

Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale?

- Kernbergs Hypothese: Wut ist der Grundaffekt bei Persönlichkeitsstörungen (auf dem Boden einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation).
- Meine Antithese: Die (frei flottierende, diffuse) Angst ist der zentrale Affekt bei Borderline-Störungen. Wut/Haß sind hingegen sekundäre Folgen der Borderline-typischen Angst.

Zwar weist Hoffmann (1999) darauf hin, daß sich Kernberg wiederholt von Melanie Klein abgegrenzt habe, aber dies betrifft meines Erachtens nicht so sehr die Angsttheorie. Hierzu meint Dornes (1997, S. 192): »Ein grundsätzliches Problem der kleinianischen Angsttheorie sehe ich ... darin, daß sie quasi axiomatisch annimmt, Aggression sei die zentrale Ursache von Angst und gehe ihr immer voraus. Dabei wird zu wenig

berücksichtigt, daß Angst ... sie (Feindseligkeiten [Ergänzung durch den Autor]) sogar hervorrufen kann.« Und nach Winnicott (1988, 1992, S. 112) hätten beide – Liebe wie Haß – »mit Aggression zu tun. Andererseits kann Aggression auch ein Zeichen von Angst sein.« Die von Angst getriebene Aggression stelle »die Inszenierung einer als zu grauenvoll erlebten inneren Welt« dar (Winnicott 1988, 1992, S. 120).

Aus meiner Sicht stellt die frei flottierende Borderline-Angst die letzte von **drei »Angst-Entwicklungsstufen«** und somit die Folge einer als zu grauenvoll erlebten inneren Welt dar:

- die »Vernichtungsangst« von Säuglingen,
- die Angst während der Traumatisierung und schließlich
- die Borderline-typische frei flottierende Angst.

Dieses soll nun begründet werden.

»Vernichtungsangst« von Säuglingen

Am Anfang des Lebens benehme sich jedes Kind so, als wäre jedes unerwartete Ereignis eine Gefahr, meint Fraiberg (1969, 1984, S. 17) und folgert: »Die spontane Reaktion auf Gefahr ist Angst.« Dornes (1997) geht davon aus, daß Furcht ab einem Lebensalter von sechs bis sieben Monaten empfunden werden kann, aber einige Komponenten eines Ausdruckes von Angst auch schon früher. Er betont, daß Säuglinge nicht phantasieren könnten: Deshalb hätten sie in erster Linie realistische Ängste, die zeitlich begrenzt seien, sofern sich die angstausslösende Situation verändere. Resch (1996) berichtet, daß beim Säugling aversive Reize (z. B. Reizüberflutung) angstausslösend wirken könnten, erste Furchtreaktionen seien bereits ab sechs bis acht Wochen zu beobachten; schon im ersten Lebensjahr könne ein Erkennen von Angst in Gesichtern von Bezugspersonen das Kind in Furcht und Angst versetzen. Nach Lichtenberg (1991) sind Schreckreaktionen innerhalb der ersten Woche oder der ersten zehn Tage vorhanden, und Stern (1992, 1994, S. 282) hält es für wahrscheinlich, »daß Säuglinge im Bereich der Kern-Bezogenheit keine »unvorstellbaren Ängste« vor *potentiellen* Brüchen im Empfinden eines Kern-Selbst erleben, wohl aber »archaische Qualen« bei realen Störungen.«

Hier muß besonders auch an die Arbeit von Bowlby (1961) erinnert werden, nach der **Bindung** als Grund-

bedürfnis angesehen wird, deren Gefährdung zu einer unter Umständen auch pathologischen Trennungsangst führe; diese biologisch¹ begründete »Primärangst« wird von »Dressat-Angst« und »Erwartungsangst« abgegrenzt. Es entstehe beim Kind im Alter zwischen 15 und 30 Monaten nach Trennung von der Mutter zunächst die Phase des Protests (diese sei der Trennungsangst zuzuordnen) mit Zeichen der akuten Beunruhigung des Kindes, dann jene der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit (diese Phase werfe das Problem von Kummer

¹ Nach van der Kolk und Saporta (1993) ist der Locus coeruleus das anatomische Herz der physiologischen Erregung; die Autoren betonen bezüglich der biologischen Reaktion auf psychische Traumata die Annahme, daß anxiolytisch wirksame Medikamente mit der Aktivität des Locus coeruleus interferierten und serotonerge Bahnen eine wichtige Rolle spielten bei der Kontrolle angstbedingten Verhaltens. Hüther (1997) geht insbesondere davon aus, daß Triebimpulse als Manifestationen bereits stattgefundener Bahnungsprozesse auf der Ebene neuronaler Verschaltungen zu verstehen seien: »Demnach wären Abhängigkeits- und Autonomiebedürfnisse, aggressive und narzißtische Bedürfnisse als erfolgreiche Bewältigungsstrategien des Kindes zu werten, deren zugrundeliegende Verschaltungsmuster durch wiederholte, kontrollierbare Streßreaktionen bereits tief im kindlichen Gehirn verankert worden sind. Die Triebfeder für die sequentielle Aneignung dieser Strategien im Denken, Fühlen und Handeln eines Kindes wäre die von ihm erlebte Angst und das daraus resultierende Grundbedürfnis nach Überwindung dieser Angst, also nach Sicherheit« (Hüther 1997, S. 98). Dies trifft sicher in besonderem Maße auf Extremerfahrungen im Kindes-/Jugendalter zu.

und Trauer auf) sowie schließlich die einer Gleichgültigkeit (im Sinne einer Abwehr). Ähnlich wie Bowlby unterscheidet Längle (1998, S. 229) von der Erwartungsangst eine in der Verunsicherung der Existenz begründete Grundangst; diese wird von Längle beschrieben mit »Halt und Boden drohen verloren zu gehen«, als »Begegnung mit dem »Nichts««, welche sich bis zur Unerträglichkeit steigern könne, und erinnert insofern an Winnicott. Winnicott (1974, 1993, S. 60f.) postuliert eine mit Angst zusammenhängende Vernichtungsdrohung: »Sein und Vernichtung sind die beiden Alternativen.« Im Tierreich ist das ganz deutlich: Angst vor Vernichtung steuert das Verhalten selbst primitiver Lebewesen. Winnicott (1974, 1993, S. 74) führt weiter aus, daß das Baby ein unreifes Wesen sei, das ständig am Rande unvorstellbarer Angst stehe, die nur wenige Varianten habe, »von denen jede der Schlüssel zu einem Aspekt der normalen Entwicklung ist:

1. Zusammenbrechen,
2. unaufhörliches Fallen;
3. keine Beziehung zum Körper haben;
4. keine Orientierung haben.«

An anderer Stelle (Winnicott 1978, 1992, S. 32) ergänzt er: »Falsches Halten ruft im Kind extremes Unbehagen hervor; es ist die Grundlage für:

- das Gefühl des Zusammenbrechens,
- das Gefühl, unaufhaltsam zu fallen,

Traumafolge Angst

Bei (höheren) Tieren ist Angst der zentrale Affekt bei vitaler Bedrohung. Angst (vor Feinden, d. h. vor Traumatisierung/Tod) bestimmte den Verlauf der Evolution und bestimmt das alltägliche Verhalten nahezu aller Tiere zu jeder Zeit. Erst wenn Angst und der durch sie ausgelöste Fluchtreflex nicht mehr zum Ziel – dem eigenen Überleben – führen können, greift ein Tier einen stärkeren Angreifer an. Und selbst dieser fremdaggressive Akt hat seine Basis nicht in Wut beziehungsweise Haß, sondern basiert auf einer angstbedingten Notreaktion (siehe z. B. Eibl-Eibesfeld 1976, 1998; Hediger 1986). Bei der Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen muß es sich nicht immer um Realtraumata (wie körperliche Mißhandlung bzw. sexueller Mißbrauch) handeln; auch schwere Vernachlässigung kann zu Angst führen. Laut Bürgin und Rost (1997) stünden traumatisierende Faktoren entweder mit einer übermäßigen Reizzufuhr oder mit Formen des Zuwenig im Zusammenhang; den Traumabegriff definieren sie als einen Erfahrungszustand, bei welchem die Fähigkeit des Individuums überfordert worden sei, seine Erlebnisse zu organisieren und zu regulieren, so daß ein Zustand der Hilflosigkeit entstanden sei. Dies ist insbesondere der Fall bei schweren Realtraumatisierungen

- das Gefühl, die äußere Realität sei zur Beruhigung nicht zu gebrauchen, und
- andere Ängste, die gewöhnlich als »psychotisch« bezeichnet werden.«

Dieses sind Beschreibungen unspezifischer, diffuser, frei flottierender Ängste eines Säuglings, der zwar eine konkrete Gefahr nicht erkennen, sie auch nicht phantasieren kann, aber dennoch Angst vor dem »GAU« haben kann – ohne eine Idee, wie dieser »größte anzunehmende Unfall« aussehen könnte. Der einzige Schutz dagegen ist – Winnicott folgend – natürlich die »haltende Funktion«: Der Säugling braucht wie alle Primaten als »Tragling« das Gehaltenwerden. Ich meine also, daß ein Säugling durchaus eine Vernichtungsangst (i. S. einer diffusen Angst, wobei mit dem Zusatz »Vernichtung« eher auf das Ausmaß der Angst hingewiesen werden soll denn auf eine konkrete Vernichtungshandlung) haben kann und wahrscheinlich auch immer erlebt, denn er kann nicht ahnen, daß das Essen schon naht, wenn der Hunger bereits vorhanden ist, oder daß die Decke schon bereit liegt, wenn er zu frieren beginnt. Bei dem einen Säugling wird diese Angst ein »normales« Maß nie übersteigen, bei dem anderen hingegen fast ständig. Ich glaube nicht, daß die These von Winnicott deshalb als falsch gelten muß, weil er Wörter der »Erwachsenenwelt« verwendet hat – die der »Säuglingswelt« konnte er nicht verwenden, denn wir kennen sie nicht.

mit Bedrohung auch der körperlichen Unversehrtheit.

Angst ist, unabhängig vom Alter, aufgrund ihrer Subjektbezogenheit die erste Reaktion auf jedes Ereignis, das als **vitale Bedrohung** erlebt wird – gerade auch aufgrund der im Unbewußten gespeicherten Erinnerungen an die Vernichtungsangst des Säuglings. Hier können frühkindliche prätraumatische Erfahrungen und wohl auch pränatale Erfahrungen (Piontelli 1996) »prädisponierend« sein, zumal das Realtrauma innerhalb einer meist lange vorher bestehenden Familienatmosphäre entsteht. Angst ist »ein konstitutives Merkmal des Mißbrauchs selbst« (Arnold u. Joraschky 1997, S. 156); es entstehe »ein Teufelskreis, in dem Erwartungsangst gesteigerte Feindseligkeit und diese wiederum erhöhte Erwartungsangst erzeugt« (S. 159). Auch Horowitz (1993) hält Angst für die häufigste emotionale Erstreaktion auf ernste Life-events. Green (1993) führt aus, daß überwältigende physische (also auch sexuelle) Angriffe angstbezogene Symptome verursachen; gerade bei Persönlichkeitsstörungen werde diese initiale Angst transformiert zu einer Verzerrung von Persönlichkeitszügen, Haltungen und Identifizierungen sowie des Selbstbildes – mit der Folge von Schwierigkeiten im Rahmen von Objektbeziehungen:

etwa durch Entwicklung einer pathologischen Impulsivität oder auch einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Bürgin und Rost (1997) meinen, traumatisierende Situationen seien durch eine **ausgeprägte Asymmetrie von Macht und Ohnmacht** gekennzeichnet, welche ein Übermaß an Angst erzeuge; das Opfer suche deshalb nach omnipotenter Kompensation. Diese kann zum Beispiel Aggression – also auch Wut und Haß – sein. Und Osofsky (1999) ergänzt: »Kindern, die in einem Umfeld chronischer Gewalt in der Familie oder in ihrer Umgebung aufwachsen, fehlt häufig ein förderndes Umfeld, das für die Feinabstimmung von Affekten als Basis einer gut modulierten Affekterfahrung und damit einer gesunden Ich-Entwicklung Voraussetzung ist. Oft entwickeln sich schon früh im Leben dieser Kinder eher primitive Abwehrmechanismen im Versuch, extreme Angst und Impulse zu kontrollieren. Die frühen Negativerfahrungen können zu einer Entgleisung der Entwicklungsbahn führen, die Fähigkeit zur Affektregulation beeinträchtigen (und insbesondere zur Spaltung von Affekten führen) sowie bereits früh Beziehungsprobleme mit verursachen, wie sie häufig bei Individuen mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation charakteristisch sind.«

Erst später, manchmal erst lange Zeit nach dem

Trauma, erfolgt eine die eigene Beziehung zum Täter und somit gleichermaßen das Objekt betreffende Reaktion (z. B. Wut/Haß auf den Täter). Auch Haß/Wut auf sich selbst ist als Folge einer **Aggressionsumkehr** kein objektloser Affekt, entsteht oft erst Jahre nach dem Trauma und findet insbesondere bei sexuell mißbrauchten seinen Ausdruck in selbstverletzendem Verhalten. Stets wird aber im Trauma Angst erlebt, mit der Folge zum Beispiel von Dissoziationen als Angstentlastung (als gelte die Bedrohung nur dem Körper wie einer leeren Hülle, nicht aber dem Selbst, das sich aus dem Fühlen zurückgezogen hat). Die vitale Bedrohung per se ist wichtiger und wird eher wahrgenommen als die Personifizierung des Täters beziehungsweise die Entwicklung von Affekten ihm gegenüber. Aus diesem Grund können Vergewaltigungsopfer zwar meistens das Trauma genau erinnern, seltener aber den (fremden) Täter beschreiben. Auch bei manchen Tätern, die selbst einst Opfer von Traumatisierungen gewesen sind (vgl. hierzu Dulz u. Nadolny 1998; Hirsch 1998), dürfte Angst noch vor der Aggression das zentrale Motiv darstellen, schreibt doch auch Bowlby (1995, S. 82) im Kapitel über »Gewalt in der Familie«, daß mißhandelnde Mütter »an schweren, von gelegentlichen Wutanfällen unterbrochenen Angstzuständen« leiden. Bei weitem nicht jedes schwere Trauma zieht eine

Frei flottierende, diffuse (Borderline-)Angst

schwere psychische Störung nach sich (Dulz et al. 1999a); insofern muß zum Beispiel bei Borderline-Persönlichkeiten eine Vulnerabilität vorhanden sein, die – wie oben dargestellt – in der ersten Lebenszeit entstanden sein dürfte. Als Folge dieser frühkindlichen Erfahrungen in Verbindung mit jenen späteren der Realtraumatisierung – zu nennen ist die traumabedingte Schwächung der oft bereits seit frühester Kindheit labilen Ich-Struktur – kann sich unter Umständen eine Borderline-Störung mit dem zentralen Symptom der frei flottierenden Angst entwickeln. Diese Angst ist ungerichtet und ein Ausdruck dessen, daß die Borderline-Persönlichkeit jederzeit mit einer erneuten Traumatisierung (einschließlich Verlassenwerden, Vernachlässigung und Mißachtung) rechnet – durch wen, wann, wo und wie auch immer. Dabei muß diese Befürchtung nicht bewußt beziehungsweise »objektiv« begründet sein. Es handelt sich letztlich um die Fortsetzung einer **archaischen Vernichtungsangst**, die eben deshalb außerordentlich bedrohlich ist und mit allen Mitteln abgewehrt werden muß: Um diese unerklärliche, den Patienten permanent bedrohende Angst zu reduzieren, erfolgt die Ausbildung diverser Symptome, Affekte und Abwehrmechanismen (s. Dulz u. Schneider 1995, 1996). Zu diesen Symptomen gehört auch die Aggres-

sion, die im Sinne einer Externalisierung der eigenen Entängstigung und Entlastung dient. Angst ist somit zentrales Motiv für ein Werden »vom Opfer zum Täter« (vgl. Dulz u. Jensen 1997), oft im Sinne einer Kompensation und Restitution der narzißtischen Besetzung (Bürgin u. Rost 1997). Angst stellt also die Basis von Wut/Haß/Aggression dar. Diese Angst ist später fast permanent vorhanden, manchmal abgewehrt und nicht spürbar, aber in engen Beziehungen stets verstärkt – also auch in der Therapie. Deshalb können gerade auch **während der Therapie** Patienten mit einer Borderline-Störung angstbedingt häufig nicht einschlafen; und wenn sie denn eingeschlafen sind, wachen sie oft angsterfüllt auf – nach unserer Erfahrung sind Träume, in denen eigene Aggressivität und Wut, eigener Haß vorkommen, ausgesprochen selten, während die eigene Angst (vor anderen) bei den meisten Alpträumen den zentralen Inhalt darstellt.

Längle (1998) rechnet die frei flottierende, also die Borderline-typische Angst – wie auch die psychotische Angst, aber in Abgrenzung von phobischen beziehungsweise zwangsbezogenen Ängsten, welche er der ein haltgebendes Element beinhaltenden Erwartungsangst und somit einer wehrenden Haltung des Subjekts zurechnet – ausdrücklich zur Grundangst, die eine

Brüchigkeit der haltgebenden Strukturen der Welt zur Ursache habe. Hoffmann (1999) beschreibt die **Möglichkeiten der Minimierung dieser Borderline-typischen Grundangst**: »Die Abwehr unerträglicher Angst geschieht vorzugsweise über fünf spezielle Vorgänge:

- die Herstellung von Affektlosigkeit ...
- die Herstellung von Anhedonie ...
- die Ersetzung durch einen anderen Affekt (vorzugsweise durch den des Zorns, der Wut).

Dieses Phänomen wurde oft beschrieben und reicht von der Alltagspsychologie (der verschmähte Liebhaber verfolgt die unerreichbare Frau mit Häme) bis hin zu schwer kontrollierbaren Zuständen gereizter Verstimmung (Affektdurchbrüche, Affektüberflutungen). Der zentrale Abwehrvorgang ist der einer Affektverschiebung beziehungsweise einer Reaktionsbildung auf dem Affektniveau: Der schwer aushaltbare Affekt wird durch einen leichter erträglichen, auch wenn dieser zu anderen Problemen führt, substituiert. Dieser Vorgang wirkt nach außen wie

Aggressionsausrichtung als Folge der Angst

Schwäche kann dann Folge einer Realtraumatisierung sein, wenn das Kind als Säugling eine erhebliche Vernichtungsangst erfahren hatte. Die Entstehungsbasis für die frei flottierende Angst vermute ich also im ersten Lebensabschnitt, zumal eine Traumatisierung zumeist nicht unvermittelt, sondern aus einer bestimmten und zumeist lange bestehenden Atmosphäre heraus entsteht – beeinflusst von zahlreichen (u. a. sozialen und wohl auch pränatalen) Faktoren (s. hierzu Dulz et al. 1999a) einschließlich einer genetischen Disposition (Kernberg 1997a; 1997b) etwa bezüglich des Temperaments, wengleich eine Vererbung von Borderline-Störungen als unwahrscheinlich anzusehen ist (Torgersen 1999). Anders ausgedrückt: Wenn aufgrund einer insgesamt doch haltenden Umgebung vor oder während der Traumatisierung keine Ich-Schwäche entstanden ist, entsteht auch keine Borderline-Störung – dies dürfte erklären, warum bei weitem nicht alle real traumatisierten Personen eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation entwickeln. Borderline-Angst ist keine zwingende Folge einer Traumatisierung, so wie Borderline-Störungen selbst keine zwingende Folge einer Traumatisierung darstellen. Möglicherweise sind **zwei Gruppen von realtraumatisierten Borderline-Patienten zu unterscheiden**:

- jene mit früher beziehungsweise schwerer Traumatisierung (d. h. einer »frühen« Störung), bei der als Tatfolge eine subjektbezogene Angst ausgebildet wird, während eine Objektbezogenheit weniger ausgeprägt ist
- jene mit späterer beziehungsweise einer weniger ausgeprägten Traumatisierung (z. B. durch eine ansatzweise haltende Funktion durch Familienmit-

das plötzliche und launenhafte Umschlagen einer Stimmung, wie eine unberechenbar ausbrechende Wut, manchmal wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Dem Kliniker ist viel gedient, wenn er davon ausgeht, daß ein Patient, der sich ihm gegenüber »säbelschnalzend« verhält, auf diese Weise erst einmal unerträgliche Angst abwehrt.

- Das Agieren ...

- Die Projektion ...«

Demzufolge wird Angst von Borderline-Patienten nicht immer wahrgenommen: Und trotzdem ist hinter der scheinbar unverletzlichen Fassade fast immer sehr viel Angst zu spüren: eine sehr bedrohliche Form der Angst, die gerade vor anderen nicht zugegeben wird, weil der Patient sich dadurch als verletzlich zeigen, als angreifbar erleben würde. Hierin liegt laut Hoffmann (1999) die Aufklärung für die Widersprüche in der Phänomenbeschreibung der Borderline-Störungen.

Die Entwicklung einer Borderline-typischen Ich-

glieder insbesondere auch in den ersten Lebensmonaten) und somit einer »nicht ganz frühen« Störung, bei denen sich so viel Ich-Reife hat entwickeln können, daß die Objektbeziehung und damit im Zusammenhang stehende Affekte »relevanter« sind als bloße tatbezogene Affekte.

Bereits an anderer Stelle (Dulz u. Jensen 1997) wurde ausgeführt, daß die Form der Traumatisierung maßgeblich ist für die **Form der Aggressionsausrichtung** im Rahmen von Borderline-Störungen: Körperliche Mißhandlung korreliert signifikant mit Fremdaggressivität, sexueller Mißbrauch mit Autoaggression. Mit ein Grund dürfte sein, daß bei den beiden Formen der Traumatisierung unterschiedliche Psychodynamiken bestehen, insbesondere daß das Opfer sexuellen Mißbrauchs sich als an der Tat mitschuldig empfindet und sich die traumabezogenen Affekte (wie Scham) auf die eigenen Anteile beziehen, während für das Opfer von körperlicher Mißhandlung die Täterfrage eindeutiger geklärt ist (selbst wenn das Opfer meint, die Schläge verdient zu haben). Die Aggressionsausrichtung hängt somit auch von der Art der Traumatisierung ab: Aggression ist nicht automatisch gleich Aggression, Wut nicht unbedingt gleich Wut. Identisch ist aber bei beiden Gruppen traumatisierter Borderline-Patienten die frei flottierende Angst.

Die Überlegungen zu Angst versus Aggression betreffen auch den Sadomasochismus, der – jedenfalls bei zugrundeliegender Borderline-Pathologie – mehr mit Angst(reduktion) zu tun hat als mit dem Ausleben von Aggression/Haß: Aggression dient der Verhinderung von Nähe, und geringere Nähe bedeutet geringere Angst vor Verlassenwerden. Schmerz zufügen oder

zugefügt bekommen ist in diesem Sinn ein symbiotischer Akt zur Verhinderung von Phantasien des Verlassenwerdens und dient somit der Angstminimierung. Schorsch (1979) faßt zusammen, daß die Dynamik des Sadismus mit sehr frühen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung zu tun habe und vor allem mit Verselbständigung und Autonomiegewinnung

zusammenhänge: Mit wachsenden Ängsten und steigender Unsicherheit nehme die Tendenz zur Aggressivierung der Sexualität und zu sadistischer Ausformung zu. Anzunehmen ist, daß sexuell mißbrauchte Borderline-Patienten eher masochistisch sind, während körperlich mißhandelte eher sadistisch sind. Die Notwendigkeit einer Angstminimierung resul-

Resümee

tiert aus der immensen Bedeutung der Borderline-Angst für Struktur wie Deskription der Borderline-Patienten, weil die Wurzel der Angst bereits im Säuglingsalter liegt. Die **intrapsychische Angstreduktion** im Rahmen einer Borderline-Störung ist auf **zwei Ebenen** zu erkennen:

- Deskriptive (d.h. symptomatische) Ebene: Die Symptome dienen der Angstausrichtung beziehungsweise -kanalisierung (Phobie, paranoide Symptome), der Angstminimierung (Dissoziation) beziehungsweise der »Angsteliminierung« (narzißtische Leere, emotionales Vakuum).
- Strukturelle Ebene: Entängstigung ist gleichermaßen über den zentralen Abwehrmechanismus (Spaltung) und die Hilfsabwehrmechanismen (insbesondere projektive Identifizierung, aber auch Entwertung, primitive Idealisierung usw.) möglich.

Mit beiden Ebenen ist auch der Therapeut konfrontiert. Lohmer (1999) erläutert: »Tritt real oder phantasiert eine ... Nähe ein ... so folgt einem Moment der Befriedigung rasch die starke Angst, den anderen zu verlieren, sich im anderen zu verlieren ... Aus dieser Angst heraus erfolgt dann zumeist die abrupte Kehrtwendung, die Distanz schaffen soll. Vorwürfe, Wutanfälle, plötzliche Kühle und Interesseverlust markieren einen solchen ... Umschwung. Dies rettet den Patienten zwar aus der Verschmelzungsangst, führt nach einem gewissen Moment der Erleichterung aber rasch in einen Zustand der Verlassenheitsangst ...« Wenn Angst statt Wut den zentralen Affekt der Borderline-Störungen darstellen sollte, hat dies konkrete therapeutische Konsequenzen: Nach der primär anzustrebenden (psychopharmakologischen bzw. psychotherapeutischen) Anxiolyse wäre weniger Aggression (seitens des Borderline-Patienten) zu gewärtigen. Auch deshalb richten wir das therapeutische Hauptaugenmerk auf die Reduktion der Angst. Erst wenn diese gelingt, kann der Borderline-Patient zur Aufnahme einer therapeutischen Beziehung in der Lage sein und die **Therapie** durchhalten, während der es zwangsläufig immer wieder zu einem Anfluten der Angst kommen wird. Gerade um Realtraumata bearbeiten zu können, muß die Beziehung zwischen Behandler und Patienten stabil und weitestgehend entängstigt sein. Dies betrifft beide, den

Therapeuten und den Therapierten. Beziehungen sind keine einseitige Angelegenheit, und deshalb hat der Behandler durchaus seinen Anteil daran, wenn eine therapeutische Beziehung nicht entsteht oder sich als nicht tragfähig erweist. Auch Eagle (1988, S. 175) postuliert, daß in der Behandlung früher Traumata »die heilsamen therapeutischen Wirkungen nicht in erster Linie auf der Beseitigung von Entwicklungsdefiziten und strukturellen Defekten beruhen, sondern darauf, daß sie die Auswirkungen der unrealistischen Ängste und ungelösten Konflikte abmildern ...«

Gemäß der oben dargestellten Entwicklung der Borderline-typischen Angst versuchen wir vor allem, eine haltende Funktion im Sinne Winnicotts auszuüben, eine haltende Umgebung herzustellen (s. Dulz et al. 1999b; Dulz u. Schneider 1995, 1996), was nach unserer Erfahrung dazu führt, daß Aggressionspegel bei unseren Patienten »automatisch« sinken. Dies alles bedeutet nicht, daß eine therapeutische Bearbeitung von Wut und Haß bei Borderline-Patienten nicht von besonderer Bedeutung wäre. Ich meine nur, daß diese Bearbeitung erst erfolgen kann, wenn die Angst minimiert wurde. Hierbei spielt die Persönlichkeit des Behandlers eine besondere Rolle. Und Kernberg scheint mir ein Therapeut zu sein, der als eine vom Patienten als unzerstörbar erlebte Person quasi »automatisch« als Anxiolytikum wirken kann – was dann der prognostisch bedeutsamen Bearbeitung von Wut beziehungsweise Haß das Tor öffnet.

Abschließend eine Vignette aus einer Therapiegruppe:

Das Thema in der Psychotherapiegruppe war »Angst«. Die sechs Patienten begannen zu überlegen, wie sie ihre als extrem belastend empfundene Angst beschreiben könnten. Ich bot jene Beschreibung an, die Winnicott für die Vernichtungsangst von Säuglingen verwendet hat. Alle Patienten begannen – fast freudig aufgeregt – zustimmend zu nicken: Ja, genau so könne man ihre Angst beschreiben, jene Angst, die sie so unbestimmt und unvorhersehbar überfalle, und die deshalb so verwirrend-beängstigend sei. Es sei, so die Patienten nach meiner Ausführung zur Angstentstehung, also keine Angst

vor etwas konkretem Unbekanntem, sondern vor einem sie selbst betreffenden Zustand. Die Angst wurde den Patienten nun erklärlich, sie wurde (zunächst rational) als nicht mehr frei flottierend, als nicht mehr diffus verstanden. Auch dies hatte eine deutliche Entlastung zur Folge.

Natürlich gehe ich nicht davon aus, daß diese Szene

einen wissenschaftlichen Beleg für die eingangs skizzierte Antithese darstellt. Dennoch erlebte ich die Reaktion der Patienten als Ermutigung für meine Ansicht, daß die frei flottierende Angst als auf früheren Ängsten basierend den zentralen Affekt bei Borderline-Patienten darstellt. Das dürfte die Borderline-Störungen – gewissermaßen als Nebeneffekt – nicht mehr als »Psychopathie-Abkömmlinge« erscheinen lassen und vom vielerorts immer noch vorhandenen Mythos der Unbehandelbarkeit befreien.

Literatur

- Arnold S, Joraschky P (1997). Angsterkrankungen. In: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer; 155-63.
- Bowlby J (1961). Die Trennungsangst. *Psyche* 7: 411-64.
- Bowlby J (1995). Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: DEXTER.
- Bürgin D, Rost B (1997). Traumatisierung im Kindesalter. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 24-31.
- Dornes M (1993). Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt: Fischer.
- Dornes M (1997). Die frühe Kindheit. *Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt: Fischer.
- Dulz B, Jensen M (1997). Vom Trauma zur Aggression – von der Aggression zur Delinquenz. Einige Überlegungen zu Borderline-Störungen. *Persönlichkeitsstörungen* 1 (4): 189-98.
- Dulz B, Nadolny A (1998). Opfer als Täter – Ein Dilemma des Therapeuten. *Persönlichkeitsstörungen* 2 (1): 36-42.
- Dulz B, Sachsse U, Jensen M, Nadolny A, Schreyer D (1999a). Aspekte einer Traumaätiologie: Psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer (im Druck).
- Dulz B, Schneider A (1995, 1996). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dulz B, Schreyer D, Nadolny A (1999b). Stationäre Psychotherapie: Von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer (im Druck).
- Eagle MN (1988). Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse. Eine kritische Würdigung. München, Wien: Internationale Psychoanalyse.
- Eibl-Eibesfeld I (1976, 1998). *Liebe und Haß. Zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen*. Reinbek: Rowohlt.
- Fraiberg S (1969, 1984). *Die magischen Jahre in der Persönlichkeitsentwicklung des Vorschulkindes*. Reinbek: Rowohlt.
- Green A (1993). Childhood sexual and physical abuse. In: *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Wilson JP, Raphael B (Hrsg.). New York, London: Plenum; 577-92.
- Hediger H (1986). Angst und Panik bei Tieren. In: *Angst – Furcht – Panik*. Faust V (Hrsg.). Stuttgart: Hippokrates; 27-37.
- Hirsch M (1998). Opfer als Täter – Über die Perpetuierung der Traumatisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 2 (1): 32-5.
- Hoffmann SO (1999). Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer (im Druck).
- Horowitz MJ (1993). Stress-response syndromes. A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. In: *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Wilson JP, Raphael B (Hrsg.). New York, London: Plenum; 49-60.
- Hüther G (1997). *Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kernberg OF (1997a). Aggression, Trauma und Haß in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen* 1: 15-23.
- Kernberg OF (1997b). Wut und Haß. Über die Bedeutung von Aggression bei Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Perversionen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Längle A (1998). Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 47: 227-33.
- Lichtenberg JD (1991). *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona: Springer.
- Lohmer M (1999). Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten – eine psychoanalytische Perspektive. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer (im Druck).
- Osofsky JD (1999). Aspekte der frühen Entwicklung als Verständnisgrundlage der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer (im Druck).
- Piontelli A (1996). Vom Fetus zum Kleinkind. Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Resch F (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: Beltz.
- Schorsch E (1979). Der Sadismus und die gesellschaftliche Wirklichkeit (Vorwort). In: *Sadomasochisten und ihre Subkulturen*. Spengler A. Frankfurt: Campus; 7-16.
- Stern DN (1992, 1994). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Torgersen S (1999). Genetische Aspekte. In: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Stuttgart, New York: Schattauer.
- van der Kolk BA, Saporta J (1993). Biological response to psychic trauma. In: *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Wilson JP, Raphael B (Hrsg.). New York, London: Plenum; 25-33.
- Winnicott DW (1974, 1993). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt: Fischer.
- Winnicott DW (1978, 1992). *Familie und individuelle Entwicklung*. Frankfurt: Fischer.
- Winnicott DW (1988, 1992). *Aggression. Versagen der Umwelt und antisoziale Tendenz*. Stuttgart: Klett-Cotta.