20 Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung?

Martin Sack, Ulrich Sachsse, Birger Dulz

Einleitung 197
Folgen kindlicher Traumatisierungen 197
Diagnostische Einordnung von Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung 199
Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) 199
Diagnostische Überschneidung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung 200
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung: zwei Ausprägungen eines gemeinsamen Störungsbildes 201
Konsequenzen für die Behandlung von traumatisierten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung 202
Fazit 202

Einleitung

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen schildern häufig eine Vorgeschichte körperlicher, psychischer oder sexueller Traumatisierungen. In der Vergangenheit wurde diesen Berichten wenig Bedeutung zugemessen, da angezweifelt wurde, dass traumatische Erfahrungen einen wesentlichen Einfluss auf die Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung haben könnten. Inzwischen häufen sich jedoch Befunde, die von Prävalenzraten über 50 % bis hin zu 80 % für schwere kindliche Traumatisierungen bei Borderline-Patienten berichten (Herman, Perry u. van der Kolk 1989; Kessler, Sonnega et al. 1995; Sachsse, Esslinger u. Schilling 1997; Zanarini, Williams et al. 1997). Zudem geben Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit an als Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen (Yen, Shea et al. 2002; Zanarini, Williams et al. 1997; s. Kap. 21). Diese Studienergebnisse legen zumindest für die Borderline-Störung eine Traumaätiologie nahe (Sachsse 1995). Es wurde sogar diskutiert, den Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung durch den Begriff der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) zu ergänzen (Herman 1992a; Sack 2004). Gleichzeitig wird von verschiedener Seite betont, dass die Rolle von Traumatisierungen in der Genese von Borderline-Persönlichkeitsstörungen wichtig ist, aber weder eine notwendige noch hinreichende ätiologische Bedingung darstellt (Gunderson u. Sabo 1993; Lieb, Zanarini et al. 2004; s. Kap. 4; Kap. 19).

Diese divergierenden Befunde geben Anlass, den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen – insbesondere in Kindheit und Jugend – und Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu überdenken.

Folgen kindlicher Traumatisierungen

Was für den einen eine traumatische Extremerfahrung darstellt, kann für den anderen eine Situation sein, für die Bewältigungsstrategien vorhanden sind. Es ist dementsprechend sinnvoll, objektive Bedingungen eines Traumas von subjektiven Bedingungen zu unterscheiden. Als objektives Kennzeichen für eine Traumatisierung wird in den Diagnoseklassifikationen DSM-IV und ICD-10 eine Bedrohung der körperlichen Integrität ganz in den Vordergrund gestellt. Die gesamte Diskussion darüber, ob Borderline-Störungen komplexe Traumafolgestörungen sind, reduziert sich darauf, wie der Begriff Trauma definiert und verstanden wird. Zweifelsfrei ist nicht jede Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung, wenn die Definitionen des DSM und der ICD zugrunde gelegt werden. Denn Entwick-

lungstraumatisierungen in Form wiederholter psychischer, physischer und sexueller Gewalt, die an Kindern verübt werden, sind in den Traumakriterien nach DSM-IV und ICD-10 nicht explizit enthalten, obwohl Patienten mit den entsprechenden Folgen einen großen Teil der hilfesuchenden Patienten in der psychotherapeutischen Praxis ausmachen (Roth, Newman et al. 1997). Dies ist von erheblicher Bedeutung, wenn die traumatische Genese von Persönlichkeitsstörungen thematisiert wird. Man kann sich fragen, ob beispielsweise sexuelle Gewalt, der ein Kind ausgesetzt ist, nicht mindestens in gleicher Weise eine Bedrohung der physischen wie der psychischen Integrität darstellt und wieso die drohende psychische Schädigung des Kindes dann nicht ebenso ausdrücklich zu den objektiven Kriterien einer Traumatisierung gehört. Nimmt man diese Zusammenhänge ernst, ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, die Definition von Traumatisierungen um kindliche Erfahrungen von psychischer Gewalt und Vernachlässigung zu erweitern. Diese Sichtweise hat eine lange Tradition in der Psychoanalyse, beispielsweise der Londoner Schule (Furst 1967), die bei repetitiven Bindungsschädigungen von »kumulativem Trauma« gesprochen hat, und wird bestätigt durch eine Vielzahl neurobiologischer Befunde, die belegen, welche umfangreichen Schäden »attachment trauma« oder »relational trauma« (Schore 2001; s. Kap. 16) im kindlichen Gehirn hinterlassen. Solche frühen Schädigungen sind bis ins Erwachsenenalter nachweisbar (s. Kap. 13).

Viele Kliniker und Forscher lehnen eine solche Ausweitung des Trauma-Begriffs ab, weil dieser dadurch verwässert, kaum noch operationalisierbar und fast beliebig einsetzbar werde. »Traumatisch« wird damit zum Synonym von »besonders schwer erträglich, nicht zu verarbeiten, bis heute noch sehr belastend«. In der Tat ist ein Trauma-Begriff, der auch die Bindungs- und Beziehungsschädigungen der Kindheit und Jugend einbezieht, nicht mehr klar eingrenzbar. Vielleicht wird dieses Dilemma gelöst, wenn neurobiologische Forschung klarer abgrenzen kann, welche Traumatisierung welche nachweisbaren Schädigungen hinterlässt. Darauf aufbauend könnten dann neue Konzepte, Begriffe und Metaphern entwickelt werden.

Verlässliche Zahlen zur Häufigkeit von schwerer Vernachlässigung im Kindesalter liegen für Deutschland nicht vor. Erhebungen aus den USA kommen zu dem Ergebnis, dass bis zu 5 % aller Kinder von »neglect« (Vernachlässigung) betroffen sind und dass es sich dabei um die häufigste Form von Kindesmisshandlung überhaupt handelt (Breslau, Kessler et al. 1998). Zur Vernachlässigung zählt auch die chronische Nicht-Verfügbarkeit bzw. die chronische emotionale Abwesenheit der primären Bezugspersonen. Dies erlebt das Kind, wenn die Eltern beispielsweise alkohol- oder drogenabhängig sind oder die signifikante Bezugsperson an einer schweren psychischen Erkrankung (etwa einer Psychose) leidet und dem Kind keine Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegenbringen kann. Durch eine Vielzahl von Forschungsbefunden ist mittlerweile gut belegt, dass Vernachlässigung in vulnerablen Entwicklungsphasen zu schweren Folgeschäden führen kann (Egle, Hoffmann u. Joraschky 1997, 2000; McMillan, Fleming et al. 2001; Schore 2001).

Bereits im Verhaltensexperiment mit gesunden Kleinkindern wird die Abwesenheit der Bezugsperson in einer verunsichernden Umgebung mit starker Angst beantwortet (Brisch 2008). Dies basiert auf der biologischen Tatsache, dass ein kleines Kind in der Natur ohne seine Mutter in akuter Lebensgefahr schwebt (zur »Vernichtungsangst« von Säuglingen s. Kap. 30). Die kindliche Verlassenheitsangst ist also eine evolutionsbedingte Realangst. Entsprechend pathogen sind Situationen fehlender Rückversicherung und Unterstützung, wenn diese wiederholt und über einen längeren Zeitraum vorkommen. Ein dauerhaft verunsicherndes oder fehlendes Beziehungsangebot durch schwer beeinträchtigte Eltern oder ein inkonstantes Beziehungsangebot durch ständig wechselnde Betreuungspersonen schafft für das Kind ungünstige und zugleich extrem belastende Entwicklungsbedingungen. Die Beziehungsunsicherheit sowie die fehlende Rückmeldung des Bezugspartners ermöglichen dem Kind nicht, in ausreichendem Maße entwicklungsrelevante Erfahrungen von liebevoller Spiegelung durch das Gegenüber und von Selbstwirksamkeit zu machen (Fonagy, Gergely u. Target 2007). Die fehlende Geborgenheit versetzt es in einen dauerhaften Spannungszustand und verschiebt zugleich die Rollen innerhalb der Familie. Kinder, die über einen längeren Zeitraum derart mangelhaften Entwicklungsbedingungen ausgesetzt sind, reagieren mit desorganisiertem Bindungsmuster und einer unzureichenden Fähigkeit zur Affektregulation (s. Kap. 16).

Ähnlich hohe Prävalenzraten wie für Vernachlässigung werden in Bezug auf psychische Gewalt durch Anschreien, Beschimpfen, Demütigen und Entwerten berichtet (Engfer 1997). Betroffenen Kindern und Jugendlichen wird durch Schmähungen, Herabsetzungen, Lächerlichmachen, Einschüchtern oder Ignorieren vermittelt, dass sie wertlos, fehlerhaft, ungeliebt oder ungewollt sind (Herrmann 2005). In der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) werden solche kindlichen Interaktionserfahrungen als permanente »Invalidierung« des Kindes bezeichnet: Ein solches Kind ist später psychisch »invalide«. Ähnlich wie bei emotionaler Vernachlässigung entsteht durch psychische Gewalt eine massive Störung der emotionalen Bindung an die Bezugspersonen – und als Resultat ängstliches Verhalten, Misstrauen, Rückzug oder Aufsässigkeit, letztlich also Schwierigkeiten in Beziehungen generell. Eine typische Folge ist ebenfalls die anhaltende und starke Verunsicherung bezüglich des Selbstwerts und des Rechts, die eigene Meinung und eigene Bedürfnisse zu vertreten, sich also abzugrenzen.

Auch im späteren Leben bleiben auf diese Weise in der Kindheit vorgeschädigte Erwachsene besonders vulnerabel für Dysregulationen (s. Kap. 8). Die Selbstregulation und der Umgang mit äußeren Stressoren im Alltag sind erschwert. Besonders schwere und wiederkehrende emotionale Belastungen entstehen häufig durch Probleme in nahen zwischenmenschlichen Beziehungen, z. B. bei Konflikten und Trennungssituationen innerhalb einer Partnerschaft, oder durch Konflikte am Arbeitsplatz. Nicht selten entwickeln sich bei Betroffenen schon in der Adoleszenz Symptome einer Persönlichkeitsstörung, die sich als Bewältigungsversuche und als Reaktion auf die durch traumatische Erfahrungen induzierte Problematik verstehen lassen (s. Kap. 18).

Diagnostische Einordnung von Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Eine Traumaätiologie bei bestehender Borderline-Persönlichkeitsstörung wird wahrscheinlicher, wenn zugleich die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vorliegt. Besonders Symptome des Wiedererlebens traumatischer Erinnerungen, z. B. in Form von sich aufdrängenden traumatischen Intrusionen oder ständig wiederkehrenden Albträumen, weisen auf eine hohe Belastung durch spezifische Traumafolgesymptome hin. Zwischen den Diagnosen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Posttraumatische Belastungsstörung besteht eine ausgesprochen hohe Überschneidung mit Komorbiditätsraten von über 60 % (Yen, Shea et al. 2002; Zanarini, Frankenburg et al. 1998b). Beide Diagnosen sind zudem durch weitere gemeinsame hohe Komorbiditätsraten gekennzeichnet, z. B. mit Angststörungen, depressiven Störungen und dissoziativen Störungen (Driessen, Beblo et al. 2002).

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Es bietet sich an, Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und gleichzeitig vorliegender Posttraumatischer Belastungsstörung von Borderline-Patienten ohne komorbide Posttraumatische Belastungsstörung zu unterscheiden. Dies legen auch neurobiologische Befunde nahe (Irle, Lange et al. 2009; Weniger, Lange et al. 2009) Zudem sind Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Symptomatik einer komorbiden Posttraumatischen Belastungsstörung offenkundig schwerer behandelbar als solche ohne diese Komorbidität (Zanarini, Frankenburg et al. 2006; s. Kap. 5). Es gibt also gewichtige Gründe für einen pragmatischen Vorschlag, der helfen kann, eine Differenzialindikation von traumatherapeutischen Therapieangeboten bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu treffen (s. Kap. 63; Kap. 64). Eine Alternative zu dieser Konstruktion ist die Definition einer eigenständigen diagnostischen Kategorie für die typischen Folgesymptome nach kindlichen Traumatisierungen.

Im Jahr 1976 veröffentlichte die amerikanische Traumaforscherin Herman ein für die Behandlung schwerer traumainduzierter Störungsbilder wegweisendes Buch mit dem deutschen Titel: »Die Narben der Gewalt« (Herman 1993, 1994). Herman entwickelte in ihrem Buch eine auch heute noch aktuelle Systematisierung der Folgen von Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit. Sie schlug die Bezeichnung »Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung« (Herman 1992a) für ein charakteristisches Syndrom nach chronischen Traumatisierungen vor. Dieses Syndrom umfasst die folgenden Merkmale:

- Störungen der Affektregulation
- dissoziative Symptome
- eine gestörte Selbstwahrnehmung
- Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung
- somatoforme Körperbeschwerden
- Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen

Das Konzept der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung erfuhr in Vorbereitung der DSM-IV-Klassifikation durch eine Expertengruppe um Herman und van der Kolk eine weitere Ausarbeitung. Die Arbeitsgruppe empfahl unter Berufung auf Ergebnisse einer Feldstudie an über 500 Patienten mit traumabedingten Störungen (van der Kolk, Pelcovitz et al. 1996), die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung unter dem Akronym DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) als diagnostische Kategorie in das DSM-IV aufzunehmen (Herman 1993). Die Kategorie DESNOS erhielt schließlich den Rang eines zusätzlichen klinischen Beschreibungsmerkmals der Posttraumatischen Belastungsstörung für Forschungszwecke. Die Bezeichnung DESNOS wird im amerikanischen Sprachraum synonym mit dem Begriff Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung verwandt (Sack 2004).

Die Diagnosestellung einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung hat unmittelbare Bedeutung für die Differenzialindikation zur psychotherapeutischen Behandlung, sodass Patienten gezielt (beispielsweise mit stabilisierenden und Ressourcen fördernden Maßnahmen) behandelt werden und – sofern indiziert – spezielle traumatherapeutische Behandlungstechniken eingesetzt werden

können (Sachsse 2004; Sack 2010; s. Kap. 63; Kap. 64). Die Diagnose einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung wird vorzugsweise mittels Interview (I-KPTBS) erhoben (Boroske-Leiner, Hofmann u. Sack 2008).

Die Vielfalt der Beschwerden, an denen Patienten mit Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung leiden, erschließt sich dem Verständnis erst dann, wenn man die Symptomatik als Anpassungsstrategie und kompensatorische Bewältigung von zugrunde liegenden Regulationsdefiziten, Ängsten und traumatischen Beziehungserfahrungen begreift (van der Kolk, Pelcovitz et al. 1996). Aus der Perspektive von Betroffenen erscheint die Umwelt aufgrund traumatischer Erfahrungen oft als unsicher und durch nicht vorhersehbare Gefahren gekennzeichnet. Hierzu zwei Vergleiche aus der Somatik: Ein Patient mit anamnestisch organisch bedingtem Schwindel reagiert auf »mildes« Schwanken oft mit großen Ängsten vor einem Rückfall; ein Tumorpatient reagiert auf harmlose Schmerzen oft mit der Angst vor einem Rezidiv. Hinzu kommt ein fehlendes Gefühl von Kompetenz und Selbstsicherheit, vermittelt durch die Erfahrung, dass die eigenen Impulse und Affekte schwer steuer- und beherrschbar sind. Zudem erleben sich Patienten häufig den in Intrusionen und Albträumen andrängenden belastenden Erinnerungen in einer sehr quälenden Weise ausgeliefert. In Anpassung an diese selbstregulatorischen Defizite vor dem Hintergrund wiederholter negativer Beziehungserfahrungen entwickeln sich in zunehmendem Maße Misstrauen, Ängste, Rückzugsverhalten sowie Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten. Diese Symptomatik erreicht schließlich ein so großes Ausmaß und betrifft so viele Lebensbereiche, dass sie als schwere psychische Erkrankung mit dem Rang einer Persönlichkeitsstörung imponieren kann.

Diagnostische Überschneidung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung

Schon eine Betrachtung der Diagnosekriterien zeigt, dass erhebliche Überschneidungen zwischen der als Traumafolgestörung konzeptualisierten Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung bestehen (Tab. 20-1).

Im Rahmen einer an fünf spezialisierten Behandlungszentren durchgeführten Multicenterstudie wurde der Frage nach der Diagnoseüberschneidung genauer nachgegangen (Sack, Sachsse et al., in Vorbereitung). Es zeigte sich, dass 80 % der Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zugleich auch die diagnostischen Kriterien für eine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung erfüllten (Prävalenz). Ein sehr großer Anteil (96 %)

Tab. 20-1 Vergleich der Symptomkriterien von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung.

Borderline-Persönlichkeitsstörung	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
• Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen	• Störung der Affektregulation mit impulsiven und risikoreichen Verhaltensweisen
• wiederholte suizidale Handlungen, Suiziddrohungen	• selbstverletzendes und suizidales Verhalten
• affektive Instabilität und Stimmungsschwankungen	• Störung der Affektregulation, Impulsivität und autodestruktives oder risikoreiches Verhalten
• chronisches Gefühl von Leere	–
• unangemessene heftige Wut	• Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren
• ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	• Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Scham, Gefühl, isoliert von anderen Menschen zu sein
• vorübergehende paranoide oder dissoziative Symptome	• dissoziative Symptome
• Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen (Idealisierung und Entwertung)	• extremes Misstrauen, Tendenz, erneut zum Opfer zu werden
–	• somatoforme Körperbeschwerden
• verzweifeltes Bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden	–
–	• fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen

Tab. 20-2 Prävalenz traumaassoziierter Störungsbilder und Kindheitstraumatisierungen bei 148 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

	N	%
Diagnosen (Interviewdiagnostik)		
Borderline-Persönlichkeitsstörung	148	100
Posttraumatische Belastungsstörung	119	80,4
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	118	79,7
Traumatisierungen (TAQ)		
Vernachlässigung	130	87,8
Psychische Gewalt	123	83,1
Körperliche Gewalt	97	65,5
Sexuelle Gewalt	63	42,6
Irgendein Trauma	142	95,9

der Borderline-Patienten berichtete über traumatische Erfahrungen in der Kindheit, wie Vernachlässigung, physische und/oder sexualisierte Gewalt, erhoben mit dem »Traumatic Antecedents Questionnaire« (TAQ; Herman u. van der Kolk 1987). Bei Patienten, die zugleich die Diagnosekriterien einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllten, fanden sich signifikant häufiger sexuelle Traumatisierungen (23 % vs. 48 %) und körperliche Gewalterfahrungen (50 % vs. 70 %), sodass sich die Diagnose Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung als noch enger mit Traumatisierungen in der Kindheit im Sinne von DSM und ICD assoziiert erwies als die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung (Tab. 20-2).

Die Diagnosen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung überschneiden sich so stark, dass nur sehr schwer Variablen auf statistischem Weg zu definieren sind, die mit ausreichend hoher Vorhersagekraft entweder die eine oder die andere Diagnose determinieren. In einer Diskriminanzanalyse erwiesen sich immerhin die Variablen »intensive Gefühle von Ärger« und »unstabile Beziehungen« mit einer Trefferquote von 95 % als signifikante Prädiktoren einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieser Befund passt zu der klinischen Beobachtung, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ihre Problematik häufiger in agierender Weise im zwischenmenschlichen Bereich erleben.

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung: zwei Ausprägungen eines gemeinsamen Störungsbildes

Wenn der Überschneidungsbereich der beiden Störungsbilder – wie in unserer Studie gezeigt – so hoch ist, liegt es nahe, beide Diagnosen als Ausprägungen einer gemeinsamen, durch Entwicklungstraumatisierungen ausgelösten Grundproblematik zu fassen. Genau diesen Vorschlag machen Miller und Resick (2007) sowie Scher, McCreary et al. (2008), die bei sexuell traumatisierten Frauen und bei Kriegsveteranen zwei Typen posttraumatischer Symptomatik in Form externalisierender und internalisierender Symptome fanden. Externalisierende Symptome sind durch Impulsivität, Substanzmissbrauch und Züge einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung charakterisiert. Internalisierende Symptome entsprechen depressiven Reaktionen, Selbstverletzen, dissoziativen Symptomen sowie ängstlichem Vermeidungsverhalten und sozialem Rückzug. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wäre demnach als externalisierender Typus einer komplexen Traumafolgestörung zu verstehen, während die von Herman vorgeschlagene Diagnose Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung der internalisierenden Ausprägung einer Traumafolgestörung entspricht. Konsequenterweise wird derzeit die Strategie verfolgt, die Diagnose einer Entwicklungstraumafolgestörung (developmental trauma disorder), die sowohl externalisierende als auch internalisierende Symptome umfasst, in das Kinder-Jugend-Kapitel des DSM-V einzuführen (Cloitre, Stolbach et al. 2009; van der Kolk 2005; s. Kap. 18).

Das Konzept einer komplexen Traumafolgestörung mit externalisierenden und internalisierenden Ausprägungen deckt sich gut mit der klinischen Beobachtung, dass es Mischformen zwischen den beiden Extrempolen der Symptomausprägung gibt und sich internalisierende und externalisierende Symptomatik beim gleichen Patienten zeitlich abwechseln können. Dies ist typischerweise dann zu beobachten, wenn auch erhebliche dissoziative Symptome vorliegen. Dulz und Jensen (s. Kap. 21) unterscheiden noch zwischen auto- und fremdaggressiver Ausprägung in Abhängigkeit von der Art der Realtraumatisierung.

Konsequenzen für die Behandlung von traumatisierten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nach unserer Erfahrung ist eine spezielle, auf die Traumafolgesymptomatik ausgerichtete Psychotherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen von hohem Nutzen. Dies trifft besonders für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen als Folge frühkindlicher Traumatisierungen zu, die entweder die Kriterien der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen oder als komorbide Symptomatik eine Posttraumatische Belastungsstörung aufweisen.

Die psychotherapeutische Behandlung von Traumafolgesymptomen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen muss sich einer spezifischen Problematik stellen. Diese Problematik besteht darin, dass beide zentrale Stressbewältigungssysteme des Menschen schwer geschädigt sind: das Bindungs-Panik-System und das Furcht-Kognitions-System (Hüther u. Sachsse 2007; Sachsse 2003a; Sachsse u. Roth 2008). Störungen im Bereich der Bindungsfähigkeit beeinträchtigen das Vermögen, in der Therapie eine stabile, vertrauensvolle, belastbare Arbeitsbeziehung herzustellen. Traumabedingte Störungen im Bereich des posttraumatisch sensibilisierten Furcht-Bewältigungssystems mit den typischen Symptomen der Posttraumatischen Störung – wie Intrusionen, Flashbacks, Vermeidungsverhalten und insbesondere Übererregung – belasten die kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten. Im Hochstress kann man nicht gut nachdenken. Das Behandlungsdilemma entsteht dadurch, dass biologisch in einer Situation hochgradiger Erregung, wie eine Traumatisierung sie darstellt, eine emotionale Konditionierung in einem Kern der Amygdala stattfindet. Sinnesreize über den Thalamus, emotionale Bewertung über das limbische System (insbesondere die Amygdala) und Kontextinformationen (insbesondere über den Hippocampus) werden synaptisch verschweißt. Daraus resultieren spezifische Behandlungsprobleme. Es ist aus biologischen Gründen einerseits nicht möglich, regressive Zustände psychodynamisch zu behandeln, ohne die in der Regression aktualisierten Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung desensibilisieren zu müssen. Andererseits ist es unmöglich, die in Kindheit und Jugend entstandene Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung ins deklarative Wachbewusstsein zu integrieren, ohne die gleichzeitig aktualisierte Altersregression angemessen zu behandeln.

Diese Verschränkung von Problembereichen, die beide für sich schon erhebliche therapeutische Probleme darstellen, hat in den letzten zehn Jahren zu intensiven Bemühungen gerade auch im stationären Bereich geführt. In Göttingen wird auf der Grundlage der Ergebnisse von Reddemann (2001, 2002) in Bielefeld stabilisierend auf die Selbstregulationsproblematik und die Schwierigkeit der Patientinnen eingegangen, mit regressiven Zuständen erwachsen umzugehen (Sachsse 2004, 2009). In diesem ressourcenorientierten und Stabilität fördernden Stationsrahmen werden mit »Eye Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR) oder Bildschirm- bzw. Beobachtertechnik die traumatischen Komplexe gezielt aufgesucht und soweit wie möglich desensibilisiert – dieses Vorgehen ist nachweislich wirksam (Sachsse, Vogel u. Leichsenring 2006). In Hamburg haben Dulz und Mitarbeiter ein spezifisch beziehungszentriertes psychodynamisches Vorgehen für Borderline-Patienten entwickelt, welches den fast stets anzutreffenden Traumafolgesymptomen besonders Rechnung trägt (Dulz u. Schneider 1995, 1996; s. Kap. 54). An der Technischen Universität München wurde eine Tagesklinik eingerichtet, die einen ressourcenfördernden Therapieansatz unter Einbeziehung traumatherapeutischer Behandlungselemente auch für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen verfolgt (Gerlach, Kulinna u. Sack 2009; Sack 2010). Im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie wird aktuell ein spezifisch für Borderline-Patienten mit komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung adaptiertes Behandlungsprogramm entwickelt (s. Kap. 64). Während vor 15 Jahren die Bearbeitung von Realtraumata bei Borderline-Patienten nur an wenigen Kliniken durchgeführt wurde, wächst die Kompetenz der Kliniken und der niedergelassenen Behandler hierzu kontinuierlich.

Fazit

Kindliche Traumatisierungen einschließlich extremer Formen von Vernachlässigung und psychischer Gewalt sind eng mit der Entstehung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen assoziiert. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer komorbiden Traumafolgestörung profitieren von psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen, die gezielt an der Traumafolgesymptomatik ansetzen. Dies trifft in besonderem Maße zu, wenn dissoziative Symptome das Störungsbild begleiten.