

Trauma und Persönlichkeitsstörungen

Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen

Bearbeitet von
Wolfgang Wöller, Luise Reddemann

2., überarb. und erw. Aufl. 2013 2013. Buch. ca. 654 S. Hardcover
ISBN 978 3 7945 2754 0
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychotherapie / Klinische Psychologie > Psychodynamische Therapieverfahren](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of varying sizes. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Traumatisierende Beziehungsmuster

- Machtausübung ohne Respekt vor dem Willen des Kindes oder Jugendlichen
- Degradierung zum reinen Objekt der Bedürfnisbefriedigung
- kognitive Verdrehungen
- physisches Alleinlassen
- emotionales Alleinlassen
- Verrat durch die wichtigsten Bezugspersonen
- Verweigerung der emotionalen Verfügbarkeit
- Parentifizierung
- Externalisierung negativer Selbstanteile
- Induktion von Schuldgefühlen

3.4 Traumatische Affekte

Gefühle der *Ohnmacht*, *Hilflosigkeit* und des *Ausgeliefertseins*, Gefühle des *Verlassenseins*, ohnmächtige *Wut und Hass*, vernichtende *Schamgefühle*, quälende *Schuldgefühle*, Gefühle des *Ekels* und des *Selbsthasses* sowie Gefühle der *Leere* sind zentrale Erlebensmodi nach lang anhaltenden Traumatisierungen. Auf dem Wege der Generalisierung werden diese Emotionen für das gesamte Leben der Betroffenen bestimmend. Oft können die Patienten nur einen vorherrschenden Affekt wahrnehmen, mag es Angst, Wut oder Ohnmacht sein, während eine differenzierte Wahrnehmung der anderen Affekte nicht möglich ist. Häufig werden die Emotionen nicht differenziert, sondern als quälende *undifferenzierte Affektzustände* erlebt. Betrachten wir die Affekte im Einzelnen:

- Lerntheoretisch betrachtet führt die Generalisierung der traumatischen Hilflosigkeit zu einem durchgängigen *Gefühl der Ohnmacht* und zu einer *niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung*. Hilflosigkeit und Hoffnungs-

losigkeit entstehen typischerweise dann, wenn eine Person davon überzeugt ist, dass sie keinen Einfluss auf ein Ereignis hat. Täter erzeugen bei ihren Opfern die Vorstellung, dass jeder Versuch, die missbräuchliche Situation zu beenden, eine negative Konsequenz hat, oder sie drohen ihnen Strafen an für den Fall, dass sie das Schweigen brechen. Bei den Opfern entsteht so die Überzeugung, dass sie die Situation nicht beenden können, wie immer sie sich auch verhalten. Es entsteht eine Selbstwahrnehmung als schutzloses Opfer, das keine Möglichkeiten der Einflussnahme hat. Eine Mutter, die vom Missbrauch Kenntnis hat und nichts zu seiner Beendigung unternimmt, wirkt zusätzlich als Modell von Hilflosigkeit und Ohnmacht. Die wiederholte Erfahrung niedriger Selbstwirksamkeit führt zu der Überzeugung, auch künftige Ereignisse nicht kontrollieren zu können, sich nicht wehren und sich nicht abgrenzen zu können (Moggi 1994).

- Traumatische Zustände der Ohnmacht und Hilflosigkeit können *nach außen völlig unsichtbar* bleiben. Wenn es aussichtslos ist, sich zu wehren, und ein Sprechen über das Erlebte mit Sanktionen bedroht wird, wird von den Zuständen extremer Ohnmacht und Hilflosigkeit der Opfer niemand etwas erfahren. Hoffer (1952) hat dafür den Begriff des *silent trauma*, des »stillen« Traumas geprägt.
- Für traumatisierte Patienten ist es nun charakteristisch, dass durch eine *Vielzahl von Alltagssituationen Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit ausgelöst werden können*. Zusätzlich sind sie damit konfrontiert, dass Interaktionspartner darauf mit Unverständnis reagieren. Tatsächlich ist es ohne ein Verständnis der traumatischen Genese schwer nachvollziehbar, warum Alltagssituationen zu überwältigenden Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit führen.

Die Patientinnen wehren sich in entsprechenden Situationen einfach nicht, weil sie sich wie das Kind von damals fühlen.

Eine traumatisierte Frau ruft bei ihren Interaktionspartnern Unverständnis und Verärgerung hervor, weil sie fortwährend in Situationen gerät, in denen sie sich nicht mehr zu helfen weiß. Man wirft ihr vor, sie stelle sich absichtlich dumm an, um auf diese Weise auf sich aufmerksam zu machen und sich umsorgen zu lassen. Von einer Therapeutin wird ihr, offenbar ohne ausreichende Distanz zu ihrem Gegenübertragungsaffekt, dieses Verhalten als Versuch der Machtausübung gedeutet – was zu heftigen autoaggressiven Reaktionen führt.

- Zusammen mit den Ohnmachtgefühlen können – oft getriggert durch Trennungssituationen des Alltagslebens – unerträgliche *Gefühle des Verlassenseins* auftreten. Die Präsenz anderer Personen kann im Sinne der externen Emotionsregulierung für die Aufrechterhaltung der Selbstkohärenz notwendig sein, indem z. B. negative Selbstanteile in eine andere Person projiziert werden. In einem solchen Fall stellt das Verlassenwerden eine existenzielle Bedrohung für die Selbststruktur dar. Paradoxerweise können Suizidversuche auch die Funktion haben, dem Verlassenwerden zu vorzukommen.
- Nahezu alle traumatisierten Patienten leiden unter umfassenden *Schamgefühlen*. Schamgefühle können Störungsbildern wie Depression, Substanzabhängigkeit und vor allem Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegen. Durch die anhaltende *Instrumentalisierung* wird dem traumatisierten Kind die Möglichkeit genommen, seine Identität als Subjekt zu entfalten. Nicht mehr als Per-

son, sondern als Ding behandelt und als Objekt benutzt zu werden, stellt eine umfassende Demütigung dar und lässt das Gefühl entstehen, als Person wertlos zu sein. Es entsteht so die Selbstrepräsentanz eines benutzbaren Wesens, dem das Recht auf Respekt und Achtung nicht zusteht und das keine menschenwürdige Behandlung verdient. Häufig haben traumatisierte Patientinnen das Gefühl, hässlich und verunstaltet oder schmutzig und schlecht zu sein. Abgrundtiefe Schamgefühle sind die Folge, oft vermischt mit Schuldgefühlen (Shengold 1995).

P: Ich dachte mir immer, ich muss etwas Verführerisches ausgestrahlt haben, ich kann mir nicht vorstellen, dass mein Vater das sonst getan hätte. Er konnte nicht anders. Ich schäme mich furchtbar dafür.

P: Wenn ich nur an anderen Menschen vorbeigehe, überkommt mich ein entsetzliches Schamgefühl. Ich habe das Gefühl, sie können sehen, was ich für eine bin.

- Die Schamgefühle können – ebenso wie Schuldgefühle – direkt vom Täter *implantiert* worden sein (Hirsch 1994).

P: Er sagte zu mir immer: »Du solltest dich schämen, wie du dich anziehst und wie du dich bewegst.«

- In der therapeutischen Situation löst es große Schamgefühle aus, von sexuell missbräuchlichen Handlungen zu erzählen, für die es im Grunde keine kognitive Einordnung gibt. Allein die Tatsache, so behandelt worden zu sein, ruft Schamreaktionen hervor. Die *Schamgefühle* sind meist am stärk-

sten, wenn Opfer sexueller Traumatisierung entdecken, dass die sexuell stimulierenden Handlungen auch als angenehm erlebt und begehrt wurden. Schließlich kann auch die Neigung, Schmerzerfahrungen zu suchen, um damit Verlassenheitsängste abzuwehren, selbst eine Flut von Schamgefühlen auslösen (Wurmser 2010). Das Ausmaß der Scham, das Opfer von gewaltsamen Übergriffen erlebten, prädiziert offenbar das spätere Auftreten der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Andrews et al. 2000).

- *Schuldgefühle* sind ebenfalls zentrale Affekte bei Opfern traumatischer Gewalt (Amati 1977; Hirsch 1999; Niederland 1966). Sie können durch Introjektion und durch Implantation (Delegation) entstanden sein. Auf die Introjektion der Schuldgefühle im Dienste des Erhalts der Bindungsbeziehung gehen wir in Abschnitt 3.5 ein. Von *Induktion* oder *Implantation* von Schuldgefühlen sprechen wir, wenn beispielsweise Inzest-Täter dem Opfer vermitteln, dass es sich durch die Mitwirkung an der sexuellen Handlung schuldig gemacht hat oder dass es sie durch sein Verhalten erst möglich gemacht hat. Täter können so die eigene Schuld bei dem Opfer unterbringen, um sich selbst von Schuldgefühlen zu entlasten. Selbst wenn Gewalt angewendet wurde, kommt es vor, dass Täter im Nachhinein behaupten, vom Kind zur Anwendung von Gewalt gezwungen worden zu sein.

P: Er sagte: »Du hast ja mitgemacht. Es hat dir doch auch Spaß gemacht.«

P: Er sagte immer, ich hätte mich so aufreizend angezogen; kein Wunder, dass er da nicht hätte widerstehen können.

turen auch dann noch möglich ist, wenn die Strukturbildung durch Introjektionen bereits abgeschlossen ist. Selbst bei Erwachsenen kann unter traumatischen Bedingungen, z. B. unter der Einwirkung von Folter, die innere Normenwelt modifiziert werden. Schuldgefühle können bei Inzestopfern *nach dem Aufdecken des Inzests* entstehen, vor allem das Schuldgefühl, den Familienzusammenhalt gefährdet zu haben (Cormier et al. 1962; Gutheil u. Avery 1977).

- *Ekel* vor dem eigenen Körper und vor sexuellen Aspekten der eigenen Körperlichkeit sowie *Selbsthass* sind weitere wichtige und häufige Affekte traumatisierter Patientinnen. Die Ausbeutung der kindlichen Sexualität durch Erwachsene verhindert die Entwicklung eines positiv libidinös besetzten Körpergefühls. Besonders sexuell traumatisierte Frauen haben ein verändertes Körpergefühl, ein quälendes Gefühl, dass etwas an ihnen grundlegend geschädigt ist (Nash et al. 1993).
- Schließlich sollten noch die oft quälenden Gefühle der *Leere* erwähnt werden, die bei Opfern traumatischer Gewalt über weite Strecken das Leben bestimmen können, ferner Gefühle der Wut und des Hasses, die ihrerseits der Abwehr des Ohnmacherlebens dienen können. Psychodynamisch können wir Gefühle der Leere durch das *Fehlen oder die Schwäche der Repräsentanz mentaler Zustände und wichtiger Beziehungen* erklären. Die Abwehrfunktion liegt oft auf der Hand: Ein Erleben des Hasses gegenüber wichtigen Bezugspersonen wäre mit den Bindungsbedürfnissen, die ihnen gelten, nicht vereinbar.

- Eckstaedt (1989) hat darauf hingewiesen, dass eine »Implantation« psychischer Struk-