

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

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

Vol. 44. Jahrgang

2011•1

Nr. 243

Dynamic Psychiatry

Angst und Trauma bei Persönlichkeitsstörungen 2

Peter Joraschky, Katja Petrowski

Vernichtungsangst, Leeregefühle und das Bindungstrauma bei Borderline-
Persönlichkeitsstörungen

Ilse Burbiel, Daniel Hermelink

Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie

Nadine Schaaff, Emanuel Severus, Hans-Jürgen Möller, Norbert Müller

Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

ISSN 0012-740 X

‘Pinsel’ Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH • Berlin

Inhalt • Contents

Peter Joraschky, Katja Petrowski (Dresden)

Vernichtungsangst, Leeregefühle und das Bindungstrauma bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen	1
Summary	15

Ilse Burbiel, Daniel Hermelink (München)

Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie	18
Summary	31

*Nadine Schaaff, Emanuel Severus, Hans-Jürgen Möller,
Norbert Müller (München)*

Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	36
Summary	50

Buchbesprechung

Egon Fabian: Anatomie der Angst. Ängste annehmen und an ihnen wachsen. (Gisela Finke)	54
--	----

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

Guest editor of this volume: Egon Fabian M.D.

Verlagsmitteilung • Publisher Information

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

die hier vorliegende Ausgabe hat infolge ihres Umfanges nur eine Nummer (2011-1). Die folgenden Ausgaben erhalten danach zwei bzw. drei Nummern, so dass die übliche Frequenz von drei Ausgaben pro Jahr nach Möglichkeit erhalten bleibt.

Der Gesamtumfang pro Jahrgang wird im bisherigen Rahmen von ca. 320-360 Seiten bleiben.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis und wünschen Ihnen weiterhin interessante Lektüre.

‘Pinel’ Verlag GmbH

Dear Reader!

The current issue has a single number only (2011-1) referring to its printing volume. The following releases will carry two resp. three numbers depending on their printing volumes. The frequency of our journal will be three releases per year as usual.

The whole year's volume will stay at about 320 to 360 pages.

‘Pinel’ Verlag GmbH

Anmerkung: dieses Blatt ist bei der Bindung von Jahrgangsbänden zu entfernen, da es nicht in die Paginierung einbezogen ist.

Vernichtungsangst, Leeregefühle und das Bindungstrauma bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Peter Joraschky, Katja Petrowski (Dresden)

Oftentimes, anxiety and depression are discussed controversially as the primary affects of borderline personality disorder. Apparent anxieties as in phobic or panic disorders are rare for patients with borderline personality disorder compared to complex traumatised patients. Openly visible aggressive impulses, distortions of emotional regulation, as well as difficulties in emotional differentiation and mentalization can be explained in the light of attachment traumata based on the attachment theory. Attachment traumata are increasingly relevant as a vulnerability factor for cumulative traumatizations. Therefore, self- and emotional dysregulations gain relevance for the development of personality disorder as well. In consequence, therapy should focus on attachment and emotion focussed interventions in combination with non-verbal, primarily body oriented psychotherapy.

Keywords: anxiety, depression, borderline, attachment trauma, emotion focussed intervention, non-verbal therapy.

1. Einleitung

Bei den Bemühungen, die vielfältigen Störungsebenen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf Grundstörungen zu beziehen, ist ein roter Faden in der Diskussion psychodynamischer Therapeuten, inwieweit Angst oder Aggression Grundaffekte des Störungsbildes sind (HOFFMANN 2000, DULZ 1999). Evident ist bei komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen das häufige Auftreten von Ängsten und Panikstörungen, insbesondere in Beziehungskonflikten. Wenn maligne Konstellationen mit grenzverletzenden Interaktionen untersucht werden, finden wir häufig Patienten, die in Beziehungen gefangen und retraumatisierenden Triggern ausgesetzt sind. Im Kontrast dazu treten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen Panik- und Angststörungen sehr selten auf. Es ist geradezu, als würde die Borderline-Instabilität und -Impulsivität die Funktion haben, das Auftreten von Angst und Panik zu verhindern. Als Hintergrund für das Leitsymptom ‘Unfähigkeit zum Alleinsein’ werden

häufig von den Patienten Leeregefühle beschrieben, die unerträglich sind. Sie werden als bodenlos erlebt. Aggression baut ein emotionales Spannungsfeld auf, welches das unerträgliche Gefühl, in Abhängigkeit gleichzeitig verlassen und ausgeliefert zu sein, in ein aktives Geschehen umwandelt. Diese Dilemmata, wie sie sich in Psychotherapien von Borderline-Patienten rekonstruieren lassen, werden heute durch empirische Untersuchungen zu frühkindlichen Bindungskonstellationen gestützt, insbesondere zum Transfer von unverarbeiteten Traumata der Mutter zum desorganisierten Bindungsstil des Kindes. Die häufige kumulative Traumatisierung in der Folgezeit wird durch diesen Vulnerabilitätsfaktor verständlicher gemacht (JORASCHKY, PETROWSKI 2008).

2. Angst als Grundaffekt bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Angst und Aggression werden als Grundaffekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus klinischer Sicht betrachtet. Empirisch ergeben sich starke Hinweise für Scham und Ekel als Leitaffekte, die eng mit der erfahrenen Traumatisierung zu tun haben dürften (DAMMANN, BENECKE 2004).

Im Unterschied zum Patienten mit komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen, die häufig unter Panik- und Angststörungen leiden, zeigen Patienten mit Borderline-Störungen diese extrem selten. Eine Hypothese für dieses Phänomen könnte sein, dass Borderline-Patienten mit der nach außen gerichteten externalisierenden Aggression sich vor Verschmelzungserlebnissen schützen. Komplexe posttraumatische Patientinnen sind internalisierend ängstlich und depressiv, sie entwickeln häufig abhängige Beziehungsmuster, in denen nicht selten Retraumatisierungen (z. B. Alkoholiker und Vergewaltiger) stattfinden. Während früher polyphobische Situationen bei Borderline-Patienten zum Diagnosespektrum gehörten, sind es heute vor allem die Leeregefühle, die besonders akzentuiert werden.

Als Urangst (FABIAN 2010) wird in der Tradition der Psychoanalyse die Trennungs- und Verlassenheitsangst bezeichnet, wenn das Kind das Urvertrauen nicht verinnerlicht hat. Auslösend hierfür sind überlange Trennungszeiten, Existenzängste in der Einsamkeit, Angst, alleine gelassen zu werden.

Die Urerfahrung des Menschen mit der Angst ist gleichzeitig die Erfahrung, mit der Angst alleine gelassen zu werden [...]. Die Eltern bzw. die Familie verstehen die Angst nicht, weil ihre eigene Angst in der Kindheit nicht verstanden oder sogar aktiv unterdrückt wurde; sie wiederholen ihre eigene Erfahrung mit der Angst, so wie sie auch ihre Erfahrung mit Aggression und Gewalt wiederholen [...]. Man kann auch von einer transgenerationalen Verkettung der Angst sprechen. (FABIAN 2010)

Diese Beobachtung der transgenerationalen Vermittlung der Unerträglichkeit der Angst durch eigene Fehlverarbeitung wird von der Bindungstheorie durch die empirische mikroanalytische Interaktionsforschung bestätigt. Mit Methoden der Bindungsforschung werden die Vermittlungen des Bindungstraumas der Mutter, welche wiederum zu einer desorganisierten Bindung beim Kind führt, in den letzten Jahren zu einem zentralen Forschungsfeld. Uranst ist immer primär körperlich. Der Körper erinnert sich an seine frühesten, in der vorsprachlichen Zeit gemachten Erfahrungen. WINNICOTT (1956) spricht von unvorstellbarer archaischer Angst. Die Begriffe für diese Ängste sind oft namenlose Angst, sprachloses Erstarren, Verlorenheit.

Wie könnten Angst- und Leeregefühle zusammenhängen? Die meisten multifaktoriellen ätiopathogenetischen Modelle der Borderline-Störung gehen heute von einem Zusammenspiel von genetischen Faktoren und traumatischen Einflüssen während der Kindheit sowie neurologischen und biochemischen Dysfunktionen aus (GABBARD 2005, ZANARINI 2000). Gewalt und sexuelle Missbrauchsfaktoren wurden bei 70 % der Patienten gefunden. Wenn die emotionale Vernachlässigung einbezogen wird, sind 100% der Borderline-Patienten traumatisiert. Unter Vernachlässigung assoziiert GUNDERSON (1996) die spezifische, angstvolle Unfähigkeit, allein zu sein, und sieht dies in Zusammenhang mit dem dysregulierten Bindungsverhalten und Erfahrung von Vernachlässigung in der Kindheit. Borderline-Patienten reagieren besonders auf Trigger emotional, die Alleinsein repräsentieren (BUCHHEIM 2008). ZANARINI (2003) fand, dass noch nach sechs Jahren 60% der Borderline-Patientinnen über ihre Angst klagten, verlassen zu werden, auch wenn andere interpersonelle Symptome sich bis dahin deutlich gebessert haben. Für die Fixierung dieser Urängste werden vor allem die häufig zu beobachtenden kumulativen Traumata bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen betont.

3. Die kumulative Traumatisierung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Sowohl bei komplex posttraumatischen Persönlichkeitsstörungen wie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind wir gewohnt, besonders intrafamiliäre sexuelle Traumata als negativen prognostischen Faktor in der Herausforderung für die Therapie zu sehen (HIRSCH 2008). Die sexuelle Traumatisierung und das Dilemma der Bindung des Opfers an den Täter, die Identifikation mit dem Aggressor sind wichtige Konzepte für die Traumatherapie.

Die in der Borderline-Symptomatik dominierende Störung der Erregungsregulation mit dem quälenden diffusen Spannungsgefühl ohne differenzierte Gefühlswahrnehmung, der Veränderung der Reizschwelle für innere und äußere Stimuli und dem verzögerten Abfall zum emotionalen Ausgangsniveau wurde vor allem auf die defizitären, Halt gebenden Funktionen der Mutter zurückgeführt, die dem Kind keine ausreichenden Schutzfaktoren und Sicherheitsfunktionen für die emotionale Stabilität zur Verfügung stellt. Hier waren es vor allem WINNICOTT (1956) und in der Folge KHAN (1963), die die Problematik der ablehnenden, depressiven, überforderten oder unempathischen Mutter beschrieben, die sich nicht genügend an die anaklitischen Bedürfnisse des Kindes anpassen kann. Beim Kind erfolgt häufig eine forcierte Anpassung, eine frühreife selektive Entwicklung und Abwendung von der Nähe in Beziehungen und der Versuch, die Bedürftigkeit zu deaktivieren. KHAN nimmt an, dass jede Reizüberflutung, die noch nicht selbst ein Trauma bildet, durch Summation zu einem kumulativen Trauma beitragen kann. In diesem Kontext beschreibt GREEN (1993) die Erfahrung des jungen Kindes mit einer an einer chronischen Depression leidenden Mutter. In Identifikation mit dieser nicht resonanten 'toten' Mutter leitet GREEN die innere Leere ab, die dann durch Hass oder frühzeitige erotische Erregung gefüllt wird.

Da eine chronische Depression in der äußeren Erstarrung eine emotionale Dysregulation vor allem durch Aktivierung von Aggression, Angst und Ekel bewirkt, muss in diesem Kontext die Schwierigkeit der Emotionsregulation besonders berücksichtigt werden. Hier erwies sich als Konzept die frühe Mikrotraumatisierung, wie sie die Bindungsforschung

durch den Zugang der Direktbeobachtung der Mutter-Kind-Interaktion herausarbeitete, hilfreich.

Die häufig pauschale, mechanistische Betrachtung von Gewalt oder sexuellem Missbrauch als Trauma vereinfacht das komplexe Verarbeitungsgefüge in unterschiedlichen entwicklungspsychologischen Stadien und reduziert die Komplexität auf ein Reiz-Reaktions-Schema, was in ihrer Einfachheit sozialpolitische Diskussionen fördert, aber für die klinische Betrachtung wenig hilfreich ist. FONAGY und Mitarbeiter (2003) untersuchen die Fähigkeit innerer Distanzierung von überfordernden emotionalen Erfahrungen. Im Äquivalenzmodus ist die Selbst-Objekt-Differenzierung noch nicht gelungen, das egozentrische Erleben macht das Kind zum Ausgangspunkt aller Fantasien, Ängste und Verhaltensweisen der Umgebung, insbesondere der Eltern. Hintergrund für die Fixierung des Äquivalenzmodus ist nach FONAGY et al. (2003) die Bedeutung des 'Bindungstraumas'.

Ein Bindungstrauma ist oft, wenn nicht immer, ein Teil der Geschichte von als Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizierten Personen [...] Obwohl wir wissen, dass verschiedene Arten der Traumatisierung eine signifikante Rolle in der Psychogenese der Persönlichkeitsstörungen spielen [...], glauben wir, dass es die Persistenz des Modus der psychischen Äquivalenz [s. u.] ist, verbunden mit früher psychologischer Vernachlässigung, die diese Personen in der Folge für solche harten sozialen Erfahrungen besonders verletzlich macht. (FONAGY et al. 2003)

Ein Bindungstrauma liegt bei ca. 15% der Bevölkerung vor. Wie ist das Bindungstrauma im Rahmen der Resilienzforschung, dem Wechselspiel von Belastungs- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit einzustufen?

4. Das Wechselspiel von Resilienz- und Risikofaktoren in der frühen Kindheit für die weitere seelische und körperliche Entwicklung

Nach den wegweisenden Untersuchungen von René SPITZ (1967) zu den Auswirkungen maternaler Deprivation und des Hospitalismus waren es vor allem Längsschnittuntersuchungen, die den Bedingungen kindlicher Verletzlichkeit, aber auch der individuellen Robustheit angesichts von gleichermaßen belastenden Entwicklungsbedingungen auf die Spur kommen wollten. Als paradigmatisch ist hier die Längsschnittuntersuchung von Emmy WERNER und ihren Mitarbeitern zu sehen, die in der

Kauai-Studie im Längsschnitt 698 Kinder eines Jahrganges über 40 Jahre verfolgte. Diese Erkenntnisse sind zum Fundament der Risikoforschung geworden (GROSSMANN 2003), die sich die Bedingungen gelingender und gefährdeter Entwicklungen von Kindern zum Anliegen gemacht haben. WERNER und SMITH (2001) schreiben in ihrem Buch zusammenfassend darüber, wie das Entwicklungsrisiko von der Qualität der Umwelt abhängt, in der ein Kind aufwächst. Vorgeburtliche und geburtliche Komplikationen zeigten sich nur dann in ernstesten Beeinträchtigungen der physischen und der psychischen Entwicklung der Kinder, wenn sie zusammen mit chronischer Armut, Psychopathologie der Eltern und dauerhaft schlechten erzieherischen Bedingungen auftraten.

Die Widerstandskraft resultierte neben konstitutionellen Bedingungen des Temperaments und des Optimismus vor allem daraus, wie Kinder sich die persönliche Umwelt aufbauten, sich hilfreiche Beziehungen schafften, wie sie in wertorientierten Gemeinschaften Halt und Struktur fanden. Ausschlaggebend war in der Regel, dass sie eine enge Bindung mit einer Person, die nicht ein biologischer Elternteil sein muss, aufbauen konnten.

Das Hauptziel der Kauai-Untersuchung war, herauszufinden, welche Kette von schützenden Ereignissen, die über die Zeit miteinander verbunden waren, manche Individuen in die Lage versetzten, einen Ausweg aus den Widrigkeiten zu finden und als Erwachsene ein zufriedenstellendes Leben zu führen. Die Resilienten reagierten nicht passiv auf die Einengung durch widrige Lebensumstände, sondern sie suchten von sich aus andere Menschen auf, die ihnen halfen. Ihre Erfolge hierbei belohnten ihre Bemühungen und verstärkten ihre Kompetenzen. Diese schützenden Prozesse fanden sehr früh im Leben statt. So besteht ein positiver Zusammenhang zwischen einem friedliebenden, einnehmenden Wesen als Säugling und den emotionalen Zuwendungen, die dieser in der frühen Kindheit erhält. Hieraus dürfte auch die zentrale Fähigkeit resultieren, sich im späteren Verlauf traumatisierenden Beziehungen entziehen oder Schutzpersonen aufsuchen zu können. Zusammenfassend sind Temperament, kognitive Fertigkeiten, Selbstwertschätzung und Selbstverantwortlichkeit ('Locus of control') bei Frauen signifikant wirksam. Bei der Entwicklung der Männer war es vor allem die Kompetenz der Eltern, die trotz chronischer Armut ein Erziehungsniveau positiver Interaktion und

emotionaler Unterstützung herstellen konnten. Auf die Klinik übertragen, stellt sich die Frage: welche basalen emotionalen Vulnerabilitätsfaktoren könnten zu einer kumulativen späteren Traumatisierung mit beitragen?

5. Bindungsdesorganisation als Risikofaktor für die Persönlichkeitsentwicklung

Aufgrund unsicherer Fürsorge durch Eltern, die misshandelt, vernachlässigt, sexuell missbraucht wurden, oder durch unreife und inkompetente Eltern wird kein konsistentes Bindungsmodell aufgebaut. Beim Kind entstehen dadurch unter Umständen mehrere Modelle von sich und den Bezugspersonen, die sich widersprechen und nicht integrierbar sind (segregated systems), die Bindungsforschung definiert diese Modelle als Bindungsdesorganisation. Die Bindungstheorie postuliert, dass ein Kind, das sich fürchtet, versucht, bei einer Bindungsperson Sicherheit zu erlangen. Stellt diese Bindungsperson nun gleichzeitig die Quelle der Bedrohung dar, steht das Kind vor einem unlösbaren Problem. Dieses Dilemma hat häufig ein desorganisiertes Bindungsmuster zur Folge (LYONS-RUTH, JACOBVITZ 1999; GEORGE, WEST 1999). Die Impulsivität kann Folge dieser unlösbaren Widersprüche im Rahmen der Orientierungslosigkeit an der Bindungsfigur sein. Das Zusammenbrechen von organisierten Strategien in bindungsrelevanten Situationen wird in der Bindungstheorie als Desorganisation bezeichnet, wurde in Studien bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine psychopathologische Entwicklung assoziiert (BUCHHEIM 2008).

Desorganisierte Kinder zeigen im Fremde-Situations-Test, einem experimentellen Mutter-Kind-Trennungstest, folgende Phänomene: Es finden sich stereotype Bewegungen nach dem Aufsuchen von Nähe, Phasen der Starrheit (freezing), Ausdruck von Angst gegenüber einem Elternteil, plötzliche aggressive Gestik und tranceähnliche Zustände. Die Bindungsstrategie des Kindes wird unterbrochen, es findet eine 'Frightening-Frightened'-Kollusion statt. Dies bedeutet, dass das Kind in den unlösbaren Konflikt gerät, mit seinen Bindungssignalen auf die Bindungsperson ängstigend zu wirken und gleichzeitig selbst von

der Bindungsperson geängstigt zu werden. Es kommt zum ständigen Hin- und Herpendeln von Vermeiden und Annäherung.

Das auf Bindungsdesorganisation basierende Modell sieht Traumata in Verbindung mit unverarbeiteten Affekten und dissoziierten impliziten Gedächtnisinhalten über Bindungserfahrungen. Diese unverarbeiteten Affekte sind im impliziten Gedächtnis, z. B. somatischen Zuständen gespeichert. Unverarbeitete Affekte und implizite, nicht integrierte multiple Repräsentationen ('segregated systems') bleiben in einem weitgehend ruhenden Zustand, bis sie durch eine starke Aktivierung des Bindungsmotivationssystems wieder aufleben.

Diese Aktivierung kann z. B. die emotionale Reaktion gegenüber einer Bindungsperson sein, die nicht vor Missbrauch geschützt hat. Das Kind erlebt sich im Vertrauen verraten. Die angeborene Neigung des Kindes, die Bindungsbeziehung zur Fürsorgeperson zu erhalten und ihr Vertrauen entgegenzubringen, kollabiert bei Kindern, wo Bindungsfiguren den Missbrauch anderer Familienmitglieder gedeckt oder geleugnet haben.

Die Fähigkeit, in emotional bedrohlichen Situationen nachzudenken, ist bei desorganisierten Patienten eingeschränkt. Sie haben keine Flexibilität, zwischen inneren und äußeren mentalen Zuständen zu unterscheiden. Das Einfühlungsvermögen in die Komplexität mentalen Befindens und die Fähigkeit, dabei unterschiedliche Perspektiven einzunehmen, sind nach FONAGY (2002) eine Entwicklungsleistung, die er als Mentalisierungsfähigkeit bezeichnet, die ein zentraler Resilienzfaktor ist.

6. Vermittlungsprozesse beim Transfer des desorganisierten Bindungsverhaltens auf das Kind

Das Bindungsbedürfnis des Kindes aktiviert unverarbeitete traumatische Erinnerungen, die mit dem Fürsorgebereitschaftssystem verbunden sind. Daraus resultiert, dass die Aktivierung des Bindungssystems bei Eltern mit 'unresolved trauma' (U) extreme Gefühle von Furcht oder Ärger auslösen. Wenn das Kleinkind weint, unterbrechen 'unverarbeitete' Eltern ihr Fürsorgeverhalten und zeigen unwillkürlich und abrupt Verhaltensweisen, die Furcht und/oder Ärger ausdrücken. Auf diese beängstigende Situation hin wird im Kleinkind die angeborene defensive Fluchtreaktion vor der bedrohlichen Situation organisiert, durch Ablenkung der

Aufmerksamkeit oder durch Vermeidung von Blickkontakt. Durch die damit verbundene größere Distanz in der Beziehung wird das Bindungssystem des Kleinkinds erneut aktiviert (MAIN, HESSE 1990). Dies führt zu Furcht ohne Lösung. Es kommt zu widersprüchlichen inkohärenten Verhaltensweisen des U-Elternteils: Das Elternteil kann im Versuch, das weinende Kind zu trösten, die Hände um dessen Hals legen. Andere Eltern erstarren plötzlich und schauen ihr Kind unverwandt an, während dieses nach Hilfe schreit. Andere suchen in Umkehr der Bindungsbeziehung selbst Hilfe und Sicherheit bei ihren Kindern. Die Mutter ist in dieser Situation kein 'sicherer Hafen'. Es entsteht eine 'Frightening-Frightened-Kollusion', die keinen Schutz bietet (GEORGE, WEST 1999). Es folgt ein ständiges Hin- und Herpendeln von Vermeiden und Annäherung, das Kind ist hin- und hergerissen zwischen der Rolle des Retters der als hilflos erlebten Bindungsperson, der Rolle des Opfers der als beängstigend wahrgenommenen Bezugsperson und der Rolle des Verfolgers der Bindungsperson, wenn das Kind sich selbst als Ursache der von der Bezugsperson zum Ausdruck gebrachten Angst betrachtet.

Dem Kind gelingt es nicht, ein integriertes und kohärentes inneres Arbeitsmodell aufzubauen. Vielmehr entsteht ein fragmentiertes oder dissoziiertes inneres Arbeitsmodell.

Längsschnittstudien belegen, dass kindliche Desorganisation in bindungsrelevanten Situationen mit späteren dissoziativen Störungen korrelieren (LIOTTI 2008). LYONS-RUTH und JACOBVITZ (1999) postulieren dies auch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Typische Verhaltensweisen bei U-Eltern

Dissoziatives Verhalten wie Einfrieren von Bewegungen.

Seltsame, steife Verhaltensweisen.

Ungewöhnliche Drohgebärden im körperlichen Nahraum des Kindes.

Abnorme Formen von geängstigtem Elternverhalten wie Panikausdruck ohne Bedrohung in der augenblicklichen Situation.

Angst vor dem Kleinkind.

Unterwürfiges, auf Rollenumkehr beruhendes, Verhalten.

Sexuelles Verhalten.

(nach HESSE u. MAIN 2000, MADIGAN et al. 2006)

7. 'Unresolved-Klassifikation' als Beschreibung des Bindungstraumas

Der Traumabegriff des Bindungstraumas ist weniger auf ein externes Trauma bezogen, sondern er sieht Traumata in Verbindung mit unverarbeiteten Affekten und dissoziierten impliziten Gedächtnisinhalten über Bindungserfahrungen. Die Reaktivierung des Traumas muss nicht unbedingt ein traumatisches Ereignis sein, sondern sie kann auch auf der Verschiebung der Kompensationsmechanismen, z. B. die Dysfunktionalität des Rettersystems, das Kippen in das Opfersystem, basieren.

Ein unverarbeitetes Trauma, welches empirisch mit dem Erwachsenen-Bindungs-Interview oder dem Erwachsenen-Bindungs-Projektionstest (AAP) untersucht werden kann, liegt dann vor, wenn die von den Probanden in der Geschichte beschriebenen Personen nicht in der Lage sind, bedrohliche Inhalte (z. B. Gefahr, Hilflosigkeit, Misshandlung) zu integrieren und einer konstruktiven Lösung zuzuführen. Sie greifen auf keine internalisierte, sichere Basis zurück (Hilfe holen, Nachdenken), können nicht handeln (sich schützen, nach Hause gehen, sich ablenken), um sich zu reorganisieren. GEORGE und WEST (2004) unterschieden zwischen traumatisch dysregulierenden Markern mit Wörtern wie 'Gefängnis', 'Suizid', 'Selbstverletzung' und normativ dysregulierenden Markern (Wörter wie 'Angst', 'Alleinsein', 'Trauer').

Fallbeispiel

Patientin C., 42 Jahre

Diagnosen

Borderline-Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, depressive Störung, Benzodiazepinabhängigkeit (abstinent seit 2001), Adipositas, Panikstörung mit Agoraphobie, Missbrauch von Psychopharmaka, somatoforme Schmerzstörung

Beschwerden bei der Aufnahme

Frau C. berichtet, sich immer wie auf der Flucht zu fühlen und ständig unter innerer Anspannung zu stehen. Vor allem bei Streitigkeiten und in Situationen mit vielen Menschen oder engen Räumen gerate sie unter Druck, so dass sie es kaum aushalte. Sie betäube sich mit Antidepressiva

(600 mg Stangyl), fühle sich antriebslos und schlafe die meiste Zeit des Tages. Oft fühle sie sich wie in die Vergangenheit zurückversetzt, sehe z. B. Bilder von ihrer verstorbenen Tochter, an deren Tod sie sich die Schuld gebe. Sie fühle sich leer und taub, habe Wut gegen sich selbst, alles komme ihr sinnlos und nutzlos vor, so dass ihr manchmal nur das Schneiden in die Arme helfen könne. Außerdem leide sie unter dissoziativen Zuständen und Alpträumen, könne sich nicht konzentrieren und habe manchmal Bewegungsstörungen in der rechten Seite. Sie habe auch Essprobleme, ihr sei oft schlecht und sie müsse dann erbrechen, könne kaum etwas essen. Seit 2008 leide die Patientin besonders unter zunehmender Angst, Panikattacken, totaler Spannung und dissoziativen Anfällen. Sie habe Paresen wechselnder Ausprägung beider Arme und Beine. Besonders belaste sie ihre Sprachstörung, willkürliche Verziehnungen des Mundes sowie die Laufstörungen, welche seit zwei Monaten besonders schlimm geworden seien.

Auslösesituation der Depression und Dissoziation war der Tod der Tochter, die, als die Patientin 24 war, nach einer Hirnblutung bei der Geburt starb. Mit 26 Jahren Geburt des Sohnes, der für sie ihr Lebensinhalt ist. Seit 2001 Trennung und Scheidung vom Ehemann, völliger sozialer Rückzug. Sie vermeidet den Kontakt zu Männern. Die dissoziativen Störungen nahmen massiv unter folgender Auslösesituation zu: Als Bindungsobjekt sowohl innerlich wie auch im Kontaktverhalten war ihr ältester Bruder ihr fester Halt. Für ihn, der MS-erkrankt ist, konnte sie auch ihre altruistischen Motive verwirklichen und damit ihr extrem schlechtes Selbstwertgefühl stützen. Als sie erfuhr, dass ihr Bruder von dem sexuellen Missbrauch ihres mittleren Bruders wusste, brach ihr Rettersystem zusammen und sie erlebte sich verlassen, leer und verraten. Sie war nun ganz dem Opfersystem ausgeliefert. Ängste und Wut waren nicht mehr wahrnehmbar, ständig traten Dissoziationen auf.

Kontaktgestaltung zu Therapiebeginn

Die Kontaktaufnahme ist extrem schwierig. Die Patientin ist durch die motorischen Dissoziationen grimassierend, wendet den Kopf zur Seite. Es gelingt mit beruhigender Einwirkung, die Spannungen, einem Mann gegenüber zu sitzen, zu verbalisieren. Sie kann Skills einsetzen, um die Spannung zu reduzieren und die Szene auch zu versprachlichen, als

Wunsch, auf der einen Seite nicht bedrängt, nicht bestraft, nicht berührt zu werden und andererseits aufrichtig wahrgenommen zu werden und genau hinzuschauen. Das Bindungstrauma mit den Auswirkungen des Gefangenseins im Abwenden, Fluchtreaktion, Haltsuchen stellt ein Pendeln dar, welches als Verfolgersystem den Therapeuten ohnmächtig macht und ständig verzweifelt nach haltgebenden Interventionen suchen lässt.

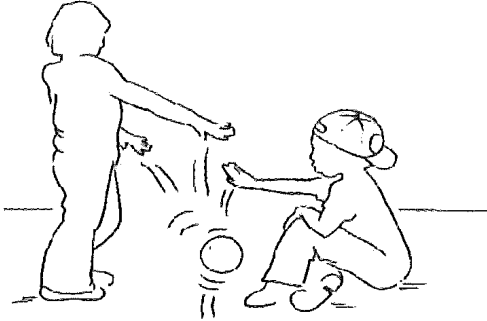
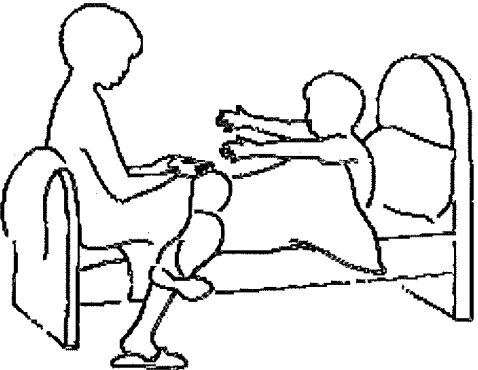

Kindheitsanamnese

Zwei ältere Brüder (+7, +5,), eine ältere Schwester (+1). Sie beschreibt wenig Erinnerung an die Kindheit. Die Mutter war als Krankenschwester häufig abwesend, der Vater war leicht reizbar, launig und gewalttätig. Sie sei als Kind ab drei Jahre oft geschlagen worden, auch habe es Bestrafungen gegeben: sie musste in der Ecke stehen, die Arme nach vorn halten, bis sie es nicht mehr konnte. Schon in der frühen Kindheit habe die Patientin die ständige Angst gehabt, sich so wie die anderen Kinder zu bewegen, da sie sich ja nicht schmutzig machen durfte. Schon als Kind habe sie sich, zurückgezogen in der Einsamkeit, häufig nach dem Tod gesehnt. Mit 13 Jahren Missbrauch von ihrem älteren Bruder (+5), Tabuisierung des Missbrauchs in der Familie. Im Anschluss seit 14. Lebensjahr Medikamentenabhängigkeit (Kopfschmerzmittel, Tranquilizer, Schlafmittel). Im Anschluss anorektische Reaktionen, anschließend Binge-Eating und Gewichtszunahme um 40kg.

Das Bindungstrauma

Als Untersuchung des Bindungstraumas, des Vorliegens der unresolved-Klassifikation wurde der Attachment-Projective-Test durchgeführt, ein Test, der aus acht Bildern besteht, bei denen drei Antworten exemplarisch dargestellt werden.

Instruktion
<p>Sie sehen folgendes Bild: Denken Sie sich im Inneren gleich dazu eine Geschichte aus, die folgende Elemente enthalten sollte: „Was passiert auf dem Bild, wie kam es zu dieser Szene, was fühlen oder denken die abgebildeten Personen, und wie könnte die Geschichte ausgehen?“</p>

<p>Neutrale Spielszene</p> 	<p>Äh hm ... also die rechte Person, also, von mir aus gesehen, also ich denke ... also, dass die Angst hat, die fühlt sich bedroht.</p> <p><i>Hm, und was denkt sie sich?</i></p> <p>Sie hat Angst, also die denkt sich: was wird der jetzt mit mir machen oder so.</p> <p><i>Aha.</i></p> <p>Also, die linke Person.</p> <p><i>Und die linke Person?</i></p> <p>... Also, es sieht wie so'n Angriff aus, also ja ... wenn ich mir so die Armhaltung anschaue mir ...</p> <p>Also ... ja ...</p> <p><i>Passiert noch irgendetwas auf diesem Bild?</i></p> <p>Naja, also er zeigt so seine Größe, also so richtig seine Größe und wie stark er eben halt ... also wie stark er ist und die linke Person, die fühlt sich relativ schwach und ... richtig bedroht.</p>
<p>Bettszene</p> 	<p>Is'n Bett und die Mutter sitzt am Bett von ihrem Kind. Das Kind streckt die Hände nach der Mama aus*, aber irgendwie nimmt die Mama das Kind nicht in die Arme. Also...warten die Mutter. Irgendwas scheint die Mutter zu bremsen.</p> <p><i>Welche Gefühle oder Gedanken könnten hier eine Rolle spielen bei den Personen?</i></p> <p>Also das Kind denk ich is in freudiger Erwartung und möchte gern die Mama umarmen, und die Mutter die kann nich', kann nich'. Warum weiß ich nie, aber ... das Ende kann ich mir gar nie vorstell'n, wie das weiter geht.</p> <p>Hmm, das irgendwie ... l ähmend ... beklemmend. Nee da fällt mir gar nischt zu ein. Da krieg' ich Panik.</p>
<p>Cornerszene</p> 	<p>Das is'n ganz schreckliches. Weil das is'n Kind, was in 'ner, was in die Ecke gedrängt wurde und 'ne abwehrende Haltung hat und ich nehm an, dass es missbraucht wird in irgend'ner Form. Ich weiß nich' in welcher, aber das is', ähm, von einer Person, die hier nie zu seh'n 'is, äh entweder geschlagen wird oder also ganz körperlich missbraucht und sicherlich auch seelisch auf jeden Fall. Also dem geht's ganz schlecht dem Kind.</p> <p><i>[Das berührt sie sehr.]</i></p> <p>In der Ecke is, es kann halt auch nich' raus. Also er hat im Prinzip keine Chance. Unterlegen is' es. Aber irgendwann ...</p> <p>Irgendwann wird's stark sein, denk ich und sich das nich' mehr gefall'n lassen auf keinen Fall.</p>

Für Patientin C. ist charakteristisch, dass schon das neutrale Bild eine erhöhte Angstaktivierung erzeugt. Insgesamt findet sich im Ablauf der Bilder, die im Sinne einer normativen Stresssteigerung angeordnet sind, eine kontinuierliche Steigerung der Antworten, die für 'unresolved' typisch sind. Insofern muss festgestellt werden, dass eine massive Ausprägung der Affektdysregulation im Bereich der Störung der frühen Angstbindung vorliegt. Diese macht die Patientin vulnerabel für die darauffolgenden Gewalt- und sexuellen Missbrauchstraumata, so dass durch die Kumulation das Bindungstrauma ständig aktiviert wird.

Die Verknüpfung des Bindungstraumas mit den anschließenden kumulativen Traumata kann nur hypothetisch gedeutet werden. Das Bindungstrauma schafft durch die aufgespaltenen Funktionssysteme ein Wechseln von Opfer, Retter und Verfolgung mit Ohnmächtigmachung des gewöhnlichen Angreifers. Hierdurch kommt es verstärkt zu Gewaltinteraktion wie auch zur Unmöglichkeit, zärtliche Bindung, Trostsuche von sexuellen Kontakten zu unterscheiden. Das führt zu verwirrend-verführerischen, schließlich im Missbrauch mündenden Interaktionen. Erst durch das Bindungstrauma sind die widersprüchlichen Beziehungskonfigurationen nachzuvollziehen. Hier sind vor allem Mikroszenen der Inszenierung in Beziehungen wie auch mit dem Körper für die Therapie Schlüsselstellen, da hier die Emotionen differenziert werden und zu einer besseren Toleranz geführt werden können (JORASCHKY et al. 2006).

Zusammenfassung

Da bei 15% der Bevölkerung ein Bindungstrauma vorliegt, welches als wichtiger Vulnerabilitätsfaktor für kumulative Traumatisierung dargestellt wurde, sind hier präventive Ansätze dringend zu erweitern. 70% der stationär behandelten Psychotherapiepatienten haben ein Bindungstrauma, welches erhebliche Probleme in der beziehungs- und bindungsorientierten Psychotherapie mit sich bringt. Die unterschiedliche Ausprägung des Bindungstraumas erzeugt eine basale Angstdysregulation im Sinne des Frightening-frightened-Dilemmas. Das Kind erlebt sich in seiner Suche nach Halt und Bindung verloren, in dem Moment, wo es Rückhalt und Trost sucht. Wenn das Bindungssystem durch Stress, Angst oder Schmerz aktiviert ist, gerät der Bindungstraumatisierte in Panik. Die Borderline-Organisation der Opfer-Retter-Verfolger-Forma-

tion ist als Muster der Desorganisation, des Zusammenbruchs eines kohärenten Schutz- und Hilfesuchsystems zu sehen. Ein Grundaffekt bei der Desorganisation sind Haltlosigkeit, das Verlorensein und die Leeregefühle, die häufig als Vernichtungsangst empfunden werden, wenn das Borderline-Abwehrmodell nicht ausreichend Schutz bietet. Vor diesem Hintergrund konnte die Theorie des Bindungstraumas von der durch die Aggression abgewehrten Urangst empirisch eine gute Unterstützung finden.

Summary

As 15% of the population have an attachment trauma, which was shown as an increasing factor of vulnerability for cumulative traumata, preventive approaches here have to be extended. 70% of the inbound treated psychotherapy patients have an attachment trauma, which is causing considerable problems in a psychotherapy which is oriented to relation or attachment. The diverse occurrence of the attachment trauma creates a basal anxiety dysregulation in the sense of the frightening-frightened-dilemma. The child experiences himself left alone in his search for hold and attachment in the very moment the child is looking for support and comfort. When the attachment system is activated by stress, anxiety or pain, the attachment traumatized patient will panic. The borderline-organization of the victim-savior-persecutor-formation is to be seen as pattern for the desorganisation, the breakdown of the coherent protection, and helpsystem. A basic affect within the desorganisation is instability, the feeling of being lost and the feeling of emptiness, which are oftenly perceived as annihilation anxiety when the borderline defense model is not offering enough protection. Against this background the by means of aggression defended primal fear could throughout theory of attachment traumata empirically find a good backing.

Literatur

- Buchheim, A (2008). Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Bindung - eine Übersicht. In: B. Strauß (Hg): Bindung und Psychopathologie; S. 253-281. Stuttgart: Klett Cotta.
- Dammann, G.; Benecke, C. (2004): Angstzustände bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 49:193-202.
- Dulz, B. (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störung der zentrale? *Persönlichkeitsstörungen PTT* 3:30-35.

- Fabian E (2010): Anatomie der Angst. Stuttgart: Klett Cotta.
- Fonagy, P. (2002): Multiple voices versus meta-cognition: an attachment theory perspective. In: V. Sinason (Hg): Attachment, trauma, and multiplicity; pp. 71-85. London: Brunner Routledge.
- Fonagy, P.; Target, M.; Gergely, G. et al. (2003): The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanal. Inquiry* 23:412-459.
- Gabbard, G. (2005): Mind, Brain, and Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 162:648-655.
- George, C.; West, M. (1999): Developmental vs. Social personality models of adult attachment and mental ill health. *Brit Med. Psychol* 72:285-303.
- (2004). Traumatic dysregulation coding. Unpublished coding instructions. Oakland, CA: Mills College.
- Green, A. (1993): Die tote Mutter. *Psycho. Zs Psychoanal.* 47:205-240.
- Grossmann, K. E. (2003): Emmy Werner: Engagement für ein Lebenswerk zum Verständnis menschlicher Entwicklung über den Lebenslauf. In: K. Brisch, T. Hellbrügge (Hg): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern; S. 15-33. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patients' intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry* 153:752-758.
- Hesse, E.; Main, M. (2000): Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioural and attentional strategies. *J Am Psychoanal Ass* 48:1097-1127.
- Hirsch, M. (2008): Frühes und spätes Trauma – eine psychoanalytische Traumalogie der Persönlichkeitsstörung. In: M. Franz, B. West-Leuer (Hg): Bindung, Trauma, Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen; S. 73-94. Gießen: Psychosozial.
- Hoffmann, S. O. (2000): Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: O. F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg): Hdb Borderline-Störungen; S. 227-236. Stuttgart: Schattauer.
- Joraschky, P.; Petrowski, K. (2008). Angst und Bindung: bindungstheoretische Prozesse bei Angststörungen. In: B. Strauß (Hg): Bindung und Psychopathologie; S. 49-80. Stuttgart: Klett Cotta.
- Joraschky, P.; Petrowski, K.; Leonhardt, C. (2006): Agieren als narzisstischer Schutzmechanismus. *Dynam Psychiatrie* 39:291-308.
- Khan, M. M. (1963): The concept of cumulative trauma. *Psychoanal. Study Child* 18:286-306.
- Liotti, G. (2008): Bindungsprozesse bei dissoziativen Störungen. In: B. Strauß (Hg): Bindung und Psychopathologie; S. 106-143. Stuttgart: Klett Cotta.
- Lyons-Ruth, K.; Jacobvitz, D. (1999): Attachment disorganization: unresolved loss, rational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies; S. 520-544. In: J. Cassidy, P. Shaver (Hg): Hdb of Attachment. New York: Guilford.
- Madigan, S.; Bakermans-Kranenburg, M. J.; von Ijzendoorn, M. H. et al. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and metaanalysis of a transmission gap. *Attachment Human Development* 8:89-111.
- Main, M.; Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening behaviour the linking mechanism? In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (Hg). Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention; S. 161-184. Chicago: Univ of Chicago Press.

- Spitz, R. A. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. Stuttgart: Klett-Cotta. [Engl. (1965). The first year of life. A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. New York: Intern Univ Press.
- Werner, E.; Smith, R. (Hg)(2001): Journeys from Childhood to Midlife, Risk, Resilience, and Recovery. New York: Cornell Univ.
- Winnicott, D. W. (1956): Primary maternal preoccupation; pp. 300-305. In: Collected papers, through paediatrics to psychoanalysis. London: Tavistock.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23:89-101.
- (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 year prospective follow up of the phenomenology of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 160:274-283.

Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie

Ilse Burbiel, Daniel Hermelink (München)

Following a short outline of the psychoanalytic contributions as a traumatological science from its beginning, the treatment approach of the hospital Mengerschwaige is presented, an approach where mainly patients with attachment and relation disorders suffering from severe and chronic traumata, often including physical and/or sexual violence, are treated.

These traumatically caused identity disorders are understood to be relation diseases which in turn can only be changed in a positive way through compensatory, constructive contact experiences within a therapeutic setting to obtain a further identity development.

Discussed as important trauma therapeutic elements are the specific possibilities of group therapy, the building of reliable therapeutic relations to the treatment team, a well defined framework with the demarcation of destruction.

Keywords: psychotherapy, trauma therapy, identity therapy, group therapy

Einleitung

Die Psychoanalyse ist seit Beginn ihrer Entwicklung durch Sigmund FREUD vor mehr als hundert Jahren eine traumatologische Wissenschaft. Seit FREUD (1999) bereits realfamiliäre Traumatisierungen in den intrapsychischen Fantasiebereich der Patienten legte, war die Chance vergeben, die Psychoanalyse von Beginn an zu einer Beziehungstheorie zu entwickeln, die die Beziehung vor, während und nach dem Missbrauch untersucht.

Erst FERENCZI (1982) hat als Vorreiter eines objektbeziehungstheoretischen Denkens die Grundlage für eine moderne psychoanalytische Traumatologie gelegt. Trauma ist für FERENCZI immer in Beziehungen zu sehen, in der Beziehung zwischen dem Täter und dem Opfer, wobei sich das Opfer dem Täter unterwirft, der Täter in das Opfer eindringt und das Opfer die traumatische Erfahrung durch Internalisierung und Dissoziation zu bewältigen versucht. Das Opfer internalisiert bzw. introjiziert

Vortrag gehalten am 7.5.2010 in der Klinik für Dynamische Psychiatrie, anlässlich des Symposiums 'Angst und frühe Traumatisierung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeutische und psychopharmakologische Aspekte'.

die Gewalt, um ihr nicht von außen ausgeliefert zu sein und um das äußere Liebesobjekt, beim Inzest beispielsweise der Vater oder die Mutter, nicht zu verlieren. Das Opfer dissoziiert oder spaltet, um das Trauma aushaltbar zu machen (HIRSCH 1997).

In der Folgezeit kam es zu zahlreichen Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Theorie, insbesondere für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Zu nennen sind hier vor allem M. KLEIN (1972), FAIRBAIRN (1957), GUNTRIP (1969), WINNICOTT (1974), KOHUT (1973), KERNBERG (1967), AMMON (1976, 1982, 1979) und andere, die den Weg bereitet haben, das psychoanalytische Therapieverfahren auch für die als schwer behandelbar angesehene Patientengruppe der Persönlichkeitsstörungen zu öffnen. In den letzten Jahren haben psychoanalytisch und psychodynamisch orientierte Autoren spezifische traumatherapeutische Ansätze entwickelt wie z. B. die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (REDDEMANN 2004), die Traumazentrierte Psychotherapie (SACHSSE 2004), die Multidimensionale Psychodynamische Traumatherapie (FISCHER 2000), sowie das psychodynamisch-integrative Konzept (WÖLLER 2006): Dieser Ansatz versucht alle bisher bekannten Ansätze und Methoden in einem Fünf-Phasen-Modell mit konfliktbezogenen und strukturbezogenen Strategien zu integrieren.

In fast allen traumatherapeutischen Konzepten wird die traumatherapeutische Arbeit, ausgehend von ersten Ansätzen von JANET (1889), in drei Phasen eingeteilt (vgl. HERMAN (1993); VAN DER HART et al. (1995), REDDEMANN (2004) und SACHSSE (2004)). Diese sind:

- a die sog. Stabilisierungsphase mit dem Ziel der Symptomreduktion, Selbstberuhigung, Emotionskontrolle als unbedingte Voraussetzung für
- b die Traumaexposition oder Traumakonfrontationsphase: Es soll eine therapeutisch begleitete Begegnung mit dem Trauma und eine Durcharbeitung stattfinden mit dem Ziel der Aufhebung der Dissoziation.

Danach folgt:

- c die Reintegration in die Persönlichkeit: Hier steht eine Trauerarbeit mit Neuorientierung und Sinnfindung im Vordergrund.

Das Drei-Phasen-Konzept wird in letzter Zeit zunehmend in Frage gestellt (vgl. NEUNER 2008) oder in dem Konzept der 'schonenden Trauma-

therapie' flexibler gehandhabt (SACK 2010). Die meisten traumatherapeutischen Ansätze arbeiten vorwiegend einzeltherapeutisch. Gruppenarbeit findet, wenn überhaupt, nur im Rahmen von übenden oder psychoedukativen Gruppen statt.

Internalisierung der Gewalt, Introjektion und Dissoziation, Externalisierung und projektive Identifikation, Verleugnung und Isolierung, werden noch heute in den psychoanalytischen Theorien als grundlegende Bewältigungsversuche von Traumatisierungen angesehen. Es kommt wesentlich zu Internalisierungsvorgängen von Täter-Opfer-Dynamiken, wenn die Traumatisierung Folge von lang andauernden komplexen Beziehungsverletzungen, meist in der Kindheit, ist, wie beispielsweise Verrat durch die wichtigsten Bezugspersonen, Mangel an emotionaler Verfügbarkeit und Präsenz, körperliches und/oder emotionales Alleingelassenwerden, Parentifizierung, narzisstische Ausbeutung des Kindes für die Bedürfnisbefriedigung anderer Gruppenmitglieder, Wahrnehmungs- und Lebensverbote, Externalisierung destruktiver Selbstanteile in das Kind, Schulddynamiken und Entwertungen, Verlust und Trennungen wichtiger Beziehungspersonen, u. a. verwiesen wird auch auf die Bedeutung der transgenerationalen Weitergabe früherer, nicht bewältigter Traumatisierungen in den früheren Generationen. Es sind meist 'multiple Belastungsfaktoren in der Kindheit, die eher zu einer Psychopathologie als einzelne traumatische Erfahrungen' (PARIS 2000) führen, wobei von entscheidender Bedeutung ist, welche protektiven Faktoren vorhanden waren.

Im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie werden chronische Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen als komplexe, vorwiegend destruktiv-defizitäre gruppenspezifische Prozesse aufgefasst, die im Rahmen der frühkindlichen Identitätsentwicklung verinnerlicht werden und zu einem strukturellen Defizit im unbewussten Kern der Identität führen, verbunden mit einer Arretierung der für die Identitätsentwicklung notwendigen Abgrenzungs-, Differenzierungs-, Regulations- und Integrationsprozesse der Persönlichkeit (vgl. z. B. G. AMMON 1979; M. AMMON 2005; BURBIEL 2005). Internalisiert werden nicht nur Täter-Opfer-Dynamiken, sondern ganze Familiendynamiken, die dann in den therapeutischen Gruppen im Sinne des so oftmals beschriebenen Wiederholungs-

zwanges so lange ausagiert werden, bis die verinnerlichten gruppensdynamischen Probleme durch korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen verändert sind. Traumatisch bedingte Identitätsstörungen werden so als Beziehungskrankheiten verstanden, die durch wiedergutmachende, konstruktive Kontakterfahrungen im therapeutischen Feld positiv verändert werden können.

Der Behandlungsansatz in der dynamisch-psychiatrischen Klinik in Mengerschwaiqe

Dementsprechend ist die dynamisch-psychiatrische Klinik in München-Mengerschwaiqe als ein gruppensdynamisch strukturierter und dynamisierter Entwicklungsraum konzipiert, in dem sich eine Vielzahl unbewusster und bewusster Gruppensdynamiken prozesshaft gleichzeitig und nebeneinander entwickeln und zu einer Großgruppensdynamik verbinden. Um emotional korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, muss dieser gesamttherapeutische Raum sowohl konstruktiv und differenziert strukturiert als auch als Gesamtsystem mit seinen vielfältigen Elementen integriert sein. Zu diesen Elementen gehören die verschiedenen therapeutischen Methoden, die in dieses Behandlungsfeld eingebettet sind wie beispielsweise die Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, ganz besonders die Milieu psychotherapie, sowie die verschiedenen gestalterischen Gruppentherapien wie zum Beispiel die Mal-, Tanz-, Theater- und Musiktherapie, die körperbezogenen Therapien wie beispielsweise die Reittherapie und spezifisch körpertherapeutischen Gruppen, die diagnosespezifischen Gruppen, die Großgruppe.

Diese therapeutischen Entwicklungsangebote erlauben den Patienten, ihre unbewussten traumatischen Beziehungsdynamiken in ein kontrolliertes und überschaubares gruppensdynamisches Feld hinein zu agieren und zu reinszenieren und damit der therapeutischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Dabei übernehmen die einzelnen Gruppenmitglieder sowie die Gruppentherapeuten unbewusst im Rahmen der sog. Widerspiegelungsphänomene unbewusste Rollenanteile früherer Familienmitglieder. Dadurch wird es möglich im Hier-und-jetzt der Gruppe an den vergangenen Beziehungstraumatisierungen zu arbeiten. Traumatherapeutische Arbeit in unserer Klinik findet also vorwiegend in Gruppen statt.

Wichtige Elemente dynamisch-psychiatrischer Traumatherapie im stationären Behandlungsfeld

Traumatherapie als nachholende Identitätstherapie vorwiegend in Gruppen

In unserer Klinik basiert die psychotherapeutische Behandlung auf der von AMMON entwickelten und vielerorts beschriebenen 'nachholende Identitätstherapie', die durch korrigierende, konstruktiv-sozialenergetische Erfahrungen sowohl die unbewussten Identitätsdefizite als auch die gesunden Anteile, unter Einbeziehung des Unterbewussten als Ort der menschlichen Potenziale, dialektisch in den Heilungsprozess einbezieht (AMMON 1982). Durch die Identitätstherapie soll die defizitäre Struktur nicht nur stabilisiert, sondern ihre wichtigsten Funktionen, wie beispielsweise die Angst und Aggression, Abgrenzungsfähigkeit nach innen und außen, der Narzissmus, die Sexualität, Identität und Beziehungsfähigkeit nachentwickelt werden. Durch die Bearbeitung der Missbrauchs- und Gewaltdynamik in der Familie sollen abgespaltene Persönlichkeitsanteile in die Gesamtidentität des Patienten integriert werden. Dies geschieht, wie bereits mehrfach erwähnt, sowohl in der Einzelpsychotherapie als auch in den verschiedenen, verbalen und expressiven Gruppenpsychotherapien.

Die Frage einer Behandlung von Traumapatienten in Gruppen wird in der traumatherapeutischen Literatur kontrovers diskutiert. Gegner argumentieren, dass in Gruppen eine Gefahr der 'Retraumatisierung' durch Schilderung traumatisierender Erlebnisse durch Gruppenmitglieder bestünde oder aber Opfer und Täter hier aufeinander treffen könnten. Natürlich muss die traumatisierende Gruppendynamik mit Hilfe der gesamten Gruppe für alle Gruppenmitglieder aushaltbar sein, im therapeutischen Beziehungsfeld abgeschwächt immer wieder erlebt werden. Über die abgeschwächten Externalisierungen können lang andauernde Beziehungstraumatisierungen bearbeitet, d. h. sie können verstanden, getragen, allmählich korrigiert, gedeutet und für immer externalisiert werden. Dazu ist natürlich eine sorgfältige Strukturierung der verschiedenen Gruppen sowie des gesamtherapeutischen Raumes der Klinik unter dem Gesichtspunkt der von den Gruppenmitgliedern erlebten Traumatisierung-

gen von großer Bedeutung. Anders als in der Kindheit erleben die Patienten hier einen geschützten Gruppenraum,

- a in dem sie sich wechselseitig identifizieren und gegenseitig Schutz und Geborgenheit geben können;
- b in dem durch die Bearbeitung von Traumatisierungen anderer Patienten die eigenen Traumatisierungen wiedererinnert, die Gefühle dazu, wie beispielsweise die massive Angst und Aggression, Scham und Schuldgefühle ausgedrückt und bearbeitet werden können;
- c in dem durch die oftmals beschriebene Verstärkerwirkung der Gruppe, die in der Gruppe erlebten Gefühle intensiviert und verschüttete Gefühle wiedererlebt werden können;
- d in dem die konstruktive Rivalität der Gruppenmitglieder untereinander u. a. auch um den Therapeuten, den Gruppenprozess beleben und zurückgenommene Gruppenmitglieder aktivieren kann,
- e in dem nicht zuletzt multiple Übertragungen auf mehrere Gruppenmitglieder und dem Leiter die Intensität von Angst und Aggressionen abschwächen und Therapieabbrüche verhindert werden können. Die tragende Kraft des sozialenergetischen Feldes einer Gruppe, die wechselseitige Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen, mit denen sich die Gruppenmitglieder dann identifizieren können, die Möglichkeit des Erlebens von unterstützenden symbiotischen Beziehungen und Untergruppenbildungen, ermöglichen die Bearbeitung von übermäßig großen Gruppenängsten, wenn beispielsweise die Gruppe als Ganze in der Übertragung als die 'verfolgende Mutter' erlebt wird.

Auch Grenzerfahrungen können in Gruppen besser herbeigeführt werden und die damit einhergehenden Aggressionen und Ängste über die Vielfalt der Reaktionsmöglichkeiten der Gruppenmitglieder aufgefangen, getragen und bearbeitet werden. Die gesamte Gruppe hilft beim Entflechten von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und realen Beziehungsanteilen zwischen dem Leiter und der Gruppe und den Gruppenmitgliedern untereinander, auch wenn der Therapeut gelegentlich mehr oder weniger bewusst in der Gegenübertragung agiert (HIRSCH 1997).

Aufbau tragfähiger therapeutischer Beziehungen zum behandelnden Team

In der Anfangsphase geht es zunächst um den Aufbau einer tragfähigen, wertschätzenden therapeutischen Beziehung bzw. eines tragfähigen sozialenergetischen Feldes im Hier-und-jetzt. Wichtig ist die Förderung von

direktem, empathisch getragenen Kontakt im Hier-und-jetzt zwischen Therapeut und Patient und zwischen den Patienten mit möglichst wenigen Übertragungsdeutungen. Der Aufbau von sicherheitsgebenden und zuverlässigen Beziehungen sind grundlegende Voraussetzungen dafür, dass sich der Patient auf seine frühen Traumatisierungen einlassen kann, zur Spannungsreduktion und Entlastung gehören aber auch Verspieltheit, Flexibilität, Humor und Lachen im therapeutischen Kontakt. Gerade in der Anfangsphase sind vor allem identitätsstützende und stabilisierende Interventionen von großer Bedeutung, worunter u. a. auch die Anerkennung der Realität des berichteten Traumas gehört, auch dann, wenn dessen Realität nicht gesichert ist.

Stationär ist ein eindeutiger Rahmen mit klarer Abgrenzung von Destruktion und zwischenmenschlichen Verletzungen und ein speziell ressourcenförderndes und Eigenverantwortung forderndes Vorgehen besonders wichtig. Dieses prägt das gesamte Milieu und die Haltung des Teams. Eine passagere medikamentöse Unterstützung kann erforderlich werden, insbesondere wenn der Patient sich in einer tiefen Depression befindet, oder so offene Grenzen hat, dass er die Kontakte in der Klinik nur schwer aushalten kann und dadurch nur eingeschränkt von der Therapie profitieren kann.

Grundsätzlich gilt, einen maximalen Kontrast zur traumatischen Situation herzustellen (vgl. AMMON 1979, WÖLLER 2006), d. h. für Sicherheit, Kontrollmöglichkeit, Transparenz und Selbstwertschutz in der Therapie zu sorgen.

Die Arbeit mit den gesunden Identitätsanteilen des Patienten (Ressourcenorientierung)

Von ganz besonderer Bedeutung im Rahmen der Identitätstherapie ist die Arbeit mit den gesunden Identitätsanteilen, wozu die Bewusstmachung, Förderung, Stärkung und insbesondere Wertschätzung der gesunden Identitätsanteile der Patienten sowie die Entdeckung kreativer Potenziale und bisher noch nicht genutzter Möglichkeiten gehören. Diese Ressourcenorientierung ist durchgehend Anteil unserer therapeutischen Haltung im Kontakt zu unseren Patienten, da nur auf der Grundlage einer stabilisierten Identitätsstruktur auch die Bearbeitung der schweren Traumatisierungen möglich wird.

Dazu gehören beispielsweise die Selbstwertstärkung, die Stärkung der Alltagskompetenz, die Akzeptanz und Wertschätzung konstruktiver Eigenschaften der Patienten, wie beispielsweise ihre Haltung, ihre Ethik, ihre Solidarität, ihr Verantwortungsgefühl, ihre sozialen Kompetenzen, ihr Mitgefühl für andere Patienten, ihre Fantasien, kurzum all das, was 'einen Menschen zum Menschen macht' in seiner Einzigartigkeit, Liebenswürdigkeit, in seinem Engagement für Ziele außerhalb der eigenen narzisstischen Bestätigung. Dazu gehören auch Lebensstilentwürfe, Ziel- und Sinnorientierungen im Leben, Zukunftsperspektiven, Copingstrategien, nützliche Abwehrmechanismen, positive Lebenserfahrungen, Resilienzfaktoren usw..

Gesunde Identitätsanteile werden aus der psycho- und gruppodynamischen Sicht der Dynamischen Psychiatrie als zwischenmenschlich bereits sehr früh sich entwickelnde Kontakt- und Beziehungsfunktionen aufgefasst und in ihrer Dynamik zur Gesamtidentität des Patienten betrachtet. Je nach der Qualität der Beziehungsdynamiken zu den bedeutungsvollen Personen der frühen und späteren Lebenszeit können sich die Entwicklungspotenziale des Menschen mehr konstruktiv, destruktiv oder defizitär entwickeln (vgl. FABIAN 2008). Gefordert werden muss hier eine ausführlich durchgeführte Gesundheitsdiagnostik.

Das multimodale milieutheraeutische Behandlungskonzept der dynamisch-psychiatrischen Klinik in Mengerschwaige

In dem gesamttherapeutischen Behandlungskonzept der Klinik in Mengerschwaige hat die psychoanalytische Milieuthherapie ihren besonderen Stellenwert. Ziel der Milieuthherapie ist es, den Patienten kompensatorische emotionale Erfahrungen zu ermöglichen im Sinne eines 'Repeat-and-repair', d. h. eine Verbesserung des Selbstwertgefühls, der zwischenmenschlichen Fertigkeiten, der Kontakt- und Gruppenfähigkeit, des sozialen Verhalten, der Arbeitsfähigkeit, der Kreativität und Identität. Fragen der Lebensplanung, des Lebensstils und der Lebensqualität sind ebenfalls zentrale Aspekte der milieutheraeutischen Arbeit.

Durch die Zentrierung auf das Projekt, auf die zwischenmenschlichen Kontakte und Auseinandersetzungen um das Projekt wirkt die Gruppe antiregressiv. Jeder Patient kann seine eigenen Fähigkeiten einbringen, arretierte konstruktive Funktionen, Hobbys und Interessen mobilisieren

und integrieren, sowie auch neue Potenziale stimulieren. Die therapeutische und gruppodynamische Arbeit erfolgt im direkten Kontakt im Hier-und-jetzt sowohl zum Team als auch zu den Mitpatienten. Verschiedene Rollen (z. B. Projektleiter, Schatzmeister) können erprobt, Selbst- und Fremdwahrnehmung miteinander verglichen werden.

Für Patienten mit Traumatisierungserfahrungen sind auch die Gestaltungstherapien wie die Mal-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie, auf Körperebene auch die Körperpsychotherapien von besonderer Bedeutung. Neben der Darstellung leidvoller und pathologischer Erfahrungen kann sich über die bildnerischen, körperlichen, tänzerischen Darstellungen das kreative Potenzial, das grundsätzlich jedem Menschen zur Verfügung steht, entfalten.

Die Erfahrung der eigenen konstruktiven Persönlichkeitsanteile bedeutet auch, der traumatischen Vergangenheit und den damit verbundenen Gefühlen nicht wehrlos ausgeliefert zu sein, sondern ihnen neue Denk- und Lebensmöglichkeiten entgegensetzen zu können. (KRESS, BIHLER 2007, S. 70)

Die Erfahrung eigener Kreativität ist nach AMMON immer ein Beziehungsgeschehen und kann auch aus diesem nicht herausgelöst werden. Daher finden unsere kreativierenden Therapien immer in einem Gruppenkontext unter Leitung eines oder mehrerer erfahrener Therapeuten statt. Wichtig ist die Integration der in diesen Gruppenpsychotherapien gewonnenen Erfahrungen in die mehr verbalen Therapien.

Die Traumastabilisierungsgruppe

Die Traumastabilisierungsgruppe ist bereits seit vielen Jahren in der Klinik in Mengerschwaige eingeführt bei Patienten, bei denen eine posttraumatische Symptomatik, v. a. Intrusionen und affektive Instabilität im Vordergrund stehen (WOLFRUM 2005). Die Gruppe ist gemischtgeschlechtlich, es nehmen ca. 8-12 Patienten teil. Nach einer Achtsamkeitsübung werden Imaginationsübungen durchgeführt und die Erfahrungen der Teilnehmer im Anschluss in der Gruppe besprochen. Bei den angebotenen Verfahren handelt es sich um eine Modifikation von Übungen, wie sie im deutschsprachigen Raum vor allem von REDDEMANN und SACHSSE (1997), REDDEMANN (2001), HUBER (2003) und SACHSSE (2004) beschrieben wurden.

Ziel ist es, unter eigener Kontrolle gute innere Bilder zu entwickeln, die es den Patienten ermöglichen, positive Gegengewichte zu den oft

grauenhaften Bildern ihrer traumatischen Erfahrungen zu entwickeln. Neben sicherheitsstärkenden Übungen wie z. B. der 'innere sichere Ort', die 'Lichtstromübung', 'Baumübung', 'Gepäck ablegen', 'innere Helfer', 'innere Familie' werden auch Distanzierungsübungen wie z. B. die 'Tresorübung' und die 'Beobachertechnik' durchgeführt. Diese imaginativen Übungen ermöglichen eine (Re-)Aktivierung innerer Ressourcen, die oftmals an kindliche, rettende Fantasien in Zeiten massiver Bedrohung anknüpfen. Die immer schon vorhandene Fähigkeit zur Dissoziation kann der Patient selbstbestimmt für sich nutzbar machen. Sie eignen sich ausgezeichnet, um gute innere Objekte zu aktivieren, eine Selbstberuhigung und Selbsttröstung herbeizuführen und um gute Körperzustände herzustellen. So wächst die Fähigkeit, selbst etwas bewirken zu können, eigene Gefühle zu regulieren, und insgesamt damit das Vertrauen zu sich selbst. Zusätzlich werden regelmäßig Informationen über das Krankheitsbild, Umgang mit den Symptomen und über Behandlungsmöglichkeiten vermittelt, was zusätzlich der Beruhigung und Angstreduktion dient. Die in der Gruppe gemachten Erfahrungen können dann in der Einzelpsychotherapie vertieft und optimiert werden. Es ist immer wieder erstaunlich zu beobachten, wie kreativ die Patienten ihre Bilder entwickeln und wie sehr sie sich in der Nachbesprechung gegenseitig unterstützen können.

Stabilisierung und strukturelle Nachentwicklung im Rahmen der Identitätstherapie

Die Arbeit an den Identitätsdefiziten durch Arbeit an den Identitätsgrenzen, dort wo der Patient in der frühen Kindheit während der prozessualen Abgrenzung aus der Primärgruppensymbiose und den traumatisierenden Erfahrungen verletzt, arretiert oder gar nicht erst wahrgenommen wurde, ist Bestandteil der nachholenden Strukturarbeit. Patienten werden natürlich durch Erlebnisse und Erfahrungen im gruppenspezifischen Milieu mit den Teammitgliedern und anderen Patienten im Rahmen von Übertragungen an eigene traumatische, vor allem familiäre Erlebnisse erinnert.

Von entscheidender Bedeutung ist hier die direkte Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung und Widerstand im Hier-und-jetzt der therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der familiären Traumatisie-

rungen. Dabei handelt sich in der Regel nicht um neurotische sondern um symbiotischen Übertragungsprozesse und dementsprechend auch um symbiotische Widerstandsprozesse so wie AMMON (1982) dies beschrieben hat. Entscheidend für die erfolgreiche Arbeit am symbiotischen Widerstand ist, dass der Patient sich nach und nach innerlich von der interpersonalisierten destruktiven Dynamik der Primärgruppe löst und beginnt, eigene Identitätsschritte zu entwickeln. Das Prinzip beruht darauf den Patienten im Sinne einer gelingenden Identitätsentwicklung 'etwas besseres als das Symptom anzubieten' (AMMON 1982, S. 370). Bei strukturell sehr schwach entwickelten Patienten sollte dabei eher abgrenzend gearbeitet werden, in dem Sinne, dass nur so viel an traumatischem Material zugelassen wird, als der Patient im Moment verarbeiten kann, ohne retraumatisiert zu werden. Die Handhabung von Übertragung, Gegenübertragung, Agieren und Mitagieren, sowie das Problem des Enactments gerade bei der Behandlung schwer beziehungsgestörter und traumatisierter Patienten erfordert daher vom Therapeuten besonders viel Können und Erfahrung.

In der Gruppenpsychotherapie wird das verinnerlichte Täter-Opfer-Schema reaktiviert, mit dem Ziel, dass die Spaltung der verinnerlichten Beziehungsdynamik zwischen Täter und Opfer aufgehoben wird, der Patient sich sowohl mit dem Opfer als auch mit dem Täter identifizieren kann, als Voraussetzung für die Möglichkeit einer Integration durch die Erkenntnis, dass Liebe und Hass miteinander vereinbart werden können. Die alleinige Identifizierung mit dem Opfer und die Projektion des Täters nach außen hilft dem Patienten nicht, diese Spaltung aufzugeben. Dabei ist besonders die Erfahrung und Sensibilität des Therapeuten gefordert, diese Prozesse regulativ zu steuern. Die Gruppen gehen erfahrungsgemäß damit sehr sensibel vorsichtig, achtsam und fürsorglich mit dem im Zentrum stehenden Patienten um.

Zu erwähnen ist, dass im Rahmen der Identitätstherapie nicht direkt am Symptom sondern an den hinter der Symptomatologie liegenden Identitätsangst und Verlassenheitsangst und -aggressionen gearbeitet wird und diese vom Therapeut und der Gruppe im Sinne des Containments (WINNICOTT 1974) aufgefangen und getragen wird. Zu frühe Interpretationen sollten vermieden werden, da hier die Verlassenheitsangst des Patienten nur verstärkt werden würde.

Während des Trennungsprozesses aus der Gruppe werden frühe, meist unverarbeitete Verlust- und Trennungserfahrungen des Patienten mobilisiert und Trennungswiderstände, wie z. B. Rückgängigmachen bereits erfolgter Entwicklungen, aufgebaut. Einer erfolgreichen Trennungsbearbeitung gelingt es, erreichte Ziele der Therapie in die Identität des Patienten zu integrieren und nicht erreichte Entwicklungen abzugrenzen.

Die gruppodynamische Arbeit mit dem Team und deren Supervision

Der Chefarzt und sein Leitungsteam sind täglich aufgefordert, das gruppodynamische Geschehen der Klinik in Richtung auf ein veränderungswirksames Feld hin zu korrigieren. Es muss vor allem auf die unbewussten gruppodynamischen Prozesse geachtet werden, die sich sowohl innerhalb des Teams als auch innerhalb der Patientengruppen sowie zwischen den verschiedenen Gruppen und auch zwischen Team und Patienten aufbauen können. Als methodisches Rüstwerk kann hier auf die Grundprinzipien der analytischen Gruppodynamik und deren methodischer Handhabung zurückgegriffen werden.

In den zwei mal wöchentlich stattfindenden Kontrollgruppen des Teams werden arretierte Gegenübertragungs- und Widerstandsprozesse, aber auch Spaltungs- und Splittingsdynamiken, Probleme der Nähe- und Distanzregulation und dissoziative Gruppenprozesse/Untergruppenbildung über die sog. Widerspiegelungsdynamiken im Team bearbeitbar. Die tägliche gruppodynamische Arbeit im Team besteht in der ständigen Vernetzung der Mitglieder untereinander, so dass keine 'Kontaktlöcher' entstehen, in die gefährdete Patienten fallen können und in ihrer Gefährdung nicht ausreichend wahrgenommen werden. Ebenso notwendig ist die Vernetzung von ganzen Gruppen, die sich vom Gesamtmilieu abspalten. Zu beobachten sind auch identitätsabwehrende Prozesse im Team aus Abwehr eigener Identitätsängste wie z. B. Flucht in den Autonomie- bzw. Abhängigkeitskonflikt mit dem Leitungsteam und dem Chefarzt, Rivalitäts-, Eifersuchts- und Neidprozesse innerhalb des Teams sowie den Patienten gegenüber.

Wegen den intensiv sich entwickelnden symbiotischen Gegenübertragungs- und Übertragungsprozessen ist die Grenzarbeit mit dem Team zur Vermeidung projektiver Identifikations- und Abspaltungsprozessen gegenüber den Patienten von ganz besonderer Wichtigkeit. Vor allem nega-

tive Gegenübertragungen sowie deren Handhabung sind Gegenstand der täglichen Supervisionsarbeit im Rahmen der für jeden Therapeuten angebotenen Einzel- und Gruppensupervision. Die Klinik arbeitet gruppendynamisch stark präventiv orientiert, um psychotische, affektüberschwemmende und auch suizidale Prozesse vorzubeugen.

Abschluss

Das dynamisch-psychiatrische Behandlungskonzept als ein gruppendynamisch-analytisch fundierter ganzheitlicher Ansatz ist offen für die Integration von Behandlungselementen anderer therapeutischer Ansätze, allerdings mit dem Anspruch, dass diese nicht eklektisch den bereits bestehenden therapeutischen Modulen zugeordnet, sondern in das Gesamtbehandlungssystem integriert werden. Dazu gehört beispielsweise die therapeutische Arbeit in der Stabilisierungsgruppe mit ihren imaginativen und ressourcenorientierten Übungen. Interessant sind auch Konzepte der Ego-State-Therapie (WATKINS et al. 2003), basierend auf dem Konzept der Ich-Zustände von Paul FEDERN (1952), einer Arbeit, die unserer Identitätstherapeutischen Arbeit mit ihren zersplitterten und fragmentierten Strukturen verwandt ist und in ihrer strukturierten Form gerade für dissoziativ gestörte Patienten sinnvoll eingesetzt werden kann. Abgespaltene, verinnerlichte Beziehungsmuster und Identitätsanteile, z. B. das verlassene, traumatisierte Kind, destruktive Anteile, können so im Rahmen einer direkten Kontaktarbeit zwischen Therapeut und Patient wieder in die Identität des Patienten integriert werden. Die in jüngster Zeit veröffentlichte traumatherapeutische Arbeit von SACK und seinen Mitarbeitern im Rahmen der sog. 'schonenden Traumatherapie' (SACK 2010) gibt sicherlich wichtige und wertvolle Anregungen auch für unsere Arbeit.

Die Ergebnisse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit der Klinik werden seit ihrem Bestehen kontinuierlich überprüft, und wurden kürzlich in einem Gutachten durch die Mannheimer Forschungsgruppe evaluiert. Das Gutachten gibt empirische Unterstützung für unsere klinische Erfahrung, dass die von uns durchgeführte dynamisch-psychiatrische Arbeit ein wirksames Behandlungssetting besonders für schwer bindungs- und beziehungs-traumatisierte Patienten darstellt.

Summary

Based on the work of FREUD and FERENCZI, psychoanalysis is understood to be a traumatological science from its very beginning.

In nearly all trauma therapeutic approaches trauma therapeutic work, starting with first attempts by JANET, is divided into three phases: stabilisation, trauma confrontation and reintegration. However, most trauma therapeutic approaches are working predominantly single therapeutically. Working with groups takes place, if at all, only within the framework of training or psycho-educative groups.

Patients with severe structural disorders are treated at the hospital in Mengerschwaige since more than thirty years, especially patients with serious and chronic relation and attachment traumata often combined with physical and also sexual violence.

A chronic attachment and relation trauma is, seen from the perspective of the authors, a complex, mainly destructive deficient group dynamic process, internalised during the identity development of early childhood, leading to a structural deficit within the unconscious core of identity, combined with an arrest of processes regarding demarcation, differentiation, regulation, and integration, essential for identity development.

The trauma associated symptoms, especially the dissociative symptoms, e. g. personality traits and acting, are seen on the one hand as strategies to overcome traumatic affects, or a direct expression of traumatic stress, but on the other hand as a re-staging of primary group dynamics as a direct message/information to the therapist and the group.

The traumatically caused identity disorders are understood as relation diseases which can only be repaired and positively changed through compensatory, constructive contact experiences within a therapeutic setting.

The hospital in Mengerschwaige is designed as a multi-dimensional, group dynamic, and social energetic structured dynamic space for development where numerous unconscious and conscious group dynamics develop in a process, parallel and at the same time, but conjoin also into the great group dynamics. To facilitate a retrieving identity therapy, this therapeutic space as a whole has to be both, structured in a constructive

and differentiated way, and as a complex system integrated with its manifold elements.

Belonging to the latter are various therapeutic methods, for instance the single and group psychotherapy, the milieu therapy, the different expressive group therapies like art, dance, theatre, and music therapy, the body oriented therapies like horse-riding therapy and the specific physiotherapeutic groups, the diagnosis specific groups, the great group, the different supervisory elements, and especially team work.

Important trauma therapeutic elements within the framework of the hospital treatment are discussed: first the specific possibilities of group therapy; different from their childhood the patients experience here a secure, well structured space built by a group, where they are able to identify themselves mutually, giving each other shelter and security but where as well, through weakened externalisations, their often long-lasting relation traumata can be remembered, related feelings like horrendous anxiety and aggression, shame and feeling of guilt expressed, and worked through.

Another important element is the construction of reliable therapeutic relations to the attending team or rather a stable social energetic field in the here and now. Important is the encouragement of direct contact defined by empathy to the therapist and between the patients with as little interpretations of transference as possible. Fundamental is the guarantee of internal and external security and a well defined framework with demarcation of destruction. Furthermore of utmost importance is the work with healthy identity parts and resources in the various groups. Awareness, encouragement, invigoration, and in particular appreciation of the healthy identity parts of the patients, together with the discovery of creative potentials and not yet used possibilities is here essential, because only on the basis of a stabilised identity structure severe traumata can be treated.

A component of the retrieving work with structure is the post-development of the most important identity functions, e.g. anxiety and aggression, demarcation inwards and outwards through the identity therapy. Furthermore, another component is the work on identity deficits by working on the boundaries of identity, there, where a patient in early childhood, during the process of demarcation from symbiosis of the primary

group, and with traumatising experiences was injured, arrested or not even perceived.

The management of transference and counter-transference, acting and co-acting plus the problem with re-enactment especially regarding the treatment of serious relation-disturbed and traumatised patients demands particularly great competence and experience of the therapist as well as the ability of attachment through detachment.

An important goal of the treatment of sexual abuse and violence dynamics is to neutralise the separation of the internalised relation dynamics to one or several offenders and one victim. That requires that patients are able to identify themselves with both, the victim and the offender by opening the possibility of integration through the insight that love can be reconciled with hate.

The day-to-day group dynamic work with the team consists of continual networking between the members by paying attention to counter-transference, resistance, and mirroring processes. Working on boundaries with the team is of utmost importance due to the intensely developing symbiotic transference and counter-transferences, to avoid projective identification and splitting-off processes towards the patients.

Negative counter-transferences plus their management in particular are subject of the daily supervision work under the existing single but also group supervision for each therapist.

One possibility for further development of dynamic psychiatric trauma-therapeutic therapy would be, inter alia, a debate on approaches of the so called ego state therapy. Their approach with the emphasis on fragmented structures is similar to our identity-therapeutic work, and could be applied reasonably especially on dissociative disturbed patients.

Literatur

- Ammon, G. (1971): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe; S. 12-36. In: G. Ammon (Hg.): Gruppendynamik der Kreativität. Berlin: Pöhl.
- (1976): Das Borderline-Syndrom – Ein neues Krankheitsbild. *Dyn. Psychiat.* 9:317-348.
- (1979): Kindesmisshandlung. München: Kindler TB.
- (Hg.) (1982): Hdb Dynam. Psychiatrie; Bd. 2. München: Reinhardt.
- Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepenstroh, D. (1982): Behandlungsmethodik und Widerstand von der traditionellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie; S. 351-406. In: →G. Ammon (1982)

- Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Marsen, B. (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten; S. 295-363. In: G. Ammon (Hg.): Hdb Dynam. Psychiatrie; Bd. 1. München: Reinhardt.
- Ammon, M. (2005): Aspects of trauma, attachment, and personality development in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. *Dyn. Psychiatrie* 38:149-190.
- Beckrath-Wilking, U. (2004): Integration psychodynamisch-imaginativer Traumatherapie in ein psychoanalytisch orientiertes Konzept stationärer Psychotherapie. In: *Psychiat Prax* 31: 88-90
- Burbiel, I. (2005): Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiatrie* 38:210-225.
- Fabian, E. (2008): Die Arbeit mit den konstruktiven Anteilen (Ressourcen) bei Borderline-Patienten in der Klinik Mengerschwaige. *Dyn Psychiatrie* 41:243-256.
- Fairbairn, W. (1957): *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge Kegan.
- Federn, P. (1952): *Ego Psychology and the Psychoses*. New York: Basic Books.
- Ferenczi, S. (1982): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind: Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft; S. 303-313. In: S. Ferenczi (Hg.): *Schriften zur Psychoanalyse*; Bd. 2. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Fischer, G. (2000): *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT*. Heidelberg: Asanger.
- Freud, S. (1999): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW5. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Guntrip, H. (1969): *Personality structure and human interaction*. New York: Int. Univ. Press.
- Herman, J. (1993): *Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Hirsch, M. (1997): *Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt*. Göttingen: Vandenhoeck Ruprecht.
- Huber, M. (2003): *Trauma und Traumabehandlung. Teil 2: Wege der Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Janet, P. (1889): *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Kernberg, O. (1967): Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 15:641-685.
- Klein, M. (1972): *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Hamburg: Rowohlt.
- Kohut, H. (1973): *Narzissmus*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Kress, G.; Bihler, Th. (2007): Die Arbeit mit Traumata in der Maltherapie. *Dyn. Psychiatrie* 40:69-100.
- Neuner, F. (2008): Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18:109-118.
- Paris, J. (2000): Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: O. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg.): *Hdb d Borderline-Störungen*; S. 159-166. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Reddemann, L. (2001): *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer.
- (2004): *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Reddemann, L.; Sachsse, U. (1997): Traumazentrierte Psychotherapie. Teil 1: Stabilisierung. *PTT - Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie* 3:113-147.
- Sachsse, U. (2004): *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Sack, M. (2010): *Schonende Traumatherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Van der Hart, O.; Steele, K.; Boon, S.; Brown, P. (1995): Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerden und Integration. *Hypn. Kogn.* 12:34-67.

- Watkins, J.; Watkins, H. (2003): *Ego-States - Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl Auer.
- Winnicott, D. (1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.
- Wolfrum, G. (2005): Experiences with trauma-therapeutic stabilizing techniques in the treatment concept of the dynamic-psychiatric clinic Mengerschwaike. *Dyn. Psychiatrie* 38:349-375.
- Wöller, W. (2006): *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch-integrative Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.

Pharmakotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nadine Schaaff, Emanuel Severus, Hans-Jürgen Möller, Norbert Müller (München)

In recent years there is growing interest in research and management of Borderline Personality Disorder (BPD). Progress has been made in cognitive behavioural and psychodynamic therapy programmes that show their effectiveness. To date only a few placebo-controlled psychopharmacological studies have been conducted in BPD, although drug treatment is often used in clinical practice. Aim of this article is to review evidence-based studies for psychopharmacological interventions. These very limited data show that psychopharmacological interventions can be useful as add-on strategy to psychotherapy to reduce symptoms of affective dysregulation, behavioural dyscontrol and cognitive perceptual symptoms. Larger clinical trials with representative patient samples are necessary to confirm these preliminary data.

Keywords: borderline personality disorder, pharmacotherapy, antidepressants, antipsychotic, antiepileptics

Einleitung

Das Interesse an der Erforschung des Erkrankungsbildes der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) hat sich in der letzten Zeit deutlich vergrößert. Die hiervon betroffenen Patienten stellen ein großes Kollektiv sowohl in der ambulanten Versorgung (15%) psychiatrischer Patienten als auch im stationären Sektor dar (25%). Die Inzidenzrate in der Bevölkerung wird mit 1-2% angegeben (1, 2). Bei Akutpatienten bilden sie fast die Hälfte aller psychiatrischen Patienten mit Suizidversuch (3). Häufig stellen diese Patienten sowohl auf Grund der Schwere des Krankheitsbildes als auch auf Grund der die Erkrankung charakterisierenden Symptome für Therapeuten eine große Herausforderung dar.

Auf der Ebene der Psychotherapie haben sich in den letzten Jahren sowohl bei tiefenpsychologisch fundierten als auch verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren große Innovationen ergeben. Mit der Einführung der dialektisch-behavioralen Therapie 1993 hat sich Marscha LINEHAN große Verdienste in der Therapie aber auch Wertschätzung und Verständnisbildung für diese Patientengruppe erworben. Zudem zeigen auch

die Schematherapie nach Jeffrey E. YOUNG sowie tiefenpsychologische Verfahren wie die übertragungsfokussierte Therapie (TFP) als auch die Mentalisierungsgestützte Psychotherapie nach BATEMAN and FONAGY vielversprechende Ergebnisse in den bisherig durchgeführten Studien (4...11).

Der hier vorliegende Artikel soll sich mit den psychopharmakologischen Therapieinterventionen bei der BPS beschäftigen. Pharmakologische Studien, insbesondere aussagekräftige doppelblinde und placebo-kontrollierte Studien zur BPS sind, im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen, bisher in vergleichsweise geringer Anzahl vorhanden. Dies scheint aufgrund der ökonomischen Bedeutung hinsichtlich der Behandlungskosten und dem doch großen Leidensdruck der Patienten auf den ersten Blick verwunderlich zu sein. Es mag jedoch der Tatsache geschuldet sein, dass Patienten mit BPS, so zumindest oftmals der klinische Eindruck, häufig eine große Therapieresistenz gegenüber psychopharmakologischen Interventionen zeigen, trotz einer Vielzahl von verordneten Medikamenten unterschiedlicher Substanzgruppen, die auch in ausreichend hoher und langer Dosierungen, nicht selten in Kombination, Anwendung finden.

Kernsymptome der Borderline-Störung beinhalten die Affektregulationsstörung, Störungen der Impulsivität und instabile Beziehungsmuster. Zudem spielen chronisch-suizidales Verhalten als auch Selbstverletzungen eine große Rolle in der Behandlung der Patienten. Die Suizidrate bei der Patientengruppe liegt bei ca. 10% und ist damit 50-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (12, 13). Für eine pharmakologische Therapie wären Verbesserungen, zum einen auf Symptomebene, jedoch auch im globalen Funktionsniveau erstrebenswert, nicht zuletzt um die Voraussetzungen für die Durchführung einer effektiven Psychotherapie zu schaffen. Vor allem dem Management suizidalen Verhaltens kommt hierbei eine herausragende Rolle zu, da erst die Bewältigung dieses erlaubt, eine konsequente Psychotherapie durchzuführen. Ein weiterer wesentlicher Faktor stellt hierbei auch die Behandlung der komorbiden Erkrankungen dar. Die Patienten zeigen unter anderem hohe Komorbiditätsraten mit affektiven Erkrankungen, Angststörungen und Suchterkrankungen (16). Eine adäquate Therapie dieser Komorbiditäten, insbesondere auch mit Psychopharmaka, die zudem eine positive Wirkung auf die

Symptome der Borderline-Störung aufweisen wäre diesbezüglich außerordentlich sinnvoll.

In diesem Artikel wollen wir uns der aktuellen Datenlage bezüglich der einzelnen psychopharmakologischen Substanzklassen bei der Therapie der BPS widmen und deren Wirksamkeit nachfolgend diskutieren. Dabei wollen wir zunächst einzelne kontrollierte Studien betrachten, sowie Ergebnisse von Metaanalysen und Richtlinien vorstellen und hier insbesondere auf die Guidelines der World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBS) Bezug nehmen. In dieser Klassifikation wurden bezüglich der Wirksamkeit der Medikamente vier Stufen vergeben (good, fair, minimal research based-evidence, expert opinion based) (17).

Behandlung mit Antidepressiva

Behandlung mit Tricyklischen Antidepressiva (TCA)

Bei der medikamentösen Behandlung mit TCAs wurden Amitriptylin, Desipramin und Imipramin in randomisierten klinischen Untersuchungen untersucht. 1989 behandelten SOLOFF und Kollegen 90 stationäre Borderline-Patienten über fünf Wochen mit Amitriptylin (mittlere Dosis 149mg/d) im Vergleich zu Haloperidol (mittlere Dosis 4,8mg) und Placebo. Als Ergebnis zeigte sich eine Überlegenheit von Amitriptylin gegenüber Placebo in der Reduktion von depressiver Symptomatik, feindlichem Verhalten und Verbesserung der Selbstkontrolle. Interessant hierbei ist, dass sich die Kernsymptome der Hamilton-Depressions-Skala unter Amitriptylin nicht veränderten, sondern sich die Besserung vielmehr in assoziierten Symptomen wie Tagesschwankungen, paranoiden Symptomen, Gefühlen der Hoffnungs- und Wertlosigkeit und Zwangssymptomen auf der Hamilton-Skala zeigte. In dieser Studie war eine komorbide depressive Episode ohne psychotische Symptome als Einschlusskriterium erlaubt. Das Ansprechen auf Amitriptylin war hierbei allerdings unabhängig von dem eventuell gleichzeitigen Bestehen einer komorbiden depressiven Episode. Amitriptylin war jedoch insgesamt der Behandlung gegenüber Haloperidol in dieser Untersuchung unterlegen in Symptomen wie Feindlichkeit, Impulsivität und globalem Funktionsniveau und zeigte auch keine bessere Wirksamkeit bezüglich depressiver Symptomatik (18).

In einer anderen Studie von LINKS und Kollegen von 1990 wurde Desipramin (mittlere Tagesdosis 162,5 mg/d) im Vergleich zu Lithium und Placebo bei ambulanten Patienten untersucht. In dieser Untersuchung wies Desipramin keine Überlegenheit gegenüber Placebo bei Symptomen wie Depression, Ärger und suizidalem Verhalten auf (17).

Behandlung mit Monoaminoxidase-Hemmern (MAOs)

Bezüglich der Effektivität von MAO-Hemmern bei der Borderline-Störung wurden drei placebo-kontrollierte Studien durchgeführt. COWDRY und GARDNER fanden in einer Untersuchung von 1988 positive Effekte für Tranylcypromin (mittlere Tagesdosis 40mg/d), welches mit Alprazolam, Carbamazepin, Trifluoperazin und Placebo verglichen wurde. Es zeigte sich eine Besserung bei depressiven Symptomen, Angst und Gefühl der Ablehnung im Vergleich zu Placebo (19). Zudem reduzierte Tranylcypromin auch die Schwere von Impulsivität und Suizidgedanken, zeigte aber wenig Effekte bei der Verhaltensdysinhibition.

In einer anderen Untersuchung von PARSONS von 1989 wurde der irreversible MAO-Hemmer Phenelzine (mittlere Tagesdosis 60mg/d) im Vergleich zu Imipramin (mittlere Tagesdosis 200mg/d) und Placebo untersucht. Auf der klinischen 'Global Impressions of Improvement scale' (CGI-I) zeigte die Behandlungsgruppe mit Phenelzine eine 89% Response-Rate im Vergleich zu Imipramin mit 31% und 20% Placebo (20).

SOLOFF und Kollegen hingegen untersuchten 1993 Phenelzine (mittlere Tagesdosis 60,45 mg/d) im Vergleich zu Haloperidol (mittlere Tagesdosis 3,9mg/d) und Placebo in einer fünf-wöchigen Untersuchung bei stationären Borderline Patienten, die komorbide depressive Symptomatik aufwiesen. Als Ergebnis wiesen die Patientengruppe mit Phenelzine auf Selbstratingskalen geringere Punktwerte für Ärger und Feindlichkeit auf. Keine Unterschiede zeigten sich bei der Reduktion von atypischer Depression (21).

Behandlung mit selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (SSRI)

1994 wurde von SALZMAN und Kollegen eine der ersten placebo-kontrollierte Studien mit SSRI bei ambulanten Patienten mit BPS durchgeführt. Der Beobachtungszeitraum betrug 13 Wochen mit einer mittleren Ta-

gesdosis von 40mg/d. In der Fluoxetingruppe zeigten sich Besserungen bei den Symptomen Ärger und Depression, sowie im globalen Funktionsniveau (22).

Eine weitere Untersuchung wurde mit dem SSRI Fluoxetin 1997 von COCCARO und KAVOUSSI bei 40 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen für zwölf Wochen durchgeführt. Bei der Gesamtgruppe der Patienten zeigten sich positive Effekte für Aggressionsscores, Feindlichkeit und globalem Funktionsniveau im Fluoxetin-Arm, nicht aber bei Placeboeinnahme gegenüber Baseline (23).

RINNE und Kollegen untersuchten 2002 die Wirksamkeit von Fluvoxamin (mittlere Tagesdosis 166 mg/d) versus Placebo in einer Gruppe von 38 Patientinnen mit BPS. Ein Drittel der Patienten wiesen komorbide Angst- oder depressive Erkrankungen auf. Der Untersuchungszeitraum war auf sechs Wochen angelegt. Es zeigten sich in der Verumgruppe signifikante Besserungen gegenüber Placebo bei Stimmungsschwankungen, nicht aber bei Impulsivitäts- oder Aggressionsscores (24).

In einer neueren Studie von SIMPSON wurde die zusätzlich Gabe von Fluoxetin zur DBT bei 20 Patienten untersucht (25). Neun Patienten wurden zum Fluoxetin-Arm randomisiert und elf Patienten zum Placeboarm. Es war hierbei kein zusätzlicher positiver Effekt für die Verumgruppe zu detektieren.

Ergebnisse von Metaanalysen bezüglich der Therapie mit Antidepressiva bei der BPS

In der Metaanalyse von NOSÈ und Kollegen von 2006 wurden sieben Studien mit Antidepressiva eingeschlossen. Die Einnahme von Antidepressiva führte hierbei zu einer Reduktion von affektiver Instabilität und Ärgererleben (26).

Eine weitere Metaanalyse von 2009 von MERCER und Kollegen wies bei Antidepressiva positive Effekte für die Reduktion von Ärger und leichte Effekte für die Reduktion von depressiven Symptomen auf. (27)

In der Metanalyse von INGENHOVEN und Kollegen von 2010 zeigten Antidepressiva keine Wirksamkeit bei den Dimensionen kognitive und impulsive Symptome, sowie globales Funktionsniveau. Bei depressiven Symptomen fand sich bei der Abwesenheit einer depressiven Erkran-

kung ein vernachlässigbarer Wirksamkeitseffekt. Bei der Reduktion von Angst und Ärger war ein kleiner bis moderater Effekt unter Einnahme von Antidepressiva zu verzeichnen. (28)

In der Metanalyse von LIEB und Kollegen von 2010 zeigte sich kaum Evidenz für den Einsatz einer antidepressiven Therapie. Nur für Amitriptylin zeigte sich ein Effekt in der Reduktion von depressiver Symptomatik. Für Mianserin, Fluoxetin, Fluvoxamin oder Phenelzine zeigten sich keine signifikanten Effekte (29).

Zusammenfassung der Antidepressiva

Eine Dysfunktion des monoaminergen Systems und hier insbesondere des serotonergen Systems ist in zahlreichen Studien mit impulsiven und suizidalen Verhalten vergesellschaftet. Bezüglich des Pathomechanismus geht man von einer verminderten prefrontalen serotonergen Neurotransmission bei impulsiven Verhalten aus. Zudem stellen depressive Symptome ein häufiges Symptom bei der BPS dar. Vor diesem theoretischen Hintergrund wurden Antidepressiva bei dem Erkrankungsbild eingesetzt.

Die bisherigen Ergebnisse bezüglich der Effektivität in der Behandlung sind jedoch wenig vielversprechend. Es zeigten sich in den Metaanalysen leichte Effekte für die Reduktion von depressiver Symptomatik und Erleben von Ärger.

Die Datenbasis ist hierbei sehr beschränkt und basiert auf kleinen Stichproben. Auch wurden in den Studiendesigns Patienten mit komorbiden Angst- und affektiven Erkrankungen eingesetzt. Aber auch bei den Studien die komorbide Depressionen ausschlossen, zeigte sich ein Effekt auf depressive Stimmung, Angst und Stimmungsschwankungen.

Wichtig für den Kliniker ist hierbei auch zu unterscheiden ob eine ausgeprägte depressive Symptomatik vorliegt, oder ob sich in den Symptomen wie Einsamkeit, Gefühl der inneren Leere, Langeweile, dysphore Stimmungszustände die Borderline-Pathologie widerspiegelt und fälschlicherweise als therapieresistente Depression gedeutet wird (17).

Amitriptylin und Phenelzine wurden nur in einer bzw. zwei placebo-kontrollierten randomisierten Studien getestet, während sechs RCTs mit SSRIs vorliegen. Die Beobachtungszeiten lagen bei 6-14 Wochen und die Stichprobengrößen waren auf weniger als 50 Patienten pro Studie be-

schränkt. Die Tolerabilität ist für SSRI größer als bei MAO-Hemmern und tricyclischen Antidepressiva, auch weisen sie weniger Toxizitätsgefahr auf. Insbesondere bei der Verschreibung von irreversiblen MAO-Hemmern ist bei der Patientenpopulation Vorsicht angeraten, da sie durch impulsives Verhalten und oftmals niedrige Adhärenz gekennzeichnet ist.

Für eine bessere Aussagekraft bezüglich der Wirksamkeit der antidepressiven Therapie sind größere doppelblinde, placebo-kontrollierte Studien erforderlich.

Behandlung mit Neuroleptika

Einsatz von typischen hochpotenten Neuroleptika

Die Substanzklasse der Neuroleptika, insbesondere der atypischen Neuroleptika wird in der klinischen Praxis häufig bei der Behandlung der BPS eingesetzt. Frühe Studien mit hochpotenten Neuroleptika zielten bei der Behandlung vor allem auf die Reduktion der psychosenahen Symptome ab. GOLDBERG führte 1986 beispielsweise eine placebo-kontrollierte Studie mit Thiothixen (mittlere Tagesdosis 8,7mg/d) bei BPS-Patienten und Patienten mit einer schizotypen Persönlichkeitsstörung durch, die sich durch psychotische Symptome kennzeichneten. Als Ergebnis zeigte sich eine signifikante Besserung bei Symptomen wie Illusionen, Beziehungsideen, sowie Zwangssymptomen und Phobien. Keine Veränderungen zeigten sich auf der Ebene von depressiven Symptomen, Feindlichkeit, Ärger und dem globalen Funktionsniveau. In dieser Studie waren zudem hohe Drop-out-Raten zu verzeichnen (30).

In der Studie von COWDRY und GARDNER von 1988 (19), die schon bei den MAO-Hemmern Erwähnung fand, wurde Trifluoperazin (mittlere Tagesdosis 7,8mg/d), mit Tranlycypromin Alprazolam, Carbamazepin und Placebo verglichen. Trifluoperazin führte hierbei zu einer signifikanten Reduktion von Depression, Ängstlichkeit und Suizidversuchen) im Vergleich zu Placebo. Es zeigte sich jedoch keine Besserung im globalen Funktionsniveau.

Bezüglich Haloperidol wurden drei placebo-kontrollierte Studien durchgeführt. Die erste Studie wurde bereits oben dargestellt (18). Haloperidol (mittlere Tagesdosis 7,8mg/d) zeigte hierbei eine positive Wir-

kung bei depressiven Symptomen, Ärger, Impulsivität, schizotypen Symptomen und im globalen Funktionsniveau.

Die positiven Effekte wurden in einer weiteren Studie von SOLOFF von 1993 nicht repliziert. In dem Vergleich zwischen Phenelzine, Haloperidol (mittlere Tagesdosis 3,9mg/d) und Placebo in einer 5-wöchigen Untersuchung bei stationären Borderline-Patienten, die komorbide depressive Symptomatik aufwiesen, zeigte Haloperidol nur geringe und nicht signifikante Effekte auf Feindlichkeit und Impulsivität (21). In der Subgruppe der Responder wurde die Untersuchung fortgeführt (31). Hier war der Effekt im weiteren Verlauf nur noch für Irritabilität nachweisbar. Die Drop-out-Raten lagen bei 64% im Haloperidol-Arm.

Einsatz von atypischen Neuroleptika

Der Einsatz von Atypika in der Behandlung der BPS hat im klinischen Alltag eine hohe Verbreitung erfahren. Der Angriffspunkt der Medikamente manifestiert sich sowohl am Antagonismus von Dopamin-2 (D2), als auch Serotonin (5-HT)-Rezeptoren. Neben den antipsychotischen Effekten sollen sie aufgrund ihrer hohen Affinität zu 5HT1a Rezeptoren auch einen stabilisierenden Effekt auf Stimmung und Angstsymptome sowie über den Antagonismus am 5HT2a-Rezeptor auch positive Effekte bezüglich Impulsivität und Aggression aufweisen.

Olanzapin ist das bisher am besten untersuchte Atypische Neuroleptikum in der Therapie der BPS. ZANARINI und FRANKENBURG führten 2001 eine erste placebo-kontrollierte Studie bei 28 BPS-Patienten durch (mittlere Tagesdosis 5,33 mg/d). Signifikante Besserungen zeigten sich bei Angst, Paranoia, Impulsivität, Ärger und interpersonelle Fähigkeiten, nicht aber Depression. Die Studie wies hohe Drop-out-Raten auf (32).

Eine weitere placebo-kontrollierte Studie wurde von BOGENSCHUTZ und NURNBERG 2004 durchgeführt. Es wurden für 12 Wochen 40 Patienten mit BPS untersucht (5-10 mg/d). Insgesamt zeigte sich unter Olanzapin eine Besserung in der allgemeinen BPS-Pathologie und Ärger. Keine Unterschiede zeigten sich bei psychotischen Symptomen, Depression, Angst und Aggression. Auch diese Untersuchung wies hohe Drop-out-Raten auf (33).

In einem anderen Studiendesign wurden 40 BPS-Patientinnen auf die Behandlungsarme Olanzapin (mittlere Tagesdosis 3,3 mg/d), Fluoxetin

(mittlere Tagesdosis 15mg/d) und der Kombinationsbehandlung Olanzapin und Fluoxetin (mittlere Tagesdosis 3,2/12,7mg/d) verteilt. Olanzapin allein, und in Kombination mit Fluoxetin, zeigte sich überlegen bei Depression und impulsiver Aggression gegenüber dem Fluoxetin-Monotherapie-Arm. (34)

SOLER und Kollegen untersuchten 2005 Olanzapin (mittlere Tagesdosis 8,83mg/d) als Zusatztherapie zur dialektischen-behavioralen Therapie im Vergleich zu DBT und Placebo. Die Studie wurde über zwölf Wochen bei 60 Patienten durchgeführt. Die Olanzapin/DBT-Gruppe zeigte sich überlegen bei Depression, Angst und impulsiver Aggression. Ein Trend zeigte sich für Selbstverletzungsverhalten. Auch in dieser Studie waren hohe Drop-out-Raten vorhanden (35).

Eine andere Studie (36, 37) untersuchte die Wirksamkeit von Aripiprazol bei BPS-Patienten. 52 Patienten wurden über einen Zeitraum von acht Wochen untersucht (mittlere Tagesdosis 15 mg/d), zudem wurden sie über einen Zeitraum von 18 Monaten weiterverfolgt. Positive Effekte zeigten sich im Vergleich zu Placebo für Depression, Angst, Ärger, Aggressivität, Paranoia und globales Funktionsniveau im ersten und zweiten Beobachtungszeitraum.

Zur Behandlung mit Quetiapin und Risperidon liegen derzeit keine Daten von placebo-kontrollierten Studien vor.

Ergebnisse von Metaanalysen bezüglich der Therapie mit Antipsychotika bei der BPS

In der Metaanalyse von NOSÈ und Kollegen (26) wurde als Fazit für die Therapie mit Antipsychotika resümiert, dass sie zu einer signifikanten Besserung auf der Symptomebene impulsive Aggression, interpersonelle Beziehungen und globales Funktionsniveau führen.

In der Metanalyse von MERCER und Kollegen (27) fand sich als Ergebnis, dass die Substanzklasse der Antipsychotika einen mittleren Effekt auf das Symptom Ärger in der Akut- und Langzeitbehandlung zeigte. Aripiprazol wies hier einen größeren Effekt auf als andere Antipsychotika. Bezüglich Olanzapin war in den drei placebo-kontrollierten Studien eine große Diskrepanz der Ergebnisse zu verzeichnen. Die typischen Neuroleptika zeigten ebenfalls Effekte auf die Reduktion von Ärger, die Autoren wiesen hier jedoch auf die kurzen Beobachtungszeiträume hin.

Bezüglich der Reduktion depressiver Symptomatik wurden die Antipsychotika als nicht hilfreich eingestuft.

INGENHOVEN fand in seiner Metanalyse über sechs placebo-kontrollierte Studien moderate Effekte bezüglich kognitiver und Wahrnehmungssymptome. Bezüglich impulsiven Verhaltens zeigten sich keine Effekte. Auf der Symptomebene 'affektive Dysregulation' waren keine signifikanten Effekte auf depressive- und Angstsymptomatik sowie Affektlabilität nachweisbar. Bezüglich des globalen Funktionsniveaus zeigte sich ein kleiner bis moderater Effekt (28).

In der Metaanalyse von LIEB et al. (29) fand sich für Haloperidol ein signifikanter Effekt in der Reduktion von Ärger, für Fluanxol depot zeigte sich eine Reduktion von suizidalem Verhalten.

Bei den atypischen Neuroleptika fanden sich für Aripiprazol signifikante Effekte in der Reduktion von Kernsymptomen der Borderline-Pathologie wie Ärger, psychotische Symptome, Impulsivität und interpersonelle Probleme. Bei Olanzapin zeigten sich signifikante Effekte in der Reduktion von affektiver Instabilität, Ärger, psychotischen Symptomen und Angst.

Zusammenfassung der Ergebnisse der antipsychotischen Therapie

Obwohl die Daten für Antipsychotika auf größeren Studien basieren als die für Antidepressiva, ist die Datenbasis immer noch relativ klein. Erste Hinweise für einen guten zusätzlichen Effekt zeigte die Untersuchung von SOLER et al. 2005 (35), die einen Add-on-Effekt von Olanzapin auf Depressivität, Angst und impulsiv-aggressives Verhalten bei einer Stichprobe von Frauen zeigten, die mit dialektisch-behavioraler Therapie behandelt wurden. Auch zeigten sich in der ersten placebo-kontrollierten Studie zu Aripiprazol mögliche Hinweise für eine gute Wirksamkeit dieser Substanz.

Leider liegen weder zu Quetiapin noch zu Risperidon placebo-kontrollierte Studien vor, obwohl diese Substanzen im klinischen Alltag häufig bei der BPS eingesetzt werden. Auch wenn atypische Antipsychotika ein besseres Nebenwirkungsprofil als klassische Antipsychotika aufweisen, haben sie ebenfalls nicht zu vernachlässigende Nebenwirkungen, z. B. führen einige zu deutlicher Gewichtszunahme. Der Einsatz hochpotenter Neuroleptika ist aufgrund der fraglichen Wirksamkeit sowie des Neben-

wirkungsprofils (z. B. extrapyramidal motorische Symptome) sehr zurückhaltend zu handhaben (17).

Behandlung mit Stimmungsstabilisatoren und Antiepileptika

Stimmungsstabilisatoren werden im klinischen Alltag ebenfalls häufig in der Therapie der BPS eingesetzt. Bezüglich Lithium gibt es nur eine placebo-kontrollierte Studie von 2007. Hier wurde Lithium im Vergleich mit Desipramin und Placebo (mittlere Tagesdosis 985,7/162,5mg/d) untersucht. Als Ergebnis zeigten sich positive Effekte auf die Symptome Irritabilität, Ärger und Selbstverletzung im Vergleich zu Desipramin (17).

Zu Valproinsäure gibt es drei placebo-kontrollierte Studien bei der BPS. HOLLANDER und Kollegen führten die erste Untersuchung zu dieser Substanz 2001 durch. 16 BPS Patienten wurden über zehn Wochen beobachtet. Aufgrund der hohen Drop-out-Rate mit zehn Patienten sind die Ergebnisse schwer zu interpretieren. Es zeigten sich jedoch positive Gruppeneffekte für Depressions- und Aggressionsscores (38).

In der zweiten Untersuchung zu Valproinsäure wurden 30 BPS-Patienten mit einer komorbiden Bipolar-II-Erkrankung untersucht (39). Die Patienten wurden über einen Zeitraum von sechs Monaten beobachtet. Als Ergebnis zeigten sich bei mittleren Plasmakonzentrationen von 50-100µg/ml Besserungen im Vergleich zu Placebo bei den Symptomen Ärger, Feindlichkeit, interpersonelle Sensitivität und Aggressivität, nicht aber Depression.

In einer weiteren Untersuchung von Hollander wurden 52 ambulante BPS-Patienten über zwölf Wochen untersucht. Signifikante Besserungen zeigten sich auf der Ebene Aggression, Irritabilität und Depression unter Valproinsäure gegenüber Placebo (mittlere Tagesdosis 1325mg/d) (40).

Für Carbamazepin gibt es insgesamt zwei placebo-kontrollierte Studien. 1988 untersuchten COWDRY und GARDNER 16 Borderline-Patientinnen mit Carbamazepin versus Placebo. Die Verumgruppe wiesen nach sechs Wochen Behandlungsdauer eine signifikante Besserung bei Verhaltensdyskontrolle auf (19).

In einer anderen Studie von DE LA FUENTE und LOSTRA von 1994 konnten sich im Vergleich hierzu keine signifikanten Effekte bei 20 hospitalisierten BPS-Patienten für Carbamazepin nachweisen lassen (41).

Zu Lamotrigin wurde bisher nur eine placebo-kontrollierte Studie 2005

durchgeführt. TRITT und Kollegen fanden in ihrer Untersuchung nach 8-wöchiger Therapie eine signifikante Besserung von Ärger (42).

Zu Topiramate gibt es drei placebo-kontrollierte Studien. NICKEL und Kollegen führten 2004 eine erste Untersuchung über acht Wochen bei 29 BPS-Patientinnen durch. Signifikante positive Effekte ergaben sich in der Reduktion von Ärgererleben auf der State Trait Anger Expression Inventory Scale (STAXI). Ein ähnliches Ergebnis konnte NICKEL 2005 bei 42 männlichen Borderline-Patienten zeigen (43, 44).

2006 wurde eine weitere Studie von Loew und Kollegen zu bei BPS-Patienten durchgeführt. Hier waren positive Effekte für die Symptome Somatisierung, interpersonelle Sensitivität, Angst, Feindlichkeit, phobische Ängste und dem globalen Funktionsniveau zu verzeichnen (45, 46).

Ergebnisse von Metaanalysen bezüglich der Therapie mit Stimmungsstabilisierern und Antiepileptika bei der BPS

In der Metaanalyse von NOSÈ wurden sieben Studien eingeschlossen, die die Wirksamkeit von 'Moodstabilizern' bei der BPS untersuchte. Positive Effekte wurden in der Reduktion von affektiver Instabilität und Ärger gefunden (26).

Bezüglich Ärgererleben fand sich in der Metaanalyse von MERCER und Kollegen ein signifikante Reduktion unter der Behandlung von Stimmungsstabilisatoren als Gesamtgruppe in der Akutbehandlung. Bezüglich depressiver Symptomatik zeigte sich ein moderater Effekt (27).

In der Metaanalyse von INGENHOVEN fanden sich für kognitive und Wahrnehmungssymptome keine signifikanten Effekte. Bezüglich impulsiver Verhaltensdysinhibition zeigte sich hingegen ein großer Effekt. Beim Symptomcluster affektive Dysregulation war ein moderater Effekt für depressive Symptomatik zu verzeichnen, bei Angst zeigte sich ein großer und für Ärger ein sehr großer Effekt für die Substanzklasse der Stimmungsstabilisatoren. Ein großer Effekt zeigte sich ebenfalls für die Besserung des globalen Funktionsniveaus (28).

In der Metaanalyse von LIEB zeigten sich Hinweise für die Wirksamkeit von Valproat, Lamotrigin und Topiramate, nicht aber Carbamazepin. Valproat zeigte sich hilfreich in der Reduktion interpersoneller Probleme und Depression. Lamotrigin war wirksam in der Reduktion von Impulsi-

vität und Ärger. Topiramate zeigte sich hilfreich in der Reduktion von interpersoneller Probleme und Impulsivität (29).

Zusammenfassung der Ergebnisse der Therapie mit Stimmungsstabilisierern und Antiepileptika

Eine randomisierte klinische Studie mit ausreichender Fallzahl zeigte, dass Valproinsäure in der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung und anderen Cluster-B-Störungen mit hoher Impulsivität geeignet ist, Aggressivität, Impulsivität und depressive Stimmung zu reduzieren. Lamotrigin und Topiramate demonstrierten einen positiven Effekt auf Ärger und reaktive Aggressivität. In Bezug auf Lithium konnte eine kontrollierte Studie bei Patienten mit Borderline-Störung 1990 keinen klinisch relevanten therapeutischen Effekt zeigen.

Diskussion

Bis heute gibt es trotz der Häufigkeit des Erkrankungsbildes der Borderline-Störung in klinischen Therapieeinrichtungen kein zugelassenes Medikament für die Behandlung dieser Erkrankung. Die bisherige Studienlage ist durch nur eine geringe Zahl von placebo-kontrollierten randomisierten Studien gekennzeichnet, zudem oft mit nur kleinen Teilnehmerzahlen. Dies beinhaltet aus statistischer Sicht, dass die Wahrscheinlichkeit für Fehler erster und zweiter Art zunimmt. Als weiterer limitierender Faktor ist zu berücksichtigen, dass die Gesamtschwere der BPS von keiner einzigen Substanz signifikant beeinflusst werden konnte. Zudem liegen keine vielversprechenden Resultate hinsichtlich der Kernsymptome des chronischen Gefühls von Leere, Störungen der Identität als auch dem Gefühl, verlassen zu werden vor. Auch bei Suizidalität gibt es bisher keine überzeugenden Daten bezüglich der Wirksamkeit in solchen Krisen (14). Des Weiteren sind die oft eher kurzen Interventionszeiträume als auch Limitierungen hinsichtlich der externen Validität der untersuchten Patientenkollektive kritisch zu beurteilen. Auch wurden in vielen Studien Patienten mit Suizidgedanken oder kürzlichem Selbstverletzungsverhalten ausgeschlossen, was bei Kenntnis des Erkrankungsbildes nicht für eine repräsentative Patientengruppe spricht.

Der Einsatz und die Empfehlung einer medikamentösen Therapie bei

der Borderline-Störung werden derzeit auch international kontrovers diskutiert. In den englischen Guidelines zur Behandlung der Borderline-Störung (NICE-Guidelines) wird beispielsweise eine medikamentöse Behandlung des Störungsbildes und seiner Symptome wie Selbstverletzungen, Affektinstabilität, Risikoverhalten und transiente psychotische Symptome ausdrücklich nicht empfohlen (47). Eine antipsychotische Therapie wird weder in der mittelfristigen noch in der langfristigen Behandlung der Patienten angeraten. In den APA Guidelines (American Psychiatric Association Practice Guide 2001 (15)) werden im Gegensatz hierzu Antidepressiva und Antipsychotika in der symptomatischen Therapie der Borderline-Störung empfohlen. In den Übersichtsarbeiten der letzten Jahre werden der medikamentösen Therapie in der Behandlung der Borderline Störung sehr wohl eine relevante Rolle eingeräumt. Hierbei wird die Pharmakotherapie als eine adjuvante Therapie angesehen, deren Ziel es darstellt, Symptome und Verhalten zu stabilisieren, um Coping-Strategien ermöglichen zu können (48). Drei wesentliche psychopathologische Dimensionen bilden hierbei die Angriffspunkt der Pharmakotherapie: Affektdysregulation, impulsive Verhaltensdysinhibition, und Symptome der Kognition und Wahrnehmung. Theoretischer Hintergrund bildet die Hypothese, dass einige Persönlichkeitsdimensionen durch Neurotransmitter moduliert werden und man deshalb davon ausgeht, dass medikamentöse Interventionen hilfreich in der Therapie sein können.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass auf Grund der bestehenden limitierten Datenlage der symptomorientierte Einsatz von Psychopharmaka, insbesondere bei Vorliegen klinisch relevanter Komorbiditäten, gerechtfertigt erscheint, jedoch eine solche Intervention stets im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung stattfinden sollte. Zudem sollte darauf hingewiesen werden, dass von einer alleinigen psychopharmakologische Behandlung, ohne eine störungsspezifische Psychotherapie, keine nachhaltige substanzielle Besserung der Symptomatik erwartet werden kann. Weitere ausreichend gewertete, randomisierte psychopharmakologische Studien, insbesondere in Kombination mit den verschiedenen zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Interventionen, werden daher dringend benötigt.

Summary

Borderline personality disorder (BPD) is a chronic psychiatric disorder characterized by marked impulsivity, instability of mood, interpersonal relationships and suicidal behaviour that can complicate medical care. There is an evidence base for treatment using both psychotherapy and pharmacology. In the present article we like to review the current state about psychopharmacological treatment.

To date only a few placebo-controlled psychopharmacological studies have been conducted in BPD, although drug treatment is often used in clinical practice. With respect to trials with antidepressants studies did not show promising results. In meta-analysis weak effects were found for reduction of symptoms related to depression and anger. This could be partly related to small sample sizes and inclusions of patients with comorbid anxiety and affective disorders. It seems to be important to distinguish symptoms of depression from those of BPD like loneliness, feelings of emptiness, or dysphoria that could be misinterpreted as therapy resistant depression.

While add-on trials with olanzapine to psychotherapy showed good effects on depression, anxiety and impulsive-aggressive behaviour and a trial with aripiprazole also proved a positive effect, there are, to our knowledge, no trials using quetiapine and risperidone, although these two substances are often used clinically. It has to be mentioned that side effects like weight gain or metabolic problems have to be monitored carefully when using these substances. Use of first generation high potent antipsychotics cannot be recommended based on weak effectiveness in trials and side-effect profile.

Moodstabilizers such as valproate, lamotrigine and topiramate might be helpful against aggression, anger and impulsivity. Lithium did not show a significant effect.

For above mentioned substances, unfortunately only a few studies, often with small sample sizes, have been carried out. This is not sufficient to support psychopharmacological monotherapy, rather than add-on therapy to psychotherapy that, in this case, should target at specific symptoms. Further larger studies are necessary to better inform about effectiveness of psychopharmacological trials in BPD.

Literatur

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(6):590-596.
2. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu OJ, 3rd, Brown CH, Costa PT, Jr., Nestadt G. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002;180:536-542.
3. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):437-443.
4. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(12):1060-1064.
5. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(12):971-974.
6. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-66.
7. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(6):649-58.
8. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):922-8.
9. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165(5):631-8.
10. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):36-42.
11. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(6):1027-1040.
12. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160(2):274-83.
13. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry* 2001;42(2):144-50.
14. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364(9432):453-461.
15. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2001;158(10 Suppl):1-52.
16. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004;161(11):2108-14.
17. Herpertz SC, Zanarini M, Schulz CS, Siever L, Lieb K, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry* 2007;8(4):212-244.
18. Soloff PH, George A, Nathan S, Schulz PM, Cornelius JR, Herring J, et al. Amitriptyline versus haloperidol in borderlines: final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 1989;9(4):238-246.
19. Cowdry RW, Gardner DL. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranlycypromine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(2):111-9.

20. Parsons B, Quitkin FM, McGrath PJ, Stewart JW, Tricamo E, Ocepek-Welikson K, et al. Phenelzine, imipramine, and placebo in borderline patients meeting criteria for atypical depression. *Psychopharmacol Bull* 1989;25(4):524-534.
21. Soloff PH, Cornelius J, George A, Nathan S, Perel JM, Ulrich RF. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(5):377-385.
22. Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, Looper J, Henke R, Albanese M, et al. Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1995;15(1):23-29.
23. Coccaro EF, Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(12):1081-1088.
24. Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van Dyck R. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(12):2048-2054.
25. Simpson EB, Yen S, Costello E, Rosen K, Begin A, Pistorello J, et al. Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(3):379-385.
26. Nosè M, Cipriani A, Biancosino B, Grassi L, Barbui C. Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21(6):345-353.
27. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Meta-analyses of mood stabilizers, antidepressants and anti-psychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. *J Pers Disord* 2009;23(2):156-174.
28. Ingenhoven T, Lafay P, Rinne T, Passchier J, Duivenvoorden H. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2010;71(1):14-25.
29. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry* 2010;196(1):4-12.
30. Goldberg SC, Schulz SC, Schulz PM, Resnick RJ, Hamer RM, Friedel RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(7):680-6.
31. Cornelius JR, Soloff PH, George A, Ulrich RF, Perel JM. Haloperidol vs. phenelzine in continuation therapy of borderline disorder. *Psychopharmacol Bull* 1993;29(2):333-337.
32. Zanarini MC, Frankenburg FR. Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2001;62(11):849-54.
33. Bogenschutz MP, George Nurnberg H. Olanzapine versus placebo in the treatment of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(1):104-9.
34. Zanarini MC, Frankenburg FR, Parachini EA. A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65(7):903-7.
35. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(6):1221-4.
36. Nickel MK, Loew TH, Pedrosa Gil F. Aripiprazole in treatment of borderline patients, part II: an 18-month follow-up. *Psychopharmacology (Berl)* 2007;191(4):1023-6.
37. Nickel MK, Muehlbacher M, Nickel C, Kettler C, Pedrosa Gil F, Bachler E, et al. Aripiprazole in the treatment of patients with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):833-8.
38. Hollander E, Allen A, Lopez RP, Bienstock CA, Grossman R, Siever LJ, et al. A preliminary

- double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62(3):199-203.
39. Frankenburg FR, Zanarini MC. Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* 2002;63(5):442-6.
40. Hollander E, Soorya L, Wasserman S, Esposito K, Chaplin W, Anagnostou E. Divalproex sodium vs. placebo in the treatment of repetitive behaviours in autism spectrum disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2006;9(2):209-13.
41. de la Fuente JM, Lotstra F. A trial of carbamazepine in borderline personality disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1994;4(4):479-86.
42. Tritt K, Nickel C, Lahmann C, Leiberich PK, Rother WK, Loew TH, et al. Lamotrigine treatment of aggression in female borderline-patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol* 2005;19(3):287-91.
43. Nickel MK, Nickel C, Kaplan P, Lahmann C, Muehlbacher M, Tritt K, et al. Treatment of aggression with topiramate in male borderline patients: a double-blind, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 2005;57(5):495-9.
44. Nickel MK, Nickel C, Mitterlehner FO, Tritt K, Lahmann C, Leiberich PK, et al. Topiramate treatment of aggression in female borderline personality disorder patients: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2004;65(11):1515-9.
45. Loew TH, Nickel MK. Topiramate treatment of women with borderline personality disorder, part II: an open 18-month follow-up. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(3):355-7.
46. Loew TH, Nickel MK, Muehlbacher M, Kaplan P, Nickel C, Kettler C et al.. Topiramate treatment for women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26(1):61-6.
47. Kendall T, Burbeck R, Bateman A. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. *Br J Psychiatry* 2010;196(2):158-9.
48. Soloff PH. Psychopharmacology of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000;23(1):169-92, ix.

Buchbesprechung

Egon Fabian: Anatomie der Angst. Ängste annehmen und an ihnen wachsen.

348 Seiten; ISBN 978-3-608-94653-6; Stuttgart: Klett-Cotta 2010; € 22,90(D)

Egon Fabian ist Psychoanalytiker und seit 2002 Chefarzt der dynamisch-psychiatrischen Klinik in München-Menterschwaige. Sein Blick auf die Angst ist jedoch kein rein psychiatrisch-psychotherapeutischer, sondern ein in weiten Teilen philosophischer und auch gesellschaftskritischer. „Die Angst macht den Menschen zum Menschen“, dieses Zitat von Günter Ammon (1979; Hdb. d. Dynam. Psychiatrie 1, S. 179) ist zugleich roter Faden und Motto von Fabians Buch, in dem er sich mit der Bedeutung der Angst für die menschliche Existenz allgemein und in der Psychopathologie und Persönlichkeitsentwicklung im Besonderen auseinandersetzt.

Da ein Leben ohne Angst keines wäre, jedenfalls kein menschliches im Wortsinne und auch keines im Begriff der Humanität, kann es nur darum gehen, in der Therapie wie im Leben, „Ängste an(zu)nehmen und an ihnen (zu) wachsen“, wie es der Untertitel des Buches verdeutlicht. Hiermit grenzt sich der Autor ab von den modernen Rattenfängern aus dem populärwissenschaftlichen Ratgeberbereich, aber auch einer einseitigen Pharmakotherapie, die versprechen, die Angst zu nehmen und, durch passende Techniken oder modernste Medikamente, ein angstfreies Leben in Aussicht stellen.

Fabian thematisiert die Angst als *Conditio humana*, als das wichtigste menschliche Gefühl: In allen verschiedenen klinischen Varianten der Angst sind „Manifestationsformen der einen Urange, der dem Menschen eigenen existenziellen Angst, erkennbar.“ (S. 40)

„Sie ist wahrscheinlich das erste und ursprünglichste Gefühl im Leben und viele andere Gefühle (besonders Aggression, Hass, Langeweile)“ werden aus ihr abgeleitet bzw. kanalisiert.“ (S. 41) Später führt Fabian auch aus, dass auch Bindung und Zuneigung in hohem Maße, quasi als Gegenentwurf zur Vernichtung, in der Angst wurzeln.

Aller menschlichen Angst liegt die Angst vor dem Nichtsein zu Grunde. Der seiner Existenz bewusste Mensch ist sich auch seiner End-

lichkeit bewusst, seiner Sterblichkeit; der Philosoph Kierkegaard vergleicht diese grundsätzliche Angst mit dem Schwindel, der überhandnimmt, wenn das Auge abgründiger Tiefen gewahr werde, die jeden Halt entziehen.

Der Mensch ist jedoch nicht durch seine Bewusstheit, sondern auch durch seine Verletzlichkeit als extrauteriner Embryo, der ohne erwachsene Fürsorge nicht überleben könnte, im besonderen Maße der Urankst ausgeliefert, die sich deshalb immer auch als Verlassenheitsangst manifestiert.

Fabian skizziert in seinem Buch in den ersten Kapiteln, wie Philosophie, Moral und Religion von der Antike bis zur Gegenwart mit dem Thema Angst umgegangen sind und umgehen, um dann erst im Folgenden im engeren Sinne auf eine Psychopathologie der Angst als Gegenstand der Psychoanalyse und der Psychotherapie einzugehen.

So verweist Fabian darauf, dass das Thema Angst in der Philosophie der griechisch-römischen Antike eher wenig Platz einnimmt. Der (männliche) Held der Antike hat im Dienst höherer Ideale seine Angst zu überwinden, wobei, so Fabian, spätere patriarchalische Kulturen dieses angestrebte Gleichgewicht pervertierten. Bereits in der antiken Mythologie kam jedoch der Zähmung der Angst und der Besänftigung der strafenden Götter eine große Bedeutung zu, eine Denktradition, die sich in der christlichen Lehre vom allwissenden, strafenden Gott, der ewigen Verdammnis in der Hölle fortsetzt, und letztlich der Vorstellung vom ewigen paradiesischen Leben, die in allen großen Religionen zu finden ist, als Überwindung oder besser gesagt Abspaltung der Urankst. Wer sich an die Regeln der Autoritäten hält, seien es Götter, seien es deren Statthalter auf Erden, seien es totalitäre Regimes, hat nichts zu befürchten.

Tatsächlich wären ohne die Angst, oder besser gesagt: ihrem Missbrauch, totalitäre Terrorsysteme nicht denkbar; und hieran wird auch deutlich, wie eng Angst und Freiheit verbunden sind: Menschen, die keine Angst haben dürfen/können, verlieren ihre Freiheit, verlieren ihre persönliche Identität.

Aus dem Gesagten leitet sich her, dass auch der Psychotherapeut und der Psychoanalytiker die gleiche Urankst mit ihren PatientInnen teilen, eben weil sie Menschen sind. In einem eigenen Kapitel 'Professionelle

Angst: Die Angst des Wissenschaftlers, des Arztes und des Therapeuten' greift Fabian dieses Thema auf und kritisiert, verkürzt gesagt, die Tendenz professioneller Helfer die Angst ihrer PatientInnen nicht tragen zu können und die eigenen Ängste an ihre PatientInnen zu delegieren. Auch eine 'Flucht in die Wissenschaft', der wohl auch die zunehmenden Verästelungen der Neurobiologie zuzuordnen sind, diene auch der Angstabwehr.

Was hat aber etwa eine Spinnenphobie, was haben Panikattacken, was hat die Angst, öffentlich vor anderen zu sprechen, mit dem Abgrund des Nichts der Urangst zu tun?

Im sozusagen genetischen Teil seines Werkes führt Fabian ein gruppendynamisches Verständnis der Angst ein. Er beschreibt die psychopathologischen Erscheinungsformen der Angst vor dem Hintergrund eines jeweiligen zwischenmenschlichen Schicksals, wie eine Familiengruppe, in die ein neuer Mensch hinein geboren wurde, mit der Bürde der Urangst letztlich zurecht gekommen ist: Durfte Angst sein? Wurde Angst instrumentalisiert? Wurde Angst bestraft? Und natürlich: Was Eltern selbst in ihrer eigenen Kindheit nicht durften/konnten, können sie ihren Kindern schwerlich beibringen.

Hier empfindet der Leser eine wohltuende Klarheit, geradezu eine 'Guideline' durch den Dschungel der ICD-Nummern, der Kataloge der möglichen Phobien, der Benennung von Hirnarealen und Rezeptoren und Transmittern; die vielen Gesichter der Angst sind 'Variationen über ein Thema', die durch Verdrängung bestimmten Manifestationsformen wie etwa Phobien und Panik genauso wie die 'borderlinehafte' Trennungsangst oder Identitätsangst und die vernichtende Angst des psychotischen Patienten.

Fabian nutzt die Gelegenheit, ausführlich auf die defizitäre Angst einzugehen, ein Konzept, das zuerst von Günter Ammon entwickelt wurde. Defizitäre Angst meint die Unfähigkeit, Angst zu spüren; sie gehört, so Fabian, zu den häufigsten Formen der Angst, und umso erstaunlicher sei es, dass das Zuwenig an Angst in der Fachliteratur fast nie beschrieben wird. Dabei handelt es sich um die maligneste Form der Angst: ein Mensch, der Angst nicht spüren kann, ist gefährdet, denn ihm fehlt der Schutz, und ein solcher Mensch ist gefährlich. Defizitäre Angst wird

heute noch oft 'mit Mut, Tapferkeit, Heldentum assoziiert'; hier setzen sich die Ideale von patriarchalischen Strukturen fort, eine Ideologie der Stärke, ohne die Terrorismus, (Wirtschafts-)Kriminalität oder auch Amokläufe nicht denkbar wären.

Das natürlichste Ventil nicht gespürter, defizitärer Angst ist die Aggression. Wut und Aggression sind die kulturell geförderten 'männlichen' Attribute, die es erlauben, die eher 'unmännliche' Angst in gesellschaftlich erwünschter Weise auszudrücken. (S. 156)

Bei der Entwicklung der Persönlichkeit, so die Grundthese von Teil 2 des Buches ('Die Angst vor der Angst'), spielen die Strategien, die sich ein Mensch im Umgang mit oder gegen seine Angst aneignet, eine zentrale Rolle. Der Mensch entwickelt verschiedene Mechanismen der Angstabwehr, entweder durch scheinbares Ignorieren geprägte Formen, durch Ausagieren bestimmte und durch Abgrenzungsschwierigkeiten charakterisierte Formen. Entlang dieser Differenzierung beschreibt der Autor dann verschiedene neurotische, borderlinehafte, psychosomatische und psychotische Abwehrformen, die man alle eher im Pathologischen ansiedeln würde. Hier findet der Leser auch Beschreibungen der modernen Todsünden wie Machtstreben, Genussucht, Besitzsucht; Sexualisieren und Sucht allgemein sowie auch die derzeit, nach den Angsterkrankungen, häufigsten psychischen Störungen, nämlich Depression und Zwang.

Relativ knapp fällt das Kapital zur Therapie der Angststörungen aus. Dies mag den interessierten Laien, der sich von der Lektüre konkrete Anleitungen erhofft, enttäuschen. Angsttherapie, so Fabian, sei letztlich Kontakttherapie: es sei die Person des Therapeuten wichtig mit seiner Fähigkeit, die Angst des Patienten zu begreifen und mit seiner eigenen existentiellen Angst zu teilen. Hinter dieser Kontaktfähigkeit trete letztlich die therapeutische Technik zurück. „Eine Therapie ist dann erfolgreich, wenn der Mensch weniger Angst vor seiner Angst hat ... wenn er bereit ist, sich über seine Ängste mit anderen Menschen zu verbünden“ (S. 304); dies geschieht am ehesten in einer Gruppentherapie, in der zwar nicht die Angst, aber die Einsamkeit 'wegtherapiert' werden kann.

Sind wir Menschen also der Angst unentrinnbar ausgeliefert, weil wir alle immer in den Kierkegaardschen Abgrund schauen? Zum Schluss gelingt Fabian ein optimistischer Ausblick: Er sieht die Chance, dass die gemeinsame, geteilte Angst den Menschen aus der Einsamkeit, eine an-

dere der modernen Geißeln, herausführt, und dass der Mensch an der Angst innerlich wächst. „Ohne die Fähigkeit, Angst zu spüren und zu kommunizieren, gibt es keinen tiefer gehenden menschlichen Kontakt.“ (S. 307)

Die Angst ist damit auch die Basis für Empathie, Solidarität und letztlich für das Überleben der Menschheit.

Dipl.-Psych. Gisela Finke, München