

Wolfgang Wöller

2. Auflage



Trauma und Persönlichkeitsstörungen

Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT)
traumabedingter Persönlichkeitsstörungen

Mit einem Geleitwort von Luise Reddemann

 **Schattauer**

Wolfgang Wöller

**Trauma und
Persönlichkeitsstörungen**

2. Auflage

This page intentionally left blank

Trauma und Persönlichkeitsstörungen

**Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie
(RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen**

Wolfgang Wöller

Unter Mitarbeit von
Marianne Eberhard-Kaechele, Arne Hofmann,
Helga Mattheß, Ellert Nijenhuis, Wiebke Pape

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit einem Geleitwort von Luise Reddemann

Mit 16 Tabellen

 **Schattauer**

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller

Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

Psychoanalytiker

Ärztlicher Direktor der

Rhein-Klinik Bad Honnef

Luisenstraße 3

53604 Bad Honnef

E-Mail: wolfgang.woeller@johanneswerk.de

**Bibliografische Information der Deutschen
Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außer-

halb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2006, 2013 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Projektleitung: Dipl.-Chem. Claudia Ganter, Stuttgart

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau

Umschlagabbildung: »Schlüsselerlebnis«,

© Dr. med. Veronika Oepen-Duré, Hinterzarten (E-Mail: verodure@gmx.de)

Satz: Stahringer Satz GmbH, Grünberg

Druck und Einband: Himmer AG, Augsburg

ISBN 978-3-7945-2754-0

Geleitwort

Persönlichkeitsstörungen galten lange Zeit als kaum oder nur äußerst schwierig behandelbar. Diese Einschätzung ändert sich in den letzten Jahren vor allem dadurch, dass immer mehr zur Kenntnis genommen wird, wie sehr wir es hier meist mit schwer beschädigten – also traumatisierten – Menschen zu tun haben, deren Problematik und Symptomatologie sich auf dem Hintergrund einer Traumagenese gut verstehen lässt. Die schweren Verhaltensauffälligkeiten bekommen so einen Sinn, und die Chancen für angemessene therapeutische Interventionen erhöhen sich dadurch erheblich.

Die Berücksichtigung der Traumagenese bei Persönlichkeitsstörungen wurde seit Beginn der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts zunächst eher von Forscherinnen¹ vertreten, die durch die kognitive Verhaltenstherapie geprägt sind, wie z. B. Marsha Linehan mit ihrer Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Für Linehan steht fest, dass jede ihrer Patienten traumatisiert ist; ihr Vorgehen ist vor allem gekennzeichnet vom Prinzip der „Validierung“, das heißt der Wertschätzung dessen, was die Patienten mitbringen (Linehan 1996). Jeffrey Young geht es um gewisse Verhaltensschemata, die es zu identifizieren und zu verändern gilt. Bei ihm fließen psychodynamische Überlegungen mit ein, und das Konzept des verletzten Kindes im Patienten liefert eine wich-

tige Hintergrundfolie (Young et al. 2003). In Deutschland macht sich Peter Fiedler für ein Verständnis der persönlichkeitsgestörten Patientinnen mit Blick auf die Traumagenese stark (Fiedler 2003). Von der interaktionell-psychodynamischen Seite her hat Lorna Smith Benjamin ihr Modell des *promoting change in nonresponders* (Veränderungen bei denjenigen, die nicht auf Therapie reagieren) angeregt. Interpersonalität, Objektbeziehungen und die Folgen frühkindlicher Traumatisierungen spielen in ihrem Modell eine entscheidende Rolle, ihre Interventionen sind sowohl von psychodynamisch wie von kognitiv-verhaltenstherapeutischen und lerntheoretischen Vorstellungen geprägt (Benjamin 2003). So scheint es, dass gerade in der Therapie von schweren Traumafolgestörungen – und darum handelt es sich fast immer bei persönlichkeitsgestörten Patienten – psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzepte einander ergänzen und befruchten.

Den therapeutischen Modellen ist gemeinsam, dass sie sich nicht mehr von dem therapeutischen Nihilismus früherer Jahre leiten lassen, sondern davon ausgehen, dass auch schwer persönlichkeitsgestörte Patientinnen behandelbar sind, indem man die traumabedingten Schädigungen anerkennt und daraus Konsequenzen für die Behandlung zieht.

Diese Grundhaltung prägt auch Wolfgang Wöllers Buch, das unter Mitwirkung von Marianne Eberhard-Kaechele, Arne Hofmann, Helga Mattheß, Ellert Nijenhuis und Wiebke Pape entstanden ist. Wolfgang Wöllers legt eine

¹ In diesem Buch werden feminine und maskuline Formen alternierend gebraucht. Gemeint sind sowohl Frauen als auch Männer.

äußerst sorgfältige Untersuchung und Beschreibung der Grundlagen vor und beschreibt dann im Detail und gut nachvollziehbar sein traumatherapeutisches Modell persönlichkeitsgestörter Menschen. Dabei ist ihm wichtig, das was Beziehung und – pathologische – Bindung angerichtet haben, genau zu erkennen, und zu helfen, die Folgen durch die neue Erfahrung in der therapeutischen Beziehung auszubalancieren. Damit nimmt er neueste Behandlungsansätze, wie sie jüngst von Courtois et al. (2011) dargelegt wurden, auf. Er bezieht verschiedenste therapeutische Ansätze in sein Behandlungskonzept mit ein, unter anderem auch mein Konzept der Psychodynamisch-imaginativen Traumatherapie (PITT), und hat daraus ein eigenes, ganz auf sein Verständnis der Besonderheiten persönlichkeitsgestörter Patienten hin ausgerichtetes therapeutisches Vorgehen entwickelt.

Wegen seiner Sorgfalt, seiner profunden Kenntnisse zur Klinik der untersuchten Gruppe, der großen Erfahrung im Umgang mit diesen Patientinnen sowie seines Engagements für das Wohlergehen dieser Menschen ist Wolfgang Wöller ein unbedingt lesenswertes Buch geglückt. Es erleichtert Anfängern auf dem Gebiet, mit der schwierigen Klientel umzuge-

hen, und für Erfahrene stellt es eine Fundgrube des Wissens und der klinischen Erfahrung zur Verfügung.

Luise Reddemann

Literatur

- Benjamin LS (2003). *Interpersonal reconstructive therapy. Promoting change in nonresponders*. New York: The Guilford Press.
- Courtois CA, Ford JD, Cloitre M (2011). *Optimale Behandlungsverfahren für die psychotherapeutische Arbeit mit Erwachsenen*. In: Courtois CA, Ford JD (Hrsg). *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Fiedler P (2003). *Komplexe Traumatisierung und Persönlichkeitsstörung*. In: Seidler GH, Laszig P, Micka R, Nolting BV (Hrsg). *Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie, Krankheitsbilder, Therapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Linehan MM (1996). *Dialektisch-behaviorale Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
- Young, JE, Klosko JS, Weishaar M (2003). *Schema Therapy. A Practitioners Guide*. New York: The Guilford Press.

Anschriften der Autoren

Dr. rer. medic. Marianne Eberhard-Kaechele

Tanz- und Ausdruckstherapeutin
Abteilung Neurologie, Psychosomatik,
Psychiatrie
Institut für Bewegungstherapie und
bewegungsorientierte Prävention und
Rehabilitation
Deutsche Sporthochschule Köln
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln
E-Mail: marianne.eberhard@web.de

Dr. med. Arne Hofmann

Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Leiter des EMDR-Instituts Deutschland
Birgitt Mogge (Sekretariat)
EMDR-Institut Deutschland
Dolmanstraße 86 b
51427 Bergisch Gladbach
www.emdr.de

Dipl.-Phys. Helga Mattheß

Ärztin für Psychotherapeutische Medizin
Psychoanalytikerin
Psychotraumatology Institute Europe
Großenbaumer Allee 35a
47269 Duisburg
E-Mail: helga.matthess@t-online.de

Ellert Nijenhuis, Ph. D.

Psychologe und Psychotherapeut
Top Referent Trauma Center Mental Health
Care Drenthe
P. O. Box 30007
9400 PJ Assen, Niederlande
E-Mail: e.nijenhuis@home.nl

Dr. med. Wiebke Pape

Fachärztin für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberärztin der Abteilung II
Rhein-Klinik Bad Honnef
Luisenstraße 3
53604 Bad Honnef
E-Mail: wiebke.pape@johanneswerk.de

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller

Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychoanalytiker
Ärztlicher Direktor der
Rhein-Klinik Bad Honnef
Luisenstraße 3
53604 Bad Honnef
E-Mail: wolfgang.woeller@johanneswerk.de

This page intentionally left blank

Inhalt

Einführung _____	1	5	Bindungstrauma und das Gehirn _____	69
			Das neurobiologische Paradigma	
I Grundlagen				
1 Komplexe Traumafolgestörung und Persönlichkeitsstörungen _____	7	6	Persönlichkeitsstörungen _____	85
Einführung in die Thematik dieses Buches			Daten und Theorien zur Pathogenese	
2 Was ist ein psychisches Trauma? _____	22	7	Gestörte Emotionsregulierung, Mentalisierungsdefizite und Desintegration der Persönlichkeit _____	99
Das psychotraumatologische Paradigma			Strukturelle Defizite bei schweren Persönlichkeitsstörungen	
3 Verinnerlichung traumatischer Beziehungsmuster _____	36	8	Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit _____	113
Das psychoanalytische Paradigma			Störungsbilder mit schwerer dissoziativer Persönlichkeitsdesintegration mit der Wertigkeit einer Persönlichkeitsstörung	
4 Trauma und Bindung _____	56		Helga Mattheß	
Das bindungstheoretische Paradigma		9	Bindungstrauma und Persönlichkeitsstörung _____	136
			Wie hängen Bindungstrauma und Persönlichkeitsstörung zusammen?	

-
- 10** **Therapiekonzepte für Persönlichkeitsstörungen mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung** _____ 151
Kritische Bewertung vorliegender
Therapiekonzepte
- 11** **Grundlagen der Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen** _____ 168
Zielgruppen, Grundorientierung,
Perspektiven
- II Diagnostik und Therapieplanung**
-
- 12** **Symptomdiagnostik** _____ 185
Das Spektrum posttraumatischer
Störungsbilder
- 13** **Ressourcen- und Traumadiagnostik** _____ 199
Erfassung von Ressourcen und
psychischen Traumatisierungen
- 14** **Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen** _____ 209
Ansätze zur diagnostischen Erfassung
der Persönlichkeitsstörungen
- 15** **Therapieplanung** _____ 223
Konzeptualisierung der Behandlung
- III Phase 1:
Sicherheit, Halt und
die Stärkung der
Bewältigungskompetenz**
-
- 16** **Sicherheit und Kontrolle** _____ 235
Maximaler Kontrast zur
traumatischen Situation
- 17** **Halt und Schutz** _____ 250
Haltgebende und schützende
Beziehung als externe Form
der Emotionsregulierung
- 18** **Aufklärung und Information** _____ 267
Psychoedukation
- 19** **Symptomkontrolle** _____ 277
Techniken zur Symptomreduktion
Wolfgang Wöller und Wiebke Pape
- 20** **Selbstwertstärkung und Validierung der psychischen Erfahrung** _____ 288
Wertschätzende Beziehungs-
gestaltung und Anerkennung
der subjektiven Realität

- 21 Stärkung der Bewältigungs-
kompetenz mithilfe ressourcen-
aktivierender Interventionen** __ 297

Techniken zur Ressourcenaktivierung

- 22 Die Persönlichkeitsstile
beachten** _____ 307

Beziehungsgestaltung entsprechend
den Interaktionsmustern der
Persönlichkeitsstörung

IV Phase 2: Emotionsregulierung und Selbstfürsorge

- 23 Distanz zum traumatischen
Affekt** _____ 333

Techniken zur Verbesserung
der Emotionskontrolle

- 24 »Schneiden ist besser
als zehn Milligramm Valium«** __ 351

Selbstverletzendes Verhalten

- 25 Imaginative Techniken** _____ 364

Imaginative Techniken zur Emotions-
regulierung und Stärkung
von Ich-Funktionen

- 26 Affekte differenziert
wahrnehmen** _____ 374

Techniken der Affektdifferenzierung

- 27 Für sich sorgen lernen** _____ 382
Vermittlung von Selbstfürsorge

- 28 Sich schützen und
sich abgrenzen** _____ 391

Stärkung des Selbstschutzes und
der Selbstachtung

V Phase 3: Mentalisierung und die Entwicklung stabiler Repräsentanzen

- 29 Mentalisierung** _____ 401

Förderung der Fähigkeit zur Reflexion
eigener und fremder mentaler Zustände

- 30 Maladaptive Verhaltensmuster
verstehen** _____ 413

Wozu dienen maladaptive
Verhaltensmuster?

- 31 Therapeuten als Täter
oder Retter?** _____ 422

Traumatische Übertragungen

- 32 Ohnmächtig und
ausgeliefert** _____ 437

Gegenübertragung bei
traumatisierten Patientinnen

-
- 33 Dialoge mit Persönlichkeitsanteilen und die Arbeit mit dem inneren Kind** _____ 454

Selbstzustände und ihre therapeutische Nutzung

IV Phase 4: Schonende Traumabearbeitung

- 34 Wann sollte traumaaufdeckend gearbeitet werden?** _____ 467

Grundsätze und Voraussetzungen der Traumabearbeitung

Wolfgang Wöller und Arne Hofmann

- 35 EMDR und andere traumakonfrontative Techniken** _____ 481

Schonende Formen der Traumabearbeitung

Wolfgang Wöller und Arne Hofmann

- 36 Wie zuverlässig sind Erinnerungen?** _____ 494

Erinnerungen an traumatische Ereignisse

VII Phase 5: Konfliktbearbeitung und die Arbeit an maladaptiven Beziehungsmustern

- 37 Auf dem Weg zu einer konfliktzentrierten Psychotherapie** ____ 507

Abwehrdeutungen und neue Möglichkeiten der Übertragungsanalyse

- 38 »Ich bin wertlos, schuldig und unfähig«** _____ 519

Multimethodales Vorgehen am Beispiel der Arbeit mit negativen Überzeugungen

- 39 Die Arbeit an maladaptiven Verhaltensmustern** _____ 528

Wie können maladaptive Verhaltensmuster modifiziert werden?

- 40 Ursprünglich sollten sie stark sein und schützen ...** _____ 539

Aggressionen bei traumatisierten Patienten

Wolfgang Wöller und Helga Mattheß

- 41 Reviktimisierung und der so genannte Masochismus** ____ 552

Traumawiederholung und selbstschädigende Persönlichkeitszüge

42	Wie behandeln wir Patienten mit schwerer struktureller Dissoziation der Persönlichkeit? _____	570
	Therapeutische Möglichkeiten bei schwerer dissoziativer Persönlichkeitsdesintegration	
	Helga Mattheß und Ellert Nijenhuis	
43	Wie das Kaninchen vor der Schlange _____	594
	Körper- und Bewegungsinterventionen bei traumatisierten Menschen	
	Marianne Eberhard-Kaechele	
	Schlussbetrachtung _____	617
	Sachverzeichnis _____	624

This page intentionally left blank

Einführung

Thematik und Zielsetzung dieses Buches

Im ersten Teil dieses Buches wollen wir die Zusammenhänge zwischen chronischen psychischen Traumatisierungen in Kindheit und Jugend und der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter in unterschiedlichen Perspektiven darstellen.

Chronische Traumatisierungen umfassen makrotraumatische Ereignisse in Form physischer Gewalt oder sexueller Übergriffe und darüber hinaus eine Vielzahl kumulativer Mikrotraumen, die sich im Bindungskontext ereignen und den genannten Formen der Kindesmisshandlung in ihrem Schädigungspotenzial nicht nachstehen. Für sie werden wir den Begriff der *Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen* vorschlagen. Am Ende des ersten Teils werden wir ein Modell formulieren, das die komplexen Zusammenhänge zwischen Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen, makrotraumatischen Einflüssen, biologisch-konstitutionellen Faktoren und der Symptomatik der schweren Persönlichkeitsstörungen beschreibt.

Auf der Basis dieses Modells werden wir dann das Behandlungskonzept der »Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie« (RPT) für Patienten¹ mit traumabedingten Persönlichkeitsstörungen vorstellen, eine inte-

grative Behandlungskonzeption, die ressourcenorientierte Interventionen mit einem psychodynamischen Grundverständnis verbindet (Wöller 2010). In erster Linie ist es für Patienten gedacht, die an einer Persönlichkeitsstörung mit einer komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Es kann jedoch auch für Patienten nützlich sein, die diese Komorbidität nicht aufweisen, aber unter einer Persönlichkeitsstörung auf mittlerem oder niedrigem Strukturniveau nach OPD-2 (Arbeitskreis OPD 2009) leiden. Ebenso kann es für Patienten hilfreich sein, die als Komorbidität nicht eine Posttraumatische Belastungsstörung, sondern eine dissoziative, depressive oder somatoforme Störung aufweisen.

Einige praktische Hinweise zur Nutzung dieses Buches

Das Buch will in erster Linie ein integratives Konzept zur Behandlung traumatisierter Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung auf tiefenpsychologischer Grundlage vermitteln. Es hat eine praktische, keine grundlagentheoretische Zielsetzung und richtet den Blick mehr auf die Erfordernisse des therapeutischen Handelns als auf die Details ihrer wissenschaftlichen Fundierung.

1 Wenn in diesem Buch abwechselnd von Patienten und Patientinnen die Rede ist, so sind jeweils beide Geschlechter gemeint. Wir denken, dass diese Lösung noch am ehesten Lesbarkeit und geschlechts-

spezifische Ausgewogenheit miteinander verbindet. Sollte einmal nur eines der beiden Geschlechter gemeint sein, werden wir dies ausdrücklich kennzeichnen.

Dadurch musste die Darstellung der theoretischen Grundlagen auf wenige Kapitel beschränkt bleiben. Dies hat zur Folge, dass die zitierten Befunde und theoretischen Gedankengänge nach subjektiven Kriterien der praktisch-therapeutischen Relevanz ausgewählt wurden. Eine solche Auswahl hat immer auch etwas Willkürliches. Keinesfalls kann sie den Anspruch erheben, den jeweils behandelten Gegenstand auch nur annähernd lückenlos abzudecken. Wer umfassender informiert werden will, sei auf die entsprechenden Literaturempfehlungen, die mit dem Zeichen ► gekennzeichnet sind, verwiesen.

Der Umfang des Buches zwang uns auch zu Beschränkungen im diagnostischen und therapeutischen Teil. Wir vermitteln die Besonderheiten der Diagnostik und Behandlung traumatisierter Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung, wobei allgemeine Kenntnisse der Psychodiagnostik und der tiefenpsychologisch fundierten Behandlungstechnik vorausgesetzt werden. Letztere sind in dem Basisbuch »Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« von Wöller und Kruse (2010) dargestellt, auf das wir ebenfalls verweisen wollen. Es basiert auf einem breiten Verständnis tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, das genügend Raum für ein integratives therapeutisches Vorgehen lässt.

Leser, die dieses Buch kennen, werden sich an dessen Aufbau erinnern. Er betrifft mehrere Aspekte: den didaktischen Aufbau der Kapitelgliederung, die Kapitel- und Unterkapitelverweise und die Verwendung kurzer exemplarischer Interventionssequenzen.

Eine didaktische Intention liegt der Gliederung des therapeutischen Teils zugrunde, die einen idealtypischen Ablauf eines Behandlungsprozesses widerspiegeln soll. Die Gliederung lehnt sich an das Schema »Stabilisierung – Traumabearbeitung – Reintegration« an, das im so genannten Konsensusmodell der Traumatherapie (Courtois 1999; Herman 2003;

Reddemann 2011; Sachsse 2009; Wöller et al. 2012) formuliert wurde. Auch wenn dieses an Monotraumen entwickelte Schema die Realität der Behandlung komplex traumatisierter und persönlichkeitsgestörter Patientinnen nur sehr bedingt abbilden kann, hat es sich doch durch seine gute Einprägsamkeit und strukturierende Kraft vielfältig bewährt. An verschiedenen Stellen des vorliegenden Buches weisen wir darauf hin, dass es der groben Orientierung des Behandlungsprozesses dient und niemals ein starres Ablaufschema sein kann.

Auch die kurzen exemplarischen Interventionssequenzen haben wir, wenn auch in geringerem Umfang, aus dem erwähnten Basisbuch übernommen, weil sie, wie wir vielen Rückmeldungen entnehmen konnten, dort offenbar als hilfreiche Anregungen empfunden wurden.

Noch ein Wort zum Begriff »Persönlichkeitsstörung«. Wie wir in Kapitel 6 darstellen werden, haftet diesem Begriff eine Vielzahl von Problemen an, von deren Lösung wir weit entfernt sind. Trotz aller Bedenken, die sich gegen seine Verwendung richten können, haben wir uns doch für ihn entschieden – nicht nur, weil er in unseren Diagnosesystemen eingeführt ist und wir durch die Krankenkassenfinanzierung unserer Behandlungen zu seiner Verwendung gezwungen sind, sondern weil wir derzeit keinen besseren Begriff kennen, der die interpersonellen Formen der Emotions- und Beziehungsregulierung diagnostisch-begrifflich fassen könnte (s. Kap. 9). Wir verwenden ihn im Vertrauen darauf, dass die mit seiner Verwendung verbundene Gefahr der Etikettierung und Stigmatisierung gut reflektiert wird.

Wer sind »wir«?

Das Buch ist bewusst in der »Wir«-Form geschrieben, um die gemeinsame therapeutische

Erfahrungsorientierung der beteiligten Autoren zu betonen. Wer sind »wir«? Wir – das sind neben Wolfgang Wöller vor allem Helga Mattheß, die über ihre eigenen Beiträge hinaus alle Kapitel dieses Buches kritisch gegengelesen, ausführlich diskutiert und mit Ergänzungen versehen hat. Ihr, die ihren Berufsweg als Physikerin begonnen hat, verdanken wir auch die mahrende Aufforderung, in plausiblen Modellen statt in vermeintlichen »Wahrheiten« zu denken (s. Kap. 9.1). Sie ist es, die uns die Beschäftigung mit der von Ellert Nijenhuis, Onno van der Hart und Kathy Steele entwickelten Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit (s. Kap. 8.6) ans Herz gelegt hat – einer Theorie, deren Tragweite wir nicht hoch genug einschätzen können – und die Ellert Nijenhuis zur Mitarbeit an diesem Buch gewinnen konnte. Wir – das sind schließlich auch Arne Hofmann, von dem die meisten von uns EMDR gelernt haben, und Marianne Eberhard-Kaechele, deren kreative körpertherapeutische Umsetzung traumatherapeutischer Erkenntnisse uns stark beeindruckt hat.

Danksagung

Wir wollen über die genannten Personen hinaus allen denjenigen danken, die direkt oder indirekt am Zustandekommen dieses Buches mitgewirkt haben. Es sind viele Lehrer, Freunde und Bekannte, die uns ausgebildet, supervi-

diert oder kollegial beraten haben. Unser spezieller Dank gilt unseren Ehepartnern für ihre geduldige Unterstützung, Hildegard Wöller und Dr. Klaus Mattheß, ferner Herrn Dr. Albrecht Wöller für seine Hilfe bei der Fertigstellung und Korrektur des Manuskripts. Schließlich gilt unser Dank unseren Patienten, von denen wir so vieles von dem, was in diesem Buch steht, gelernt haben.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (2009). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2. 2. Aufl.* Bern: Huber.
- Courtois CA (1999). *Recollections of Sexual Abuse: Treatment Principles and Guidelines.* New York: Norton.
- Herman JL (2003). *Die Narben der Gewalt.* München: Kindler.
- Reddemann L (2011). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual.* 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse U (2009). *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Studienausgabe der 1. Aufl. von 2004.* Stuttgart: Schattauer.
- Wöller W (2010). *Therapiekonzeption für traumatisierte Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen.* *Psychotherapeut*; 55: 6–11.
- Wöller W, Kruse J (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.* 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller W, Leichsenring F, Leweke F, Kruse J (2012). *Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse – principles for a treatment manual.* *Bull Menninger Clin*; 76: 69–93.

This page intentionally left blank

Grundlagen

This page intentionally left blank

1 Komplexe Traumafolgestörung und Persönlichkeitsstörungen

Einführung in die Thematik dieses Buches

1.1 Der Begriff der Bindungs- und Beziehungstraumatisierung

Zahlreiche empirische Studien belegen, dass Patienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in erhöhtem Maße in ihrer Kindheit und Jugend Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen ausgesetzt waren (Battle et al. 2004). Die aus retrospektiven Studien gewonnenen Ergebnisse sind inzwischen auch durch prospektive Studien bestätigt worden (Carlson et al. 2009; Crawford et al. 2005; Johnson et al. 2006). Multivariate Analysen zeigen, dass Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit auch dann mit einer erhöhten Ausprägung von Symptomen einer Persönlichkeitsstörung einhergehen, wenn mögliche konfundierende Einflüsse wie psychiatrische Erkrankungen der Eltern statistisch kontrolliert werden (Johnson et al. 2006).

Chronische Traumatisierungen in Kindheit und Jugend umfassen über die zuletzt betrachteten Misshandlungserfahrungen eine *Vielzahl schädigender Einflüsse*, die sich im Umfeld der primären Bindungsbeziehungen ereignen. Es sind

- andauernde Entwertungen und Überforderungen,
- Situationen des Alleinseins und der fehlenden Geborgenheit,
- emotionale Vernachlässigungen,
- inkonsistentes oder vernachlässigendes elterliches Verhalten und
- frühe Verluste wichtiger Bezugspersonen.

Für diese Schädigungsformen wurden Begriffe wie »Entwicklungsstrauma« (van der Kolk 2009) oder »komplexe Traumatisierung« (Cook et al. 2003) vorgeschlagen. Wir wollen – im Anschluss an den zunehmend gebräuchlicher werdenden Begriff des »Bindungstraumas« (Buchheim et al. 2008; Fonagy 2008; Schore 2005) – den Begriff der »Bindungs- und Beziehungstraumatisierung« verwenden. Für diese Begriffswahl sprechen nach unserer Auffassung folgende Argumente:

- Der Begriff Bindungs- und Beziehungstraumatisierung würdigt das *hohe Schädigungspotenzial* dieser Einflüsse angemessen, da durch sie Schädigungen gesetzt werden, die weit in die Hirnphysiologie hineinreichen und die in ihrem Schweregrad physischen Misshandlungen und sexuellen Übergriffen vergleichbar sind. Studienergebnisse zeigen, dass diese Einflüsse unabhängig von physischen, sexuellen und emotionalen Gewalterfahrungen zur Entstehung schwerer Persönlichkeitsstörungen beitragen. So konnten in einer Langzeitstudie die Variablen familiäres Umfeld, elterliche Psychopathologie und eine Vorgeschichte mit Missbrauchserfahrungen unabhängig voneinander das spätere Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vorhersagen (Bradley u. Westen 2005). In der Minnesota-Studie (Carlson et al. 2009; Sroufe et al. 2005) prädizierten – zusätzlich zu Temperament- und dispositionellen Faktoren – desorganisiertes Bindungsmuster, Misshandlung, mütterliche Feindseligkeit und grenzüberschrei-

tendes Verhalten, unzureichende Vaterpräsenz und allgemeiner Stress in der Familie spätere Borderline-Symptome. Trennung von der Mutter vor dem 5. Lebensjahr war mit einer stärkeren Ausprägung von Borderline-Symptomen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter verbunden (Crawford et al. 2009). Eine weitere Studie fand direkte Zusammenhänge zwischen früher Trennungsangst und der Ausbildung verschiedener Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter (Silove et al. 2011).

- Der Begriff erlaubt zugleich eine Abgrenzung gegenüber den Traumatisierungen in Form körperlicher Misshandlungen und sexualisierter Gewalt. Er trägt dennoch dem Umstand Rechnung, dass diese Traumatisierungen *so gut wie immer vor dem Hintergrund eines chronisch beziehungs-traumatisierenden Umfeldes geschehen*.
- Auch wenn die Befundlage keinesfalls für alle Persönlichkeitsstörungen vollständig ist, verdichten sich die Hinweise, dass es gerechtfertigt ist, Persönlichkeitsstörungen als Bindungsstörungen auf der Basis umfassender Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen aufzufassen, die auf dem Boden einer spezifischen genetischen Vulnerabilität entstehen und zu denen die symptomatischen Folgen von Kindesmisshandlung in Form physischer, sexueller oder emotionaler Gewalt hinzukommen (Fonagy et al. 2010). Unter dieser Perspektive schafft der Begriff der Bindungs- und Beziehungstraumatisierung ein produktives neues Verständnis *für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen*, indem er – unter angemessener Berücksichtigung der modernen neurobiologischen Erkenntnisse – eine Traumaperspektive einnimmt und damit neue Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung eröffnet.

1.2 Das Konzept der Komplexen Traumafolgestörung

Betrachten wir die psychopathologischen Folgen lang anhaltender Kindheitstraumatisierungen, so gehen diese weit über die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Sinne der ICD-10 hinaus. Anders als bei Opfern plötzlicher und unvorhersehbarer Traumatisierungen im Erwachsenenalter (Typ-I-Traumen im Sinne von Terr 1991; s. Kap. 2.2), etwa nach Unfällen oder Naturkatastrophen, steht bei chronisch kumulativen Traumatisierungen (Typ-II-Traumen) nicht die in der ICD-10 definierte Symptomatik der PTBS, sondern ein vielgestaltiger Symptomenkomplex im Vordergrund des klinischen Bildes. Zwar leiden auch viele Opfer von Kindheitstraumatisierungen unter Intrusionen (Flashbacks, Nachhallerinnerungen) oder anderen Symptomen der PTBS (s. Tab. 1-1), häufiger sind jedoch Störungen, die meist unter dem Begriff der »Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung« (Herman 1992; Sack 2004; Wöller et al. 2004) zusammengefasst werden. Für diese wollen wir jedoch – um Verwechslungen mit der Diagnosekategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung zu vermeiden –, den Begriff der »Komplexen Traumafolgestörung« vorschlagen. Diese umfasst die in Tabelle 1-1 genannten Symptombilder, darunter

- depressive Störungen und emotionale Instabilität;
- dissoziative und somatoforme Störungen sowie funktionelle Sexualstörungen;
- Angsterkrankungen inklusive Panikstörung sowie
- selbstschädigende Verhaltensmuster in Form von selbstverletzendem Verhalten, Essstörungen mit Binge-Eating und selbstinduziertem Erbrechen, Substanzmissbrauch und Risikoverhaltensweisen.

Tab. 1-1 Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung und Symptome der Komplexen Traumafolgestörung

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10)	Komplexe Traumafolgestörung
<ul style="list-style-type: none">• Intrusionen (Flashbacks)<ul style="list-style-type: none">– akustische, haptische oder olfaktorische Teilerinnerungen– Pseudohalluzinationen– Körper-Flashbacks, Affekt-Flashbacks– Albträume• emotionale Betäubung• Vermeidungsverhalten• chronische Übererregung	<ul style="list-style-type: none">• depressive Symptome• emotionale Instabilität• dissoziative Störungen• Somatisierungsstörungen• funktionelle Sexualstörungen• körperliche Erkrankungen• Angsterkrankungen• Essstörungen• Substanzmissbrauch

Zu den Merkmalen dieser Komplexen Traumafolgestörung gehören auch umfassende Veränderungen der Persönlichkeit, die wir als *traumabedingte Persönlichkeitsveränderungen* bezeichnen wollen. Dazu zählen (Herman 1992; Wöller 1997, 2005; Wöller et al. 2004)

- Veränderungen des Selbsterlebens mit einem geringen Selbstwertgefühl und einer Neigung zu Schuld- und Schamgefühlen sowie zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit,
- ein verändertes Selbst- und Weltverständnis im Sinne einer Neigung zur Überschätzung der Gefahren in der Welt,
- eine erhöhte Neigung zur Reviktimisierung im späteren Leben und
- die Neigung zur Weitergabe der Traumatisierung an die nächste Generation.

Das Fehlen der Kategorie der Komplexen Traumafolgestörung in den großen Klassifikationssystemen zwingt uns, die zugehörigen Einzelsymptome unabhängig voneinander wie komorbide Störungsbilder zu kodieren. Die Diagnose einer PTBS muss dabei dem unter F43.1 definierten Symptommuster – Intrusionen, psychische Betäubung, Vermeidungsverhalten, vegetative Übererregung – vorbehalten bleiben. Es wurde vielfach beklagt, wie wenig

eine an der Oberfläche der Symptommanifestationen bleibende diagnostische Klassifikation befriedigt und wie inadäquat das Komorbiditätskonzept für die Erfassung der durch eine gemeinsame Ätiopathogenese verbundenen multiplen Symptomatik ist. Tatsächlich stellen die Symptome der Komplexen Traumafolgestörung – Dissoziationen, somatoforme Störungen und die verschiedenen Persönlichkeitsveränderungen – nicht unabhängige komorbide Störungen dar. Sie repräsentieren die komplexen somatischen, kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Folgen komplexer psychischer Traumatisierungen. In Tabelle 1-1 werden die Kriterien der PTBS nach ICD-10 sowie weitere Symptome der Komplexen Traumafolgestörung gegenübergestellt.

1.3 Persönlichkeitsstörungen

Entsprechend der Definition in der ICD-10 (WHO 2000) lassen sich Personen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung durch *Auffälligkeiten in ihrem Denken, Fühlen, Verhalten und in ihrer Beziehungsgestaltung* beschreiben, die zu nachhaltigen Störungen des zwischenmenschlichen Zusammenlebens, oft zu erheblichem Leidensdruck oder zu einer ge-

störten sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit führen. Zur Definition einer Persönlichkeitsstörung gehört die Feststellung, dass die auffälligen Erlebens- und Verhaltensmuster ihren *Ursprung in der Kindheit oder in der Adoleszenz* haben und dass sie bis ins Erwachsenenalter andauern. Sie sind definitionsgemäß *nicht durch eine körperliche Ursache bedingt* und stellen ein Risiko für die psychische Gesundheit dar (WHO 2000).

Persönlichkeitsstörungen sind jedoch nicht Störungen im üblichen klinischen Sinne des Wortes, vor allem keine Krankheiten im Sinne des medizinischen Krankheitsmodells. Wenn wir von einer Persönlichkeitsstörung sprechen, handelt es sich vielmehr um ein *Konstrukt zur Beschreibung einer interpersonellen Kommunikationsstörung*, die durch einen *dysfunktionalen Interaktionsstil* der betroffenen Person und die *negativen Reaktionen der Interaktionspartner* charakterisiert ist. Fiedler (2007) spricht in diesem Zusammenhang von der »Personperspektivierung einer Interaktionsstörung«.

Persönlichkeitsstörungen sind in unserem Verständnis *interpersonelle Interaktionsstörungen* und in ihrer klinischen Phänomenologie, ihren strukturellen Gegebenheiten und in ihrer Pathogenese von traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen zu unterscheiden (Dulz et al. 2011; Fiedler 2007; s. Kap. 9.7).

- *Phänomenologisch* weisen sie vor allem das Merkmal der *Dysfunktionalität im interpersonellen Bereich* auf, was für traumabedingte Persönlichkeitsveränderungen nicht zutreffen muss. Bei Menschen mit traumabedingten Persönlichkeitsveränderungen kann trotz einer grob verzerrten inneren Repräsentanzenwelt mit umfassenden Minderwertigkeits- oder Schuldgefühlen eine hohe Funktionalität erhalten sein. Bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung ist hingegen die Funktionalität im interpersonellen Bereich stets eingeschränkt. *Bei*

ihnen dominieren selbst- und/oder fremdschädigende Verhaltens- und Beziehungsmuster.

- *Strukturell* sind Patientinnen mit einer Persönlichkeitsstörung im Gefolge von Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen durch gravierende *Ich-Funktions-Defizite im Bereich der Emotionsregulierung, der Mentalisierung und der Ich-Integration* (Clarkin et al. 2008; Fonagy et al. 2010; Wöller 2006) gekennzeichnet, die die Grundlage der selbst- und/oder fremdschädigenden Beziehungsmuster bilden. Derartige Ich-Funktions-Defizite finden sich bei Patienten mit einer traumabedingten Persönlichkeitsveränderung ohne gleichzeitig bestehende Persönlichkeitsstörung in der Regel nicht (s. Kap. 9.5).
- *Pathogenetisch* betrachtet, finden wir bei der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen eine komplexe Interaktion zwischen Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen, Misshandlungserfahrungen, genetischen Einflüssen und Ressourcenfaktoren (s. Abschn. 1.5).

Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV unterscheiden *spezifische Persönlichkeitsstörungen*, die jedoch nicht scharf voneinander abgegrenzt sind, sondern deutliche Überlappungen aufweisen (s. Kap. 14.2). Die klinisch bedeutsamste Persönlichkeitsstörung ist die emotional instabile Persönlichkeitsstörung.

1.4 Chronische Traumatisierungen und spezifische Persönlichkeitsstörungen

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen sind im Hinblick auf eine Vorgeschichte chronischer Misshandlungserfahrungen unterschiedlich gut untersucht worden. Eine brauchbare Forschungsgrundlage findet sich lediglich für die

emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) und für die dissoziale Persönlichkeitsstörung.

- Bei Patienten mit einer *emotional instabilen Persönlichkeitsstörung* (Borderline-Persönlichkeitsstörung) wurden in zwei Drittel bis drei Viertel aller Fälle Traumatisierungen im Sinne körperlicher, sexueller oder emotionaler Gewalt gefunden (Herman et al. 1989; Modestin et al. 1998; Ogata et al. 1990; Yen 2003; Zanarini et al. 2002). In der Studie von Zanarini et al. (2002) an 290 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gaben 62,4% eine Vorgeschichte mit sexuellem Missbrauch, 86,2% andere Formen der Kindesmisshandlung und 92,1% Vernachlässigung in der Kindheit an. Mehr als 50% gaben an, dass der sexuelle Missbrauch mindestens mit Penetration und dem Einsatz von Gewalt einherging. Es zeigte sich, dass unabhängig von Alter, Geschlecht und Rasse die Schwere des Missbrauchs signifikant mit der Schwere der Symptome und der Einschränkung der psychosozialen Anpassung korrelierte. Neuere Studien stellen noch stärker die Zusammenhänge zwischen emotionaler Misshandlung in der Kindheit (s. Kap. 2.4) und der späteren Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung heraus (Allen 2009; Golier et al. 2003; Kaehler u. Freyd 2009; Lobbstaël et al. 2010; Widom et al. 2009).
- Bei der *dissozialen Persönlichkeitsstörung* konnten körperliche Misshandlung und Vernachlässigung in der Kindheit als signifikante Prädiktoren identifiziert werden (Luntz u. Widom 1994; Rauchfleisch 1997). In älteren Untersuchungen fand sich bei 80 bis 90% der jugendlichen Straftäter eine Vorgeschichte von Kindesmisshandlung (Taylor 1986). Von 14 Jugendlichen, die wegen Mordes in den USA zum Tode verurteilt worden waren, waren 12 in brutalster

Weise von nahen Angehörigen physisch missbraucht worden, allein 5 davon mit Sodomie (Lewis et al. 1988). Unzureichendes mütterliches Fürsorgeverhalten und physische Misshandlung in der Kindheit waren mit einer späteren dissozialen Persönlichkeit assoziiert (Gao et al. 2010; Golier et al. 2003). Eine Untersuchung bei delinquenten Jugendlichen (Nederlof et al. 2010) legt nahe, dass unterschiedliche Formen der Misshandlung zu unterschiedlichen Ausprägungen der Persönlichkeitspathologie führen, möglicherweise als Folge spezifischer Gen-Umwelt-Interaktionen.

Deutlich schlechter ist die Forschungslage zu den anderen Persönlichkeitsstörungen. Im Einzelnen liegen folgende Befunde vor:

- Bei der *histrionischen Persönlichkeitsstörung* wird häufig über frühkindliche Erfahrungen von familiärer Gewalt und Missbrauch berichtet, allerdings fehlen systematische empirische Untersuchungen zur Frage der körperlichen oder sexuellen Traumatisierungen bei dieser Persönlichkeitsstörung. Von psychoanalytischer Seite wurden besonders auf emotionale Vernachlässigungen und Verluste in der frühen Kindheit als wesentliche Bedingungen für die Entstehung hingewiesen (Zetzel 1968). Die völlig unzureichende Forschungslage zur histrionischen Persönlichkeitsstörung lässt vermuten, dass es Probleme gibt, sie von anderen Persönlichkeitsstörungen abzugrenzen (Blagov et al. 2007). Tatsächlich ist die Kohärenz dieser Persönlichkeitsstörung fraglich, und es wurde vorgeschlagen, einen Borderline-Subtyp und einen hysterischen Subtyp zu unterscheiden (Blagov u. Westen 2008).
- Bei der *narzisstischen Persönlichkeitsstörung* fehlen empirische Daten völlig. Eine größere Zahl kasuistischer Beiträge verweist weniger auf physische oder sexualisierte

Gewalt als vielmehr auf eine Instrumentalisierung der Betroffenen im Dienste der narzisstischen Regulation ihrer Eltern. Kinderbeobachtungen zeigten, dass das zur späteren narzisstischen Persönlichkeitsstörung disponierte Kind zwar viel Aufmerksamkeit und Bewunderung erfährt, dass es aber vor allem als Regulator des elterlichen Selbstwertgefühls und nicht um seiner selbst willen wertgeschätzt wird (Kernberg 1989; Kohut 1976).

- Bei der *paranoiden Persönlichkeitsstörung* müssen wir aufgrund der vorliegenden empirischen Untersuchungen und Fallberichte von gravierenden Traumatisierungen, insbesondere physischen Misshandlungen in der Kindheit ausgehen (Cameron 1963; Modestin et al. 1998; Wöller et al. 2001a). Aber auch Kriegstraumen sind von Bedeutung: Besonders häufig wurden Züge einer paranoiden Persönlichkeit unter Kriegsveteranen mit Posttraumatischer Belastungsstörung gefunden (Schnurr et al. 1993). In einer multivariaten Regressionsanalyse konnte eine Vorgeschichte physischer oder sexueller Misshandlung eine spätere paranoide Persönlichkeitsstörung präzisieren (Golier et al. 2003). Auch ließ sich ein Zusammenhang zwischen emotionalem und sexuellem Missbrauch in der Kindheit und der Entwicklung einer paranoiden Persönlichkeitsstörung nachweisen (Lobbestael et al. 2010).
- Auch bei der *schizoiden Persönlichkeitsstörung* werden die in der kasuistischen Literatur beschriebenen schwerwiegenden emotionalen Defizite und die von Hass und Zurückweisung geprägte Atmosphäre in der Kindheit der Betroffenen (Balint 1979; Benjamin 2001; Wöller et al. 2001b) im Wesentlichen durch empirische Studien bestätigt. In der Studie von Yen et al. (2003) fand sich die zweithöchste Rate an Traumatisierungen – nach der Borderline-Persönlich-

keitsstörung – bei der schizoiden Persönlichkeitsstörung. Die Studie von Lobbestael et al. (2010) belegt einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einer späteren schizoiden Persönlichkeitsstörung.

Bei den spezifischen Persönlichkeitsstörungen, die in der DSM-IV-Klassifikation dem Cluster C zugerechnet werden, scheinen insgesamt emotionale Misshandlungen in der Vorgeschichte von besonderer Bedeutung zu sein (Lobbestael et al. 2010). Im Einzelnen können wir folgende Befunde anführen:

- Bei der *abhängigen Persönlichkeitsstörung*, die im Hinblick auf körperliche und sexuelle Traumatisierungen wenig untersucht wurde, finden sich – im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen – deutlich erhöhte Raten von physischer und sexueller Gewalt in der Kindheit (Modestin et al. 1998). In Fallberichten wird von einem missbräuchlich-kontrollierenden und gleichzeitig vernachlässigenden elterlichen Fürsorgeverhalten berichtet (Benjamin 2001), wobei auch andere Faktoren genannt werden: Bornstein (2005) fand einen Zusammenhang zwischen autoritärem Elternverhalten und abhängigen Zügen im Erwachsenenalter. Bedeutsam für die Entwicklung einer abhängigen Persönlichkeitsstörung ist offenbar die Chronizität des traumatischen Einflusses. Allen und Lauterbach (2007) fanden eine verstärkte interpersonelle Abhängigkeit nur bei Typ-II-Traumen in der Kindheit, nicht aber bei Typ-I-Traumen.
- Für die Entstehung der *ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung* wurden bisher weniger Traumatisierungen durch Misshandlung und Missbrauch als vielmehr überprotektive elterliche Erziehungsstile als pathogenetisch bedeutsam angenommen (Langenbach et al. 2001b). Die Inter-

aktionsstile der Eltern von Personen mit vermeidender Persönlichkeitsstörung wurden häufiger als beschämend, kritisierend, Schuldgefühle erzeugend und weniger tolerant beschrieben (Hudson u. Rapee 2001; Stravynski et al. 1989). Andererseits sind offenbar auch Misshandlungserfahrungen von Bedeutung. So fanden sich bei Personen mit vermeidender Persönlichkeitsstörung höhere Raten an körperlichem und emotionalem Missbrauch (Rettew et al. 2003), sexuellem Missbrauch (Lobbestael et al. 2010) und Vernachlässigung (Battle et al. 2004).

Spezifische Zusammenhänge zwischen bestimmten Misshandlungsformen und der Ausbildung einzelner Persönlichkeitsstörungen, die immer wieder vermutet wurden, ließen sich empirisch nicht bestätigen. Die Metaanalyse von Fossati et al. (1999) über die empirische Literatur zur Beziehung zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und dem Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die 21 Studien aus den Jahren 1980 und 1995 einbezog, konnte eine derartige spezifische Korrelation nicht bestätigen.

Der Korrektheit halber sei hier darauf hingewiesen, dass für die folgende Zusammenstellung der Untersuchungsergebnisse die Begrifflichkeit der ICD-10 (WHO 2000) gewählt wurde, obwohl die meisten Untersuchungen auf der Basis der entsprechenden Kategorien der DSM-IV (American Psychiatric Association 1996) durchgeführt wurden. Die Klassifikationen unterscheiden sich durchaus in Nuancen.

1.5 Interaktion von genetischen Einflüssen und lebensgeschichtlichen Belastungsfaktoren

Sind nun schwere Persönlichkeitsstörungen Traumafolgestörungen, oder sind nicht vielmehr die psychischen Traumatisierungen Teil einer größeren Zahl von Faktoren, die in ihrem Zusammenwirken zum klinischen Bild einer Persönlichkeitsstörung beitragen?

Nachdrücklich ist auf die *heterogene Natur* von Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Besonderen hinzuweisen. So gelten Traumatisierungen in der Kindheit lediglich als *ein* wichtiger Risikofaktor neben anderen für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen, und die genetisch-konstitutionellen Momente sollten nicht übersehen werden. Persönlichkeitsstörungen entstehen nach heutigem Verständnis aus einem komplexen Zusammenspiel von genetischen und Umweltfaktoren.

Zwillings- und Adoptionsstudien belegen eine erhebliche Erblichkeit von Persönlichkeitszügen, die eine Persönlichkeitsstörung beschreiben. Dazu liegen überzeugende empirische Belege vor: In der Studie von Jang et al. (1996) lag die Erblichkeit bei 35 bis 56 %. Eine große Zwillingsstudie an 92 monozygoten und 129 dizygoten Zwillingspaaren kam zu ähnlichen Ergebnissen (Torgersen et al. 2000, 2008). Für spezifische Persönlichkeitsstörungen liegen die folgenden Befunde vor:

- Speziell für die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* demonstrieren Familienstudien (White et al. 2003; Zanarini et al. 2009) und Zwillingsstudien (Bornovalova et al. 2009; Distel et al. 2008; New et al. 2008) die wichtige Rolle genetischer Faktoren (Maier u. Hawellek 2011). In einer Studie, die 92 monozygote und 129 dizygoten Zwillinge untersuchte, konnte 69 % der Varianz durch genetische Faktoren erklärt werden (Torgersen 2000).

- Nachdem in einer bahnbrechenden Studie gezeigt werden konnte, dass ein Polymorphismus des Serotonin-Transporter-Gens den Einfluss belastender Lebensereignisse auf die Entwicklung depressiver Störungen moderiert (Caspi et al. 2003), verweisen neuere Studien auch auf bedeutsame *Gen-Umwelt-Interaktionen* bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. So wurde eine Assoziation zwischen einem bestimmten Haplotyp des Serotonin-Transporter-Gens, der ein kurzes Allel enthält, und der Entwicklung einer Borderline-Störung beschrieben (Ni et al. 2006). Die genannten Befunde sind jedoch, so bedeutsam sie für die künftige Entwicklung der Pathogenese-Forschung auch sein mögen, noch nicht in jedem Falle repliziert worden und insofern als vorläufig zu betrachten (Leichsenring et al. 2011; New et al. 2008).
- Zusammenhänge zwischen *impulsiver Aggression* bei Borderline-Patienten und einer verminderten serotonergen Aktivität wurden wiederholt beschrieben (Coccaro et al. 2005). Nun zeigt sich, dass Gene, die am serotonergen System beteiligt sind, mit entsprechenden psychopathologischen Veränderungen bei Borderline-Patienten einhergehen (New et al. 2008). So ist ein Polymorphismus des Tryptophan-Hydroxylase-Gens (TPH), das mit impulsiver Aggression und suizidalem Verhalten assoziiert ist, bei Borderline-Patienten stärker ausgeprägt als bei Kontrollpatienten (Ni et al. 2009).
- Bei der *dissozialen Persönlichkeitsstörung* kommt eine metaanalytische Übersicht zu dem Ergebnis, dass 56 % der Varianz durch genetische Einflüsse erklärt werden können (Ferguson 2010). Auch hier spielen Gen-Varianten eine wichtige Rolle. Ein Polymorphismus des Monoaminoxidase-A-(MAO-A-)Gens entscheidet darüber, ob nach traumatischen Erfahrungen der »Zyklus der Gewalt« aufrechterhalten wird. Kindesmissbrauch führte nur bei denjenigen Kindern zu erhöhter Gewalt in ihrem Erwachsenenleben, deren Genotyp eine geringe Aktivität der MAO-A zeigte, während Kinder, deren Genotyp eine hohe MAO-A-Aktivität aufwies, vor den negativen Auswirkungen ihrer traumatischen Erfahrungen geschützt waren (Caspi et al. 2002). Eine Variante des Catechol-O-Methyltransferase-Gens (COMT-Gen) ist offenbar mit stärkerem antisozialem Verhalten verbunden (Thapar et al. 2005), vermutlich über eine Beeinflussung der Entwicklung des präfrontalen Kortex und seiner Fähigkeit, aggressive Impulse zu kontrollieren. Auch fand sich bei männlichen Probanden mit einer Vorgeschichte von Misshandlung eine stärkere Ausprägung antisozialen und kriminellen Verhaltens, wenn eine höhere Aktivität des MAO-A-Gens nachweisbar war (Caspi et al. 2002). Ein spezifischer Polymorphismus des Serotonin-Transporter-Gens prädizierte gewaltsame Impulsivität in einer forensischen Stichprobe (Retz et al. 2004).
- Bei der *narzisstischen Persönlichkeitsstörung* fand sich eine Erblichkeitsrate von 45 % für die wichtigsten narzisstischen Persönlichkeitszüge (Jang et al. 1996).
- Bei der *histrionischen Persönlichkeit* wurde beim Vergleich monozygoter und dizygoter Zwillingspaare eine Erblichkeitsrate von 52 % nachgewiesen (Torgersen et al. 2000).
- Bei der *abhängigen Persönlichkeitsstörung* konnten auf der Basis einer Zwillingstudie 30 % der Varianz der Symptomatik durch genetische Einflüsse erklärt werden (Torgersen et al. 2000).
- Bei der *ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung* hatten Verwandte ersten Grades von Personen mit dieser Persönlichkeitsstörung höhere Prävalenzraten der gleichen Persönlichkeitsstörung und einer

generalisierten Angsterkrankung (Tillfors et al. 2001).

- Bei der *paranoiden Persönlichkeitsstörung* besteht eine ausgeprägte Erblichkeit der für diese Persönlichkeitsstörung typischen Persönlichkeitszüge des Misstrauens und der Feindseligkeit (Livesley et al. 1998).

Vor dem Hintergrund dieser Befunde ist es nicht zulässig, einzelne Persönlichkeitsstörungen wie z.B. die Borderline-Persönlichkeitsstörung nahezu ausschließlich als Traumafolge und damit als Variante der Posttraumatischen Belastungsstörung aufzufassen, wie dies vereinzelt vorgeschlagen wurde (Sachsse 1995). Dagegen spricht allein die Tatsache, dass etwa 20 bis 45 % der Borderline-Patienten keine Vorgeschichte von Misshandlung und Missbrauch aufweisen (Dulz u. Jensen 2011; Lewis u. Grenyer 2009; Sack et al. 2011). Auch wenn eine monokausale Verknüpfung zwischen Kindesmisshandlung und Borderline-Störung nicht zulässig ist, kommen Ball und Links (2009) in einer umfassenden Übersicht zu dem Ergebnis, dass die empirische Befundlage durchaus für eine kausale Beziehung spricht, allerdings als Teil eines multifaktoriellen ätiologischen Modells. Entsprechend konnte die Studie von Bandelow et al. (2005) Kindesmisshandlung – neben ungünstigen elterlichen Erziehungsstilen, neurotischen Störungsbildern in der Familie und Trennung von den Eltern – als unabhängige Prädiktoren identifizieren. Klinisch betrachtet ist der Befund hoher Raten an Traumatisierungen in der Vorgeschichte der Patientinnen in jedem Falle von höchster Relevanz.

Sicher ist, dass die Effekte von psychosozialen Stress auf das sich entwickelnde Gehirn durch genetische Faktoren moduliert werden. Die Zusammenhänge werden nochmals kompliziert durch wichtige Ergebnisse der *Forschung zur Epigenetik, die Umwelteinflüsse auf die Gen-Expression belegen*. Unter Gen-Ex-

pression werden die Prozesse verstanden, die aus der genetischen Information, dem Genotyp, den Phänotyp entstehen lassen. Gen-Expression umfasst die für die Proteinsynthese notwendigen Translations- und Transkriptionsprozesse. Aus Tierversuchen ist bekannt, dass Umwelteinflüsse Änderungen der DNA-Sequenz in der so genannten Promoter-Region der Gene – der Region, in der die Transkription von Genkodierungen für wichtige Proteine erfolgt – bewirken können, ohne dass Änderungen der ererbten Nucleotid-Sequenz vorliegen müssen (Gervai 2009). Diese durch die Umwelt vermittelten Einflüsse auf die Gen-Expression bleiben während des gesamten Lebens bestehen und können von einer Generation zur nächsten übertragen werden (Champagne 2008; Rakyan u. Beck 2006). Auch wenn die Ergebnisse von Tierversuchen nur begrenzt auf die Verhältnisse beim Menschen übertragen werden können, haben wir Anlass zu der Annahme, dass sich auch beim Menschen Verhaltensmerkmale der frühen Bezugsperson im Erbgut niederschlagen. In jedem Falle sprechen die Ergebnisse mit großer Plausibilität für die kaum zu überschätzende Bedeutung der frühkindlichen Beziehungsumwelt.

Tatsächlich haben wir es bei der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen immer mit einer *komplexen Interaktion von genetisch-konstitutionellen Faktoren, lebensgeschichtlichen Belastungsfaktoren und protektiven Faktoren* zu tun. Gerade die Befunde der neueren Verhaltensgenetik und die Zwillingstudien zeigen den *bedeutsamen Anteil genetischer Einflüsse* auf die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen, zu denen die Belastungsfaktoren der frühkindlichen Umwelt hinzutreten.