

# Traumabedingte Persönlichkeitsstörungen

Psychopathogenese, Psychopathologie, Psychodynamik und  
daraus entstehende Implikationen für die Psychotherapie

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in  
Existenzanalyse

Klagenfurt, am 03.02.2012

Eingereicht von: Mag<sup>a</sup>. Gerda Sichrowsky

Eingereicht bei: Dr. Christian Probst

angenommen am:

Unterschrift:

Dr. Martin Hötzer

angenommen am:

Unterschrift:

## **Zusammenfassung:**

Diese Arbeit leistet einen Beitrag zum existenzanalytischen Verständnis des Zusammenhangs von frühkindlicher Traumatisierung und Persönlichkeitsstörungsdiagnosen im Erwachsenenalter. Im Anschluss wird auf die daraus entstehenden Implikationen für die existenzanalytische Therapie von Personen mit traumabedingten Persönlichkeitsstörungen eingegangen. Dazu werden zusätzlich zur existenzanalytischen Anthropologie, die Bindungstheorie sowie traumatherapeutischer Zugänge betrachtet.

Frühkindliche Traumatisierungen führen zu schweren Störungen in der Bindungsfähigkeit und erklären mehr als 80% aller Persönlichkeitsstörungsdiagnosen. Die Gliederung der (Trauma)-Therapie in eine Stabilisierungs- Bearbeitungs- und Integrationsphase ist folglich auch in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen von großer Bedeutung. Neben dem Herstellen einer therapeutischen Beziehung, steht die Stabilisierung im Alltag und das Erlernen von Distanzierung und Selbstwirksamkeit im Mittelpunkt. Erst wenn dies erreicht ist kann mit der Bearbeitung der traumatisierenden Erfahrungen (= der Zuwendung zum Schmerz) begonnen werden. Ziel ist hierbei nicht die Analyse des traumatischen Erlebens, sondern die Integration der Erfahrungen in das eigene Gewordensein, damit die Person wieder frei werden und mehr und mehr in existentiellen Vollzug kommen kann.

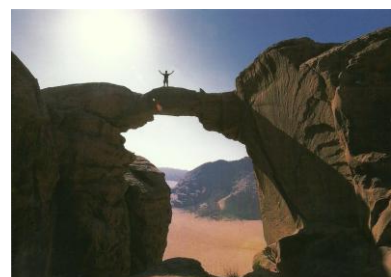
**Schlüsselwörter:** Bindungsstörung, existentielle Grundmotivationen, frühkindliche Traumatisierung, personale Existenzanalyse, Persönlichkeitsstörung, Traumafolgestörung

**Abstract:**

Aim of this paper is to contribute to the existential analytic understanding of the correlation between infantile trauma and personality disorder in adult age. It further describes the resulting implications for existential analytic therapy of people suffering from trauma-related personality disorders. In addition to existential analytical anthropology both, attachment theory and psychotraumatic theories, are taken into account.

Infantile traumas lead to attachment disorders and are the basis of more than 80% of all personality disorders. As a consequence, the structure of trauma-therapy in the 3 phases of stabilisation, confrontation and integration is of crucial significance for the treatment of personality disorders. Apart from establishing a secure therapeutic relationship, stabilization of the patient in everyday life and the learning of a self-distancing and self-efficient behaviour are of major importance. Only when these factors are established, the therapist will be able to start with the confrontation of the traumatic experiences (= steering towards the pain). The therapeutic goal is not the analysis of the trauma, but the integration of the experiences in the patients life, resulting in the patient's liberation and to come in existential process more and more.

**Keywords:** attachment disorder, fundamental existential motivations, infantile trauma, personal existential analysis, personality disorder, post traumatic stress disorder



*(„Felsbogen im Wadi Rum“  
Edition Augenblicke)*

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>A. EINLEITUNG</b>	<b>S.7</b>
<b>B. ANNÄHERUNG an die Begrifflichkeiten</b>	<b>S.9</b>
<b>1. Zusammenfassung der existenzanalytischen Anthropologie</b>	<b>S.9</b>
1.1. Die existentiellen Grundmotivationen (GM)	
1.2. Die personale Existenzanalyse (PEA)	
1.3. Zusammenhang der Struktur der Existenz und der Verarbeitungskapazität	
<b>2. Traumatisches Erleben und die Folgen</b>	<b>S.15</b>
2.1. Traumatisierung	
2.1.1. Verletzung	
2.1.2. Entsetzen	
2.1.3. traumatisches Ereignis	
2.2. Traumafolgestörungen	
2.2.1. akute Belastungsreaktion	
2.2.2. posttraumatische Belastungsstörung	
2.2.3. andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	
2.2.4. multiple Persönlichkeitsstörung	
<b>3. Persönlichkeitsstörung</b>	<b>S.21</b>
3.1. Person	
3.2. Persönlichkeit	
3.3. zum Verhältnis von Person und Persönlichkeit	
3.4. Persönlichkeitsstörung	
<b>C. ANNÄHERUNG an die Zusammenhänge</b>	<b>S.25</b>
<b>4. Psychopathogenese traumabedingter Persönlichkeitsstörungen</b>	<b>S.25</b>
4.1. Bindung	
4.2. Bindungsstörung	
4.3. frühkindliche Traumatisierung und Bindung	
4.4. transgenerationale Weitergabe von Traumata	
<b>5. Psychodynamik traumabedingter Persönlichkeitsstörungen</b>	<b>S.31</b>
<b>6. Psychopathologie traumabedingter Persönlichkeitsstörungen</b>	<b>S.33</b>
6.1. Auswirkung auf die Struktur der Existenz	
6.2. Auswirkung auf die Prozessebene	
<b>D. IMPLIKATIONEN für die Therapie</b>	<b>S.36</b>
<b>E. REFLEXION und DISKUSSION</b>	<b>S.42</b>
<b>F. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>S.44</b>

*Die Kindheit ist ein schreckliches Reich.*

*Die Hände, die dich streicheln, schlagen dich.  
Der Mund, der dich tröstet, brüllt dich an.  
Die Arme, die dich hochheben, erdrücken dich.  
Die Ohren, die dir zuhören, verstehen alles falsch.  
Die Decke, die dich wärmt, gehört deinem älteren Bruder.  
Die Wand, der du ein farbiges Zeichen von dir gibst,  
wird einmal im Jahr übermalt.  
Der Satz, den du endlich sagst, ist kindisch.  
Wenn du mit deinen Sätzen und Zeichen  
woanders hingehen willst,  
dann heißt es,  
das geht die fremden Leute nichts an.  
Wohin soll ich gehen,  
wenn die eigenen Leute  
so fremd zu mir sind?*

*Ich gehe nirgendwohin.*

(Peter Turrini, 1986)

*Dunkle Tage*

*Trenne mir die Finsternis  
aus meinen Wimpern  
die sich verfangen hat  
in tausend leeren Nächten  
und mir den Blick verschwärzt  
als trügen alle Sonnen Trauer*

*Löse meine Finger  
die sich um Gesten klammern  
als müssten sie mit aller Kraft  
es in das Morgen retten  
und bleiern schwer  
an meiner Seele hängen*

*Durchschneide mir die Fesseln  
die wie Lianenschlingen  
um meine Brust  
die Schwere schnüren  
und mir der Atem stockt  
bis ich nur noch Hülle bin*



(Monika Wegscheider, 2004, 106)



*Zuerst nach dem Grauen  
Überleben lernen.  
Misstrauen lernen  
Die Zähne zusammenbeißen lernen  
Sich verschließen lernen  
Nichts mehr davon wissen wollen lernen  
Durchhalten und kämpfen lernen.  
Dann – vielleicht  
Weil dein Hartsein  
Dich langsam zu töten beginnt –  
Dem Leiden einen Namen geben.  
Das Schweigen brechen.  
Dem Schrei erlauben,  
das Herz zu verbrennen  
und die Welt  
in Asche versinken lassen. Mit trockenen Tränen  
das Licht löschen  
stumm werden  
in der Dunkelheit!*

*Jetzt – endlich  
Der Stille lauschen.  
Einem anderen Leuchten  
Raum geben und sich davon  
Berühren lassen.*

*Und dann  
Leben lernen  
Hoffen lernen  
Lächeln lernen  
Berühren und berührt werden lernen  
Vertrauen lernen  
Lieben lernen.*

(Luise Reddemann, 2008, 174-175)

## A. EINLEITUNG

Mit dieser Arbeit soll ein Beitrag zum existenzanalytischen Verständnis über den Zusammenhang von frühkindlicher Traumatisierung und Persönlichkeitsstörungsdiagnosen versucht werden, um im Anschluss auf die daraus entstehenden Implikationen für die therapeutische Begleitung von Menschen mit traumabedingten Persönlichkeitsstörungen eingehen zu können. Dazu werden zusätzlich zur existenzanalytischen Anthropologie, die Bindungstheorie sowie traumatherapeutischer Zugänge betrachtet.

### Einleitende Gedanken

Zwischen 30% und ca. 60% aller Menschen erleben im Laufe ihres Lebens eine (oder mehrere) schwere Traumatisierung/en, gekennzeichnet durch:

- psychische und/oder physische Todesnäheerfahrung
- Überwältigt sein von unerträglichen Geschehnissen
- Nicht davor fliehen und nicht dagegen ankämpfen können
- Abspaltung des Unerträglichen ins Traumagedächtnis, das unabhängig ist vom biographischen Gedächtnis.

Wiederum jeder Dritte davon muss mit langfristigen Folgen rechnen. (Huber, 2009, 67) Zwischen 60% und über 90% der Persönlichkeitsstörungen haben Traumata, sehr häufig frühe Traumata, als Hintergrund. (Huber, 2009, 93)

Weitere Komorbidität ist nachgewiesen für Depressionen, Essstörungen, Panikstörungen, manisch-depressive Erkrankungen und Suchterkrankungen. (Huber, 2009, 145) Auch Dr. Brisch gibt in seinem Buch „Bindungsstörungen“ an, dass PatientInnen mit Anteilen des desorganisierten Bindungsmusters (siehe 4.1.) in der klinischen Klientel zahlenmäßig eine große Rolle spielen, insbesondere bei dissoziativer Erkrankung, multipler Persönlichkeitsstörung und Borderline - Störung. (Brisch, 2010, 111)

## **Persönliche Motivation**

Meine ersten psychotherapeutischen Erfahrungen machte ich in einer stationären Langzeittherapie für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen und Männer, die größtenteils Komorbiditäten mit Diagnosen auf Persönlichkeitsstörungs-Niveau zeigten. Der Großteil meiner KlientInnen wies traumatische Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte, meist bereits in ihren ersten Lebensjahren, auf. Aber auch in meinen weiteren psychotherapeutischen Tätigkeitsfeldern mit KlientInnen unterschiedlichster Störungsbilder und Diagnosen zeigte sich mir dieser Zusammenhang. Mein Lehrausbildner Dr. Probst führte in einem Vortrag den Gedanken aus, dass diese frühkindlichen Traumatisierungen einerseits ein konkretes Traumaerleben (sexueller und/oder körperlicher Missbrauch, Verlust einer nahen Bezugsperson,...) und/oder eine diffuse Atmosphäre der Destruktivität im Sinne einer chronifizierten, nicht heil werdenden Belastung/Bedrohung sein können. Zur Erschütterung durch die traumatische Situation kommt das wiederholte Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, mit sich alleine gelassen zu sein, hinzu. Die Beziehungsfähigkeit geht zunehmend verloren, was sich in Bindungsstörungen ausdrücken kann. Als Überlebensmaßnahme in der Bedrohung kommt es vor allem zur Abspaltung des Erlebens im Sinne der Dissoziation. Persönlichkeitsstörungen auf allen vier Ebenen der Grundstruktur der Existenz können die Folge dieses „chronischen Kompensationsversuches“ (=Copingreaktionen) sein. (Probst Christian, Fortbildung Persönlichkeitsstörungen, 11.09.2010, unter Bezugnahme auf das Lehrskriptum zum Thema von Alfried Längle) Diesen Zusammenhängen nachgehend, entstand in mir zunehmend der Wunsch mich intensiver mit dieser Thematik auseinanderzusetzen und der Frage „Wie hängen diese frühkindliche Traumatisierungen mit Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter zusammen und was bedeuten diese Zusammenhänge für den therapeutischen Prozess?“ nachzuspüren.



## **B. ANNÄHERUNG an die Begrifflichkeiten**

Als ersten Schritt werden die, für die weiteren Erläuterungen wichtigen Eckpunkte des existenzanalytischen Verständnisses zusammengefasst:

### **1. Zusammenfassung der existenzanalytischen Anthropologie**

Der Wiener Psychiater und Neurologe **Viktor E. Frankl** (1905-1997) begründete die „Dritte Wiener Schule für Psychotherapie“ in den 1930er Jahren als Ergänzung zur Tiefenpsychologie Freuds und Adlers, von denen er sich damit auch abgrenzte. 1983 wurde in Wien ein Logotherapie-Institut eröffnet und eine Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse gegründet. In dieser Zeit kam es durch **Alfried Längle** zur Weiterentwicklung von spezifisch therapeutischen Methoden der Existenzanalyse, die über das logotherapeutische Sinnkonzept Frankls hinausgehen. (Längle, 1994, 187-192)

Längle (2005, 71) definiert die Existenzanalyse als eine *phänomenologische, an der Person ansetzende Psychotherapie – mit dem Ziel, der Person zu einem (geistig und emotional) freiem Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst und ihrer Welt zu verhelfen. Praktisch hat damit die existenzanalytische Psychotherapie das Ziel, den Menschen zu befähigen, mit innerer Zustimmung zum eigenen Handeln und Dasein leben zu können.*

Die Existenzanalyse hat als theoretischen und praktischen Hintergrund das Konzept existentieller Grundmotivationen, die auch das Grundgerüst der existenzanalytischen Krankheitslehre bilden. Für die konkrete Durcharbeitung hemmender Einflüsse und zur Restrukturierung der Person steht die Methode der „Personalen Existenzanalyse“ zur Verfügung. (Längle, 2001, 4)

## 1.1. Die 4 Grundmotivationen (GM):

### 1. GM: Grundfrage der Existenz: „ich bin – kann ich sein?“

Mit dem Faktum des Daseins ist primär die Frage nach den eigenen Fähigkeiten (dem Können) verbunden und nach dem Erkennen und Wahrnehmen der Möglichkeiten, um inmitten der Fakten und Bedingungen des eigenen Daseins „sein zu können“.

Die basale Form des Könnens ist **aushalten** (Bereitschaft „da zu sein“ und nicht zu weichen vor dem Schweren, Ängstigenden, Problematischen,...) und **annehmen** (Zustimmung zu dem, was ist). Um etwas aushalten und annehmen zu können, um besonders unter belastenden Bedingungen „sein zu können“ und die Möglichkeiten auszuschöpfen, die in jeder Situation liegen, braucht es **Raum, Schutz und Halt**. Sind diese Halterfahrungen da, kann Vertrauen entstehen – in die Welt und in sich selbst (Selbstvertrauen, Selbstsicherheit). Im existentiellen Verständnis ist Vertrauen ein Akt der Einwilligung (sich einer haltgebenden Struktur zu überlassen, um die wahrgenommene Unsicherheit zu überbrücken). Die Summe dieser Vertrauenserfahrungen macht das **Grundvertrauen** aus (Vertrauen in das, was man als letzten Halt in seinem Leben spürt). Die Ahnung dieses letzten, umfassenden Gehaltenseins wird als **„Seinsgrund“** bezeichnet. Diese tiefste und letzte Erfahrung vom Gehaltensein erlaubt es uns, ein „Ja zur Welt“, ein „Ja zum Dasein“ und zu seinen Bedingungen zu geben – die Einwilligung und Zustimmung zu geben zu dem, was ist, sodass wir es als gegeben annehmen können und das, was schwer ist, letztlich aushalten können.

Gelingt es nicht diese Voraussetzungen zu fundieren, so entstehen Gefühle wie Misstrauen, Unruhe, Unsicherheit und vor allem Angst. **Angst** ist das Gefühl des Nicht - sein - Könnens unter den Umständen, weil es an Schutz, Raum oder Halt fehlt. Es setzen psychodynamische Schutzreaktionen ein. Die Grundbewegung ist Vermeidungsverhalten/ Flucht. Ist dies nicht möglich, weil man der Situation nicht entkommen

kann, kommt es zum Aktivismus, der hier in der Auflehnung und im Ankämpfen besteht. Eine weitere oder stärkere Bedrohung führt zur Mobilisierung von Aggression. Sie zielt auf die Vernichtung der Bedrohung (Hass im Sinne von Sein oder Nichtsein: Gefühl, dass das eigene Sein nur noch durch die Vernichtung des anderen Sein möglich ist). Beim letzten psychodynamischen Sicherungsreflex, dem Totstellreflex, geht es um Formen des Stillhaltens, des Gelähmt seins, Schweigens, Nicht – Hinsehens, Verleugnens, demonstrativer Ohnmacht, des Stupors bis hin zum Schock. (Längle 2005, 35-39)

## **2. GM: Grundfrage des Lebens: „ich lebe – mag ich leben?“**

Um die Existenz mit Leben zu füllen bedarf es eines freien Zugangs zur Emotionalität. Das Fühlen erst setzt das Erlebte in Beziehung zum Leben. Die **Zuwendung** ist der Ausdruck unseres Mögens. Um „leben zu mögen“ haben sich drei Voraussetzungen als notwendig erwiesen: **Beziehung, Zeit und Nähe**. Es entsteht ein Mögen, das sich auf das Leben in seiner Ganzheit bezieht (= **Grundbeziehung**). Das tiefe Gefühl vom Wert, den das Leben aufgrund der eigenen Erfahrung hat, bildet den **Grundwert** des Daseins. In der Trauer geht es um die Verarbeitung eines Wertverlusts, was die Zuwendung zu den Werten, die das Leben tragen, bedeutet.

Fehlen Zeit, Nähe und Beziehungen, so entsteht Sehnsucht, dann Kälte, schließlich **Depression** (= nicht gelungene Trauer).

Copingreaktionen treten bei nicht gelungenem Umgang mit etwas, was ich nicht mag, in Kraft. In der Grundbewegung kommt es zum Rückzug: man wird gleichgültig und zieht sich aus den Beziehungen zurück. Gelingt dies nicht, entsteht ein Aktivismus: man leistet, vergleicht und entwertet sich oder schließt sich Gruppen an, durch die man sich stärker fühlt. Lässt sich der Lebensverlust auch damit nicht aufhalten, setzt Aggression ein, die auf das Wecken und Erhalten der Beziehung abzielt (= Wut). Die letzte Sicherung ist auch hier der Totstellreflex, der in der Passivierung, im

Erkalten der Emotion, in Resignation und Erschöpfung besteht. (Längle 2005, 39-45)

### **3. GM: Grundfrage der Person: „ich bin ich - darf ich so sein?“**

Die 3. Grundmotivation bezieht sich auf die Person. Wir Menschen sind durch unser Person sein in der Lage Beziehung zu uns selbst zu leben. Darin besteht die unverwechselbare und einzigartige Identität des Menschen. Diese Stellungnahme zu sich, die im **Selbstwert** vorliegt, integriert das Können und das Fühlen des Eigenwertes. Induziert und gestärkt wird der Selbstwert von außen durch **Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung** durch andere, sowie durch einen selbst. Ohne Zustimmung zu sich selbst genügt die erhaltene Zustimmung nicht zur Ausbildung der autonomen Persönlichkeit und des Selbstwerts. Fehlen die Voraussetzungen so entsteht funktionelles Verhalten, Widerwilligkeit, Einsamkeit, übertriebene Scheu, Scham und Schüchternheit, leichte Verletzlichkeit und als klinische Störung das Bild der **Hysterie**. Als psychodynamische Grundbewegung setzt ein „Auf – Distanz- gehen“ ein. In der nächsten Stufe des Aktivismus geht es in ein Funktionieren, Besserwisserei oder sich rechtfertigen. Die Aggression zeigt sich als Trotz, Ärger oder Zorn mit dem Ziel auf sich aufmerksam zu machen, um gesehen zu werden und dadurch weiterer Verletzung zuvorzukommen. Als Totstellreflex zeigen sich Reaktionsweisen wie Beleidigt sein und Gekränktsein, Lähmung, Verbitterung, Spaltung und Dissoziation. (Längle 2005, 46-52)

#### **4. GM: Sinnfrage der Existenz: „ich bin da – wofür ist mein Leben gut?“**

Damit Existenz in der Lebenswirklichkeit gelingen kann, ist es unabdingbar, zu erkennen, wofür die jeweilige Situation gut ist. Es gilt einen Sinn dafür zu entwickeln, was jetzt an Entwicklung ansteht, was jetzt durch einen selbst werden könnte und für die Gesamtheit gut wäre. Als Voraussetzung, um sinnvoll handeln zu können braucht der Mensch **ein Tätigkeitsfeld, einen Strukturzusammenhang und einen Wert in der Zukunft**. Mit Zustimmung zu leben bedeutet mit Hingabe zu leben - mit aller Entschiedenheit und innerlich entschlossen. Damit ist ein Zugang zu sinnvollem Leben bis zur Ahnung eines letzten Sinns aufgetan.

Fehlen die Voraussetzungen für eine sinnvolle Existenz entstehen Leere, Lebensfrustration, ein **„existentielles Vakuum“** (Frankl), Verzweiflung, die mit einer erhöhten Suizidalität verbunden ist und/oder in eine Sucht führt. Als Überlebensmechanismus tritt als erste Schutzreaktion ein provisorisches Leben auf. Genügt dies nicht kommt es zum Aktivismus (z.B. Dienst nach Vorschrift, aufschieben, übertreiben, provozieren, Streben nach Lust und Macht, Idealismus, Fanatismus, Zielfixierung). Die Aggression zeigt sich in Zynismus, Sarkasmus, Vandalismus, Mobbing,... Die Totstellreaktion besteht in Hoffnungslosigkeit, völliger Selbstbetäubung und nihilistischer Passivität. (Längle 2005, 52-58)

#### **1.2. Die personale Existenzanalyse (PEA):**

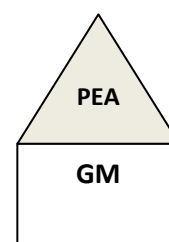
Die PEA wurde von Alfried Längle in den Jahren 1988 bis 1990 entwickelt und stellt heute die zentrale Methode für Verarbeitungsprozesse in der Existenzanalyse dar. Sie ist eine Methode zur Bearbeitung der Psychodynamik, aber ebenso geeignet für die Klärung von unverstandenen Erlebnissen, Erfahrungen, Gefühlen und für das Finden authentischer und selbst verantworteter Entscheidungen. (Längle, 2008, 161-162) Die PEA wird am häufigsten zur Bearbeitung von Inhalten eingesetzt, wo der Betreffende alleine nicht weiterkommt, wie z.B. bei der

Bearbeitung von Themen aus der Biographie, wo es oft um Aufarbeitung der Elternbeziehung oder von Traumatisierungen geht. (Längle, 2008, 60) Wenn Person, als das „In mir Sprechende“ in einer Situation nicht entsteht oder durch akute Überlebensanforderungen hintangestellt ist, zerbricht die Ganzheitlichkeit des Erlebens. Die Person fühlt sich fremd, manchmal wie „verloren“, versteht nicht, was ihr da geschieht bzw. warum sie so reagiert. Mithilfe der PEA soll nun die Person erreicht bzw. für sich selbst zugänglich werden. Dieser Prozess des dialogischen Austauschs mit der Welt läuft beim Menschen ständig ab. In der PEA kann er für therapeutische Zwecke genutzt werden. In jeder einzelnen Situation findet und strukturiert sich die Person über **Eindruck, Stellungnahme und Ausdruck**. (Längle, 2008, 59-61). Die von außen kommende Information erzeugt im subjektiven Erleben einen Eindruck zu dem das Ich eine Stellungnahme aus dem inneren Zufluss personalen, intimen Sprechens/Spürens schöpft. Wird die Stellungnahme zum Ausdruck gebracht, antwortet die Person authentisch und bietet Begegnung an, durch die sie den anderen antreffen kann und auch selbst antreffbar ist. (Längle, 2008, 161-162)

### **1.3. Zusammenhang der Struktur der Existenz (4 GM) und der Verarbeitungskapazität (PEA):**

Die Schwächung der Grundmotivationen wirkt sich auf den existentiellen Prozess aus. Sind der Person die Strukturelemente der Existenz entzogen, bricht der Verarbeitungsprozess von inneren wie äußeren Eindrücken zusammen. Über eine

Feedbackschleife wirkt die überforderte Prozessebene destabilisierend und blockierend auf die existentiellen Grundbezüge zurück. (Längle, 2007, 114)



## 2. Traumatisches Erleben und die Folgen

Zur Annäherung an das Thema der frühkindlichen Traumatisierung, werden zu Beginn die zentralen Begriffe im existenzanalytischen Sinne definiert, um im Anschluss auf die Psychotraumatologie einzugehen:

### 2.1. Traumatisierung

**2.1.1. Verletzung:** Eine Verletzung betrifft alle vier Grundmotivationen, wodurch es zu einer momentanen Überforderung der Verarbeitungskapazität des betroffenen Menschen kommt. Es ist eine gewaltsame Zerstörung der Integrität (Ganzheit).

Sie geht einher mit:

- Einer Erschütterung: man hat nicht damit gerechnet und es passt nicht in das Vorstellungsbild der Situation bzw. Realität
- Einer Zerstörung von etwas Wertvollem: es schneidet ein ins vitale Lebensgefühl
- einer persönlichen Betroffenheit: man fühlt sich in seinem Selbstsein in Frage gestellt
- Einer Infragestellung der Zukunft

(Längle, 2006, 5-8, Vortrag)

**2.1.2. Entsetzen:** Im existenzanalytischen Verständnis meint der Begriff des Entsetzens das fassungslose Unverständnis vor etwas Fremdem, dessen Vorhandensein als unmöglich angesehen wurde. Das Sein hält nicht mehr. Es ist, als ob das Sein den Menschen betrogen hätte, und doch ist er weiterhin auf das Sein angewiesen, kann ohne es nicht weiterleben. Entsetzen ist eine Form des Staunens. Staunen über die Unfasslichkeit der Abgründigkeit der Existenz.

*(„Ist das denn möglich?“ - „Das gibt es doch nicht!“ - „Das gibt es also auch noch“).*

(Längle, 2005, 6-7)

**2.1.2. Traumatisches Ereignis:** Ist eine Verletzung massiv, so nennt man sie „Trauma“: der Mensch erlebt sich unvorbereitet und auf erschreckende Weise dem Tod oder einer Verletzung ausgesetzt. Dies kann ihn selbst betreffen oder er erlebt, wie es anderen passiert. Dies führt zu einer intensiven Reaktion von Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen. (Längle, 2006, 5-8; Vortrag)

Ein Trauma reißt alle vier Grundbezüge der Existenz aus der Verankerung. Es trifft in besonderem Maße die erste Dimension der Existenz und zerstört das Grundvertrauen. (Längle, 2006, 5-8; Vortrag)  
Bezogen auf die Ich-Funktionen kann Trauma als „Auseinandersetzungsschock“ gesehen werden, der zur völligen Ich-Blockade führt. (Längle, 2005, 11)

Fischer und Riedesser definieren Trauma in ihrem *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (1998, 79) als: *„...ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.*

Wie eine Person ein traumatisches Ereignis wahrnimmt, hängt vom Zusammenspiel objektiver Situationsfaktoren und dem subjektiven Erleben, somit auch von der Vorgeschichte und den Schutz- und Risikofaktoren ab. (Zahlner, 2008, 2)

Mögliche Auslöser von Traumatisierungen sind:

- a) Naturkatastrophen  
(*Erdbeben, Vulkanausbrüche, Hurrikane, Überschwemmungen,...*)
- b) Von Menschen hervorgerufene Katastrophen
  - (1) technologische *Katastrophen* (*Verkehrsunfälle, Großbrände*)
  - (2) Folge menschlicher Aggressivität und Grausamkeit (*Geiselnahme, Terrorismus, Folter, Vergewaltigung, Krieg, Genozid,...*)



c) Katastrophen innerhalb der Familie

- (1) emotionaler, körperlicher und sexueller Missbrauch;  
massive Vernachlässigung
- (2) Erleben schwerer Gewalttätigkeit
- (3) schwere Trennungserlebnisse
- (4) schwere eigene und familiäre Erkrankungen, Tod

Das „Traumatisierungspotential“ dieser Ereignisse nimmt in der Reihenfolge ihrer Aufzählung zu: von Menschen verschuldete Unfälle haben ein höheres Potential, ein Kind seelisch zu verletzen, als Naturkatastrophen, jedoch ein geringeres als Kriegsgreuel oder Aggressivität oder Missbrauch innerhalb der Familie. (Brisch/Hellbrügge, 2009, 161)

Ereignisse nach denen besonders schwere Traumareaktionen zu erwarten sind:

- (1) *Dauern sehr lange*
- (2) *Wiederholen sich häufig*
- (3) *Lassen das Opfer mit schweren körperlichen Schädigungen zurück*
- (4) *Sind vom Opfer schwerer zu verstehen*
- (5) *Beinhalten zwischenmenschliche Gewalt*
- (6) *Der Täter ist ein nahestehender Mensch*
- (7) *Das Opfer mochte (mag) den Täter*
- (8) *Das Opfer fühlt sich mitschuldig*
- (9) *Die Persönlichkeit ist noch nicht gefestigt oder gestört*
- (10) *Beinhalten sexuelle Gewalt*
- (11) *Beinhalten sadistische Folter*
- (12) *Haben mehrere Täter das Opfer zugerichtet*
- (13) *Hatte das Opfer starke Dissoziationen*
- (14) *Hat niemand dem Opfer unmittelbar danach beigestanden*
- (15) *Hat niemand nach der Tat darüber mit dem Opfer gesprochen*

(Huber, 2009, 75)

## 2.2. Traumafolgestörungen

**2.1.1. Akute Belastungsreaktion (F 43.0):** *ist eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsminderung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sich zurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie bezüglich dieser Episode kann vorkommen. (Dilling/Freyberger, 2008, 171-173)*

Das belastende Ereignis ist der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor. Inhaltlich werden vor allem das quälende Wiedererleben belastender Elemente aus dem Trauma, Vermeidungsreaktionen, sowie Symptome von Übererregung beschrieben. (Huber, 2009, 111)

Sie ist durch folgende Symptome gekennzeichnet:

- Angstzustände und erhöhte Schreckhaftigkeit
- Alpträume und Schlafstörungen
- Häufiges Wiedererleben von Teilen des Traumas
- Vermeidung von (möglichst allen) Reizen, die mit dem Trauma zu tun haben
- Gefühl von Empfindungslosigkeit, losgelöst sein von anderen, Einsamkeit, Entfremdung von Nahestehenden, Kontaktunwilligkeit
- Konzentrations- und Leistungsstörungen (Huber, 2009, 68)

**2.1.2. Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1):** *Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. (...) Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubt sein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. (Dilling/Freyberger, 2008, 173-175)*

Die PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) ist durch folgende Symptome gekennzeichnet:

- Wiedererleben (von Teilen) der belastenden Erinnerung in Form von Gedanken, Alpträumen, Flashbacks, Pseudohalluzinationen
- Starke gefühlsmäßige und körperliche Belastungssymptome bei allem, was an das Trauma erinnert
- Anhaltende Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern
- Amnesie: Unfähigkeit sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern
- Derealisierung, Depersonalisierung bis zu dissoziativen Identitätsstörungen
- Gefühl der Entfremdung von anderen; Unfähigkeit zärtliche Gefühle zu empfinden; Gefühl eine eingeschränkte Zukunft zu haben; vermindertes Interesse an sozialem Leben; Verlust von Spiritualität
- Erhöhte Erregung: Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Hypervigilanz, Schreckreaktionen

(Huber, 2009, 112)

Zur Entwicklung einer PTBS kommt es aber erst dann, wenn die traumatische Erfahrung mit einem Kindheitstrauma in Resonanz gerät. (Längle, 2007,110)

M. Huber stellt in ihrem Buch „Trauma und die Folgen“ ebenso fest, dass etwa ein Viertel der PTBS sogenannte „late onset PTSD“ sind: diese haben früh ihren Anfang, brechen aber erst später, nach einem neuen extremen Stress aus. (Huber, 2009, 69-70)

### **2.1.3. Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0)**

(= komplexe posttraumatische Belastungsstörung im DSM IV)

*Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muss extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedroht sein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. (Dilling/Freyberger, 2008, 249-252)*

Existenzanalytisch betrachtet zeigt sich eine Fixierung der Defizite aller vier Grundmotivationen. Im Unterschied zu Persönlichkeitsstörungen sind nicht ein Haupt- und ein Nebenthema betroffen, sondern sind alle Themen gleichermaßen im Spiele. Es entwickeln sich Akzentuierungen aufgrund von Persönlichkeitseigenschaften, Vorerfahrungen, direkter Traumawirkung,.... (Längle, 2005, 10-11)

1. GM: feindliche/misstrauische Haltung der Welt gegenüber
2. GM: sozialer Rückzug
3. GM: Gefühl der Leere
4. GM: Gefühl der Hoffnungslosigkeit

Längle (2005, 11): „Hier ist die Schnittstelle zur traumabedingten Entwicklung spezifischer Persönlichkeitsstörungen, unter denen die Borderline-Persönlichkeitsstörung wohl an erster Stelle steht.“

#### **2.1.4. multiple Persönlichkeitsstörung (F 44.81)**

(= dissoziative Identitätsstörung im DSM IV)

Der Vollständigkeit halber wird dieses Krankheitsbild als die schwerste aller dissoziativen Störungen angeführt: in der Anamnese findet sich eine meist sexuelle Traumatisierung vor dem sechsten Lebensjahr. In späteren Jahren zeigt sich eine Chronifizierung der dissoziativen Phänomene, wobei mindestens zwei, meist mehrere Teilpersönlichkeiten existieren, die jeweils zu bestimmten Zeiten dominieren. Die dominierende Persönlichkeit bestimmt das Verhalten. (Tutsch, 2011, 21-22)

Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen. Es zeigt sich eine Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern. (Dilling/Freyberger, 2008, 186)

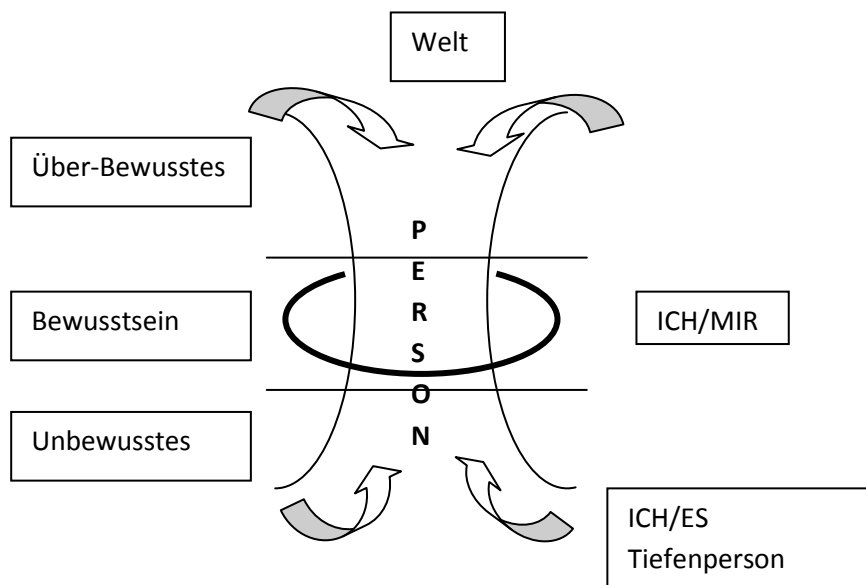
### **3. Persönlichkeitsstörung**

Nachdem diese Arbeit sich zentral mit dem Begriff der Persönlichkeitsstörung auseinandersetzt, folgt nun die existenzanalytische Annäherung über den Person -, sowie Persönlichkeitsbegriff.

#### **3.1. Person:**

Aus Sicht der Existenzanalyse wird mit Person das Wesen des Menschen bezeichnet. Dort, wo er wesentlich ist, zeigt sich seine Person. Person ist das, was sich entscheiden, gegenüberstehen, distanzieren und auseinandersetzen kann. (Waibel, 2002, 65-67) Ich kann mich als Person nur in Empfang nehmen. Die Person kommt aus einer Weite und Tiefe, über die ich nicht verfügen kann. Als Person werde ich zu dem, der ich sein kann. (Längle, 2006, 82)

Längle (2006, 72) stellt dies in einem Modell folgend dar:



### 3.2. Persönlichkeit:

Unter „Persönlichkeit“ verstehen wir die Summe der psychischen Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften, die dem Einzelnen seine unverwechselbare Individualität verleiht. Sie ist als Disposition zu verstehen, was bedeutet, dass sie über die Zeit besteht und stabil ist. Sie ist typisch, individuell und kennzeichnend für den Einzelnen. (Probst C., Fortbildung Persönlichkeitsstörungen, 11.09.2010, unter Bezugnahme auf das Lehrskriptum zum Thema von Alfred Längle) Persönlichkeit zeigt wie sehr die Person ihre Authentizität/ihr Un austauschbar - sein gelebt hat. (Längle, 2006, 83)

### 3.3. zum Verhältnis von Person und Persönlichkeit:

Die Beziehung zwischen Person und Persönlichkeit definiert Frankl folgend: „*der Mensch ist Person und wird zur Persönlichkeit*“ (Längle, 2006, 83)

Längle (2006, 83) findet folgendes Bild: „*Person ist wie der Bildhauer seiner Persönlichkeit, der mit sich selbst umgeht, sich gestaltet.*“

Als weitere Metapher betrachtet (C. Probst), wäre die Persönlichkeit die Grammatik (stabile, gegebene Gesetzmäßigkeit, nach der die Sprache funktioniert) und die Person folglich, das, was gesagt werden will (unabhängig von Sprache, Wortschatz,...). Die Person zeigt sich folglich in ihrer Persönlichkeit, durch das wie sie sich verhält, was sie aus sich gemacht hat, wer sie geworden ist,....

### **3.4. Persönlichkeitsstörung:**

*Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. (Dilling/Freyberger, 2008, 231-248)*

Nach Dr. Helbing (Universität Frankfurt) zeigt sich eine Prävalenz an einer Persönlichkeitsstörung im Laufe des Lebens zu erkranken von ca. 11 %. Bei psychiatrischer Vorgeschichte erhöht sich diese Prävalenz auf 30-50%. Die Geschlechterverteilung ist über alle Persönlichkeitsstörungen - Diagnosen etwa gleich und es zeigen sich hohe Komorbiditätsraten. (Helbing, 2008, 8)

Persönlichkeitsstörungen sind im Wesentlichen Störungen der Beziehungsfähigkeit (= Beziehungsstörung). (Huber, 2009, 117; 146) Traumatisierungen wie frühe Vernachlässigung, Verwahrlosung, körperliche, seelische und/oder sexuelle Gewalt erklären mehr als 80% aller Persönlichkeitsstörungsdiagnosen. (Huber, 2009, 118)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Eine noch junge Sichtweise stellt die Borderline-Störung als eine komplexe posttraumatische dissoziative Störung dar. Sie ist eine Beziehungsstörung, die durch traumatisierende Beziehungen entstanden ist und sich durchaus verändern lässt. (Huber, 2009, 145-147)

Somit sind traumatische Erfahrungen die gravierendste Ursache für psychopathologische und psychosomatische Entwicklungen, die in den Symptomen von Bindungsstörungen die schwerwiegendste Form der emotionalen Störung widerspiegeln. (Brisch/Hellbrügge, 2009, 114)

Existenzanalytisch betrachtet ergibt sich der Schweregrad der Störung durch eine Erschütterung aller vier Grundmotivationen (GM), die durch die Abstufung des Ausmaßes der Erschütterung zu unterschiedlichen Bildern führen kann. Es sind ein Haupt- und ein Nebenthema betroffen: Die Hauptstörung ordnet sie der Hauptkategorie zu (z.B. ängstliche, depressive, Störungen des Selbst, dependente oder gemischte). Die Differenzierung innerhalb der vier GM kann durch ein unterschiedliches Muster von Kombinationen mit einer zweiten Störungsebene erklärt werden. (Längle, 2008, 151) Wenn man die Persönlichkeitsstörungen von der Seite des Verarbeitungsprozesses her beleuchtet, d.h. im Lichte der PEA ansieht, wird ersichtlich, dass es nicht zur Ausbildung echter, personaler Stellungnahmen kommt. Das Ausbleiben der Stellungnahme und der mit ihr verbundenen Führung und Kontrolle erklärt die Impulsivität der Persönlichkeitsstörung, die diese nach innen oder außen hin hat. (Längle 1999, 127-156)



## C. ANNÄHERUNG an die Zusammenhänge

Wie hängen nun frühkindliche traumatische Erfahrungen mit Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter zusammen? Um dies genauer zu verstehen, wird nun auf Psychopathogenese, Psychodynamik und Psychopathologie traumabedingter Persönlichkeitsstörungen eingegangen<sup>2</sup>.

### 3. Psychopathogenese traumabedingter Persönlichkeitsstörungen

*„Was ist, wenn ein Kind von denselben Menschen verraten, verlassen, misshandelt wird, die es versorgen, lieben und seiner Seele die sichere Verwurzelung bieten sollten? ... Dann nimmt das Kind auf allen Ebenen Schaden. Von der Hirnentwicklung bis zu seiner Beziehungsgestaltung, von der Leistungsfähigkeit bis zur Identität – alle Bereiche der kindlichen Entwicklung können, zum Teil sehr erheblich, beeinträchtigt werden.“* (Huber, 2009, 87)

#### 4.1. Bindung:

Die grundsätzliche Fähigkeit, sich an einen anderen Menschen zu binden, ist jedem Kind angeboren. Man nennt dies das Bindungssystem. Dieses ist in unserem Gehirn als „Hardware“ vorhanden. Doch die Erfahrungen, die das kleine Kind macht, wirken sich direkt darauf aus, wie dieses basale System sich ausdifferenziert und dauerhaft organisiert. (Huber, 2009, 96) Das Zeitfenster dieser Entwicklung ist vor allem das 1. Lebensjahr, das Verbleibende geschieht in den folgenden 2 Jahren. (Huber, 2009, 87-88)

---

<sup>2</sup> In der Psychodynamik und Psychopathologie wird auf das existenzanalytische Verständnis Bezug genommen, während im Rahmen der Psychopathogenese die Begriffe der Bindung und der Bindungsstörungen zentral sind.

## **Bindungstheorie nach John Bowlby (1907-1990):**

Durch ein basales, angeborenes, biologisch-adaptives motivationales System sucht das Kind Nähe zum Bindungsobjekt und macht Erfahrung des „sicheren Hafens“, wodurch es ein „inneres Arbeitsmodell einer sicheren Basis“ entwickeln kann. Aus diesem inneren Arbeitsmodell entwickelt sich die „Bindungsrepräsentation“ des erwachsenen Menschen. (Huber, 2009, 89-90) Es zeigt sich eine sehr starke Übereinstimmung (70%-90%) zwischen dem Bindungsstil als Kind und dem des erwachsenen Menschen (Adult Attachment Interview zur Feststellung von Bindungsrepräsentation von Erwachsenen). (Huber, 2009, 92)

### **Bindungsstile:**

Auf Bowlbys Arbeiten aufbauend, fand seine Schülerin Mary Ainsworth vier Bindungsstile - im Sinne von Bindungsfähigkeit - heraus:

#### 1. Sicher:

*„es fällt mir leicht, anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu sein. Ich weiß sehr wohl, dass ich in intimen Beziehungen von der anderen Person abhängig bin, und das ist ganz in Ordnung für mich. Genauso ist es in Ordnung für mich, wenn ich weiß, dass die andere Person von mir abhängig ist. Auch alleine zu sein, fällt mir leicht; und es macht mir nichts aus, wenn ich mal feststelle, dass ich von anderen für das, was ich bin und vertrete, nicht akzeptiert werde“.*

#### 2. Unsicher vermeidend :

*„ich brauche keine nahen emotionalen Beziehungen. Mir ist es vor allem wichtig, mich unabhängig zu fühlen und mir selbst genug zu sein. Von anderen abhängig zu sein, kann ich nicht leiden, und genauso wenig, wenn andere von mir abhängig sind.“*

#### 3. Unsicher ambivalent:

*„ich habe große Sehnsucht danach, in nahen Beziehungen sehr eng und verschmelzend mit der anderen Person zu sein. Leider mache ich häufig die Erfahrung, dass ich es dann nicht lange so eng*

*aushalte, oder dass die andere Person mir nicht so nahe kommen möchte, wie ich es gerne will. Ohne nahe Beziehung fühle ich mich nicht wohl. Manchmal mache ich mir Sorgen, warum es wohl so ist, dass ich anderen nicht so viel bedeute, wie sie mir"*

#### 4. Unsicher-desorganisiert:

Diese Kinder zeigen widersprüchliche Verhaltensmuster, ungerichtete, fehlgerichtete, unvollständige und unterbrochene Mimik oder Gestik, seltsame Bewegungen, bizarre Posen, „eingefrorene“, erstarrte und verlangsamte „Unterwasser-Bewegungen“ in Mimik, Gestik und Körperhaltung, klare Anzeichen für Desorientierung in Raum und Zeit, Furcht oder Nicht-Reaktion bei Wieder-Eintreffen der Bezugsperson. Sie haben Angst vor den Menschen, denen sie sich von der Natur her zuwenden müssten. Sie entwickeln kein kohärentes Arbeitsmodell, also keine verlässliche Bindungsrepräsentation im späteren Leben: ihnen fehlt in weiterer Folge die Empathiefähigkeit. Sie werden sich entweder feindselig - bestrafend oder tröstend-fürsorglich verhalten, dies aber stets in kontrollierender Absicht. Sie können nicht zwischen beiden Verhaltensstilen wechseln, sondern bleiben rigide bei jeweils einem davon. (Huber, 2009, 90-94)

Der stärkste Prädiktor für eine desorganisierte Bindung ist die Kindesmisshandlung. Der zweitstärkste Effekt auf die Entwicklung desorganisierter Bindung des Kindes besteht in erlebten Traumata der Eltern. Traumatisierungen und damit einhergehendes dissoziatives, ängstigendes Verhalten der Erziehungsperson beeinflussen die Entwicklung einer desorganisierten Bindung mehr als Scheidung der Eltern oder Depression. Als Folge desorganisierter Bindung ergaben sich signifikant häufig dissoziative Symptome und externalisierende Verhaltensstörungen. (Brisch, 2004, 36)

## 4.2. Bindungsstörung:

Grundlegend bei allen Bindungsstörungen ist, dass frühe Bedürfnisse nach Nähe und Schutz in Bedrohungssituationen und bei einer Aktivierung der Bindungsbedürfnisse in ängstigenden Situationen in einem extremen Ausmaß nicht adäquat, unzureichend oder widersprüchlich beantwortet wurden. (Brisch, 2010, 60)

Wenn zur desorganisierten Bindung häufige, wiederholte, unvorhersehbare und willkürliche Traumata hinzukommen oder wenn desorganisierte Bindung aufgrund solcher Traumatisierungen entstanden ist, dann entwickeln Kinder in der Regel eine Bindungsstörung. Solche schwerwiegenden Traumatisierungen entstehen in der Regel durch die bedeutungsvollen Bindungspersonen des Kindes und sie wirken über einen längeren Zeitraum ein. Die Traumatisierung besteht nicht in einer oder mehreren abgrenzbaren Einzelereignissen, sondern in einer sequentiellen permanenten Traumatisierung durch die emotionale Isolation und Nicht-Verfügbarkeit einer Bezugsperson. Eine weitere schwerwiegende Traumatisierung, die zu Bindungsstörungen führt, sind wiederholte Verluste von Bindungspersonen in den ersten Lebensjahren. (Brisch/Hellbrügge, 2009, 108-114)

Folgen solch gewaltsam zerstörter Bindungserfahrungen sind:

- a. Bindungslosigkeit: das Kind fürchtet und meidet jede Form von Bindung
- b. Promiskuität: jede/r Beliebige wird als „beste Bindungsperson“ gewählt
- c. Übererregung: jede Trennung von einer Bindungsperson wird vermieden

+ Hemmung, sich der Bezugsperson anzunähern; erhöhtes Unfallrisiko, weil danach die Eltern wenigstens für kurze Zeit aufmerksam sind; Rollenwechsel/Parentifizierung; psychosomatische Auffälligkeiten  
(Huber, 2009, 101-102)

### 4.3. Frühkindliche Traumatisierung und Bindung:

Das Dilemma des traumatisierten Kindes besteht darin, dass Bindung lebensnotwendig und gleichzeitig lebensgefährlich ist. Dissoziation wird benutzt, um einerseits solchen überwältigend qualvollen Situationen zu entgehen und um andererseits trotz allem die so überlebenswichtige Bindung herstellen und aufrechterhalten zu können. (Huber, 2009, Teil II, 133-134) Wo Bowlby noch vor allem solche Traumata wie Vernachlässigung und frühen Verlust von Bezugspersonen für die Störung der sicheren Bindung verantwortlich machte, stellte man später fest, dass noch ganz andere Ereignisse, etwa körperliche und sexuelle Misshandlungen, zu gravierenden Beeinträchtigungen der Bindungsfähigkeit führen können. (Huber, 2009, 90). Mehr als 80% der misshandelten Kinder zeigten in Untersuchungen ein desorganisiertes Bindungsmuster. (Huber, 2009, 95)

Für die Typisierung von Kindheitstraumata unterschied Terr das einmalige, unvorhersehbare Trauma (Typ 1) vom wiederholten, chronischen Trauma (Typ 2). (Kaya/Friedrich, 2006, 80)

Typ 1 - Traumata	Typ 2 - Traumata
Schocktrauma, unvorhersehbar	chronisches, sich wiederholendes, länger einwirkendes Trauma
Symptome PTBS	komplexere Störung erhöhte Komorbidität
detaillierte Erinnerungen, Wahrnehmungsverzerrungen	Verleugnung, emotionale Anästhesie, Distanzierung, Depersonalisation, Dissoziation
oft mit magischem Denken verbunden, Schuldzuschreibung häufig an die eigene Person	evtl. Vorläufer kindlicher Persönlichkeitsstörung

Abb.: Einteilung von Kindheitstraumata von Terr (1991)

#### **4.4. Transgenerationale Weitergabe von Traumata:**

Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen desorganisierten Bindungsmustern bei Kindern und ungelösten Traumata ihrer Eltern. Trauma, Verlust, Misshandlung und desorganisierte Bindungserfahrung wird so von Generation zu Generation weitergegeben. (Huber, 2009, 95) Das Verhalten des eigenen Kindes, etwa das Schreien des Säuglings, triggert bei den Eltern das einst erlebte Trauma an, da es an das eigene Weinen und den eigenen Schmerz erinnert. Dadurch können bei der Mutter oder beim Vater dissoziative oder auch traumaspezifische und das Kind ängstigende Verhaltensweisen ausgelöst werden. (Brisch, 2010, 95)

Traumatisierte Eltern verhalten sich in der Interaktion mit ihrem Kind eher aggressiv-feindlich. Der Säugling macht daher in der Beziehung zu seiner Bindungsperson keine konstante verlässliche Erfahrung von emotionaler Sicherheit, weil Eltern mit ängstigenden, ängstlichem oder hilflosen Verhalten ihrem Säugling kein Gefühl eines „sicheren emotionalen Hafens“ vermitteln können. Die Interaktion wird für den Säugling zu einer unvorhersehbaren Quelle von Angst und potentieller Sicherheit gleichzeitig, allerdings weiß er nie genau, worauf er sich verlassen soll.

Etwa 80% der Kinder von traumatisierten Eltern zeigen ein desorganisiertes Bindungsmuster. (Brisch/Hellbrügge, 2009, 107-108) Falls es zu wiederholten traumatischen Erfahrungen kommt, könnte sich nicht nur eine desorganisierte Bindung, sondern - quasi als psychopathologische Steigerung - eine Bindungsstörung entwickeln. (Brisch, 2010, 56) Bindungsstörungen lassen oftmals wegen der extremen Verzerrungen im Verhaltensa Ausdruck die verborgenen Bindungsbedürfnisse der Kinder nicht mehr erkennen und können sich im schlimmsten Fall zu überdauernden psychopathologischen Mustern einer schweren Persönlichkeitsstörung verfestigen. (Brisch, 2010, 95-96)

## 4. Psychodynamik traumabedingter Persönlichkeitsstörungen

Copingreaktionen sind automatisch ablaufende Verhaltensreaktionen, die der unmittelbaren Bewältigung der Situation dienen. Sie sind „Überlebensreaktionen“, „situative Bewältigungsmechanismen“, im Sinne eines „psychischen Immunsystems“. Sie geschehen aus einer partiellen Ohnmacht bzw. momentanen Überforderung der Verarbeitungskapazität. Aus existenzanalytischer Sichtweise setzen Copingreaktionen dann ein, wenn sich der Mensch durch innere oder äußere Bedrängnis nicht sicher genug fühlt, eine oder mehrere Grundbedingungen der Existenz zu erhalten. Das personale Verhalten wird durch psychodynamische Reaktionen ersetzt. Dabei geht es primär um die Sicherung des Überlebens, nicht um eine ursächliche Bearbeitung von Problemen oder um ein „Der-Situation-Gerecht werden“. (Längle, 2008, 31)

Wir sind grundsätzlich mit allen Schutzmechanismen ausgestattet, aufgrund unserer Persönlichkeitsstruktur entstehen Vorlieben für bestimmte Copingreaktionen.

### **Nosologie psychischer Störungen:**

Wenn solche bedrängenden Situationen länger andauern, sich wiederholen oder ähnliche Situationen immer wieder auftreten, können psychische Erkrankungen daraus resultieren. Je nach Schweregrad fixieren sich eine oder mehrere Copingreaktionen und es entsteht eine Anpassungsstörung, Neurose, Persönlichkeitsstörung oder Psychose.

- a. Bei einer Neurose ist die Traumawirkung auf ein spezifisches, einzelnes Thema existentieller Grundbedingungen fokussiert und hat eine Fixierung auf der ersten und/oder zweiten Abwehrstufe zur Folge.
- b. Bei der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung kommt es zur Fixierung mehrerer Copingreaktionen gleichzeitig, wodurch die

schädigende Wirkung zur anhaltenden Veränderung von Erleben, Denken, Fühlen und Reagieren führt. (Kolbe, 2010, 49)

- c. Bei einer Psychose handelt es sich um eine Fixierung auf der vierten Abwehrstufe, dem Totstellreflex.
- d. Eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extremlastung hat die Existenz in ihrer Totalität (Fixierung in allen vier GM) zum Thema.

(Längle, 2005, 10)

**Ein traumatisches Erlebnis** sprengt den existentiellen Zusammenhalt in allen relevanten Dimensionen der Existenz und entzieht damit dem Ich den Boden zur Durchführung des Verarbeitungsprozesses, wodurch der existentielle Vollzug der Person zum Erliegen kommt. (Längle, 2005, 12)

Bei einer derart starken Bedrohung des Daseins brechen die Verarbeitungsstrukturen schließlich ein und fallen auf die letztmögliche Abwehrstufe zurück – auf die Totstellreflexe der vier Grundmotivationen: Lähmung, Apathie, Dissoziation, Betäubung. Parallel dazu werden die schützenden Grundbewegungen mobilisiert: Vermeidung, Rückzug, auf Distanz gehen und provisorisches Engagement. Zusätzlich ist auch die Reaktionsstufe des Aktivismus in der 1. Grundmotivation mobilisiert, das Anknüpfen in Form von Intrusionen, belastenden Träumen, Wiederfühlen des Traumas,.... Der massive Einsatz von psychodynamischen Copingreaktionen geht auf Kosten des personalen Dialogs mit sich selbst und mit der Außenwelt. (Längle, 2007, 114)



Grundgefühl	Grundbewegung (konform)	Paradoxe Bewegung (paradox)	Abwehrbewegung (abgrenzend)	Überwältigungserleben (Totstellreflex)
1. GM ängstlich	<b>Fliehen</b>	<b>Ankämpfen</b>	Hass	<b>Lähmung</b>
2. GM depressiv	<b>Rückzug</b>	Leisten	Wut	<b>Erschöpfung, Resignation, Apathie</b>
3. GM hysterisch	<b>Auf Distanz gehen</b>	Rechtfertigen recht geben (überspielen)	Zorn/Ärger	<b>Dissoziation (Spaltung, Leugnung)</b>
4. GM Suizidal, dependent	<b>Provisorisches Engagement</b>	Provokation, Idealisierung , Fanatismus	Zynismus, Empörung	<b>Betäubung</b>

Abb. Copingreaktionen nach den Themen der Grundmotivationen. Fett geschrieben sind jene, die durch das traumatische Ereignis mobilisiert werden. (Längle, 2005, 8)

## 5. Psychopathologie traumabedingter Persönlichkeitsstörungen

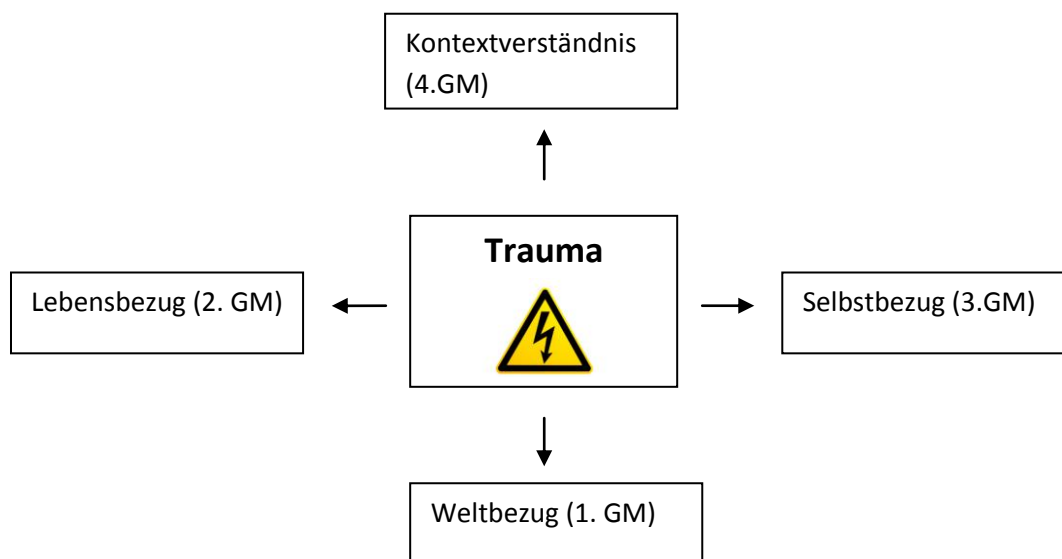
Die weitgehende Erstarrung personaler Kräfte hat einen Verlust der existentiellen Verankerung zur Folge. Die Grundbezüge zu den tragenden Strukturen der Existenz gehen verloren, und die Grundbedingungen erfüllter, stabiler Existenz können durch das Ausbleiben der Prozessdynamik nicht wieder hergestellt werden. (Längle, 2005, 13)

### 6.1. Auswirkung auf die Struktur der Existenz (4 GM)

Die Symptome des schweren Traumas breiten sich auf allen vier Grundmotivationen aus und behindern weitgehend ihren Vollzug. Alle strukturellen Ebenen des Daseins sind folglich von ihm erfasst. Dies erklärt die hohe Komorbidität mit Angst, Depression und dissoziativen Störungen, Somatisierungsstörungen und substanzbedingten Störungen. (Längle, 2007, 111) Das traumatische Erlebnis stört alle strukturgebenden Wechselwirkungen des Ich mit den Grunddimensionen der Existenz. Es ist

ein Überwältigt sein durch die Erfahrung von Erschütterung (1. GM), Verlust (2. GM), Schmerz (3. GM) und Unbegreiflichkeit (4.GM).

1. GM: veränderter Weltbezug und geschwächtes Erleben der eigenen Körperlichkeit: das Erlebte löscht das Gefühl aus, dass ein wirkliches, effektives Dasein können in der Welt möglich wäre.
2. GM: Blockade der inneren Resonanz beim Erleben: kaum emotionale Verbindung zu den Werten und Auslöschung des Zeitgefühls – nur das Trauma bleibt gegenwärtig.
3. GM: Blockade des Verinnerlichen und des innerlichen Gegenüberhabens des Schrecklichen: kein persönliches Realisieren des Vorgefallenen, das Erlebte bleibt draußen/ich-fremd.
4. GM: kein sinnvoller Horizont: keine Ausschau, die eine Sicht in eine lebenswerte Zukunft eröffnet.



(Längle, 2005,11-12)

Die **tiefste Wirkung des Traumas** besteht in der Erschütterung des Grundvertrauens, dem Vertrauen in „etwas Größeres“, das den Menschen erlebnismäßig übersteigt und auffängt (Welt, Kosmos, größere Ordnung,...). Es geht damit das Gefühl verloren, dass „*da immer etwas ist, das uns auffängt und Halt gibt*“ (Längle, 2007, 114)

## **6.2. Auswirkung auf die Prozessebene (PEA)**

Wie bereits unter 2.1.2. angeführt, kann das Trauma als Auseinandersetzungsschock gesehen werden, der zur völligen Ich-Blockade führt. Die personalen Verarbeitungskräfte erliegen der Wucht des Eindrucks. Statt der Verarbeitung tauchen immer wieder die alten Bilder auf, die bald das Gefühl ersetzen und zu emotionaler Taubheit führen. Die Aktivität ist auf die Reaktionsebene verschoben und wird von Vermeidungsverhalten beherrscht. Der traumatische Stress besteht in der Unfähigkeit, unter diesen Bedingungen überhaupt zu einem Leiden im Sinne eines traumabezogenen Erlebens des Schmerzes, zu kommen. Das Ich kommt nicht zu einer eigenen, stabilen Aktivität, sondern wird durch die Massivität des Ereignisses immer wieder neu überschwemmt. (Längle, 2007, 111) Er ist vom Eindruck so überwältigt, dass er die primäre Emotion nicht zu fassen vermag, geschweige denn, den alles sprengenden phänomenalen Gehalt. Verstehen, Stellungnahme, Willensbildung und schließlich ein adäquates Ausdrucksverhalten erliegen der Wucht des Eindrucks. Statt der Verarbeitung tauchen immer wieder die alten Bilder auf dem Rücken der primären Emotion auf. Statt Gefühl entsteht emotionale Taubheit. Die Aktivität ist auf die Reaktionsebene verschoben und wird von Vermeidungsverhalten beherrscht. Der traumatische Stress entsteht folglich nicht durch die Leidverarbeitung, sondern durch das Verharren in einem Leidenszustand.

*„Jeder Bearbeitungsversuch endet in einem kolikartigen Aufbäumen und Anrennen gegen die überdimensionale Destruktion. Die emotionale und kognitive Aufmerksamkeitszuwendung erlahmt danach aber wieder, wird aufgegeben, ja vermieden, um in einer Taubheit der Gefühle wenigstens etwas Ruhe zu erhalten und nicht wieder in der Erinnerung die Traumatisierung durchmachen zu müssen“.* (Längle, 2005, 11-13)

## **D. IMPLIKATIONEN für die Therapie**

Bei der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter steht in 80% eine chronifizierte frühkindliche Traumatisierung im Hintergrund. Psychotherapie bei Personen mit einer Persönlichkeitsstörung ist folglich immer auch Traumatherapie und Therapie von Bindungsstörungen.

### **Therapie nach traumatischem Erleben:**

Um sich nach traumatischem Erleben mit der Welt wieder auseinanderzusetzen, ist der Anstoß durch ein „Du“ von größter Wichtigkeit. In der existenzanalytischen Traumatherapie wird beziehungsvoll versucht die Dialogfähigkeit wieder herzustellen, um sich entsprechend der erschütterten Grundmotivationen Schritt für Schritt wieder der Person zu nähern und das Verschüttete zu bergen. Zentral ist es durch einen guten, vertrauensvollen äußeren Dialog, einen konstruktiven inneren Dialog aufzubauen. Über den geführten Dialog wird einerseits Struktur angeboten, andererseits wird die Prozessfähigkeit des/r Klienten/in angeregt und geweckt. Dabei ist das Mobilisieren und Einbauen von Ressourcen von zentraler Bedeutung. Erst wenn genügend Struktur da ist, kann mit dem Bearbeitungsprozess des Traumas begonnen werden. (Längle, 2005, 16-17) Ziel des traumatherapeutischen Prozesses ist die Integration und das Zurücklassen der Hinderung des existentiellen Vollzugs um heil werden zu können. Oft wirkte traumatisierendes Verhalten jahrelang „normal“ im Sinne eines „es ist halt so“ für den/die Betroffenen. Hier braucht es einen außenstehenden Dritten, um aus diesen Denk- und Erlebensstrukturen in eine Distanzierung zu kommen. Der/die TherapeutIn ist ehrlich entsetzt über die Kindheitserfahrungen/ Atmosphäre der traumatisierten Person und lebt so vor, was er/sie selbst nicht spüren kann. Der/die TherapeutIn substituiert folglich den/die

KlientIn, um langsam in ein Spüren der eigenen Not finden zu können. Die Copingreaktionen beginnen so Schritt für Schritt zu bröckeln, während die gesunde, tragfähige therapeutische Beziehung im Sinne einer sicheren Bindung hält. So kommt die Person mehr und mehr in einen Vollzug und bekommt sich zunehmend zu fassen.

So ergeben sich folgende Schwerpunkte für den gemeinsamen Therapieprozess:

1. GM: Realität (Weltbezug)

Arbeit an und Üben in haltgebenden Strukturen, vor allem an der Akzeptanz des Gegebenen.

*(„ das Trauma ist vorbei – ich habe überlebt“)*

2. GM: Werte und Beziehungen (Lebensbezug)

Die therapeutische Beziehung ermöglicht eine haltgebende Struktur. Stellungnahmen und Parteilichkeit des/r Therapeuten/in geben Sicherheit und ermöglichen das behutsame Einbinden von Gefühlen.

3. GM: Restrukturierung des Selbst (Selbstbezug)

Arbeit an der Realisierung kleiner Schritte von Freiheit und Selbstgestaltung des Lebens durch eigene Stellungnahmen.

4. GM: Wiederherstellung eines Kontextbezugs (Sinnbezug)

(Längle, 2005, 16-17)

Diese Vorgehensweise entspricht dem „3-Phasen-Modell“ der Traumatherapie, wie es Luise Reddemann in ihrem Vortrag am GLE-Kongress „die verletzte Person – Trauma und Persönlichkeit“ beschrieben hat:

1. In der Stabilisierungsphase geht es um das Schaffen oder Wiedergewinnen von einem „sicheren Boden unter den Füßen“. Diese ist erreicht wenn eine ausreichende Affektsteuerung vorhanden ist, die Fähigkeit sich selbst zu beruhigen gelingt und das dissoziative Verhalten weitgehend unter Kontrolle der Person ist.

Dies braucht viel geduldige, ressourcenorientierte Arbeit, die die gesunden Persönlichkeitsanteile fördert.

2. Im Prozess der Traumarekonstruktion geht es um die konkrete Traumabearbeitung, worauf
3. die Phase der Integration und des Neubeginns als dritter und letzter Teil der Therapie folgen soll.

(Reddemann, 2005, 37)

Darauf aufbauend beschreibt Michaela Huber in ihrem Buch „Wege der Traumabehandlung“ die Abklärung, dass keine weitere Traumatisierung mehr vorliegt und den Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen, therapeutischen Arbeitsbeziehung als „Basics“ der Traumatherapie. Dann kann mit der „Stabilisierungsphase“ begonnen werden:

1. Dabei geht es um den Aufbau von Affektkontrolle, Affektmodulation, Selbstrückgriff auf die eigenen Ressourcen, Aufbau von Ich Struktur und sozialem Netz, Erlernen von Fürsorglichkeit, Beziehungs,- und Konfliktfähigkeit sowie Berufstätigkeit oder andere sinnvolle Tätigkeit.
2. Durch imaginative Hilfstechniken soll eine Distanzierung vom Traumamaterial ermöglicht werden.
3. Wenn diese Stabilisierung im Alltag erreicht ist, kann mit dem gemeinsamen Durcharbeiten des Traumas begonnen werden.

Während des Prozesses fließen immer wieder Integration, Trauerarbeit und, wenn vorhanden, Wiederanknüpfen an vor-traumatische Stärken ein. Anhand dieser Ausführungen wird ersichtlich, dass ein hoher Prozentsatz der Traumaaarbeit nicht unmittelbare Auseinandersetzung mit den Inhalten des Traumas, sondern vielmehr die Stabilisierung, Aktivierung und Möglichkeiten der Distanznahme und Kontrolle im Hier und Jetzt zum Inhalt hat.

## Therapie bei Persönlichkeitsstörung:

Im Zentrum steht auch hier der Aufbau einer tragenden, stabilen Beziehung, die durch Verlässlichkeit, Beständigkeit und Wertschätzung gekennzeichnet ist. Ziel der Psychotherapie ist es die Leidensfähigkeit herzustellen: ich kann in den Schmerz eintreten und ihn auch wieder vorbei ziehen lassen.

Dazu wird die Auseinandersetzungsfähigkeit mit mir selbst und der Welt (PEA) prozesshaft angestoßen:

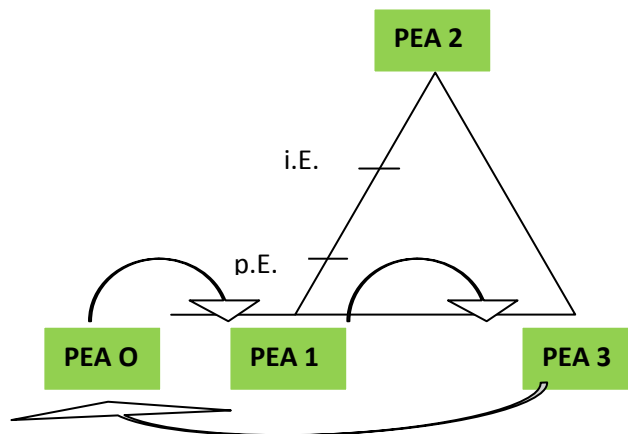
Die Gesprächsführung der PEA wird der Psychodynamik der Persönlichkeitsstörung angepasst, um einen Verarbeitungsprozess anstoßen und unterstützen zu können:

### a. PEA 0 – PEA 3:

*„was liegt vor?“ ->*

*„wie können sie das, was sie wollen, zum Ausdruck bringen?“*

Ziel ist die Öffnung der Verhaltensmöglichkeiten im Sinne eines „bin nicht nur ausgeliefert“ - Erlebens.



### b. PEA 2:

*"was halten sie davon?"*

Aus dem ursprünglichen Affekt entsteht mehr und mehr Ich-haftes/  
Eigenes.

c. dann PEA 1:

*„wie geht es ihnen damit?“*

Jetzt sind bereits Ressourcen da. Es gibt einen Boden der hält und nicht nur mehr Wegschwemmung im Sinne der Destabilisierung. Wenn anhand der PEA früher nach Emotionen gefragt würde, zeigt sie die Gefahr einer Retraumatisierung, wodurch die Copingreaktionen sich verfestigen können.

## **Therapie bei Bindungsstörung:**

M. Huber empfiehlt im therapeutischen Umgang mit Personen, die eine Bindungsstörung aufweisen, auf folgende Aspekte zu achten:

- ✓ empathische Abstinenz: ein sicheres Bindungsangebot machen, ohne sich verwickeln zu lassen
- ✓ Vertrauen aufbauen
- ✓ Auf „Unterwerfungsgesten“ achten
- ✓ Beziehungskrisen thematisieren
- ✓ Geduld im Wechselspiel von Vertrauen und Misstrauen
- ✓ Soziales Netz und pragmatische Beziehungen fördern

(Huber, 2009, Teil II, 190-191).



*(Edition Augenblicke: „Leben im Death Valley/USA“)*



## **Zusammenschau:**

Wie beschrieben führen frühkindliche Traumatisierungen zu schweren Störungen in der Bindungsfähigkeit und erklären mehr als 80% aller Persönlichkeitsstörungsdiagnosen. In der psychotherapeutischen Begleitung von Menschen mit Persönlichkeitsstörung erscheint es daher sehr wichtig eine genaue Anamnese bezüglich früherer Traumatisierungen mit zu bedenken. Wie erläutert können störungsauslösende traumatische Ereignisse frühkindliche Erlebnisse reaktivieren und zu einer PTBS oder andauernden Persönlichkeitsänderung führen bzw. geführt haben. Die bekannte Gliederung der (Trauma)-Therapie in eine Stabilisierungs- Bearbeitungs- und Integrationsphase ist folglich auch in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen von großer Bedeutung. Neben dem Herstellen einer therapeutischen Beziehung, steht die Stabilisierung im Alltag und das Erlernen von Distanzierung und Selbstwirksamkeit bei Flashbacks, Alpträumen, Dissoziation,... im Mittelpunkt. Dabei sind traumatherapeutische Methoden, v.a. imaginative Hilfstechniken wie der sichere, innere Ort, das Helferteam und/oder die Safeübung sehr hilfreich und werden auch gut angenommen. Erst wenn der/die KlientIn stabil ist, im Alltag wieder gut zurecht kommt,... kann mit der Bearbeitung der traumatisierenden Erfahrungen = der Zuwendung zum Schmerz begonnen werden. Ziel ist hierbei nicht die Analyse des traumatischen Erlebens, sondern die Integration der Erfahrungen in ihr Gewordensein, damit die Person wieder frei werden und in existentiellen Vollzug kommen kann. Diese schrittweise, mögliche Veränderung und Verbesserung wird in folgender Parabel treffend skizziert:

### **Die Straße**

Ich gehe die Straße entlang. Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig. Ich falle hinein. Ich bin verloren... Ich bin ohne Hoffnung. Es ist nicht meine Schuld, Es dauert endlos wieder herauszukommen.

Ich gehe dieselbe Straße entlang. Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig. Ich tue so, als sähe ich es nicht. Ich falle wieder hinein. Ich kann nicht glauben, schon wieder am gleichen

Ort zu sein. Aber es ist nicht meine Schuld. Immer noch dauert es sehr lange herauszukommen.

Ich gehe dieselbe Straße entlang. Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig. Ich sehe es. Ich falle immer noch hinein... aus Gewohnheit. Meine Augen sind offen. Ich weiß, wo ich bin. Es ist meine eigene Schuld. Ich komme sofort heraus.

Ich gehe dieselbe Straße entlang. Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig. Ich gehe darum herum.

Ich gehe eine andere Straße.

(Rinpoche, 2004)

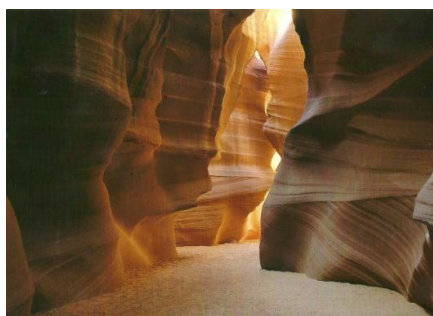
## **E. REFLEXION und DISKUSSION**

*„Das Ich wird Ich am Du“ (Buber)*

In der Existenzanalyse steht jeher der Begegnungs- und Beziehungsaspekt zwischen KlientIn und TherapeutIn im Mittelpunkt. Der Aufbau einer tragfähigen, von Authentizität, Respekt und Wertschätzung getragenen therapeutischen Beziehung ist die Basis jeglicher Veränderungsmöglichkeit im therapeutischen Prozess. Dabei sind wir angetan uns ganz im Hier und Jetzt aufzuhalten und gemeinsam, phänomenologisch nachzuspüren, was sich zeigt, um daraus Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Bei Personen mit traumabedingten Persönlichkeitsstörungen sind neben diesen Grundkompetenzen und Qualitäten auch noch andere Überlegungen aus der traumatherapeutischen Arbeit von großer Bedeutung um die Person durch die PEA in den Vollzug zu bringen. Gerade der Aspekt, dass frühkindliche Traumatisierungen nicht nur durch ein konkretes Traumaerleben ausgelöst werden können, sondern die diffuse Atmosphäre der Destruktivität in Verbindung mit dem wiederholten Gefühl, nicht ernst genommen zu werden mindestens ebenso schwerliegende Folgen hat, zeigt sich als sehr wichtig für den Therapieverlauf und die Wahl der therapeutischen Themen.

Jetzt am Ende dieser Abschlussarbeit sitze ich fast ein wenig wehmütig vor diesem Blatt Papier. Es ist im Rahmen meiner Ausbildung das letzte Puzzle auf dem Weg zur Psychotherapeutin. Ich habe mich lange gefragt, ob ich mich diesem Thema der traumabedingten Persönlichkeitsstörungen widmen, mich intensiver damit auseinandersetzen und eine theoretische Arbeit dazu schreiben möchte. Meine tägliche therapeutische Arbeit überzeugte mich von der Wichtigkeit, mich darauf einzulassen. Ich habe es nicht bereut, einige meiner KlientInnen haben mich gedanklich begleitet, viele Zusammenhänge habe ich noch einmal klarer ins Wahrnehmen und Spüren bekommen und mein Zutrauen in meinen Weg als Psychotherapeutin ist gewachsen.

Zuletzt möchte ich mich noch bei meinen Lehrtherapeuten und Lehrsupervisoren Dr. Probst, Dr. Zeiringer und Dr. Hötzer aus ganzem Herzen für die wertschätzende, liebevolle und authentische Begleitung auf meinem Weg bedanken. Großer Dank und Wertschätzung gilt auch meiner Lehrsupervisorin Dr. Sonja Laure, die mich mit ihrer umfangreichen Kompetenz, ihrem Gespür und ihrer Lebensfreude immer wieder aufs Neue für dieses Thema motiviert und inspiriert hat. DANKE!



*(Edition Augenblicke „Antelope Canyon in Utah/USA“)*

## F. LITERATURVERZEICHNIS

- Brisch K.H.* (2004) Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2. JG. Heft 1.
- Brisch K.H.* (2010) Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Brisch K.H./Hellbrügge T.* (2009) Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta
- Dilling H./Freyberger H.J.* (2008) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Verlag Hans Huber
- Fischer G./Riedesser P.* (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB, Stuttgart
- Helbing N.* (2008) Vorlesung Persönlichkeitsstörungen.  
<http://www.psychiatrie.uni-frankfurt.de/lehre/skripte/Personlichkeitsstoerungen.pdf>
- Huber M.* (2009) Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Junfermann Verlag
- Huber M.* (2009) Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Junfermann Verlag
- Kaya M./Friedrich M.* (2006) Von der frühkindlichen Traumatisierung zur Abhängigkeit im Jugendalter. In: Schäfer I./Krausz M.: Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kolbe Ch.* (2010) Zur Bedeutung der Psychodynamik in der existenzanalytischen Psychotherapie. In: Existenzanalyse 27, 2, 46-54)
- Längle A.* (1994) Psychotherapie Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Wien: Manzsche Buchdruckerei
- Längle A.* (1999) Die Persönlichkeitsstörung des Selbst. In: Längle A. (Hrsg.) Hysterie. Erweiterter Kongressbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag.
- Längle A.* (2001) Curriculum für das Psychotherapeutische Fachspezifikum. Wien: GLE
- Längle A.* (2004) Lehrbuch zur Existenzanalyse (Logotherapie). Grundlagen. Wien: GLE
- Längle A.* (2005) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. In: Existenzanalyse 22, 2, 4-18

- Längle A.* (2005) Lernskriptum zur Existenzanalyse. Die erste Grundmotivation. Wien: GLE
- Längle A.* (2006) Lernskriptum zur Existenzanalyse. Dritte Grundmotivation. Wien: GLE
- Längle A.* (2006) Trauma und Sinn. Wider dem Verlust der Menschenwürde. In: Existenzanalyse 23, 1, 4-11
- Längle A.* (2007) Trauma und Existenz. In: Psychotherapie Forum 15,3,109-116. Springer-Verlag.
- Längle A./Holzhey-Kunz A.* (2008) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas
- Reddemann L.* (2005) Trauma und Persönlichkeit. In: Existenzanalyse 22, 2, 33-37
- Reddemann L.* (2008) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Klett – Cotta, Stuttgart
- Rinpoche S. et al* (2004) Das tibetische Buch vom Leben und vom Sterben: ein Schlüssel zum tieferen Verständnis von Leben und Tod. Fischer, Frankfurt
- Schnyder U.* (2005) Trauma und posttraumatische Belastungsstörung. In: Existenzanalyse 22, 2, 19-26
- Turrini P.* (1986) Ein paar Schritte zurück. Europa Verlag, Wien
- Tutsch L.* (2011) Stürmisch mit sonnigen Abschnitten. Diagnostik und Methoden in der Therapie einer Patienten mit schwerer Traumafolgestörung. In: Existenzanalyse 28, 1, 18-27
- Waibel E.M.* (2002) Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen. Auer Verlag, Donauwörth
- Wegscheider M.* (2004) Bittersüße Fühlgedichte. Novum Verlag, Horitschon
- Zahlner U.* (2008) Fachartikel Trauma. <http://www.uzahlner.at/artikel-trauma.pdf>