

61 Persönlichkeitsentwicklung und Trauma – theoretische und therapeutische Anmerkungen

Otto F. Kernberg, Susanne Hörz

Trauma, Aggression und Persönlichkeitsentwicklung	693	Störungen und Gefährdungen der therapeutischen Beziehung durch typische Symptome	698
Die Posttraumatische Belastungsstörung	694	Behandlungsmethoden und die besondere Bedeutung der Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse bei schwer traumatisierten Patienten und schweren Persönlichkeitsstörungen	699
Die Rolle chronischer Aggression	694	Täter-Opfer-Rollen und ihre Integration in der Therapie	699
Der Einfluss von Wut und Hass	695	Aggression in der Gegenübertragung	699
Posttraumatische Belastungsstörung oder sekundäre Persönlichkeitsstörung: klinische Implikationen	696	Technische Neutralität	700
Klinische Implikationen und therapeutische Besonderheiten	697	Fazit	700
Zur unbewussten dyadischen Struktur der Täter-Opfer-Rollen	697		

Trauma, Aggression und Persönlichkeitsentwicklung

Die Rolle von Traumata in der Ätiologie einer Persönlichkeitsstörung wird viel diskutiert. Gerade die Tatsache, dass in zahlreichen Studien gleichzeitig die Diagnosen einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in einer Größenordnung von 25–56 % gestellt werden (Golier, Yehuda et al. 2003; Grant, Chou et al. 2008; McGlashan, Grilo et al. 2000; Mueser, Goodman et al. 1998; Yen, Shea et al. 2002; Zanarini, Frankenburg et al. 1998b; Zimmerman u. Mattia 1999), wirft die Frage des Zusammenhangs der diagnostischen Entitäten sowie der ätiologischen Bedeutsamkeit von Traumata auf (s. Kap. 13; Kap. 20; Kap. 21; Kap. 63; Kap. 64). Es ist wichtig, zwischen dem Syndrom der Posttraumatischen Belastungsstörung und dem Trauma als ätiologischem Faktor von Persönlichkeitsstörungen zu unterscheiden. Auch muss zwischen Trauma und chronischer Aggression differenziert werden.

Als Trauma wird eine einmalige, intensive, überwältigende und desorganisierende Erfahrung bzw. ein Erleben gesehen, das von der Psyche nicht hinreichend verarbeitet werden kann. Dies muss vom Erleben chronischer aggressiver Erfahrungen unterschieden werden.

Chronische Aggressionen können als wichtige Aspekte in der Ätiologie von Persönlichkeitsstörungen gesehen werden. Eine Rolle spielen dabei:

- eine angeborene Dispositionen zur Entstehung von Wut oder den verwandten aggressiven Affekten wie Hass und Neid
- die Folgen schmerzlicher Erlebnisse in den ersten Lebensjahren
- die Auswirkungen von chronisch-aggressivem misshandelndem Verhalten einer oder beider primären Bezugspersonen
- körperlicher oder sexueller Missbrauch

Diese Beispiele für intensive schmerzliche Erlebnisse können eine reaktive Aggression auslösen. Das Vorherrschen primitiver Aggressivität stellt einen zentralen ätiologischen Faktor in der Entwicklung schwerer Persönlichkeitsstörungen dar. Wichtig ist hierbei, das Spezifische des Traumbegriffs zu beachten und die Konzepte von Aggression und Trauma zu differenzieren: Traumata können als ätiologische Faktoren bei sehr vielen Störungen und Krankheitsbildern von Bedeutung sein. Ist ein Kind chronischen Aggressionen ausgesetzt, die später auch zur Aggressionsbesetzung des Erwachsenen führen und Folgen für die Entwicklung der psychischen Strukturen haben, können wir davon ausgehen, dass Aggression eine Hauptursache von schweren Persönlichkeitsstörungen ist (Kernberg 1992b). Das Vorherrschen schwerer chronischer aggressiver Affekte und aggressiver primitiver Objektbeziehungen verhindert eine normale Integration von idealisierten und verfolgenden internalisierten Objektbeziehungen. Liebe und Aggression können nicht

integriert werden; das hat zur Folge, dass das Selbstkonzept zwischen den idealisierten und entwerteten, den guten und negativen Aspekten des Selbst gespalten bleibt und das Konzept der Objektrepräsentanzen ebenfalls in idealisierte und verfolgende Objektrepräsentanzen gespalten ist. Bei einer Persönlichkeitsstruktur, die durch Spaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen charakterisiert ist, liegt klinisch eine Identitätsdiffusion als das grundlegende Syndrom vor, das alle schweren Persönlichkeitsstörungen gemeinsam haben (s. Kap. 27). Somit ist es wichtig, zwischen chronischer Aggression einerseits und dem Trauma als einem einzigen oder zeitlich beschränkten Erlebnis andererseits zu unterscheiden. Der Aspekt des chronischen, zeitlich lang andauernden Traumas wird von Vertretern des komplexen oder chronischen Traumas hervorgehoben, von denen die wesentlichen pathologischen Erscheinungen, in denen Traumata einen wichtigen ätiologischen Faktor bilden, als chronische posttraumatische Störungen zusammengefasst werden. Herman und Kollegen (Herman, Perry u. van der Kolk 1989; Herman u. van der Kolk 1987) konzipieren die Borderline-Störung als sogenannte »chronisch Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung« (s. Kap. 20). Die zugehörigen Symptomkonstellationen sind:

- Störungen der Affektregulation
- dissoziative Symptome
- gestörte Selbstwahrnehmung und gestörte Wahrnehmung des Täters
- Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung
- Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen

Nach Ansicht der Befürworter der Diagnose der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung wird dieses Konzept der Anerkennung und dem Respekt der Überlebenden schwerer Traumata gerecht. Auch werde so Tendenzen, die Opfer selbst zu beschuldigen und einer (unbewussten) Verleugnung oder auch einer (bewussten) Leugnung häuslicher, familiärer und sozialer Gewalt, also insgesamt einer Negierung traumatischer Ursachen, entgegengewirkt (Herman 1992b). Hingegen stellen Vertreter der Gegenposition die Nützlichkeit dieses Konzepts infrage, da es die spezifischen und unterschiedlichen psychopathologischen Konsequenzen langwieriger Aggressionen unterschätzt und so auch erschwert, adäquate und spezifische Behandlungsmethoden für diese Patienten, die an den Folgen chronischer Aggressionen leiden, einzusetzen (Kernberg 1994a; s. Kap. 19). Wir erachten es als wichtig, die Posttraumatische Belastungsstörung als solche zu differenzieren von chronischen Aggressionen als ätiologischem Faktor in der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen.

Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung wird sowohl in epidemiologischen Studien mit Prävalenzraten um 8 % (Kessler, Sonnega et al. 1995) als auch als komorbide Diagnose gerade in Populationen von Borderline-Persönlichkeitsstörungen zwischen 25 % und 56 % (Golier, Yehuda et al. 2003; Grant, Chou et al., 2008; Zanarini, Frankenburg et al. 1998b) relativ häufig diagnostiziert und weist auf die Relevanz von Traumata bei schweren (Persönlichkeits-)Störungen hin. Eine Posttraumatische Belastungsstörung tritt in ähnlicher Form auf als Folge schwerer Traumata durch Krieg, Unfälle, Geiselnahme, Folter oder Terror und infolge anderer Formen schwerer körperlicher und sexueller Misshandlung, besonders in der frühen Kindheit und in den ersten zehn bis 15 Lebensjahren. Die klinischen Charakteristika dieses Syndroms, das zwei bis drei Jahre lang andauern kann, sind:

- akute Angstzustände
- Einschränkungen der Ich-Funktionen
- Wutausbrüche
- wiederkehrende Alpträume
- Flashbacks

Typischerweise entwickeln sich aufgrund schwerer traumatischer Einwirkungen auch Einschränkungen

- in zwischenmenschlichen Beziehungen,
- in den Bereichen der Arbeit,
- im sozialen und sexuellen Leben.

Schwere Traumata können somit langwierige psychopathologische Folgen haben, die aber von typischen Persönlichkeitsstörungen zu unterscheiden sind.

Die Rolle chronischer Aggression

Bei schweren Persönlichkeitsstörungen ist das Erleben von schwerer chronischer Aggression ein wichtiger ätiologischer Faktor; hierzu zählen sowohl die Borderline-Persönlichkeitsstörung im engen Sinn, die Narzisstische Persönlichkeitsstörung sowie auch andere Formen schwerer Persönlichkeitsstörungen. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass unter anderem folgende Erfahrungen entscheidende ätiologische Faktoren bei der Entstehung von schweren Persönlichkeitsstörungen sind und auch mit der Schwere der Störung im Erwachsenenalter zusammenhängen (Cloitre, Stolbach et al. 2009; Kroll 1993; Zanarini, Williams et al. 1997; Zanarini, Yong et al. 2002):

- körperliche Misshandlung
- sexueller Missbrauch
- das Miterleben körperlicher und sexueller Gewalt durch nahestehende Bindungspersonen

- aber auch: chronische Vernachlässigung und Mangel an Schutz durch Bindungspersonen

Die Befunde von Stone (1987b; 1990) zeigten, dass sexueller Missbrauch bei 20–30 % der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vorlag, im Vergleich zu einer Häufigkeit von etwa 10 % in der Allgemeinbevölkerung. Auch die Befunde anderer Forschergruppen (Battle, Shea et al. 2004; Paris, Zweig-Frank u. Guzder 1994a; Zanarini 2000) weisen mit 40–71 % auf ein wesentlich häufigeres Vorkommen von sexuellen Traumatisierungen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als bei Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen hin. Auf der anderen Seite betont Paris (1997), dass 80 % der Opfer eines kindlichen sexuellen Missbrauchs keine Psychopathologie entwickeln, was darauf hindeutet, dass nicht alle Personen, die physischem oder sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind bzw. waren, auch eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln und zudem ein Teil der Borderline-Patienten keine Erfahrungen von Missbrauch, Misshandlung oder Vernachlässigung berichtet (s. Kap. 19).

Zanarini, Williams et al. (1997) kommen zu dem Schluss, dass sexueller Missbrauch zwar sehr häufig in der Vorgeschichte von Borderline-Patienten auftritt, aber weder als hinreichende Bedingung noch als notwendig voraussetzender Faktor für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gesehen werden kann. So fasst auch Doering (2009b) zusammen, dass sexueller Missbrauch wohl als einer von vielen ätiologischen Faktoren bei der Entstehung von Borderline-Störungen betrachtet werden kann und traumatische Kindheitserfahrungen erst in Kombination mit anderen Risikofaktoren, wie auch genetische und prädisponierende Faktoren, zur Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen (Dulz u. Jensen 2000; Paris 1997; 1998a; Torgersen, Lygren et al. 2000; Zanarini, Williams et al. 1997; s. auch Kap. 21).

Wie wird die Auswirkung chronischer Aggression bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung verstanden? Zu einem der wichtigsten Elemente gehört das Überwiegen von aggressiven internalisierten Objektbeziehungen, die eine normale Verschmelzung von idealisierten und verfolgenden internalisierten Objektbeziehungen verhindern und eine Identitätsdiffusion bewirken – das fundamentale Syndrom der schweren Persönlichkeitsstörung. Es ist dadurch charakterisiert, dass der Patient nicht über die Fähigkeit verfügt, ein einheitliches Bild von sich und den wichtigsten anderen Personen in seinem Leben zu haben, woraus seine Unfähigkeit entsteht, ein tief greifendes Verständnis für sich selbst und Lebensziele zu entwickeln. Dadurch fällt es ihm auch schwer, sich in andere Personen einzufühlen, einen Lebenspartner zu finden und mit Problemen umzugehen, die in zwischenmenschlichen Beziehungen, in Paarbeziehungen, im sexuellen Kontakt und im beruf-

lichen Kontext auftreten. Das Syndrom der Identitätsdiffusion kann anhand von Fragen zur Selbstwahrnehmung, Objektwahrnehmung, primitiven Abwehr und zu pathologischen Objektbeziehungen aus dem »Strukturierten Interview zur Persönlichkeitsorganisation« (STIPO; Clarkin, Caligor et al. 2004) abgefragt werden, mithilfe dessen gut zwischen Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (d. h. Borderline-Persönlichkeitsorganisation) und Patienten auf Nicht-Borderline-Niveau (d. h. Neurotische Persönlichkeitsorganisation) unterschieden werden kann (Hörz, Stern et al. 2009).

Der Einfluss von Wut und Hass

Chronische Aggressionen in ihrer Auswirkung auf die Entwicklung von Selbst- und Objektrepräsentanzen können noch genauer betrachtet werden: aus Sicht der Affekttheorie, die von den Affekten als psychophysiologisch und genetisch bestimmten, konstitutionell angeborenen Affektentladungen ausgeht, denen eine basale kommunikative Funktion zwischen Kleinkind und Mutter zukommt (s. Kap. 26). Affekte sind subjektives Empfinden sowie psychomotorische und vegetative Entladungen, die vor allem Ausdruck eines emotionalen Zustandes sind. Das Kleinkind besitzt von Geburt an eine Fähigkeit zur affektiven Kommunikation mit der Mutter, die sich in psychomotorischen, hauptsächlich spezifischen Gesichtsausdrücken manifestiert und auch darin besteht, aus dem Gesichtsausdruck der Mutter etwas zu lesen, ohne das je vorher gelernt zu haben (s. Kap. 16). Diese Grundaffekte verbinden sich mit den Selbst- und Objektrepräsentanzen, die als basale dyadische Selbst- und Objektrepräsentanzen internalisiert werden und den affektiven Rahmen der frühen Mutter-Kind-Beziehung herstellen (Kernberg 1992b).

Schmerzhafte Empfindungen lösen Wut aus, die der Grundaffekt der Aggression ist und vermutlich von Geburt an als Grundaffekt beim Säugling vorhanden ist. Die Wut des Kindes hat dabei zunächst einmal die Funktion, zu zeigen, dass etwas nicht stimmt und die Mutter etwas dagegen unternehmen soll. Somit ist Wut vorerst ein Signal, diesen mit Verletzung einhergehenden Reiz zu beseitigen (s. aber auch Kap. 30); im Weiteren kann Wut ein Signal dafür werden, ein verletzendes Objekt zu zerstören. Und schließlich kann sich aus der Wut eine chronische Disposition zu einer internalisierten Objektbeziehung entwickeln, in der eine wütende Selbstrepräsentanz eine Wut erregende Objektrepräsentanz aus dem Weg schaffen will. Bei dieser Verbindung einer chronischen Wut erregenden Selbstrepräsentanz mit einer Wut erregenden Objektrepräsentanz werden dann weitere Entwicklungen in Gang gesetzt: Durch die Projektion der Wut auf die Objektrepräsentanz und auf ein äußeres Objekt wird dieses als wütend, aggressiv und