

# Dynamische Psychiatrie

Begründet von  
*founded by*  
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie  
*International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry*

Vol. 43. Jahrgang

2010•5-6

Nr. 241-242

## *Dynamic Psychiatry*

### **Angst und Trauma bei Persönlichkeitsstörungen 1**

*Raymond Battegay*

Ängste und Psychotraumen: Ursachen und Folgen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

*Egon Fabian*

Die Bedeutung der Angst für die Psychotherapie der Frühstörungen  
The Importance of Anxiety for the Therapy of Early Disturbances

*Maria Ammon*

Identitätsangst und Frühtraumatisierungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

*Ulrike Nowotny*

Komplexe PTSD. Psychodynamisches Verständnis

ISSN 0012-740 X

'Pinel' Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH • Berlin

## *Inhalt • Contents*

Editorial (Egon Fabian, München) .....	319
<i>Egon Fabian (München)</i>	
Die Bedeutung der Angst für die Psychotherapie der Frühstörungen ...	322
The Importance of Anxiety for the Therapy of Early Disturbances .....	330
<i>Raymond Battegay (Basel)</i>	
Ängste und Psychotraumen: Ursachen und Folgen von Borderline- Persönlichkeitsstörungen .....	332
Summary .....	345
<i>Maria Ammon (Berlin)</i>	
Identitätsangst und Frühtraumatisierungen bei Borderline-Persön- lichkeitsstörungen .....	347
Summary .....	361
<i>Ulrike Nowotny (Haar)</i>	
Komplexe PTSD. Psychodynamisches Verständnis .....	365
Summary .....	368

Gastherausgeber dieser und der folgenden Ausgabe: Dr. med. (Univ. Tel Aviv/Israel)  
Egon Fabian

Diese Ausgabe zum Thema: 'Angst und Trauma bei Persönlichkeitsstörungen' ist der erste von zwei Teilen. Der zweite Teil erscheint als erste Ausgabe in 2011.

Editor of this and the next volume: Egon Fabian M.D.

The actual volume is the first part of two. The first volume in 2011 will complete the current topic.

Anhang: Inhalt und Indizes für den Jahrgang 2009

Enclosure: contents and indices for the 2009 volume

## Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,  
die in diesem und dem folgenden Heft versammelten Artikel basieren auf Beiträgen, die im Rahmen des Symposiums vom 7. Mai 2010 zum Thema 'Angst und frühe Traumatisierung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeutische und psychopharmakologische Aspekte' anlässlich der Mengerschwaiger Psychotherapiegespräche gehalten wurden.

Der Autor betont in seiner Arbeit über 'Die Bedeutung der Angst für die Psychotherapie der Frühstörungen', dass verborgene, subklinische psychische Traumatisierungen und deren Beziehungsaspekte in der Kindheit in der Literatur und der klinischen Arbeit wenig Beachtung finden; er belegt dies mit kurzen Fallbeispielen. In der Folge stellt der Autor Varianten von gruppenspezifischen Konstellationen vor, die solchen Traumatisierungen zugrunde liegen. All diese Traumata tragen dazu bei, dass Kinder, und später sogenannte 'frühgestörte' Patienten, der existenziellen Angst ohne den nötigen Schutz ausgeliefert sind. Die daraus resultierende Angstsymptomatik zeigt viele Manifestations- und Abwehrformen. Der Autor sieht in der therapeutischen Arbeit mit der Angst im interpersonellen Rahmen der analytischen Einzel- und besonders Gruppentherapie, ergänzt durch körperliche Therapien, die Behandlung der Wahl für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS).

Raymond BATTEGAYS Beitrag über 'Ängste und Psychotraumen. Ursachen und Folgen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Therapeutische Konsequenzen' beschäftigt sich mit den psychopathologischen und psychodynamischen Unterschieden zwischen Borderline- und narzisstischen Tendenzen bei BPS-Patienten auf einem komplexen Erscheinungsbild beruht, das von Spaltung in Gut und Böse, Regulations- und kognitiven Störungen gekennzeichnet ist und auf frühe Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit zurückzuführen ist. Die Partnerschaftsbeziehungen und sozialen Kontakte solcher Patienten leiden erheblich darunter, wie mehrere Fallvignetten verdeutlichen. Der Autor kommt zum Schluss, dass die analytisch orientierte Psychotherapie unter besonderer Beachtung der Gegenübertragungsarbeit unter Supervision, mit Elementen aus der dialektisch-behavioralen Therapiemethode Linehans zur Förderung sozialer Integration ein Höchstmaß an Effizienz ver-

spricht.

Auch Maria AMMONS Beitrag 'Identitätsangst bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen' stellt eine Verbindung zwischen den vielfältigen Symptomen und insbesondere der Angstsymptomatik und den frühen psychischen und physischen Traumatisierungen in der Lebensgeschichte von Borderline-Patienten her; dabei betont sie den Beziehungsaspekt zwischen Eltern und Kind, bezogen auf die Missachtung elementarer psychischer Bedürfnisse des Kindes. Sie fasst das psychoanalytische, das Objektbeziehungs- und das bindungstheoretische Verständnis der BPS zusammen und bezieht sich zentral auf Günter AMMONS Auffassung von Angst in ihren unterschiedlichen Ausprägungen und der BPS, wobei letztere im Wesentlichen als Identitätsstörung aufgrund gruppenspezifischer bedingten Traumatisierungen in der frühen symbiotischen Entwicklungsphase verstanden wird. Entsprechend plädiert die Autorin für die strukturelle Arbeit mit BPS-Patienten im Sinne einer, von Günter AMMONS beschriebenen, Identitätstherapie, in dessen Rahmen der analytischen Gruppentherapie ein besonderer Stellenwert zukommt.

Peter JORASCHKY und Katja PETROWSKI beleuchten in ihrem Beitrag die Bedeutung von Bindungstraumata als Vulnerabilitätsfaktor für komplexe posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und für die Entwicklung von BPS. Sie diskutieren die Folgen von Angst und Verlassenheit bei Borderline-Patienten vor dem Hintergrund der kumulativen Traumatisierung (M. KAHN) in der frühen Kindheit und ihre Wechselwirkung mit, zum Teil bindungsbedingten, Resilienzfaktoren; in diesem Zusammenhang wird insbesondere auf die Bindungs- und Mentalisierungstheorie Bezug genommen. Eine ausführliche Fallbeschreibung illustriert, wie wiederholte Traumatisierungen schwere Angstüberflutung, Leeregefühl und Affektdysregulation zur Folge haben.

Die Arbeit von Ilse BURBIEL und Daniel HERMELINK stellt die Traumatherapie in der Dynamischen Psychiatrie vor. In ihrer Einleitung betonen die Autoren, dass die Psychoanalyse seit ihrem Beginn als eine 'traumatologische Wissenschaft' entstanden ist. Nach einem kurzen Umriss der aktuellen traumatherapeutischen Konzepte stellen sie die Behandlungskonzeption der Dynamischen Psychiatrie am Beispiel der therapeutischen Arbeit in der Klinik Mengerschwaike vor als Traumatherapie im Rahmen einer 'nachholenden Identitätstherapie vorwiegend in Grup-

pen'. Zentral sind dabei die sorgfältige Strukturierung der verschiedenen Gruppen im Gesamtsetting der Klinik, mit ihren vielfältigen Möglichkeiten von Übertragung, Agieren, Identifikation und Schutzerfahrungen, und die gruppenspezifische Führung solcher Gruppen. Den Rahmen dieser Arbeit bietet die analytische Milieuthérapie der Klinik als interpersonelles Feld von Kontakten und Beziehungen in der Hier-und-jetzt-Situation der Projektarbeit und die Integration expressiver und Körpertherapien in die Gesamtbehandlung; bei Patienten mit PTBS wird zusätzlich die Traumastabilisierungsgruppe eingesetzt.

Ulrike NOWOTNY beschreibt, basierend auf EHLERT-BALZER, die 'Psychodynamische Kaskade', die einer Traumatisierung folgen und im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung archaische Ängste auslösen kann. Nach der Identifikation mit dem Angreifer (Täter) werden dessen unvereinbare Aspekte gespalten und die guten Objektbeziehungen zerstört, die dieser keinen Schutz vor dem Trauma geboten haben; auf diese Weise, so die Autorin, entsteht 'Ur-Misstrauen'.

SCHAAFF, SEVERUS, MÖLLER und MÜLLER konzentrieren sich in ihrem Artikel auf die Pharmakotherapie der Borderline-Störung. Sie begründen die geringe Anzahl bisher erschienenen aussagekräftigen, placebokontrollierten Doppelblindstudien mit der klinisch häufig zu beobachtenden Therapieresistenz von BPS-Patienten gegenüber Psychopharmaka. In der Folge diskutieren die Autoren die Wirkungsmechanismen und Effizienz der verschiedenen Substanzklassen: Antidepressiva, Neuroleptika, sowie Stimmungsstabilisatoren und Antiepileptika, wobei die Ergebnisse bisher publizierter Meta-Analysen in die klinischen Überlegungen einfließen. Sie stellen fest, dass eine psychopharmakologische Behandlung ohne störungsspezifische Psychotherapie keine ausreichende Besserung der Symptomatik von BPS-Patienten zu erzielen vermag.

Insgesamt stellt das Heft einen Versuch dar, die Vielfalt der Verbindungen zwischen psychodynamischen und gruppenspezifischen Entstehungsbedingungen von Persönlichkeitsstörungen, zu denen vor allem komplexe frühe Traumatisierungen zählen, und der Angst als zentralem Symptom der Frühstörungen aufzuzeigen und dabei zu einem besseren Verständnis und einer Optimierung psychiatrischer und psychoanalytisch orientierter Therapieansätze für Ihre Behandlung beizutragen.

Egon Fabian (München)

# Die Bedeutung der Angst für die Psychotherapie der Frühstörungen

Egon Fabian (München)

The author outlines the connection between early disturbances and traumatizing group dynamics, which often occur in subliminal, subtle ways. Short case vignettes illustrate the group context of traumatization. The existential abandonment anxiety resulting from such traumas must be regularly sought for and contained in the therapeutic process. Group therapy may be essential for such patients, since it allows a more efficient network for containing abandonment anxiety. Since anxiety is an eminently psycho-somatic phenomenon, argues the author, a combination of group therapy and an adequate corporal therapy may constitute the therapy of choice for patients suffering from early disturbances.

Keywords: anxiety, early traumatization, early disturbances, group therapy

## 1. Frühe Traumatisierungen und Angst

In der Geschichte der frühen Entwicklung von Patienten mit so genannten Frühstörungen finden wir regelmäßig schwere Traumatisierungsmomente. Diese können immer auf gruppenspezifische Konstellationen zurückgeführt und als solche in ihrer pathologischen Funktion erst umfassend verstanden werden. Dieses Verständnis spielt für die psychodynamisch und gruppenspezifisch orientierte Psychotherapie eine bedeutende Rolle.

Traumatisierungen können manifest und juristisch handfest sein, oder unterschwellig (subklinisch) und juristisch nicht fassbar verlaufen. Ich möchte daran erinnern, dass Frühtraumata immer auch Beziehungstraumata sind.

Diese 'Traumatisierungstypen' (und noch viele andere) treten in der Regel nicht allein, sondern in Kombinationen auf, wie ich später anhand von klinischen Beispielen illustrieren werde.

Ich möchte an dieser Stelle die subklinischen Traumatisierungen besonders betonen, weil sie oft, zumal, wenn die Patienten nur oberflächlich exploriert werden, unentdeckt bleiben.

Die schuldgefühle-machende Familie wird oft von den Patienten als 'glückliche' oder 'unauffällige Kindheit' geschildert. Beispiel für kalte, moralisierende, verbotende Erziehung: Der Film 'Das weiße Band', Erziehung in Sekten usw..

Sie bleiben auch wissenschaftlich und juristisch, und damit auch für die Medien, ohne Konsequenzen. Sie machen die wahrscheinlich die Dunkelziffer aus, die zwischen den statistischen Erfassungen liegt (in der Fachliteratur münden 'nur' ca. 80-90% der Frühtraumatisierungen in BPS). Sie wirken immer kumulativ (KHAN 1977).

Typ	offen	verborgen
Gewalt	Misshandlung	subtile (sadistische) Strafen Liebesentzug Drohungen
Sexualität	sexueller Missbrauch	Verführungsdynamik verschwiemelte sexualisierte Atmosphäre körperliche und psychische Grenzauflösung
Schuldgefühle	offene Beschuldigungen	moralisierende Erziehung Sexualverbot Loyalitätskonflikt
Sonstige	—	Entwertung Demütigung Auslachen, Spott Liebesentzug

Tabelle 1. Beispiele von Traumatisierungstypen

Beispiel Frau C.: wohlhabende, nach außen 'respektable' Akademikerfamilie. Vater besteht darauf, dass die über 20-jährige Tochter ihn im Bett 'erwärmt'. Mutter schenkt ihr 'Strings' zum Geburtstag. Kein manifester sexueller Missbrauch: Sexualisieren, Grenzauflösung, Verwöhnung.

Beispiel Herr M.: gefühlscalte, nach außen sozial gut angepasste Familie. Während häufiger beruflich bedingter Abwesenheit des Stiefvaters läuft die Mutter nackt durch die Wohnung. Einmal erschreckt sie den pubertären Sohn, indem sie plötzlich nackt hinter ihm steht; sie 'versteht nicht', warum der Sohn flüchtet: körperlich-seelische Verlassenheit, Sexualisieren, fantasiertes Partnerersatz.

Beispiel Frau P.: hochsitierte Familie, Vater Bürgermeister, wünschte

einen Sohn. Tochter wurde von ihm ostentativ gehätschelt 'vor den Augen' der depressiven Mutter. 'Nur der Mann soll lernen, Tochter muss gut heiraten': 'klassischer' patriarchalischer Erziehungsstil, Eifersucht provozieren, Verlassenheit, Unterdrückung und Verwöhnung.

Beispiel Frau K.: frühe Scheidung der Eltern, alleinerziehende, narzisstische Mutter, die die Tochter eng an sich bindet, besteht auf korrekter Erziehung, betont eigene Güte und Aufopferung. Leiseste Zeichen von Wut oder Unzufriedenheit werden mit tagelangem Schweigen bestraft. Unterdrückung, narzisstische Ausbeutung, Trennungsverbot, Liebesentzug.

Beispiel Herr D.: 'unauffällige Kindheit'. Bei Hausaufgaben stand der Vater hinter dem Patienten mit bedrohlicher Miene, die Hand gehoben, immer bereit zuzuschlagen. „Es gab nur selten Schläge, eher Ohrfeigen, aber die Angst war immer da.“ Mutter intervenierte nie, drohte aber mit dem Vater, 'wenn er am Abend nach Hause kommt'. Patient fühlte sich bedroht, beängstigt, verraten.

All diese 'subklinischen' Formen, und viele mehr, werden sozial toleriert; keins der Opfer hätte auch nur minimale Chancen in einem juristischen Verfahren gegen die Eltern. Manche subtilen Missbrauchsformen werden gesellschaftlich sogar begehrt und hochdotiert (vgl. z. B. 'Germany's next top modell').

Ich erwähnte vorhin, dass Frühtraumatisierungen erst durch die entsprechenden gruppenspezifischen Konstellationen ausreichend verständlich werden. Traumatisierungen spielen sich immer in Gruppen ab, sie beschränken sich so gut wie nie auf die Zweiersituation von Täter-Opfer. Wie in der internationalen Politik, so auch in Familien, stehen neben oder hinter dem Täter aktive Helfer und vor allem passive Mittäter (Appeasement-Politik) die wegschauen und Traumatisierungen tolerieren oder herbeiführen (Mutter im Film 'Shine'). Traumatisierung ist immer ein destruktiver Gruppenprozess.

Auch hier sind verschiedene Kombinationen dieser Dynamiken häufig. Gemeinsamer Nenner all dieser Varianten früher Traumatisierungen ist die Angst. Das Kind leidet unter Verlassenheitsangst, da es auf den Schutz der Umgebung vital angewiesen ist. Ohne diesen Schutz ist es der Todesangst preisgegeben, da es biologisch und v. a. psychologisch



aufgrund seiner langen Entwicklungszeit allein weitgehend lebensunfähig bleibt.

Gruppendynamik	Traumatisierung
‘Kalter Krieg’	Instrumentalisierung des Kindes; Kind als Munition
‘Mülleimer’-Dynamik	Kind als Abladefläche von Aggression, Enttäuschung, Trauer
Rettung aus der Anonymität	Kind als Hoffnungs- und Identitätsträger der Familie
unklare Grenzen, inkonsequente heimliche Verbündungen	Kind als Realisierung unerfüllter Ambitionen
unreife, infantile, abhängige transgenerationale Weitergabe	Selbstunsicherheit, Schuldgefühle Erziehung, Sprachlosigkeit
	Kind als Geheimnisträger: Loyalitätskonflikte
	Parentifizierung der Kinder
	Kind als Delegierter tabuisierter Inhalte (Schulddynamik)

Tabelle 2.: Häufige gruppendynamische Konstellationen, die zur Traumatisierung führen können

Diese existenzielle Angst des Kindes kann nur durch eine empathisch verstehende, schützende, offene, Angst selbst wahrnehmende und zulassende, konsequent und flexibel Grenzen setzende Primärgruppe getragen werden. Durch das sich unter solchen günstigen Bedingungen entwickelnde Urvertrauen (ERIKSON 1957) wird die Angst ihre konstruktive Funktion als Signal (FREUD 1917) und als interpersoneller Kontakt- und Beziehungsfaktor (AMMON 1979) erfüllen können.

Liegen solche günstigen Bedingungen nicht vor bzw. wird das Kind traumatisiert und in seiner Verlassenheit der existenziellen Angst (Urangst) schutzlos ausgeliefert, entwickeln sich verschiedene Ausdrucks- und Abwehrformen (besser: Angststrategien-‘Abwehr’ kommt aus der Neurosenforschung) der Angst. Diese sind individuell in Form und Ausprägung und werden durch wichtige Kontaktebenen moduliert, das heißt, sie werden solche Formen entwickeln, die ihnen doch ein Optimum und Maximum an Kontakt mit wichtigen Personen und Gruppen oder Untergruppen, und damit ein Schutz vor der Verlassenheit, gewährleisten.

BOWLBY beschreibt beispielsweise die Entstehung der Besitzsucht als Angststrategie in statu nascendi bei einem kleinen Jungen, der im Krankenhaus allmählich von Mutter und Familie verlassen, buchstäblich ‘vergessen’ wird. Sein Verhalten wurde

zunehmend egozentrisch. Statt seine Wünsche und Gefühle auf Menschen zu richten, wird er [mit der Zeit ausschließlich] von materiellen Dingen wie

Stüßigkeiten, Spielsachen und Nahrung präokkupiert und [reagiert] gierig auf die mitgebrachten Geschenke. (1961, S. 414)

<b>Manifestations- und Abwehrformen</b>	
<b>borderlinehafte</b>	<b>psychotische</b>
Trennungsangst	Zwang
Verantwortungsangst	Auflösungsangst
Angst vor dem Neuen (vor Veränderung)	Kontakt- und Gruppenangst
Identitätsangst	Paranoide Angst (Verfolgungsangst)
Aggression, Hass, Suizidalität	Frei flottierende Angst- Dissoziationssyndrome

Tabelle 3.: Einige Beispiele von 'borderlinehaften' und 'psychotischen' Manifestations- und Abwehrformen der Angst

Freilich handelt es sich hier um beispielhaft getrennte, in der Realität aber auf einer fließenden Skala auftretende Angstsymptome.

Ob aus einer Frühtraumatisierung eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) wird, hängt ab, neben dem Ausmaß und die Dauer der Traumatisierung, den Kontakten innerhalb und außerhalb der Primärgruppe und den so genannten Resilienzfaktoren, auch wesentlich vom Umgang mit der Angst in den wichtigsten Gruppen des Patienten.

Traumatisierende, Angst abwehrende oder abspaltende bzw. ideologisch indoktrinierte Familien fördern die existenzielle Angst der Heranwachsenden und ihre vielfältigen pathologischen Manifestationen.

## 2. Therapeutische Aspekte

Die Erkennung dieser Angst als psychogenetische und gruppendynamische Grundlage der klinisch manifestierten Frühstörungen ist für ihre psychotherapeutische Behandlung unerlässlich. Jede Psychotherapie der Frühstörungen ist implizit Angsttherapie. Dies gilt auch für die Therapie psychosomatischer Störungen, und natürlich für die Therapie der so genannten Angststörungen, welche meistens Persönlichkeitsstörungen zu decken.

In der interpersonellen Situation der Psychotherapie werden frühe Angsterfahrungen reaktualisiert; der Patient, der über seine Ängste berichtet, erwartet vom Therapeuten bzw. fordert diesen auf, diese Ängste zu verstehen, mit zu empfinden, zuzulassen und als 'Container' zu tragen.

Der Patient, der seine Ängste nicht spürt (mit defizitärer Angst nach AMMON 1979) und diese ersatzweise als Aggression, als Paranoia oder als psychosomatisches Symptom ausdrückt, sendet uns die unbewusste Botschaft, seine Angst hinter dem 'Versteck' gleichsam hervorzuholen, stellvertretend zu spüren (solange er es nicht kann), zu benennen (verbalisieren) und zu tragen. Damit wird der Therapeut zum Hilfs-Ich in Bezug auf die defizitäre Angst des Patienten. Aufgabe des Therapeuten ist es auch, die Ur-Angst hinter dem klinischen Angstsymptom des Patienten herauszuarbeiten, d. h. seine Angst vor der Angst zu nehmen. Dazu muss er, der Therapeut, die eigenen Angststrategien in seiner eigenen Analyse verstanden und durchgearbeitet haben. Ohne diese Fähigkeit des Therapeuten ist jede Arbeit an der Aggression des Patienten unwirksam, weil sie die tiefe existenzielle Angst des Patienten verfehlt und ihn damit, wie in seiner frühen Geschichte, allein lässt. Ausschließliche oder vorwiegende Aggressionsarbeit bei Borderline-Patienten, die nicht von empathischem Verstehen und Tragen der existenziellen Angst begleitet wird, droht, zur bloßen Wiederholung ohne Wiedergutmachung zu werden.

Die verschiedenen klinischen Arten des Ausagierens so genannter frühtraumatisierter Patienten (und besonders solcher mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen) können nicht nur auf ihre Unfähigkeit zurückgeführt werden, die Intensität der sie immer wieder überflutenden Gefühle, vor allem der Angst, zu ertragen, sondern man kann sie auch als mehr oder weniger kreative unbewusste Prüfungen des Therapeuten verstehen, hinter denen die zentrale, für den Patienten lebenswichtige Frage steht: „Werden Sie anders sein, als die Menschen, die meine Ängste nicht verstanden, nicht getragen und mich immer wieder enttäuscht und fallen gelassen haben?“. In diesem Sinne ist BALINTs Verständnis von Therapie als 'Neubeginn' aufzufassen (BALINT 1970). In diesem Zusammenhang ist die vielfach betonte Bedeutung der Gegenübertragung zu sehen. Vorsicht ist jedoch geboten bei der 'klassischen' Gegenübertragung des Therapeuten in der Behandlung von BPS, die uns so oft in die Irre führt: Sie ist um die Aggression zentriert und neigt dazu, die dahinterliegende Angst des Patienten zu vernachlässigen (FABIAN 2010). Meines Erachtens nach ist dieses Phänomen auf eine komplementäre Gegenübertragung im Sinne RACKERS (1968) zurück zu führen.

In Gruppen ist die oben erwähnte Hilfs-Ich-Funktion deutlich vielfältiger. In der Gruppensituation werden sowohl die Angst des Patienten als auch seine innere Einsamkeit – beide sind bei Patienten mit Frühstörungen miteinander eng gekoppelt – getragen. Daher die ‘doppelte’ Effektivität der Gruppentherapie. Bezüglich der Angst zeigt die Gruppentherapie folgende Vorteile, verglichen mit der Einzeltherapie:

1. Angst kann stellvertretend durch verschiedene Patienten ausgedrückt werden;
2. der Patient kann die Angst anderer als Widerspiegelung der eigenen verstehen;
3. Verlassenheitsangst durch das Gruppensetting minimiert;
4. Vielfalt der Übertragungsbeziehungen ermöglicht unterschiedliche (auch positive) Beziehungserfahrungen;
5. größere Tragfähigkeit der Gruppe;
6. Verbündung. Ausweg aus der Einsamkeit;
7. Aggression, als Angstäquivalent, wird besser aufgefangen und getragen als in der Einzeltherapie.

Aus diesen Gründen ist die Gruppentherapie die Therapie der Wahl bei Frühstörungen und ‘Angsterkrankungen’. Aus Zeitgründen werde ich hier nicht auf die mehr oder weniger gruppenspezifischen Angstformen eingehen. Die existenzielle Angst muss auch unter ihren historischen und soziokulturellen Aspekten gesehen werden. Von den verschiedenen Faktoren, die in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen, möchte ich hier die zunehmende Auflösung Angst tragender und die Persönlichkeit stabilisierender sozialer Strukturen und Lebensformen hervorheben: Die Auflösung der Einbettung und Integration der Familie in größere Gemeinschaften, und schließlich die Zerbröckelung der Großfamilie selber in die Rumpffamilie von Vater-Mutter-Kind(-Kinder)-Typ, die in unserer Zeit oft noch, durch Abwesenheit des Vaters oder die Trennung und Scheidung der Eltern, zur ‘allein erziehenden’ Mutter-und-Kind(-Kinder)-Struktur reduziert wird, kommen immer häufiger vor. Dabei haben oft die Eltern oder die allein erziehende Mutter ihrerseits wenige oder überhaupt keine tragenden Beziehungen und werden selber mit ihren Ängsten alleine gelassen.

Unter dieser Perspektive kann die Gruppentherapie als therapeutische Wiederherstellung der Einbettung des Individuums in die alte

historische Struktur der Gruppe verstanden werden. Der früh gestörte Patient, der beginnt, die tragende Eigenschaft der Gruppe zu spüren und für sich zu nutzen, beginnt seine Zugehörigkeit zur Gruppe und seine Solidarität mit deren Mitgliedern zu fühlen, wird seine Angst besser (mit-)teilen und mittragen lassen. Von einem solchen Patienten kann man dann sagen, dass er sich auf dem Weg der Heilung befindet.

Zum Abschluss möchte ich noch kurz auf die Bedeutung der Körpertherapien eingehen.

Existenzielle Angst ist im ursprünglichen Sinn des Wortes psychosomatisch: Sie findet an der Grenze von Körper und Seele statt. Die ersten, und oft die wichtigsten, frühen Traumata betreffen den Körper des Säuglings und des Kleinkindes (oder schon des Embryos). Auch hier sind die 'subklinischen' Traumata mindestens so häufig wie die eklatanten, medienwirksamen Misshandlungen. Dazu gehören z. B. körperliche Vernachlässigung, Verweigerung von Berührung, Streicheln, Körperkontakt, In-die-Arme-nehmen, die für das kleine Kind (und seine Angst) lebenswichtig sind. Das Gegenteil passiert mit mehr oder minder subtilen körperlichen Grenzauflösungen. All diese finden schon in der präverbalen Entwicklungsphase statt und können nicht symbolisiert werden. Sie werden in der traditionell sprachlich betonten oder ausschließlich verbal verlaufenden Psychotherapie zu wenig berücksichtigt. Viele Patienten mit solchen Traumata fühlen sich selber im klassischen Setting in der Tiefe nicht erreicht.

Viele Kontroversen wurden in der Fachliteratur der letzten Jahre zwischen den Verfechtern der strikten therapeutischen Abstinenz und den Fürsprechern einer Integration des Körperlichen in die analytische Therapie ausgefochten; das letzte Wort ist hier noch nicht gesprochen. Schon heute stehen uns eine Vielfalt von körperlichen Therapien zur Verfügung. An dieser Stelle möchte ich die in unserer Klinik praktizierten Tanz- und Reittherapie erwähnen, sowie die 'moderneren' Techniken von FELDENKRAIS und Somatic Experiencing.

Ich möchte schließen mit einem Plädoyer für den Einsatz der kombinierten Gruppentherapie und, adäquaten, körperlichen Therapie, notfalls ergänzt durch eine Einzeltherapie, als Therapie der Wahl bei frühtraumatisierten Menschen.

## The Importance of Anxiety for the Therapy of Early Disturbances

In biographies of patients with pre-oedipal disorders and structural deficit aspects of severe traumatization according to the group dynamics of the family can be found. Therefore these are always relational traumata. The author gives case histories of types of traumatization, both relevant and subliminal ones, that often appear combined. The subliminal traumatizations often remain undiscovered.

There are not only offender and victim involved, but always a group of individuals, including those who tolerate or ignore psychic violence. Therefore, traumatization can always be regarded as a destructive group dynamic process. Examples for traumatizing group dynamics are given.

Children suffer from existential anxiety and fear of being abandoned. Empathical containing results in a basic feeling of trust. In case of traumatization, the child develops coping strategies to deal with the existential anxiety by finding the best balance with a maximum of contact, which at the therefore always involves being conscious of the existential anxiety that is hidden behind the symptoms. Their therapy involves reactualising, naming and containing the existential anxiety. Focusing on aggression with Borderline-patients without understanding the existential fear behind it means 'repeating' without 'repairing'.

The author sums up the advantages of group therapy. Taking into consideration the historical and socio-cultural backgrounds of progressing individualization and deconstruction of social institutions, group therapy essentially means the process of re-placing the individual in the structure of the group. As existential fear in its origins is physical and psychosomatic, therefore the author postulates group therapy combined with an adequate physical therapy to be the optimal treating method.

### *Literatur*

- Ammon, G. (Hg)(1979): Hdb Dynam. Psychiatrie. Bd. 1. München: Reinhardt.  
 Balint, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Hamburg: Rowohlt TB.  
 Bowlby, J. (1961): Die Trennungsangst. *Psyche* 15:411-464.  
 Erikson, E. H. (1957): Kindheit und Gesellschaft. Zürich, Stuttgart: Pan.  
 Fabian, E. (2010): Anatomie der Angst. Ängste annehmen und an ihnen wachsen. Stuttgart: Klett-

Cotta.

Freud, S. (1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 11.

Khan, M. (1977): Selbsterfahrung in der Therapie. München: Kindler.

Racker, H. (1968): Transference and Countertransference. New York: Intern Univ Press.

# Ängste und Psychotraumen: Ursachen und Folgen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Raymond Battegay (Basel)

Individuals with borderline personality disorders with their ego-pathology, their incapacity to control their impulses and their tendency to split in their fantasy other people into good and bad ones, therefore, have difficulties to enter in contact with their human environment. Different to people with narcissistic personality disorders who suffer preponderantly from a narcissistic insufficiency with a tendency to compensatory attitudes borderlines because of their anxieties originating in early experienced traumas are heavily disturbed in their social relationships. Analytically oriented psychotherapy of individuals with borderline personality-disorders has to be centered on early Interpretation of transferences, reality testing and, if necessary, for furthering social integration, with methods of dialectic-behavioural training.

Keywords: ego-pathology; early experienced traumas and anxieties; analytically oriented psychotherapy; dialectic; behavioural training.

Individuen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen leiden, wie KERNBERG (1975, 1976, 1978, 1980, 1984; KERNBERG et. al. 1972, 1989), MASTERSON (1976), WOLBERG (1982), ROHDE-DACHSER (1979) und andere Autoren beschrieben haben, vor allem an einer Tendenz zur Ich-Fragmentation. Die erwähnte Ich-Pathologie hat zur Folge, dass die Betroffenen die verschiedenen Teile ihres Ichs nicht in eine Ganzheit zu integrieren vermögen. Sie können dementsprechend ihre Impulse kaum kontrollieren, leiden unter mannigfaltigen Ängsten und weisen nicht selten phobische und zwanghafte Züge auf und sind dementsprechend kontaktgestört. GUNDERSON (1989) hat indes darauf aufmerksam gemacht, dass im Unterschied zu den 1960er Jahren, in denen diese Störungen nahe den Schizophrenien geortet wurden, neuere Untersuchungen die Nähe und die Abgrenzung zu den affektiven Störungen ergeben und auf die Affektlabilität der Betroffenen hingewiesen haben. Als Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Gesamtbevölkerung wurden 2-4% angenommen (GUNDERSON 1989). Wie HOFF (2009) feststellt, ist jedoch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung schwierig. Entsprechend be-



schreibt sie HOFF einerseits als 'Verdünnungsform' schizophrener Erkrankungen, andererseits als nahe an die affektiven Erkrankungen herangerückt. Als wesentliches Kennzeichen dieser Menschen nennt dieser Autor die Störung der Impulskontrolle. Schließlich werde die Borderline-Persönlichkeitsstörung oft mit der posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung gebracht, „wobei die ätiologische Bedeutung gravierender psychischer Traumata in der Kindheit hervorgehoben wird.“ (HOFF 2009)

Aus den bisherigen Feststellungen geht schon hervor, dass die Diagnosestellung in Bezug auf diese Störungen nicht einfach ist. Auch lässt sich daraus schließen, dass die Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen einerseits meist in ihrer Kindheit schweren traumatisierenden Erlebnissen, die sie emotional und kognitiv nicht zu verarbeiten vermochten, ausgesetzt waren. Andererseits sind diese Menschen mit ihrer emotionalen Empfindsamkeit und Unberechenbarkeit beim Zusammentreffen mit anderen Individuen eher Psychotraumen ausgesetzt als ausgeglichene Individuen. Von DOMES et. al. (2009) und anderen Autoren wurde auch über eine gestörte kognitive Erkennung von affektiv bedingten mimischen Veränderungen bei anderen Individuen berichtet, ein Umstand, der u. a. die sozialen Schwierigkeiten der Borderline-Persönlichkeiten mit erklärt. Es stellt sich dabei aber auch die Frage, ob bereits die entsprechenden Kleinkinder die positive affektive Zuwendung ihrer Mutter nicht oder nicht in ihrer Bedeutung zu erkennen vermögen.

Nach einem Vortrag, den ich vor ca. 300 Frauen, Mitgliedern eines schweizerischen Frauenvereins, hielt, kam eine emotional recht ausgeglichene wirkende Frau von ca. 55 Jahren zu mir und erzählte mir, dass sie vier Töchter habe. Die drittgeborene, welche Ärztin geworden sei, werfe ihr immer wieder vor, dass sie den drei Schwestern mehr Zuwendung und Liebe geschenkt habe als ihr. Doch habe sie die sich über sie beklagende Tochter als Kind gleich geliebt und behandelt wie ihre Geschwister. Sie bat mich nun, ihr zu erklären, wie es dazu kommen konnte, dass die erwähnte Tochter sich stets benachteiligt fühlte. Ich erklärte ihr, dass sie sicher bei der dritten Tochter, wie bei den beiden anderen Töchtern, alles getan habe, um auch diese von ihrer Liebe zu überzeugen. Doch habe diese Tochter vielleicht die positive mütterliche Zuwendung ihrer Mutter infolge ihrer Persönlichkeitsstruktur, obschon sie Ärztin gewor-

den sei, bis auf den heutigen Tag nicht als solche erkennen können. Ich dachte dabei, dass diese Tochter unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden könnte. Entsprechend fügte ich hinzu, dass ihrer Tochter wohl durch eine Psychotherapie mit der Zeit ein erweitertes Erlebensspektrum gewinnen und sich dann weniger als benachteiligt fühlen könnte.

Wie Susanne SCHLÜTER-MÜLLER et al. (2009), ausführen, ist die Diskussion über die Frage, ob die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter gerechtfertigt ist oder nicht, sehr heftig und ideologisch geprägt. Auf der einen Seite herrscht die Meinung vor, dass diese Diagnose im kindlichen und jugendlichen Entwicklungsalter bis zum 18. Lebensjahr obsolet ist, da sich die Persönlichkeit in diesen Jahren noch dauernd ändere. Auf der anderen Seite wird betont, dass die für diese Störungen typischen charakterlichen Besonderheiten von Kindheit und Jugend an erkennbar seien und auch nachher im Erwachsenenalter kaum oder wenig verändert in Erscheinung treten können. Susanne SCHLÜTER-MÜLLER et al. sind der letzteren Ansicht und betonen, dass die menschliche Entwicklung einen lebenslangen Prozess darstelle und die charakterlichen Besonderheiten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in jedem Lebensalter auftreten können. Allerdings unterstreichen die Autoren, dass diese Störungen bei geeigneter Therapie, unabhängig vom Alter, nicht unveränderbar seien.

Damit die Prognose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beurteilt werden kann, muss diese klar von der narzisstischen Persönlichkeitsstörung im Sinne von KOHUT (1971, 1977) unterschieden werden, bei der ein konsistentes Ich besteht, welches an und für sich störungsfrei funktionieren könnte. Doch leiden die Betroffenen an einer Beeinträchtigung im Bereiche ihres Selbst. Diese Individuen sind wegen ungenügender Liebeszuwendung und Stimulierung in Kindheit und Jugend oder einer Überbehütung während dieser Zeit – primär Verwöhnte sind oft sekundär Frustrierte – oder einer Liebeszuwendung nur unter der Bedingung der Erfüllung elterlicher Erwartungen in der Entwicklung ihres Selbstgefühls behindert. Sie haben dementsprechend nie gelernt, sich selbst zu lieben und haben kein Vertrauen in sich selbst entwickelt. Dabei weisen sie ein übermächtiges Ueberich auf, das, weil es narzisstisch nicht besetzt zu werden vermag, dazu führt, dass sie sich stets als Versager

erleben und unbewusst die ihnen Begegnenden dazu bringen wollen, sie zu unterschätzen. Die Individuen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen fallen indes oft auch dadurch auf, dass sie versuchen, sich durch verschiedenartige, vorwiegend unbewusste Kompensationen aufzuwerten. Dadurch sind sie in der Lage, ihre Selbstinsuffizienz als erträglicher zu erleben. So bauen die Betroffenen nicht selten Größendien in Bezug auf ihre Bedeutung auf, betrachten sich z. B. als bedeutendste Vertreter ihres Berufsstandes. Ihr insuffizientes Selbst verrät sich meist auch durch ihre erhebliche Kränkbarkeit oder ihr Gefühl, nicht genügend anerkannt zu werden.

Bei den narzisstisch Beeinträchtigten besteht etwa auch eine Tendenz, in ihrem Unbewussten mit anderen Menschen eine Fusion einzugehen. Sie nehmen dabei etwa an, dass die Anderen ganz gleicher Ansicht sind wie sie und glauben dann für alle antworten zu können. Mitunter kann dieses Phänomen bei Politikern beobachtet werden, die, ohne jemanden zu fragen, annehmen, dass sie im Namen des Volkes sprechen. Eine weitere Form der Kompensation des ungenügenden Selbstgefühls lässt sich daran erkennen, dass die Betroffenen beim Sprechen in einer Runde etwa herum sehen, um zu erkennen, ob ihnen die Mitbewesenden in ihren Ausführungen billigend folgen oder nicht. Dieses Verhalten sieht man physiologischer Weise bei Kleinkindern (engl: mirroring), wenn sie in die Augen der Mutter schauen, um darin ein Leuchten zu erkennen, das sie bestätigt. Wenn Psychotraumata oder nur als solche erlebte Vorgänge an diese Persönlichkeiten herankommen, können diese narzisstischen Kompensationen plötzlich zusammenbrechen und die Betroffenen depressiv und suizidal werden. Bei den Borderline-Persönlichkeitsstörungen, deren Hauptmerkmal die Ich-Fragmentationstendenz ist, sind die psychopathologischen Störungskomponenten aber bedeutend komplexer. Der folgende Bericht über einen Borderline-Patienten mag diesen Umstand beleuchten.

Ein 1954 geborener Mann suchte mich 1999 erstmalig auf. Er berichtete mir, dass sein Vater ein sehr geordneter Beamter sei, seine Mutter ihn aber schon als Kind stets als wertlosen Versager dargestellt und entsprechend oft gezüchtigt habe. Er habe stets Angst vor ihr gehabt und nach ihren Verweisen regelmäßig Aggressionen gegen sie gehegt. Auch habe sie ihm später immer wieder gesagt, er sei nicht fähig, ein Gymnasium

zu besuchen. Dabei zeigte sich schon früh seine gute Intelligenz. Trotzdem versagte er im Gymnasialunterricht wie auch später in anderen Schulen. Schon früh machte sich bei ihm bemerkbar, dass er oft alles tat, um sich zu schaden und eine Prüfung nicht zu bestehen. Schließlich bestand er, mit 25 Jahren, doch die staatliche Maturitätsprüfung. Wegen seiner Ambivalenz dem begonnenen Jurastudium gegenüber vermochte er sich nicht auf das Lernen zu konzentrieren, so dass er im Schlussexamen den Anforderungen wieder nicht genügte. Er ließ sich dann 1982 von einer Versicherung anstellen, kündigte aber nach drei Jahren diese Stelle, bei der er wohl dauerhaft hätte bleiben können. Danach wechselte er wieder an die Universität, um dort Sozialwissenschaften und Versicherungsrecht zu studieren. Nur mit Mühe hat er 1997 die Sozialversicherungsprüfung bestanden. 1999 entschloss er sich, einen Sekundarlehrerkurs zu beginnen, kam aber bei der Schlussprüfung im Jahre 2002 wegen Totalversagens in einem Fach, nicht durch.

Ich sah den Patienten auf seinen Wunsch ca. einmal pro Monat und machte ihn immer wieder darauf aufmerksam, dass er seine Mutter mit ihrem negativen Urteil über ihn internalisiert habe und damit keine Ruhe habe, bis er immer wieder beruflich scheitere. Er solle doch versuchen, dagegen anzukämpfen und sich Erfolge zu gönnen. Obschon er auf mich offensichtlich seinen 2004 verstorbenen wohlwollenden Vater überträgt, der Beamter war, gelang dies ihm nicht. Er verlor immer wieder wegen Selbstsabotage angetretene Stellen, benahm sich bei Neubewerbungen stets so linkisch, dass er nie auf Dauer angestellt wurde. Auch im sexuellen Bereich war er nicht glücklich. Er versuchte einerseits vergeblich, sich mit einer bürgerlichen Frau anzufreunden, andererseits in Bordellen auf eine Domina zu stoßen, die ihn entsprechend quälte.

Inzwischen ist die Mutter im Jahre 2008 gestorben. Nach deren Tod konnte er ihr nicht verzeihen, dass sie das Einfamilienhaus, in dem er aufgewachsen war und in dem sie bis ins hohe Alter gewohnt hatte, an fremde Interessenten verkauft hatte, statt ihm zu ermöglichen, dieses zu kaufen. Die dauernde Traumatisierung durch die Mutter hat zweifelslos eine wesentliche Rolle bei der Entstehung seines Leidens mitgespielt. Sein typisch zwiespältiges, unsicheres, autoaggressives und oft auch hintergründig aggressives Verhalten dürfte dazu beigetragen haben, dass er in den ihm Begegnenden Zweifel aufkommen ließ, sie auch traumatisier-

te und ihm die Prüfer an den Examina eher schlechte Noten gaben. Auch dass er keine dauerhafte Freundschaft zu einer Frau zu erreichen vermochte, könnte durch die jahrelange, ihn entwürdigende, traumatisierende Haltung der Mutter ihm gegenüber zumindest mitbedingt und nicht zuletzt durch seine dadurch herbeigeführte ambivalente und versteckt aggressive Haltung gegenüber den mit ihm in einer Beziehung stehenden Frauen verursacht sein.

Dem Psychotherapeuten gegenüber machte sich, trotz der Vaterübertragung, etwa auch seine Aggressivität bemerkbar, wenn er sich z. B. in der Psychotherapiesitzung wiederholt in irgendwie feindseliger Weise fragte, ob diese Behandlung überhaupt einen Wert habe. Allerdings spürte ich dabei immer seine innere depressive Not, Einsamkeit und latente Suizidalität, so dass ich mit seiner Weiterbehandlung einverstanden war. Allmählich verstand ich meine Rolle ihm gegenüber eher als ein ausgleichender psychotherapeutischer Begleiter als ein Heiler. Dieser Mann mit seinen aggressiven und selbstzerstörerischen Tendenzen weist eine typische Borderline-Persönlichkeitsstörung auf.

Individuen mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen leiden nicht unter einer Ich-Pathologie, sondern lediglich unter einer Störung in ihrem Selbstwerterleben, das vorwiegend zu einem Minderwertigkeitskomplex führt, unter dem vor allem sie selbst leiden. Diese Selbstschwäche führt bei den Betroffenen meist nur zu sozialem Rückzug und zum kompensatorischen Versuch, sich in ihrer Bedeutung selbst zu erhöhen, meist aber nicht zu verheerenden Auswirkungen auf ihre Beziehungen zu ihrer Umgebung oder einer breiteren Bevölkerung. Bei den Borderlines mit ihren oft angeborenen Schwierigkeiten, ihnen in der Realität etwa geschenkte liebende Zuwendung zu erkennen, führt die narzisstische Insuffizienz zusätzlich zu ihrer Ich-Pathologie zu einer gestörten Entwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungen. Mit ihrer kognitiven Beeinträchtigung neigen die Borderline-Persönlichkeiten also zwar auch zu einem defizienten Selbstwerterleben, einem Minderwertigkeitsgefühl, bei ihrer Ich-Fragmentationstendenz kommt es bei ihnen aber mehr als bei den nur narzisstisch Gestörten dazu, dass sie sich von Kind auf durch ihre mitmenschliche Umgebung traumatisiert erleben und deshalb zu Rachegefühlen und Wutausbrüchen neigen, die ihnen Begegnende oder ihnen Unterstellte emotional verletzen. Ihre Gefühle des Nicht-beachtet-

werdens können maßlos werden und zumindest zeitweilig paranoide Züge annehmen. Bei den Diktatoren der neueren Geschichte, die wohl meist Borderline-Persönlichkeiten waren, führte das dazu, dass sie immer wieder Eroberungskriegszüge anfangen, um sich und der Welt zu beweisen, dass sie und ihre Anhänger oder gar ihr ganzes Volk mächtiger sind als die Angegriffenen. Deshalb ist bei politisch zur Wahl stehenden Individuen mit bekannten emotionalen Ausbrüchen und allgemeiner Unbeherrschtheit stets daran zu denken, dass sie Borderline-Persönlichkeiten mit einer schweren Ich-Pathologie sein könnten, die mit ihrer beeinträchtigten Wahrnehmung, ihrer emotionalen Unbeherrschtheit, ihrem geschädigten Selbstwerterleben und ihrer Tendenz zum 'Splitting', d. h. zur Unterteilung der Mitmenschen in nur Gute und nur Schlechte, als Politiker äußerst gefährlich und kriegsfördernd sein können.

In einer Arbeit aus dem Pariser Centre Hospitalier de Sainte Anne berichten OUMAYA et. al. (2008) über eine von Januar 1980 bis Oktober 1986 erfolgte Durchsicht von 44 Artikeln der Literatur betreffend die Schlüsselworte Selbstverstümmelung, Suizid und Borderline-Persönlichkeit und von fünf weiteren Artikeln. Obschon diese Arbeit meines Erachtens nicht strikten wissenschaftlichen Kriterien entspricht, geben die gesammelten Daten doch Hinweise auf die Häufigkeit von bestimmten Verhaltensweisen bei diesen Menschen. Anhand der erfassten Arbeiten ergab sich, dass 50-80% der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen Selbstverstümmelungsakte unternommen hatten, wobei davon 41% mehr als 50 Selbstschädigungen, wie sich schneiden, wund schlagen, brennen, beißen, den Kopf aufschlagen, getätigt hatten.

Die Autoren bemerken, dass diese Handlungen als eine mildere Form des Suizids betrachtet werden können. Es sei indes auch möglich, diese Selbstschädigungen als antisuizidale Akte anzusehen. Wie die erwähnten Autoren berichten, war besonders die Suizidversuchsrate bei diesen klinisch erfassten Patienten extrem hoch. 40-85% sollen Suizidversuche, jedoch nur 5-10% Suizide vollzogen haben. Die zitierten approximativen Zahlen deuten auf die Hauptprobleme der Borderline-Persönlichkeiten, nämlich deren weitgehende Unfähigkeit, mit ihren die kognitiven und emotionalen sowie die Kontrolle ihrer Impulse betreffenden Schwierigkeiten umzugehen und sich sozial zu integrieren. Wie aus den Lebensgeschichten der Borderline-Persönlichkeiten und besonders auch beim ge-

schilderten Patienten bekannt ist, erleben sich diese Individuen oft schon sehr früh psychisch traumatisiert. Dieser Umstand kann daher rühren, dass die Eltern oder Ersatzpersonen in der Kindheit und Jugend dieser Menschen wirklich grob und verständnislos handelten, oder dass die Borderlines die Erzieher insbesondere wegen ihrer kognitiven Beeinträchtigung oft missverstanden. Diese Erlebnisse führen naturgemäß zu vielfältigen Ängsten und Aggressionen, die bei anderen Menschen Traumata setzen und bei den Borderline-Persönlichkeiten selbst zu sozialer Isolierung führen. Bessel A. VAN DER KOLK (1996, S. 201-202) zitiert in dem Buch 'Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society', das sie zusammen mit MC.FARLANE und WEISAETH herausgegeben hat, frühere Untersuchungen an Inzestopfern und Veteranen des Vietnamkrieges, die sie zusammen mit Judith HERMAN (HERMAN, VAN DER KOLK 1987) ausgeführt hatte. Die beiden Forscherinnen kamen u. a. zum Schluss, dass bei den Borderline-Persönlichkeiten das 'Splitting' (Spaltung) der Mitmenschen in nur Gute und nur Böse Teile eines Entwicklungsstops nach früh erlebten Traumen repräsentiere, d. h. eine kontinuierliche Fragmentation des Selbst – die Autorinnen unterscheiden kaum Ich vom Selbst – und eine Fixierung auf frühere Arten der Erfahrungsorganisation.

Die Tendenz zur Selbstverstümmelung interpretierten die Autorinnen als eine Art der Regulierung des psychologischen und biologischen Gleichgewichts, wenn die geregelten Abläufe der üblichen Selbstregulation durch ein frühes Trauma gestört worden seien. In diesem Rahmen könnten die bei den Borderlines etwa vorkommenden psychotischen Episoden ähnlich wie bei den Veteranen des Vietnam-Krieges als Flashbacks (Wiederaufleuchten) früherer, tiefgreifender traumatisierender Erinnerungen angesehen werden, die nicht in ihre Lebensgeschichte integriert zu werden vermochten und stattdessen auf einem somatosensorischen Niveau gespeichert worden seien.

Wie die beiden Autorinnen betonen, habe sich bei ihren Studien gezeigt, dass die Borderline-Persönlichkeiten mehr als andere psychiatrische Patienten eine schwerwiegende Missbrauchsgeschichte hinter sich hätten. Mehr als die Hälfte der Borderlines seien vor dem sechsten Lebensjahr generell physisch oder sexuell missbraucht worden. 13% dieser Individuen hätten angegeben, keine Kindheitstraumen erfahren zu

haben, wobei aber die Hälfte der Borderlines eine Amnesie für den größten Teil ihrer Kindheit aufwiesen. Immerhin habe ein kleiner Anteil der in der Untersuchung erfassten Borderline-Persönlichkeiten in ihrer Kindheit kein Trauma erlebt. Doch hätten diese die Tendenz gehabt, anzugeben, dass sie als Kinder scheu und schreckhaft gewesen seien. Die Erklärungen der Autorinnen VAN DER KOLK und HERMAN für die Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, dass diese in der Regel das Resultat einer chronischen erschreckenden Erfahrung in der frühen Entwicklung ist.

Im Jahre 1998 kam ein Ehepaar (Mann und Frau ca. 55 Jahre alt) aus einem kleinen Dorf, das etwa 50km von Basel entfernt ist, in meine Praxis, der Mann wenig diskussionsbereit, die Frau verzweifelt. Sie berichtete, dass sie ca. 25 Jahre miteinander glücklich verheiratet gewesen seien, zwei nun erwachsene Kinder hätten und früh zwei weitere Kinder aus dem Ausland adoptiert hätten. Alle vier Kinder seien wohl geraten. Der Mann habe ihr aber vor kurzem eröffnet, dass er eine intime Freundin habe und sie schon seit Beginn der Ehe mit Frauen betrogen habe. Die Situation zwischen den beiden Gatten war angespannt und der Ehemann derart verbal aggressiv gegen seine Frau, dass ich fortan beide getrennt zu Konsultationen bestellt habe. Sie ist streng religiös, und eine Ehe bedeutet für sie unbedingte Treue. Daher wollte sie sich nicht von ihrem Mann trennen. Er aber beharrte auf seinem 'Recht', zu einer außerehelichen Freundschaft, wollte indes unbedingt doch weiter mit der Gattin leben. Bald stellte ich bei dem Mann fest, dass er durch seine Eltern sehr schlecht behandelt worden war. Die Mutter war eine tyrannische Frau, die ihm ständig das Verhalten vorschrieb.

Der Vater, von Beruf Lehrer, auch in der Klasse des Sohnes, benachteiligte ihn gegenüber seinem älteren Bruder und seiner jüngeren Schwester wie auch gegenüber seinen Schulkameraden und rügte ihn täglich wegen seiner Schulleistungen, die nicht seinen Erwartungen entsprachen. Der Vater veranlasste auch, dass sein Sohn ein Jahr lang die letzte Klasse der Schulunterstufe wiederholen musste und so noch nicht in die höhere Schulstufe eintreten konnte. Der Sohn empfand diese Maßnahme wie eine Einweisung in ein Gefängnis, und er entwickelte ungeheure Aggressionen gegen den Vater, die er sich aber nie zu äußern getraute. Dennoch konnte der Patient die höhere Schule, in die er ein Jahr



später eintrat, bestehen und danach an der Eidgenössischen Technischen Hochschule in Zürich (ETH) ein Ingenieurstudium beginnen. Trotz seiner inneren Zweifel vermochte er, mit einem etwas verzögerten Abschluss, sein Studium erfolgreich zu beenden. Er hatte Mühe, eine Stelle zu finden und danach, einen Arbeitsplatz zu behalten. Mit Hilfe der Frau, die er inzwischen mit ca. 30 Jahren geheiratet hatte, eröffnete er ein kleines industrielles Unternehmen. Den damit verbundenen Aufgaben war er, trotz seiner guten Intelligenz, die aber seinerzeit durch den Vater nicht anerkannt worden war, nicht gewachsen, und er musste schließlich den Konkurs anmelden.

Er hatte schreckliche Aggressionen gegen die Bankverantwortlichen, die ihm keinen Kredit mehr gaben, aber auch gegen viele Bewohner des Dorfes, in dem die Familie wohnte, da er glaubte, dass alle ihm nun schlecht gesinnt seien. Auch ertrug er es nicht, dass seine Gattin weiter mit den Frauen des Dorfes verkehrte, da er annahm, dass diese bei der vermuteten, weit verbreiteten üblen Nachrede über ihn auch mitmachten. Er nahm dann eine Stelle in einer Verwaltung in einer größeren Schweizer Stadt an, hielt sich aber bald für die damit verbundenen Aufgaben als nicht fähig und hatte keine Ruhe, bis er schließlich dort vorzeitig pensioniert wurde. Nun wohnte er einerseits wieder bei der Frau, zog aber immer wieder für einige Tage zu einer Freundin. War er bei der Gattin, verhielt er sich ihr gegenüber verbal aggressiv. Sie konnte nichts sagen, das er für gut befand, und sie litt sehr darunter. Es wurde klar, dass er auf seine Frau seine gefürchtete Mutter übertrug und, besonders nach deren Tod, die Aggressionen auf die Gattin richtete, die eigentlich der Mutter galten, aber bei dieser zu deren Lebzeiten nicht angebracht werden konnten.

Als ich ihn einmal fragte, ob er denn mit der Gattin weiterleben wollte, empörte er sich beinahe wegen dieser Frage, und er antwortete, dass es doch selbstverständlich sei, wenn er immer bei ihr bleiben wolle. Die Frau war für ihn offenbar zum 'unzerstörbaren Objekt' geworden, das er in seiner Sicht unbedingt brauchte. Der Mann, der in seiner Kindheit durch seine Eltern aufs schwerste traumatisiert worden war, unterteilte die Welt in Erwachsenenjahren ständig in gute und schlechte Objekte. Die jeweiligen Freundinnen waren die guten, die Mitbewohner des Dorfes die schlechten Objekte und die Gattin, die Frau, welche sich durch

seine Aggressionen nicht abschrecken ließ, wie bereits angetönt, die unzerstörbar zu ihm stehende Begleiterin. Er entspricht einer typischen Borderline-Persönlichkeit. Die Frau ist, entsprechend ihrer Religiosität, eine treue Gattin und lernte mit meiner psychiatrischen Hilfe die Probleme des Mannes wirklich als die seinen zu betrachten und auf seine aggressiven Projektionen nicht mehr zu reagieren. Mit der Zeit gewann sie mehr und mehr Halt an ihren erwachsen gewordenen Kindern und den Enkeln, die ihr viel Freude bereiten. Als der Gatte nach langjähriger Psychotherapie und zunehmendem Alter den Wert seiner Gattin zu erkennen und anerkennen begann, vermochte sie wieder echte Liebe für ihn zu empfinden.

Die durch fortgesetzte Traumata und nachfolgende Ängste geschädigten Menschen mit ihrer entweder anlagemäßigen oder aber durch ihnen hart zusetzende frühere Erfahrungen bedingte Ich-Fragmentationstendenz mit ihrer mangelnden Impulskontrolle, ihrer insuffizienten Abgrenzungsfähigkeit gegenüber anderen Menschen und ihrer daraus hervorgehenden Tendenz zu starrer Abwehr, mit ihrem Splitting bzw. ihrer Spaltung der Menschen in gute und schlechte Individuen erfordern vom Therapeuten viel Erfahrung, Verständnis, Empathie und Konsequenz im Vorgehen. KERNBERG, BURSTEIN, COYNE et al. (1972) kommen zum Schluss, dass diese Menschen, wie entsprechende Untersuchungen gezeigt haben, mit niedriger Ich-Stärke, am besten auf einen kompetenten Therapeuten ansprechen, dessen Vorgehen konsequent auf die Klärung der Übertragung der traumatisierenden Eltern oder anderweitiger Autoritätspersonen auf den Therapeuten gerichtet ist. Bei der durch die erwähnten Autoren als analytisch-expressive Therapie bezeichneten Psychotherapie der Borderline Persönlichkeiten wird die Aufmerksamkeit vor allem auf die erwähnte starre Abwehr dieser Individuen gegenüber jeglicher Nähe von Mitmenschen, auch des Therapeuten, gerichtet.

KERNBERG, SELZER, KOENIGSBERG et al. (1989) kommen u. a. auch auf die nicht selten negativ betonte Gegenübertragung des Therapeuten bzw. der Therapeutin auf den Borderline-Patienten zu sprechen und machen dabei auf mögliche konflikthafte und irrationale Aspekte seiner verbalen und nonverbalen Äußerungen gegenüber den Borderlines aufmerksam. Die Autoren empfehlen bei der Therapie von Borderline-Persönlichkeiten, diese von Anfang an auf die konflikthafte und ungereimte Aspekte

te ihrer verbalen und nicht verbalen Äußerungen aufmerksam zu machen und mit der äußeren Realität zu konfrontieren. Es sollte, nach diesen Autoren, die Behandlung von Anfang an strukturiert werden, speziell in Form eines initialen Behandlungsvertrages zwischen dem Therapeuten und dem Patienten, welcher die Einhaltung einer Stabilität in der Therapie erleichtere. Ich verzichte allerdings auf einen solchen Vertrag, da ich dem Patienten durch meine aktive und wohlwollende Präsenz auch a verbal mitzuteilen versuche, dass ich bereit bin, mich auf eine längere Therapiezeit mit ihm einzulassen, was auch von ihm eine große Ausdauer erheische, die nicht immer leicht aufzubringen sei.

Marsha M. LINEHAN (1996) hat mit der von ihr entwickelten dialektisch-behavioralen Methode für diese Patienten ein Therapieprogramm entworfen, das aus einem breiten Angebot kognitiver und verhaltenstherapeutischer Strategien in Bezug auf die in der Regel langfristig psychisch traumatisierten und verängstigten und deshalb nur schwer zugänglichen Borderline-Persönlichkeiten besteht. In ihrem Programm ist ein systematisch aufgabenorientiertes Vorgehen in Zusammenarbeit mit den Behandelnden vorgesehen. Frau LINEHAN bemüht sich, den von ihr Behandelten dialektisches Denken und Problemlösungsverhalten beizubringen und dadurch die Vorstellung der Borderlines von Polaritäten zu überwinden und die äußere Realität als vielseitiges und vielschichtiges Phänomen zu erkennen. Es sollen die zur Therapie kommenden Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen darin geübt werden, mit ständigen Wechseln und Inkonsistenzen zu leben. Mit dem dialektischen Ansatz in der Psychotherapie soll auch die Suche nach Aspekten eines Problems verbunden sein, die bisher vom Behandelten übersehen wurden. Es ist damit ein angstfreies, dialektisches Verhaltensmuster angestrebt, das keine Abwehr, keine Spaltung in gute und böse Objekte wie auch keine Impulsdurchbrüche mehr benötigt und keine Suizidgedanken mehr auslöst.

Bei der Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen geht es nach Günter AMMON „nicht um die Aufhebung von Verdrängungen und Bewusstwerden unbewusst gewordener neurotischer Konflikte, sondern darum, den Patienten dabei zu helfen, die archaischen, primärprozesshaft bestimmten Abwehrmechanismen der Projektion, der Identifikation, der Abspaltung und der Verleugnung durch flexiblere Formen der Abwehr,

bzw. des Umgangs mit dem Unbewussten, zu ersetzen.“ (1986, S. 182)

Die Psychotherapie von Borderline-Persönlichkeiten dauert oft recht lange, wie die angeführten Beispiele gezeigt haben. Frau LINEHAN bemerkt diesbezüglich (S. 83), dass bei Beendigung der dialektisch-behavioralen Therapie nach einem Jahr Dauer eine Fortsetzung der Behandlung bei einem anderen Therapeuten/einer anderen Therapeutin notwendig sein kann. Doch ziehe ich es vor, diese Menschen so lange analytisch und etwa zusätzlich mit dialektisch-verhaltenstherapeutischen Ansätzen zu behandeln, bis sie möglichst angstfrei sind und die früheren Traumatisierungen weitgehend verarbeitet haben. Die Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen erfordert indes vom Psychotherapeuten eine Erfahrung, die er nur nach mindestens zwei durch erfahrene Lehranalytiker supervidierten Psychotherapien von entsprechenden Patienten erhalten kann, welche ihm die notwendige Kenntnis und innere Sicherheit vermitteln.

## Zusammenfassung

Individuen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, ihrer Ich-Pathologie sowie der dadurch bedingten Unfähigkeit, ihre Impulse zu kontrollieren, und ihrer Tendenz, in ihrer Fantasie die anderen Menschen in nur gute und nur böse zu spalten, haben Schwierigkeiten, mit ihrer sozialen Umgebung in Kommunikation zu treten. Während in den 1960er Jahren diese Störungen als den Schizophrenien nahe beurteilt wurden, ergaben Ende der 1980er Jahren neue Untersuchungen auch eine Nähe zu den affektiven Leiden. Auch wurde erkannt, dass die oft auch kognitiv beeinträchtigten Menschen bei Begegnungen mit Anderen schon von jung auf mit Angst reagieren und diese als traumatisch erleben. Die Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind von den narzisstischen Persönlichkeitsstörungen im Sinne von KOHUT (1971, 1977) zu unterscheiden, bei denen ein konsistentes Ich, jedoch infolge ungenügender oder aber übermäßiger oder nur unter Bedingungen erfolgreicher Zuwendung der Eltern gelitten haben und vor allem versuchen, kompensatorisch Beachtung zu finden. Allerdings besteht bei den Borderlines oft, vor allem wegen ihrer kognitiven Störung, zusätzlich auch ein narzisstisches Defizit. Dieses mag mit dazu führen, dass Selbstverstümmelungen und Suizidversuche bei den Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gehäuft vorkommen.

Bei analytisch orientierten Psychotherapien sollte die Behandlungssituation von Anfang an strukturiert werden. Auch sollen diese auf frühe Deutung von Übertragungen und die Realitätsprüfung ausgerichtet sein. Nicht zuletzt sollte der Therapeut seine, oft negative, Gegenübertragung auf diese Patienten beachten. Zusätzlich zum psychoanalytischen Vorgehen kann sich zur Förderung der Integration dieser Menschen in einen sozialen Rahmen, ein zusätzliches dialektisch-verhaltenstherapeutisch orientiertes Vorgehen empfehlen.

## Summary

Individuals with a borderline personality disorder with their ego-pathology, their incapacity to control their impulses and their tendency to split others in only good and only bad objects have difficulties to enter in communication with their social environment. Whereas in the 1960ies these disturbances were considered to be near schizophrenia, at the end of the 1980ies new research revealed also a nearness to affective disorders. It was further recognized that these persons, often being disturbed also cognitively, in encounters with others from childhood on often suffer from anxieties and traumatization. From borderline personality disorders have to be distinguished the narcissistic personality disorders in the sense of KOHUT (1971, 1977). These individuals have a consistent ego, but because of insufficient or too much attention and love or an attention and love under conditions in childhood by their parents suffer of a narcissistic deficit and seek later on especially consideration by others. Borderlines, however, preponderantly because of their cognitive disturbance too have a narcissistic deficit. This may lead to their many self-mutilations and suicidal attempts. In analytically oriented psychotherapies of borderlines the treatment-situation from the beginning on should be structured. Also should they be directed toward early interpretation of transferences and reality-testing. Last but not least the therapist should be aware of his, often negative, counter-transference on these patients. In addition to the psychoanalytic approach to further the integration of these individuals into a social framework, an additional dialectic-behavioural approach may be applied.

## Literatur

- Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. München: Pöhl.
- Domes, G.; Schulze, L.; Herpertz, S. (2009): Emotion Recognition in Borderline Personality Disorder. A Review of the Literature. *J Pers Disord* 23:6-19.
- Gunderson, J. (1989): Borderline Personality Disorders. In: H. Kaplan, B. Sadock (Ed.): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. 2; pp. 1387-1393. Baltimore, Hong Kong, London: Williams Williams.
- Herman, J.; van der Kolk, B. (1987): Traumatic Origins of Borderline Personality Disorder. In: B. van der Kolk (Ed.): Psychological Trauma. Washington, DC: Am. Psychiatric Press.
- Hoff, P. (2009): Persönlichkeitsstörungen. Begriffsgeschichte und aktuelle Diagnostik. *Schweizer Zs f Psychiatrie u Neurologie* 4:6-8.
- Kernberg, O. F. (1975): Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Aronson.
- (1976): Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New York: Aronson.
- (1978): The Diagnosis of Borderline Conditions in Adolescence. University of Chicago.
- (1988): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- (1980): Internal World and External Reality. Object Relation Theory Applied. New York/London: Aronson.
- (1984): Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven/ London: Yale Univ Press.
- Kernberg, O. F.; Burstein, E.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L.; Voth, M. (1972): Psychotherapy and Psychoanalysis. *Bulletin Menninger Clinic* 36:179-195.
- Kernberg, O. F.; Selzer, M.; Koenigsberg, H.; Carr, A.; Appelbaum, A. (1989): Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York: Basic.
- Kohut, H. (1971): The Analysis of the Self. New York: Intern. Univ. Press.
- (1977): The Restoration of the Self. New York: Intern. Univ. Press. [deutsch: (1977): Die Heilung des Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.]
- Linehan, M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP.
- Masterson, J. F. (1976): Psychotherapy of the Borderline Adult. New York: Brunner Mazel.
- Oumaya, M.; Friedman, S.; Pham, A.; Abou, A.; Guelfi, J.; Rouillon, F. (2008): Borderline Personality Disorders, Self-Mutilation and Suicide: Literature Review. *Encéphale* 34:452-458.
- Rohde-Dachser, C. (1979): Das Borderline-Syndrom. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Schlüter-Müller, S.; Schmeck, K.; Schmid, M. (2009): Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Schweizer Zs f Psychiatrie u Neurologie* 4:20-24.
- Van der Kolk, B. A.; McFarlane, A.; Weisaeth, L. (Hg) (1996): Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York, London: Guilford.
- Wolberg, A. R. (1982): Psychoanalytic Psychotherapy of the Borderline Patient. New York: Thieme-Stratton.

Prof. Dr. med. Raymond Battegay, emeritierter Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital Basel.

Privatpraxis: Delsbergerallee 65 • 4053 Basel • Schweiz

# Identitätsangst und Frühtraumatisierungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Maria Ammon (Berlin)

The author shows the significance of patients' anxiety for Borderline pathology by reviewing the relevant literature. Günter AMMON's conception of Borderline disorder and his theory of anxiety are described. His central hypothesis that anxiety in Borderline patients is first of all a fear of identity is explicated. The consequences for the theory and practice of Borderline therapy are discussed.

Keywords: borderline disorder; anxiety; identity; Dynamic Psychiatry; therapy

Nach wie vor wird das Thema Angst in der Literatur in seiner Tiefe des Gefühls für das Verständnis und die Behandlung wenig dargestellt. In den Untersuchungen der letzten Jahre über die Borderline-Persönlichkeitsstörungen stößt man auf das Thema Angst meist nur im Zusammenhang mit Depression. So kommen COMTOIS et al. (1999) zu dem Schluss, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen höhere Werte bei den Rating-skalen für Angst und Depression zeigen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Sie empfehlen deshalb, man sollte die Behandlung von Depression und Angst in die Behandlung von Borderline-Störungen integrieren, um die klinische Behandlung zu maximieren. Auch MELARTIN et al. (2010) zeigen, dass die Stärke der Symptome bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit der Stärke der Depression und Angst zusammen hängen. KOENIGSBERG et al. (2002) untersuchen in ihrer Studie die Gefühlsinstabilität bei 152 Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Sie fanden eine größere Labilität bei Ärger und Angst und einen Zusammenhang zwischen Depression und Angst.

MITROPOULON und SCHMEIDLER (2002) weisen auf eine hohe Intensität von Angst und Depression bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen hin.

Die Auswirkungen von sexuellem und körperlichen Missbrauch bei Borderline-Patienten untersuchten OGATA, SILK und GOODRICH (1990) und stellten fest, dass es bei ihnen zu langfristigen Beeinträchtigungen von Impulsivität, Schuldgefühlen, suizidales Verhalten, Angst, Gefühlen

von Isolation, geringem Selbstwertgefühl, sexuellen Problemen und Misstrauen führte.

In einer weiteren Studie untersuchten STIGLMAYR et al. (2008) die innere Angespanntheit, die mit Angst zusammenhängt bei Borderline-Patienten, anderen Diagnosegruppen und einer gesunden Kontrollgruppe mit quantitativen und qualitativen Methoden. Alle psychiatrischen Patienten zeigten, dass ihre innere Anspannung mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Inaktivitätszusammen hing, wohingegen die sogenannten gesunden Probanden ihre Anspannung als einen Druck sich gut darzustellen verstanden. Die Borderline-Patienten hatten außerdem eine negative Selbsteinschätzung im Zusammenhang mit der inneren Anspannung und ihre Gedanken des Copings hingen mit Selbstverletzung, Selbstmord und Tod zusammen.

Bei weiterer Sichtung der Literatur wird nur partiell auf die Angst bei Borderline-Patienten eingegangen. Eine Ausnahme bildet die Arbeit von DAMMANN (2005) und FABIAN (2010). DAMMANN beschäftigt sich allerdings intensiver mit der Thematik. Er gibt einen Überblick zur Rolle von Ängsten bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Er versucht Zusammenhänge zwischen Ich-Struktur und Angstebenen herauszustellen sowie Schwierigkeiten bei der Beurteilung von Ängsten bei Borderline-Persönlichkeitsstörung wegen des engen Zusammenhangs zwischen Angst und Dissoziation. Des weiteren schlägt er vor Mechanismen der Angstabwehr, charakteristische Angstformen und eine Angsteinteilung nach dem möglichen strukturellen Schweregrad vorzunehmen. Bereits 2004 weist DAMMANN darauf hin, dass Angst bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung das zentrale affektive Problem bei diesen Patienten sei, dass sich sämtliche Formen der Angst finden und in der Schweregradausprägung mit der strukturellen Persönlichkeitsorganisation zusammenhängen. Er sagt auch, dass oft Angstzustände bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen übersehen würden und zu falschen Diagnosen führen. Er weist darauf hin, dass Symptomatik fokussierte Techniken bei der Behandlung von Ängsten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen oft kontraindiziert wären. Er empfiehlt eine Psychotherapie, in der die schweren Ängste eingebunden sind und die Struktur mitberücksichtigt wird. PEICHL (2004) untersucht ebenfalls den zentralen Affekt bei der Borderline-Erkrankung: entweder Störung oder Erkrankung. Er bezieht



sich auf KERNBERG und DULZ. KERNBERG versteht Wut und Hass als die affektive Basis für die Entwicklung der Psychopathologie von Persönlichkeitsstörung, wohingegen DULZ die frei flottierende, diffuse Angst als zentral ansieht und Wut und Hass sekundär. PEICHL stellt darauf aufbauend ein Drei-Ebenen-Modell für die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor; in den für jeden einzelnen Patienten eine für ihn typische Zusammenschau von konstitutioneller Verwundbarkeit, Umweltstress, Vernachlässigung, Gewalterfahrung, Mutter-Kind-Dialogstörung der frühen Kindheit (Mikrotraumata) und Gewalt traumatische Erlebnisse der späteren Kindheit (Makrotraumata) erstellt werden soll.

In der psychoanalytischen Literatur sind besonders MENTZOS und BATTEGAY in diesem Zusammenhang zu erwähnen. MENTZOS versteht die erlebte Angst bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung besonders bei Panikattacken als den Verlust der psychischen Existenz als Todesangst, als eine tiefer liegende Angst vor Selbstverlust (s. EIBL-MÖRGINGER 2009).

BATTEGAY versteht hier die Angst als einen 'Ausdruck der Verängstigung der Selbstwerdung' (n. FABIAN 2010) also auch identitätsbezogen. FABIAN (2010) nimmt im Literaturüberblick zum Thema Angst eine besondere Stellung ein, da er eine umfassende Abhandlung vorlegt. Er bezieht sich vom psychoanalytischen Verständnis her zentral auf AMMONS Konzeption der Angst als ein zum Menschen gehörendes wichtiges Gefühl, mit der der Mensch lernen muss, umzugehen. Er greift G. AMMONS Terminus 'Angst vor der Angst' auf, den er bei der Borderline- und Persönlichkeitserkrankung geprägt hat. Diese Angst vor der Angst gilt es zu erkennen und zu bearbeiten. Er geht auf die destruktive und defizitäre Angst, die G. AMMON (1974) in seinem Persönlichkeitsstrukturkonzept neben der konstruktiven Angst herausgearbeitet hat, ausführlich ein und welche Bedeutung die Urängste für den Menschen haben.

Im Folgenden möchte ich kurz auf die Bedeutung der Frühtraumatisierungen für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingehen.

Frühtraumatisierungen und die Entwicklung von schweren psychischen Störungen wie von schweren Persönlichkeitsstörungen ist seit der Traumaforschung und Praxis immer mehr in den Mittelpunkt gerückt. So geht FIEDLER (2003) folgendermaßen auf das Thema Traumatisierung und

Persönlichkeitsstörung ein. Extremtraumata und die Fehlregulation emotionalen Erlebens und Handelns würden zu Borderline-Persönlichkeitsstörung führen, Extremtraumata und die Verstärkung von Angst und Vulnerabilität zu schizotypischen Persönlichkeitsstörung. Er schlägt deswegen für die Therapie besonders die Aktivierung sprachlicher, persönlicher und sozialer Ressourcen und eine ganzheitliche Integration traumatischer Erfahrungen vor.

Fortlaufende frühe Traumatisierung führt zu einer geschwächten Abwehrmöglichkeit des Ichs, einem Verlust des Sicherheitsgefühls, des weiteren zu einem durchgängigem Gefühl der Hilflosigkeit, verminderter Kontrolle über die äußere Realität und einer verstärkten Vulnerabilität der Person, dies führt weiter zu schmerzhaften und unangenehmen Affekten wie Angst und Aggression (vgl. WÖLLER 2004).

Psychische Misshandlungen können als Missbrauch oder Vernachlässigung auftreten, sowohl körperlich als auch psychisch. Hier weiß man aus der Bindungsforschung, dass Beziehungstraumatisierungen eine emotionale Form der Traumatisierung darstellen.

Hierzu gehören die emotionale Vernachlässigung der Kinder durch ihre Eltern, mangelnde Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung, Isolation, Ignorieren, quälen, terrorisieren und chronisch entwerten, seine Bedürfnisse ignorieren, eine Vielzahl von Trennungen und Verlusten, Gewalt, Gewaltandrohung und Suiziddrohung, Suchtproblematik der Eltern, das das Verhalten verändert und im weiteren Sinne alle Missachtungen der elementare psychischen Bedürfnisse des Kindes.

- Untersuchungen von misshandelnden Eltern haben gezeigt, dass
- a misshandelnde Eltern mehr Ärger und weniger Sympathie bei der Betrachtung von Videobändern schreiender Kinder empfinden (FRODIU, LAMB 1980),
  - b sie eine geringere Fähigkeit zur Empathie haben (FESCHBACH 1989), sie mehr Schwierigkeiten haben, experimentell dargebotene kindliche Affektausdrücke korrekt zuzuordnen (KROPP und HAYNES 1987), sie über mehr Problemverhalten der Kinder als nicht misshandelnde Eltern berichten, obwohl geschulte Beobachter keine Unterschiede zwischen diesen Kindergruppen fanden (REID et al. 1987),
  - c dass sie den eigenen Kindern mehr böartige Motive als anderen Kindern unterstellen (BAUER u. TWEETRYMAN 1985).
- (WÖLLER 2004)

Die Psychoanalyse hat sich schon sehr früh mit dem Zusammenhang zwischen lebensgeschichtlich belastenden und traumatischen Erfahrungen und den Störungen der Persönlichkeitsentwicklung mit späterer Psychopathologie beschäftigt.

FREUD (1920) sah bereits den Wiederholungszwang als den Versuch des Ichs traumatische Situationen aktiv wiederherzustellen, um sie zu kontrollieren und beeinflussen zu können. FERENCZI stellte die Introjektionsdynamik Traumatisierter heraus und entwickelte ein psychodynamisches Verständnis von Charakterpathologien. Des weiteren seien die Objektbeziehungstheoretiker besonders der mittleren englischen Schule wie WINNICOTT, FAIRBAIRN und GUNTRIP genannt, die mit ihren Erkenntnissen der früheren Kindheitserfahrungen die Grundlage für die Behandlung der Borderline-Störung bildeten. Hier sei auch KOHUT erwähnt, der durch die Entwicklung der Selbstpsychologie, die narzisstische Persönlichkeitsstörung einem Verständnis zuführte. Zu erwähnen wäre hier auch noch KERNBERG als Objekttheoretiker, der sich zentral mit der Borderline-Störung beschäftigt hat. KHAN (1963) stellt mit der kumulativen Traumatisierung dar, wie eine Menge von traumatisierenden Einzelerfahrungen, wenn die Mutter keinen Schutz gegen diese Einflüsse bieten kann, zu einem Zusammenbruch des Ichs führen kann. Dies bedeutet die primäre Bezugsperson ist selber traumatisiert. Es kommt zu Verletzungen des innersten Selbst, was KHAN 'privacy of the self' nennt.

Im psychoanalytischen Verständnis können traumatische Erlebnisse nicht von den entsprechenden Objektbeziehungen getrennt werden.

Bei einer chronischen Beziehungstraumatisierung liegen in der Psychoanalyse folgende Kriterien vor:

- a fehlender Reizschutz,
- b Untergang des inneren guten Objektes,
- c Auseinanderbrechen der Dyade zwischen dem Selbst und seinen guten inneren Objekten (vgl. WÖLLER 2004).

Einig ist man sich in der psychoanalytischen Literatur und von der Bindungstheorie her, dass das Verlassenwerden, d. h. Alleingelassenwerden für das Kind das schlimmste Trauma darstellt. Es geht ihm die sichere Basis der Bindungsperson verloren und es stellt sich eine gravierende Hilflosigkeitserfahrung her. Dies wirkt sich auch kumulativ nicht nur auf die psychische Struktur, sondern auch durch die Reizüberflutung auf die

Gehirnbildung aus.

Traumatisierende Beziehungsmuster stellen sich wie folgt dar:

- a Machtausübung ohne Respekt vor dem Willen des Kindes oder Jugendlichen,
- b Degradierung zum reinen Objekt der Bedürfnisbefriedigung, kognitive Verdrehungen, physisches Alleinlassen,
- c emotionales Alleinlassen,
- d Verrat durch die wichtigsten Bezugspersonen,
- e Verweigerung der emotionalen Verfügbarkeit,
- f Parentifizierung,
- g Externalisierung negativer Selbstanteile,
- h Induktion von Schuldgefühlen.

Die frühen Traumatisierungen beeinträchtigen auch die Fähigkeit zur Symbolisierung. Die frühen Traumatisierungen wirken wie ein 'schwarzes Loch', was AMMON als das 'Loch im Ich' (1976) bezeichnet hat im psychischen Erleben. Die Möglichkeit zur Symbolisierung besteht erst ab dem 18. Lebensmonat, bis dahin können Beziehungstraumata nicht symbolisch gespeichert werden. Danach kann es durch das Einwirken von traumatischen Erfahrungen und damit verbundenen Affekten zum Verlust der Fähigkeit zum Symbolisieren kommen. D. h. der spätere Erwachsene kann nur noch konkret wahr nehmen und denken. Dies finden wir besonders bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor. FONAGY (2004) hat dies mit Einbeziehung der Bindungstheorie bei Beziehungstraumatisierung mit seinem Mentalisierungskonzept herausgearbeitet. Es handelt sich dabei um den Verlust der Fähigkeit eigene und fremde psychische Zustände zu reflektieren und einzuordnen. Er spricht von Äquivalenzmodus, wenn mentale Zustände nicht von konkreten Gegebenheiten unterschieden werden können. Beim reflektierenden Modus können innere mentale Zustände von konkreten Ereignissen unterschieden werden. Die Folgen traumatisch vermindelter Symbolisierungsfähigkeit sind nach WÖLLER (2004):

- Überschwemmung mit Emotionen,
- stärkere Bedeutung von Handlungsdialogen,
- Reaktivierung interpersoneller Formen der Abwehr und Bewältigung,
- körperliche Empfindungen als Ersatz für fehlende psychische Erlebnisformen,

- Alexithymie.

Wie wir bereits wissen, stellen die frühen Beziehungs- und Bindungstraumatisierungen einen großen Eingriff in die Persönlichkeitsentwicklung mit entsprechenden affektiven und Wahrnehmungsproblemen dar.

Günter AMMON hat bereits 1976 die Borderline-Persönlichkeitsstörung als ein eigenes Krankheitsbild erfasst und vorgestellt. Er hat sie als eine archaische Ich-Erkrankung als eine Erkrankung der Identität definiert unabhängig von der unterschiedlichen Symptomatik. Es würde sich zwar eine schillernde und oft wechselnde Symptomatik zeigen, aber zentral ist die fehlende Identitätshaftigkeit, die durch wechselnde Pseudoidentitäten besonders durch Überanpassung abgewehrt wird.

PSYCHREMBEL hat 1982 AMMONS Definition folgendermaßen aufgenommen: Es handelt sich um

psychiatrische Krankheitsbilder, die im gleitenden Spektrum zwischen neurotischer und psychotischer Persönlichkeitsstörung liegen. Bei zugrundeliegender Humanstrukturschwäche und -störung im Persönlichkeitskern, der Identität, unterscheidet sich das Borderline-Syndrom von den psychotischen Krankheitsbildern durch eine relativ intakte Fassade, manchmal sogar überkompensierte und brillierende Humanfunktionen. Es besteht eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Episoden, aber auch zu passageren neurotischen Reaktionen.

Für die Diagnostik schlägt er ein differenziertes Vorgehen vor, um die Komplexität der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erfassen. Neben biografischen Interviews mit genauem Verhaltensstudium im Hier und Jetzt, auch Interviews mit Familienangehörigen und psychodiagnostischen Tests. Hier hat er mit seinen Mitarbeitern, Ilse BURBIEL, Gisela FINKE und Gerhard WOLFRUM u. a. einen Test entwickelt, den Ich-Struktur-Test nach AMMON (ISTA), um Identitätsdimensionen zu erfassen. Da er die Identität zentral im Unterbewussten des Menschen verankert sieht und im Ganzen den Menschen mit seinen biologischen, psychischen und Verhaltensbereich umfasst, sollten mit dem Test zentral die psychischen Ich- oder Persönlichkeitsfunktionen wie die Aggression, die Angst, die Ich-Abgrenzung nach Innen und nach Außen, der Narzissmus und die Sexualität erfasst werden. Er hat hier die Angst als eine Persönlichkeits- oder Identitätsfunktion beschrieben und ist in folgender Definition im Manual des ISTA aufgenommen.

Konstruktive Angst spielt, wie AMMON schreibt, existenzialphilosophisch als 'unbedingte Einheit von Angst und Menschsein' eine wichtige

### Rolle:

Die konstruktive Angst macht den Mensch zum Menschen. Sie wirft ihn auf sich selbst zurück, sie macht ihn echt [und trägt zu einer Bereicherung seiner Identität bei.] Sie spielt eine besondere Rolle bei der Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Sie macht den Menschen offen für andere, lässt ihn Hilfe annehmen und verhilft ihm selbst, sich seiner eigenen Identität anzunähern. Andererseits hat sie eine Signalfunktion und hat damit ich-strukturell gesehen auch Abgrenzungsfunktion. (AMMON 1976, S. 132)

Konstruktive Angst aktiviert den Menschen und wird nicht unbedingt negativ, sondern als Zustand von Wachheit, 'Aufgeregtheit' und konzentrierter Anspannung erlebt.

Destruktive Angst wird gespürt als überflutende Angst ohne konturierteres Ziel oder als phobische Angst und kann Desintegration des Ichs bewirken. Sie führt zur Stagnation der Identitätsentwicklung. Hauptmerkmal von destruktiver Angst ist das einengende oder beziehungs- und handlungsverbietende Moment: Der Mensch ist unfähig, überschwemmenden Ängsten Einhalt zu gebieten und auch nicht in der Lage, sich mit diesen Ängsten an andere Menschen zu wenden, sie daran teilhaben zu lassen und sich so zu entlasten. Er hat statt dessen Angst vor anderen Menschen, vor ihrer Nähe und vor körperlicher Berührung. Destruktive Angst geht auch einher mit starken körperlichen Reaktionen, wie z. B. Schwitzen, Herzrasen, Schwindelzuständen und führt dazu, dass die jeweils zur Realitätsbewältigung erforderlichen sekundären Ich-Funktionen zusammenzubrechen drohen, wie dies häufig in Leistungssituationen zu beobachten ist. Insgesamt wird mehr Angst erlebt als situativ angemessen wäre. Phobische Ängste, Panikattacken, die sogenannte frei flotierende Angst, Verlassenheits- und Vernichtungsangst fallen in diese Kategorie. Destruktive Angst kann auch bedeuten, alltägliche 'normale' Angst bei neuen Aufgaben und Beziehungen nicht tolerieren zu können mit der Folge von Vermeidung von Kontakt.

Der Mensch mit defizitärer Angst ist generell unfähig, Angst zu spüren und zuzulassen: Statt dessen werden Müdigkeit, Langeweile oder Gefühle der inneren Leere gespürt. Gefährliche Situationen werden inadäquat eingeschätzt, real bestehende Gefahren werden unterschätzt oder gar nicht wahrgenommen. Insbesondere die gesunde Angst im Kontakt mit Menschen und ungewohnten Situationen wird nicht erlebt. Das unbewusste Bedürfnis, dieser emotionalen Nicht-Existenz zu entkommen

führt dazu, dass der Mensch extreme Grenzsituationen aufsucht, wie z. B. gefährliche sportliche Aktivitäten, kriminelles Verhalten u. a.. Ebenso wenig wie die eigene Angst kann die Angst anderer Menschen wahr genommen, verstanden und ausgehalten werden, was auch zu einer Verflachung der Beziehungen und emotionalem Unbeteiligtsein führt. Emotional belastende Situationen, wie Trennungssituationen oder Auseinandersetzungen mit Tod und Sterben, werden in ihrer Bedeutung herabgespielt oder umgangen. Dementsprechend kann das Fehlen von Angstgefühlen die Entwicklung situationsangemessener Bewältigungsstrategien verhindern.

Der Ich-Struktur-Test ist unter Mitherausgabe von Gisela FINKE und Gerhard WOLFRUM bei Swets und Zeitlinger erschienen. Aufgrund der Testergebnisse konnte festgestellt werden, dass zentrale Ich- und Identitätsbereiche auch die oben beschriebene Angst bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung defizitär und destruktiv ausdifferenziert sind. AMMON versteht die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Erkrankung der Identität mit einer Störung der zentralen Persönlichkeitsfunktionen der Ich-Abgrenzung, der Aggression, der Angst, des Narzissmus und der Sexualität und besonders der Integrationsfähigkeit. Die gestörten zentralen Persönlichkeitsfunktionen, die im Unbewussten verankert sind, werden fassadenhaft ersetzt durch die bewussten Persönlichkeitsfunktionen im Verhaltensbereich und die archaischen Abwehrfunktionen wie Splitting, Idolisierung, Reaktionsbildung, Identifikation mit dem Angreifer, Projektion und besonders projektive Identifikation u. a., die das unbewusste Strukturdefizit kompensieren.

AMMON sagt hier 1979:

Beim Borderlinesyndrom handelt es sich um eine zentrale Erkrankung des Ich und der Identität. [...] Er ist immer auf der Flucht vor sich selbst, vor der großen Angst, er selbst zu sein, d. h. Identität zu haben und vor einem Gefühl der inneren Leere.

Die Patienten zeigen zwar oft eine funktionierende Persönlichkeitsfassade, aber bei Identitätsanforderungen kommen sie unter einen Anpassungsdruck und bilden Identitätsfassaden, die bis zu einer 'multiplen Persönlichkeit' führen können. Da die zentralen Persönlichkeitsfunktionen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung dysreguliert und defizitär ausgeprägt sind, sind diese Menschen immer auf narzisstische Unterstützung angewiesen, fehlt diese treten Denkstörungen und Verlassenheits-

ängste auf. Aus Angst vor der narzisstischen Wunde blockieren sie den Kontakt oft ganz ab. Sie suchen sich meist suchtartig symbiotische Beziehungen abwechselnd mit promiskuitiven Zuständen. Auch die Sexualität ist meist defizitär ausgeprägt und zeigt eine entsprechende Identitäts- und Beziehungslosigkeit.

Da AMMON die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Identitätserkrankung versteht, die in der symbiotischen Phase oder in den ersten drei Lebensjahren eines Menschen entsteht, ist sie in ihrer Ausprägung eng mit der Erfahrungsfähigkeit der Primärgruppe verbunden. Diese Erfahrungen in der Wechselbeziehung zur Mutter und Gruppe schlagen sich in der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen nieder. Ein konstruktiver Strukturaufbau kann nur geschehen, wenn ein bejahendes, unterstützendes und wohlwollendes energetisches Beziehungsgeflecht zur Verfügung steht, das internalisiert werden kann. In der Familiendynamik des Borderline-Patienten verhalten sich Mutter und Primärgruppe meist wechselhaft, ein kontinuierliches Gefühl von Geborgenheit fehlt. Oft werden zentral die Leistungen des Kindes gefördert. Das Kind in seiner Persönlichkeit wird nicht unterstützt mit seinen Gefühlen und Ängsten. Die Atmosphäre ist bestimmt von symbiotischen Wünschen – das Kind wird oft als Partner der Mutter benutzt – und abruptes Verlassen und Fallenlassen sowie Langeweile bis hin zu Kälte und Misshandlung.

Die Familie ist oft nur an gesellschaftlicher Anpassung interessiert wie Status, Prestige, finanziellen Erfolgen u. ä.. Für das Ausmaß der Erkrankung ist bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung oft wichtig, ob das Kind außerhalb der Familie eine gute Beziehung mit realem Charakter aufbauen konnte, die ihm eine gewisse Geborgenheit vermitteln konnte. In der praeödipalen Entwicklungsphase ist es auch wichtig, inwieweit ein guter Körperkontakt für die Entstehung des Körper-Ichs zur Verfügung stand und die ersten Abgrenzungen zwischen innen und außen entstehen konnten. Die ersten Trennungsschritte in dieser Zeit sind für die Entwicklung von konstruktiver Aggression, Angst, Kreativität und Abgrenzung sehr wichtig. Ein Trennungsverbot und ein Verbot, die Welt zu erforschen von Seiten der Mutter und Primärgruppe bedeutet in der Symbiose zu verhaften.

Das Kind kann keine eigene Identität entwickeln, es kann sich nicht schuldfrei aus der symbiotischen Beziehung zur Mutter trennen. Die



Kommunikation bleibt traumatisch besetzt. Dadurch entsteht nach AMMON (1979) die destruktive oder Pseudoidentität des Borderline-Patienten. Die Persönlichkeitsstruktur bleibt in vielen Bereichen nicht oder destruktiv entwickelt, es entsteht ein Strukturdefizit, das sogenannte 'Loch im Ich' (AMMON 1974). Da der Borderline-Patient meist keine eigenen Identitätsschritte wagen durfte, darf er sich auch von seiner inneren Realität, die symbiosegebunden ist, nicht trennen, denn sonst wäre er einer existenziellen Verlassenheitsangst, die bis hin zu Todesängsten geht, ausgesetzt.

Die Pseudoidentitäten, die der Borderline-Patient in Identifizierung mit anderen annimmt dienen zentral der Abwehr seiner existenziellen Angst. Oft fühlt er seine Angst nicht und durch die Vermeidung von Angst lebt er oft ein sogenanntes 'totes Leben', das von einer großen Leere geprägt ist. Zentral erlebt der Borderline-Patient Verlassenheitsangst bei geringsten Veränderungen und Anforderungen. Diese destruktive Angst vor dem Heraustreten aus der Symbiose, vor Abgrenzung und Nein-Sagen-Können bestimmt den Borderline- oder Persönlichkeitsstörungs-Patienten und hindert ihn, seine geistige und menschliche Identität im eigenen Recht zu leben.

AMMON (1979) sagt hier:

Dies ist die Angst vor Identität. Angst befähigt den Menschen, traurig zu sein, mit anderen Menschen mitzufühlen, sie macht den Menschen menschlich. Als konstruktive Identitätsangst ist sie Träger von Identitätsentwicklung und von Identitätserweiterung. Jeder Schritt aus der Symbiose hin zur eigenen Identität ist immer mit Angst verbunden.

Zur Vermeidung von Verlassenheitsangst, Einsamkeit und dem Gefühl der inneren Leere agiert der Patient oft sexuell oder aber zieht sich total von Kontakten zurück aus Angst vor zu großer symbiotischer Nähe. So spielt sich sein Leben in einer krankhaften Sucht nach Abhängigkeit und Beziehung, Identifikation und Ersatzidentität und gleichzeitig einem Fliehen aus jeder tieferen Verantwortlichkeit und zwischenmenschlichen Beziehung ab. Die Abwehrformation der Borderline-Persönlichkeitsstörungspatienten ist immer bestimmt von der Abwehr ihrer Kontaktangst durch Idealisierung und Idolisierung. Durch Idealisierung wird die Feindseligkeit der Primärgruppe abgewehrt, da sonst die Vernichtungsangst gespürt werden müsste. Durch Isolierung, Projektion und Spaltung wird die verinnerlichte Feindseligkeit als nicht ich-haft abgegrenzt und

ihrer Bedrohlichkeit beraubt. Die Ambivalenz sieht AMMON (1979) aber als den Kernkonflikt der Identität und der narzisstischen Verleugnung des Borderline-Patienten. Durch die Ambivalenz bleiben verleugnete Bereiche des Ichs und der Realität unerreichbar und damit ist eine Weiterentwicklung hier schwer möglich. So ist die wechselnde Symptomatik des Borderline-Patienten immer als eine vielfältige Abwehr des Persönlichkeitsstrukturdefizits und immer als Abwehr von Identitätsangst zu verstehen.

AMMON versteht die Abwehr immer als Abwehr von Identität und hat sie deshalb bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung als 'Abwehr der Abwehr' bezeichnet.

Ich komme nun zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der Identitätsproblematik des Borderline-Patienten hat die Dynamische Psychiatrie hier ein Behandlungskonzept entwickelt, das eine therapeutische Arbeit an der Persönlichkeitsstruktur bedeutet und deshalb eine Identitäts- und Kontakttherapie darstellt. Für das therapeutische Bündnis heißt dies, dass zu Beginn der Therapie sich der Therapeut als Mensch für den Patienten zur Verfügung stellen muss auch als Identifikationsperson und sich mit seinen gesunden Bereichen und Ressourcen verbinden muss, um diese zu stärken. Identitätstherapie heißt also zu Beginn die kreativen Möglichkeiten des Patienten zu aktivieren, hier wird auch die Fantasie und das Denken mit einbezogen. Es soll allerdings nicht einseitig die Funktionsfähigkeit des Patienten unterstützt werden, sondern zentral sollen seine Gefühle angesprochen werden, sein Existenzgefühl, seine Leeregefühl, genauso wie sein Minderwertigkeits- und Größengefühl und er muss als Mensch in seiner Einzigartigkeit und in seinem 'So-sein' gesehen und verstanden werden (vgl. AMMON 1979).

Die Gruppentherapie ist für den Borderline-Patienten ein wichtiges therapeutisches Medium, da er hier leichter seine große Angst mit Problemen und Schwächen konfrontiert zu werden umgehen kann, indem er erlebt, dass auch andere Menschen Schwierigkeiten haben und Einblick in ihre Dynamik nehmen können.

Identitätstherapie heißt auch, dem Patienten etwas Besseres als seine Symptome, an denen er festhalten will aufgrund der oben beschriebenen Dynamik, anzubieten, im Sinne von Verständnis und Beziehung und kreativem und sinnvollem Tun. AMMON (1979) sagt hier:

Des Weiteren ist zentral, den Patienten in seiner großen Angst vor Identitätsschritten im eigenen Recht zu tragen und ihm Besseres als die kranken und krank machenden Dynamiken anzubieten. Besseres im Sinne von menschlicher Beziehung, menschlichem Verständnis und kreativen Tuns, das den Menschen zu konstruktivem Narzissmus und echter Befriedigung führt.

Das strukturelle Arbeiten mit der Angst bedeutet, den Patienten in seiner großen Angst zu verstehen und ihn mit Empathie anzunehmen. Da Borderline-Patienten ständig vor ihrer Angst weglaufen; hier hat AMMON (1976) den Begriff der 'Angst vor der Angst' geprägt, dieser Terminus ist von AMMON, d. h., dass sie ihre tiefe Verlassenheits- und Identitätsangst nicht spüren können, sondern aus Angst vor dieser Angst destruktiv agieren. Daher ist es für die Therapie zentral wichtig, dass dem Patienten schrittweise ermöglicht wird, seine Angst zuzulassen und auszuhalten.

Dies bedeutet wahrnehmen zu dürfen, dass diese destruktive Angst einhergeht mit einer falschen Realitätseinstellung und Fehlwahrnehmung. Hier setzt Identitätsentwicklung ein, die immer einen kreativen Prozess darstellt, da sie mit inneren Abgrenzungsschritten einhergeht, die Todesängste auslösen können.

Seine kreativen Möglichkeiten entwickeln zu dürfen und neue Wege zu gehen, die mit der eigenen Identität einhergehen sind die schrittweisen therapeutischen Ziele.

Die strukturelle Arbeit mit der destruktiven Aggression, die mit der destruktiven Angst einhergeht, wird über den gesamten Prozess immer wieder zentral sein. Hinter der destruktiven Aggression, die meist zuerst oder mehr gespürt werden kann, steht immer die destruktive Angst. Hier geht es auch für den Therapeuten darum, die Gefühle des Patienten, die er nicht spüren und zulassen kann hilfsichartig zu übernehmen, auch im Bereich der Ich-Abgrenzung und ihm dann zu spiegeln.

## Widerstandsproblematik in der Therapie

Der Patient wird immer wieder seine Widerstandskraft einsetzen, um den Therapeuten zu verführen, dass er nicht an seine tiefen Verlassenheitsängste stößt, dies gilt es zu erkennen und aus der Symbiose herauszuführen und dort nein zu sagen, wo der Patient zum Ja-Sagen verführt. AMMON nennt diese Verführungsproblematik, in der therapeutischen Beziehung, eine 'Irrlichtqualität', die den Therapeuten im Widerstand mit-

agieren lässt.

Im Aufbau der eigenen Identität in der Borderline-Therapie wird es immer wieder auch um das Durchleben von Grenzsituationen gehen. Die erste Grenzsituation, bei der es für den Patienten um 'Sein oder Nichtsein' geht, ist der Beginn der Therapie mit der Entscheidung, aus der alten Familiendynamik herauszutreten und sich auf neue Erfahrungen einzulassen. Während der Therapie muss der Patient immer wieder, um Schritte hin zu eigener Identität an Grenzen kämpfen. AMMON (1979) sagt hier: „Identität ist immer auch ein Grenzerleben. Es bedeutet, die eigenen inneren und äußeren Ich-Grenzen, die Körpergrenzen und auch die Endlichkeit des Lebens als Grenze zu erfahren.“ Gerade die destruktiv-aggressiven Prozesse werden den Patienten immer wieder an die Grenze führen, aber auch die existenzielle Vernichtungsangst, die häufig der Abgrenzungsschritt zu eigenem Leben hin bedeutet, auszuhalten.

Dies ist nur möglich, bei einer therapeutischen Beziehung, die von Geborgenheit und Verlässlichkeit getragen ist. Unsere Klinik bietet hier einen ständigen Schutzraum mit Kontakt, Sicherheit und kreativen Ausdrucksmöglichkeiten mit ihrem Feld von kreativierenden Gruppentherapien und verbaler Therapie.

Die Trennung aus der Therapie ist ebenfalls eine Grenzsituation, die mit großer Identitätsangst und der Angst vor der Angst einhergeht. In dieser letzten Phase der Therapie ist der entscheidende Identitätsschritt hin zur eigenen Identität zu bewältigen und die Ängste und Aggressionen durchzustehen und die Erfahrungen des therapeutischen Prozesses zu integrieren. Erst dies löst ihn aus der verinnerlichten Symbiose und ermöglicht ihm in eigener Identität, mit eigenem Standpunkt und Standhaftigkeit zu leben und auch allein sein zu können. Die Identitätsfragen wie: Wer bin ich? Was tue ich auf dieser Welt? Wer kann ich sein? Wer darf ich sein? Und die damit einhergehenden Identitätsängste auszuhalten werden den Borderline-Patienten nicht nur während der Therapie, sondern sein Leben lang begleiten. Immer wieder das Risiko auf sich zu nehmen, wie AMMON sagt, eigene Identität zu haben, eigenes Leben zu leben, für sich selbst verantwortlich zu sein, sein eigener Therapeut zu sein und einen eigenen Lebensstil zu entwickeln.

## Summary

The significance of patients' anxiety for Borderline pathology still plays a quite marginal role in research literature. There are but a few studies in recent years which mainly deal with correlations between intensity of anxiety and severity of symptoms in Borderline patients (COMTOIS et al. 1999; MELARTIN et al. 2010; KOENIGSBERG et al. 2002; MITROPOULON, SCHMEIDLER 2002). An exception is the work of DAMMANN (2005), who undertakes a detailed examination of anxiety in severe personality disorders. He focuses on the interaction between ego-structure and levels of anxiety and discusses problems in the diagnostic process of anxieties in Borderline patients because of the strong connection between anxiety and dissociation. In another study (DAMMANN 2004) DAMMANN postulates, that anxiety is the crucial affective problem in patients with severe personality disorders, that all forms of anxiety can be found in this population, and that there is a strong connection between severity of anxiety and level of personality structure.

He recommends a therapeutic approach, that focuses not only on symptoms but also on psychic structure. Regarding the central affect in Borderline pathology there is disagreement in psychoanalytic literature. The different points of view are marked by KERNBERG on the one hand, who sees anger and hatred as the central affective source of Borderline pathology, while DULZ on the other hand lays the focus on anxiety and sees anger as secondary. MENTZOS (c. f. EIBL-MÖRGINGER 2009) understands anxiety and panic in Borderline patients as stemming from a deep rooted fear of dissolution of the self, i. e. fear of death. BATTEGAY's position (c. f. FABIAN 2010) is contrary to this notion: he sees Borderline anxiety in relation to identity, as 'the fear of becoming oneself'.

In order to understand anxiety in Borderline patients, it is in any case necessary, to understand the nature of early traumatization. FIEDLER (2003) states, that extreme traumata and the dysregulation of affective experience and behavior lead to Borderline disorder. Continuous early traumatization causes weak ego-defenses, a loss of the basic feeling of security, continuous feelings of helplessness, diminished control of outer reality, and an increased vulnerability of the individual, which results in painful affects of anger and anxiety (WÖLLER 2004). Psychoanalysis and

attachment theory agree, that being abandoned and left alone is the most severe trauma a child can suffer. The secure base associated with the attachment figure is lost and the feeling of helplessness becomes overwhelming. This affects not only the development of psychic structure in a negative way, but also the development of the brain through flooding with stress hormones. In this way, early traumatizations create a kind of 'black hole' in psychic structure, an effect, that AMMON (1976) has termed 'hole in the ego'.

Already in 1976 AMMON formulated his notion of Borderline disorder as a disorder of identity. The changing symptoms of Borderline disorders are only a disguise, which hides the central deficits in identity. AMMONS definition of anxiety is first of all a constructive one. He sees anxiety as a constructive function of personality which is of great significance for the development of identity, ego-demarcation, and contact, because it activates and alerts the individual, helps him to seek out relationships. Destructive anxiety on the other hand has an overwhelming quality with tendencies towards disintegration of the self. It often leads to a stagnation in the development of identity. There is also a third quality in AMMONS theory of anxiety. Deficient anxiety is characterized by an inability to experience anxiety, which often results in painful feelings of boredom and inner emptiness.

Relationships become superficial, because empathy and affective investment in relationships are very limited when deficient anxiety dominates. In the 'Ego Structure Test' (ISTA) developed by AMMON and his co-workers, the different qualities of anxiety are measured statistically. The results for Borderline patients clearly show, that destructive and deficient anxiety are predominant. The source for these anxieties are the central deficits in identity, regarding the competencies of aggression, anxiety, narcissism, sexuality, ego-demarcation, and especially the function of integration. These central deficits of identity in Borderline patients lead to an intense unconscious fear of becoming and being oneself.

AMMON noted, that the Borderline patient permanently flees his anxiety of being himself and the resulting inner emptiness. AMMON defines Borderline pathology as an archaic disease of identity which develops in the symbiotic phase of development, i. e. the first three years of life. Therefore the deficient development of psychic structure which characte-

rizes later Borderline disorder is dependent on the deficient and destructive family structure and interactions in Borderline patients' families of origin. In these families care is inconsistent with a significant lack of security and contact. The child is often the object of symbiotic wishes of his parents, which results in an inability to demarcate oneself from early symbiosis with attachment figures. Consequently the child is hindered to develop his identity in his own right. The only possible solution is the development of a destructive pseudo-identity, which characterizes later Borderline pathology. The pseudo-identities that Borderline patients take on in identification with significant others are mainly defenses against their existential anxiety. This anxiety becomes often unbearable in situations, where there is change in the circumstances of their lives, which leads to challenges towards their weak identity. Each step in the development of identity is a step out of the primary symbiosis. Because Borderline patients are dependent on symbiotic relationships and circumstances to stabilize their weak identity, a demarcation from symbiosis is unconsciously equaled with disintegration of personality and ultimately the fear of death.

Günter AMMON's conception of Borderline therapy focuses on the deficits in personality organization. Its main goal is the development of identity through contact. The therapist must be present as a real person not as a distant mirror. He has to give the patient possibilities of identification and has to establish an alliance with the healthy parts of a patient's personality. The intense fears and anxieties of a Borderline patient have to be understood and must be accepted empathically by the therapist. Acting out of the patient should be understood as an attempt to flee from the intense fear of being oneself and being abandoned. The therapist should help the patient to gradually accept and hold out his anxiety.

The creative potential of the patient must be promoted simultaneously in order for him to develop new ways of dealing with his anxiety and challenges to his identity. In this process therapeutic work has to focus as well on destructive aggression, which is a central defense against destructive anxiety. Borderline therapy has to deal with existential situations where patients feel the limitations of their identity and experience intense fear of disintegration. Only in these decisive situations an expansion of identity can take place. Therapy has to provide the patient with

these existential challenges, as well as giving him the resources to master these situations, i. e. create a holding environment strong enough to serve as secure base and safe haven for the patient.

Literatur bei der Autorin



# Komplexe PTSD. Psychodynamisches Verständnis

Ulrike Nowotny (Haar)

Based on the article 'The trauma as an object relationship' by Martin EHLERT-BALZER the psychodynamic reaction to a man-made trauma is described, which finally results into the symptomatic of a complex PTSD. The fear caused by the traumatic situation is leading into a deep regression supporting fundamental alterations in the psychic structure: as the traumatic introjection, dissociation of an already integrated personality and the withdrawal into the paranoid position.

Keywords: trauma, Complex PTSD, Ehlert-Balzer, psychodynamic reaction, traumatic introjection, dissociation.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung ist eine der Definition nach über einen längeren Zeitraum durch Mitmenschen zugefügte Traumatisierung. Das besagt, dass das Trauma in einer Beziehung zugefügt wird, auch wenn diese vielleicht erstmals in der Traumatisierung hergestellt wird und sich die Beteiligten zuvor nicht kannten (Vergewaltigung, Entführung, KZ). Es stellt also eine besondere Form der gegenseitigen Bezugnahme dar: Der Mitmensch wird zum Gegenmensch. (n. AMERY 1977).

Welche Folgen diese Form der Traumatisierung psychodynamisch gesehen nach sich zieht, beschreibt Martin EHLERT-BALZER bereits 1996. Er schildert zwar eine psychodynamische Reaktion, die auch auf eine einmalige Traumatisierung folgen kann, aber in die Symptomatik der komplexen PTSD mündet. Auf seinen Artikel 'Trauma als Objektbeziehung' im Forum der Psychoanalyse nehme ich in meinen Ausführungen Bezug.

Zentrales Merkmal der traumatischen Situation ist ein extremes Macht-Ohnmacht-Gefälle zwischen Täter und Opfer. Allein die hierdurch im Opfer ausgelöste Realangst, die sich intrapsychisch mit archaischen Urängsten verbindet, besitzt die Macht eine psychodynamische Kaskade auszulösen, die schließlich in die Umstrukturierung selbst eines bereits ausgereiften psychischen Apparates mündet.

EHLERT-BALZER beschreibt drei einander ergänzende Mechanismen.

## 1. Das Täterintrojekt

In der traumatischen Situation scheint der Täter Macht über Leben und Tod zu besitzen. Die völlige Hilflosigkeit des Opfers bewirkt eine extreme Regression in Stadien frühester Kindheit, in der ein Säugling ohne Schutz dem Verderben ausgeliefert ist. In diesem angstdominierten Zustand nimmt folgende intrapsychische Entwicklung ihren Lauf: Der Täter ist derjenige, der die Tat auch nicht ausführen, also 'schützen' könnte, wie ehemals die Eltern. So wendet sich das Opfer in einer Art 'kindlichen Liebe' an den Täter, der dadurch innerpsychisch mit dem Primärobjekt, das schützt und straft 'verwechselt' wird.

Das regredierte, nicht mehr handlungsfähige Ich des Opfers sucht in ihm ein Hilfs-Ich, das in der Traumatisierung seines menschlichen Wertes beraubte, narzisstisch entleerte nach der Verschmelzung mit den omnipotenten Objekten der frühen Kindheit.

Insbesondere da das verwechselte Primärobjekt (der Täter) in der Tat zu strafen und sich abzuwenden scheint, ist die Introjektion das einzige Mittel diese psychische Vernichtung zu verhindern - die Entstehung des Täterintrojektes. Das Opfer sieht sich von nun an selbst mit den Augen des Täters: „ich bin schlecht, deshalb straft er mich“.

Zum einen kann es dadurch den Täter als 'gutes Objekt', das es in der Regression unbedingt braucht, erhalten, zum anderen spürt es, dass der Täter es nur in der Eigenschaft als Schlechtes annimmt, freilich um sich selbst zu entschulden.

So entsteht für das Opfer die paradoxe Situation, als 'schlechtes' immer wieder die 'Strafe' mit der die Tat gleichgesetzt wird, aufsuchen zu müssen, um das unbekannte oder selbst konstruierte Vergehen zu sühnen und die Liebe des Primärobjektes (jetzt Täterintrojekt) wiederzuerlangen, um danach sofort wieder in das Gefühl schlecht zu sein zu verfallen, weil der Täter es ja nur in dieser Eigenschaft annimmt. Daraus folgt der Wiederholungszwang. Die Entschuldung wird zur Sisyphosarbeit.

Einzig in der Tat selbst scheinen sich der Wunsch des Opfers und des Täters zu gleichen: Das Opfer strebt die Tat an, die der Täter wünscht, um sich von der vermeintlichen Schuld zu befreien. Dieses 'Sich-hingezogen-fühlen' zur Tat wertet das Opfer selbst dennoch als Mitschuld, wodurch es in größte Verwirrung stürzt.

## 2. Spaltung

Das Täterintrojekt widerspricht den bisherigen Überichforderungen gut zu sein etc., im Gegensatz dazu die Täterintrojektforderung: sei schlecht, so will ich dich haben. Die Psyche versucht diese unvereinbaren Aspekte getrennt zu halten. Emotionen, die an die Traumatisierung erinnern, wie Schmerz- und Angsteffekte werden abgespalten. Mit der Zeit erfolgt eine Ausweitung der Abspaltung auf alle Affekte, da sie über die Erregung, den erstgenannten Affekten gleichen. Schließlich resultiert eine emotionslose Fassade.

Die Emotionen, die Lebendigkeit befinden sich nun auf der Seite des Täterintrojektes. Dadurch erhält dieser Anteil weiteren Bedeutungszuwachs und das Opfer fühlt sich nur noch im Zusammenhang mit der Traumatisierung lebendig.

In der Selbstverletzung findet die geschilderte Psychodynamik ihre präzise Übersetzung in den symbolischen Ausdruck: Sie ist Tat, Bestrafung und Sühne zugleich, ein Kreislauf für den sich psychodynamisch gesehen ein Bedürfnis entwickelt hat. Die Selbstverletzung ist somit hoch libidinös besetzt. Die Psyche hat ihren Weg in die masochistische Selbstdestruktivität genommen. Wenn die Emotionalität des abgespaltenen traumaassoziierten Anteils nicht mehr aufgesucht wird, resultieren innere Leere, Depressionen, das Gefühl der Sinnlosigkeit.

## 3. Zerstörung guter innerer Objekte

Psychodynamisch gesehen war in der tiefen Regression des traumatischen Momentes das innere gute Objekt 'Mutter', das Primärobjekt nicht schützend anwesend.

Die Situation der abwesenden bösen Brust (n. Melanie KLEIN 1997) vergegenwärtigt sich. Die basale gute Objektbeziehung ist zerstört: das gute Objekt hat nicht geschützt, war nicht gut. Zerstörerische Wut und Hass wird freigesetzt, die nach und nach auch alle anderen guten Objektbeziehungen erfassen und so letztlich nur noch eine Welt von bösen, verfolgenden Objekten verbleibt. 'Ur-Misstrauen' beschreibt diesen inneren Zustand treffend.

Die beschriebene Psychodynamik bezieht sich auf Vorgänge der Erwachsenenpsyche, vollzieht sich jedoch aufgrund der tiefen Regression,

in die das Trauma das Opfer versetzt auf dem Niveau frühester Entwicklungsstufen.

Für in der Ursprungsfamilie traumatisierte Kinder fällt die innere Welt der Psyche und die äußere Realität in eins zusammen:

Der Täter ist der omnipotente Vater.

Die abwesende Mutter ist die Mutter.

## Summary

The diagnosis 'complex PTSD' describes basically being traumatized within a relationship. Following Martin EHLERT-BALZER's study 'trauma as an object-relationship' three types of psychodynamic mechanisms are described which cause a fundamental psychic restructuring.

### *1. Introjection of aggressor*

The enormous gap between power and helplessness leads via fear to deep regression. In this situation the aggressor is the only present being whom in this anxiety-dominated state ego-assisting functions are attributed to and wishes for fusion with the omnipotent object are activated. Briefly, the aggressor gets confused with the primary object, the action with punishment. Basically the victim feels rejected by the primary object.

In order to prevent this the psyche uses the mechanism of introjection, which means the victim views the situation with the eyes of the aggressor. The victim is guilty. In order to atone for its guilt the victim has to suffer from the same violations again. From here starts the compulsion to repeat. The super-ego however takes it for complicity.

### *2. Splitting*

The psyche tries to cope by splitting with the incompatibility of demands from the super-ego and the demands of the aggressor-introject. At first it has to deal with trauma-associated feelings like fear and pain. In the sense of a generalization gradually all emotions get involved. Based on this on one side an emotional facade results, on the other an emotional and libidinal charged space. Masochism is on its way. The trauma finds its symbolic expression in the auto-aggressive act, which is violation,

punishment and atonement at the same time.

### *3. Destruction of positive inner objects*

In the traumatic moment the protective primary object does not seem present comparable to the absent 'bad breast' in Melanie KLEIN's terminology. According to M. KLEIN archaic anger and hate are set free, which gradually destroy all positive inner objects, in consistency the victim regresses to the paranoid position.

These changes in the adult psyche are effected by regression to earliest developmental states. In the case of early childhood trauma within the family of origin the outer reality corresponds with the inner psychic world.

The aggressor is the omnipotent father.

The mother is the absent mother.

### *Literatur*

Amery, J. (1977): *Jenseits von Schuld und Sühne*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ehlert-Balzer, M. (1996): Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum der Psychoanalyse* 12:291-314.

Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel: Reinhardt.

Klein, M. (1997) *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse*.  
Stuttgart: Klett-Cotta.

