

Universität Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Horst Kächele

**Untersuchung von Bindungserfahrungen, Impulsivität, Dissoziation und
Symptombelastung bei Patientinnen mit einer
Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von
Petra Schüle
Aalen

2006

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Horst Kächele

2. Berichterstatter: PD Dr. Ute Ziegenhain

Tag der Promotion: 18.01.2008

Meinen Eltern gewidmet

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
1. Einleitung.....	7
1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS).....	8
1.1.1 Definition und Symptomatik	8
1.1.2 Ätiologie und Pathogenese	9
1.2 Bindungsforschung	10
1.2.1 Die Bindungstheorie	10
1.2.2 Bindungsforschung und Borderline-Persönlichkeitsstörung	11
1.3 Dissoziative Zustände	13
1.3.1 Definition und Konzeptentwicklung.....	13
1.3.2 Ätiologie	13
1.3.3 Dissoziation und Borderline-Persönlichkeitsstörung	14
1.4 Impulsivität	15
1.4.1 Konzept der Impulsivität	15
1.4.2 Impulsivität und Borderline-Persönlichkeitsstörung	16
1.5 Hypothesen und Fragestellung	17
2. Material und Methoden	19
2.1 Beschreibung der Erhebungsmethoden	19
2.1.1 Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	19
2.1.2 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS).....	21
2.1.3 Barratt-Impulsivitätsskala (BIS).....	22
2.1.4 Das Adult Attachment Interview (AAI)	23
2.1.5 Das Adult Attachment Projective (AAP)	26
2.1.6 Auffinden von bindungsrelevanten, AAP-spezifischen Themen und deren Gegenpolen im AAI.....	28
2.2 Durchführung der Untersuchung	38
2.3 Statistische Auswertung.....	38
3. Ergebnisse.....	40

3.1	Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich bindungsrelevanter, AAP-spezifischer Themen und deren Gegen- pole in den Adult Attachment Interviews	40
3.2	Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der mit den Fragebogen erfassten Parameter	47
3.3	Korrelationen	50
4.	Diskussion	62
4.1	Diskussion der Methodik	62
4.2	Diskussion der Ergebnisse	64
4.2.1	Vergleich der bindungsrelevanten Themen in den AAI-Transkripten von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe.....	64
4.2.2	Vergleich der Fragebogenergebnisse von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe.....	69
4.2.3	Korrelative Zusammenhänge	70
5.	Zusammenfassung	73
	Literatur	75
	Anhang.....	83
	Danksagung.....	93

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective
BIS	Barratt-Impulsivitätsskala
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DES	Dissociative Experience Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen)
FDS	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen
GSI	Global severity index
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision)
PSDI	Positive symptom distress index
PST	Positive symptom total
SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-Items-Revised
TFP	Transference-Focused Psychotherapy
Vp	Versuchsperson

1. Einleitung

Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird bei einem auffallend großen Anteil der psychiatrischen Patienten in stationärer Behandlung gestellt. Dahl (1986) fand beispielsweise bei 20% der von ihm untersuchten psychiatrischen Patienten in stationärer Behandlung eine BPS. Eine besondere Herausforderung im klinischen Alltag stellt hierbei impulsives Verhalten dar, das in dieser Patientengruppe deutlich häufiger als in der Gesamtbevölkerung auftritt (Dowson et al. 2004). Aufgrund der Häufigkeit dieser Erkrankung und in Anbetracht des wachsenden Interesses hinsichtlich ihrer multikausalen Entstehung war es der Verfasserin dieser Arbeit ein Anliegen, sich intensiver mit der BPS aus klinischer und bindungstheoretischer Sicht zu befassen.

Bindungsforschung, die ursprünglich die Psychologie der Mutter-Kind-Bindung untersuchte, wird zunehmend auch in der Klinik (Strauß, Buchheim, Kächele 2002) eingesetzt. Sie führt zu einem Verständnis von Bindungsmustern Erwachsener. Es liegen zwar bereits Studien zum Bindungsmuster von Borderline-Patienten vor, diese beschränken sich jedoch weitgehend auf den angloamerikanischen Raum.

In Zusammenarbeit mit Frau Dr. Anna Buchheim wurde die Fragestellung der vorliegenden Arbeit entwickelt. Im Fokus steht dabei die Untersuchung von Impulsivität, Dissoziation, Symptombelastung und Bindungserfahrungen bei Borderline-Patientinnen. Dazu wurden einerseits relevante Fragebögen aus einem 2003 durchgeführten Borderline-Bindungs-Projekt von der Verfasserin der Arbeit selbständig ausgewertet und interpretiert. Andererseits wurde auf Ergebnisse zurückgegriffen, die von Frau Dr. Anna Buchheim mit dem Adult Attachment Interview (AAI), einem etablierten Messinstrument der Bindungsforschung, erfasst worden waren. Im Rahmen dieser Arbeit wurde nun ein neues methodisches Verfahren entwickelt, welches eine Interpretation von bereits vorliegenden AAI-Daten aus einem neuen Blickwinkel heraus ermöglicht.

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Dieses Kapitel stellt einen Überblick über das Konzept der BPS dar. Neben der Definition und Symptomatik werden Erkenntnisse zu Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung dargestellt.

1.1.1 Definition und Symptomatik

Während im Rahmen der Klassifikation des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM) der BPS eine eigene Kategorie zugewiesen wird, erfolgt in der 10. Version der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) eine Subsumierung der BPS als „Borderline-Typus“ unter die „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“. Gemäß DSM-IV handelt es sich bei der BPS um ein tiefgreifendes Muster der Instabilität des Selbstbildes, der Affekte und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Ein weiteres Merkmal stellt die ausgeprägte Impulsivität dar. Die BPS nimmt ihren Anfang im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen. Für die Diagnosestellung müssen mindestens fünf der im Folgenden aufgeführten Kriterien erfüllt sein (Saß et al. 2003):

- Verzweifelte Bemühungen, die das Vermeiden eines tatsächlichen oder vermuteten Verlassenwerdens zum Ziel haben
- Instabile, aber intensive zwischenmenschliche Beziehungen, gekennzeichnet durch einen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung
- Identitätsstörung in Form von ausgeprägter und andauernder Instabilität von Selbstbild und Selbstwahrnehmung
- Impulsivität, die mindestens zwei potentiell selbstschädigende Bereiche betrifft (z.B. Substanzmissbrauch)
- Wiederholte Selbstmordandeutungen, -androhungen, suizidale Handlungen oder selbstverletzendes Verhalten
- Affektive Instabilität infolge ausgeprägter Reaktivität der Stimmung
- Chronisches Gefühl der Leere
- Unangemessene, ausgeprägte Wut bzw. Schwierigkeiten, diese Wut zu kontrollieren

- Vorübergehende, durch Belastung induzierte schwere dissoziative Zustände oder paranoide Vorstellungen

1.1.2 Ätiologie und Pathogenese

Bisher konnte die Frage der Ätiologie der BPS nicht vollständig geklärt werden. Im Folgenden werden deshalb unterschiedliche Erklärungsansätze vorgestellt.

Klinische Forscher, wie zum Beispiel Lieb et al. (2004), gehen bezüglich der Ätiologie der BPS von einem komplexen Modell mit mehreren kausalen Faktoren aus, die in verschiedener Weise miteinander interagieren. Im Rahmen ihres Modells nehmen Lieb et al. an, dass genetische Faktoren und traumatische Erfahrungen während der Kindheit zu emotionaler Dysregulation und Impulsivität führen können. Diese verursachen wiederum dysfunktionale Verhaltensweisen und psychosoziale Konflikte, was eine Verstärkung der emotionalen Dysregulation zur Folge haben kann. Auch Zanarini (2000) nimmt ein multifaktorielles ätiopathogenetisches Modell der BPS an, in welchem sie angeborene Faktoren, Traumata während der Kindheit sowie neurologische und biochemische Dysfunktionen berücksichtigt.

Klinische Erfahrungen und empirische Daten weisen auf einen Zusammenhang von traumatischen Kindheitserfahrungen und der Entwicklung einer BPS hin. So berichteten unter den von Herman et al. (1989) untersuchten Borderline-Patienten mehr als 80% ein frühes Kindheitstrauma. Verglichen mit der Kontrollgruppe gaben die Borderline-Patienten häufiger Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen an. Sie erinnerten verschiedene Arten von Traumata, die tendenziell früher in der Kindheit als bei der Vergleichsgruppe begannen und sich über einen längeren Zeitraum wiederholten. Seit dieser Studie werden Traumatisierungen im Leben der Patienten als herausragender ätiopathogenetischer Faktor betrachtet.

Misshandlung und sexueller Missbrauch müssen nun nicht zwangsläufig psychische Störungen zur Folge haben. Auch das Alter des Kindes zum Zeitpunkt des Missbrauchs bzw. der Misshandlung, die prätraumatische Persönlichkeitsentwicklung, die Art und Dauer der traumatisierenden Handlung, die innerfamiliären Beziehungen und die Persönlichkeitsstruktur der Familienangehörigen scheinen von Bedeutung zu sein. Im günstigsten Fall kann die schützende Einmischung von Eltern und Geschwistern die

Fortsetzung von Missbrauch und Misshandlung unterbinden und damit weiteren Schaden verhindern (Lieb et al. 2004).

Heffernan & Cloitre (2000) untersuchten Frauen, die über sexuellen Missbrauch während ihrer Kindheit berichteten. Dabei verglichen sie Frauen, die auf dem Boden dieses sexuellen Missbrauchs eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hatten mit Frauen, bei denen zusätzlich zur Posttraumatischen Belastungsstörung eine Borderline-Diagnose vorlag. In der Gruppe der Borderline-Patientinnen war die Rate an körperlicher und verbaler Misshandlung durch die Mutter signifikant höher als in der anderen Gruppe. Die Autoren folgern, dass die zusätzliche Diagnose der BPS möglicherweise in Zusammenhang mit einer gestörten Bindung an das Primärobjekt – also an die Mutter – steht.

1.2 Bindungsforschung

1.2.1 Die Bindungstheorie

Unter Bindung (attachment) versteht man die besondere Beziehung eines Menschen, Kind oder Erwachsener, zu seinen Eltern bzw. Bezugspersonen. Im Fokus der Bindungsforschung stehen deshalb Aufbau und Veränderungen enger emotionaler Beziehungen während des Lebens, ihre Repräsentation im Gedächtnis und in der Sprache sowie die Manifestation im Verhalten.

Die Bindungsforschung geht auf John Bowlby zurück. Er postulierte ein biologisch angelegtes Bindungssystem, welches in spezifischen Situationen (z.B. bei Trennung, Krankheit oder Gefahr) aktiviert wird und Bindungsverhalten auslöst. Das Ziel des Bindungssystems besteht darin, Sicherheit zu erlangen. Die Aufrechterhaltung von Nähe zu Erwachsenen, die dem Kind Schutz bieten, stellt hierbei einen primären Mechanismus dar. Bowlby geht davon aus, dass in der Phylogenese das Überleben eines Kindes maßgeblich von der schutzvermittelnden Nähe zu Erwachsenen abhing. Verhaltensmuster, die zu größerer Nähe zwischen Kleinkind und Bezugsperson führen (z.B. weinen oder anklammern), werden in Bowlbys Theorie dem Bindungssystem zugeordnet (Grossmann et al. 1989).

Eine zum Bindungssystem antagonistische Stellung nimmt das Explorationssystem ein. Bowlby betrachtet das Explorationssystem als eigenständige Verhaltensklasse, die auf eine

Informationsgewinnung aus der Umwelt ausgerichtet ist. Das Explorationssystem kann jedoch nur dann in Funktion treten, wenn das Bindungssystem nicht zur gleichen Zeit aktiviert ist. Idealerweise befinden sich Bindungs- und Explorationsverhalten in Balance. In diesem Fall zeigt sich ein reibungsloser Wechsel zwischen Explorationsverhalten von der Mutter weg und Rückkehr zur Mutter. Im Rahmen einer geglückten Entwicklung lernt ein Kind, eine Bezugsperson als sichere Basis für sein Explorationsverhalten oder für die Bewältigung von Kummer zu benutzen. Eine sichere Bindung ist somit die Voraussetzung dafür, dass ein Kind seine Umwelt erforschen kann. Grossmann (1997) kritisiert an der heutigen Bindungsforschung eine unangemessene Einengung auf Bindungsverhalten im engeren Sinne. Er hält stattdessen ein Konzept für sinnvoll, welches auch den komplementären Explorationsaspekt beinhaltet. Grossmann und Grossmann (2004) tragen der engen Verbindung von Bindung im engeren Sinne und Exploration Rechnung und leiten daraus in Anlehnung an Ainsworth (Ainsworth & Bell 1970) ein erweitertes Konzept von Bindung ab, welches neben der Nähe zur Bindungsperson den komplementären Explorationsaspekt im Sinne einer adaptiven Perspektive berücksichtigt.

1.2.2 Bindungsforschung und Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der Pathogenese der BPS spielen Traumata während der Kindheit eine wichtige Rolle (vgl. 1.1.2). Auch aus Sicht der Bindungsforschung wird davon ausgegangen, dass traumatische Erfahrungen in der Kindheit eine zentrale Bedeutung für die Entstehung dieser Erkrankung haben. Es wird angenommen, dass Patienten mit einer BPS aufgrund traumatischer und instabiler Bindungserfahrungen mit ihren Bezugspersonen in der Kindheit die Fähigkeit zur Integration polarer Affektzustände nicht erlangen konnten. Dies stellt aber die Voraussetzung für die Entwicklung einer sicheren, stabilen Bindungsbeziehung dar (Buchheim et al. 2004). Die Bindungstheorie postuliert, dass ein sich fürchtendes Kind sich an eine Bindungsperson wendet, um Schutz und Sicherheit zu erlangen. Stellt diese Bindungsperson nun gleichzeitig die Quelle der Bedrohung dar, so steht das Kind vor einem unlösbaren Problem. Dieses Dilemma hat sehr häufig einen desorganisierten Bindungsstil zur Folge (Holmes 2004). Ein desorganisierter Bindungsstil ist besonders für klinische Populationen (und damit auch für die BPS) kennzeichnend (George & West 1999).

Fonagy et al. (1996) kamen bei der Untersuchung der Bindungsrepräsentation von Borderline-Patienten mittels AAI zu dem Ergebnis, dass in der Gruppe der Borderline-Patienten die verstrickte Bindungsrepräsentation überwiegt. Auch werden Borderline-Patienten überproportional häufig der Kategorie *ungelöstes Trauma* zugeordnet. So wurden 75% der untersuchten Borderline-Patienten der Gruppe *unsicher-verstrickt* zugewiesen. 88% fielen in die Kategorie *ungelöstes Trauma*. Die Narrative der Borderline-Patienten waren einerseits gekennzeichnet durch eine hohe Prävalenz von sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung. Außerdem waren die signifikant niedrigeren Werte in der Reflexionsfähigkeit und die signifikant höheren Werte in Bezug auf Mangel an Lösungen für den Missbrauch kennzeichnend.

Patrick et al. (1994) gelangten mit Hilfe des AAI zu dem Resultat, dass 100% der untersuchten zwölf weiblichen Borderline-Patienten in die Kategorie *unsicher-verstrickte Bindungsrepräsentation* fielen. Zehn der zwölf Patientinnen wurden der Kategorie *ungelöstes Trauma* zugeordnet.

Im Rahmen der *New York Studie* (Levy et al. 2006) konnte das AAI bei Borderline-Patienten vor und nach einer Therapie erfolgreich als Maß für stattgehabte strukturelle Veränderungen eingesetzt werden. Es zeigte sich, dass es gerade durch die Übertragungsorientierte Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy; TFP) zu Veränderungen der Bindungsmuster und der reflexiven Funktionen von Patienten mit BPS kommt.

West et al. (1993) untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang von BPS und Bindungsproblemen. Sie folgerten aus ihren Ergebnissen, dass die für Borderline-Patienten typische Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen als Dysfunktion des Bindungssystems verstanden werden kann. Die zugrundeliegende Dynamik sei hierbei ein befürchteter Verlust der Bindungsbeziehung, was zu einem Oszillieren zwischen Annäherung und ärgerlichem Rückzug führt.

1.3 Dissoziative Zustände

1.3.1 Definition und Konzeptentwicklung

Dissoziation stellt neben anderen Kriterien ein wichtiges Symptom der BPS dar (vgl. 1.1.1). Man versteht darunter einen psychophysiologischen Prozess, dessen wesentliches Merkmal in einer Desintegration der normalerweise integrativen Funktionen des Gedächtnisses, des Bewusstseins, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt besteht.

Das Konzept der Dissoziation geht auf Pierre Janet zurück, der im Rahmen der ersten wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Hysterie im ausgehenden 19. Jahrhundert die dissoziativen Phänomene systematisch untersuchte. Er verstand darunter den Verlust bewusster Kontrolle über Verhaltensweisen oder Erinnerungen. Als Auslöser betrachtete er traumatische Lebenssituationen, die ihre dissoziierende Wirkung vor allem bei erblich belasteten Personen entfalten. Erfahrungen, die zu schmerzhaft oder zu erschreckend sind, werden in einem separaten System von „idées fixes“ verschlüsselt. Janet ging davon aus, dass der dissoziierte Gedankenkomplex zwar nicht willentlich erinnert werden könne, aber dennoch eine das Fühlen, Denken und Handeln der betreffenden Person beeinflussende Wirkung habe und somit für die dissoziativen Phänomene verantwortlich sei (Fiedler & Mundt 1997).

1.3.2 Ätiologie

Hinsichtlich der Ätiologie dissoziativer Phänomene werden unterschiedliche Faktoren diskutiert: Es werden Störungen der Hirnfunktion angenommen, die aus Verletzungen des Hippokampus und der Amygdala oder aus einer Dysfunktion des Temporallappens resultieren (Devinsky et al. 1989). Die Ergebnisse von Zwillingsstudien (Waller & Ross 1997; Jang et al. 1998) legen nahe, dass genetische Faktoren ebenfalls einen Einfluss auf die Tendenz zu dissoziativen Phänomenen haben.

Traumatische Ereignisse während der Kindheit oder auch im Erwachsenenalter zeigen einen deutlichen Zusammenhang mit dissoziativen Reaktionen (Wagner & Linehan 1998). Atlas und Hiott (1994) kamen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass die von ihnen untersuchten Jugendlichen mit Missbrauch oder Misshandlung in der Anamnese moderate

bis schwere Dissoziation aufwiesen. Hierbei war eine Tendenz zu stärkerer Dissoziation assoziiert mit berichtetem sexuellem Missbrauch.

Liotti (1999a) geht davon aus, dass Dissoziation nicht ausschließlich als Konsequenz eines Traumas betrachtet werden sollte. Die Wurzel dissoziativer Tendenzen sei vielmehr in multiplen, dissoziierten inneren Arbeitsmodellen und in einer Desorganisation des Bindungsmusters zu sehen, welche aus frühen gestörten Interaktionen mit der Bindungsperson resultieren kann. Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen können zu einer Dissoziation der Repräsentation des Selbst beitragen, sind nach Liotti (1999a; 1999b) aber keinesfalls eine notwendige Bedingung dafür.

Durch ihre Untersuchung konnten Liotti et al. (1991) die Hypothese bestätigen, dass eine Desorganisation der Bindung einen Risikofaktor für die nachfolgende Entwicklung dissoziativer Störungen darstellt. Sie untersuchten eine Gruppe von psychiatrischen Patienten mit dissoziativen Phänomenen und eine Gruppe von Patienten, die über keine dissoziative Erfahrungen berichteten. Die Gruppe der Patienten mit dissoziativen Erfahrungen äußerte signifikant häufiger Verluste durch Todesfälle, die ihre Mutter im Zeitraum beginnend zwei Jahre vor der Geburt des Patienten bis zwei Jahre nach Geburt des Patienten erlitten hatte. Ein ungelöster Trauerprozess der Mutter während der ersten zwei Lebensjahre des Kindes gilt wiederum als Risikofaktor für die Entwicklung eines desorganisierten Bindungsstils des Kindes (Main & Hesse 1990).

1.3.3 Dissoziation und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Zahlreiche Studien fanden in übereinstimmender Weise eine hohe Korrelation zwischen dem Auftreten dissoziativer Reaktionen und der Diagnose der BPS (Herman et al. 1989; Zanarini et al. 1990; Zweig-Frank et al. 1994a; Zweig-Frank et al. 1994b; Zweig-Frank & Paris 1997).

Für das gehäufte Auftreten dissoziativer Reaktionen bei Borderline-Patienten werden oft traumatische Erlebnisse verantwortlich gemacht. Die Ergebnisse von Zanarini et al. (2000b) deuten darauf hin, dass besonders sexuellen Traumata eine wichtige Bedeutung in der Entstehung dissoziativer Phänomene zukommt.

Shearer (1994) untersuchte 62 Patientinnen mit einer BPS. Hierbei zeigte sich, dass jene Patientinnen, die sowohl sexuellem als auch körperlichem Missbrauch in der Kindheit ausgesetzt waren, signifikant höhere Werte in der DES (Dissociative Experience Scale)

erreichten als die Patientinnen, die ausschließlich über eine Form des Missbrauchs berichteten. Körperlicher und sexueller Missbrauch während der Kindheit und sexuelle Übergriffe im Erwachsenenalter zeigten sich als signifikante Prädiktoren des Scores, der in der DES erreicht wurde. Die Ergebnisse deuten somit ebenfalls auf einen Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen und Dissoziation bei Borderline-Patientinnen hin. Der Autor verweist jedoch auf die Möglichkeit, dass Patienten mit schweren dissoziativen Störungen die Vergangenheit in einer veränderten Art und Weise erinnern. Zudem könne nicht aufgrund der gehäuften Koinzidenz von Dissoziation und Traumata ein kausaler Zusammenhang abgeleitet werden. Auch ohne Traumata in der Anamnese könnten dissoziative Störungen auftreten.

Im Unterschied zu den beschriebenen Studien fand sich in den Untersuchungen von Zweig-Frank et al. (1994a; 1994b) zwar ein gehäuftes Auftreten von dissoziativen Phänomenen bei Patienten mit BPS, aber darüber hinaus konnte keine unabhängige Verbindung zwischen traumatischen Erlebnissen und Dissoziation festgestellt werden. Die Autoren folgern, dass Dissoziation eher Ausdruck der Persönlichkeitseigenschaften sei, die der BPS zugrunde liegen, als in frühen Kindheitserfahrungen begründet.

Bohus und Wagner (2000) warnen davor, dissoziative Phänomene bei Patienten mit BPS als direkte Folge von und als Indikator für schweren Missbrauch in der Kindheit zu betrachten. Sie stellen demgegenüber die Hypothese auf, dass eine frühe Traumatisierung, welche auf eine dissoziative Veranlagung trifft, die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung schwerer Störungsbilder erhöht.

1.4 Impulsivität

1.4.1 Konzept der Impulsivität

Bis heute besteht keine einheitliche Meinung darüber, wie der Begriff der Impulsivität genau definiert ist. Historische Konzepte zur Impulskontrollstörung stammen beispielsweise von Esquirol, der zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine Monomanie-Theorie formulierte oder von Kraepelin, der den Begriff des „impulsiven Irreseins“ prägte. Beide Konzepte beschreiben Krankheitszustände, bei welchen die Erkrankten einem starken Impuls folgen, der bei Ausführung zu einem Gefühl von Erleichterung und Befriedigung führt (Herpertz & Saß 2000). Lennings und Burns (1998) beschreiben Impulsivität als

Tendenz, ohne zu überlegen und ohne Abschätzung der Konsequenzen schnell zu reagieren. Nach Auffassung der Persönlichkeitspsychologie bezeichnet Impulsivität eine komplexe, überdauernde Persönlichkeitsdisposition (Herpertz & Saß 1997). Als Ausprägungen einer Störung der Impulskontrolle werden vor allem selbst- und fremdschädigende Verhaltensformen verstanden (Herpertz & Saß 2000).

Barratt (1994) definiert Impulsivität als dispositionelle Neigung, die sich in spontanen Verhaltensmustern und in dysfunktionaler kognitiver Kontrolle äußert. Er versteht Impulsivität als heterogenes Konstrukt. Deshalb differenziert er drei Erscheinungsformen von Impulsivität: Die motorische Impulsivität beschreibt die mangelhafte Hemmung von Verhaltensantrieben im Sinne einer Tendenz zu handeln, ohne nachzudenken oder mögliche Konsequenzen abzuwägen. Die kognitive Impulsivität bezeichnet ein hohes kognitives Tempo und schnelle Entscheidungen. Nichtplanende Impulsivität schließlich kommt als Mangel an zukunftsorientierter Problemlösung und als Unfähigkeit zu planen zum Ausdruck.

1.4.2 Impulsivität und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Für diverse psychische Störungen wird ein Zusammenhang mit Impulsivität beschrieben. Insbesondere bei der BPS ist Impulsivität als ein zentrales Persönlichkeitsmerkmal von Bedeutung (vgl. 1.1.1).

In Bezug auf die BPS gelten verschiedene, sowohl selbst- als auch fremdschädigende impulsive Verhaltensweisen als typisch. So findet man in dieser Patientengruppe gehäuft suizidale Handlungen, Selbstverletzungen, Substanzabusus, Ess-/Brechattacken und Wutausbrüche (Herpertz & Saß 2000).

Dowson et al. (2004) gelangten in ihrer Untersuchung, in welcher sie Patienten mit einer BPS mittels eines Selbstbeurteilungsverfahrens mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe verglichen, zu dem Ergebnis, dass eine Reihe von Aspekten der Impulsivität in der Gruppe der Borderline-Patienten gegenüber der Kontrollgruppe stärker ausgeprägt waren.

Nach Herpertz und Saß (1997) können die drei zentralen Merkmale dieser Erkrankung (affektive Instabilität, Identitätsunsicherheit, impulsives Verhalten) als Ausprägung einer erhöhten Impulsivität verstanden werden. Borderline-Patienten zeigen impulsives Verhalten vorwiegend auf dem Hintergrund starker, im zwischenmenschlichen Kontext generierter Affekte. So können interpersonelle Stressoren, beispielsweise reale oder

vermeintliche Zurückweisung, starke affektive Grundreaktionen auslösen. Kognitive Verzerrungen führen mitunter zu einer weiteren Zuspitzung der affektiven Reaktion. Der daraus resultierende Spannungszustand kann einen Handlungsimpuls erzeugen, der sich in spezifischen impulsiven Verhaltensmustern (z.B. selbstverletzendes Verhalten) manifestiert. Die Impulshandlung hat ein Gefühl der Entlastung zur Folge, was eine Habituation im Sinne des operanten Lernens begünstigt (Herpertz & Saß 2000).

Im Folgenden werden die Hypothesen und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit formuliert.

1.5 Hypothesen und Fragestellung

Die Untersuchung befasst sich mit folgenden Fragestellungen:

1. Unterscheiden sich Borderline-Patientinnen von der Kontrollgruppe hinsichtlich bindungsrelevanter Themen, die sich aus der systematischen Textanalyse der Bindungsinterviews (AAI) ergeben?
2. Gibt es bezüglich der klinischen Skalen (Symptombelastung, Dissoziation, Impulsivität) Unterschiede zwischen der Gruppe der Borderline-Patientinnen und der Norm- bzw. Vergleichsgruppe?
3. Korrelieren die Ergebnisse aus der systematischen Untersuchung der Bindungsinterviews hinsichtlich bindungsrelevanter Themen mit den Fragebogenergebnissen?

Folgende Hypothesen wurden für die vorliegende Arbeit entwickelt:

- 1a. Der *negative* Pol der bindungsrelevanten Themen (Einsamkeit, Kummer, Trennung, Krankheit, Verlust, Bedrohung) ist in den Bindungsinterviews der Borderline-Patientinnen stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe.
- 1b. Der *positive* Pol der bindungsrelevanten Themen (Beziehungsbedürfnis, Exploration/ Freude/ Wohlbehagen, Liebe/ Synchronizität, Gesundheit/ Trösten, Zuversicht/ Bewältigung, Sicherheit/ Schutz) ist in den Bindungsinterviews der Kontrollgruppe stärker ausgeprägt als bei den Borderline-Patientinnen.
2. Die Gruppe der Borderline-Patientinnen schneidet in den klinischen Skalen (Symptombelastung, Dissoziation, Impulsivität) schlechter ab, d.h. sie erreicht höhere Werte als die Kontrollgruppe.

-
3. Die Ergebnisse aus der Untersuchung der Bindungsinterviews korrelieren in der Form mit den Fragebogenergebnissen, dass sich ein gleichsinniger Zusammenhang zwischen *negativem Pol* der bindungsrelevanten Themen (Einsamkeit, Kummer, Trennung, Krankheit, Verlust, Bedrohung) bzw. ein gegensinniger Zusammenhang zwischen *positivem Pol* der bindungsrelevanten Themen (Bedürfnis nach Beziehung, Exploration/ Freude/ Wohlbehagen, Liebe/ Synchronizität, Gesundheit/ Trösten, Zuversicht/ Bewältigung, Sicherheit/ Schutz) und den Gesamtskalen der Fragebogenergebnissen zeigt.

2. Material und Methoden

In Kapitel 2.1 werden die Erhebungsmethoden, in Kapitel 2.2 die Durchführung der Untersuchung beschrieben. Im Anschluss findet in Kapitel 2.3 eine Beschreibung der statistischen Auswertung statt.

2.1 Beschreibung der Erhebungsmethoden

Im ersten Teil wird die Symptom-Checkliste-90-Items-Revised (SCL-90-R) von Derogatis (1992) beschrieben.

Im zweiten Teil folgt eine kurze Vorstellung des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen (FDS) von Freyberger et al. (1999).

Im dritten Abschnitt schließt sich eine Beschreibung der Barratt-Impulsivitätsskala (BIS) von Barratt (1994) an.

Anschließend werden die Instrumente, die zur Erfassung der Bindungsrepräsentation eingesetzt wurden, vorgestellt: Das AAI von George et al. (1985) und das AAP von George et al. (1999).

Den Abschluss bildet die Erläuterung der Form der Textanalyse, die eigens für die vorliegende Untersuchung entwickelt wurde: Das Auffinden von bindungsrelevanten, AAP-spezifischen Themen und deren Gegenpolen im AAI.

2.1.1 Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (Derogatis 1992, Dt. Version Franke 1995) erfasst subjektive Belastung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums der letzten sieben Tage. Es handelt sich hierbei um ein Selbstbeurteilungsinstrument. 90 körperliche und psychische Symptome werden mit der Frage „Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?“ auf einer Skala von 0 („nicht vorhanden“) bis 4 („sehr stark“) eingeschätzt. Durch diese 90 Items werden neun Symptombereiche untersucht: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus.

Tabelle 1: Skalen und Beispielitems der Symptom-Checkliste-90-Items-Revised:

Skala	Beispielitem („Wie sehr litten Sie in den vergangenen 7 Tagen unter...?“)
Somatisierung	Muskelschmerzen
Zwanghaftigkeit	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist
Unsicherheit im Sozialkontakt	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen
Depressivität	Schwermut
Ängstlichkeit	Nervosität
Aggressivität / Feindseligkeit	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen
Phobische Angst	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug
Paranoides Denken	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen würden, wenn Sie es zulassen würden
Psychotizismus	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind

Neben der Auswertung der neun beschriebenen Skalen werden drei globale Kennwerte berechnet. Der GSI (global severity index) gibt Auskunft über die grundsätzliche psychische Belastung. Der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten. Der PST (positive symptom total) erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Der GSI gilt nicht nur als valider Gesamtwert für die Schwere der Symptomatik, er wird auch als änderungssensitiv und somit zur Messung von Veränderungen im Lauf von Therapieprozessen als geeignet eingestuft (Schmitz & Davies-Osterkamp 1997).

Die Zuverlässigkeit (interne Konsistenz) der SCL-90-R in klinischen Stichproben variiert für die einzelnen Skalen zwischen 0.77 und 0.90 und liegt damit im zufriedenstellenden Bereich (Derogatis et al. 1976).

Die Test-Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von einer Woche liegt in studentischen Stichproben nach Derogatis (1977) zwischen $r = 0.78$ und $r = 0.90$.

Studien zur konvergenten Validität erbringen Validitätskoeffizienten zwischen $r = 0.46$ und $r = 0.56$ (Franke 1992). Damit kann die konvergente Validität als gegeben angesehen werden.

2.1.2 Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Der FDS von Freyberger et al. (1999) ist ein Screeninginstrument zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Es handelt sich hierbei um ein Selbstbeurteilungsinstrument, bestehend aus 44 Items. Grundlage des FDS ist die DES von Bernstein & Putnam (1986). In der deutschen Adaptation wurde die aus 28 Items bestehende Originalskala um 16 Items ergänzt, damit auch dissoziative Symptome gemäß der ICD-10-Kriterien (v.a. pseudoneurologische Konversionssymptome) erfasst werden. Es werden die vier Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation / Depersonalisation und Konversion differenziert.

Tabelle 2: Subskalen und Beispielimts des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen:

Subskala	Beispielimt („Einige Menschen erleben gelegentlich, dass...“)
Amnesie	sie sich an einem bestimmten Ort befinden und nicht wissen, wie sie dorthin gekommen sind
Absorption	sie sich so sehr in eine Phantasiegeschichte oder einen Tagtraum hineinversetzen, dass sie den Eindruck haben, diese geschähen wirklich
Derealisation / Depersonalisation	ihr Körper oder Teile ihres Körpers scheinbar nicht zu ihnen gehören
Konversion	sie Schwierigkeiten mit den Augen haben (z.B. Doppelt- oder Schleihsehen), ohne dass ein Arzt eine körperliche Ursache finden konnte

Der Gesamtwert errechnet sich aus dem Summenwert der Itemantworten, die jeweils mit 0% („nie“) - 100% („immer“) in 10er-Schritten bewertet werden, geteilt durch die Anzahl der Items. Dabei kann der Gesamtwert als allgemeines Dissoziationsmaß gewertet werden. Ein hoher Durchschnittswert weist auf ein vermehrtes Auftreten von dissoziativen Erfahrungen hin, wobei ein Wert über 25 oder 30 auf eine Psychopathologie hindeutet.

Zusätzlich kann ein Subskalenwert durch Addition der entsprechenden Items und Division durch die entsprechende Itemanzahl berechnet werden.

In einer Überprüfung der Gütekriterien des FDS konnten Freyberger et al. (1998) für die deutsche Übersetzung ähnlich befriedigende Werte feststellen, wie dies durch diverse Untersuchungen für die Originalversion bereits belegt worden war. So liegt die Test-Retest-Reliabilität des FDS bei $r = 0.88$, für die Subskalen variiert der Wert zwischen $r = 0.78$ und $r = 0.83$.

Die Split-half-Reliabilität nach Gutmann kann mit $r = 0.93$ für die Gesamtskala als sehr gut bezeichnet werden. Für die Subskalen liegt sie zwischen $r = 0.63$ und $r = 0.82$.

Die Gesamtskala weist mit $\alpha = 0.93$ eine hohe innere Konsistenz auf.

Die diskriminante Validität kann als gegeben betrachtet werden, da mit Hilfe des FDS zuverlässig zwischen verschiedenen Stichproben (nichtklinische Probanden, Studenten, unselektierte psychiatrische und neurologische Patienten, Schizophrene) unterschieden werden kann. Auch für die Subskalen besteht eine gute Diskriminationsfähigkeit (Freyberger et al. 1998).

Zudem konnte eine ausreichende Änderungssensitivität nachgewiesen werden (μ -Index zwischen 0.30 und 0.44) (Freyberger et al. 2002).

2.1.3 Barratt-Impulsivitätsskala (BIS)

Die BIS (Barratt 1994) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches Impulsivität misst und dabei in drei Unterskalen differenziert: motorische Impulsivität, kognitive Impulsivität und nichtplanende Impulsivität (vgl. 1.4.1).

Die BIS ist aus 34 Items aufgebaut. Alle Items werden auf einer vierstufigen Skala beantwortet (1= „trifft überhaupt nicht zu“; 2= „trifft etwas zu“; 3= „trifft überwiegend zu“; 4= „trifft voll zu“). Es werden Mittelwerte für jede Unterskala und die Gesamtskala berechnet. Je höher die Gesamtsumme aller Items, desto höher das Level der Impulsivität.

Die interne Konsistenz liegt im Bereich zwischen $\alpha = 0.79$ und $\alpha = 0.83$ und ist somit zufriedenstellend.

Die differentielle Validität kann als gegeben betrachtet werden, da die Skalen zuverlässig zwischen verschiedenen Gruppen (Studenten, Patienten mit Substanzmissbrauch, Insassen eines Gefängnisses) unterscheiden (Patton et al. 1995).

2.1.4 Das Adult Attachment Interview (AAI)

Das AAI (George et al. 1985) stellt eine etablierte Methode zur Erfassung der Bindungsrepräsentation und zur Eruierung wichtiger bindungsrelevanter biographischer Informationen bei Erwachsenen dar. Es handelt sich dabei um ein etwa einstündiges, semistrukturiertes Interview, das zunächst auf Tonbandkassette aufgenommen und anschließend transkribiert wird.

Mit Hilfe eines Interviewleitfadens (Main & Goldwyn 1994) (siehe Anhang) werden systematisch die Erinnerungen an frühe Bindungsbeziehungen zu Eltern und zu nahen Bezugspersonen in der Kindheit, der Zugang zu bindungsrelevanten Inhalten und die eigene Beurteilung des Einflusses der gemachten Bindungserfahrungen auf die weitere Entwicklung erfasst. Von Bedeutung sind hierbei überwiegend negative Erlebnisse, beispielsweise traumatische Erfahrungen wie sexueller Missbrauch, Misshandlung, Trennung oder Verlust. Buchheim und Kächele (2002) fassen die Fragen des AAI folgendermaßen zusammen: Nach einer Orientierungsfrage zur allgemeinen Familienkonstellation (Frage 1) sollen die Probanden die Beziehung zu ihren Eltern zunächst auf einer allgemeineren Ebene beschreiben (Frage 2). Dies wird im weiteren Verlauf des Interviews vertieft, indem die Probanden mittels Adjektiven und anhand konkreter Episoden die Beziehung zur Mutter (Frage 3) und zum Vater (Frage 4) kennzeichnen und angeben sollen, wem von beiden sie sich in der Kindheit näher fühlten (Frage 5). Auch Themen wie Kummer (Frage 6), Trennung (Frage 7) und Ablehnung (Frage 8) werden im Hinblick auf wichtige Bindungspersonen während der Kindheit aufgegriffen. Hierbei ist von Bedeutung, wie sich die Probanden und ihre Bindungspersonen damals in dieser Situation verhalten haben. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage nach Bedrohung und Misshandlung durch eine Bindungsfigur (Frage 9) und nach Verlust einer nahestehenden Person (Frage 13) während der Kindheit. Auch der Einfluss der erlebten Kindheitserfahrungen auf die Persönlichkeitsentwicklung wird aus heutiger Sicht erfragt (Frage 10), warum die Eltern sich wohl in der beschriebenen Weise verhalten haben (Frage 11) und ob es neben den Eltern weitere erwachsene Bezugspersonen gab (Frage 12). Zusätzlich wird erfragt, inwieweit es Veränderungen in der Beziehung zu den Eltern seit der Kindheit gegeben hat (Frage 14) und wie das aktuelle Verhältnis zu den Eltern vom Probanden beurteilt wird (Frage 15). Es schließen sich Fragen zu eigenen Kindern an, die sich auf eine Trennung vom Kind (Frage 16), Wünsche für die Zukunft des Kindes (Frage 17) und auf eine Bewertung der eigenen Elternrolle

(Frage 18) beziehen. Mittels der fakultativen Zusatzfragen werden die Beziehung zu den Geschwistern (Frage 19), Selbstbild (Frage 20), aktuelle Bezugspersonen (Frage 21), Partnerschaftssituation (Frage 22 und 23) sowie berufliche Situation (Frage 24) und Freizeitaktivitäten (Frage 25) erfragt.

Die Auswertung der Transkripte erfolgt mit Hilfe eines Auswertungssystems nach verschiedenen Skalen, die bis auf die Skala *Liebe* überwiegend den negativen Pol mentaler Verarbeitung abbilden (Idealisierung, Entwertung, Ärger). In einem ersten Schritt werden die erschlossenen Erfahrungen mit den Eltern getrennt für Mutter und Vater anhand von fünf neunstufigen Ratingskalen eingeschätzt (Buchheim & Kächele 2002). Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Skalen *Liebe*, *Zurückweisung*, *Rollenumkehr / Involvierung*, *Leistungsdruck* und *Vernachlässigung*. In einem zweiten Schritt wird der mentale Verarbeitungszustand der individuellen Bindungserfahrung wiederum mit Hilfe von neunstufigen Ratingskalen kodiert. Hierbei werden die Skalen *Idealisierung*, *Ärger* und *Abwertung* für Mutter und Vater getrennt geratet und dadurch die implizierte Bewertung des elterlichen Verhaltens eingeschätzt. Weitere Skalen sind *Allgemeine Abwertung von Bindung*, *Bestehen auf fehlender Erinnerung*, *Traumatischer Erinnerungsverlust*, *Metakognition*, *Passivität*, *Angst vor Verlust*, *Höchster Wert unverarbeiteter Verlust*, *Höchster Wert unverarbeitetes Trauma* und *Kohärenz des Transkripts*.

In der Auswertung wird die Kohärenz des Narrativs als Hauptkriterium betrachtet. Ein kohärenter Diskurs zeichnet sich nach Grice (1975) durch folgende Kriterien (Konversationsmaximen) aus: Qualität (sei aufrichtig und belege deine Aussagen), Quantität (fasse dich kurz, sei aber vollständig), Relevanz (sei relevant und bleibe beim Thema), Art und Weise (sei verständlich und geordnet).

Anhand der Skalierung findet eine Klassifizierung der Bindungsrepräsentation in drei Hauptkategorien statt: *secure* (sicher-autonom), *dismissing* (bindungsdistanziert) und *preoccupied* (bindungsverstrickt). Personen, die in offener, kohärenter und konsistenter Form über ihre Kindheitserinnerungen berichten, ungeachtet dessen, ob diese als gut oder schlecht bewertet werden, werden als sicher-autonom klassifiziert. Erwachsene, die in inkohärenter, unvollständiger Weise über Erinnerungen aus der Kindheit erzählen und Erinnerungslücken aufweisen, werden als bindungsdistanziert klassifiziert. Typisch für diese Klassifizierung ist z.B., dass Bindungspersonen idealisiert werden, ohne dass hierfür ein konkretes Beispiel vom Probanden genannt werden könnte. Ebenso werden Bindungsthemen häufig abgeblockt und vermieden. Personen, die in ausufernder und mitunter ärgerlicher Form bindungsrelevante Erfahrungen schildern, werden als

bindungsverstrickt eingestuft. Typisch für diese Kategorie ist ein Oszillieren zwischen negativen und positiven Bewertungen, wobei der enthaltene Widerspruch für den Probanden nicht offenkundig ist.

Eine zusätzliche Klassifikation stellt die Kategorie *unresolved trauma* (unverarbeiteter Bindungsstatus) dar. Diese Kategorie wird für Passagen im Interview vergeben, in welchen traumatische Erlebnisse berichtet werden, die bisher emotional unverarbeitet geblieben sind. Die Sprache ist in dieser Kategorie häufig durch ihre Inkohärenz und Desorganisation auffällig. Daneben fallen lange Schweigepausen und irrationale Schilderungen auf, beispielsweise die Überzeugung, den berichteten sexuellen Missbrauch selbst verschuldet zu haben (Buchheim & Strauß 2002). Probanden, die durch die vier beschriebenen Kategorien nicht zugeordnet werden können, werden als *cannot classify* eingestuft (Hesse 1994).

Die mittlere Inter-Rater-Reliabilität wird von Hesse (1999) mit 82% (mittleres $\kappa = 0.71$) angegeben.

Die Test-Retest-Reliabilität des AAI nach 3 Monaten wird mit $\kappa = 0.79$ angegeben und liegt damit im zufriedenstellenden Bereich (Sagi et al. 1994).

Die diskriminante Validität kann als gegeben betrachtet werden, da sich die Aussagekraft der Kohärenz, die im AAI gemessen wird, auf bindungsrelevante Informationen beschränkt (Fox 1995; Sagi et al. 1994).

Die Konstruktvalidität des AAI konnte durch mehrere Studien belegt werden (z.B. Fonagy et al. 1991). Dies impliziert, dass mittels der AAI-Kategorie der Eltern eine zuverlässige Vorhersage der zukünftigen Bindungsqualität des Kindes gemacht werden kann. Wird das Interview bei Eltern eingesetzt, so zeigt sich, dass durch die mittels AAI bei den Eltern festgestellte Bindungsrepräsentation ein korrespondierendes Verhalten des Kindes in der „Fremden Situation“ nach Ainsworth vorhergesagt werden kann. Eltern, deren Sprache sich im Interview durch Kohärenz auszeichnete, hatten überwiegend sicher gebundene Kleinkinder. Eltern, die sich im Interview als verstrickt mit den eigenen Eltern erwiesen, hatten eher unsicher-ambivalent gebundene Kleinkinder. Jene Eltern, die während der Schilderung traumatischer Erlebnisse sprachliche Auffälligkeiten und Denkfehler in der Argumentation zeigten, hatten häufig desorganisierte Kleinkinder. Eltern, die mit Hilfe des AAI als bindungsdistanziert eingestuft wurden, hatten tendenziell unsicher-vermeidend gebundene Kinder. Aus diesen Beobachtungen lässt sich schließen, dass Bindungsmuster generationsübergreifend fortbestehen (Main 2001).

2.1.5 Das Adult Attachment Projective (AAP)

Das AAP (George et al. 1999) stellt ein projektives Verfahren zur Erfassung der Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen dar, welches ökonomisch und qualitativ überzeugend ist. In Anlehnung an Bowlbys ursprüngliches Konzept der inneren Arbeitsmodelle von Bindung greifen die Autoren hier – wie von Grossmann (1997) vorgeschlagen (vgl. 1.2.1) – eine erweiterte Sicht der Erfassung von Bindungsrepräsentation auf, indem sie über die Kohärenz und mentale Verarbeitung von bindungsrelevanten Erfahrungen interne Ressourcen (wie z. B. Synchronizität, Bedürfnis nach Bindung, Exploration) in den Auswertungsskalen berücksichtigen (siehe unten).

Das Projektiv-Bilderset besteht aus acht Umrisszeichnungen, die gerade so viele Details enthalten, dass damit die dargestellte bindungsrelevante Situation erkannt werden kann. Durch die vorgegebene Reihenfolge der Bilder soll das Bindungssystem des Probanden sukzessiv aktiviert werden. Hierbei werden monadische (Ein-Personen-Bilder) und dyadische Bilder (Zwei-Personen-Bilder) abwechselnd präsentiert. Zu Beginn wird dem Betrachter ein Aufwärmbild (neutraler Stimulus) präsentiert, im Anschluss folgen sieben Bindungsszenen (Kind am Fenster, Abschied, Bank, Bett, Notarzt, Friedhof, Kind in Ecke). In den Umrisszeichnungen finden bindungsrelevante Themen wie Krankheit, Kummer, Trennung, Verlust, Bedrohung und Einsamkeit Eingang. Auch die Verfügbarkeit einer Bindungsperson wird durch die Bilderreihe thematisiert. Bild 2 und Bild 4 thematisieren Einsamkeit und Kummer. Die Trennungsthematik wird durch Bild 3 aufgegriffen. Bild 5 und Bild 6 haben Krankheit zum Gegenstand. Verlust wird durch Bild 7 thematisiert. Bild 8 greift das Thema Bedrohung auf.

Der Interviewer bittet die Versuchsperson zu Beginn, jeweils zu beschreiben, was in den einzelnen Bildern dargestellt ist, wie es zu der abgebildeten Situation kam, was die abgebildeten Personen denken oder fühlen und wie die Geschichte ausgehen könnte. Die vom Probanden erzählte Geschichte wird auf Tonbandkassette aufgenommen und wörtlich transkribiert.

Die Auswertung findet in Anlehnung an das Skalensystem von Main & Goldwyn (1994) statt. Dabei gliedert sich die Kodierung in drei Klassifizierungsdimensionen (Marker): Inhalt, Abwehr und Diskurs (siehe Zusammenfassung bei Buchheim et al. 2003).

Inhaltsmarker, die Charaktere der Geschichte als „in Beziehung zu jemandem“ oder als „allein“ darstellen, sind *Agency of self* (Selbst-als-Verursacher), *Connectedness* (Verbundenheit) und *Synchrony* (Synchronizität). Durch diese Marker wird auch die

Qualität der Beziehung beschrieben. *Connectedness* beschreibt das Bedürfnis, mit anderen in Beziehung zu treten. Die Skala *Synchrony* erfasst, inwieweit die Charaktere in reziproken Beziehungen dargestellt werden. Mit Hilfe der Skala *Agency of self* wird kodiert, ob eine Person fähig ist, sich eine internalisierte sichere Basis zu konstruieren. Es wird unter anderem untersucht, inwieweit das Individuum in der Lage ist, bei der Konfrontation mit Problemen und belastenden Situationen innere oder äußere Ressourcen in Anspruch zu nehmen. Somit werden hier auch adaptive Aspekte des Explorationssystems, wie von Grossmann (1997) gemäß eines erweiterten Konzepts von Bindung vorgeschlagen, berücksichtigt.

In der Auswertung des AAP werden folgende Marker der Abwehr berücksichtigt: *Deactivation* (Deaktivierung), *Cognitive Disconnection* (kognitive Abtrennung) und *Segregated Systems* (isolierte Systeme). Unter Deaktivierung versteht man die Art von Abwehr, durch die der Proband die Bedeutung von Bindung abwertet oder vermindert. Sie ist ein Kennzeichen des distanzierten Bindungstyps. Kognitive Abtrennung zeichnet sich durch eine Spaltung von Bindungsinformationen in gegensätzliche Bilder oder Ereignisabläufe aus. Sie ist typisch für den verstrickten Bindungstypus. Die Abwehrform isolierte Systeme ist dadurch charakterisiert, dass extrem schmerzhaftes Erlebnisse und Gefühle aus dem Bewusstsein verbannt werden. Dies kann sich z.B. auf aversive Erfahrungen wie Verlust einer geliebten Person durch deren Tod, Misshandlung, sexueller Missbrauch oder Verlassenwerden beziehen. Zunächst findet eine Markierung von Wörtern wie Leere, Isolation, Hoffnungslosigkeit etc. statt. Im Anschluss wird geprüft, ob die bedrohliche Situation „gelöst“ werden kann (resolved). Unverarbeitete isolierte Systeme (unresolved) weisen auf einen unverarbeiteten Bindungsstatus hin. Typischerweise enthalten nicht gelöste (unresolved) Geschichten keine Ereignisse oder Personen, von denen Hilfe oder Schutz ausgeht und der Protagonist der Geschichte wird wiederholt mit Furcht, Hilflosigkeit und Verlassenheit konfrontiert (Buchheim et al. 2003).

Diskursmarker sind Kohärenz (in Anlehnung an Grice 1975) und persönliche Erfahrungen. Je mehr persönliche Erfahrungen eine Geschichte enthält, umso größer ist der Bindungsstress, der durch das Bild bei der Versuchsperson ausgelöst wird (George & West 2001).

Die Bindungsklassifikation lässt sich wie folgt charakterisieren (Buchheim et al. 2003): Die Geschichten von sicher-autonomen Personen zeichnen sich im AAP dadurch aus, dass die Charaktere auf eine internalisierte sichere Basis zurückgreifen, indem sie in Beziehung

mit anderen Personen treten oder nachdenken. Die sichere Versuchsperson zeigt typischerweise kaum Hinweise auf Deaktivierung oder kognitive Abtrennung.

Charakteristisch für Geschichten von bindungsdistanzierten Personen ist die Tendenz, Bindung zu minimieren oder abzuwerten. So werden in den Geschichten häufig belastende Situationen heruntergespielt, dargestellte Beziehungen sind oft rein funktional. Der Abwehrmechanismus der Distanzierung ist für diesen Bindungstypus kennzeichnend.

Geschichten von bindungsverstrickten Personen sind geprägt durch Unsicherheit und widersprüchliche Geschehensabläufe. Kognitive Abtrennungsmarker sind hier häufig nachzuweisen.

Kennzeichnend für Geschichten von Personen mit desorganisiertem, unverarbeitetem Bindungsstatus (unresolved) sind das Unvermögen, bedrohliche Inhalte zu integrieren und „aufzulösen“.

Die Gütekriterien des AAP sind sehr zufriedenstellend (Buchheim et al. 2003). Durch eine Studie zur Konstruktvalidität konnte eine hohe Übereinstimmung von AAP- und AAI-Kategorien nachgewiesen werden. Der Vergleich der vier Bindungskategorien ergab eine Übereinstimmung von 92% ($\kappa = 0.89$).

Die Inter-Rater-Reliabilität liegt bei 97% ($\kappa = 0.82$) beim Vergleich von vier Gruppen und bei 97% ($\kappa = 0.74$) beim Vergleich von zwei Hauptgruppen (sicher vs. unsicher).

Die Test-Retest-Reliabilität beträgt 89% ($\kappa = 0.88$) beim Vergleich von vier Gruppen und 100% ($\kappa = 1$) beim Vergleich von zwei Hauptgruppen (sicher vs. unsicher).

2.1.6 Auffinden von bindungsrelevanten, AAP-spezifischen Themen und deren Gegenpolen im AAI

Wie in der Darstellung der beiden Bindungsmethoden (AAI und AAP) deutlich wurde, besteht in der Endklassifikation eine hohe Übereinstimmung der Kategorien, was in Bezug auf die Konstruktvalidität des AAP sehr wünschenswert ist. Dennoch kommen beide Methoden auf unterschiedliche Art und Weise zum selben Messergebnis. Das AAI erfasst die kohärente versus inkohärente sprachliche Darstellung von autobiographischen Bindungserinnerungen; das AAP untersucht die sprachliche Darstellung von hypothetischen Geschichten zu projektiven Bindungsbildern und bezieht innere Ressourcen wie „mentale Explorationsfähigkeit“ (internalized secure base, capacity to act etc.) mit ein.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde ein Bogen konzipiert (siehe Auswertungsbeispiel), anhand dessen die Transkripte der durchgeführten AAI auf bindungsrelevante Themen in Anlehnung an das AAP mit einer Erweiterung um die ressourcenorientierten Themen der Exploration im weitesten Sinne hin untersucht wurden.

Negative bindungsrelevante Themen, die auch durch das Projektiv-Bilderset des AAP aufgegriffen werden und die auf die Aktivierung des Bindungssystems hinweisen, sind: *Einsamkeit, Kummer, Trennung, Krankheit, Verlust und Bedrohung*.

Bindungsrelevante Themen, die als positive Gegenpole von den AAP-spezifischen Themen abgeleitet wurden und die auf die Aktivierung des Explorationssystems hinweisen, sind: *Bedürfnis nach Beziehung, Exploration/ Freude/ Wohlbehagen, Liebe/ Synchronizität, Gesundheit/ Trösten, Zuversicht/ Bewältigung, Sicherheit/ Schutz*. Die Themenbereiche *Synchronizität* und *Bedürfnis nach Beziehung* stellen gleichzeitig Skalen dar, die im Rahmen der Auswertung des AAP als *Synchrony* bzw. *Connectedness* direkt erfasst werden (vgl. 2.1.5). Im Unterschied zur Auswertung im Rahmen des AAP wird bei dieser Form der textanalytischen Bearbeitung der AAI-Transkripte ein noch stärkeres Gewicht auf den adaptiven Explorationsaspekt in Anlehnung an ein erweitertes Konzept von Bindung (vgl. Grossmann 1997; Grossmann & Grossmann 2004) gelegt.

Folglich wurden die vorliegenden AAI-Transkripte unter Berücksichtigung von zwölf Themenbereichen analysiert. Für die Rater wurden diese Kategorien zur Erleichterung der Auswertung vorab näher definiert:

Tabelle 3: Beschreibung der Kategorien für das Auffinden von bindungsrelevanten Themen im Adult Attachment Interview

Kategorie	Definition
Einsamkeit	sich zurückziehen, alleine sein, sich alleine fühlen, Vernachlässigung, monadische Perspektive
Kummer	traurig sein, Sorgen haben
Trennung	Trennung/ getrennt sein von Bezugspersonen bzw. von Partner
Krankheit	Krankheiten, Verletzungen (auch im Sinne von Selbstverletzung)
Verlust	Tod einer Bezugsperson
Bedrohung	Angst, Missbrauch, Misshandlung, Gewalt (auch im Sinne von emotionaler Gewalt)
Bedürfnis nach Beziehung	Kontakt zu anderen wünschen bzw. suchen
Exploration/ Freude/ Wohlbehagen	Wohlbefinden, wenn es einem gut geht, positiv erlebte Unternehmungen, gehobene Stimmung
Liebe/ Synchronizität	feinfühlig, liebevolle Beziehung
Gesundheit/ Trösten	Zuwendung/ Unterstützung/ Pflege bei Krankheit, Abwesenheit von Krankheit
Zuversicht/ Bewältigung	positive/ hoffnungsvolle Perspektive im Zusammenhang mit erlebten Verlusten
Sicherheit/ Schutz	beschützende/ sicherheitsvermittelnde Faktoren im Kontext von Bedrohung

Entgegen der AAI-Auswertungsmethode, bei der die Kohärenz des Diskurses sowie mentale Abwehrstrategien interpretativ kodiert werden, konzentriert sich diese Vorgehensweise auf das quantitative direkte Vorkommen der Aussagen zu den einzelnen Themen im Text.

Bei jedem dieser Themenbereiche wurde differenziert, ob der Proband von diesem Thema in der Subjekt- oder in der Objektperspektive gesprochen hat, d.h. ob die Thematik in den Antworten des Probanden im Zusammenhang mit der eigenen Person oder im Zusammenhang mit einer anderen Person erwähnt wurde. Daneben fand eine Auswertung der Transkripte unabhängig von Subjekt- und Objektebene statt. Hierbei wurde lediglich berücksichtigt, ob das jeweilige bindungsspezifische Thema vom Probanden angesprochen

wurde, unabhängig davon, ob diese Thematik in Bezug auf sich selbst oder mit Bezug auf andere Erwähnung fand. Im Verlauf der Auswertung zeigte sich jedoch, dass bei ausschließlicher Untersuchung der Objektperspektive signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen nur sporadisch nachzuweisen waren. Dies resultiert möglicherweise aus der Tatsache, dass das AAI auf die eigene Biographie bzw. die eigene Entwicklung fokussiert. Deshalb fand in der Berechnung der Korrelationen im Zuge der statistischen Auswertung nur die Analyse unabhängig von Subjekt- oder Objektperspektive Berücksichtigung.

In Analogie zum Interviewleitfaden des AAIs wurden die Transkripte zunächst in die einzelnen Fragen mit zugehörigen Antworten untergliedert, dann wurden die Antworten der Probanden auf die einzelnen AAI-Fragen nacheinander auf das Vorhandensein der beschriebenen zwölf Themen untersucht und dabei jeweils in Subjekt- und Objektperspektive unterschieden. Die Ausprägung der Themen wurde hierbei in drei verschiedenen Graden ausgedrückt (trichotome Beobachtung):

0=nicht ausgeprägt

1=schwach ausgeprägt

2=stark ausgeprägt

Im Rahmen der durchgeführten Reliabilitätsstudie zeigte sich, dass eine dichotomisierte Beobachtung, bei welcher lediglich unterschieden wird, ob eine Thematik angesprochen wird oder nicht, unabhängig von der Stärke der Ausprägung (0=nicht ausgeprägt, 1=ausgeprägt), bessere κ - bzw. Spearman-Koeffizienten erbringt als die trichotome Beobachtung. Deshalb fand die weitere Auswertung mit den dichotomisierten Daten statt.

Über die 25 Fragen des AAI hinweg wurden anschließend Summenscores für die einzelnen bindungsspezifischen Themen gebildet. Anhand der dichotomen Beurteilung ergab sich für jede bindungsrelevante Thematik ein Summenscore über die 25 Fragen hinweg im Bereich zwischen 0-25. Die Summenscores wurden schließlich in Prozentangaben umgerechnet, wobei die Summe dieser relativen Werte über die zwölf bindungsrelevanten Themen hinweg jeweils 100% ergibt. Die Umrechnung in Prozentangaben fand statt, um den Einfluss der Gesprächslänge auf die Auswertung zu minimieren und um einen intersubjektiven Vergleich der Interviews zu erleichtern.

Zur Veranschaulichung der Auswertungslogik sollen an dieser Stelle einige Textbeispiele aus den AAI-Transkripten und anschließend ein Auswertungsbeispiel (Abbildung 1) aufgeführt werden.

Transkriptbeispiel: „Einsamkeit“, Vp 11 (I: Interviewer, P: Proband)

I: „Dann haben Sie gesagt, es ist nicht viel passiert in der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer Mutter. Gibt es da eine Situation [...], was Ihnen dazu einfällt?“

P: „Sie war nie da, was soll mir da einfallen? [...]“

I: „Es wäre schön, wenn Sie schildern könnten, wie Sie das erlebt haben.“

P: „Das hört sich blöd an. Aber für mich waren meine Katzen meine Bezugspersonen.“
[...]

I: „Und Sie waren ab wann immer allein?“

P: „Von morgens bis abends.“

In diesem Transkriptbeispiel berichtet die zur Gruppe der Borderline-Patientinnen gehörende Probandin auf die Frage nach der Beziehung zur Mutter (Frage 3) von selbsterlebter Einsamkeit während der Kindheit. Somit findet hier die bindungsspezifische Thematik *Einsamkeit* in subjektbezogener Form Erwähnung.

Transkriptbeispiel: „Bedrohung“, Vp 28 (I: Interviewer, P: Proband)

I: „Dann würde ich Ihnen die gleiche Frage zu Ihrem Vater stellen. Also können Sie da versuchen, fünf Eigenschaftswörter zu finden, die Ihre Beziehung zu ihm in Ihrer frühen Kindheit so beschreiben? Und dann frag ich Sie wieder konkret.“

P: „Ängstlich, furchteinflößend, beherrschend, hilflos, stressig.“

I: „Als erstes haben Sie gesagt, die Beziehung zwischen Ihrem Vater und Ihnen war ängstlich. Gibt es da eine konkrete Erinnerung, wo Sie das so erlebt haben?“

P: „Also ängstlich, das meine ich jetzt nicht in Bezug auf meinen Vater, ja, das hab ich dauernd erlebt. Ich hatte damals sehr Angst vor ihm, weil ich halt immer an allem Schuld war. Ja, weil er mich auch geschlagen hat. Eigentlich grundsätzlich, dass ich Angst hatte vor ihm. Weil ich nie gewusst hab, wie er drauf ist. Er konnte in einem Moment gut drauf sein und auf einmal hat ihm halt irgendwas nicht gepasst.“

I: „Dann haben Sie gesagt, die Beziehung war furchteinflößend. Gibt es da eine Situation, an die Sie sich erinnern, wo das so war?“

P: „Ja. Ich weiß nicht mehr, worum es da ging, es hat ihm irgendwas nicht gepasst, da hat er seinen Wutanfall gekriegt und wir haben uns im Bad eingesperrt und er hat gegen

die Tür gehämmert ohne Ende und ich bin halt drin gewesen, ich hab bloß gemeint, er bringt mich um.“

Bei der Beschreibung der Beziehung zum Vater während der Kindheit (Frage 4) berichtet die zur Gruppe der Borderline-Patientinnen gehörende Versuchsperson von Misshandlung und dem selbsterlebten Gefühl der Bedrohung. In der Auswertung fand eine Kodierung in Form von *subjektbezogener Bedrohung* statt.

Transkriptbeispiel: „Liebe/ Synchronizität“, Vp 30 (I: Interviewer, P: Proband)

I: „Wie würden Sie denn die Beziehung heute beschreiben, also mit beiden [Eltern]?“
[...]

P: „Auf jeden Fall sind sie sehr stolz und die Beziehung zu mir das ist einfach, das ist auf der einen Seite ist es mütterlich und väterlich so wie man sich es vorstellt, aber auf der anderen Seite ist es auch freundschaftlich. Also es ist jetzt eigentlich, im Prinzip ist es jetzt, ist die Beziehung fast vollkommen. Weil am Anfang war es eben mehr mütterlich, d.h. mütterlich, väterlich, Sorgen, Ängste ah einfach alles, was dazu gehört. Aber eben nicht auf so einer freundschaftlichen Basis, wo man jetzt wirklich alles so erzählen kann, alles austauschen kann. Und so ist es jetzt.“

Nach der aktuellen Beziehung zu den Eltern gefragt (Frage 15) skizziert die Probandin aus der Kontrollgruppe an dieser Stelle eine selbsterlebte glückliche, liebevolle Beziehung. Die Thematik *Liebe/ Synchronizität* wurde in diesem Sinne als subjektbezogen ausgeprägt kodiert.

Transkriptbeispiel: „Exploration/ Freude/ Wohlbehagen“, Vp 31 (I: Interviewer, P: Proband)

I: „Dann probieren wir das gleiche mit Ihrem Vater. Also dass Sie da die Beziehung schildern von früher und erst die Wörter finden dazu und dann gehen wir sie nacheinander durch.“
[...]

P: „Also die Beziehung zu meinem Vater war auf jeden Fall leicht. [...] Und immer beschwingt irgendwie [...]“

I: „Wenn Sie sich noch mal an die Kindheit zurückerinnern. Also wenn Sie sagen leicht. Fällt Ihnen da irgendwas ein?“

P: „Ja einfach, dass die Zeit, die ich mit meinem Vater verbracht hab, lang nicht so ernsthaft war. Man hat einfach Spaß, ja, man hat Dinge gemacht, man ist in den Wald gegangen, man ist ins Aquarium gegangen [...]. Und auch immer, egal wie schlecht es einem gegangen ist, wenn man mit dem Vater unterwegs war, dann war man hinterher auf jeden Fall wieder viel viel besser drauf irgendwie. Der hat es immer hingekriegt zu wissen irgendwie, was jetzt noch irgendwie fehlt und wenn es bloß ein Kaba trinken gehen war.“

Die zur Gruppe der Kontrollen gehörende Versuchsperson erinnert im Zusammenhang mit der Beziehung zu ihrem Vater (Frage 4) Unternehmungen, Spaß und Wohlbefinden. In der Auswertung fand eine Kodierung als *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* in subjektbezogener Form statt.

Frage	Einsamkeit	Kummer	Trennung	Krankheit	Verlust	Bedrohung	Bedürfnis nach Beziehung	Exploration/ Freude/ Wohlbefinden	Liebe/ Synchronizität	Gesundheit/ Trösten	Zuversicht/ Bewältigung	Sicherheit/ Schutz
1	1				1							
2		1										
3	1											1
4		1						1				
5												
6	1			1						1		
7			1									
8									1			
9	1	1				1						
10	1											
11	1											1
12					1							
13					1							
14												
15		1					1					
16												
17												
18												
19									1			
20	1											
21							1		1			
22												
23												
24								1				
25												
Σ	7	4	1	1	3	1	2	2	3	1	0	2
%	26	15	4	4	11	4	7	7	11	4	0	7

Abb. 1: Auswertungsbogen von Versuchsperson Nr.4 (Subjektperspektive nach Dichotomisierung)

Reliabilitätsstudie:

Im Rahmen einer Reliabilitätsstudie wurde das neu entwickelte Verfahren einer Inter-Rater-Reliabilitätsanalyse (Querschnittsanalyse, d.h. die Beurteiler werten dieselben Transkripte aus) unterworfen. Dazu beurteilten drei Rater (Rater 1, Rater 2 und Rater 3, wobei die eigentliche Untersuchung im Anschluss an die Reliabilitätsstudie von Rater 1 durchgeführt wurde) unabhängig voneinander acht Transkripte. Auf der Ebene von 200 Beobachtungen (25 Fragen-Textsegmente bei acht Versuchspersonen) ergaben sich bezüglich der Übereinstimmung der Rater bei der trichotomen Beobachtung (0=nicht ausgeprägt, 1=schwach ausgeprägt, 2=stark ausgeprägt) für die drei Raterpaare Mittelwerte für die κ -Koeffizienten von 0.58, 0.77 und 0.79 (Tabelle 4).

Tabelle 4: Kappa-Koeffizienten (trichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie

Kappa N=200	Rater 1 – Rater 2	Rater 1 - Rater 3	Rater 2 - Rater 3
Subjekt Mittelwert	0.78	0.79	0.63
Objekt Mittelwert	0.74	0.79	0.52
Gesamt Mittelwert	0.77	0.79	0.58

Für die dichotomisierte Skala (0=nicht ausgeprägt, 1=ausgeprägt) wurden für die Raterpaare Mittelwerte der κ -Koeffizienten von 0.66, 0.81 und 0.81 ermittelt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Kappa-Koeffizienten (dichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie

Kappa N=200	Rater 1 – Rater 2	Rater 1 – Rater 3	Rater 2 – Rater 3
Subjekt Mittelwert	0.84	0.85	0.71
Objekt Mittelwert	0.76	0.77	0.59
Gesamt Mittelwert	0.81	0.81	0.66

Zusätzlich zum κ -Koeffizienten wurden für die Übereinstimmung zwischen den 3 Ratern auf der Ebene von 8 Beobachtungen Spearman-Koeffizienten ermittelt. Hierfür wurden die trichotomen Beobachtungen (0-1-2) über 25 Fragen zusammengefasst. Auf diese Weise wurde je Versuchsperson und Item eine Subskala ermittelt mit einem theoretischen Rang zwischen 0 und 50. Auf der Ebene von 8 Beobachtungen ergaben sich für die trichotome Beobachtung Mittelwerte des Spearman-Koeffizienten von 0.66, 0.80 und 0.85 für die drei Raterpaare (Tabelle 6).

Tabelle 6: Spearman-Koeffizienten (trichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie

Rho N=8	Rater 1 – Rater 2	Rater 1 – Rater 3	Rater 2 – Rater 3
Subjekt Mittelwert	0.88	0.83	0.68
Objekt Mittelwert	0.82	0.75	0.63
Gesamt Mittelwert	0.85	0.80	0.66

Für die dichotomisierte Skala wurden Mittelwerte des Spearman-Koeffizienten von 0.65, 0.80 und 0.85 erzielt (Tabelle 7).

Tabelle 7: Spearman-Koeffizienten (dichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie

Rho N=8	Rater 1 – Rater 2	Rater 1 – Rater 3	Rater 2 – Rater 3
Subjekt Mittelwert	0.87	0.84	0.68
Objekt Mittelwert	0.82	0.75	0.62
Gesamt Mittelwert	0.85	0.80	0.65

Die dargestellten Ergebnisse der Reliabilitätsstudie sprechen für eine zufriedenstellende Inter-Rater-Reliabilität.

2.2 Durchführung der Untersuchung

13 Borderline-Patientinnen wurden 1999 in einer psychiatrischen Klinik in Bad Wiessee rekrutiert und mit einer Gruppe von 21 gesunden weiblichen Freiwilligen verglichen, die hinsichtlich Alter und Schulbildung gematched worden waren. Die verwendeten Fragebögen wurden nur von 20 der 21 Kontrollpersonen ausgefüllt.

Ausschlusskriterien für die Studie waren schwere internistische oder neurologische Erkrankungen, auch zusätzliche psychotische Störungen führten zum Ausschluss. Die Borderline-Diagnose und die Komorbidität wurden durch einen geschulten Psychiater mit Hilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV Achse I und II (SKID I, SKID II) eingeschätzt. Komorbiditäten in unserer Stichprobe waren Depressionen (69%), Angst- und Panikstörungen (23%) und somatoforme Störungen (15%). 62% der Patienten wurden pharmakologisch behandelt.

Das Durchschnittsalter in der Borderline-Gruppe liegt bei 26.9 Jahre (Standardabweichung 6.7; Spannweite 18-39 Jahre). In der Kontrollgruppe beträgt das Durchschnittsalter 28.4 Jahre (Standardabweichung 7.5; Spannweite 21-43 Jahre).

Alle Teilnehmer gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Studie. Das Studienprotokoll wurde durch die lokale Ethikkommission bewilligt.

2.3 Statistische Auswertung

Unsere Studie hat in Untersuchungs- und Kontrollgruppe formal gesehen eine Reihe von metrisch skalierten Merkmalen ergeben. Bei diesen Variablen konnte man nicht von der Annahme einer Normalverteilung ausgehen. Deshalb wurden in der Auswertung parameterfreie Methoden bevorzugt, welche robust gegenüber der Verletzung der Annahme der Normalverteilung sind. Die Werte zwischen den Gruppen wurden mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Tests verglichen, wobei die Signifikanzwerte mit einem kombinatorischen Verfahren exakt ermittelt wurden. Die Ergebnisse wurden wie folgt interpretiert: $p \leq 0.1$ als tendenziell signifikant („Tendenz“), $p \leq 0.05$ als (statistisch) signifikant, $p \leq 0.01$ als hoch signifikant, $p \leq 0.001$ als höchst signifikant. Aufgrund der gerichtet formulierten Hypothesen fand ein einseitiges Testen statt. Zusätzlich wurde die Effektstärke berechnet. Während die Signifikanzen den Grad der Sicherheit ausdrücken, ob

der untersuchte Effekt überhaupt vorliegt, beschreibt die Effektstärke die Größe dieses Effekts.

Die korrelativen Zusammenhänge zwischen den metrisch skalierten Variablen innerhalb jeder Untersuchungsgruppe wurden mit dem nichtparametrischen Spearman-Rangkoeffizienten berechnet (Spearman-Rho). Dem Spearman- Korrelationskoeffizienten wurde der Vorzug gegenüber dem Pearson-Koeffizienten gegeben, da hier die zur Berechnung erforderlichen Voraussetzungen schwächer sind und der beobachtete Zusammenhang nicht linear sein muss. Dabei wurden die Korrelationen für die Untersuchungsgruppen getrennt berechnet, um eine Inhomogenitätskorrelation durch Einfluss der Gruppenvariablen zu vermeiden. Zusätzlich fand eine Berechnung der Korrelation ohne Trennung in Untersuchungs- und Kontrollgruppe statt (Gesamtgruppe).

Die Daten wurden mit Hilfe des Microsoft-Programms Excel eingegeben und unter Verwendung der Statistik-Software SPSS (Statistic Package for Social Sciences, 11. Version) ausgewertet.

3. Ergebnisse

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird der Vergleich von Untersuchungsgruppe (Borderline-Patientinnen) und Kontrollgruppe hinsichtlich des neu entwickelten textanalytischen Verfahrens zum Auffinden bindungsrelevanter Themen im AAI dargestellt. Im Fokus des zweiten Abschnitts steht ein Gruppenvergleich zwischen Borderline-Patientinnen und Kontrollen in Bezug auf die verwendeten Fragebögen (SCL-90-R, BIS, FDS). Im dritten Abschnitt werden korrelative Zusammenhänge zwischen den klinischen Skalen und den untersuchten bindungsrelevanten Themen berichtet.

3.1 Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich bindungsrelevanter, AAP-spezifischer Themen und deren Gegenpole in den Adult Attachment Interviews

Bei Analyse der AAI-Transkripte *ohne Trennung in Subjekt- und Objektperspektive* zeigt sich ein hoch signifikanter Unterschied für den positiven Pol (Explorationssystem) und für den negativen Pol (Bindungssystem) (Tabelle 8; Abbildung 3). Dabei ist in der Untersuchungsgruppe der negative Pol der bindungsrelevanten Themen gemäß Hypothese 1a stärker und der positive Pol gemäß Hypothese 1b schwächer als in der Kontrollgruppe ausgeprägt. Hinsichtlich der einzelnen Skalen ergibt sich in der Untersuchungsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung der Skala *Einsamkeit* ($p \leq 0.05$) und der Skala *Bedrohung* ($p \leq 0.001$). Eine signifikant schwächere Ausprägung zeigt sich in der Untersuchungsgruppe für die Skalen *Exploration/ Freude/ Wohlbefinden* ($p \leq 0.05$) und für *Liebe/ Synchronizität* ($p \leq 0.01$) (Tabelle 8; Abbildung 2).

Tabelle 8: Bindungsrelevante Themen in den Adult Attachment Interviews von Borderline-Patientinnen und Kontrollen (Subjekt- und Objektebene zusammengefasst)

	B n=13		K n=21			U-Test
Variable	M	SD	M	SD	ES	p (1)
Einsamkeit	8.04	4.54	5.67	6.20	+0.45	0.029*
Kummer	11.27	5.73	12.11	6.01	-0.15	0.427
Trennung	8.39	4.61	8.90	5.58	-0.10	0.455
Krankheit	13.79	10.11	11.74	6.07	+0.28	0.441
Verlust	7.74	4.02	6.08	5.32	+0.36	0.055
Bedrohung	12.36	5.17	3.68	3.61	+2.16	0.000***
Bedürfnis nach Beziehung	4.11	3.94	2.39	3.46	+0.50	0.086
Exploration/ Freude/ Wohlbehagen	9.45	4.92	14.51	5.17	-1.06	0.012*
Liebe/ Synchronizität	19.17	10.23	29.49	8.86	-1.16	0.003**
Gesundheit/ Trösten	4.47	4.02	3.99	3.40	+0.14	0.440
Zuversicht/ Bewältigung	0.54	1.32	0.64	1.39	-0.08	0.399
Sicherheit/ Schutz	0.66	1.30	0.79	1.64	-0.09	0.488
Negativer Pol	61.59	12.50	48.18	12.60	+1.13	0.002**
Positiver Pol	38.41	12.50	51.82	12.60	-1.13	0.002**

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke, p (1) = Signifikanzniveau (einseitig), * $p \leq 0.05$ = signifikant, ** $p \leq 0.01$ = hoch signifikant, *** $p \leq 0.001$ = höchst signifikant

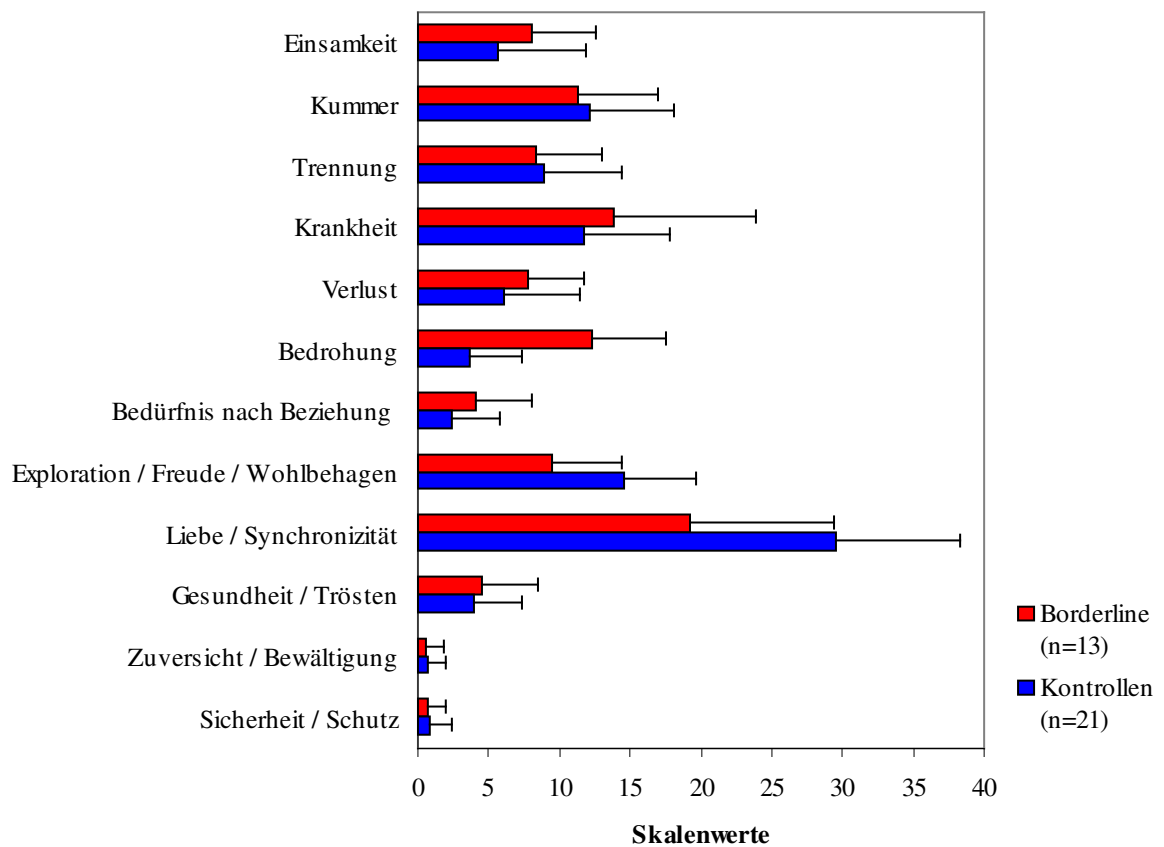


Abb. 2: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews (Subjekt- und Objektebene zusammengefasst)

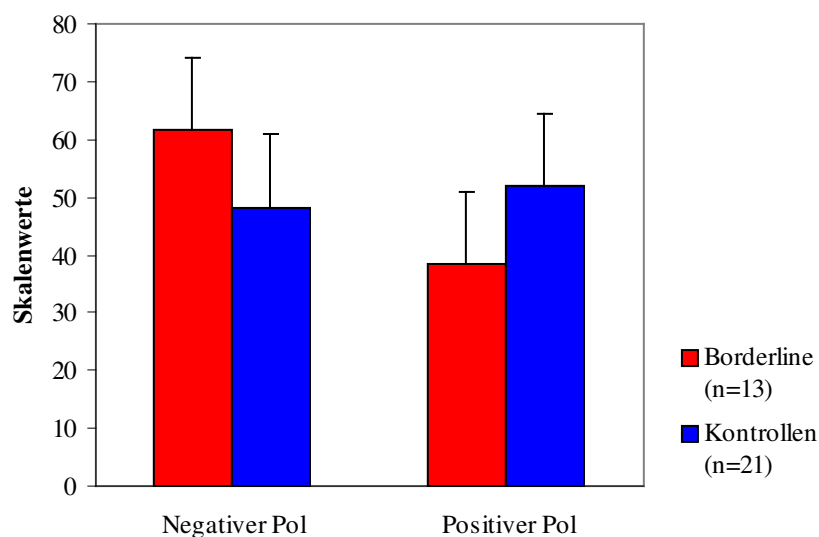


Abb. 3: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs von positivem und negativem Pol der bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews (Subjekt- und Objektebene zusammengefasst)

In Übereinstimmung mit Hypothese 1a erreicht die Untersuchungsgruppe beim negativen Pol der bindungsspezifischen Themen in der *Subjektperspektive* einen höchst signifikant höheren Score als die Kontrollgruppe. Entsprechend Hypothese 1b ist der positive Pol der bindingsrelevanten Themen in der Untersuchungsgruppe schwächer ausgeprägt als in der Kontrollgruppe ($p \leq 0.001$) (Tabelle 9; Abbildung 5). Bei den einzelnen Skalen zeigen sich nach Analyse der Subjektperspektive auf der Seite der negativen Bindungsthemen signifikante Unterschiede für die Themenbereiche *Einsamkeit* ($p \leq 0.05$) und *Bedrohung* ($p \leq 0.001$). Erwartungsgemäß sind diese Skalen in der Untersuchungsgruppe stärker ausgeprägt. Bei den positiven bindingsrelevanten Themen ergeben sich signifikante Unterschiede für die Skalen *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* ($p \leq 0.01$) und für *Liebe/ Synchronizität* ($p \leq 0.001$). Bei beiden Skalen erreicht die Kontrollgruppe signifikant höhere Werte (Tabelle 9; Abbildung 4).

Tabelle 9: Subjektbezogene bindingsrelevante Themen in den Adult Attachment Interviews von Borderline-Patientinnen und Kontrollen

	B n=13		K n=21			U-Test
Variable	M	SD	M	SD	ES	p (1)
Einsamkeit	8.49	4.02	5.96	6.08	+0.50	0.021*
Kummer	13.38	7.15	12.64	6.85	+0.11	0.380
Trennung	7.44	4.30	7.30	3.54	+0.04	0.448
Krankheit	11.46	9.34	6.54	3.86	+0.81	0.057
Verlust	8.29	4.46	7.18	7.21	+0.19	0.117
Bedrohung	12.79	5.33	3.74	4.13	+2.08	0.000***
Bedürfnis nach Beziehung	3.85	5.15	2.29	3.58	+0.39	0.336
Exploration/ Freude/ Wohlbehagen	9.17	5.74	16.07	5.99	-1.24	0.002**
Liebe/ Synchronizität	21.34	10.96	32.70	8.02	-1.31	0.001***
Gesundheit/ Trösten	2.63	3.29	3.85	3.57	-0.37	0.110
Zuversicht/ Bewältigung	0.62	1.50	0.77	1.67	-0.10	0.330
Sicherheit/ Schutz	0.53	1.32	0.96	1.97	-0.26	0.335
Negativer Pol	61.85	13.64	43.35	10.72	+1.65	0.000***
Positiver Pol	38.15	13.64	56.65	10.72	-1.65	0.000***

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke, p (1) = Signifikanzniveau (einseitig), * $p \leq 0.05$ = signifikant, ** $p \leq 0.01$ = hoch signifikant, *** $p \leq 0.001$ = höchst signifikant

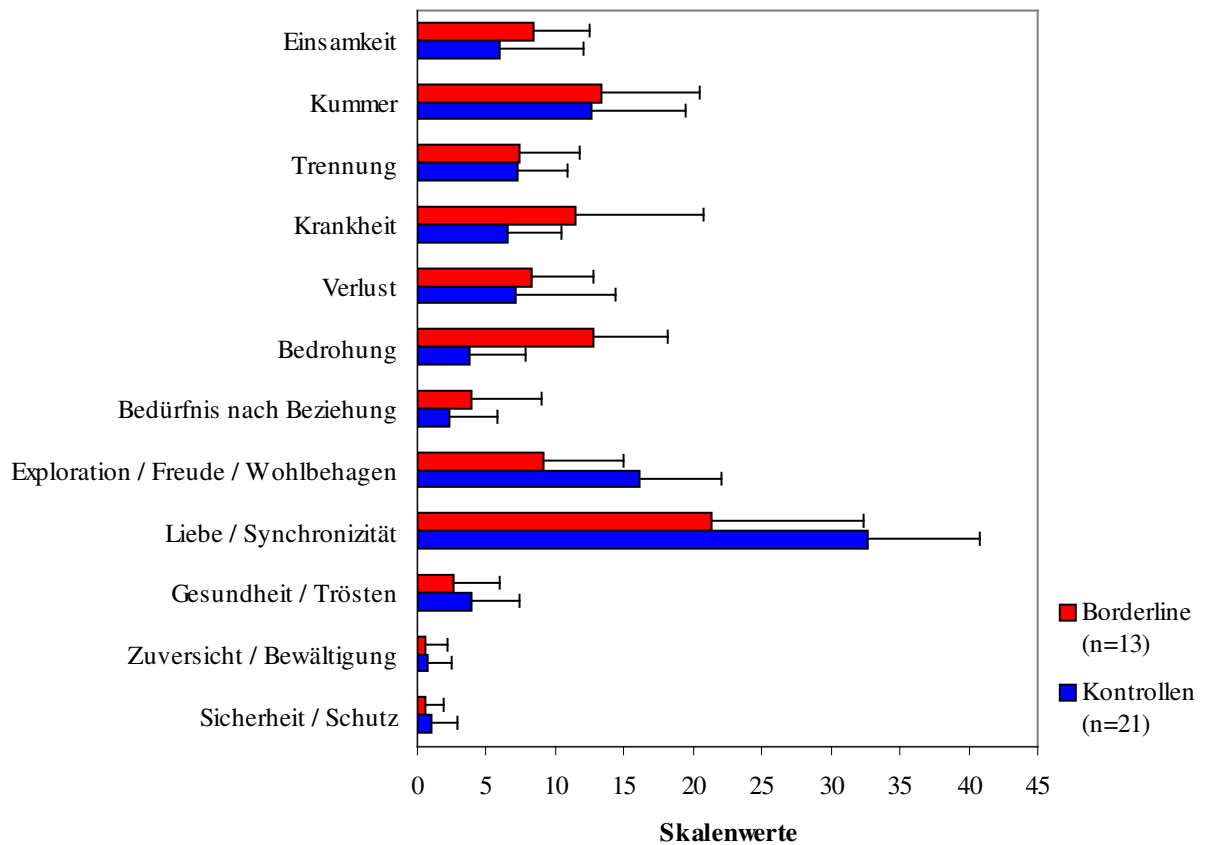


Abb. 4: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der subjektbezogenen bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews

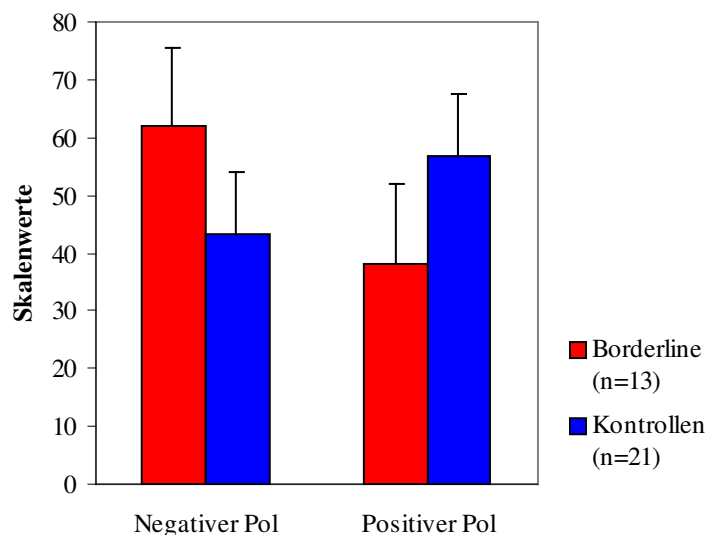


Abb. 5: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs von positivem und negativem Pol der bindungsrelevanten Themen (subjektbezogen) in den Adult Attachment Interviews

Betrachtet man ausschließlich die *objektbezogenen bindungsspezifischen Themen*, so zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich des gesamten positiven bzw. hinsichtlich des gesamten negativen Pols der bindungsrelevanten Themen (Tabelle 10; Abbildung 7). Bei Berücksichtigung der einzelnen Skalen lassen sich jedoch hoch signifikante Unterschiede für die Skalen *Bedrohung* und *Gesundheit/ Trösten* feststellen, wobei in beiden Skalen die Werte der Borderline-Patientinnen höher sind als die der Kontrollen (Tabelle 10; Abbildung 6). Die stärker ausgeprägte Skala *Bedrohung* steht in Übereinstimmung mit Hypothese 1a, der höhere Wert in der Skala *Gesundheit/ Trösten* in der Untersuchungsgruppe deckt sich nicht mit Hypothese 1a bzw. 1b.

Tabelle 10: Objektbezogene bindungsrelevante Themen in den Adult Attachment Interviews von Borderline-Patientinnen und Kontrollen

	B n=13		K n=21			U-Test
Variable	M	SD	M	SD	ES	p (1)
Einsamkeit	7.48	14.76	2.87	7.74	+0.45	0.157
Kummer	6.67	9.88	10.40	15.66	-0.29	0.297
Trennung	11.66	12.76	11.36	17.89	+0.02	0.220
Krankheit	22.31	20.64	27.78	22.79	-0.26	0.223
Verlust	7.04	9.00	6.48	8.73	+0.07	0.464
Bedrohung	14.17	13.68	3.42	5.15	+1.22	0.004**
Bedürfnis nach Beziehung	3.04	5.91	4.17	7.91	-0.17	0.356
Exploration/ Freude/ Wohlbehagen	6.56	7.84	8.67	11.95	-0.21	0.438
Liebe/ Synchronizität	9.27	13.56	17.95	20.68	-0.50	0.122
Gesundheit/ Trösten	9.87	10.43	6.58	21.94	+0.19	0.010**
Zuversicht/ Bewältigung	0.00	0.00	0.34	1.60	-0.29	0.618
Sicherheit/ Schutz	1.92	6.93	0.00	0.00	+0.48	0.382
Negativer Pol	69.33	18.09	62.30	29.51	+0.29	0.273
Positiver Pol	30.67	18.09	37.70	29.51	-0.29	0.273

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke, p (1) = Signifikanzniveau (einseitig), ** p<.01 = hoch signifikant

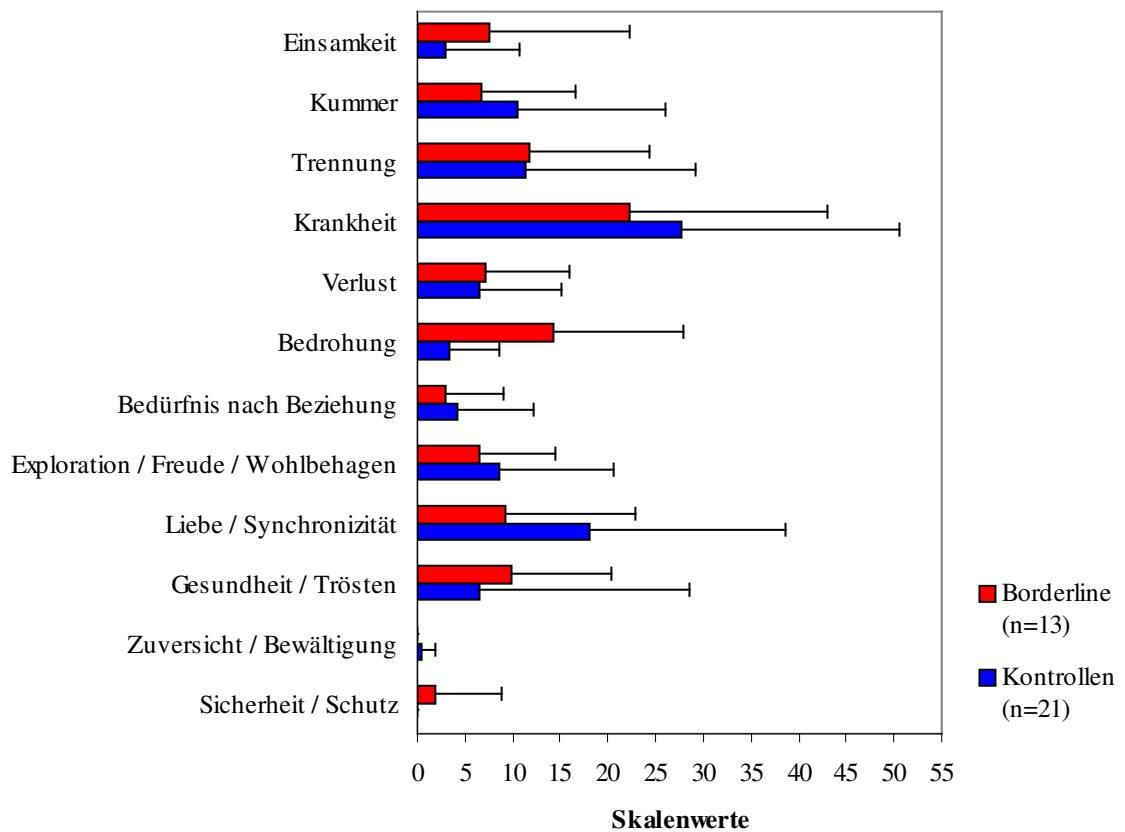


Abb. 6: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der objektbezogenen bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews

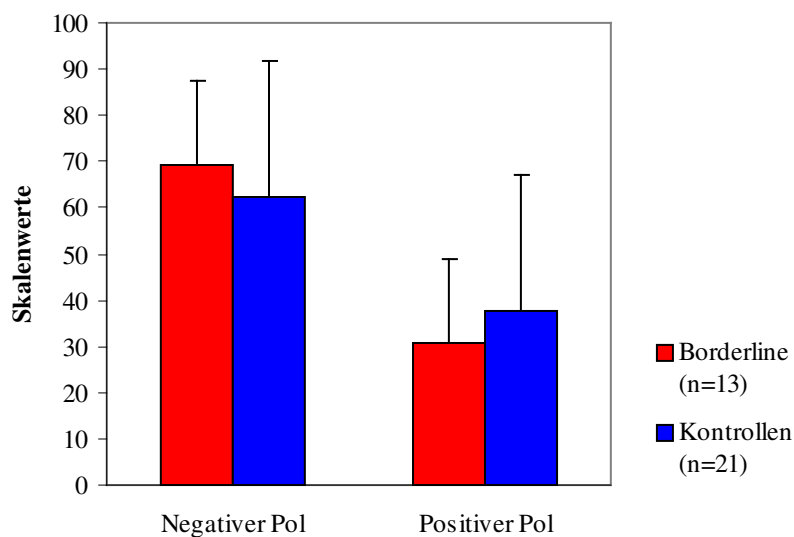


Abb. 7: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs von positivem und negativem Pol der bindungsrelevanten Themen (objektbezogen) in den Adult Attachment Interviews

3.2 Vergleich von Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der mit den Fragebogen erfassten Parameter

Tabelle 11 zeigt die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen für die Symptomcheckliste. Eine graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der Unterskalen bietet Abbildung 8. Für alle Subskalen und auch für den Gesamtscore ergeben sich höchst signifikante Unterschiede. Der GSI weist eine Effektstärke von 3.27 auf. Sowohl die Unterskalen als auch GSI sind in der Untersuchungsgruppe stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Symptombelastung findet somit Hypothese 2 Bestätigung.

Tabelle 11: Gruppenvergleich der Symptombelastung (Symptom-Checkliste-90-Items-Revised)

	B n=13		K n=20			U-Test
Variable	M	SD	M	SD	ES	p (1)
Somatisierung	1.22	0.76	0.30	0.30	1.74	0.000***
Zwanghaftigkeit	1.49	0.73	0.36	0.39	2.07	0.000***
Unsicherheit	1.74	0.96	0.31	0.35	2.19	0.000***
Depressivität	1.91	0.54	0.34	0.39	3.44	0.000***
Ängstlichkeit	1.62	0.83	0.23	0.26	2.50	0.000***
Aggressivität	1.31	0.93	0.20	0.22	1.83	0.000***
Phobie	1.41	0.89	0.06	0.14	2.39	0.000***
Paranoides Denken	1.09	0.71	0.20	0.40	1.64	0.000***
Psychotizismus	1.13	0.63	0.12	0.14	2.49	0.000***
GSI	1.48	0.51	0.26	0.25	3.27	0.000***

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke, GSI = global severity index, p (1) = Signifikanzniveau (einseitig), *** $p \leq 0.001$ = höchst signifikant

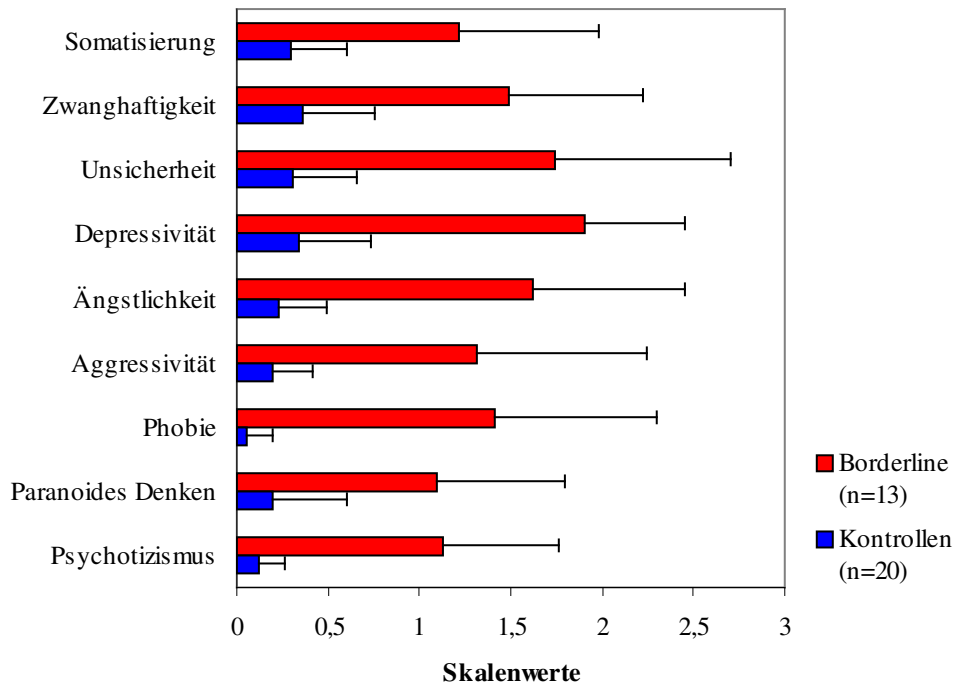


Abb. 8: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der Symptombelastung

Tabelle 12 zeigt die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen für die BIS. Abbildung 9 veranschaulicht den Gruppenvergleich der Unterskalen. Für die Subskalen *Nichtplanende Impulsivität* und *Kognitive Impulsivität* sowie für die Gesamtskala ergibt sich ein höchst signifikanter Unterschied. Die Subskala *Motorische Impulsivität* erbringt einen hoch signifikanten Unterschied. Sowohl in der Gesamtskala, als auch in allen Subskalen erreichen die Borderline-Patientinnen höhere Werte als die Kontrollen. Somit bestätigt sich Hypothese 2 auch hinsichtlich der Impulsivität.

Tabelle 12: Gruppenvergleich der Impulsivität (Barratt-Impulsivitätsskala)

	B n=13		K n=20			U-Test
Variable	M	SD	M	SD	ES	p (1)
Nichtplanende Impulsivität	26.69	4.96	21.35	3.87	1.24	0.001***
Motorische Impulsivität	25.77	4.11	21.65	3.92	1.03	0.005**
Kognitive Impulsivität	32.23	3.72	24.85	4.63	1.72	0.000***
Gesamtskala	85.23	10.36	67.85	10.64	1.65	0.000***

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke, p (1) = Signifikanzniveau (einseitig), ** $p \leq .01$ = hoch signifikant, *** $p \leq .001$ = höchst signifikant

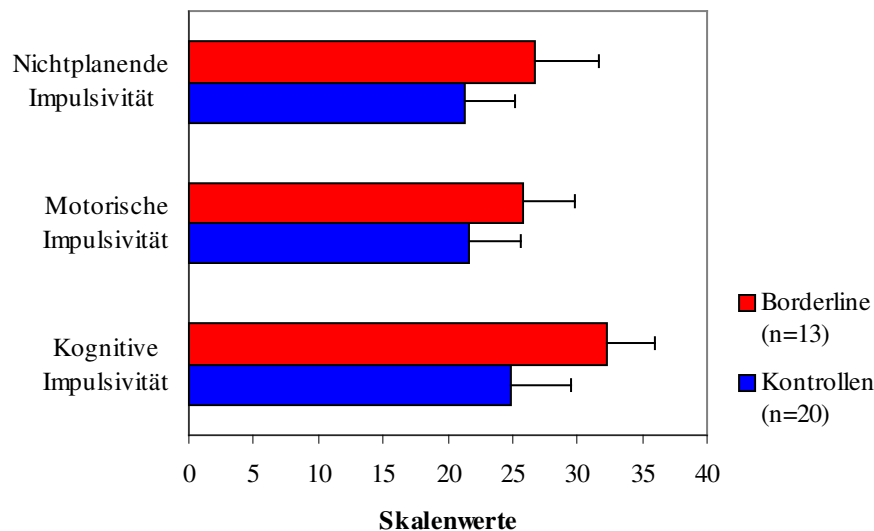


Abb. 9: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der Impulsivität

Betrachtet man die Ergebnisse aus dem FDS (Tabelle 13), so ergibt sich folgendes Bild: In allen Subskalen und in der Gesamtskala weist die Untersuchungsgruppe eine signifikant stärkere Ausprägung auf als die Kontrollgruppe. Abbildung 10 dient der Veranschaulichung des Gruppenvergleichs der Unterskalen. Für die Gesamtskala ergibt sich eine Effektstärke von 1.01. Auch im Hinblick auf die Dissoziation findet Hypothese 2 somit Bestätigung.

Tabelle 13: Gruppenvergleich der Dissoziation (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)

	B n=13		K n=20			U-Test
Variable	M	SD	M	SD	ES	p (1)
Amnesie	18.17	11.66	3.94	5.02	1.73	0.000***
Absorption	20.21	18.56	8.11	5.31	0.99	0.003**
Derealisation/ Depersonalisation	15.58	20.93	3.58	5.65	0.87	0.000***
Konversion	15.10	17.46	2.83	4.42	1.08	0.000***
Gesamtskala	15.66	16.31	4.81	4.38	1.01	0.000***

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke, p (1) = Signifikanzniveau (einseitig), ** $p \leq .01$ = hoch signifikant, *** $p \leq .001$ = höchst signifikant

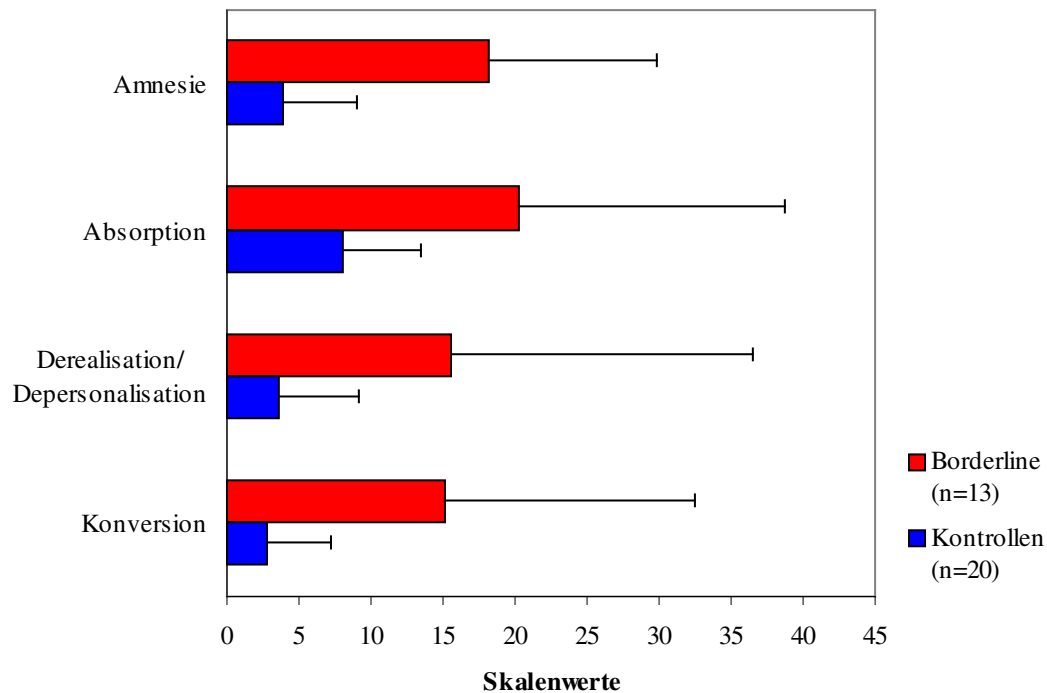


Abb. 10: Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der Dissoziation

3.3 Korrelationen

Für die Berechnung der Korrelationen wurden auf der Seite der bindungsrelevanten Themen nur die Ergebnisse aus der Analyse der bindungsrelevanten Themen *ohne Trennung in Subjekt- und Objektebene* berücksichtigt. Korrelationen wurden lediglich für jene untersuchten bindungsspezifischen Variablen berechnet, für die sich bei der Analyse ohne Trennung in Subjekt- und Objektebene ein signifikanter Unterschied zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe zeigte. Dies waren auf Seiten des negativen Pols *Einsamkeit* und *Bedrohung* und auf Seiten des positiven Pols *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* und *Liebe/ Synchronizität*. Zusätzlich wurden Korrelationen für den gesamten positiven und den gesamten negativen Pol der bindungsrelevanten Themen ermittelt, für die sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe zeigte.

Die Zusammenhänge wurden berechnet zwischen den beschriebenen bindungsrelevanten Themen und den Gesamtscores der untersuchten klinischen Skalen. Diese sind: SCL-90-R (Gesamtskala = GSI), BIS und FDS. Die abgebildeten Punktwolken sollen durch die

Darstellung der einzelnen Wertepaare die Stärke und Art der berechneten Korrelationen veranschaulichen.

Tabelle 14: Korrelative Zusammenhänge zwischen bindungsrelevanten Themen und Global severity index

Spearman-Rho	B n=13	GSI K n=20	Gesamtgruppe n=33 (13+20)
negativer Pol (=100-positiver Pol)	+ .46~	+ .43*	+ .44**
Einsamkeit	+ .47~	- .08	+ .13
Bedrohung	+ .42~	+ .65***	+ .58***
Exploration/ Freude/ Wohlbehagen	- .51*	- .26	- .35*
Liebe/ Synchronizität	- .37~	- .44*	- .42**

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, GSI = global severity index,

Signifikanz: ~ $p \leq .1$ = Tendenz, * $p \leq .05$ = signifikant, ** $p \leq .01$ = hoch signifikant,

*** $p \leq .001$ = höchst signifikant

Der gesamte negative Pol der bindungsrelevanten Themen korreliert in der Gruppe der Borderline-Patientinnen tendenziell signifikant positiv mit dem Gesamtscore der SCL-90-R (GSI). Auch in der Kontrollgruppe zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen negativem Pol der bindungsrelevanten Themen und GSI. Bei Zusammenfassung von Untersuchungs- und Kontrollgruppe (Gesamtgruppe) ergibt sich ebenfalls ein positiver Zusammenhang zwischen negativem Pol der bindungsrelevanten Themen und GSI ($p \leq 0.01$) (Tabelle 14; Abbildung 11). Jemand mit einem stark ausgeprägten negativen Pol der bindungsrelevanten Themen in den Bindungsinterviews weist somit gleichzeitig eine hohe Symptombelastung auf. Hinsichtlich der Korrelation zwischen dem gesamten negativen Pol der bindungsrelevanten Themen mit GSI findet Hypothese 3 sowohl für die Gesamtgruppe als auch für Untersuchungs- und Kontrollgruppe Bestätigung.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem bindungsrelevanten Thema *Einsamkeit* und GSI zeigt sich in der Gruppe der Borderline-Patientinnen eine tendenziell signifikante positive Korrelation, in der Kontrollgruppe und in der Gesamtgruppe kann kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden (Tabelle 14; Abbildung 12).

Bedrohung korreliert sowohl in der Gruppe der Borderline-Patientinnen als auch in der Kontroll- und in der Gesamtgruppe positiv mit dem GSI. Der beschriebene Zusammenhang ist sowohl in der Kontroll- als auch in der Gesamtgruppe höchst signifikant, für die Borderline-Gruppe ergibt sich ein tendenziell signifikanter korrelativer Zusammenhang (Tabelle 14; Abbildung 13).

Der bindungsrelevante Themenbereich *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* korreliert sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch in der Gesamtgruppe negativ mit dem GSI ($p \leq 0.05$) (Tabelle 14; Abbildung 14).

Der Themenbereich *Liebe/ Synchronizität* korreliert in Kontroll-, Untersuchungs- und Gesamtgruppe gegensinnig mit dem GSI. Das Signifikanzniveau liegt dabei für die Gruppe der Borderline-Patientinnen bei $p \leq 0.1$, für die Kontrollgruppe bei $p \leq 0.05$ und für die Gesamtgruppe bei $p \leq 0.01$ (Tabelle 14; Abbildung 15).

Bezüglich des korrelativen Zusammenhangs zwischen den hier untersuchten bindungsrelevanten Unterskalen und GSI konnte Hypothese 3 somit teilweise bestätigt werden.

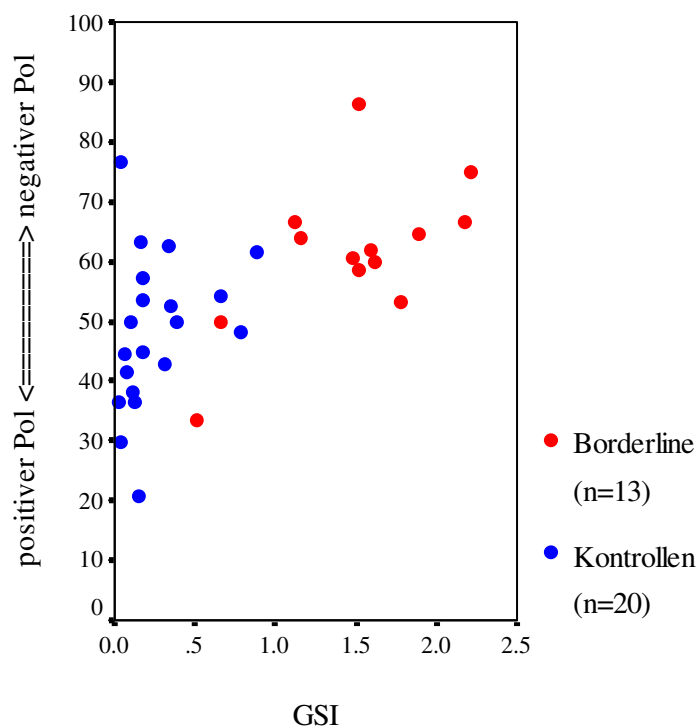


Abb. 11: Graphische Darstellung der Korrelation von positivem bzw. negativem Pol der bindungsrelevanten Themen mit GSI (Global severity index)

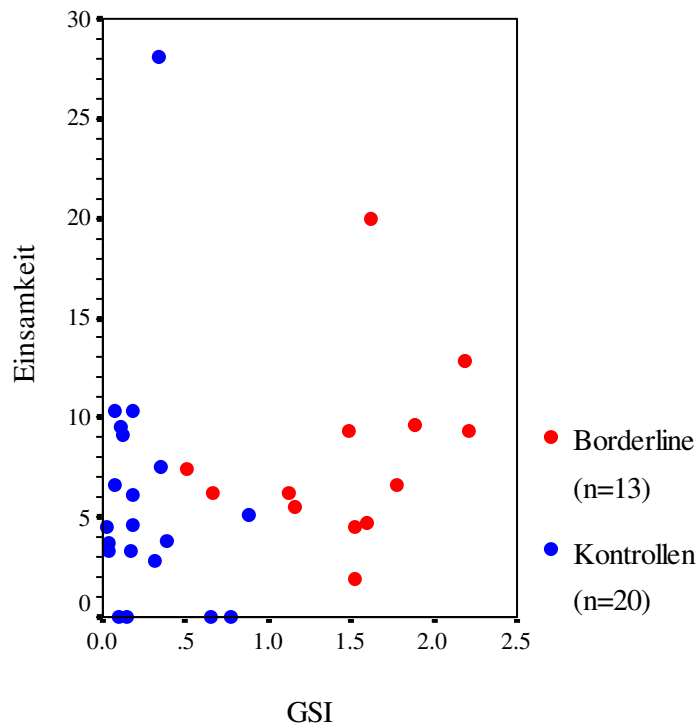


Abb. 12: Graphische Darstellung der Korrelation des Themas *Einsamkeit* mit GSI (Global severity index)

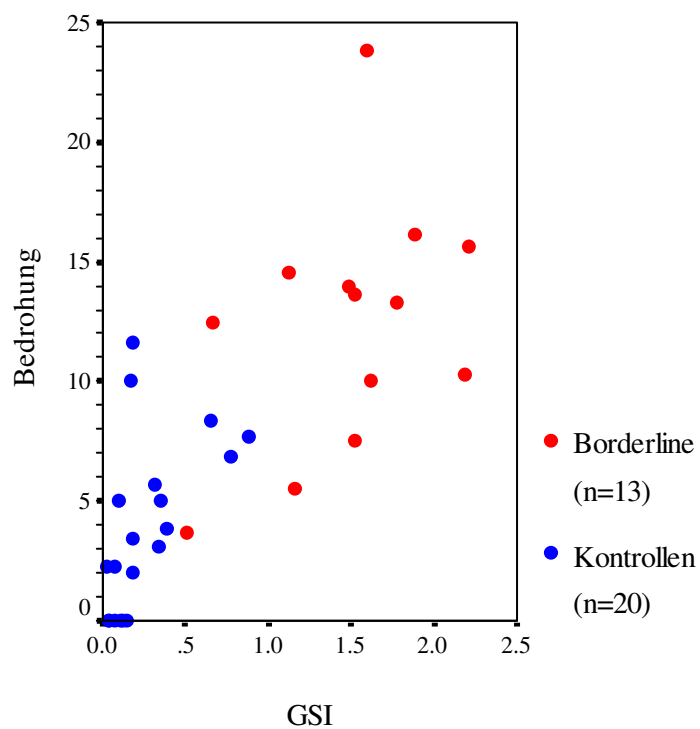


Abb. 13: Graphische Darstellung der Korrelation des Themas *Bedrohung* mit GSI (Global severity index)

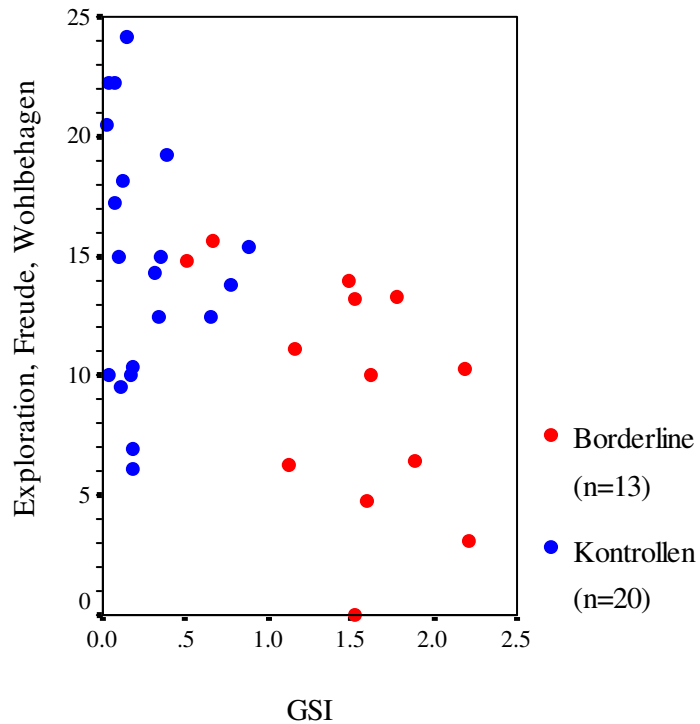


Abb. 14: Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes *Exploration/ Freude/ Wohlbefinden* mit GSI (Global severity index)

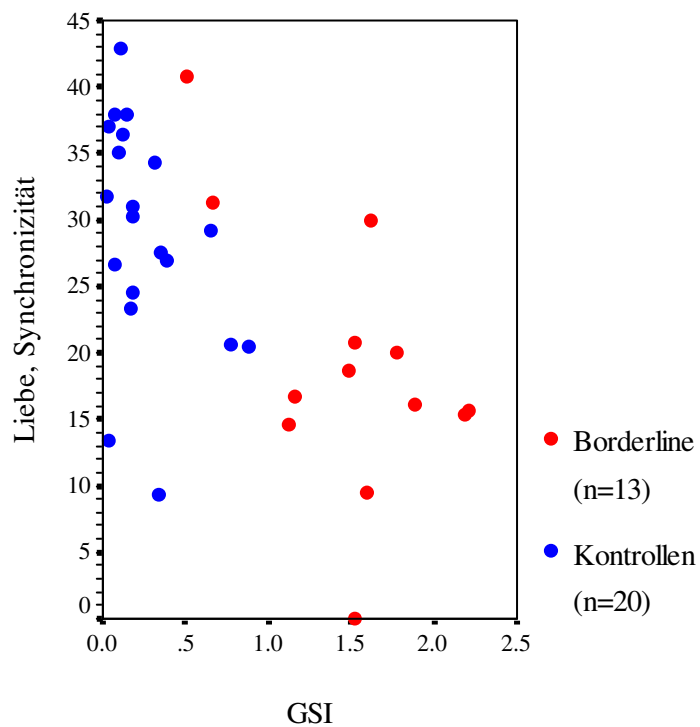


Abb. 15: Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes *Liebe/ Synchronizität* mit GSI (Global severity index)

Tabelle 15: Korrelative Zusammenhänge zwischen bindungsrelevanten Themen und Gesamtscore der Barratt-Impulsivitätsskala

Spearman-Rho	B n=13	BIS K n=20	Gesamtgruppe n=33 (13+20)
negativer Pol (=100-positiver Pol)	-.38	-.07	-.19
Einsamkeit	+.04	-.33~	-.20
Bedrohung	+.45~	+.41*	+.42**
Exploration/ Freude/ Wohlbehagen	+.17	-.09	+.01
Liebe/ Synchronizität	+.11	+.26	+.20

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, BIS = Barratt-Impulsivitätsskala,

Signifikanz: ~ $p \leq .1$ = Tendenz, * $p \leq .05$ = signifikant, ** $p \leq .01$ = hoch signifikant

Es konnte weder für die Borderline-Gruppe, noch für Kontroll- oder Gesamtgruppe ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem gesamten negativen Pol der bindungsrelevanten Themen und dem Gesamtscore der BIS gefunden werden (Tabelle 15; Abbildung 16). Hinsichtlich der Korrelation des gesamten negativen Pols der bindungsrelevanten Themen mit BIS findet Hypothese 3 somit nicht Bestätigung.

Einsamkeit korreliert lediglich in der Gruppe der Kontrollen tendenziell signifikant gegensinnig mit der Gesamtskala der BIS (Tabelle 15; Abbildung 17).

Sowohl in der Untersuchungsgruppe als auch in der Kontroll- und Gesamtgruppe ergibt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem bindungsrelevanten Thema *Bedrohung* und dem Gesamtscore der BIS. Das erreichte Signifikanzniveau liegt für die Gruppe der Borderline-Patientinnen bei $p \leq 0.1$, für die Kontrollgruppe bei $p \leq 0.05$ und für die Gesamtgruppe bei $p \leq 0.01$ (Tabelle 15; Abbildung 18).

Der bindungsrelevante Themenbereich *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* weist keine signifikante Korrelation mit dem Gesamtscore der BIS auf (Tabelle 15; Abbildung 19).

Für den Themenkomplex *Liebe/ Synchronizität* ergibt sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Gesamtscore der BIS (Tabelle 15; Abbildung 20).

Bezüglich der bindungsrelevanten Unterskalen, die hier auf einen statistischen Zusammenhang mit der Gesamtskala der BIS hin untersucht wurden, bestätigte sich Hypothese 3 somit nur vereinzelt.

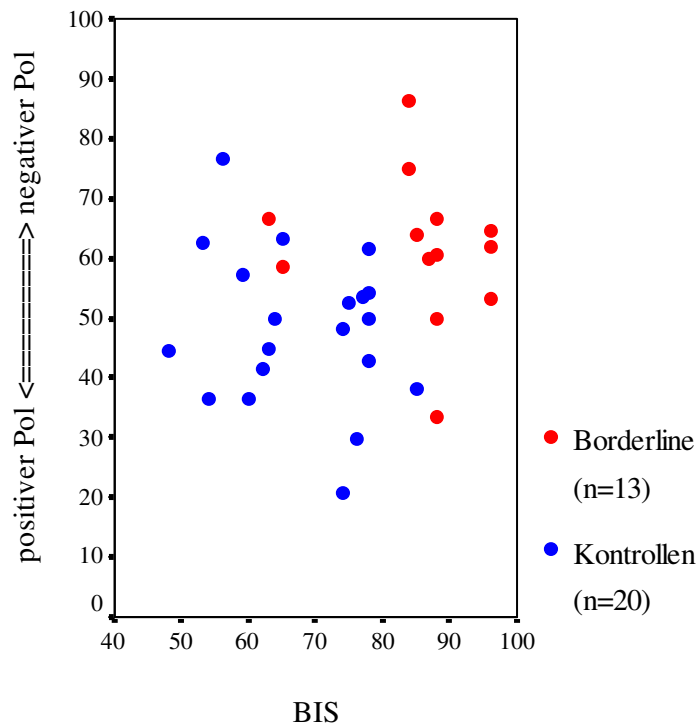


Abb. 16: Graphische Darstellung der Korrelation von positivem bzw. negativem Pol der bindungsrelevanten Themen mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)

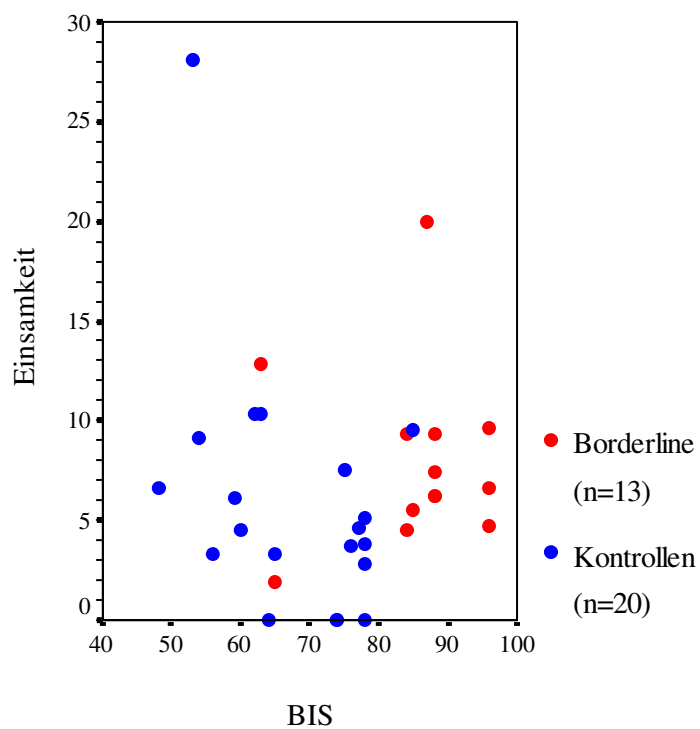


Abb. 17: Graphische Darstellung der Korrelation des Themas *Einsamkeit* mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)

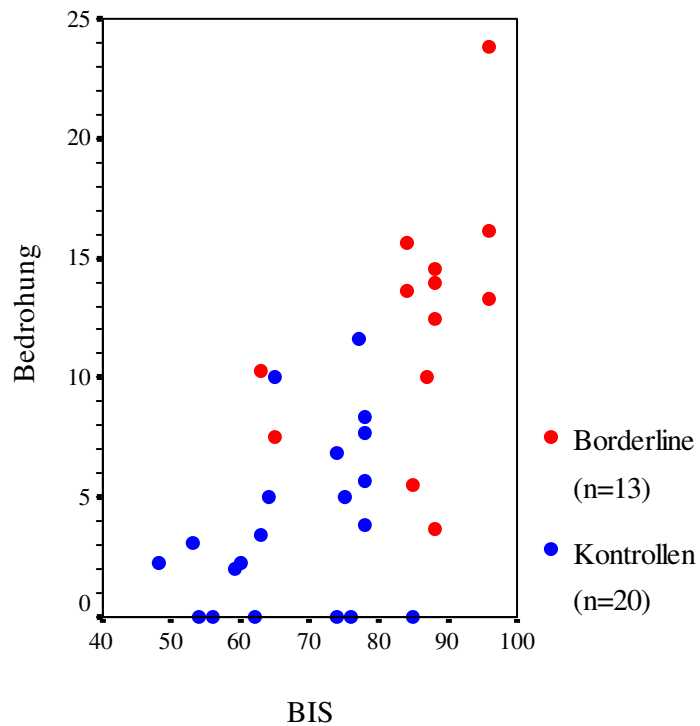


Abb. 18: Graphische Darstellung der Korrelation des Themas *Bedrohung* mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)

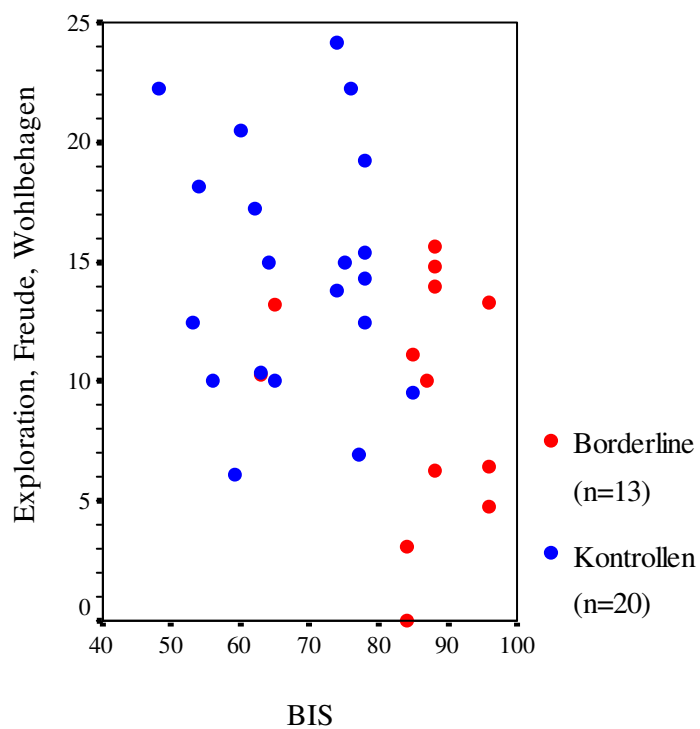


Abb. 19: Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)

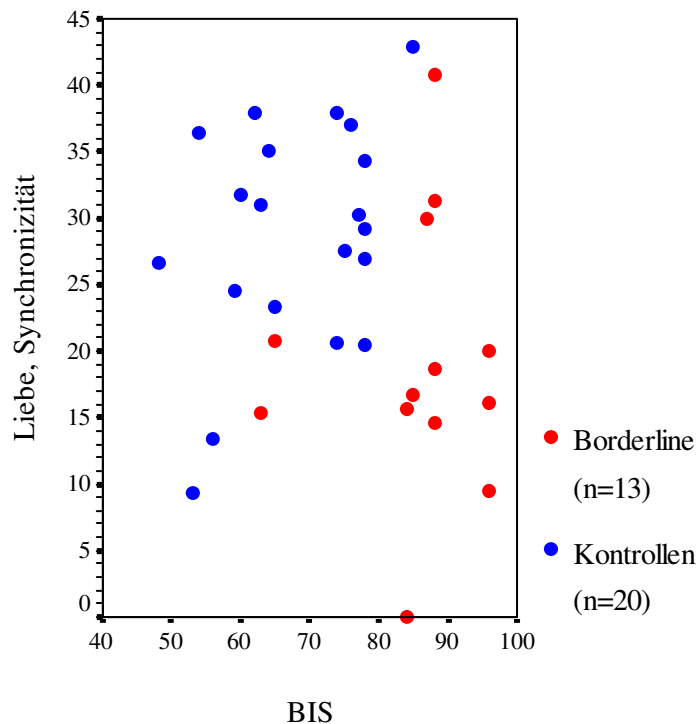


Abb. 20: Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes *Liebe/ Synchronizität* mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)

Tabelle 16: Korrelative Zusammenhänge zwischen bindungsrelevanten Themen und Gesamtscore des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen

Spearman-Rho	FDS		
	B n=13	K n=20	Gesamtgruppe n=33 (13+20)
negativer Pol (=100-positiver Pol)	+ .27	+ .53**	+ .44**
Einsamkeit	+ .09	− .06	− .00
Bedrohung	+ .29	+ .62**	+ .51**
Exploration/ Freude/ Wohlbehagen	− .44~	− .23	− .31*
Liebe/ Synchronizität	− .06	− .45*	− .32*

B = Borderline-Patientinnen, K = Kontrollen, FDS = Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen,

Signifikanz: ~ $p \leq .1$ = Tendenz, * $p \leq .05$ = signifikant, ** $p \leq .01$ = hoch signifikant

Der gesamte negative Pol der bindungsrelevanten Themen weist sowohl in der Kontroll- als auch in der Gesamtgruppe einen hoch signifikanten gleichsinnigen Zusammenhang mit dem Gesamtscore des FDS auf (Tabelle 16; Abbildung 21). Hypothese 3 kann somit bezüglich der Korrelation zwischen dem gesamten negativen Pol der bindungsrelevanten Themen und Gesamtskala des FDS für die Kontroll- und die Gesamtgruppe bestätigt werden.

Einsamkeit korreliert nicht statistisch signifikant mit dem Gesamtscore des FDS (Tabelle 16; Abbildung 22).

Bedrohung korreliert in Kontroll- und Gesamtgruppe hoch signifikant positiv mit der Gesamtskala des FDS (Tabelle 16; Abbildung 23).

Der bindingsrelevante Themenkomplex *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* weist in der Borderline- und in der Gesamtgruppe einen gegensinnigen Zusammenhang mit der Gesamtskala des FDS auf. Die Korrelation ist in der Borderline-Gruppe tendenziell signifikant ($p \leq 0.1$), in der Gesamtgruppe signifikant ($p \leq 0.05$) (Tabelle 16; Abbildung 24).

Der Themenbereich *Liebe/ Synchronizität* korreliert in der Kontroll- und in der Gesamtgruppe auf einem Signifikanzniveau von $p \leq 0.05$ negativ mit dem Gesamtscore des FDS (Tabelle 16; Abbildung 25).

Hinsichtlich eines korrelativen Zusammenhangs zwischen den bindingsrelevanten Unterskalen und Gesamtskala des FDS kann Hypothese 3 also auch nur teilweise verifiziert werden.

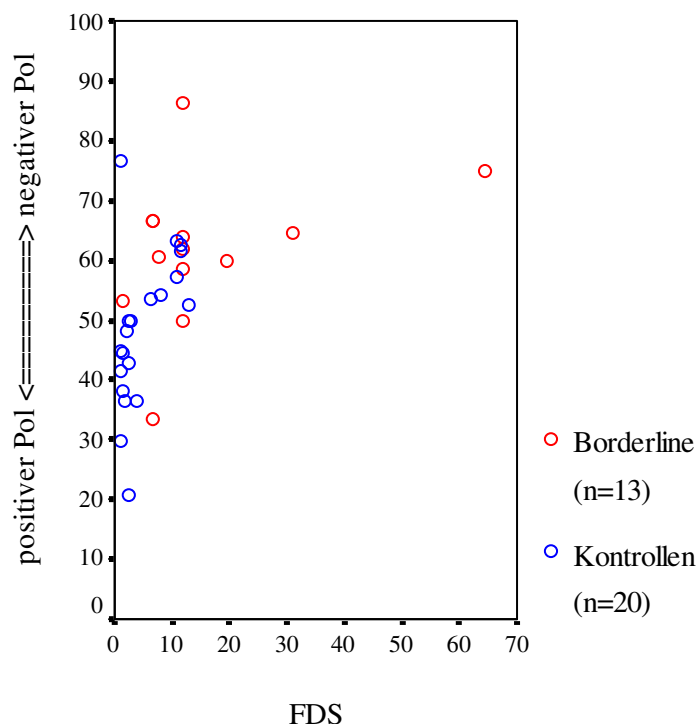


Abb. 21: Graphische Darstellung der Korrelation von positivem bzw. negativem Pol der bindingsrelevanten Themen mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)

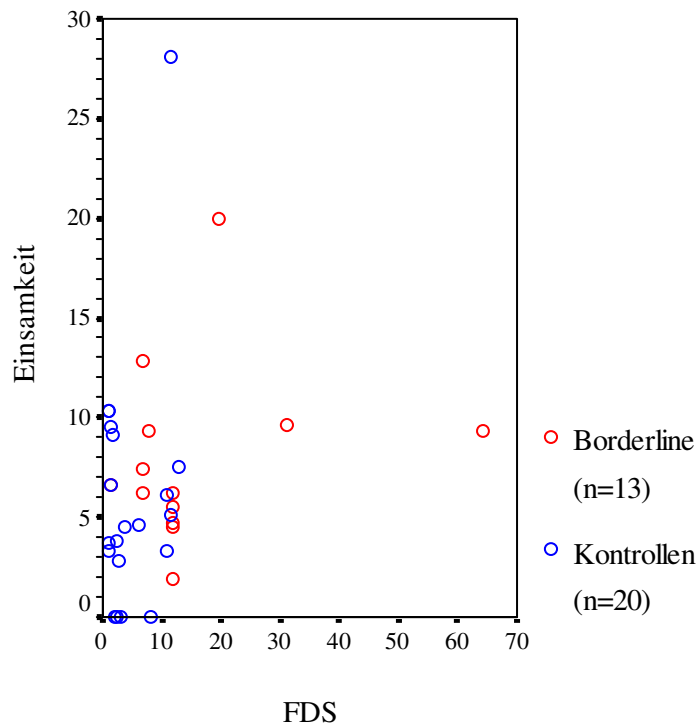


Abb. 22: Graphische Darstellung der Korrelation des Themas *Einsamkeit* mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)

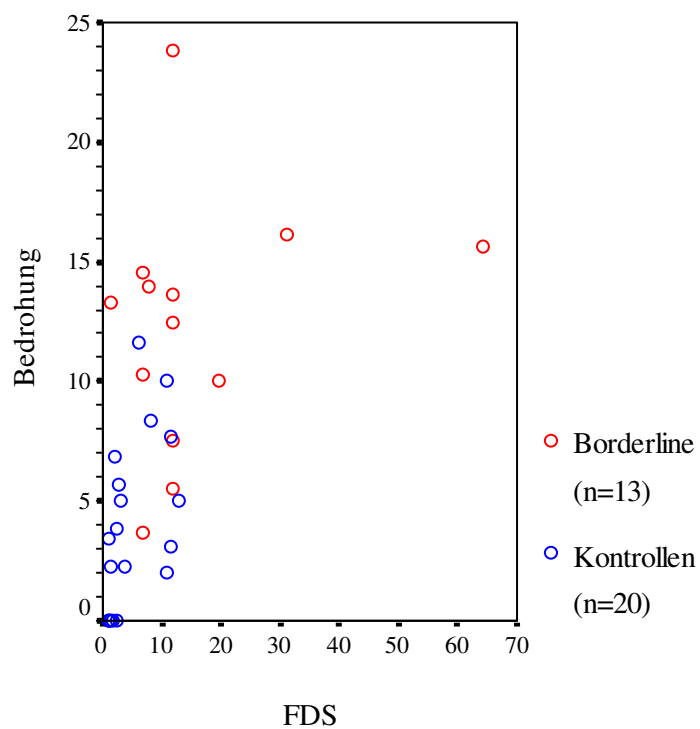


Abb. 23: Graphische Darstellung der Korrelation des Themas *Bedrohung* mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)

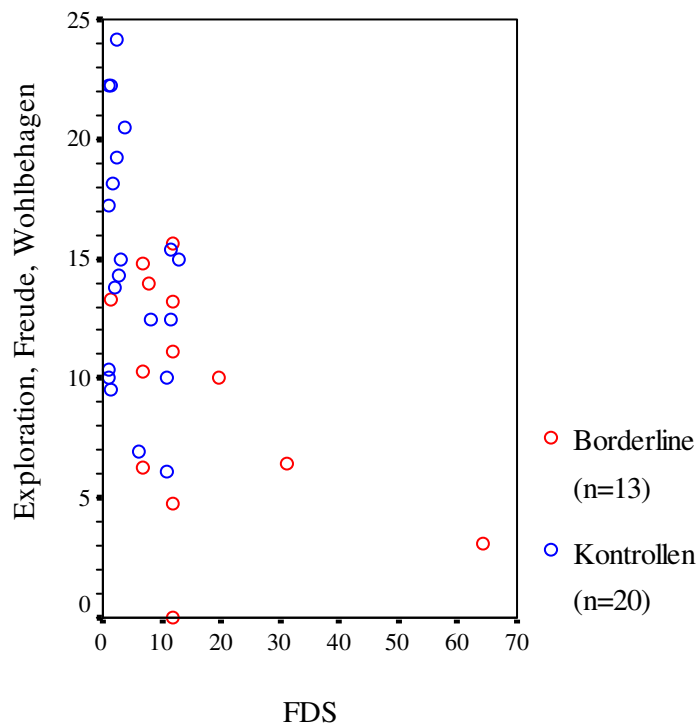


Abb. 24: Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)

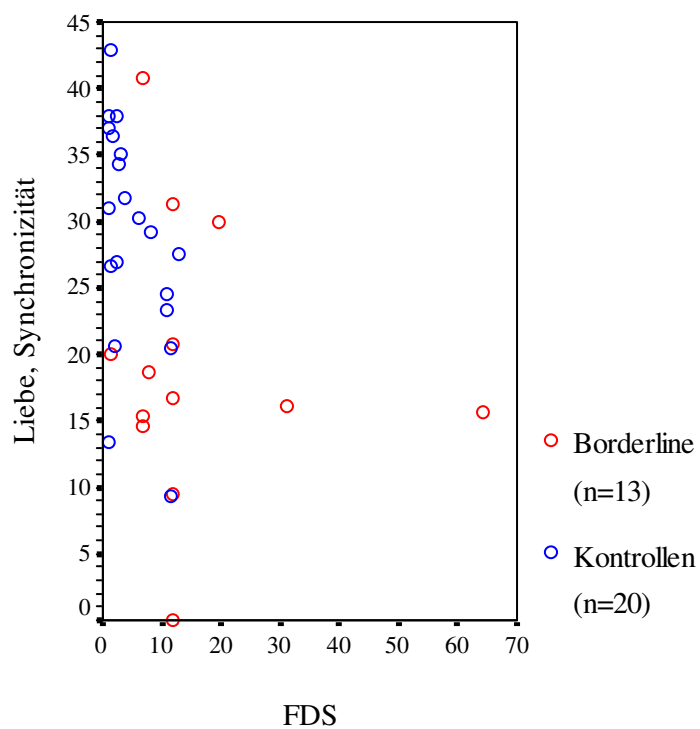


Abb. 25: Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes *Liebe/ Synchronizität* mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)

4. Diskussion

In Kapitel 4.1 erfolgt zunächst eine kritische Betrachtung der Methodik. Im Anschluss daran werden in Kapitel 4.2 die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung diskutiert und zu vorhandenen empirischen Ergebnissen in Relation gesetzt.

4.1 Diskussion der Methodik

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Fragebögen (SCL-90-R, FDS, BIS) aus einem 2003 durchgeführten Borderline-Bindungs-Projekt ausgewertet. Mit Hilfe dieser Fragebögen wurden die Bereiche Symptombelastung, Dissoziation und Impulsivität untersucht. Dabei stellen Dissoziation und Impulsivität klinische Skalen dar, die als kennzeichnend für die BPS gelten (Saß et al. 2003; Rohde-Dachser 1989). Die einzelnen Fragebögen sind weder kompliziert noch zeitaufwändig, so dass von Fehlern durch Verständnisprobleme oder Ermüdung nicht auszugehen ist. Die Gütekriterien der eingesetzten Instrumente liegen durchweg im zufriedenstellenden Bereich (vgl. 2.1).

Die Stichprobe umfasst 34 Frauen, davon 13 Borderline-Patientinnen und 21 Kontrollen. Aufgrund eines Drop Outs in der Kontrollgruppe stehen nur von 33 Probanden Fragebogenergebnisse zur Verfügung. In Anbetracht des relativ kleinen Stichprobenumfangs ist die Aussagekraft unserer Ergebnisse bezüglich der Grundgesamtheit der Borderline-Patientinnen zwangsläufig eingeschränkt. Diese Untersuchung hat somit vor allem einen Stellenwert als explorative Studie für zukünftige Hypothesengenerierung.

Neben dem Gebrauch standardisierter Instrumente wurde für die vorliegende Arbeit eine neue Methode entwickelt, mit deren Hilfe AAI-Daten aus dem Borderline-Bindungs-Projekt einer weiteren Analyse zugeführt werden konnten (vgl. 2.1.6). Eine Verblindung des Raters sollte dabei sicherstellen, dass die Zugehörigkeit des einzelnen Probanden zu Untersuchungs- oder Kontrollgruppe keinen Einfluss auf die Auswertung der AAI-Transkripte hat. Die Inter-Rater-Reliabilität, die in einer vorab durchgeführten Reliabilitätsstudie ermittelt worden war, erwies sich als zufriedenstellend. Für die dichotomisierte Skala (0 = nicht ausgeprägt, 1 = ausgeprägt) ergaben sich für die Raterpaare Mittelwerte der κ -Koeffizienten zwischen 0.66 und 0.81.

Ein Vorteil dieser Methode kann darin gesehen werden, dass sie relativ schnell und leicht erlernbar ist, da im Unterschied zur reliablen Auswertung eines AAI keine

bindungsspezifischen Vorkenntnisse und keine speziellen Seminare notwendig sind. Ein Problem dieses neuen Verfahrens besteht allerdings - wie bei allen auf Rating basierenden Verfahren - in der im Einzelfall vorkommenden schwierigen Auswertung. Trotz der Beschreibung der zwölf bindungsspezifischen Kategorien, die die Rater erhalten hatten, zeigten sich mitunter Schwierigkeiten bei der Zuordnung zu den einzelnen Kategorien. Als Beispiel soll folgende Passage dienen:

„Die Mama hat oft geweint und war oft traurig, depressiv.“

In der Auswertung wurde von einem Rater die Kategorie *Krankheit* gewertet, wohingegen die anderen beiden Rater *Kummer* kodierten. Ein weiteres Beispiel für eine voneinander abweichende Auswertung durch die drei Rater stellt folgende Passage dar, in welcher die Versuchsperson die Beziehung zu ihrer Schwester näher beschreibt:

„Dann hat sie immer Sachen aus der Stadt mitgebracht, weil sie konnte ja einkaufen gehen und dann hat sie mir mal einen Rock mitgebracht, den gleichen, den sie auch hatte, nur in klein. Das war für mich das höchste! Also das war wunderschön. Das war warmherzig. Also ich hatte immer das Gefühl, dass sie an mich denkt. Das war sehr schön.“

Hier wurde von einem Rater *Liebe/ Synchronizität* gewertet, die anderen beiden Rater kodierten *Freude/ Exploration/ Wohlbehagen*.

Allerdings, wie die Reliabilitätsanalysen zeigten, können die trainierten Rater in den meisten Fällen eine durchaus zufriedenstellende Übereinstimmung erreichen. Für zukünftige Anwendungen könnte es sich als hilfreich erweisen, für das Rater-Training noch detailliertere Listen mit Markern zu entwickeln, wodurch noch genauer festgelegt wird, wann jedes einzelne bindungsrelevante Thema in der Auswertung kodiert wird.

Im Rahmen der rein objektbezogenen Analyse zeigten sich im Unterschied zur subjektbezogenen Analyse und zur Analyse ohne Trennung in Subjekt- und Objektebene nur sporadisch signifikante Ergebnisse. Die Ursache hierfür könnte darin begründet sein, dass das AAI (welches ja der Gegenstand der durchgeführten Textanalyse war) auf die eigene Biographie und die eigene Entwicklung fokussiert und somit eher subjektbezogene Aussagen triggert. Die aus den Ergebnissen ermittelten Korrelationen wurden in der Folge nur mit den Ergebnissen *ohne Trennung in Subjekt- und Objektebene* berechnet.

Die trichotomisierte Form der Auswertung der Transkripte (trichotome Skala mit 0=nicht ausgeprägt; 1=schwach ausgeprägt; 2=stark ausgeprägt) erwies sich als stark abhängig von der subjektiven Einschätzung des Raters. In der Reliabilitätsstudie konnten für die dichotomisierte Skala (0=nicht ausgeprägt; 1=ausgeprägt) bei vergleichbaren Spearman-Koeffizienten bessere κ -Koeffizienten erzielt werden als für die trichotomisierte Skala. Daher erscheint es sinnvoll, im Rahmen eines zukünftigen Einsatzes dieser Methode eine Auswertung in dichotomisierter Form vorzunehmen.

Trotz der beschriebenen Problematik des subjektiven Ratings birgt diese Form der Textanalyse Vorteile und stellt eine Innovation dar. Die durch das AAI gewonnenen Informationen können dadurch unter einem neuen Blickwinkel betrachtet werden.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Vergleich der bindungsrelevanten Themen in den AAI-Transkripten von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe

Die erste Fragestellung (*Unterscheiden sich Borderline-Patientinnen von der Kontrollgruppe hinsichtlich bindungsrelevanter Themen, die sich aus der systematischen Textanalyse der Bindungsinterviews ergeben?*) galt der Untersuchung der bindungsrelevanten Themen in Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Es wurde vermutet, dass Borderline-Patientinnen häufiger über negativ und seltener über positiv konnotierte bindungsrelevante Themen berichten als Kontrollen. In den AAI-Transkripten der Borderline-Patientinnen zeigten sich im Vergleich mit der Kontrollgruppe bei der Analyse *ohne Trennung in Subjekt- und Objektperspektive* und auch bei der *subjektbezogenen Analyse* wie erwartet signifikant häufiger Themen, die dem negativen Pol der bindungsrelevanten Themen zugerechnet werden können. Sowohl bei der isolierten Betrachtung der Subjektperspektive als auch bei der Untersuchung ohne eine Trennung in Subjekt- und Objektperspektive waren die Bereiche *Bedrohung* und *Einsamkeit* in der Borderline-Gruppe signifikant stärker und die Bereiche *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* und *Liebe/ Synchronizität* signifikant schwächer ausgeprägt als in der Kontrollgruppe (Tabelle 8 und 9; Abbildung 2-5). Da das AAI auf die eigene Biographie fokussiert (Buchheim & Strauß 2002), können diese Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass es bezüglich Bindungserfahrungen und Biographie deutliche Unterschiede zwischen

Borderline-Patientinnen und Kontrollen gibt. So scheint die Entwicklung von Borderline-Patientinnen geprägt zu sein von Einsamkeit, Bedrohung und einem Mangel an Liebe und Freude.

Die starke Ausprägung des negativen Pols der bindungsspezifischen Themen in der Untersuchungsgruppe lässt auf eine verstärkte Aktivierung des Bindungssystems bei Borderline-Patientinnen schließen. Die Bindungstheorie postuliert in diesem Sinne, dass gerade Situationen wie Trennung, Krankheit und Bedrohung zu Bindungsverhalten führen (Grossmann et al. 1989). Da das Explorationssystem nur dann in Funktion treten kann, wenn das Bindungssystem nicht gleichzeitig aktiviert ist, sprechen unsere Ergebnisse für eine Hemmung des Explorationssystems bei den Borderline-Patientinnen. Das Explorationssystem stellt nach Bowlby eine eigenständige Verhaltensklasse dar, mit dessen Hilfe ein sich entwickelndes Kind die Umwelt erkunden und sich ihr besser adaptieren kann. Ist das Explorationssystem gehemmt, so kann sich dies auch negativ auf den Prozess der Mentalisierung auswirken. Unter Mentalisierungsfähigkeit wird die Fähigkeit verstanden, sich mentaler Zustände im eigenen Selbst sowie in anderen Menschen gewahr zu werden. Fonagy et al. (2004) gehen davon aus, dass bei Patienten mit einer BPS eine mangelnde Mentalisierungsfähigkeit vorliegt. In Anbetracht der hohen Rate von Missbrauch und Misshandlung durch Bezugspersonen in der Gruppe der Borderline-Patienten führen Fonagy et al. (2004) die mangelnde Fähigkeit zur Mentalisierung darauf zurück, dass die Patienten in ihrer Kindheit den Prozess des Reflektierens gehemmt haben, um weiterhin mit der sie misshandelnden und gleichzeitig sie versorgende Person leben zu können. Da die Fähigkeit zur Affektregulation, Impulskontrolle und Selbstbeobachtung nach Fonagy et al. (2004) eng mit der Fähigkeit zur Mentalisierung verknüpft sind, können viele der für die BPS charakteristischen Symptome besser verstanden werden, wenn man sie im Kontext einer eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit betrachtet.

Die deutliche Ausprägung des Themenbereichs *Bedrohung* auf Seiten der Borderline-Patientinnen ist ein Indiz dafür, dass Gewalt und Misshandlung in der Biographie von Patienten mit einer Borderline-Störung überrepräsentiert sind. Damit in Übereinstimmung erwiesen sich in diversen Studien Misshandlung und sexueller Missbrauch (Herman et al. 1989; Byrne et al. 1990; Silk et al. 1995) als wichtige Faktoren in der Entstehung einer BPS. Byrne et al. (1990) fanden bei Borderline-Patienten in fast 90% der Fälle sexuellen Missbrauch in der Kindheit. Väterliche Gewalt wurde in über 45% angegeben, Gewalt

seitens der Mutter in über 50%. Bis zum Alter von 5 Jahren sei bei 40% eine Trennung von der Mutter erfolgt. Zanarini et al. (1989) gehen aufgrund ihrer Daten davon aus, dass sexueller Missbrauch bzw. Vernachlässigung bei über 90% der Borderline-Patienten vorliegt. Traumatische Erfahrungen zerstören die Bindungssicherheit und haben besonders dann einen destruktiven Effekt auf die psychische Entwicklung, wenn die Traumatisierung durch eine Bindungsperson erfolgt. Schwerwiegende psychopathologische Entwicklungen wie beispielsweise die BPS können die Folge sein (Brisch 2003). Paris (2000) weist jedoch im Zusammenhang mit Kindheitstraumata bei Borderline-Patienten darauf hin, dass Erinnerungen an frühere Ereignisse generell ungenau sind und dass falsche Erinnerungen bei Patienten mit einer BPS besonders häufig sind. Nicht ganz unbeteiligt an diesem Sachverhalt sind laut Paris suggestive Fragen der Therapeuten, die auf Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit abzielen.

Sowohl bei der Untersuchung der Transkripte unter Berücksichtigung der *Subjektebene* als auch bei einer Analyse *ohne Trennung in Subjekt- und Objektperspektive* zeigte sich eine signifikant stärkere Ausprägung der Thematik *Einsamkeit* in der Gruppe der Borderline-Patientinnen. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Patienten mit einer Borderline-Störung im Laufe ihrer Entwicklung häufiger Vernachlässigung und Einsamkeit ausgesetzt sind. Übereinstimmend geht Cierpka (1998) davon aus, dass eine Verbindung zwischen Vernachlässigung und Entwicklung einer BPS besteht. Die Ergebnisse von Zanarini et al. (1997) sprechen ebenfalls für einen Zusammenhang zwischen der Entstehung einer BPS und Vernachlässigung. Sie gelangten in ihrer Studie zu dem Schluss, dass Borderline-Patienten, die über sexuellen Missbrauch berichteten, tendenziell einem chaotischeren Umfeld entstammten als Borderline-Patienten ohne sexuellen Missbrauch in der Anamnese. Emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung und emotionale Vernachlässigung wurden von sexuell missbrauchten Borderline-Patienten signifikant häufiger berichtet. Zanarini et al. folgerten daraus, dass sexueller Missbrauch nicht in einem Vakuum geschieht, sondern im Kontext von Erfahrungen wie Misshandlung und Vernachlässigung.

Der Bereich *Liebe/ Synchronizität* zeigt, wie bereits beschrieben, in der Kontrollgruppe bei Untersuchung der *Subjektperspektive* und auch bei Analyse *ohne Trennung in Subjekt- und Objektperspektive* eine signifikant stärkere Ausprägung als in der Untersuchungsgruppe. Der von den Borderline-Patientinnen erreichte Wert in dieser Kategorie ist dennoch

unerwartet hoch. Daneben zeigt sich in der Borderline-Gruppe sowohl bei Analyse *ohne Trennung in Subjekt- und Objektperspektive* als auch bei alleiniger Untersuchung der *Subjektperspektive* eine stärkere Ausprägung der Kategorie *Bedürfnis nach Beziehung*, die allerdings nicht signifikant wird. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass Kindheit und Entwicklung von Borderline-Patientinnen von einer starken Ambivalenz geprägt sind. Sie sind hin- und hergerissen zwischen Bedrohung und Angst auf der einen Seite und Liebe und einem Bedürfnis nach Beziehung auf der anderen Seite. Holmes (2004) beschreibt aus bindungstheoretischer Sicht in diesem Sinne für Borderline-Patienten ein Dilemma zwischen Bindungsverhalten auf der einen Seite und der Bindungsperson als Quelle der Bedrohung auf der anderen Seite. Aus diesem Dilemma leitet er als Konsequenz eine desorganisierte Bindung ab. Liotti (1999 a; 1999 b) sieht in einem solchen Konflikt ebenfalls die Wurzel einer desorganisierten Bindung. Zusätzlich geht Liotti davon aus, dass eine traumatisierte Bindungsperson ebenfalls zu einer Desorganisation des Bindungsmusters des Kindes beitragen kann. Er postuliert, dass ein Kind auf das beängstigende Verhalten einer traumatisierten Bindungsperson mit Angst und Vermeidungsverhalten reagiert. Als Konsequenz des Meidens der Bezugsperson stellt sich beim Kind ein Gefühl der Einsamkeit und Angst ein. Dadurch wiederum wird das Bindungssystem aktiviert und das Kind sucht die schützende Nähe der Bindungsperson. Diese ist jedoch nach wie vor traumatisiert und dadurch für das Kind beängstigend. In der Folge wird ein ständiger Wechsel von Vermeiden und Annäherung in Bewegung gesetzt. Das Kind sieht sich hierbei hin- und hergerissen zwischen der Rolle des Retters der als hilflos erlebten Bindungsperson, der Rolle des Opfers der als beängstigend eingestuften Bezugsperson und der Rolle des Verursachers des beängstigenden Verhaltens, wenn das Kind mit seinen Bindungssignalen ängstigend auf die Bezugsperson wirkt. Da die Konstruktion des inneren Arbeitsmodells der Bindungsbeziehung in einer Synthese repetitiver impliziter Erinnerungen an frühe Interaktionen zwischen dem Kind und der Bezugsperson besteht, gelingt es dem Kind im dargestellten Fall nicht, ein kohärentes internes Arbeitsmodell aufzubauen. Die Folge ist ein desorganisiertes inneres Arbeitsmodell.

Das Dilemma von gleichzeitig existenter Bedrohung und einem Wunsch nach Liebe soll durch ein Transkriptbeispiel verdeutlicht werden, in welchem die zur Borderline-Gruppe gehörende Vp 24 die Beziehung zu ihrem Vater folgendermaßen beschreibt:

„Ich meine, das war auch einer, er war enorm gewalttätig, ja. Aber irgendwie hat er mir auch das Gefühl gegeben, dass er mich mag. Nur so ein bisschen. Das hat mir schon gereicht. [...] Ja es gab schon Tage, da war er liebevoll, muss ich ganz ehrlich zugeben, gewalttätig halt, er wurde sehr schnell wütend.“

Bei der Untersuchung der *objektbezogenen* bindungsrelevanten Themen in den AAI-Transkripten ergaben sich nur sporadisch signifikante Ergebnisse. Unter anderem war in der Gruppe der Borderline-Patientinnen der Themenbereich *Bedrohung* stärker als in der Kontrollgruppe ausgeprägt. Das kann zum einen dahingehen interpretiert werden, dass sich die in der Kindheit erlebte (z.B. väterliche) Gewalt nicht nur gegen die eigene Person gerichtet hat, sondern möglicherweise auch gegen Geschwister oder gegen die Mutter. In diesem Sinne schildert die zur Untersuchungsgruppe gehörende Vp 10 auf die Frage nach Bedrohung durch die Bindungsfigur:

„Aber von meinem Vater war ich ständig bedroht. Und meine Mutter hatte er ja auch bedroht. Also eigentlich bin ich schon oft so in Todesfurcht aufgewachsen, oder wenn er dann ein Messer nach meiner Mutter geschmissen hat oder so.“

Eine andere mögliche Form der Interpretation der gehäuft in der Objektperspektive beschriebenen Bedrohung in der Untersuchungsgruppe lautet, dass die misshandelnde und/oder missbrauchende Bezugsperson Missbrauch und Misshandlung am eigenen Leibe erlebt hat, dass das bedrohende Verhalten somit über die Generationen hinweg tradiert worden ist (Bowlby 1984). Dies soll veranschaulicht werden durch den folgenden Transkriptausschnitt, in welchem Vp 3 aus der Untersuchungsgruppe auf die Frage antwortet, warum die Eltern so waren wie sie waren:

„Also mein Vater wurde sehr streng erzogen. Sehr viel Schläge, sehr viel; und vielleicht ist er deshalb so ein bisschen impulsiv und streng, nicht?“

4.2.2 Vergleich der Fragebogenergebnisse von Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe

Die zweite Fragestellung (*Gibt es bezüglich der klinischen Skalen Unterschiede zwischen der Gruppe der Borderline-Patientinnen und der Norm- bzw. Vergleichsgruppe?*) bezieht sich auf einen Vergleich der Fragebogenergebnisse von Untersuchungs- und Kontrollgruppe. Es wurde angenommen, dass Borderline-Patientinnen höhere Werte erzielen als Kontrollen. Gemäß dieser Hypothese zeigte sich in der Untersuchungsgruppe eine signifikant stärkere Symptombelastung als in der Kontrollgruppe (Tabelle 11; Abbildung 8). Alle Unterskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobie, Paranoides Denken, Psychotizismus) und auch der Gesamtscore sind dabei in der Untersuchungsgruppe signifikant stärker ausgeprägt als in der Kontrollgruppe. In Analogie dazu sieht Rohde-Dachser (1989) unter anderem Angst, einen Verlust der Impulskontrolle und damit in Verbindung stehend Aggressivität als kennzeichnend für die BPS. Lieb et al. (2004) weisen darauf hin, dass Depressionen, Angststörungen und andere psychiatrische Erkrankungen in der Gruppe der Borderline-Patienten gehäuft auftreten. Bezüglich Achse-II-Störungen beschreiben Lieb et al. (2004) eine Häufung der vermeidenden, der abhängigen bzw. der paranoiden Persönlichkeitsstörung in der Gruppe der Borderline-Patienten.

Patientinnen mit einer BPS erwiesen sich als impulsiver als Kontrollpersonen. Auch auf der Ebene der Subskalen der BIS konnte eine signifikant stärkere Ausprägung auf Seiten der Borderline-Patientinnen gefunden werden (Tabelle 12; Abbildung 9). Damit in Übereinstimmung betrachten Rohde-Dachser (1989), Herpertz und Saß (2000) und Zanarini (1993) Impulsivität als ein wichtiges Kriterium der BPS. Dowson et al. (2004) konnten im Rahmen ihrer Untersuchung eine im Vergleich zu Kontrollen stärkere Ausprägung der Impulsivität bei Borderline-Patienten belegen.

Patientinnen mit einer BPS neigen signifikant stärker zur Dissoziation als Kontrollpersonen (Tabelle 13; Abbildung 10). In Analogie zu diesem Ergebnis beschreibt Rohde-Dachser (1989) Dissoziation als charakteristisch für die BPS. In zahlreichen Studien konnte ebenfalls eine hohe Korrelation zwischen der Diagnose der BPS und Dissoziation gefunden werden (Herman et al. 1989; Zanarini et al. 1990; Zweig-Frank et al. 1994a; Zweig-Frank et al. 1994b; Zweig-Frank & Paris 1997). Zanarini et al. (2000a)

kamen in ihrer Untersuchung unter Verwendung der DES zu dem Ergebnis, dass Borderline-Patienten eine signifikant stärkere Neigung zur Dissoziation haben als Kontrollen. Ihre Ergebnisse sprechen außerdem dafür, dass die Schwere der Dissoziation gemessen in der Borderline-Gruppe heterogener ist, als bisher angenommen wurde. So erreichten in dieser Untersuchung 32% der Borderline-Patienten einen Gesamtwert, der für ein niedriges Level der Dissoziation spricht, das Resultat von 42% der untersuchten Borderline-Patienten spricht für ein mittleres Ausmaß an Dissoziation, 26% der Patienten mit BPS zeigen den Ergebnissen der Untersuchung zufolge ein hohes Ausmaß an Dissoziation.

4.2.3 Korrelative Zusammenhänge

Die dritte Fragestellung (*Korrelieren die Ergebnisse aus der systematischen Untersuchung der Bindungsinterviews hinsichtlich bindungsrelevanter Themen mit den Fragebogenergebnissen?*) galt der Analyse der korrelativen Zusammenhänge. Zum Teil zeigten sich die erwarteten Zusammenhänge in der Form, dass eine starke Ausprägung des negativen Pols der bindungsrelevanten Themen mit einem hohem Gesamtscore bei den verwendeten Fragebögen einhergeht. Dies wurde sowohl für den gesamten negativen Pol als auch für die bindungsrelevanten Themen *Einsamkeit* und *Bedrohung* untersucht. Außerdem wurde ein gegensinniger Zusammenhang von positivem Pol der bindungsrelevanten Themen und Gesamtscores der Fragebögen angenommen. Neben dem gesamten positiven Pol der bindungsrelevanten Themen wurden auch die Skalen *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* und *Liebe/ Synchronizität* in die Berechnung der Korrelationen miteinbezogen.

Der Gesamtscore der BIS korreliert nur sporadisch mit den untersuchten bindungsrelevanten Themen. Impulsive Personen berichten signifikant häufiger von *Bedrohung* als Personen mit gering ausgeprägter Impulsivität. Dies könnte dafür sprechen, dass erlebte Bedrohung und Angst die Entwicklung von Impulsivität begünstigen. Daneben konnten jedoch in der Gesamtgruppe keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Themen *Einsamkeit*, *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* bzw. *Liebe/ Synchronizität* und Impulsivität nachgewiesen werden. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Entwicklung von Impulsivität nicht in starkem Maße durch Bindungserfahrungen bedingt

ist. Übereinstimmend gehen Herpertz und Saß (1997) davon aus, dass Impulsivität durch unterschiedliche Faktoren wie Lernen, Erfahrung und Disposition beeinflusst wird.

Es ergaben sich mehrere in der erwarteten Richtung verlaufende korrelativen Zusammenhänge zwischen dem Gesamtscore des FDS und den untersuchten bindungsrelevanten Themen. So zeigten sich beispielsweise in der Gesamtgruppe hoch signifikante Korrelationen zwischen dem Gesamtscore des FDS und dem gesamten negativen Pol der bindungsrelevanten Themen und zwischen Gesamtscore des FDS und *Bedrohung*. Eine Interpretation dieser Ergebnisse besteht darin, dass negative Erfahrungen im Kontext von Bindung, insbesondere die Erfahrung von Bedrohung, zur Entwicklung von dissoziativen Phänomenen führen können. In Analogie zu unseren Resultaten konnte in diversen Studien ein Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen und Dissoziation nachgewiesen werden (Zanarini et al. 2000b; Shearer 1994; Simeon et al. 2003). Giesbrecht und Merckelbach (2005) weisen jedoch darauf hin, dass die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma komplizierter und umstrittener ist, als dies von einigen Autoren dargestellt wird. Die gehäufte retrospektive Angabe von Traumata durch Individuen, die häufig dissoziieren, lässt sich Giesbrecht und Merckelbach zufolge auch durch eine erhöhte Neigung zu fantasieren, durch Suggestibilität und durch kognitive Fehler bei diesen Individuen begründen. Im Rahmen der „False-Memory-Debatte“ wurde ebenfalls betont, dass es ohne Belege oder Bestätigungen von dritter Seite bisher wissenschaftlich nicht möglich ist zu unterscheiden, ob es sich bei einer Erinnerung um historische Wahrheit oder um ein sinnstiftendes Konstrukt zur Abrundung des persönlichen Narrativs handelt. Ursächlich dafür ist, dass Erinnerungen nie einfache Abbildungen der äußeren Realität sind, sondern das Ergebnis eines Interpretationsprozesses bei der Speicherung und auch beim Erinnern (Stoffels 1999). Patienten mit dissoziativen Störungen sind laut Frischholz et al. (1992) besonders suggestibel und deshalb für Phänomene wie „false memories“ besonders anfällig.

Auf der Ebene der Symptombelastung konnten zahlreiche signifikante Korrelationen mit den bindungsrelevanten Themen gefunden werden. Die Richtung des Zusammenhangs entspricht dabei jeweils unserer Erwartung. Personen mit einer hohen Symptombelastung berichten in den Bindungsinterviews signifikant häufiger von Bedrohung und signifikant seltener von positiven Bindungserfahrungen wie Freude oder auch von Liebe als Personen mit einer geringen Symptombelastung. Dieses Ergebnis lässt sich in der Form

interpretieren, dass negative Erfahrungen im Kontext von Bindung möglicherweise im weiteren Verlauf Symptome und Krankheiten triggern können. Demgegenüber können positive Bindungserfahrungen wie Liebe oder Wohlbehagen unter Umständen protektiv hinsichtlich der Entwicklung von Symptomen und Krankheiten wirken. Wird im Zuge von negativen Bindungserfahrungen das Bindungssystem häufig stark aktiviert, so folgt daraus eine Hemmung des Explorationssystems. Da das explorative Verhalten eine wichtige Rolle in der Entwicklung eines Individuums spielt, kann sich eine Inaktivierung dieses Systems auf unterschiedliche Weise negativ auf die weitere Entwicklung auswirken. Eine erhöhte Symptombelastung, aber auch eine Hemmung der Mentalisierung (Fonagy et al. 2004) könnte daraus resultieren.

In dieser Untersuchung konnte aufgezeigt werden, dass sich Borderline-Patientinnen hinsichtlich Symptombelastung, Dissoziation und Impulsivität deutlich von Kontrollen unterscheiden. Zudem wurde durch eine neuartige Form der Textanalyse bereits durchgeführter AAI-Bindungsinterviews deutlich, dass Borderline-Patientinnen bei Fragen zur Biographie häufiger von negativen bindungsrelevanten Themen berichten als Kontrollpersonen. Die Ergebnisse unserer themenbezogenen Analyse der Bindungsinterviews sprechen dafür, dass durch Anwendung des AAI viele Informationen gewonnen werden können, die bisher nicht genutzt werden. Beispielsweise lassen sich daraus Hypothesen zur Entstehung der BPS ableiten, die als Basis für nachfolgende Studien benutzt werden können. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass eine Wiederholung dieser Untersuchung mit größerem Stichprobenumfang nötig ist, um die hier gefundenen Ergebnisse zu festigen.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie knüpft an eine vorausgegangene Untersuchung an, in der 2003 mit Hilfe des AAI (Adult Attachment Interview) Ergebnisse zu Bindungsmustern gewonnen worden waren. Durch eine eigens für diese Arbeit entwickelte Form der Textanalyse wurden die Bindungsinterviews unter einem neuen Blickwinkel ausgewertet. Im Unterschied zu etablierten Instrumenten der Bindungsforschung wie AAI und AAP (Adult Attachment Projective) liegt der Fokus dabei viel stärker auf der Exploration, die eine zum Bindungssystem antagonistische Stellung einnimmt. Im Rahmen einer vorab durchgeführten Reliabilitätsstudie ergab sich eine sehr zufriedenstellende Inter-Rater-Reliabilität.

Zusätzlich wurden Fragebögen aus dem bereits durchgeführten Borderline-Bindungs-Projekt zu Dissoziation (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, FDS), Symptombelastung (Symptom-Checkliste von Derogatis, SCL-90-R) und Impulsivität (Barratt-Impulsivitätsskala, BIS) ausgewertet. Die Probandinnen (n=34) dieser Studie wurden in zwei Untergruppen unterteilt, indem einer Untersuchungsgruppe (Borderline-Patientinnen; n=13) eine Kontrollgruppe (weibliche Kontrollen; n=21) gegenübergestellt wurde. Aufgrund eines Drop Outs in der Kontrollgruppe konnten Fragebogenergebnisse lediglich von 33 Probandinnen ausgewertet werden.

Bezüglich der Symptombelastung ergab sich, dass Frauen der Untersuchungsgruppe belasteter waren als Frauen der Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Impulsivität bestätigte sich das aus der Literatur bekannte Phänomen, dass Borderline-Patienten impulsiver sind als Kontrollen. Ein weiteres wichtiges Ergebnis unserer Studie ist der statistisch bedeutsame Unterschied zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Dissoziation. Diese zeigte in der Borderline-Gruppe eine signifikant stärkere Ausprägung. Borderline-Patientinnen berichteten in den Bindungsinterviews signifikant häufiger von Themenbereichen, die dem negativen Pol der bindungsrelevanten Themen zugerechnet wurden. Dieser wurde durch eine Zusammenfassung der Themen *Einsamkeit*, *Kummer*, *Trennung*, *Krankheit*, *Verlust* und *Bedrohung* gebildet. Auf der Ebene der einzelnen Themen wurden *Einsamkeit* und *Bedrohung* von den Borderline-Patientinnen signifikant häufiger angesprochen. Demgegenüber zeigte sich bei Analyse der Transkripte der Kontrollen eine gegenüber der Untersuchungsgruppe stärkere Ausprägung des positiven Pols der bindungsrelevanten Themen. Dieser umfasst die Themenbereiche *Bedürfnis nach Beziehung*, *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen*, *Liebe/ Synchronizität*, *Gesundheit/*

Trösten, Zuversicht/ Bewältigung und *Sicherheit/ Schutz*. Im Einzelnen waren in der Kontrollgruppe die Themen *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* und *Liebe/ Synchronizität* signifikant stärker ausgeprägt als in der Untersuchungsgruppe.

Wurden bei der Analyse der Transkripte nur jene Themenbereiche berücksichtigt, die vom Proband in der Subjektperspektive geäußert worden waren, die also in Beziehung zur eigenen Biographie stehen, zeigten sich die gleichen signifikanten Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe wie bei der Untersuchung der Transkripte ohne Beachtung von Subjekt- bzw. Objektperspektive. Bei ausschließlicher Berücksichtigung von bindungsrelevanten Themen, die in der Objektperspektive Erwähnung fanden, die somit im Zusammenhang mit anderen Personen und nicht mit der eigenen Person in den Bindungsinterviews angesprochen wurden, zeigten sich signifikante Unterschiede nur für die Themenbereiche *Bedrohung* und *Gesundheit/ Trösten*, die beide in der Untersuchungsgruppe stärker ausgeprägt waren. Die beschriebenen Gruppenunterschiede bezüglich der bindungsrelevanten Themen bildeten den Ausgangspunkt für die Formulierung von Hypothesen zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kontext von Bindungserfahrungen. Diese Hypothesen könnten Gegenstand einer weiteren Untersuchung mit größerem Stichprobenumfang sein.

Für die Gesamtgruppe konnte eine gleichsinnige Korrelation von Symptombelastung und negativem Pol der bindungsrelevanten Themen nachgewiesen werden. Auf der Ebene der Einzelthemen zeigte sich ein gleichsinniger Zusammenhang zwischen GSI (Gesamtscore der SCL-90-R) und *Bedrohung* und ein gegensinniger Zusammenhang zwischen GSI und *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* bzw. zwischen GSI und *Liebe/ Synchronizität*. Bei Untersuchung der korrelativen Zusammenhänge zwischen bindungsrelevanten Themen und Impulsivität ergab sich in der Gesamtgruppe lediglich ein signifikanter gleichsinniger Zusammenhang zwischen *Bedrohung* und Gesamtscore der BIS. Dissoziation korreliert in der Gesamtgruppe gleichsinnig mit dem negativen Pol der bindungsrelevanten Themen. Des weiteren zeigte sich eine positive Korrelation zwischen *Bedrohung* und Gesamtscore des FDS und ein negativer Zusammenhang zwischen *Exploration/ Freude/ Wohlbehagen* bzw. zwischen *Liebe/ Synchronizität* und Gesamtscore des FDS. Aus den korrelativen Zusammenhängen wurden Hypothesen zur Entstehung von Impulsivität und Dissoziation abgeleitet, welche als Ausgangspunkt für weitere Studien dienen können.

Die vorgestellten Ergebnisse belegen, dass mittels AAI bindungsrelevante Informationen gewonnen werden können, die bisher ungenutzt geblieben sind.

Literatur

- Ainsworth MDS, Bell SM: Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development* 41: 49-67 (1970)
- Atlas JA, Hiott J: Dissociative experiences in a group of adolescents with history of abuse. *Perceptual and Motor Skills* 78: 121-122 (1994)
- Barratt ES: Impulsiveness and aggression. In: Monahan J, Stedman H (Hrsg) *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*, University of Chicago Press, Chicago, S.61-80 (1994)
- Bernstein EM, Putnam FW: Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174: 727-735 (1986)
- Bohus M, Wagner AW: Dialektisch-behaviorale Therapie früh traumatisierter Patientinnen mit Borderline-Störung. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*, 2.Aufl., Schattauer, Stuttgart, S.405-432 (2000)
- Bowlby J: Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *The American Journal of Psychoanalysis* 44: 9-27 (1984)
- Brisch KH: Bindungsstörungen und Trauma. In: Brisch KH, Hellbrügge T (Hrsg) *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*, Klett-Cotta, Stuttgart, S.105-135 (2003)
- Buchheim A, Kächele H: Das Adult Attachment Interview und psychoanalytisches Verstehen: Ein klinischer Dialog. *Psyche* 56: 946-973 (2002)
- Buchheim A, Strauß B: Interviewmethoden der klinischen Bindungsforschung. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung*, Schattauer, Stuttgart, S.27-53 (2002)
- Buchheim A, George C, West M: Das Adult Attachment Projective (AAP) – Gütekriterien und neue Forschungsergebnisse. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 53: 419-427 (2003)
- Buchheim A, West M, Martius P, George C: Die Aktivierung des Bindungssystems durch das Adult Attachment Projective (AAP) bei Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung – ein Einzelfall. *Persönlichkeitsstörungen* 8: 230-242 (2004)

-
- Byrne CP, Velamoor VR, Cernovsky ZZ, Cortese L, Loszytin S: A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Canadian Journal of Psychiatry* 35: 590-595 (1990)
 - Cierpka M: Patienten mit Borderline-Störungen und ihre Familien. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 22-31 (1998)
 - Dahl AA: Some aspects of the DSM-III personality disorders illustrated by a consecutive sample of hospitalized patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 73, Suppl 328: 61-67 (1986)
 - Derogatis LR, Rickels K, Rock AF: The SCL-90-R and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry* 128: 280-289 (1976)
 - Derogatis LR: SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck (1977)
 - Derogatis LR: SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series. Clinical Psychometric Research, Townson (1992)
 - Devinsky O, Putnam F, Grafman J, Bromfield E, Theodore WH: Dissociative states and epilepsy. *Neurology* 39:835-840 (1989)
 - Dowson J, Bazanis E, Rogers R, Prevost A, Taylor P, Meux C, Staley C, Nevison-Andrews D, Taylor C, Robbins T, Sahakian B: Impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 45: 29-36 (2004)
 - Fiedler P, Mundt C: Dissoziative Störungen, vorgetäuschte Störungen und Störungen der Impulskontrolle. In: Hahlweg K, Ehlers A (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie. Themengebiet D: Praxisgebiete. Serie II: Klinische Psychologie. Psychische Störungen und ihre Behandlungen, Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S.355-436 (1997)
 - Fonagy P, Steele H, Steele M: Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development* 62: 891-905 (1991)
 - Fonagy P, Steele M, Steele H, Target M, Gerber A, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G: The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 22-31 (1996)

-
- Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman A: Entwicklungspsychologische Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Reflective Functioning und Bindung. *Persönlichkeitsstörungen* 8: 217-229 (2004)
 - Fox NA: Of the way we were: Adult memories about attachment experiences and their role in determining infant-parent relationships: A commentary on van Ijzendoorn. *Psychological Bulletin* 117: 404-410 (1995)
 - Franke GH: Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica* 38: 160-167 (1992)
 - Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Dt. Version. Hogrefe, Göttingen (1995)
 - Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz R-D, Kuhn G, Magdeburg N, Bernstein-Carlson E: Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 48: 223-229 (1998)
 - Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz R-D: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Deutsche Adaption der Dissociative Experience Scale (DES) von E. Bernstein-Carlson & F.W. Putnam. Huber, Bern (1999)
 - Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz R-D: FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*, Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S.106-110 (2002)
 - Frischholz EJ, Lipman LS, Braun BG, Sachs RG: Psychopathology, hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry* 149: 1521-1525 (1992)
 - George C, Kaplan N, Main M: The Adult Attachment Interview. Unveröffentlichtes Manuskript, University of California, Berkley (1985)
 - George C, West M: Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. *British Journal of Medical Psychology* 72: 285-303 (1999)
 - George C, West M, Pettem O: The Adult Attachment Projective: disorganization of Adult Attachment at the level of representation. In: Solomon J, George C (Hrsg) *Attachment Disorganization*, Guilford Press, New York, S.462-507 (1999)
 - George C, West M: Das Erwachsenen-Bindungs-Projektiv (Adult Attachment Projective): Ein neues Messverfahren für Bindung im Erwachsenenalter. In:

- Gloger-Tippelt G (Hrsg) Bindung im Erwachsenenalter, Huber, Bern Göttingen Toronto, S.295- 321 (2001)
- Giesbrecht T, Merckelbach H: Über die kausale Beziehung zwischen Dissoziation und Trauma. *Nervenarzt* 1: 20-27 (2005)
 - Grice HP: Logic and conversation. In: Cole P, Moran JL (Hrsg) *Syntax and Semantics*, Academic Press, New York, S.41-58 (1975)
 - Grossmann KE, August P, Fremmer-Bombik E, Friedl A, Grossmann K, Scheuerer-Englisch H, Spangler G, Stephan C, Suess G: Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Keller H (Hrsg) *Handbuch der Kleinkindforschung*, Springer, Berlin Heidelberg New York, S.31-56 (1989)
 - Grossmann K: Bindungserinnerungen und adaptive Perspektiven. In: Lüer G, Lass U (Hrsg) *Erinnern und Behalten. Wege zur Erforschung des menschlichen Gedächtnisses*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S.321-337 (1997)
 - Grossmann K, Grossmann KE: Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta, Stuttgart, S.189-201 (2004)
 - Heffernan K, Cloitre M: A comparison of posttraumatic stress disorder with and without borderline personality disorder among women with a history of childhood sexual abuse. Etiological and clinical characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188: 589-595 (2000)
 - Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 146: 490-495 (1989)
 - Herpertz S, Saß H: Impulsivität und Impulskontrolle. *Nervenarzt* 68: 171-183 (1997)
 - Herpertz S, Saß H: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*, Schattauer, Stuttgart New York, S.115-124 (2000)
 - Hesse E: Discourse, Memory and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal* 17: 4-11 (1994)
 - Hesse E: The Adult Attachment Interview. Historical and current perspectives. In: Cassidy J, Shaver PR (Hrsg) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, Guilford Press, New York, S.395-433 (1999)

-
- Holmes J: Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development* 6: 181-190 (2004)
 - Jang KL, Paris J, Zweig-Frank H, Livesley J: Twin study of dissociative experience. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186: 345-351 (1998)
 - Lennings CJ, Burns AM: Time perspective: temporal extension, time estimation and impulsivity. *Journal of Psychology* 132: 367-380 (1998)
 - Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JK, Kernberg OF: Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74: 1027-1040 (2006)
 - Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 364: 453-461 (2004)
 - Liotti G, Intreccialagli B, Cecere F: Esperienza di lutto nella madre e facilitazione dello sviluppo di disturbi dissociativi nella prole: Un studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria* 26: 283-291 (1991)
 - Liotti G: Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychanalytic Inquiry* 19: 757-783 (1999a)
 - Liotti G: Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: Solomon J, George C (Hrsg) *Attachment Disorganization*, Guilford Press, New York, S.291-317 (1999b)
 - Main M, Hesse E: Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (Hrsg) *Attachment in the Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago, S.161-184 (1990)
 - Main M, Goldwyn R: *Adult Attachment Scoring and Classification Systems*. Unveröffentlichtes Manuskript, University of California, Berkley (1994)
 - Main M: Aktuelle Studien zur Bindung. In: Gloger-Tippelt G (Hrsg) *Bindung im Erwachsenenalter*, Huber, Bern Göttingen Toronto, S.1-51 (2001)
 - Paris J: Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*, Schattauer, Stuttgart, S.159-166 (2000)

-
- Patrick M, Hobson R, Castle D, Howard R, Maughan B: Personality disorder and the mental representation of early social experiences. *Development and Psychopathology* 6: 375-388 (1994)
 - Patton JH, Stanford MS, Barratt ES: Factorial Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 51: 768-774 (1995)
 - Rohde-Dachser C: Das Borderline-Syndrom. 4. erg. Aufl. Huber, Bern Stuttgart Toronto, S.42-53 (1989)
 - Sagi A, Van Ijzendoorn M, Scharf M, Noren-Karie N, Joels T, Mayseless O: Stability and discriminant validity of the Adult Attachment Interview: A psychometric study in young Israeli adults. *Developmental Psychology* 30: 771-777 (1994)
 - Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision- DSM-IV-TR. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S.773-777 (2003)
 - Schmitz N, Davies-Osterkamp S: Klinisch und statistische Signifikanz – diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). *Diagnostica* 43: 80-96 (1997)
 - Shearer SL: Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 151: 1324-1328 (1994)
 - Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE: Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry* 152: 1059-1064 (1995)
 - Simeon D, Nelson D, Elias R, Greenberg J, Hollander E: Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums* 8: 755-757, 760-762 (2003)
 - Stoffels H: Erinnerung, Phantasie, Realität im psychotherapeutischen Kontext – Anmerkungen zur False-Memory-Debatte. In: Kruse G, Gunkel S (Hrsg) Trauma und Konflikt. Zugangswege einer traumaorientierten Psychotherapie, Hannoversche Ärzte-Verlags-Union, S.111-134 (1999)
 - Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg): Klinische Bindungsforschung. Schattauer, Stuttgart (2002)
 - Wagner AW, Linehan MM: Dissociative behavior. In: Follette VM, Ruzek JI, Abueg FR (Hrsg) Cognitive-behavioral therapies for trauma, Guilford Press, New York, S.191-225 (1998)

-
- Waller NG, Ross CA: The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology* 106: 499-510 (1997)
 - West M, Keller A, Links P, Patrick J: Borderline Disorder and Attachment Pathology. *Canadian Journal of Psychiatry* 38, Suppl.1: 16-22 (1993)
 - Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR: Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 30: 18-25 (1989)
 - Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR: Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 147: 57-63 (1990)
 - Zanarini MC: BPD as an impulse spectrum disorder. In: Paris J (Hrsg) *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*, American Psychiatric Press, Washington DC, S.67-85 (1993)
 - Zanarini MC, Dubo ED, Lewis RE, Williams AA: Childhood factors associated with the development of borderline personality disorder. In: Zanarini MC (Hrsg) *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*, American Psychiatric Press, Washington London, S.29-44 (1997)
 - Zanarini MC: Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 23: 89-101 (2000)
 - Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J: The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry* 41: 223-227 (2000a)
 - Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, Gunderson JG: Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 188: 26-30 (2000b)
 - Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J: Dissociation in female patients with borderline and non-borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 8: 203-209 (1994a)
 - Zweig-Frank H, Paris J, Guzder J: Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 8: 210-218 (1994b)
 - Zweig-Frank H, Paris J: Relationship of childhood sexual abuse to dissociation and self-mutilation in female patients. In: Zanarini MC (Hrsg) *Role of sexual abuse in*

the etiology of borderline personality disorder, American Psychiatric Press, Washington DC, S.93-106 (1997)

Anhang

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1 Auswertungsbogen von Versuchsperson Nr. 4 (Subjekt- perspektive nach Dichotomisierung)	35
Abbildung 2 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews (Subjekt- und Objektebene zusammengefasst)	42
Abbildung 3 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs von positivem und negativem Pol der bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews (Subjekt- und Objektebene zusammengefasst)	42
Abbildung 4 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der subjektbezogenen bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews	44
Abbildung 5 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs von positivem und negativem Pol der bindungsrelevanten Themen (subjektbezogen) in den Adult Attachment Interviews	44
Abbildung 6 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der objektbezogenen bindungsrelevanten Themen in den Adult Attachment Interviews	46
Abbildung 7 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs von positivem und negativem Pol der bindungsrelevanten Themen (objektbezogen) in den Adult Attachment Interviews	46
Abbildung 8 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der Symptombelastung	48
Abbildung 9 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der Impulsivität	49
Abbildung 10 Graphische Darstellung des Gruppenvergleichs der Dissoziation	50
Abbildung 11 Graphische Darstellung der Korrelation von positivem bzw. negativem Pol der bindungsrelevanten Themen mit GSI (Global severity index)	52

Abbildung 12	Graphische Darstellung der Korrelation des Themas <i>Einsamkeit</i> mit GSI (Global severity index)	53
Abbildung 13	Graphische Darstellung der Korrelation des Themas <i>Bedrohung</i> mit GSI (Global severity index)	53
Abbildung 14	Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes <i>Exploration/ Freude/ Wohlbehagen</i> mit GSI (Global severity index)	54
Abbildung 15	Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes <i>Liebe/ Synchronizität</i> mit GSI (Global severity index)	54
Abbildung 16	Graphische Darstellung der Korrelation von positivem bzw. negativem Pol der bindungsrelevanten Themen mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)	56
Abbildung 17	Graphische Darstellung der Korrelation des Themas <i>Einsamkeit</i> mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)	56
Abbildung 18	Graphische Darstellung der Korrelation des Themas <i>Bedrohung</i> mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)	57
Abbildung 19	Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes <i>Exploration/ Freude/ Wohlbehagen</i> mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)	57
Abbildung 20	Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes <i>Liebe/ Synchronizität</i> mit dem Gesamtscore der BIS (Barratt-Impulsivitätsskala)	58
Abbildung 21	Graphische Darstellung der Korrelation von positivem bzw. negativem Pol der bindungsrelevanten Themen mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)	59
Abbildung 22	Graphische Darstellung der Korrelation des Themas <i>Einsamkeit</i> mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)	60

Abbildung 23	Graphische Darstellung der Korrelation des Themas <i>Bedrohung</i> mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)	60
Abbildung 24	Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes <i>Exploration/ Freude/ Wohlbehagen</i> mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)	61
Abbildung 25	Graphische Darstellung der Korrelation des Themenkomplexes <i>Liebe/ Synchronizität</i> mit dem Gesamtscore des FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)	61

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1 Skalen und Beispielitems der Symptom-Checkliste-90-Items-Revised	20
Tabelle 2 Subskalen und Beispielitems des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen	21
Tabelle 3 Beschreibung der Kategorien für das Auffinden von bindungsrelevanten Themen im Adult Attachment Interview	30
Tabelle 4 Kappa-Koeffizienten (trichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie	36
Tabelle 5 Kappa-Koeffizienten (dichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie	36
Tabelle 6 Spearman-Koeffizienten (trichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie	37
Tabelle 7 Spearman-Koeffizienten (dichotome Beobachtung) der Reliabilitätsstudie	37
Tabelle 8 Bindungsrelevante Themen in den Adult Attachment Interviews von Borderline-Patientinnen und Kontrollen (Subjekt- und Objektebene zusammengefasst)	41
Tabelle 9 Subjektbezogene bindungsrelevante Themen in den Adult Attachment Interviews von Borderline-Patientinnen und Kontrollen	43
Tabelle 10 Objektbezogene bindungsrelevante Themen in den Adult Attachment Interviews von Borderline-Patientinnen und Kontrollen	45
Tabelle 11 Gruppenvergleich der Symptombelastung (Symptom-Checkliste-90-Items-Revised)	47
Tabelle 12 Gruppenvergleich der Impulsivität (Barratt-Impulsivitätsskala)	48
Tabelle 13 Gruppenvergleich der Dissoziation (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen)	49
Tabelle 14 Korrelative Zusammenhänge zwischen bindungsrelevanten Themen und Global severity index	51
Tabelle 15 Korrelative Zusammenhänge zwischen bindungsrelevanten Themen und Gesamtscore der Barratt-Impulsivitätsskala	55

Tabelle 16	Korrelative Zusammenhänge zwischen bindungsrelevanten Themen und Gesamtscore des Fragebogens zu Dissoziativen Symptomen	58
------------	---	----

Interviewleitfaden des Adult Attachment Interviews (Main & Goldwyn 1994; deutsche Übersetzung Universität Regensburg, Lehrstuhl Prof. K.E. Grossmann)

Das Interview, das ich mit Ihnen jetzt durchführen werde, wird ungefähr eine Stunde dauern, je nachdem was Sie mir alles zu erzählen haben. Es geht dabei hauptsächlich um Ihre Kindheit, doch wir werden auch auf spätere Jahre sowie auf Ihre heutige Lebenssituation zu sprechen kommen.

1) Vielleicht können Sie mir zunächst einen kurzen Überblick über Ihre damalige Familiensituation geben. Erzählen Sie mir einfach, wo Sie geboren sind, wo Sie mit Ihren Eltern gelebt haben, ob Sie häufig umgezogen sind und was Ihre Eltern beruflich gemacht haben.

- Haben Sie mit Ihren Großeltern als Kind viel Zeit verbracht?
- Haben Sie Geschwister? Sind Sie zusammen mit Ihren Geschwistern bei Ihren Eltern aufgewachsen? Lebten außer Ihren Geschwistern und Ihren Eltern noch weitere Personen bei Ihnen zu Hause?
- Hatten Sie eine(n) beste(n) Freund(in)?
- Wer von den angesprochenen Personen war eine wichtige Bezugsperson?

2) Können Sie nun mal versuchen, mir die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrer Mutter und zu Ihrem Vater hatten, zu beschreiben? Am besten wäre es, wenn Sie mit den frühesten Erinnerungen beginnen würden.

- *Falls der Proband Schwierigkeiten mit der Beantwortung dieser Frage hat, sollte mit konkreten Fragen weitergeholfen werden:* Was haben Ihre Mutter / Ihr Vater denn so mit Ihnen gemacht? Haben Sie mit Ihnen gespielt? Wann waren Ihre Mutter / Ihr Vater daheim? Wie sahen die Wochenenden aus? Haben Sie etwas zusammen unternommen? Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis mit Ihrer Mutter / Ihrem Vater erinnern?

3) Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter zu finden, welche die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich dafür ruhig Zeit und überlegen Sie erst mal eine Minute. Danach werde ich Sie fragen, warum Sie gerade diese Eigenschaftswörter ausgewählt haben.

- *Nachdem der Patient die Adjektive aufgezählt hat, diese einzeln nacheinander bezüglich konkreter Episoden aus der Kindheit abfragen, z.B. „Sie haben gesagt, die*

Beziehung zu Ihrer Mutter war freundlich, welches konkrete Ereignis verbinden Sie mit dieser Beschreibung?“

- *Die konkreten Erinnerungen sollten so früh wie möglich zurückreichen. Manchmal fangen Patienten in der späten Jugend an. Hier nochmals betonen, dass es um die Kindheit geht.*
- 4) So, jetzt kommen wir auf Ihren Vater zu sprechen. Versuchen Sie nun fünf Eigenschaftswörter auszuwählen, welche die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit beschreiben. Lassen Sie sich wieder Zeit dafür. Ich werde Sie danach ebenfalls fragen, warum Sie diese Eigenschaftswörter ausgesucht haben.**
- Nachfragen wie bei Frage 3
- 5) Fühlten Sie sich Ihrem Vater oder Ihrer Mutter näher? Woran lag das? Wenn Sie die Beziehung in Ihrer Kindheit einerseits zu Ihrer Mutter und andererseits die zu Ihrem Vater vergleichen, wie unterscheiden sie sich voneinander?**
- Woran lag das? Wenn Sie die Beziehung in Ihrer Kindheit einerseits zu Ihrer Mutter und andererseits zu Ihrem Vater vergleichen, wie unterscheiden sie sich voneinander?
- 6) Wenn Sie sich als Kind nicht wohlfühlt haben, was haben Sie dann gemacht?**
- *Patient soll zu eigener Interpretation von „nicht wohl fühlen“ angeregt werden, erst dann mit den weiteren Fragen fortfahren*
 - Wenn Sie als Kind Kummer hatten oder traurig waren, was haben Sie dann gemacht? Fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?
 - Können Sie sich erinnern, was passiert ist, wenn Sie sich als Kind weh getan haben, wenn Sie sich verletzt hatten? Gibt es da eine bestimmte Situation, die Ihnen dazu einfällt?
 - Wie war das, wenn Sie als Kind krank waren? Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden? *Wenn berichtet wird, dass man zu den Eltern gegangen ist, soll nach Details gefragt werden, die spontan dazu einfallen. Danach direkt nachfragen, ob die Person von ihren Eltern in den Arm genommen worden ist und ob sie sich körperlichen Kontakt gewünscht hat. Nimmt die Person in ihren Antworten nur auf einen Elternteil Bezug, soll nach dem anderen Elternteil gefragt werden.*
- 7) Können Sie sich erinnern, wann Sie als Kind zum ersten Mal von Ihren Eltern getrennt waren? Wie kam es zu dieser Trennung? Wie alt waren Sie damals? Wie**

haben Sie diese Trennung erlebt? Wie haben Ihre Eltern auf diese Trennung reagiert?

8) Haben Sie sich als Kind jemals abgelehnt gefühlt?

- Es ist hier wichtig, dass Sie diese Ablehnung als Kind so empfunden haben, auch wenn Sie dies vielleicht heute als Erwachsener ganz anders beurteilen würden. Wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal so fühlten? Wie haben Sie darauf reagiert? Warum glauben Sie, dass sich Ihre Eltern so verhalten haben? Denken Sie, dass sich Ihre Eltern dieser zurückweisenden Haltung bewusst waren?

9) Haben Sie sich jemals von Ihren Eltern bedroht gefühlt, vielleicht dann, wenn Ihre Eltern Ihnen etwas aus Spaß oder aus disziplinarischen Gründen angedroht haben? Einige Personen, die wir interviewt haben, berichten uns, dass ihnen angedroht wurde, von ihren Eltern verlassen zu werden oder von zu Hause weggeschickt zu werden. Haben Sie jemals erlebt, dass Ihre Eltern Ihnen das angedroht haben? Manche Personen haben uns erzählt, dass sie misshandelt oder missbraucht worden sind. Haben Sie so etwas ähnliches auch erlebt? Gab es etwas derartiges in Ihrer Familie? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Ist es häufiger vorgekommen?

- Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen dieses Erlebnis / diese Erlebnisse heute als Erwachsener noch zu schaffen macht? Glauben Sie, dass es Auswirkungen auf Ihre Person gehabt hat? Hat es die Art und Weise, wie Sie mit Ihren eigenen Kindern umgehen, beeinflusst?

10) In welcher Weise glauben Sie, haben die Erfahrungen mit Ihren Eltern Ihre Persönlichkeit als Erwachsener beeinflusst?

- Gibt es bestimmte Ereignisse (Aspekte), die Ihrer Meinung nach Ihre Entwicklung behindert haben?

11) Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie es getan haben?

12) Gab es neben Ihren Eltern noch weitere Erwachsene, die Ihnen sehr nahestanden, die Ihnen besonders wichtig waren?

13) Haben Sie als Kind den Tod irgend eines nahen Familienmitglieds erlebt?

- Könnten Sie mir die näheren Umstände beschreiben?
- Wie alt waren Sie damals?
- Wie haben Sie damals reagiert?
- Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er überraschend? Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals fühlten?
- Haben sich Ihre Gefühle in Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
- Durften Sie an der Beerdigung teilnehmen? Welche Bedeutung hatte dies für Sie?
- Glauben Sie, dass dieser Verlust Ihre Persönlichkeit beeinflusst hat?

14) Hat es in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit viele Veränderungen gegeben? Also über die ganze Kindheit hinweg bis heute?**15) Wie sieht die Beziehung zu Ihren Eltern heute aus?**

- Wieviel Kontakt haben Sie; Ursache von Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit
- Inwieweit haben Sie die Erfahrungen mit Ihren Eltern in Bezug auf Partnerbeziehungen beeinflusst?

16) Mit welchen Gefühlen reagieren Sie jetzt auf Trennungen von Ihrem Kind? Machen Sie sich jemals Sorgen um Ihr Kind?**17) Wenn Sie drei Wünsche für Ihre Tochter / Ihren Sohn frei hätten, wenn sie / er ungefähr 20 Jahre alt wäre, wie sähen die aus?****18) Gibt es etwas Bestimmtes, von dem Sie annehmen, dass Sie es aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt haben? Was hoffen Sie, wird Ihre Tochter / Ihr Sohn einmal von Ihnen lernen?****19) Wenn Geschwister vorhanden: Wie würden Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern beschreiben?****20) Mit welchen Worten würden Sie sich selbst beschreiben?**

21) Gibt es außerhalb der Herkunftsfamilie Personen, denen Sie sich zur Zeit nahe fühlen? Wer ist für Sie momentan die wichtigste Person?

22) Leben Sie momentan in einer Partnerschaft?

- Wie würden Sie die Persönlichkeit Ihres Partners beschreiben?
- Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Partner beschreiben?
- Wie sehen Sie sich selbst in Partnerschaften?
- Erkennen Sie ein bestimmtes Muster in Ihren Beziehungen? Gibt es typische Konfliktpunkte, die immer wieder auftauchen?
- Wie reagieren Sie, wenn Sie mal eine Auseinandersetzung mit Ihrem Partner haben?
- Was machen Sie, wenn Sie Kummer oder Probleme haben?
- Wie stellen Sie sich eine gute Beziehung vor?

23) Wie ist es für Sie, wenn Sie mal eine Zeit von Ihrem Partner oder Ihrer Familie getrennt sind?

24) Was machen Sie beruflich?

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit?

25) Welche Freizeitaktivität macht Ihnen Freude?

Danksagung

An erster Stelle bedanke ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Horst Kächele für seine Unterstützung und für die Überlassung des Promotionsthemas.

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Frau Dr. Anna Buchheim, die durch ihre wertvollen Anregungen, ihr Engagement und durch fruchtbare Diskussionen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat.

Außerdem möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Dr. Dan Pokorny für seine hervorragende statistische Betreuung bedanken.

Dank schulde ich des weiteren Herrn Justice Krampen und meiner Schwester Karin Schüle für ihre Mitarbeit bei der Reliabilitätsstudie.

Vor allem bedanke ich mich bei meiner Familie, die mich in jeder Hinsicht unterstützt hat.