

# Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten

Birger Dulz, Maren Jensen

Als Freud auf die Bedeutung sexuellen Mißbrauchs für die Entstehung einer Hysterie – bei manchen seiner Patientinnen würde heute eine Borderline-Störung diagnostiziert werden – aufmerksam gemacht hatte, führte dies zu seiner Isolierung in der Wiener Ärzteschaft (s. Kap. 1.2). Seitdem wurden sexueller Mißbrauch und dessen Folgen in wissenschaftlichen Publikationen über Jahrzehnte kaum beachtet; laut Grinsteins „Index der psychoanalytischen Schriften“ sind in psychoanalytischen Zeitschriften bis zum Ende der 60er Jahre keine Beiträge zu diesem Thema erschienen.

Dabei wurden Inzesthandlungen immer schon begangen – selbst von Päpsten: Innozenz VIII. („Der Unschuldige“, Pontifex von 1484–1492) habe sich an seinen acht Töchtern (!) ebenso vergangen wie Julius III. (Pontifex von 1550–1555) an seinen zwei Söhnen, die er zum Lohn 15jährig zu Kardinälen geweiht habe (Der Spiegel 1997). Erst in jüngster Zeit rückte dieses Thema wieder in das Interesse von Öffentlichkeit und Fachwelt, gab es doch alarmierende Hinweise auf eine bis dahin ungeahnte Häufigkeit sexuellen Mißbrauchs, aber auch körperlicher Mißhandlung. Beispielsweise wurde in einer Anhörung im Mainzer Landtag (1989) geäußert, daß nach Schätzungen jede vierte Frau vor dem 14. Lebensjahr Erfahrungen mit sexuellem Mißbrauch in der Familie gemacht habe. Richter-Appelt (1995) geht von einer Opfer-rate (sexuelle Berührungen bis hin zum Geschlechtsverkehr) von 20–30% für Frauen und 10–15% für Männer aus. Ellerbrok, Heuft und Senf (1995) fanden bei 28,5% ihrer stationär-psychotherapeutisch behandelten Patienten (N = 137) eine Anamnese sexuellen Mißbrauchs – hier von waren 76,9% weiblichen Geschlechts.

Wir gehen davon aus, daß Mißbrauch und – in geringerem Maße – Mißhandlung vom Opfer eher verleugnet als erfunden werden (Ehlert [1991] spricht von einer Verkehrung der Realität in die Phantasie) und daß deshalb die Realtraumata häufiger sind, als viele Therapeuten anzunehmen gewillt sind. Die „False-Memory-Bewegung“ in den USA hingegen halten wir für motiviert durch das Motto: „Was nicht sein darf, ist nicht“. Fischer und Riedesser (1998, S. 262) argumentieren ähnlich wie wir: „Der Umstand, daß sich die Debatte ausgerechnet an dem brisanten Thema des innerfamiliären Mißbrauchs entspannt, während Erinnerungsstörungen und Amnesien bei anderen traumatischen Ereignissen unstrittig sind, legt eine soziodynamische Erklärung nahe. Bei schweren Unfällen, Kriegstraumata, Katastrophen und schwerer Mißhandlung sind Amnesien seit langem bekannt und empirisch gut belegt. Im Gegensatz zum Kindesmißbrauch hat sich um diese Ereignisse herum noch niemals eine ‚False-Memory-Bewegung‘ herausgebildet“ (vgl. Kap. 2.2). Krause (1999) führt hierzu drei theoretisch mögliche Phänomene an:

- absichtlich erfundene Erinnerungen an Traumata, beispielsweise um jemandem zu schaden
- unbewußte falsche Erinnerungen, die möglicherweise behandlungsbedingt seien
- echte, wieder auftauchende Erinnerungen nach einer Amnesie

Er selbst geht aber davon aus, daß das „False-Memory-Syndrom“ wohl gar nicht existiert. Auch wir nehmen an, daß dieses „Syndrom“ primär aufgrund von Verleugnung – aber unter Umständen auch zum ganz bewußten Selbstschutz – postuliert wurde.

**Tab. 1:** Angaben in der Literatur zur Häufigkeit von sexuellen Mißbrauch bzw. körperlicher Mißhandlung bei Borderline-Patienten (in Prozent)

Autor(en)	Jahr	Sexueller Mißbrauch	Körperliche Mißhandlung	Beides bzw. andere frühe Traumen	Anmerkung
Coons u. Milstein	1986	75	55		betr. multiple Persönlichkeit (kein Patient ohne Trauma)
Putnam, Gurhoff et al.	1986	83 (Inzest: 68)	75		betr. multiple Persönlichkeit (3 von 100 Patienten ohne Trauma)
Bryer, Nelson et al.	1987	86			12 von 14 Borderline-Patienten
Herman, Perry u. van der Kolk	1989	67	71	81	
Zanarini, Gunderson et al.	1989b	26	46	92	72% verbaler Mißbrauch
Byrne, Velamoor et al.	1990	86,7	a) 46,7 b) 53,3		Täter: a) Vater b) Mutter
Ludolph, Westen et al.	1990	52	51,9		
Ogata, Silk et al.	1990	71	42		
Ross, Miller et al.	1990			95	betr. multiple Persönlichkeit
Nigg, Silk et al.	1991	72	48		
Goldman, D'Angelo et al.	1992			38,6	nur Kinder (überwiegend männlich)
Saxe, van der Kolk et al.	1993	100	68		Patienten mit dissoziativer Störung (davon 71% Borderline-Störung)
Stauss	1993	ca. 90			
Paris, Zweig-Frank u. Guzder	1994a	70,5	73,1		Erfahrung von Verlust oder Trennung bei 51,3% (Frauen)
Paris, Zweig-Frank u. Guzder	1994b	47,5	65,6		Erfahrung von Verlust oder Trennung bei 42,6% (Männer)

Neben allgemeinen Hinweisen auf die Bedeutung einer Inzest-Problematik für die Entstehung von Borderline-Störungen (Heigl-Evers, Heigl u. Ott 1993; Hirsch 1987, 1994; Kernberg 1994a; Rohde-Dachser 1979, 1995; 1991; Sachsse 1995; Saunders u. Arnold 1993; Schneider u. Dulz 1993; Sheldon 1988; Stone 1992b) gibt es etliche – fast sämtlich nicht aus dem deutschsprachigen Raum stammende – Untersuchungen, die empirisch hohe Raten von Kindheitstraumatisierungen bei Borderline-Patienten gefunden haben.

Prävalenzstudien zu Kindheitstraumata in der Allgemeinbevölkerung belegen, daß bei weitem nicht jede Realtraumatisierung die Ausbildung einer Borderline-Störung zur Folge hat. Die Prävalenz der Borderline-Störungen beträgt fast 2% (s. Kap. 1.1), während laut einer US-Studie (Finkelhor, Hotaling et al. 1990) 27% der Frauen

und 16% der Männer sexuell mißbraucht worden sind, wobei noch die Zahl der Mißhandlungen als ätiologisch bedeutsamer Faktor addiert werden müßte. Ähnliche Daten wurden in Studien aus den Niederlanden und Neuseeland gefunden (Sachsse, Eßlinger u. Schilling 1997). Richter-Appelt und Tiefensee (1996a) schätzten in der Bundesrepublik von 616 Frauen 23% als sexuell mißbraucht und 28% als körperlich mißhandelt sowie von 452 Männern 4% als sexuell mißbraucht und 14% als körperlich mißhandelt ein. Wetzels (1997) konnte im Rahmen einer repräsentativen retrospektiven Studie über Gewalterfahrungen in der Kindheit erstmals recht verlässliche Daten für die BRD gewinnen; danach haben 11,8% der Männer und 9,9% der Frauen Mißhandlungen seitens der Eltern sowie 7,3% der Männer und 18,1% der Frauen sexuellen Kindes-

mißbrauch erfahren. Folglich müssen zur Realtraumatisierung weitere ätiologisch bedeutsame Faktoren hinzukommen (s. Abb. 1, S. 181), damit eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entsteht. Wir gehen also – wie z.B. auch Paris (1994a; vgl. Kap. 1.12) – von einer mehrdimensionalen Ätiologie der Borderline-Störungen aus.

Zur Prävalenz von Kindheitstraumata spezifisch bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen liegt inzwischen eine Fülle von Veröffentlichungen vor (vgl. Egle, Hoffmann u. Joraschky 1997; Sachsse, Eßlinger u. Schilling 1997). Einige dieser Daten (vgl. auch Kap. 1.12) sollen hier in tabellarischer Form aufgeführt werden (Tab. 1).

Die beeindruckenden Übereinstimmungen belegen, welche Relevanz Traumata für die Ätiologie einer Borderline-Störung haben. Dies läßt sich bereits im Kindesalter zeigen. Kinder mit einem Altersdurchschnitt von 10,8 Jahren (Jungen) bzw. 12,4 Jahren (Mädchen) und einer Borderline-Störung sind nach Goldman, D'Angelo et al. (1992) signifikant häufiger (38,6%) sexuell mißbraucht worden als die Kinder einer Vergleichsgruppe (9%). Ob bei Kindern dieses Alters bereits von der Existenz einer Borderline-Störung ausgegangen werden kann, wird an anderer Stelle diskutiert (s. Kap. 4.2).

Es existieren auch empirische Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und der Ausbildung von Symptomen, die zentral zur Borderline-Persönlichkeitsstörung gehören. Greenwald, Leitenberg et al. (1990) konnten einen signifikant höheren Angstpegel bei in der Kindheit mißbrauchten im Vergleich zu nicht mißbrauchten Frauen feststellen – ein Hinweis auf die besondere Rolle der Angst als Traumafolge (s. Kap. 1.5; Kap. 2.1). Schon Freud (1926, 1948, S. 199f) erkannte einen Zusammenhang zwischen Angst und Traumatisierung („... Die Gefahrensituation ist die erkannte, erinnerte, erwartete Situation der Hilflosigkeit. Die Angst ist die ursprüngliche Reaktion auf die Hilflosigkeit im Trauma, die dann später in der Gefahrensituation als Hilfssignal reproduziert wird. Das Ich, welches das Trauma passiv erlebt hat, wiederholt nun aktiv eine abgeschwächte Reproduktion desselben, in der Hoffnung, deren Ablauf selbsttätig leiten zu können ...“), den Mitscherlich, Richards und Strachey (1971, S. 231) prägnant zusammenfaßten: „Die eigentliche Determinante für die automatische Angst ist das Eintreten einer traumatischen Situation mit dem Kernerlebnis der Hilflosigkeit,

die das Ich angesichts einer Erregungsanhäufung äußeren oder inneren Ursprungs, die es nicht verarbeiten kann, empfindet.“

Shearer, Peters et al. (1990) betonen den Zusammenhang zwischen Inzest und selbstdestruktiven Verhaltensweisen (s. Kap. 2.10) einschließlich Drogenmißbrauchs (s. Kap. 2.6) sowie Eßstörungen (s. Kap. 2.7), während Mißhandlung eher zu einer Somatisierung führe. Carmen, Rieker und Mills (1984) stellen heraus, daß bei mißbrauchten Personen seltener psychotische Symptome, aber häufiger Suizidversuche zu finden seien als bei nicht mißbrauchten. Mißbrauchte Patientinnen hätten zudem in 24% der Fälle selbstzerstörerisches Verhalten gezeigt, das bei nicht mißbrauchten deutlich seltener (9%) zu beobachten sei. Auch Romans, Martin et al. (1995a) konnten empirisch belegen, daß ein Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch in der Kindheit und selbstverletzendem Verhalten besteht: Über 95% der Frauen mit selbstverletzendem Verhalten hätten von sexuellem Mißbrauch berichtet, wobei es offenbar einen Dosis-Effekt gebe – je bedrängender und invasiver der Mißbrauch verlaufen sei und je häufiger er stattgefunden habe, desto stärker sei er mit selbstverletzendem Verhalten assoziiert.

Heins, Gray und Tennant (1990) betonen, daß Halluzinationen bei in der Kindheit sexuell Mißbrauchten viele Jahre fortbestehen können, jedoch von Halluzinationen bei Schizophrenen zu trennen seien. Wir gehen hier von „Pseudohalluzinationen“ aus (Dulz u. Schreyer 1997), die auch von Horowitz (1993) gegen Halluzinationen abgegrenzt werden und als übliches Symptom während einer psychischen Störung im Sinne einer „Strebantwort“ anerkannt werden und emotionale Reaktionen hervorrufen, als ob die Pseudohalluzinationen real seien (s. auch Kap. 1.5; Kap. 2.14). Auch Goff, Brotman et al. (1991) beobachten nach Mißbrauch in der Kindheit vermehrt „innere Stimmen“ und unterscheiden davon ausdrücklich akustische Halluzinationen; ferner seien bei in der Kindheit mißbrauchten Patienten signifikant häufiger als bei anderen Dissoziation, Amnesie und Drogenabusus zu finden, also Symptome, die besonders häufig im Zusammenhang mit Borderline-Störungen zu beobachten sind. Der Zusammenhang zwischen Mißbrauch, multipler Persönlichkeit und Borderline-Störung wird bei Dulz und Lanzoni (1996) sowie im Kapitel 2.2 des vorliegenden Buches dargestellt. Hinweise

auf Zusammenhänge zwischen der Art der Mißhandlung und der Art der daraus möglicherweise resultierenden spezifischen Symptomatik hinsichtlich der Auto- bzw. Fremdaggression finden sich bislang nur bei Dulz (1997a), Dulz und Jensen (1997) sowie Dulz und Schneider (1995, 1996). Aktuelle Daten werden weiter unten dargestellt.

Unter der Annahme, der Gesamtwert (total section score) des DIB („Diagnostisches Interview für das Borderlinesyndrom“ [Gunderson 1985; s. auch Kap. 1.10]) lasse auf die Schwere einer Borderline-Störung schließen, stellt wiederholter sexueller Mißbrauch nach Silk, Lee und Lohr (1995) einen Prädiktor für die Schwere einer Borderline-Störung dar.

Zu postulieren sind auch Traumata ganz anderer, bisher ungeahnter Qualitäten. So hat Piontelli (1996) per Ultraschall Feten beobachtet, beispielsweise „Pina“. Diese sei ein sehr aktiver Fetus gewesen, der versucht habe, die Plazenta mit der Hand abzulösen. Wenige Tage nach dieser Beobachtung sei eine beginnende Ablösung der Plazenta festgestellt worden und die Gefahr einer Fehlgeburt groß gewesen. Nach ihrer Rettung habe „Pina“ all ihre Bewegungslust verloren und sich wie ein Knäuel zusammengekauert. Nach der Kaiserschnittgeburt habe sie wegen der starren intrauterinen Fehllage mehrere Wochen einen Gips am Fuß tragen müssen. Postnatal habe „Pina“ viele, auch klaustrophobische Ängste sowie die Furcht, ins Leere zu fallen, entwickelt; zudem sei sie quasi-anorektisch gewesen und habe ein tiefes Mißtrauen gegen alles entwickelt, was sich ihrer Kontrolle entzogen habe. „Pina“ habe sich im weiteren Verlauf zu lebhafter Aktivität, beinahe Hyperaktivität, gedrängt gefühlt, die mit einer Furcht vor Katastrophe und Tragödie einhergegangen oder in panische Angst umgeschlagen sei. Mit anderen Worten: Es dürfte sogar eine intrauterine Traumatisierung geben, wovon offenbar auch Piontelli (a.a.O., S. 326) ausgeht: „So haben mich meine Beobachtungen gelehrt, therapeutische Situationen differenzierter zu betrachten. Sie haben mir vor Augen geführt, daß Verhaltensweisen, die sich scheinbar mit gegenwärtig wirksamen Faktoren erklären lassen, in Wirklichkeit ganz andere und komplexere Ursachen haben können.“

Ihr (Anm.: Piontelli) sei auch der 18 Monate alte Jacob von den Eltern vorgestellt worden, da Jacob unter ständiger Unruhe und Schlafstörungen gelitten habe, was seine im übrigen sehr einfühlsamen Eltern an den Rand des Wahnsinns gebracht habe. Es sei ihr aufgefallen, daß der Junge sich rastlos umherbewegt habe, als stehe er unter dem Zwang, in jedem Winkel des Behandlungszimmers etwas zu suchen, ohne es je finden zu können. Dann und wann habe er diesen und jenen Gegenstand hin- und hergeschüttelt, als wolle er ihn zum Leben erwecken. Als sie Jacob in einfachen Worten gesagt habe, daß er etwas suche, das er verloren habe und nicht wiederfinden könne, habe dieser innegehalten und sie eindringlich angesehen. Dann habe sie mit ihm über den Wunsch gesprochen, all die Gegenstände zum Leben zu erwecken, „so als habe er Angst, daß ihre Bewegungslosigkeit bedeute, sie seien tot. Seine Eltern brachen beinahe in Tränen aus und berichteten mir nun, daß Jacob einen Zwilling Bruder gehabt habe, der Tino heißen sollte und zwei Wochen vor der Geburt gestorben sei. Jacob war also fast vierzehn Tage mit seinem toten und folglich reaktionslosen Bruder im Uterus gewesen“ (a.a.O., S. 37). Auch eine intrauterine Traumatisierung mit deutlichen Folgen für die postnatale Zeit ...

## Zur Neurobiologie von Traumafolgen

Die Auseinandersetzung mit den Folgen traumatisierender Gewalt gegen Kinder und Frauen in der Gesellschaft zum einen, gegen Männer im (Vietnam-)Krieg zum anderen hat eine intensive Forschung angeregt. Dabei gibt es inzwischen vielfältige Hinweise, daß die Streßphysiologie und das Gedächtnis von Traumatisierten somatisch und nicht „nur“ psychisch verändert sind (van der Kolk 1998; van der Kolk, Burbridge u. Suzuki 1998).

van der Kolk, McFarlane und Weisaeth (1996) gehen von folgenden spezifisch posttraumatischen Gedächtnis- und Erinnerungsmustern aus:

- die Erinnerung werde nicht als Narrativ enkodiert bzw. erinnert, sondern wie ein Video oder ein Dia
- die Speicherung der traumatischen Erfahrung erfolge primär als sensorisches Ereignis ohne linguistische Komponenten
- die Erinnerung sei fragmentiert
- die Erinnerung bestehe aus affektiven Zuständen
- emotionale und perzeptuelle Elemente stünden im Vordergrund, nicht deklarative

Laut Kirsch (1999) unterliegen traumatische Erfahrungen aufgrund des physiologischen Hyperarousals und der daraus resultierenden Ausschüttung von Stresshormonen einer anderen Abspeicherung im Gedächtnis, als dies für Alltagserfahrungen der Fall ist – hierdurch seien Erinnerungsmuster bezüglich des traumatischen Ereignisses anders repräsentiert als jene bezüglich nicht-traumatischer Erfahrungen. Genauer gesagt: Bei Dauerstress sei der Hippocampus nicht mehr in der Lage, die hormonellen Ausschüttungen zu regulieren, mit der Folge, daß die Fähigkeit, Informationen im Langzeitgedächtnis zu speichern, beeinträchtigt werde.

Fischer und Riedesser (1998, S. 263) gehen von einer affektgeleiteten Verstärkerfunktion des Nucleus amygdala aus, der eingehende Sinnesindrücke selektiv je nach ihrer emotionalen Relevanz bewerte, wodurch vital bedrohlichen, potentiell traumatischen Situationen eine besondere Stellung zukomme: „Dabei kann die Hippocampusregion in ihrer Kontroll- und Verarbeitungsfunktion derart überlastet werden, daß keine geordneten Wahrnehmungsbilder mehr zustande kommen. Jetzt tritt ein raum- und zeitloses („amygdaloides“) Erinnerungsbild vorübergehend an Stelle des ‚kühlen‘ Gedächtnisses mit der Folge einer dissoziierten, akausalen, raum- und zeitlosen Repräsentation, wie sie von ‚flash-backs‘ und anderen intrusiven Phänomenen ... bekannt ist. Die traumatische Erinnerung nimmt die Form von aktuellem Erleben an ... In einer sicheren, stützenden Umgebung, etwa in einer Psychotherapie ... wird das extreme Erregungsniveau schrittweise abgebaut, und die Informationsblockade verringert sich entsprechend. Jetzt kann die traumatische Information über den Hippocampus verarbeitet, an corticale Regionen weitergeleitet und mit dem Sprachzentrum verbunden werden mit der Folge, daß die bisher

fragmentierten Erinnerungen jetzt auch sprachlich und kognitiv zugänglich werden.“ So wird verständlich, warum Erinnerungen an Traumata unter Umständen erstmals während der Therapie auftauchen können und warum während belastender Phasen der Therapie Pseudohalluzinationen entstehen und bei Entlastung im Rahmen einer haltenden Funktion (s. Kap. 3.3) auch wieder verschwinden können.

Deneke (1999, S. 101) unterscheidet das explizit-deklarative (d.h. für Sachverhalte zuständige) von dem emotionalen Gedächtnis. Möglicherweise läßt sich – neben psychodynamischen Aspekten – so begründen, warum manchen traumatisierten Menschen zwar nicht das konkrete Trauma erinnerlich ist, sie aber dennoch in manchen Situationen emotional so reagieren, als ob sie mißbraucht worden seien. Diese Perspektive, so Deneke, könne die frühkindliche Amnesie erklären, denn der Hippocampus sei in den ersten Lebensjahren noch zu unreif, „um ein systematisiertes und dann auch abrufbares Gedächtnis für explizit-deklarative Inhalte aufbauen zu können“. Demgegenüber sei das emotionale Gedächtnis in dieser Lebensphase bereits voll funktionsfähig: „Auf diese Weise würde zwanglos erklärbar, daß lebensgeschichtlich frühe intensive Gefühlserfahrungen unter Bedingungen, die den Früherfahrungen zumindest partiell ähneln, reaktiviert werden können – ohne daß eine Chance besteht, den zugehörigen Kontext, die seinerzeit erlebte Gesamtsituation, mnestisch zugänglich zu machen.“

Hier ließe sich ein wenig spekulieren: Könnte es nicht sein, daß innerhalb einer traumatisierenden Familienatmosphäre die „Reifung“ des explizit-deklarativen Gedächtnisses „verspätet“ erfolgt? Und daß so auf neurophysiologischem Wege ein Schutz entsteht, der in der Psychoanalyse als Verdrängung oder auch Verleugnung bezeichnet wird? Könnte es vielleicht sogar sein, daß bei „Überbeanspruchung“ des emotionalen Gedächtnisses (etwa in der konkreten Traumasituation) keine „Kapazität“ mehr vorhanden ist, um auch noch das explizit-deklarative Gedächtnis zu „füttern“? Die interdisziplinäre Forschung von Neurophysiologen und Psychotherapeuten wird hier künftig weitere Erkenntnisse ermöglichen, die dann jedoch wahrscheinlich von der „False-Memory-Bewegung“ falsch unerinnert bleiben werden ...

## Psychodynamik

Die Fülle der statistischen Belege und die Ergebnisse der neurophysiologischen Forschungen haben zu zwei konträren Entwicklungen geführt. Eine Gruppe von Theoretikern und Therapeuten konzeptualisierte die Borderline-Persönlichkeitsstörung als chronifizierte, komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und ging zum psychodynamischen Verständnis- und Behandlungskonzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf Distanz (Herman 1992a; Reddemann u. Sachsse 1998; 1999; van der Kolk 1999). Dieser Standpunkt wird in Kapitel 3.8 dargestellt. Eine andere Gruppe, zu der auch wir uns zählen, integriert die Ergebnisse der Forschung zu Traumatisierungsfolgen in das psychoanalytische Denken. Diese Integration ist jedoch nicht einfach als „Modifizierung“ zu bagatellisieren. Vielmehr muß sich das psychoanalytisch-psychodynamische Denken, Diagnostizieren und therapeutische Handeln substantiell verändern, wenn es die bisher dargestellten Ergebnisse wirklich ernst nimmt.

Kernberg (1975, 1983, S. 64) äußert sich in seinem grundlegenden Werk über Borderline-Störungen noch nicht konkret hinsichtlich einer Inzestproblematik, führt allerdings aus: „Eine derartige ‚Kontaminierung‘ des Vaterbildes durch ursprünglich nur auf die Mutter projizierte Aggression bei ungenügender Differenzierung zwischen Vater und Mutter ... führt bei Kindern beiderlei Geschlechts häufig zur Verinnerlichung einer als überaus gefährlich erlebten ‚Vater-Mutter-Imago‘, was wiederum zur Folge hat, daß später alle sexuellen Beziehungen als bedrohlich und aggressiv durchsetzt erlebt werden.“ Unter dem Aspekt einer Inzestanamnese muß dieser Satz in einem neuen Licht gesehen werden – beschreibt er doch genau, was in mißbrauchten Kindern vor sich gehen muß.

Rund 20 Jahre später führt Kernberg (1994a) konkret zur Traumaätiologie aus, daß Inzest das Potential für die Integration sadistischer Eltern-Imagines in das Über-Ich zerstöre und hierdurch letztlich in traumatischen Situationen libidinöses und aggressives Streben nicht mehr länger differenziert werden könne. So entwickle sich eine Desorganisation der frühen Über-Ich-Strukturen; die Patienten würden sich sowohl mit dem Opfer wie mit dem Täter identifizieren und dazu ten-

dieren, die traumatische Situation wieder und wieder zu wiederholen – als Versuch, sich von ihrem unkontrollierten Haß zu befreien, und als Versuch, die Angst zu überwinden, ein Opfer zu sein, das sich unbewußt mit dem Aggressor identifiziert. Kernberg setzt Mißbrauch gleich mit Mißhandlung, während wir hier strukturelle (psychodynamische) wie deskriptive Unterschiede sehen: So ist bei sexuellem Mißbrauch das Schuldgefühl des Opfers stärker als bei körperlicher Mißhandlung, nach der Schuldgefühle auch völlig fehlen können; statt dessen können vordergründig Aggression und Haß imponieren, da für das Opfer die Täterfrage eindeutig geklärt ist (s.u.).

Eine Fülle sich wechselseitig beeinflussender Faktoren entscheidet darüber, ob der sexuelle Mißbrauch/die körperliche Mißhandlung eines Kindes (meist durch einen Familienangehörigen) zu einer psychischen Störung führt, wie schwer diese ist und welche Symptome dann vorherrschen. Zu nennen sind beispielsweise das Alter des Kindes zu Beginn des Mißbrauchs/der Mißhandlung, Art und Dauer der Handlungen des Täters, vor allem aber auch die prätraumatische Persönlichkeitsentwicklung des Opfers. Draijer (1990) konnte belegen, daß in Familien mit sexuellem Mißbrauch die Eltern häufiger krank, emotional labil, depressiv sowie drogenabhängig und also für die Kinder emotional nicht verfügbar waren; sexuelle Traumatisierung allein sei keine ausreichende Bedingung für eine spätere Beeinträchtigung des Opfers, vielmehr seien von Ablehnung und Vernachlässigung geprägte Eltern-Kind-Beziehungen ebenso ausschlaggebend. Hierbei spiele die Verfügbarkeit des Vaters eine ebenso große Rolle wie die der Mutter.

Nach Stern (1985, 1994) kann das Gefühl des Kernselbst auch erst im Latenzalter erschüttert werden, so daß die Hypothese „frühes Trauma, schwere Störung“ so kaum zu halten sein dürfte. Weitere Faktoren dürften darüber entscheiden, ob und wie schwer eine Mißhandlung bzw. ein Mißbrauch pathogen wirkt. Nach Reich (1995, S. 105) ist noch völlig offen, wann und wie das Kleinkind den Sprung von lustvoll/unlustvoll zu gut/böse vollzieht, denn letztere Kategorien seien entweder Standards, Intentionen und/oder moralische Urteile: „Dies wiederum sind Probleme späterer Entwicklungsphasen, die eine Fähigkeit zur Symbolisierung erfordern, die über die Fähigkeit des Säuglings oder Kleinkindes weit hinaus-

geht.“ Insofern kann die pathologisierende Wirkung eines Mißbrauchs in den ersten Lebensjahren ganz anders sein als bei einem späteren Mißbrauch.

Dornes (1993, S. 89) postuliert, daß die mangelnde Angsttoleranz bei Borderline-Erkrankten von Defiziten in der Stimulusverarbeitung herrührt, „die dazu führen, daß das Neugeborene sich von äußeren Reizen (nicht von inneren, aggressiven) überschwemmt fühlt. Nicht die zu starken Triebe, sondern die zu schwachen Ich-Apparate sind das Problem.“ Hierin sei möglicherweise ein früher „kognitiver“ Faktor in der Auffälligkeit für spätere Borderline-Patienten zu sehen. Dornes übersieht jedoch die Rolle der Realtraumatisierung: Um diese vor allem bei besonders dramatischen Handlungen des Täters zu bewältigen, bedürfte es „übernormal“ starker Ich-Strukturen.

Mißbrauch und Mißhandlung in der Kindheit werden weniger hinsichtlich der krankheitsspezifischen Symptome pathognomonisch sein. Dementsprechend vielgestaltig ist die Symptomatik bei Borderline-Patienten mit einer Traumaanamnese. Vielmehr wirken sie sich auf die Art der vom Kind entwickelten Abwehrmechanismen aus. Insbesondere ist hier die Spaltung im Sinne Kernbergs als Abwehrvorgang zur Vermeidung einer Generalisierung von Angst zu nennen (vgl. Kap. 1.6). Spaltung in gute und böse Objektrepräsentanzen entsteht bei gravierenden Erfahrungen sowohl von Frustration wie auch Aggression – ein Vorgang, wie er bei von nahestehenden Personen mißbrauchten/mißhandelten Patienten allzu verständlich sein dürfte. Kernberg (1975, 1983, S. 45) führt zum Mechanismus der Spaltung aus: „Er dient ebenfalls dem Schutz des Ichs vor Konflikten, aber auf andere Weise, nämlich durch Dissoziation, durch ein aktives Auseinanderhalten von miteinander im Konflikt stehenden – nämlich einerseits libidinös determinierten und andererseits aggressiv determinierten – Introjektionen und Identifizierungen ...“

Für Sachsse (1995, S. 51) legen die Ergebnisse der Säuglingsforschung aber auch nahe, „daß eine Affektpolarisierung und Aufspaltung des Affekterlebens in nur gut und nur schlecht kein Normalvorgang, sondern bereits in der Säuglingszeit Resultat pathogener Prozesse ist“. Dornes (1993) geht davon aus, daß ein einheitliches Selbstempfinden und eine einheitliche Objektwahrnehmung schon im ersten Lebenshalbjahr existieren;

Teilselbste und Teilobjekte – also die Gespaltenheit der frühen Erlebniswelt des Kindes – seien somit das Ergebnis eines Zusammenbruchs der ursprünglich einheitlichen Selbst- und Objektwahrnehmung und daher kein normaler Zustand. Dieser Zusammenbruch kann beispielsweise durch realtraumatische Erfahrungen induziert werden. Dies bedeutet nun aber auch, daß in späteren Jahren der Kindheit – also nach „Verfestigung“ der einheitlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen, des ganzheitlichen Selbstempfindens und der ganzheitlichen Objektwahrnehmung – Traumata schwersten Ausmaßes nicht minder destruktiv wären als leichtere Traumata in früheren Lebensjahren. Teilobjekte und Teilselbste wären demnach nur traumatisch zu erzeugen.

Wirtz (1989, 1993) versteht die langfristigen Folgen sexueller Ausbeutung – und eine ähnliche Meinung vertritt Gast (1997a) – als chronische Posttraumatische Belastungsstörung. Zu deren charakteristischen Symptomen „gehören das Wiederbeleben des traumatischen Ereignisses, eine ‚psychische Erstarrung‘, die auch als ‚emotionale Anästhesie‘ bezeichnet wird, und eine Vielzahl vegetativer oder kognitiver Symptome. Die emotionale Labilität, die depressiven Verstimmungen und Schuldgefühle beeinträchtigen nicht nur alle zwischenmenschlichen Beziehungen, sondern sie können auch zu selbstschädigendem Verhalten und Suizidhandlungen führen“ (Wirtz 1989, 1993, S. 85). Reddemann und Sachsse (1999) sehen die Borderline-Persönlichkeitsstörung besser konzeptualisiert als „Disorders of Extreme Stress“ (van der Kolk, Pelkovitz et al. 1996). Kernberg hingegen betont, daß typische Persönlichkeitsstörungen von Posttraumatischen Belastungsstörungen zu trennen seien, und warnt vor einer Vermischung ideologischer Einstellungen und behandlungstechnischer Konzepte (s. Kap. 3.6).

Die Folgen dieser Vermischung hat Freud selbst leidvoll erfahren müssen (s. Kap. 1.2). Zum Thema Inzest äußerte sich er bereits vor über 70 Jahren) – in Anbetracht des Tabucharakters des Problems Inzest zwar verklausuliert, aber letztlich doch unmißverständlich: „Die ‚Zärtlichkeit‘ der Eltern und Pflegepersonen, die ihren erotischen Charakter selten verleugnet (das Kind ein erotisches Spielzeug), tut sehr viel dazu, die Beiträge der Erotik zu den Besetzungen der Ichtriebe beim Kinde zu erhöhen und sie auf ein Maß zu bringen, welches in der späteren Entwicklung in

Betracht kommen muß, besonders wenn gewisse andere Verhältnisse dazu ihren Beistand leihen“ (Freud 1924a, S. 17).

Während Freud noch etwas unscharf formulierte, hat dessen Schüler Ferenczi (1933, 1982, S. 309) einige Jahre später deutlicher auf die tiefgreifende Störung des Selbstwertsystems als Inzestfolge hingewiesen. Er schrieb, daß die „Persönlichkeitsform“ des inzestuös mißbrauchten Kindes nur aus Es und Über-Ich bestehe, einer Persönlichkeit, „der also die Fähigkeit, sich selbst auch in der Unlust zu behaupten, noch abgeht, gleichwie für das nicht ganz entwickelte Kind das Alleinsein, ohne mütterlichen und sonstigen Schutz und ohne ein erhebliches Quantum von Zärtlichkeit, unerträglich ist“. Ferenczi macht hier bereits Jahrzehnte vor der Entwicklung der Objektbeziehungstheorie auf die Bedeutung der Objektbeziehungen aufmerksam. Er betont, daß mangelnde Bemutterung, die durch keine andere Bezugsperson kompensiert worden ist, die Ursache für die Selbstpathologie des Inzestopfers ist.

Entwicklungspsychologisch wird die Entstehung der Borderline-Störung der Separations- und Individuationsphase (Mahler, Pine u. Bergmann 1975, 1978) zugeordnet. Während der Separations- und Individuationsphase sollten libidinöse und aggressive Strebungen, die zunächst noch mehr oder weniger unverbunden nebeneinander existieren, integriert werden. Das Kind sei noch hin- und hergerissen zwischen Trennungsangst und Sicherheitsstreben, zwischen der Entwicklung der eigenen Autonomie sowie der Distanz zur Mutter und gleichzeitig dem Wunsch nach inniger Nähe zu ihr. Also sei die Separations- und Individuationsphase gekennzeichnet von ausgeprägter Ambivalenz und Ambitendenz.

Das „erfolgreiche“ Durchlaufen dieser Phase ist eine Voraussetzung dafür, daß sich innere Vorstellungen von sich selbst wie von den Bezugspersonen zu stabilen Größen, also stabilen Selbst- und Objektrepräsentanzen ausbilden. Ihre Existenz wirkt als Fundament eines gesunden Selbst und ist damit unverzichtbar zur Entwicklung der Fähigkeit, anderen Personen gegenüber Vertrauen auszubilden. Eine Beziehungsfähigkeit kann ohne stabile Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht entstehen.

Bei Borderline-Patienten ist dieser Schritt nicht gelungen, mit der Folge von chaotischen und zwischen den Extremen von Symbiosewunsch und heftiger Ablehnung hin- und herschwankenden

Beziehungsmustern. Das geringste vermeintliche Fehlverhalten eines Freundes bringt im Borderline-Patienten aufgrund einer unzureichenden Fähigkeit zur Ausbildung stabiler Objektrepräsentanzen das innere Bild dieses Freundes zum Einstürzen, die Idealisierung kippt, und an ihre Stelle treten Entwertung und Haß auf die der Freundschaft nun unwert erlebte Person.

Um die notwendigen Entwicklungsschritte erfolgreich durchlaufen zu können, ist das Kind ganz besonders in dieser Phase auf die Stabilität der mütterlichen Liebe und auf „positive Spiegelung“ (Kohut 1971, 1976) durch die Mutter angewiesen. Auf reales oder emotionales Verlassenwerden, auf Nichtgesehenwerden und auf fehlende Akzeptanz reagiert das Kind zwangsläufig mit Enttäuschung und Aggression. Insbesondere wenn ein Mißbrauchs- bzw. Mißhandlungstrauma hinzukommt, muß das Kind an jenen für diese Entwicklungsphase typischen Spaltungsmechanismen festhalten, der Schritt der Integration von „gut“ und „böse“ mißlingt. Hier wird bereits deutlich, daß neben der konkreten Tat und der Haltung des Täters außerhalb von traumatisierenden Handlungen auch die haltende Funktion des anderen Elternteils eine wichtige Rolle spielt. Möglicherweise unterscheidet sich die Ätiologie der Narzißtischen Persönlichkeitsstörung von derjenigen der Borderline-Störung dadurch, daß bei ersterer die Eltern zwar wenig empathisch und manchmal auch böse gewesen sind, sie aber das Kind in besonderer Art und Weise behandelt haben (s. Akhtar 1996), während bei Borderline-Patienten in der Familie gerade das „Besondere“ im Umgang mit dem Kind – von Mißbrauch bzw. Mißhandlung einmal abgesehen – gefehlt hat.

„An Stelle der überwiegenden libidinösen Valenz,“ so Schneider und Dulz (1993, S. 240), „tritt das Vorherrschen aggressiver Triebkomponenten. Aber je tiefer die Enttäuschung und der daraus resultierende Haß an der versagenden Mutter werden, desto vehementer hält das Kind am Bild der guten und spendenden, der symbiotischen Mutter fest. Die Aggression gilt der Mutter der Trennung, die Liebe der Mutter der symbiotischen Phase. Die Spaltung dieser beiden Mutterbilder persistiert und prägt die späteren Beziehungen nach diesem Muster – auch die zwischen Patient und Therapeut.“

Ehlert-Balzer (1996, S. 304) geht davon aus, daß eine Traumatisierung auch in späterem Lebensalter „beweise“, „... daß das damals in die



Mutter gesetzte Vertrauen nicht berechtigt war. In diesem Sinne stellt das Trauma eine ‚frühe Störung‘ dar ...“. Der Autor folgert, daß die Zerstörung des Opfers auf der Ebene der eigenen inneren Objektbeziehungen als ein tatsächlich verübt und deshalb nicht wiedergutzumachender Mord an der guten Mutter erscheinen müsse; diese Zerstörung erzeuge das tiefste Schuldgefühl.

Bis zur Entwicklung einer eigenen Reife und Identität identifiziert sich das Kind mit den Eltern und internalisiert deren Haltungen und Wertvorstellungen. Dies wird auf besonders plastische Weise in den Momenten sichtbar, in denen ein Kind die Eltern im Verhalten imitiert. Wenn aber die Beziehung zu den Eltern so tiefgreifend gestört ist, wie dies im Rahmen einer Atmosphäre von Mißbrauch bzw. Mißhandlung zu erwarten ist, wird die Ausbildung reifer Introjekte und Abwehrmechanismen gestört. Als Folge davon kann das Kind sich nicht von den frühen Introjekten befreien. Egal, ob die Mutter oder der Vater das Kind mißhandelt oder mißbraucht haben: Sowohl Mutter- wie Vaterimago sind ambivalent besetzt und bleiben dies in hohem Maße. Ein Beispiel: Wenn eine „gute“ Mutter für die Tochter – sei es durch persönliche Defizite hinsichtlich des Ausfüllens der Mutterrolle oder auch aufgrund unvermeidbarer Abwesenheit etwa wegen eines Krankenhausaufenthaltes – nicht verfügbar ist, wendet sich diese zwangsläufig dem Vater zu. Hier sucht das Kind natürlich eine ausreichende Bemutterung, einen „Mutterersatz“. Wenn es statt dessen mit grenzverletzender Sexualität oder körperlicher Mißhandlung konfrontiert wird, muß dies traumatisierend wirken.

Ganz allgemein wird eine gute Beziehung zum Vater für ein Kind (hier: eine Tochter) zur Basis der Überwindung jener in dieser Phase typischen Ambivalenz gegenüber der Mutter. Nur mit Hilfe des Vaters ist ein Wachsen der eigenen Identität des Kindes möglich, nur so kann es sich ausreichend von der Mutter ablösen und zu einem eigenständigen Wesen werden. Wenn nun aber ein Mißbrauch oder eine Mißhandlung durch den Vater stattfindet, versagt der Vater hinsichtlich der von dem Kind gewünschten „Bemutterung“ im Sinne von Fürsorge und Halten, also in seiner Vaterrolle an sich. Dieses ist das erste Problem. Verstärkend kommt hinzu, daß das Kind durch die Tat des Vaters zusätzlich noch in der Ausbildung eines stabilen Selbst behindert wird. Mithin

wird der Vater zum „doppelten Täter“: durch das Versagen der notwendigen Bemutterung und durch die Tat des Mißbrauchs bzw. der Mißhandlung.

Hierzu erneut Schneider und Dulz (1993, S. 240f): „Selbst wenn der Vater außerhalb des Inzests seine Tochter liebevoll und einführend umsorgt, ihr das Gefühl vermittelt, auf ganz besondere Art geliebt zu werden, erfährt sie durch ihn, daß Frauen in der Sexualität ausbeutbar, also minderwertig sind. Das kann zur masochistischen Unterwerfungshaltung, zu sadistisch-rachenehmemdem, zu promiskuitivem Verhalten oder zur totalen sexuellen Abstinenz führen. Jede sexuelle Gewalt stürzt eine Frau in ein Ohnmachtserleben, um so mehr aber noch ein hilfloses Kind.“

Dieses Ohnmachtserleben wird dadurch noch verstärkt, daß die Gewalt vom Vater verübt wird, also einem Menschen, dem eine schutzgebende Funktion zukommt, dem sich das Kind naturgemäß anvertrauen können muß. Folglich entstehen in dem Kind bezüglich des Täters zwei unvereinbare, ja geradezu konträre Objektrepräsentanzen: der „eine“ Vater als Behüter und Ernährer der Familie, als der „Gute“, und im Gegensatz dazu der „andere“ Vater als jene die körperliche und psychische Unversehrtheit des Kindes verletzende Person, als der „Böse“. Die Integrierung dieser beiden inneren Bilder des Vaters kann nicht gelingen, die Ausbildung der Spaltung als zentralem Abwehrmechanismus bildet den einzigen Ausweg in dieser vom Kind nicht mitzugestaltenden krisenhaften Lage.

Jenes dem Täter Ausgeliefertsein hat zwangsläufig Auswirkungen auf das Erwachsenenalter. Für Eagle (1988, S. 145) führt ein leicht gewecktes (Anm.: aufgrund von früheren und frühen Erfahrungen zu weckendes) Gefühl der Gefahr für das Selbst „zu einem Teufelskreis, in dem man durch die Empfindung mangelnder Unversehrtheit veranlaßt wird, auf vielfältige Situationen mit heftiger Angst zu reagieren, die ihrerseits die Befürchtung einer ‚Beschädigung des Ichs‘ intensiviert“. Das Inzestopfer bildet gewissermaßen als Notwehr, als Versuch des Vermeidens weiterer Verletzungen, das Bedürfnis nach vollkommener Kontrolle aus und sucht alle Situationen zu meiden, die scheinbar nicht kontrollierbar sind. Genauso ist die Beziehungsgestaltung von Borderline-Patienten zu erleben, die von ständigen Machtkämpfen gerade auch in (aus externer Sicht) völlig banalen Situationen geprägt ist.

Die frühkindliche Erfahrung des ohnmächtig Ausgeliefertseins setzt eine Regression mit Reaktivierung früh-infantiler Ängste in Gang mit dem Ziel, „die eigene Ohnmacht durch Verschmelzung mit einem omnipotenten Objekt zu kompensieren. Der Täter erscheint allmächtig und wird so zum Introjekt des mißbrauchten Mädchens, was zur Folge hat, daß das Inzestopfer die Vorstellung des Täters über seine Person internalisiert; diese Introjektion findet im Ich-Ideal seinen Niederschlag. Das resultierende negative Selbstbild wird weiter verfestigt, indem der Täter, um seine eigenen Taten zu rechtfertigen, das Opfer für den Inzest verantwortlich macht und entwertet. Dabei bestraft und entwertet er genau das, was er von dem Opfer fordert: die Sexualität“ (Schneider u. Dulz 1993, S. 241). Ehlert-Balzer (1996) meint, auf unbewußter Ebene müsse das Opfer darauf bestehen, tatsächlich das zu werden, was der Täter mit dem Verbrechen aus ihm machen wollte; es müsse daran festhalten, ein phantasmatisches Verbot übertreten und damit die Strafe des Traumas verdient zu haben. Die Sexualisierung trete vor allem in der masochistischen Selbstdestruktivität auf. Das traumatische Introjekt verwandele sich mit der Zeit in eine Triebquelle, die von innen heraus ständig zur Selbstzerstörung treibe.

Hirsch (1996b) geht davon aus, daß die Introjektion der Gewalt eine aktive Abwehrleistung des Ich des Opfers ist – es werde ein Fremdkörper im Selbst gebildet, der von innen destruktiv weiterwirke: Dieses Introjekt könne auf das übrige Selbst einwirken wie ursprünglich der Täter auf das Opfer, was wie ein Motor für die Selbstbeschädigungshandlungen des Opfers sei. Somit sei eine Vergewisserung der Anwesenheit des – wenn auch zerstörerischen – Objekts möglich. Zudem könne das Introjekt jene schweren Schuldgefühle hervorrufen, die der Täter nicht haben könne und die seiner Schuld entsprächen, und sei verantwortlich für die stets vorliegende Selbsterniedrigung.

Ehlert und Lorke (1988, S. 523) führen inhaltlich ergänzend aus: „Die ‚sexuelle Verdorbenheit‘ ist das, was dem Kind verboten, was ihm zum Vorwurf gemacht wird, was aber gleichzeitig zum Zweck der sexuellen Erregung von ihm verlangt wird. Die sexuellen Übergriffe stellen dann die Bestätigung der ‚Verdorbenheit‘ und deren ‚Bestrafung‘ gleichzeitig dar.“

Mit anderen Worten: Das Kind identifiziert sich mit dem mißbrauchenden Täter. Nunmehr

hat dieser in der Phantasie des Kindes das Recht zum Mißbrauch. Schuldig fühlt sich das Opfer, das sich nun nicht mehr den Anspruch zubilligen kann, geliebt zu werden. Das Kind kommt sich im Vergleich zu anderen Kindern anders vor, erlebt sich auch nach außen als beschmutzt sowie gebrandmarkt und übernimmt schließlich für den Inzest die Verantwortung: Das Kind empfindet sich nicht nur als am Inzest schuldig, sondern versucht, den Täter Vater aus seiner Verantwortung zu entlassen; es entschuldigt ihn also gleichzeitig mit der Selbstbeichtigung.

Bereits Ferenczi (1933, 1982, S. 512) erkannte und benannte diese Zusammenhänge: „Ablehnung, Haß, Ekel, kraftvolle Abwehr. Dies oder ähnliches wäre die unmittelbare Reaktion, wäre sie nicht durch eine ungeheure Angst paralyisiert... Doch dieselbe Angst, wenn sie einen Höhepunkt erreicht, zwingt sie (Anm.: die Inzestopfer) automatisch, sich dem Willen des Angreifers unterzuordnen, jede seiner Wunschvorstellungen zu erraten und zu befolgen, sich selbst ganz vergessend sich mit dem Angreifer voll und ganz zu identifizieren. Durch diese Identifizierung, sagen wir Introjektion des Angreifers, verschwindet dieser als äußere Realität und wird intrapsychisch, statt extrapsychisch, und in der traumatischen Trance gelingt es dem Kinde, die frühere Zärtlichkeitssituation aufrechtzuerhalten. Doch die bedeutsamste Wandlung, welche die ängstliche Identifizierung mit dem erwachsenen Partner im Seelenleben des Kindes hervorruft, ist die Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen.“ Wenn der Patient beispielsweise akustische (zumeist Ich-dystone) (Pseudo-)Halluzinationen in Form von Stimmen hat, die ein Gespräch mit dem Therapeuten über das Trauma und die damit verbundene Angst verbieten, so hat der Patient das Schweigegebot des Täters oder gar den Täter introjiziert.

Psychodynamisch ist davon auszugehen, daß inzestuös (hetero- wie homosexuell) mißbrauchte Kinder durch die somit erlittene Demütigung in dem fragilen Selbst neuerlich erschüttert werden, sich als ausbeutbar, als minderwertig erleben. So folgern Schneider und Dulz (1993, S. 241f): „Aufgrund einer Identifikation mit dem Täter hat dieser in der Phantasie des Opfers das Recht, ihm etwas Derartiges anzutun; das Opfer fühlt sich unwert, geliebt zu werden ... Schließlich übernehmen die Opfer die Verantwortung und damit die Schuld am Inzestgeschehen.“ Von diesem Punkt

hin zu der Durchführung autoaggressiver Handlungen scheint es dann nur ein kleiner Schritt zu sein (zur Psychodynamik des Täters s. auch Kap. 3.3).

Zu der Auswirkung von Mißbrauch versus Mißhandlung hinsichtlich der resultierenden und jeweils unterschiedlichen Symptomatik (Auto-versus Fremdaggression) ist keine einschlägige Literatur bekannt. Hier sollen vier häufige Konstellationen kurz beleuchtet werden. Dulz und Jensen (1997, S. 189f) postulieren hierzu:

**„Sexueller Mißbrauch Tochter durch Vater:** Die Tochter wird von der schwachen Mutter in eine mütterliche Rolle – zum Beispiel hinsichtlich der Besorgung des Haushaltes, Versorgung des Ehemannes/Vaters – gedrängt und erhält vom Vater inzestuös geprägte, die sexuellen Grenzen mißachtende ‚Gratifikationen‘, da diese seine Partnerin nicht als solche erlebt, sondern zunehmend die Tochter die ‚Partnerin-Rolle‘ erfüllt. Die Tochter erscheint vordergründig unabhängig, wobei diese ‚Fassade‘ bröckelt, sobald sie in eine neue Position der Abhängigkeit (z.B. im Rahmen einer Beziehung) gerät. Die Tochter bekommt extreme Schuldgefühle und Angst, ist in Beziehungen passives (Sexual-)Objekt, aber ohne stabiles Selbst.

**Sexueller Mißbrauch Sohn durch Mutter (ödi-paler Triumph):** Der schwache Vater wird von seiner Frau nicht als Partner angesehen und kann nicht nur dem Sohn kein Vorbild sein, sondern ihn auch nicht gegen die übergrieffige Mutter schützen. Der Sohn wird früh in die Rolle des ‚Familienoberhauptes‘ gezwungen, der Vater parallel dazu vom Sohn kastriert und von diesem – beiderseits ungewollt – weiter aus seiner Rolle gedrängt. Der Sohn kann dieser von der Mutter zugeschriebenen Rolle nicht gewachsen sein und entwickelt eine ‚Pseudoreife‘ statt sicherer maskuliner Identität. Diese Prozesse bedingen die Tendenz zu autoaggressiven Handlungen, das heißt ein Sich-selbst-Beschuldigen, gepaart mit der passiven (Pseudo-)Partnerrolle ohne das Bewußtsein, das Verhalten anderer und deren Beziehung zu sich mitgestalten zu können.

**Körperliche Mißhandlung Sohn durch Vater:** Das Mißhandeln erscheint als ein Versuch der Kastration, als Versuch der Prävention eines späteren ‚Vatermordes‘. Ein entmannter, also sich selbst als schwach einschätzender Junge wird künftig eine Auflehnung gegen den nun auf ewig als übermächtig erlebten Vater kaum wagen und

ihn deswegen als ‚Familienoberhaupt‘ nicht ablösen können. So kann sich dieser weiterhin als der Stärkere erleben, unbeeindruckt von biologischen Alterungsprozessen. Der Sohn kann allenfalls flüchten, nicht aber seinen Beitrag zum üblichen Generationswechsel leisten. Zur Reparation der daraus resultierenden vermeintlichen Schwäche bleibt manchem Mißhandelten nur, Stärke gegenüber anderen so zu zeigen, wie es einst der Vater vorgelebt hat: durch wütende Fremdaggressionen. Diese dürften insbesondere Personen gelten, zu denen eine Vaterübertragung besteht. Insofern wären fremdaggressive Taten ein symbolischer Racheakt am Vater, von dem der Sohn an der Findung seiner männlichen Rolle gehindert wurde.

**Körperliche Mißhandlung Tochter durch Mutter:** Die (neidische) Mutter sucht durch ihre Tat die junge Rivalin zu zerstören (‚Spieglein, Spieglein an der Wand: Wer ist die Schönste im ganzen Land?‘). Die Tochter erfährt die weibliche Rolle (durch projektive Identifizierung der Mutter und Identifizierung mit der Mutter) als mit Gewaltausübung (Gewalt als Pseudostärke) assoziiert, während die eigene Identität nicht entwickelt werden kann. Demzufolge findet einerseits später die Rollenfindung über Gewalt statt (was fremdaggressives Verhalten erklärt, wobei Gewalt gegen andere einem symbolischen Racheakt an der Täterin wie an dem schwachen, nicht schützenden Vater gleich käme). Dabei ist ohne Gewalt keine sichere Identität vorhanden, so daß die Tochter sich in Beziehungen (wie einst zur Mutter) als ausgeliefert und passiv erleben muß.“

Allen vier Varianten ist gemein, daß

- das Opfer in einer passiven Rolle ohne Findung einer eigenen Identität ist,
- das Opfer die Eltern nicht als stark und schützend erleben konnte,
- über Gewalt eine Pseudostärke vorgelebt wurde,
- das Opfer sich in wichtigen Beziehungen ausgeliefert erleben mußte und Beziehungen nicht als von sich selbst mitzugestalten erlebt wurden,
- eine Verletzung der körperlichen Integrität als scheinbare Voraussetzung zum Erhalt einer wichtigen Beziehung in Kauf genommen werden mußte.

Daß die Mißhandlung eines gegengeschlechtlichen Kindes der Abwehr von Inzestphantasien dient, kann nur vermutet werden. Da diese Phantasien jedoch vorwiegend die des Täters/der Täterin sind, stellt sich für das Opfer die Situation ähnlich dar, wie sie bereits für Mißhandlungen ausgeführt wurde – das Opfer nimmt zumeist weniger die Phantasie des Täters wahr als dessen so unmittelbar verletzende Handlungen.

Erwähnt werden müssen die zwei neben dem Trauma selbst wesentlichen Faktoren zur Ausbildung einer Borderline-Störung, und zwar die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur des Opfers und das Familienklima.

## Prätraumatische Persönlichkeitsstruktur

Die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur ist ein diffuser Begriff, der sich aber wohl aus zwei Schwerpunkten zusammensetzt. Da sind zum einen vererbte Faktoren, die allein schon deshalb anzunehmen sind, weil Neugeborene sich bereits deutlich unterscheiden – inwieweit pränatale, d.h. intrauterine Einflüsse (wie Dysharmonien bei ungewollter Schwangerschaft; hinzuweisen ist hier auf die Arbeit von Piontelli [1996]) oder aber biologisch-genetische Faktoren hierfür eine Rolle spielen, muß vorerst noch offen bleiben (vgl. Kap. 1.15; Kap. 1.16). Die Säuglingsforschung hat weitere Aspekte zur Entstehung einer prätraumatischen Persönlichkeitsstruktur geliefert, die aber eng mit dem Familienklima verbunden sind und deshalb weiter unten erwähnt werden (vgl. 4.1). Von der Posttraumatischen Belastungsstörung ist bekannt, daß neuroanatomische Veränderungen existieren (s. o.). Also können somatische Faktoren die Folge eines psychischen Prozesses sein und nicht automatisch dessen Ursache – was auch die Ergebnisse der Rezeptorforschung relativieren kann.

## Familienklima

Als das vielleicht wesentliche Moment ist aus Sicht der Autoren die Qualität aller innerfamiliärer Beziehungen und der Persönlichkeitsstrukturen der Eltern und unter Umständen der Geschwister zu sehen. Ein Täter (der natürlich

auch weiblichen Geschlechts sein kann) vermag sich außerhalb der Phasen des Mißbrauchs/der Mißhandlung durchaus unterschiedlich in der Beziehungsgestaltung zum Opfer (unabhängig vom Geschlecht des Kindes) zu verhalten. Auch der Partner des Täters kann sich je nach eigener Struktur und Beziehung zum Täter mehr oder weniger für den Schutz des Kindes einsetzen, was nicht zuletzt von der Beziehung zwischen dem Kind und eben diesem Partner des Täters abhängt. Gleiches trifft auf eventuell vorhandene Geschwister und alle anderen in der Kernfamilie lebenden Verwandten zu. Im günstigsten Fall vermag eine Einmischung zum Schutz des Kindes eine Fortsetzung der traumatisierenden (Un-)Taten zu verhindern und damit weiteren Schaden abzuwenden. Dies geschähe wohl auch durch rechtzeitiges Einleiten einer Therapie des Kindes, wobei die Bereitschaft zu einem derartigen Schritt nicht zuletzt abhängig vom Bildungsstand und – jedenfalls bei Selbstbeteiligung an den Psychotherapiekosten – der wirtschaftlichen Lage der Familie sein dürfte.

In diesem Zusammenhang sind die Ergebnisse von Hoffman und Frank (1987) erwähnenswert: Borderline-Störungen korrelieren signifikant negativ mit väterlicher Gegenwart (wohl, weil meistens Väter die Täter sind) und positiv mit

- mütterlicher Abwesenheit (gemeint ist die physische Abwesenheit, aber gleiches dürfte für die psychische Abwesenheit zutreffen)
- mütterlicher affektiver Bestrafung
- mütterlicher Anschlußpartnerschaft
- sozialer Isolierung
- Entzug von Privilegien

Richter-Appelt und Tiefensee (1996a) betonen, daß vor allem die Verschlechterung der finanziellen Situation und der Wohnverhältnisse als Begleitfaktoren für Mißbrauch wie Mißhandlung eine Rolle spielen, aber auch die mangelhafte soziale Situation im allgemeinen (vgl. Kap. 4.6). Auf die Bedeutung von finanziellen Sorgen und anderen vielfältigen Nöten für die in elterlichen Familien von Borderline-Personen häufig zu findenden extrem chaotischen Familienverhältnisse, in denen die Mutter nicht mehr wirksam und empathisch auf das Kind reagieren kann, weisen auch Golomb, Ludolph et al. (1994) hin.

Dornes (1993, S. 99) hält es für das Kennzeichen einer guten Mutter-Kind-Beziehung (hier ließe sich auch sagen, einer Beziehung zwischen

Kind und Nichttäter-Elternteil), daß intensive Affekte von der Mutter (dem Nichttäter) moduliert werden, nur „wenn das nicht der Fall ist, entstehen fragmentierte oder konfundierte Selbst- und Objektgefühle, ... entstanden aufgrund ständiger affektiver Überlastungen.“ Hierdurch läßt sich erklären, warum manche realtraumatisierte Personen keine Spaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen entwickeln. Hypothetisch dürften also Traumata, die von alleinerziehenden Elternteilen begangen werden, sich traumatischer auswirken als diejenigen, bei denen ein zweiter Elternteil „haltend“ sein kann. Mithin kommt der Haltung des Nichttäter-Elternteils eine erhebliche Bedeutung für die Traumatisierung durch Mißbrauch und Mißhandlung zu – das Trauma allein wirkt nicht unbedingt destruktiv.

Die Säuglingsforschung belegt, daß das Familienklima außerordentliche Auswirkungen auf die prätraumatische Persönlichkeitsstruktur hat. Köhler (1992, S. 267) zeigt auf, daß sich allein aufgrund der Einstellung der werdenden (!) Mutter zu ihrer eigenen Mutter vorhersagen läßt, welche Art der Bindung an seine Mutter das noch ungeborene Kind aufbauen wird: „Das bedeutet, daß der Bindungsstil, vornehmlich der der Mutter, mit etwa 80%iger Wahrscheinlichkeit auf die nächste Generation übertragen wird.“ Das Bindungsverhalten – und hier läßt sich eine Parallele zum Beziehungsverhalten herstellen, das beim Borderline-Kranken so schwer gestört ist – werde bis zum sechsten Lebensmonat geprägt und bleibe „zumindest bis zum Beginn der Pubertät konstant. Darüber hinausreichende Beobachtungen liegen noch nicht vor“ (a.a.O., S. 271).

Köhler (a.a.O., S. 275) führt ferner aus, daß sich bei einem Kind unter bestimmten Bedingungen eine eigenständige Identität nur schwer entwickeln kann: „Das Kind kann nicht seine eigene Gefühls- und Motivationslage als Kompaß verwenden, sondern muß die seiner Mutter zu erfassen suchen. Die Kausalitätskette lautet nicht: wenn ich das tue, reagiert Mutter so, sondern wenn Mutter das tut, muß ich so und so reagieren. Man gewinnt den Eindruck, daß ein masochistischer Charakter (Anm. der Autoren: wie er bei sexuell mißbrauchten Menschen oft zu finden ist) entsteht.“ An anderer Stelle schreibt Köhler (1990, S. 36): „Treffen‘ sich Mutter und Kind bei der State-Regulation des Kindes nicht, dann muß der eine versuchen, den anderen hinsichtlich des Vorgehens zu kontrollieren. Vertrauen steht

wider Kontrolle. Sadomasochistische Mechanismen können auf diese Weise früh beginnen.“ Der masochistische Aspekt bei einem späteren Mißbrauch durch den Vater könnte also schon früh durch die Mutter „determiniert“ worden sein. Vielleicht läßt sich so das häufig ignorierende oder auch manchmal fördernde Verhalten des „Nichttäters“ hinsichtlich der Mißbrauchstaten (mit) erklären (hierzu s.u.).

Lichtenberg (1990, S. 875) betont die Wichtigkeit der Feststellung spezifischer Empfindlichkeiten eines Säuglings: „Bleiben diese unentdeckt, können sie Säugling und Mutter für eine pathologische Bezogenheit disponieren, die zu Persönlichkeitsstörungen führen kann.“ Bei einer negativ getönten Hintergrundatmosphäre, in der sich Mutter und Kind nicht gut aufeinander einstellen könnten, könnten die wenigen positiven Momente eine herausragende Rolle erhalten, „eine Art Glorienschein, an den sich das Kind klammern und nach dem es immer wieder verlangen wird – oft in pathologischen Formen wie z.B. Nahrungs- und Genußmitteleinnahme, die der Erregung oder Beruhigung dient, und in Form ‚perverser‘ (ungewöhnlicher) Körpersensationen“ (a.a.O., S. 876). Lichtenberg geht von einer Parallele zwischen einem Familienklima des Umschwunges von ruhiger Zugewandtheit zu reizbarer Bosheit und den Borderline-Persönlichkeitsstörungen aus: „Es bietet sich an, eine Parallele zwischen den Erfahrungen von Säuglingen in diesen Familien und den Spaltungsmechanismen und Episoden fragmentierten Funktionierens von erwachsenen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen herzustellen“ (a.a.O., S. 880). In der Familie werde ein normales, von mäßiger Spannung getöntes Interesse durch einen Zustand hoher Spannung abgelöst, in dem sich Auflehnungs- und Rückzugstendenzen wechselseitig bekämpften. Keiner der Beteiligten sei in der Lage, sich eine Befriedigung zu holen oder den anderen zu befriedigen, keiner könne Liebesgefühle zulassen, ohne von Ärger überwältigt zu werden, ohne sich verletzt oder verlassen zu fühlen. Die Situation der Borderline-Spaltung – Konzeptionierung der Bilder des Selbst und der Objekte als ganz gut oder ganz und gar böse – lasse sich als Begleit- oder Folgeerscheinung eines andauernden Zustandes hoher innerer Spannung beschreiben (high tension state). Ein solcher Zustand würde bei Borderline-Patienten in Verbindung mit Provokation und Streit erreicht wer-

den, aber auch durch sexuelle Erregungszustände einschließlich Perversionen sowie als Folge von Drogenmißbrauch. Während solcher high tension states sei beim Patienten die Fähigkeit zur Informationsverarbeitung ebenso gestört wie bei high tension states der Säuglingszeit (z.B. schreiender Säugling im Wutanfall).

Eine vernachlässigende Mutter – Köhler (1990) nennt die Fehlübereinstimmung zwischen Mutter und Kind „mismatch“ – bedingt unter Umständen die Ausbildung einer Borderline-Störung, da das Kind besonders heftig auf Inzest reagiert, im Vergleich zu einer Mutter, die in der Säuglingszeit besonders schützend gewesen ist, wodurch hinsichtlich eines späteren Inzests ein „protektiver Faktor“ entstanden ist. Das frühkindliche Mutterverhalten ist also unter Umständen entscheidend mit dafür verantwortlich, ob als Traumafolge eine Borderline-Störung oder eine andere oder keine Störung entsteht. Hierbei spielen auch allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen eine Rolle; Resch (1999, S. 182) postuliert folgendes Szenario: „Wenn Eltern und Kinder unter dem Alltagsdruck in Ohnmachtsgefühlen, in Gefühlen mangelnder Handlungskontrolle oder Befürchtungen mangelnder situativer Kompetenz verhaftet sind oder ihrer Selbstbehauptung im Mesosystem erliegen, dann stören die Beeinträchtigungen der eigenen Befindlichkeit von Bezugspersonen und Kindern den emotionalen Diskurs im Mikrosystem. Schließlich gerät der sozioemotionale Entwicklungsprozeß der Kinder in Gefahr. Wenn nämlich das erwachsene Individuum im Meso- und Makrosystem einen klaren subjektiven Verlust seiner Handlungsmächtigkeit erleben muß, wird es weniger Möglichkeiten zur sicheren Gestaltung von Erfahrungsräumen im Rahmen der Erziehungsarbeit wahrnehmen können. Zudem wird die Bezugsperson durch emotionale Unausgeglichenheit und mangelnde Beziehungsgestaltung das Kind negativ beeinflussen.“

Dornes (1993) verweist auf die Bedeutung präsymbolischer Erfahrungen und betont, was nicht symbolisiert worden sei (hier: eine haltende Elternatmosphäre), müsse wiederholt werden. Mithin müßten in der Therapie präsymbolische Erfahrungen erst symbolisiert werden. Die Folge sei die lang dauernde Notwendigkeit zur Wiederholung einer haltenden Funktion in der Therapie, bis schließlich die neuen symbolisierten Erfahrungen die frühen (präsymbolischen) und auch

die erst in der Therapie symbolisierten Erfahrungen modifizieren könnten.

Nach Dornes (1995) ist erst ab einem Alter von zwölf bis 18 Monaten von Phantasien und nicht vor neun Monaten von intentionaler Kommunikation bei einem Kind zu sprechen. Die biologisch auf Anpassung programmierten Interaktionen mit einem Säugling könnten deshalb entgleisen, weil sie durch die Phantasien der Eltern – die Phantasie setze die Biologie außer Kraft – überformt würden; dadurch entstehe schon in der Säuglingszeit Leid und Fehlanpassung. Weil der Säugling trotz vieler Versuche, den Interaktionsstil der Eltern zu verändern, keinen Erfolg habe, entstehe „neben und gleichzeitig mit der Übernahme des elterlichen Stils ein Gefühl von Ohnmacht und Wirkungslosigkeit“ (a.a.O., S. 42). Das, was Patienten als ein einmaliges Trauma beschreiben, könne jedoch aus vielen kleinen und wiederholten Episoden zusammengesetzt sein, „die der Patient als grundlegendes Lebensgefühl und Mutterbild schildert“ (a.a.O., S. 44). Die Häufigkeit trage zu dem Effekt bei, der in der analytischen Situation als Resultat eines einmaligen Ereignisses erscheine.

## Folgerungen

Neben dem Trauma sind zur Ausbildung einer Borderline-Störung Faktoren als bedeutsam anzusehen, die zur Ausbildung der prätraumatischen Persönlichkeitsstruktur beitragen und während der Zeit der Traumatisierung das Klima um das traumatisierte Kind wesentlich mitgestalten (s. Abb. 1; vgl. auch die Hypothesen zu sozialen Veränderungen im Abschnitt „Schlußbemerkungen“).

Wenn die Umgebung in der Säuglingszeit pathogen ist, kann insbesondere die Kontinuität einer stabilen psychoanalytischen Beziehung eine neue Hintergrunderfahrung schaffen. Eine Therapie ist um so wichtiger, weil der entscheidende prognostische Faktor bezüglich der Bindungsqualität (des Opfers als Mutter zum eigenen Kind) nicht in guten bzw. schlechten eigenen frühkindlichen Erfahrungen liegt, sondern vielmehr darin, ob dem Opfer diese Erfahrungen und die damit verbundenen Gefühle bewußt sind. Denn „solange die (Anm.: zur Traumatischen Vernach-

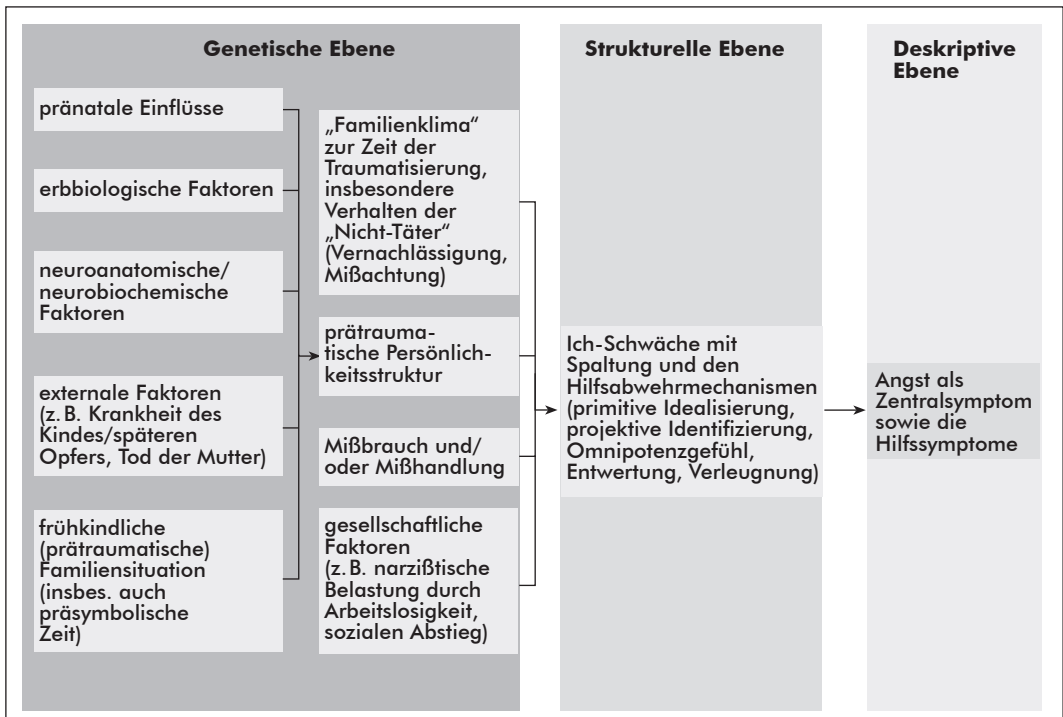


Abb. 1: Ätiologisch bedeutsame Faktoren bei der Ausbildung einer Borderline-Störung sowie deren strukturelle und deskriptive Elemente.

lässigung) dazugehörigen Affekte nicht ebenfalls erlebt werden, bleiben sie abgespalten und werden trotz der Bewußtheit der traumatischen Erfahrungen in der Beziehung zum Kind agiert. Erst ihre Integration ins Erleben ermöglicht eine Veränderung des Interaktionsverhaltens“ (Dornes 1993, S. 207).

Es liegt angesichts dessen, daß viele sexuell mißbrauchte Frauen sich gerade einen männlichen Therapeuten suchen, nahe, daß die Täter einst jedenfalls „greifbarer“ waren und somit durch Verletzen einerseits und Nähe bieten andererseits jedenfalls existent. Zudem ist es das Opfer gewohnt, mit dem Täter mit Hilfe dissoziativer Mechanismen umzugehen und ihn – wengleich durch Hilflosigkeit geprägt – in Ansätzen zu manipulieren; es erlebt sich im Zusammenhang mit der Tat doch als „verführerisch“ und den Täter erreichend. Der Nichttäter jedoch – beispielsweise die Mutter – blieb unerreichbar und trug somit aufgrund eines vernachlässigenden und nicht-schützenden Verhaltens viel zur pathogenen Auswirkung des Traumas bei. Während eine – wengleich höchst ambivalente – Vater-Imago immerhin entstanden ist, fehlt eine Mutter-

Imago: Eine Beziehung zur Mutter (zum Nicht-täter-Elternteil) wurde von vornherein als nicht möglich erlebt. In der Übertragungssituation heißt dies, daß eine Therapeutin als wohl nicht affektiv erreichbar erlebt wird, anders als ein Therapeut – unter Umständen um den Preis eines phantasierten neuerlichen (und manchmal auch realen) Mißbrauchs durch einen Therapeuten, wobei dieses jedoch immerhin ein bekanntes und deshalb erträglicheres Beziehungsmuster darstellt als eine von einem phantasierten affektiven Vakuum gekennzeichnete Beziehung zu einer Therapeutin. Insofern haben gegengeschlechtliche Therapeuten zu gewärtigen, daß sie unbewußt für einen Patienten als potentielle Täter in Frage kommen und daß entsprechende Probleme entstehen können, wenn die Patientin verführerisch auftritt; eine solche Patientin kann die technische Neutralität als bedrohlich erleben und sie mit einer Vernachlässigung durch den Therapeuten verwechseln. Von entsprechenden Gegenübertragungsgefühlen soll hier nicht gesprochen werden (s. hierzu Kap. 1.7), nur soviel: Sexueller Mißbrauch durch einen Therapeuten kann real sein, aber auch eine Deckerinnerung.

Patienten unterliegen einem Wiederholungszwang, der sich auch auf den Therapeuten erstrecken kann (s. Kap. 3.3). Auch Putnam (1993) betont, daß Inzestopfer die Vertrauenswürdigkeit des Therapeuten mittels sexueller Verführungsversuche testen. Zum „Wiederholungszwang“ eine Kasuistik:

Frau A., eine Patientin mit einer Mißbrauchsanamnese, wurde bei uns in Hamburg zu der Zeit behandelt, als aus der forensischen Abteilung im Nachbarhaus auf dem Klinikgelände ein Sexualstraftäter mit einer schweren Persönlichkeitsstörung – er hatte Frauen vergewaltigt und zerstückelt – entwichen war. Frau A. ging an demselben Tag des Entweichens des allgemein als weiterhin hochgefährlich eingeschätzten Flüchtigen während der Dunkelheit in das weitläufige und mit vielen Bäumen bestandene Klinikgelände. Angstvoll kam sie schließlich zu uns zurück und berichtete, daß sie erwartet – ja: geradezu angestrebt – habe, diesem Mann zu begegnen und von ihm vergewaltigt und zerstückelt zu werden. Sie sei sich erst nach einer Stunde ihrer Angst bewußt geworden und dann unverzüglich auf die Station gekommen.

Das Paradoxe im Verhalten wird auch angesichts der Kleidung mancher Patientinnen und auch Patienten deutlich. Sie geben an, Sexualität zu fürchten und sie nur mit einem Partner zu haben, um zu verhindern, eben diesen Partner zu verlieren, kleiden sich aber nicht selten auf eine Weise, die jedenfalls eine sexuell-erotische Signalwirkung, wenn nicht einen eindeutigen Aufforderungscharakter hat. Hierauf angesprochen, reagieren sie oft mit völliger Überraschung. Das Integrieren der Ablehnung von Sexualität und der Herausforderung derselben wäre also ein wichtiges therapeutisches (und vergewaltigungsprotektives) Ziel – also die Integration der antagonistischen Imagines des Täters und der nicht minder antagonistischen Affekte des Patienten bei einem Mißbrauch.

Auch aus einem anderen Grund ist die Therapie der Opfer von sexuellem Mißbrauch bzw. körperlicher Mißhandlung von immenser (auch gesellschaftlicher) Bedeutung: wegen der nachgewiesenen transgenerationalen Traumatisierung. Nach Köhler (1992, S. 276) gibt es Hinweise, daß

„unverarbeitete Erfahrungen von Mißhandlung oder sexuellem Mißbrauch bei den Bindungspersonen in der zweiten Generation zu einer desorganisierten Bindung führen“. Auch Stone (1992b; s. Kap. 1.1) geht von einem sich über Generationen fortsetzenden Inzest aus und meint ferner, Inzest-Taten insgesamt sowie als Folge davon auch Borderline-Störungen hätten zugenommen. Green (1993a) bezeichnet die Wiederholung der originären Elemente von Mißbrauch und Mißhandlung als genuine posttraumatische Streßantwort. Faller (1989) untersuchte die Familien von sexuell mißbrauchten Patienten: Bei nahezu 50% der Mütter bestand ebenso eine Mißbrauchsanamnese wie bei knapp 40% der Täter. Insofern ist ohne suffiziente sozialpolitische (s. hierzu auch Resch 1999) und therapeutische Interventionen eine ständig zunehmende Zahl auto- wie fremd-aggressiver Handlungen in der Gesellschaft zu befürchten, gegen die strafrechtliche „Anpassungen“ nichts zu bewirken vermögen.

Vorerfahrungen mit Gewalt und Mißhandlung in der Kindheit erhöhen nach Engfer (1986, S. 50) ebenfalls das Risiko, auch die eigenen Kinder zu mißhandeln, allerdings nicht in einem linearen Zusammenhang oder einem mehrere Generationen prägenden zwangsläufigen Zyklus: „Mehr als die Hälfte vormals mißhandelter Eltern haben offenbar erfolgreich mit dieser schrecklichen Tradition gebrochen.“ Engfer bezieht sich jedoch nicht allein auf persönlichkeitsgestörte Eltern; bei ihnen dürfte der Anteil einer Tradierung von Mißbrauch und Mißhandlung deutlich höher sein. Fischer und Riedesser (1998, S. 285) wissen aufgrund ihrer Literaturrecherche von einer Inzestweitergabe über fünf Generationen hinweg und halten Schätzungen der Rate der Inzestweitergabe von 30% eher für eine Unter- als Überschätzung, da „inzwischen auch bei aggressivem Kindesmißbrauch ein ‚Zirkel der Gewalt‘ über die Generationen hinweg wahrscheinlich ist“. Zur Psychodynamik der transgenerationalen Perpetuierung der Traumatisierung sei auf Hirsch (1998) verwiesen.

## Eigene empirische Daten

Die der folgenden empirischen Untersuchung zugrundeliegenden Daten beziehen sich auf Borderline-Patienten des Klinikum Nord (Hamburg).



Hypothetisch ist anzunehmen, daß sexueller Mißbrauch autoaggressives bzw. körperliche Mißhandlung fremdaggressives Verhalten nach sich ziehen und daß insbesondere folgende Faktoren eine hohe Vulnerabilität für die Entstehung einer Borderline-Störung darstellen:

- ein Inzest bzw. eine Mißhandlung vor allem in den ersten Lebensjahren und insbesondere vor der Latenzphase
- hohe Intensität und lange Dauer der Handlung
- eine Mutter/ein Vater als passiver Elternteil, der den Inzest bzw. die Mißhandlung duldet, ignoriert oder gar fördert und also keine haltende, schützende, Grenzen wahrende Funktion ausübt

Die Unterschiede in der Aggressionsausrichtung – je nach Art des Realtraumas (sexueller Mißbrauch versus körperliche Mißhandlung) – sind uns klinisch aufgefallen, und wir werden im folgenden diese zunächst rein klinischen Beobachtungen empirisch untermauern.

## Methodik

Es liegt auf der Hand, daß das Erheben von Daten über sexuellen Mißbrauch in der Kindheit erhebliche Schwierigkeiten mit sich bringt (s. auch Hirsch 1987, 1994; Sachsse 1994): Es handelt sich um ein tabuisiertes Thema, das die Betroffenen – und hier insbesondere mißbrauchte Männer – nur bei großem Vertrauen in den Explorierenden anzusprechen bereit sind. Wir gehen – wie z.B. Dornes (1993), Ellerbrok, Heuft und Senf (1995) sowie Hirsch (1987, 1994) – davon aus, daß ein Realtrauma eher verleugnet oder verschwiegen als „erdichtet“ wird. Den Berichten von Realtraumata sollte primär immer Glauben geschenkt werden (Ferenczi 1933, 1982; Hirsch 1987, 1994; Shengold 1979) – schon weil das psychische Erleben eines Patienten, also dessen subjektive seelische Realität, für jede psychotherapeutische Arbeit maßgeblich ist.

Wir haben nur jene unserer regelhaft sehr schwer gestörten Borderline-Patienten in die Untersuchung einbezogen, deren stationäre psychotherapeutische Behandlung bei uns mindestens 90 Tage andauerte. Somit haben wir eine vergleichsweise große Kenntnis auch der Traumaanamnese. Während und nach der jeweiligen Entlassung wurden die während der Therapie

erhaltenen Daten zu Hinweisen auf Traumaerfahrungen untersucht. In keinem Fall wurde mit Blick auf die vorliegende Untersuchung exploriert oder besser investigiert: Dies hätte dazu führen können, daß aufgrund der Übertragung Angaben gemacht worden wären, nur um den Therapeuten zu beeindrucken bzw. ihm einen Gefallen zu tun und ihn als im Rahmen der primitiven Idealisierung unverzichtbar erlebte Bezugsperson nicht zu verlieren. Fragebögen zur Traumaexploration haben wir nicht verwendet, ihr Wert ist bezüglich der Erforschung von Realtraumata unseres Erachtens nur von sehr begrenztem Wert (Dulz u. Schneider 1995, 1996; Sachsse 1994), ja mehr noch: Ihre Verwendung kann sich im Sinne einer Retraumatisierung auswirken (Dulz u. Schneider 1995, 1996), bedeutet sie doch die Verweigerung einer Beziehung. Aus ethischen Gründen muß dem Schutz des Patienten Vorrang vor der bloßen Datengewinnung eingeräumt werden (Dulz u. Lanzoni 1996).

Neben den konkreten Angaben über Inzest wurden in drei Fällen auch unsere Vermutungen einer Inzestanamnese berücksichtigt, die sich auf deutliche und unmißverständliche Andeutungen und Anspielungen der Patienten stützen konnten; beispielsweise erinnerte eine Patientin keine Realtraumatisierung im Rahmen der Familie, vermutete eine solche jedoch; sie fand es als 12jährige völlig „normal“, daß sie damals und über einige Jahre von einer größeren Gruppe älterer Jungen und Mädchen als (in der landläufigen Bedeutung des Wortes) Sexualobjekt benutzt wurde und sich benutzen ließ, ohne sich gegen diesen für sie „normalen“ Zustand zu wehren.

Aus bloßen Gründen der Anamneseerhebung wurde bezüglich der Traumaanamnese nicht nachgefragt, allenfalls in entsprechenden Situationen im Rahmen der Psychotherapie, sofern das Thema Mißbrauch bzw. Mißhandlung durch den Patienten aufgebracht wurde und einer Bearbeitung bedurfte. Reine Vermutungen, z.B. aufgrund von Reaktionen der untersuchten Personen bei von anderen Patienten angesprochenen Inzestthemen – etwa in der Gruppenpsychotherapie –, wurden hingegen als „kein Realtrauma“ eingestuft.

Vereinzelt erfuhren wir „unglaublich“ extreme Traumatisierungen, die manchmal während der Therapie – und insofern sehen wir unsere Daten als gesicherter an als sogenannte „Fragebogendaten“ – modifiziert, u.a. also auch abgeschwächt

wurden. Nicht wenige Traumata waren dennoch von außerordentlicher, von unvorstellbarer Brutalität (z.B. das Abrichten des Rüden in der Familie als „Penetrator“; das Verabreichen von Heroin als Beruhigungsmittel vor dem Inzest; das gemeinsame Mißbrauchwerden durch Vater, Bruder und Großvater; schwerste Mißhandlung der Tochter durch die Mutter mit resultierendem Schädel-Hirn-Trauma, mit Erblindung sowie Verkrüppelung beider Hände).

Untersucht wurden 75 Patienten mit einer Borderline-Störung im Alter von 17 bis 36 Jahren (Mittel der Frauen 25,8 Jahre [17-36], Mittel der Männer 27,3 Jahre [20-36]). 47 Patienten (62,7%) waren weiblich, 28 (37,3%) männlich. Die Daten wurden u.a. auf folgende Faktoren hin untersucht:

- auf konkret angegebene und (in drei Fällen) dringend zu vermutende Traumaerfahrungen
- auf das Verhalten anderer Bezugspersonen (Mißachtung, Vernachlässigung)
- auf die wesentlichen Symptome im Rahmen der Borderline-Störung

Die Diagnose wurde nach DSM-III-R sowie nach zusätzlicher struktureller Analyse mit Nachweis der typischen Abwehrmechanismen im Sinne von Kernberg (1975, 1983) gestellt. Sämtliche Patienten erreichten zudem im „Diagnostischen Interview für das Borderlinesyndrom“ (DIB; Gunderson 1985) Gesamtwerte von mindestens 7 (s. zur zugrundeliegenden Diagnostik auch Dulz u. Schneider 1995, 1996).

Darüber hinaus wurde inhaltlich untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen Symptomatik und Art der Traumatisierung gibt. Getrennt wurde dabei zwischen sexuellem Mißbrauch (mit vollzogenen sexuellen Handlungen wie Penetration und/oder Oralverkehr) und körperlicher Mißhandlung (z.B. gegen den Patienten gerichtete Schläge mit Gegenständen) in der Vorgeschichte der Patienten. Teilweise blieb unklar, inwieweit Mißhandlungen seitens des Täters sexuell motiviert waren. Die häufig berichteten

Mißhandlungen des einen Elternteils oder eines Geschwisters durch den anderen Elternteil wurden nicht als Realtrauma eingestuft, da die physische Gewalt nicht dem Patienten gegolten hat. Natürlich ließe sich eine solche Zeugenschaft auch als Realtrauma sehen<sup>1</sup>; wir zogen jedoch eine sehr enge Definition von Mißbrauch bzw. Mißhandlung vor.

Bei der aktuellen Symptomatik unterschieden wir fremdaggressive Handlungen (u.a. physische Angriffe gegen andere Personen und das Zerstören von Gegenständen) von autoaggressiven Handlungen (z.B. Eßstörungen und „Schnipeln“, aber auch Suizidversuche und – sofern andere autoaggressive Handlungen bekannt waren – Drogenkonsum). Suizidversuche und Drogenkonsum lassen sich nicht immer eindeutig als autoaggressive Handlung einstufen, weil sie beispielsweise Folgen fremdaggressiver Impulse/Handlungen, also Entäußerung einer Affektumkehr sein können.

In manchen Fällen war die Einstufung also nicht einfach. Bezüglich der Einschätzung der Aggressionsausrichtung orientierten wir uns an unserem klinischen Eindruck, wenn z.B. der Patient in nicht nur singulären Momenten nachvollziehbar hoch aggressiv schien, selbst wenn er jede aggressive Regung verleugnete.

Zu den Schwierigkeiten der Anamneseerhebung von Realtraumata und dem definitiven Chaos verweisen wir auf u.a. auf Ellerbrok, Heuft und Senf (1995), Engfer (1997), Hirsch (1987, 1994), Richter-Appelt (1995) sowie auf Schmidt (1997).

Weiterhin muß darauf hingewiesen werden, daß die der Untersuchung zugrundeliegende Stichprobe selektiert ist. So nehmen wir keine Borderline-Patienten auf, die zur Psychotherapie unmotiviert sind oder zu labil für eine intensive, „aufdeckende“ Psychotherapie respektive stabil genug für eine ambulante Psychotherapie. Ferner können aufgrund der personellen Besetzung insbesondere im Bereich der Krankenpflege hoch aggressive Patienten nicht bei uns behandelt werden. Personen mit laufenden Strafverfahren sowie mit Delikten wie z.B. Vergewaltigung in der Anamnese werden in der Regel auch nicht aufgenommen. Dennoch sind die untersuchten Patienten sehr schwer gestört, zu Beginn der Therapie in der Regel nicht kontraktfähig und zumeist ohne jede konkrete Vorstellung von einer systematischen Therapie; sofern eine solche Vorstellung besteht, haben die Patienten oft sogar mehrere

<sup>1</sup> DSM-IV 309.81 (Posttraumatische Belastungsstörung): „(1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. (2) Die Reaktion der Person beinhaltete intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern“ (American Psychiatric Association 1994, 1996, S. 491).

**Tab. 2:** Art des Traumas und das Geschlecht der Patienten bei sexuellem Mißbrauch/körperlicher Mißhandlung

	Gesamt (N = 75)	Männer (N = 28)	Frauen (N = 47)
Sexueller Mißbrauch und körperliche Mißhandlung	27 (36,0%)	8 (28,6%)	19 (40,4%)
Sexueller Mißbrauch	16 (21,3%)	3 (10,7%)	13 (27,7%)
Körperliche Mißhandlung	13 (17,3%)	8 (28,6%)	5 (10,6%)
Kein Realtrauma, aber Mißachtung, Vernachlässigung	12 (16,0%)	7 (25,0%)	5 (10,6%)
Keine Angabe zu Realtrauma	7 (9,3%)	2 (7,1%)	5 (10,6%)

mißlungene Therapieversuche hinter sich. Manche Patienten haben in den letzten Lebensjahren mehr Zeit in Kliniken als außerhalb verbracht. Typischerweise sind alle sozialen Bezüge bereits weggebrochen.

## Ergebnisse

### Häufigkeit von Mißbrauch und Mißhandlung bei Borderline-Störungen

Ein Realtrauma bestand bei insgesamt 56 Patienten (82,4% der Patienten, die anamnestische Angaben machen konnten; 74,7% aller Patienten einschließlich jener mit Amnesie bezüglich weiter Teile der Kindheit/Jugend). Die Patienten wurden vor allem sowohl mißbraucht wie mißhandelt, bei Frauen kam „reiner“ sexueller Mißbrauch häufiger vor als „reine“ körperliche Mißhandlung, während es sich bei den Männern umgekehrt verhielt (s. Tab. 2; Pearson  $\chi^2$  8.461; DF 3;  $p = 0.037$ ).

Die hohe Zahl von Realtraumata stellt keine Besonderheit, sondern eine Bestätigung nordamerikanischer Daten dar (s. Tab. 1). Bei denjenigen Patienten, zu denen keine Angaben bezüglich einer Realtraumatisierung existieren, bestand zumeist eine Amnesie, die sich auf die Kindheit und frühe Jugend erstreckte.

Die 12 Patienten (17,7% der Patienten mit anamnestischen Angaben, 16% aller Patienten) ohne Realtrauma im Sinne von körperlicher Mißhandlung und/oder sexuellem Mißbrauch erlebten eine deutliche Mißachtung/Vernachlässigung. In einem dieser Fälle dürfte die Vernachlässigung nicht auf einer konkreten Ebene bestanden haben (die Eltern waren häufiger zu Hause, als die Patientin angab); in der subjektiven Wahr-

heit der Patientin (d.h. ihrer Wahrnehmung oder im Sinne von Dornes [1993, S. 235] der „Wirklichkeit im Patienten“) dürfte bei (verleugneter) physischer Anwesenheit der Eltern wohl eine psychische Unerreichbarkeit der traumatisierende Faktor gewesen sein. In einem anderen Fall ließ sich eine extrem behütende, ja die Lebensgestaltung fast komplett einschränkende, zudem überkontrollierende Haltung der Eltern feststellen: Der Patient leidet am Adrenogenitalen Syndrom (AGS), an dem auch der daran verstorbene (ältere) Bruder gelitten hatte, was zu einem bis heute (auch aus unserer Erfahrung) pathologischen und panikgeleiteten (wenngleich verständlichen) Verhalten der Eltern geführt hat; unter der Psychotherapie war eine deutliche Verbesserung auch der sexuellen Identität festzustellen. Aber auch jene 7 Patienten (9,3%), von denen wir keine Angaben über das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von Realtraumatisierungen haben, gaben Vernachlässigung im Sinne von Bürgin und Rost (1997) an. Keiner unserer Patienten hatte also eine Kindheit/Jugend, die als relativ ungestört bezeichnet werden kann. Bei einer weiter gefaßten Definition von Trauma (im Sinne von Bürgin u. Rost 1997) würde die Rate traumatisierter Patienten also 100% betragen.

Signifikant gehäuft kamen als Täter vor (teilweise „Doppeltraumatisierungen“, d.h. Mißbrauch und Mißhandlung durch dieselbe Person; vgl. Tab. 2):

- der Vater einschl. des Stiefvaters (bei sexuellem Mißbrauch:  $N = 23$ ; Pearson  $\chi^2$  4.296; DF 1;  $p = 0.038$ ; bei körperlicher Mißhandlung:  $N = 25$ ;  $\chi^2$  5.288; DF 1;  $p = 0.021$ )
- der Bruder (bei sexuellem Mißbrauch:  $N = 6$ ; Pearson  $\chi^2$  4.022; DF 1;  $p = 0.045$ ; bei körperlicher Mißhandlung:  $N = 6$ ; Pearson  $\chi^2$  4.022; DF 1;  $p = 0.045$ )

**Tab. 3:** Verhalten des Nicht-Täter-Elternteils bezüglich der Realtraumatisierung

	Keine Angabe	Duldend	Ignorierend	Fördernd	Nicht glaubend	Nicht wissend
Männer (N = 20)	4 (7,4%)	10 (18, 5%)	4 (7,4%)	2 (3,7%)	0	0
Frauen (N = 34)	2 (3,7%)	7 (13,0%)	13 (24,1%)	8 (14,8%)	3 (5,6%)	1 (1,9%)
Gesamt (N = 54)	6 (11,1%)	17 (31,5%)	17 (31,5%)	10 (18,5%)	3 (5,6%)	1 (1,9%)

Nicht signifikant war die dennoch beachtliche Häufigkeit der Täterschaft der Mutter (sexueller Mißbrauch N = 1, körperliche Mißhandlung N = 14) sowie anderer Personen, z.B. in zwei Fällen Nonnen eines Kinderheimes (sexueller Mißbrauch N = 21, körperliche Mißhandlung N = 11). Schwestern waren nicht unter den Tätern.

Tendenziell signifikant war hingegen die Häufigkeit der Verhaltensweisen des jeweiligen „Nicht-Täter-Elternteils“ (Pearson Chi<sup>2</sup> 10.647; DF 5; p = 0.059), die der Tabelle 3 – getrennt nach dem Geschlecht des Patienten – zu entnehmen ist. Bei einem „Dulden“ hatte dieser Elternteil eindeutig Kenntnis der Traumatisierung, ohne aber den Versuch einer Intervention zu unternehmen. Mit „Ignorieren“ ist gemeint, daß der „Nicht-Täter-Elternteil“ bei „normaler“ Wahrnehmung Kenntnis von der Realtraumatisierung hätte haben müssen. „Fördern“ beinhaltet aktive Mithilfe (z.B. Festhalten während einer Penetration); „nicht glaubend“ bezieht sich auf die Mitteilung des Opfers bezüglich eines erlittenen Realtraumas, und „nicht wissend“ ist ein völlig geheimes Vorgehen des Täters (ein offenbar innerfamiliär eher seltener Vorgang). Sofern der „Nicht-Täter-Elternteil“ dem Bericht des traumatisierten Kindes keinen Glauben schenkte, lag nach Meinung der betreffenden Patienten eine wesentliche Ursache darin, daß eine Trennung vom traumatisierenden Partner und ein darauf folgendes Alleinbleiben befürchtet wurde. In Einzelfällen wurde dies uns gegenüber von dem betreffenden Elternteil bestätigt.

Die Daten lassen darauf schließen, daß mindestens 50%, eher aber bis zu 80% der „Nicht-Täter“ Kenntnis von der Traumatisierung hatten und rund ein Fünftel aktiv mitwirkten. Hier ist also kaum von einem „Nicht-Täter-Elternteil“ zu sprechen, sondern von einer erheblichen Zahl von „Co-Tätern“ – vermutlich ein wesentlicher Faktor dafür, daß ein Realtrauma eine Borderline-

Störung nach sich zieht, zumal die Familienatmosphäre insgesamt ja auch entsprechend geprägt sein dürfte.

Wir haben auch zu erfassen versucht, wann die Traumatisierung begonnen und wie lange die „Lebensphase der Traumatisierung“ gedauert hat. Wir gehen davon aus, daß das Lebensjahr des Beginns der Traumatisierung nicht immer objektiv erinnert werden kann, zumal es sich meist um einen Beginn in der frühen Kindheit gehandelt hat. Deshalb verzichten wir hier auf die Berechnung von Signifikanzen und nennen die reinen Prozentzahlen, die jedenfalls einen Indikator darstellen für das Ausmaß des subjektiven Erlebens der Kindheit/Jugend.

Von den 56 Patienten mit Traumaerinnerungen gaben an:

- 37 (66,1%) einen Beginn der Traumatisierung bis zum Alter von vier (5. Lebensjahr)
- 16 (28,6%) einen Beginn zwischen fünf und neun Jahren (6. bis 10. Lebensjahr)
- 3 (5,4%) einen Beginn nach einem Alter von neun (nach dem 10. Lebensjahr)

Ferner erhielten wir während der Psychotherapie Angaben zur Dauer und Häufigkeit der Traumatisierung:

- einmalige oder seltene Traumatisierungen wurden von unseren Patienten nicht genannt
- 15 (26,8%) Patienten gaben häufige und über Jahre andauernde, aber nicht regelhafte Traumatisierungen an
- 41 (73,2%) Patienten berichteten von über Jahre fortlaufenden, fast regelhaften Traumatisierungen

### Zusammenhänge zwischen Mißbrauch bzw. Mißhandlung und Ausrichtung der Aggression

Zunächst wurde für alle Patienten (N = 75) – unabhängig davon, ob eine Traumaanamnese

**Tab. 4:** Ausrichtung der Aggression und Geschlecht der Patienten

	Gesamt (N = 75)	Männer (N = 28)	Frauen (N = 47)
Keine Aggression	4 (5,3%)	1 (3,6%)	3 (6,4%)
Auto- und Fremdaggression	28 (37,3%)	10 (35,7%)	18 (38,3%)
Autoaggression	33 (44,0%)	8 (28,6%)	25 (53,2%)
Fremdaggression	10 (13,3%)	9 (32,1%)	1 (2,1%)

**Tab. 5:** Aggressionsausrichtung und Art des Realtraumas

	Ohne Aggression	Auto- und Fremdaggression	Autoaggression	Fremdaggression
Kein Realtrauma, aber Mißachtung, Vernachlässigung	1 (1,5%)	4 (5,9%)	4 (5,9%)	3 (4,4%)
Sexueller Mißbrauch und körperliche Mißhandlung	1 (1,5%)	14 (20,6%)	11 (16,2%)	1 (1,5%)
Sexueller Mißbrauch	1 (1,5%)	1 (1,5%)	14 (20,6%)	0
Körperliche Mißhandlung	1 (1,5%)	5 (7,4%)	2 (2,9%)	5 (7,4%)

bekannt war – die Ausrichtung der Aggression je nach Geschlecht ohne Berücksichtigung der Traumatisierungsart untersucht (s. Tab. 4).

Die Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung sind signifikant (Pearson Chi<sup>2</sup> 14.565; DF 3; p = 0.002). Das Ergebnis überrascht nicht, kann es doch auch als „typisch geschlechtsspezifisch“ angesehen werden – insbesondere hinsichtlich der empirisch gefundenen Häufigkeit von Autoaggression bei Frauen, wobei aber daneben insbesondere die Häufigkeit von Autoaggressionen bei männlichen Patienten (genauer: bei rund 2/3) auffällt. Diesem Gedanken soll im folgenden nachgegangen werden (s. Tab. 5), zunächst durch den Zusammenhang zwischen Traumaart und Aggressionsausrichtung (für jene Patienten, deren diesbezügliche Anamnese bekannt ist [N = 68]).

Die Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung sind signifikant (Pearson Chi<sup>2</sup> 27.165; DF 9; p = 0.001).

Die Varianzanalyse der Gruppen „kein Realtrauma“, „sexueller Mißbrauch und körperliche Mißhandlung“, „sexueller Mißbrauch“ sowie „körperliche Mißhandlung“ nach der aufgrund des klinischen Eindruckes eingeschätzten Schwere der Fremdaggression (0 bis 5) ist ebenfalls hoch sig-

nifikant (p = 0.000). Die höchste Fremdaggression findet sich bei den körperlich Mißhandelten (Least Square Mean 3.3769), die niedrigste bei den sexuell Mißbrauchten (LS Mean 0.375), während die Fremdaggression bei den „doppelt Traumatisierten“ sich „in der Mitte“ befindet (LS Mean 1.815). Bezüglich der einzelnen paarweisen Mittelwertunterschiede sind ebenfalls signifikante Gruppendifferenzierungen möglich (Mißhandlung versus Doppeltraumatisierung 1.954, p = 0.016; Mißhandlung versus Mißbrauch 3.394, p = 0.000; Mißbrauch versus Doppeltraumatisierung 1.440, p = 0.098).

Zur weiteren Überprüfung einer eventuellen Geschlechtsspezifität nun die entsprechenden Daten (s. Tab. 6). Einbezogen wurden jene Patienten, bei denen Realtraumata bekannt waren (N = 56). Die Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung sind signifikant bei der Gesamtgruppe sowie bei der Gruppe der Frauen. Die Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung bei den Männern sind aufgrund der zu kleinen Fallzahl nicht signifikant, aber dennoch als tendenziell signifikant anzusehen. Somit belegen die Daten, daß bei Borderline-Männern wie -Frauen sexueller Mißbrauch mit autoaggressiven Symptomen, körperliche Mißhandlung mit fremdaggressiven Symptomen

**Tab. 6:** Zusammenhang zwischen Realtraumaart, Aggressionsausrichtung und Geschlecht. Die „theoriekonformen“ Werte (Zusammenhang zwischen Mißbrauch und Autoaggression, Mißhandlung und Fremdaggression sowie Kombination von Mißbrauch/Mißhandlung und Auto- sowie Fremdaggression) sind hervorgehoben.

<b>Gesamt (N = 56); Pearson Chi<sup>2</sup> 26.814; DF 6; p = 0.000</b>				
	keine Aggression	Auto- und Fremdaggression	Autoaggression	Fremdaggression
Sexueller Mißbrauch und körperl. Mißhandlung	1 (1,8%)	<b>14 (25,0%)</b>	11 (19,6%)	1 (1,8%)
Sexueller Mißbrauch	1 (1,8%)	1 (1,8%)	<b>14 (25,0%)</b>	0
Körperliche Mißhandlung	1 (1,8%)	5 (8,9%)	2 (3,6%)	<b>5 (8,9%)</b>
<b>Männer (N = 19); Pearson Chi<sup>2</sup> 8.407; DF 4; p = 0.078</b>				
	keine Aggression	Auto- und Fremdaggression	Autoaggression	Fremdaggression
Sexueller Mißbrauch und körperl. Mißhandlung	0	<b>5 (26,3%)</b>	2 (10,5%)	1 (5,3%)
Sexueller Mißbrauch	0	1 (5,3%)	<b>2 (10,5%)</b>	0
Körperliche Mißhandlung	0	1 (5,3%)	2 (10,5%)	<b>5 (26,3%)</b>
<b>Frauen (N = 37); Pearson Chi<sup>2</sup> 15.334; DF 4; p = 0.004</b>				
	keine Aggression	Auto- und Fremdaggression	Autoaggression	Fremdaggression
Sexueller Mißbrauch und körperl. Mißhandlung	1 (2,7%)	<b>9 (24,3%)</b>	9 (24,3%)	0
Sexueller Mißbrauch	1 (2,7%)	0	<b>12 (32,4%)</b>	0
Körperliche Mißhandlung	1 (2,7%)	4 (10,8%)	0	<b>0</b>

einhergeht, daß aber eben auch die Kombination von sexuellem Mißbrauch mit körperlicher Mißhandlung zu einer Kombination von auto- und fremdaggressiven Symptomen führt. Die Daten – insbesondere die Häufigkeit der Autoaggression bei (auch) sexuell mißbrauchten Männern sowie die Häufigkeit der Fremdaggression bei (auch) mißhandelten Frauen – lassen den

Schluß zu, daß eine geschlechtsspezifische Aggressionsausrichtung von allenfalls nachrangiger Bedeutung ist.

### Trauma und geschlechtliche Identitätsstörung („Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI M“)

Wir verwenden die Version FPI A1 (Fahrenberg, Selg u. Hampel 1970, 1978) wegen der dort vorhandenen Skala FPI M (Standardwert 1 bis 9, „Norm“ [54%] Standardwert 4 bis 6).

Die Werte auf der Skala FPI M („Freiburger Persönlichkeitsinventar“; Fahrenberg, Selg u. Hampel 1970, 1978) sind unabhängig von der Traumaart niedrig und eher bei Frauen noch höher als bei Männern (nicht signifikant) (s. Tab. 7). Insgesamt bestehen bezüglich der Maskulinität im Sinne des FPI keine signifikanten Unterschiede je nach dem Geschlecht. Wenngleich die nicht-signifikanten Daten mit größter Vorsicht zu bewerten sind, so wird doch angedeutet, daß sexueller Mißbrauch bei Männern zu einer größte-

<sup>2</sup> Beschreibung der Skala FPI M (Maskulinität; typisch männliche versus typisch weibliche Selbstschilderung): „Hoher Testwert: Pb. schildert aktive, u.U. auch körperliche Durchsetzung, selbstbewußt, unternehmungslustig, zuversichtlich, einsatzbereit; ausgeglichene Stimmungslage; wenig körperliche Beschwerden, wenig Lampenfieber und wenig psychosomatische Allgemeinstörungen. Niedriger Testwert: Pb. schildert Zurückhaltung, schüchtern, u.U. gehemmt; niedergedrückte Stimmung, leicht enttäuscht oder verzagt; wenig Zuversicht oder Selbstvertrauen; körperliche Beschwerden und psychosomatische Allgemeinstörungen, speziell Pulsunregelmäßigkeiten, Schwindelgefühle, kalte Hände und Füße; Verstopfung, Licht- und Geräuschempfindlichkeit, bei Aufregung weiche Knie und körperliche Unruhe, Lampenfieber, oft abgespannt, matt und erschöpft, Wetterfühligkeit“ (Fahrenberg, Selg u. Hampel 1970, 1978, S. 53).

**Tab. 7:** FPI M (Mittelwert, n.s.; SD), Art des Traumas und Geschlecht der Patienten

	Gesamt (N = 75)	Männer (N = 28)	Frauen (N = 47)
Alle Patienten	2.187 (1.486)	1.893 (1.449)	2.362 (1.495)
Sexueller Mißbrauch u. körperliche Mißhandlung	2.037 (1.344)		
Sexueller Mißbrauch	2.500 (1.592)	1.636 (1.206)	2.406 (1.478)
Körperliche Mißhandlung	2.111 (1.511)	1.944 (1.589)	2.222 (1.476)

ren geschlechtlichen Identitätsstörung (im Sinne des FPI M) führt als körperliche Mißhandlung, während sich dies bei Frauen umgekehrt darstellt – dies nun aber als Folge „klassischer“ geschlechtlicher Rollen.

Bemerkenswert sind diese auffallend niedrigen Werte um so mehr, als eine systematische Veränderung der Selbstschilderung eingetreten sei – die homogenere Gesamt-Varianz der Skala FPI M sei hauptsächlich durch eine Abnahme der „typisch weiblichen“ Selbstschilderung bei Frauen bedingt (Fahrenberg, Hampel u. Selg 1970, 1994). Wir sehen die niedrigen Werte unserer Studie als Hinweis auf die tiefgreifende, traumamitbedingte Identitätsstörung und als Ausdruck der Ich-Schwäche.

### Zusammenhänge zwischen Symptomen bzw. Skalen der Fragebögen

Wir haben zwischen Auto- und Fremdaggression keinen statistischen Zusammenhang (Korrelation) feststellen können. Dies führt zu der Frage, ob zwischen Auto- bzw. Fremdaggression und den anderen Skalen jeweils unterschiedliche Korrelationen zu finden sind. Die wichtigsten statistischen Zusammenhänge einschließlich desjenigen zum zentralen Symptom der frei flottierenden, diffusen und also ungerichteten Angst – hierzu finden sich im Kapitel 1.5 detaillierte theoretische Ausführungen – sind in Tabelle 8 aufgeführt. Die deutlich seltener signifikanten Korrelationen mit Fremdaggression sind auf deren geringere Häufigkeit (s.o.) in der untersuchten Patientengruppe zurückzuführen. Stets ist bezüglich der Verwendung von Selbsteinschätzungsfragebögen bei Borderline-Patienten problematisch, daß diese

Patienten sich jedenfalls über weite Zeitspannen und insbesondere in krisenhaften Situationen nicht gut selbst einschätzen können (hierzu wurde bereits andernorts [Dulz u. Makowski 1999] ausführlich Stellung genommen); insofern ist die Einschätzung durch das Team (betrifft hier die Symptome frei flottierende Angst, Dissoziation, deviante Sexualität, Impulsdurchbruch, Suizidalität, Agieren, Drogenkonsum und psychotische Symptome) in der Regel präziser als eine Selbsteinschätzung (betrifft hier die Skalen von FPI [Fahrenberg, Selg u. Hampel 1970, 1978], Narzißmusinventar [Deneke u. Hilgenstock 1989] und Gießen-Test [Beckmann, Brähler u. Richter 1972]).

Es fällt auf, daß nur selten zwischen beiden Aggressionsausrichtungen und anderen Symptomen bzw. Fragebogenskalen (Angst, Impulsdurchbruch, Agieren) Zusammenhänge bestehen. Zumeist besteht eine Korrelation nur zu einer der Aggressionsrichtungen (z.B. Suizidalität, Drogenkonsum, psychotische Symptome, FPI 4 [Erregbarkeit], FPI 5 [Geselligkeit], FPI E [Extraversion], DRP [Derealisation/Depersonalisation], NEK [Negatives Körper selbst], GRS [Größenselbst], GLB [Gier nach Lob und Bestätigung], NAW [Narzißtische Wut]) oder gar eine gegensätzliche Korrelation (Dissoziation). Bemerkenswerterweise besteht kein Zusammenhang zwischen Auto- wie Fremdaggression und Maskulinität (FPI M; s. vorheriger Abschnitt dieses Beitrages); die insgesamt auffallend niedrigen Werte auf der Skala FPI M korrelieren hingegen – klinisch unmittelbar einsichtig – negativ mit der Skala Ohnmächtiges Selbst (-.396\*\*\*), mit der wiederum AIV (Affekt- und Impulskontrollverlust) korreliert (.540\*\*\*).

**Tab. 8:** Zusammenhänge zwischen frei flottierender Angst sowie Aggression mit verschiedenen Symptomen und Fragebogenskalen (p: +: < .10; \*: < .05; \*\*: < .01; \*\*\*: < .001)

	Angst	Autoaggression	Fremdaggression
Frei flottierende, diffuse Angst		.448 ***	.202 +
Dissoziation	.226 *	.535 ***	-.221 *
Deviante Sexualität	.234 *	-	-
Impulsdurchbruch	.369 **	.363 **	.454 ***
Suizidgedanken/Suizidversuche	.221 +	.308 **	-
Agieren	.522 ***	.379 **	.341 **
Drogenkonsum	.254 *	-	.226 +
Psychotische Symptome	-	.243 *	-
FPI 4 Erregbarkeit	-	-	.257 *
FPI 5 Geselligkeit	-	-.264 *	-
FPI 8 Gehemmtheit	.318 **	-	-
FPI E Extraversion	-.250 *	-.250 *	-
DRP (Derealisation/Depersonalisation)	.206 +	.249 *	-
NEK (Negatives Körper selbst)	-	.210 +	-
GRS (Größenselbst)	-	-.289 *	-
GLB (Gier nach Lob und Bestätigung)	-	-.233 **	-
NAW (Narzißtische Wut)	-	-.196 +	-
NR-PR (sozial resonant)	-.275 **	-	-
UK-ZW (überkontrolliert)	.251 *	-	-
HM-RE (retentiv/verschlossen)	.239 *	-	-

Zusammenhänge zwischen den FPI-Skalen „Spontane Aggressivität“ (FPI 2) bzw. „Reaktive Aggressivität/Dominanzstreben“ (FPI 7), aber auch der Skala „Affekt- und Impulskontrollverlust“ (Narzißmusinventar) sowie „unterkontrolliert“ (Gießen-Test) einerseits und der klinisch festgestellten Autoaggression bzw. Fremdaggression konnten wir nicht belegen, was darauf hindeutet, daß sich das aggressive Potential von Borderline-Patienten mit diesen Skalen nicht eruieren läßt; eher deutet die Borderline-typische frei flottierende Angst auf das Ausmaß von Aggressionen hin. Leider existiert bislang kein Selbsteinschätzungsfragebogen, mit dessen Hilfe sich diese Borderline-typische, ungerichtete Angst erfassen läßt.

Insgesamt stimmen die statistischen Daten auch mit unseren klinischen Erfahrungen überein:

- Drogenkonsum (einschl. Alkohol) steht im Zusammenhang mit Fremdaggression, bemerkenswerterweise aber nicht mit Autoaggression
- Patienten mit Autoaggressivität (wie oben dargestellt als typische Mißbrauchsfolge) weisen geringe Extraversion auf, hingegen Derealisation/Depersonalisation, ein negatives Körper selbst, geringes Größenselbst, wenig Gier nach Lob und Bestätigung, geringe narzißtische Wut
- fremdaggressive Patienten (als Mißhandlungsfolge) sind erregbar und nehmen Drogen, während z.B. mit Suizidalität und Dissoziationen kein Zusammenhang gefunden werden konnte
- Angst steht – wie vermutet – mit einer Fülle von Symptomen im Zusammenhang, insbesondere Dissoziation, devianter Sexualität, Impulsdurchbruch, Suizidalität, Agieren, Dro-



genkonsum, Derealisation/Depersonalisation, negativer sozialer Resonanz, Überkontrolliertheit und Verslossenheit (retentiv)

Somit bestehen Zusammenhänge zwischen Angst und beiden Aggressionsformen, wobei wir davon ausgehen, daß aggressive Handlungen – sowohl auto- wie fremdaggressiver Ausrichtung – zur Abwehr von Angst dienen, nicht aber Angst die Folge dieser Aggressionen darstellt. Auch liegt es näher, daß Angst die Ursache von z.B. Dissoziation, devianter Sexualität, Impulsdurchbruch, Suizidalität, Agieren, Drogenkonsum darstellt, als umgekehrt. Autoaggression und Fremdaggression korrelieren nicht, was ebenso wie die jeweils unterschiedlichen Zusammenhänge mit diversen Symptomen bzw. Fragebogenskalen einen Hinweis darauf gibt, daß sie auf verschiedene intrapsychische Faktoren zurückzuführen sind.

## Schlußbemerkungen

Landerschier (1995, S. 121) berichtet, daß von weiblichen Strafgefangenen in allen untersuchten Fällen Mißhandlungserlebnisse berichtet worden seien, und folgert: „Im Strafvollzug befindet sich demnach eine Gruppe von Frauen, die in der Untersuchung von Dulz und Schneider (1995) nicht auftauchte, nämlich die weibliche Gruppe mit Borderline-Störung, welche möglicherweise ‚nur‘ Mißhandlung erfahren hat“ – und deshalb fremdaggressiv reagiert. Eckert, Brodbeck et al. (1997) geben an, daß immerhin 35% der männlichen sowie 20% der weiblichen untersuchten Strafgefangenen die Kriterien des DIB (s. Kap. 1.10) für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllt hätten. Dies relativiere zudem das Ungleichgewicht im Geschlechterverhältnis auf zwei zu drei – zumal nur ca. 4% aller Strafgefangenen Frauen sind (Statistisches Bundesamt 1992).

Die hohe Rate an Patienten mit einer Traumaanamnese befindet sich in Übereinstimmung mit der bisherigen Literatur, zumal hinsichtlich so schwer gestörter Borderline-Patienten, die einer stationären Behandlung bedürfen.

Es ist zu vermuten, daß die Rate an sexuellem Mißbrauch von Jungen höher liegt, als es die erhobenen Daten nahelegen. Sexueller Mißbrauch von Jungen – zumal wenn er homosexueller Natur ist – wird aufgrund der im Vergleich zum Inzest mit Mädchen vermeintlich oder auch

real größeren sozialen Inakzeptanz eher verschwiegen. Aber auch generell sind verwertbare Daten wohl nur – wie hier geschehen – im Rahmen therapeutischer Beziehungen zu erheben, nicht zuletzt aufgrund einer häufig zunächst bestehenden Amnesie.

Insgesamt muß gefolgert werden, daß zwar nicht die Aggressionsform, aber die der Aggressionsausrichtung zugrunde liegende Form des Mißbrauchs abhängig von sozialen „Rollen“ ist – Frauen/Mädchen als „Sexualobjekt“ werden von männlichen Tätern häufiger sexuell mißbraucht, Männer/Jungen von männlichen Tätern als „Konkurrenten“ hingegen eher „kastriert“, sprich mißhandelt. Bei weiblichen Tätern stellt sich dieser Zusammenhang vermutlich geschlechtsbezogen umgekehrt dar. Die Daten des FPIM belegen die Störung der geschlechtlichen Identität: Durch Mißhandlung sowie Mißbrauch bei Männern und Frauen ist (wohl als Folge einer Kombination von Trauma und Vernachlässigung) eine extrem – und also pathologische – weibliche Rollenidentität festzustellen. Die männlichen Attribute sind durch Mißbrauch bzw. Mißhandlung gewissermaßen „ausgetrieben“ worden. Unabhängig vom Geschlecht des Opfers führt sexueller Mißbrauch zu einer auto- und körperliche Mißhandlung zu einer fremdaggressiven Ausrichtung der Aggression.

## Folgen für die Therapie

Die Psychodynamik der primären Geschlechterrollen ist offenbar weniger relevant als die Folgen der Traumatisierung, insbesondere die Destruktion des Rollenverständnisses. In der Therapie, vor allem bei der Bearbeitung von Traumaerfahrungen von Borderline-Patienten, ist es wichtig, Befindlichkeiten und Symptome – so wie die Störung insgesamt – zu entmystifizieren und dem Patienten verstehbar zu machen: ein wichtiger Schritt zur Entängstigung. Wenn aggressives Verhalten als spezifische Traumafolge verstanden werden kann, entlastet dies mehr als das Gefühl,

- als Mann „extrem männlich“ (fremdaggressiv) zu handeln oder gar veranlagt zu sein
- als Frau „extrem weiblich“ (autoaggressiv) zu handeln oder gar veranlagt zu sein
- als Mann „extrem weiblich“ (autoaggressiv) zu handeln oder gar veranlagt zu sein

- als Frau „extrem männlich“ (fremdaggressiv) zu handeln oder gar veranlagt zu sein

Mit anderen Worten: Es ist dem Patienten deutlich zu machen, daß er nicht einfach „übertrieben geschlechtsspezifisch“ bzw. „übertrieben nicht-geschlechtsspezifisch“ handelt, sondern daß dies Folge spezifischer Traumaerfahrungen ist, deren Bearbeitung dann zu einer Veränderung der traumabedingt gestörten Geschlechtsidentität (d.h. auch der Ich-Struktur) und als Folge davon dann auch zu einer Reduzierung aggressiver Impulse führt.

Die Entstehung einer Borderline-Störung mit dem Abwehrmechanismus der Spaltung als Mechanismus des Trennens konträrer Introjektionen und Identifizierungen (gut versus böse) wird verständlich, weil auch die Imago des jeweils mißbrauchenden/mißhandelnden Elternteils gespalten wird – in den guten Teil des Vaters/der Mutter versus den bösen Teil des Täters/der Täterin.

Bedeutsam ist auch die in der Mißhandlung stattgefundene Verletzung der körperlichen Integrität, die Mißachtung von Grenzen, als deren direkte Folge die Ich-Schwäche vor allem mit dem Merkmal einer mangelhaften Angsttoleranz zu sehen ist. Als Folge eben dieser mangelhaften Angsttoleranz ist auf deskriptiver Ebene die Entwicklung des Kernsymptoms „chronische, diffuse, frei flottierende Angst“ zu sehen, die bei jedem der untersuchten Patienten in hohem Maße vorhanden war (vgl. Kap. 1.5; Kap. 2.1).

Zu warnen ist davor, in Behandlung befindliche Borderline-Patienten konkret nach einer Mißbrauchsanamnese zu befragen. Sämtliche in die Untersuchung eingegangene Patienten haben davon aus eigenem Antrieb berichtet, nachdem bereits eine tragfähige therapeutische Beziehung entstanden war. Manche hatten zunächst angegeben, sich an die eigene Kindheit nicht erinnern zu können. Dies wurde akzeptiert, und es wurde nicht nachgefragt – schließlich kehrten im Rahmen der Psychotherapie die Erinnerungen zumindest bruchstückhaft zurück (zum angeblichen „False-Memory“-Phänomen hatten wir bereits oben Position bezogen). Hier zu forcieren, gewissermaßen investigativ tätig zu werden, hieße, den Patienten erneut einer Mißbrauchssituation auszusetzen: ihn also der Autonomie hinsichtlich dessen, ob er berichten möchte oder nicht, zu berauben und hierdurch in ihn zu dringen. Auch eine entsprechende Deutung im Sinne

der klassischen Psychoanalyse wäre in der Regel als kontraproduktive Intervention zu bezeichnen.

Insbesondere in wenig geschulten, aber ehrgeizigen Teams kann eine Situation unter den Teammitgliedern dahingehend entstehen, daß investigiert wird, um zum Kreis der „Eingeweihten“, der „Vertrauenspersonen“ zu gehören. Diese so erreichte Zugehörigkeit mag für Teammitglieder zwar eine narzißtische Zufuhr bedeuten, ist aber der Therapie des Borderline-Patienten abträglich und führt nicht selten zum Behandlungsabbruch: Ein solchermaßen „ausgeforschter“ Patient vermag sich unter Umständen nur durch Beendigung der (sogenannten) therapeutischen Beziehung zu schützen. Immerhin hat er Erfahrung mit dem Flüchten: Borderline-Patienten leben weit häufiger von den Eltern getrennt (61%) als etwa Schizophrene (26%) oder auch narzißtisch (47%) und antisozial (46%) Persönlichkeitsgestörte (Plakun 1989, 1996).

Ausführliche Darstellungen verschiedener Behandlungsmöglichkeiten traumatisierter Borderline-Patienten sind in diesem Buch unter anderem in den Kapiteln 3.3, 3.6, 3.7, 3.8 und 3.9 zu finden.

## Ausblick auf gesellschaftliche Veränderungen

Augenscheinlich nimmt die Zahl der mißhandelten/mißbrauchten Kinder und – in Abhängigkeit davon – die Zahl der Borderline-Patienten zu (vgl. Kap. 1.1). Dies kann empirisch nicht belegt werden, weil erst seit den 70er Jahren die Diagnose „Borderline-Störung“ eine zunehmende Akzeptanz gefunden hat, was auch in den diagnostischen Manualen DSM und ICD seinen Niederschlag findet. Daneben liegt es auf der Hand, daß aufgrund präziserer Diagnostik und Explorationen, aber auch aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen inzwischen Mißhandlungen und Inzesthandlungen weit stärker aufgedeckt, also weniger verleugnet werden.

Es ist jedoch zu diskutieren, ob nicht eben diese gesellschaftlichen Veränderungen – gemeint sind der Schritt von der Drei-Generationen-Familie zu der Zwei-Generationen-Familie, die frühere Ablösung der Kinder und auch die geringere Präsenz etwa der Mutter in der Familie – zu einer Zunahme von Mißhandlungen/Mißbrauchshandlungen geführt haben können (s. Kap. 4.6). Hierzu drei Hypothesen (s. auch Abb. 1):

- Die gesellschaftlichen Strukturen haben sich so sehr verändert, daß innerfamiliäre Kompensationen von Aggressionen in geringerem Maße möglich sind, da der Druck hinsichtlich der Befriedigung narzißtischer Bedürfnisse so zugenommen hat, daß das Ansehen der Familie bzw. der Eltern zunehmend von materiellen Dingen bestimmt ist. Hierbei entsteht eine größer werdende Kluft zwischen jenen, die in der Lage sind, narzißtische Bedürfnisse auf materiellem Wege – wenngleich um den Preis des Erhalts einer Psychohygiene – zu befriedigen, und jenen, die hierzu immer weniger in der Lage sind (wie Arbeitslose etwa mit der Folge permanent erlebter Kränkungen). Nebenbei: Die allgemeine Entwicklung des Arbeitsmarktes läßt eine Berufstätigkeit als allgemeinen Indikator für einen günstigen Krankheitsverlauf ungeeignet erscheinen; zumindest dürfte eine günstige Freizeitgestaltung einen mindestens ebenso relevanten Parameter für den Verlauf darstellen.
- In der Drei-Generationen-Familie ist es für Erwachsene wie für Kinder leichter gewesen, Stressoren durch Gespräche mit den anderen erwachsenen Familienmitgliedern auch im Alltäglichen anzusprechen und somit eine Entlastung herbeizuführen.
- Durch die berufliche Tätigkeit beider Elternteile und somit eine größere Abwesenheit in der Familie und wachsende berufliche Belastung nimmt die Möglichkeit ab, daß ein mißhandeltes/mißbrauchtes Kind bei dem nicht tötlich werdenden Elternteil Schutz und Kompensation findet, weil dieser aufgrund eigener Anspannung eher eine duldende oder – was wahrscheinlicher ist – ignorierende Haltung einzunehmen gezwungen ist.

Natürlich soll dies kein Plädoyer dafür sein, daß die frühere Familienstruktur nur besser war und die jetzige gesellschaftliche Situation von vor allem Frau und Familie nur schlecht ist. Aber es liegt auf der Hand, daß veränderte Gesellschafts- und Familienstrukturen – im Sinne einer erhöhten Individualisierung – Auswirkungen auf die Art der psychischen Störungen haben und insbesondere hinsichtlich der Borderline-Störungen bedeutsam sind. Hier gilt es, vermehrte Aufmerksamkeit zu zeigen und therapeutische Angebote gesellschaftlichen Notwendigkeiten anzupassen. Als ein Schritt kann die Veränderung der

Weiterbildungsordnung im Sinne der Integration der Psychotherapie in die Psychiatrie gesehen werden.

Also: Der einzige empirisch nachgewiesene, ätiologisch wirksame Faktor für die Entstehung einer Borderline-Störung ist eine Realtraumatisierung (sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung, schwere Vernachlässigung). Insofern stellt die Borderline-Störung keine Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Charakterneurose oder gar Psychopathie (s. Kap. 2.13) dar, sondern eine Art chronische Posttraumatische Belastungsstörung.<sup>3</sup> Auch Gunderson und Sabo (1993) betonen die Vulnerabilität von Borderline-Patienten, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, und fordern eine Modifizierung des DSM-IV. Die Folge wäre eine (dringend notwendige) veränderte Sicht dieser Patienten: Die „bösen Borderliner“ wären nun auch als Opfer identifiziert – als Opfer allerdings, die, wie dargestellt (s. Kap. 3.6; Hirsch 1998), gefährdet sind, ihrerseits zu Tätern zu werden. Und dies insbesondere dann, wenn sie nicht als Opfer therapiert werden und ihre erlittenen Traumata unbearbeitet bleiben.

<sup>3</sup> Angesichts der zahlreichen Hinweise und Belege einer Traumaätiologie der Borderline-Störungen ist die Einstufung der Borderline-Störung als Persönlichkeitsstörung grundsätzlich zu überdenken, selbst wenn man die psychodynamikarme ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1991) bemüht. So heißt es dort über Persönlichkeitsstörungen (F 60; a.a.O., S. 212): „Hier liegt eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens vor ...“ und „Das abnorme Verhaltensmuster ist andauernd ...“ sowie unter „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (F 62.0; a.a.O., S. 220): „Die Belastung muß so extrem sein, daß die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit ... nicht ausreicht. Beispiele hierfür sind Erlebnisse in einem Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen ...“. Allerdings wird auch bezüglich der Persönlichkeitsänderung von einer chronischen, irreversiblen Auswirkung der Störung ausgegangen. Von der Borderline-Störung als einer Posttraumatischen Belastungsstörung kann nach der ICD-10 hingegen nicht ausgegangen werden, weil hierfür zwischen Trauma und Störungsentstehung als Regel gerade sechs Monate zugestanden werden: „Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma)“ (F 43.1; a.a.O., S. 157). Nach dem DSM-IV (American Psychiatric Association 1994, 1996) ist der Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung (309.81), die den Angststörungen zugerechnet wird, wie folgt: Die Symptome beginnen „normalerweise innerhalb der ersten 3 Monate nach dem Trauma, obwohl sich die Ausbildung der Symptome aber auch um Monate oder sogar Jahre verzögern kann ... Die Symptombdauer ist unterschiedlich, wobei in der Hälfte der Fälle innerhalb von 3 Monaten eine vollständige Remission eintritt, bei vielen anderen die Symptome länger als 12 Monate nach dem Trauma noch bestehen bleiben“ (a.a.O., S. 490). – Zwischen der Zeit einer Realtraumatisierung und der Entstehung einer manifesten Borderline-Störung liegen hingegen regelhaft (!) Jahre, manchmal zwei Jahrzehnte. ICD wie DSM sollten also bezüglich der Borderline-Störungen revidiert werden.