

Der Übergang von schweren Persönlichkeitsstörungen zu psychotischen Störungen aus psychoanalytischer und Gender-theoretischer Sicht

Nach einem Referat am Jahres-Symposium der Psychiatrie Basel-Landschaft «Konzepte verstehender Psychopathologie und Psychodynamik in der Behandlung psychotischer Störungen» (14.11.2013)

Christa Rohde-Dachser

Hannover, Germany

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

The transfer from serious personality disorders to psychotic disorders from a psychoanalytical and gender-theoretical perspective

Severe personality disorders develop symptoms due to psychological stress which bring to fore a psychotic disorder. Considering the borderline personality disorder which occurs in women with particular frequency, this is regarded as one of the personality-specific criteria. To date there have been almost no systematic investigations into the occurrence of psychotic disorder traits with other severe personality disorders. Taking this as her background, the author intends to initially investigate the gender-specific differences between the personality disorders detailed in DSM-IV [1], so as to subsequently concentrate on the two personality disorders which manifest the greatest gender differences; these are the borderline personality disorder, a typically female one and the antisocial personality disorder, a typical male type of personality disorder. They noticeably differ in respect to their treatment of anxiety and aggression. In threatening situations, men turn the aggression outwards, while women turn it onto themselves out of fear of losing an object which is for them important in their life. The more frequent occurrence of psychotic or close-to-psychotic episodes with the (female implicated) borderline personality disorder which can be explained against a background of a gender theory perspective. At the same time, the cultural gender stereotypes which flow unnoticed into these diagnoses experience repeated reconfirmation. It is only in a situation where these gender-specific dichotomies are scrutinised that an insightful approach to both forms of anxiety repression is possible.

Key words: borderline personality disorder; histrionic personality disorder; antisocial personality disorder; sex bias in diagnosis; sex differences in personality; psychotic disorder; psychotic episode

Einführung

Von Borderline-Patienten wissen wir spätestens seit den Veröffentlichungen Kernbergs in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts, dass sie in Konfliktsituationen zu psychotischen Dekompensationen neigen, deren Unterscheidung von einer beginnenden Psychose nicht immer einfach ist.

Korrespondenz:

Professor Christa Rohde-Dachser, MD
Colmarstr. 2
D-30559 Hannover
Deutschland
rohde-dachser[at]crdh.de

Aus diesem Grunde stand auch die diagnostische Abgrenzung der Borderline-Störung insbesondere von der Schizophrenie lange Zeit im Vordergrund der theoretischen Bemühungen. Mit der 1980 erfolgten Aufnahme der Borderline-Störung in die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen des DSM-III [2] und wenig später auch in das ICD-10 [3] änderte sich das Bild. «Persönlichkeitsstörungen» sind in diesen Krankheitsverzeichnissen krankheitsüberdauernde, pathologische Denk- und Verhaltensmuster, die fest in der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen verwurzelt und von daher auch allenfalls im Rahmen einer längerfristigen Psychotherapie einer Veränderung zugänglich sind. Das Konzept eines Übergangs hin zu psychotischen Störungen ist mit einer solchen Vorstellung nicht ohne weiteres vereinbar. Es dauerte deshalb auch weitere 14 Jahre, bis nach langer Diskussion mit der Einführung des DSM-IV 1994 [1] für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ein 9. Kriterium eingeführt wurde, nämlich «vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome», die bei dieser Persönlichkeitsstörung vorkommen können, aber nicht müssen. Ob dies auch für andere Persönlichkeitsstörungen gilt, bleibt dabei offen.

Eine weitere Komplikation, auf die ich später noch näher eingehen werde, ist die Rolle der Geschlechtsstereotypen, die in der Beschreibung der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen mitschwingen und der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sehr oft unbemerkt ihren Stempel aufprägen.

Ich werde mich im Folgenden unter Einbeziehung dieser Schwierigkeiten dem Thema des Übergangs schwerer Persönlichkeitsstörungen hin zur Psychose in vier Schritten zu nähern versuchen:

1. Zunächst werde ich die Persönlichkeitsstörungen, wie sie weitgehend unverändert auch ins DSM-V (2013) [4] übernommen wurden, auf ihre Geschlechtsspezifität hin untersuchen und dabei auch die kulturellen Geschlechtsstereotypen mit einbeziehen, die darin verwoben sind.
2. Anschliessend werde ich daraus zwei Persönlichkeitsstörungen herausgreifen, die die stärkste geschlechtsspezifische Polarisierung zeigen, nämlich die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die antisoziale Persönlichkeitsstörung, und die jeweiligen Abwehrkonstellationen darstellen, die dieser Polarisierung zugrunde liegen. Dabei wird es mir vor allem um den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Umgang mit Angst und Aggression gehen.

Tabelle 1

Angegebene geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Persönlichkeitsstörungen des DSM-V (2013) [4].

Persönlichkeitsstörung	Geschlechtsspezifische Häufigkeit	Angegebene Prozentsätze
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Bei Frauen weitaus häufiger	1:3
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	Bei Männern weitaus häufiger	3:1
Narzisstische Persönlichkeitsstörung	Überwiegend männlich	(50–75%)
Zwanghafte Persönlichkeitsstörung	Überwiegend männlich	(2:1)
Histrionische Persönlichkeitsstörung	Häufiger bei Frauen	
Dependente Persönlichkeitsstörung	Häufiger bei Frauen	
Schizoide Persönlichkeitsstörung	Etwas häufiger bei Männern	
Schizotypische Persönlichkeitsstörung	Etwas häufiger bei Männern	

3. In einem dritten Schritt möchte ich zeigen, wie dabei auch der kurzfristige, krisenhaft determinierte Übergang hin zu quasi psychotischen oder psychotischen Erlebensweisen eine geschlechtsspezifische Ausprägung erfährt.
4. Und schliesslich möchte ich, sofern die Zeit noch reicht, einen männlichen Borderline-Patienten zu Worte kommen lassen und mit *seinen* Worten fragen, was geschehen muss, um innerhalb der therapeutischen Beziehung einen inneren Raum zu schaffen, der neue Erfahrungen möglich macht.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen den Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV (1994) [1]

Männer und Frauen unterscheiden sich entgegen verbreiteter Auffassungen nicht in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen (Möller-Leimkühler und Kaspar 2010 [5, S. 135–59]). Was sich unterscheidet, ist die jeweilige *Art der psychischen Erkrankung*. Dies gilt auch für die Persönlichkeitsstörungen und wird noch deutlicher, wenn man dazu die Komorbidität der jeweiligen Persönlichkeitsstörung mit anderen psychischen Erkrankungen heranzieht.

Das DSM-V der American Psychiatric Association (2013) [4] verzeichnet auf der Achse «Personality Disorders» (S. 645–84) für die in Tabelle 1 aufgeführten Persönlichkeitsstörungen die folgenden Geschlechtsunterschiede:

- Borderline-Persönlichkeitsstörungen treten danach bei Frauen dreimal so häufig auf wie bei Männern.

- Im Gegensatz dazu finden wir die antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Männern mehr als dreimal so häufig wie bei Frauen.
- Einen, wenn auch nicht mehr ganz so ausgeprägten Überhang von Männern gibt es auch bei den narzisstischen und den zwanghaften Persönlichkeitsstörungen.
- Die histrionische und die dependente Persönlichkeitsstörung werden demgegenüber häufiger bei Frauen diagnostiziert.
- Auch die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung überwiegen bei Männern, wenn auch statistisch nicht mehr im signifikanten Bereich.

Gleichzeitig deutet sich dabei auch eine erste Richtung an, in die diese Geschlechtsverteilung geht. Danach zeichnen sich weiblich dominierte Persönlichkeitsstörungen vor allem durch Angst und Abhängigkeitsverhalten aus, während bei männlich dominierten Persönlichkeitsstörungen Aggression und Unabhängigkeitsvorstellungen im Vordergrund stehen. Diese Verteilung wird noch deutlicher, wenn man die Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen Erkrankungen betrachtet. Die in Tabelle 2 von mir bereits nach Geschlechtsspezifität geordneten Daten entstammen dem ersten deutschen Männergesundheitsbericht (Bardehle und Stiehler 2010 [6]¹).

Danach zeigt sich bei Männern eine ausgesprochen starke Korrelation zwischen antisozialer Persönlichkeit und Alkohol- und Drogenabusus, die darauf hindeutet, dass Männer, im Gegensatz zu Frauen, zum Schutz vor Schmerz, Angst und drohendem Selbstverlust viel eher mit aggressivem, antisozialen Verhalten reagieren und dazu sehr viel häufiger als Frauen auch zu Alkohol und Drogen greifen, um sich auf diese Weise innerlich unangreifbar zu machen, während Frauen in der gleichen Situation viel eher mit Angst, Depression und einer Verstärkung ihres Bindungsverhaltens reagieren und ihre Aggression deshalb auf sich selbst zurückwenden, um diese Bindungen nicht zu gefährden.

Auf der kulturellen Ebene entspricht dem eine unseren infantilen Phantasien nachgebildete und tief in unser implizites Gedächtnis eingebrannte Geschlechterkonstruktion von «Männlichkeit» und «Weiblichkeit», die auch in modernisierten Gesellschaften ungeachtet aller Emanzipationsbestrebungen fortbesteht und das bewusste Streben nach Geschlechtergleichheit immer wieder ad absurdum führt. «Männlichkeit» verbindet sich darin mit Autonomie, Instru-

1 Zitiert nach Möller-Leimkühler und Kasper [5, S. 137].

Tabelle 2

Geschlechterrelation psychischer Störungen.

Krankheitsbild	Männer/Frauen
Antisoziale Persönlichkeit	4:1
Alkoholabusus/-abhängigkeit	5:1
Drogenabusus/-abhängigkeit	2:1
Panikstörung	1:3
Generalisierte Angststörung	1:2
Depressive Episode	1:2
Dysthymie	1:2–3
Phobien	1:2
Zwangsstörung	1:1
Schizophrenie	1:1
Manische Episode	1:1

mentalität, Selbstvertrauen, Durchsetzungsfähigkeit, Unabhängigkeit, Überlegenheit, Unverletzlichkeit, Stärke; «Weiblichkeit» steht für die gegenteiligen Eigenschaften, nämlich Expressivität, mangelndes Selbstgefühl, Abhängigkeit, Unterlegenheit, Verletzlichkeit, Hilfsbedürftigkeit, Schwäche. Das Klischee vom «starken» und vom «schwachen» Geschlecht gehört in diesen Kontext (Braun und Stephan 2005 [7]). Auf der emotionalen Ebene entspricht dem eine Dichotomie der Emotionsnormen, nach denen das Zeigen von Gefühlen als unmännlich gilt. «Männer haben keine Gefühle oder sie beherrschen sie; Frauen haben Gefühle und werden von ihnen beherrscht» (Teuber 2011 [8]). Vor allem aber dürfen Männer keine Schwäche zeigen. Hilfsbedürftigkeit gilt, glaubt man dem Männergesundheitsbericht von 2010 [9, S. V], für Männer unbewusst nach wie vor als Stigma. Aus diesem Grunde fällt es ihnen auch sehr viel schwerer als Frauen, sich im Falle einer Krankheit ärztliche Hilfe zu holen. Dass die Suizidrate bei Männern trotz einer sehr viel niedrigeren Depressionsrate drei- bis zehnmal höher liegt als bei Frauen, zeigt, dass Männer manchmal sogar lieber sterben als sich mit ihrer depressiven Not einem Arzt oder Psychotherapeuten anzuvertrauen (Möller-Leimkühler und Kasper [5, S. 148]). Auch die Art und Weise, wie Ärzte und Psychotherapeuten ihrerseits auf dieses Hilfeersuchen reagieren, wird davon beeinflusst. Das zeigt sich bereits bei der Erstellung der jeweiligen Diagnosen.

So wurden in mehreren Untersuchungen² (von Warner 1978 und 1979; Hamilton et al. 1986; Ford und Widiger 1989 [10–13]) Diagnostikern in längeren Zeitabständen Fallvignetten zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vorgelegt, wobei jeweils nur das Geschlecht des Patienten ausgetauscht wurde. Dabei zeigte sich durchgehend, wie stark die jeweilige Diagnosestellung mit dem Geschlecht des Patienten variierte. In der von Warner 1978 und 1979 durchgeführten Studie [10, 11] wurde bei der gleichen Fallvignette bei Vorgabe des männlichen Geschlechts zu 41% eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung, bei Vorgabe des weiblichen Geschlechts zu 76% eine hysterische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Andere Untersuchungsergebnisse, die sich mit der bevorzugten Beurteilung des Leidens oder aber der Funktionsbeeinträchtigung eines Patienten befassen (Funtzowicz und Widinger 1999 [15]), zeigten, dass bevorzugt mit Leiden assoziierte Persönlichkeitsstörungen eher dem weiblichen Geschlecht, mit sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen assoziierte Persönlichkeitsstörungen eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden. Auch für narzisstische Persönlichkeitsstörungen gilt, dass die dort beschriebene selbstherrliche Inszenierung eigener Fähigkeiten und Talente ebenso wie die rastlose Suche nach Bewunderung und Erfolg sehr viel häufiger Männern als

2 Die hier zitierten und weitere Angaben zu empirischen Untersuchungen über den Einfluss des Geschlechts auf die Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen sind dem Aufsatz von Herpertz u. Sass «Die Hysterie» – ein Frauenleiden? Zur Geschlechtsverteilung bei der Hysterischen Persönlichkeitsstörung [14] entnommen. Ein vergleichbarer Aufsatz zur Geschlechtsspezifität der Borderline-Persönlichkeitsstörung findet sich nach meinem Wissen in der Zeitschrift «Persönlichkeitsstörungen» bis heute nicht.

Frauen zugeschrieben wird (Herpertz und Sass 2000 [14, S. 158]), während die Borderline-Diagnose mit ihrer starken Betonung von Abhängigkeit, Affektlabilität und mangelndem Selbstwertgefühl in auffälliger Weise mit der kulturellen Konstruktion von Weiblichkeit korreliert.³ Wir sollten diese intuitiven geschlechtlichen Differenzierungen entlang von kulturellen Voreingenommenheiten in Erinnerung behalten, wenn wir im Folgenden die zwei Persönlichkeitsstörungen miteinander vergleichen, die den gravierendsten geschlechtsspezifischen Unterschied aufweisen, nämlich die *Borderline-Persönlichkeitsstörung* und die *Antisoziale Persönlichkeitsstörung*.

Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörungen im Vergleich

Strukturelle Gemeinsamkeiten

Lassen Sie mich dazu als erstes auf einige strukturelle Gemeinsamkeiten verweisen, die diese beiden Persönlichkeitsstörungen miteinander verbinden. Für unsere Argumentation bedeutsam ist dabei vor allem, dass es sich in beiden Fällen um Persönlichkeitsstrukturen handelt, die im Gegensatz zu besser integrierten, neurotischen Störungen auf einer weitgehend *präreflexiven Ebene* angesiedelt sind, in der die Fähigkeit zur Selbstreflexion noch nicht entwickelt oder aus Abwehrgründen vorübergehend suspendiert worden ist. Mit Fonagy könnte man auch sagen, dass diese Patienten – aus welchen Gründen auch immer – nicht mentalisieren können (Fonagy und Target 2000 [17]). Damit bleibt es ihnen aber auch unmöglich, ein inneres Repräsentantensystem aufzubauen, das ihnen eine von der aktuellen Kommunikation abkoppelbare Regulierung der Innenwelt ermöglicht (Moser und Zeppelin 1996 [18]). Sie sind von daher auch im späteren Leben weiter auf die konkrete Anwesenheit eines sicherheitsgebenden Objekts angewiesen, das auf diese Weise eine existenzielle Bedeutung gewinnt. Ein solches Objekt kann deshalb auch nicht als getrennte Person wahrgenommen werden. Es behält stattdessen die Funktion eines Selbstobjekts, von dem der Patient nicht nur ein basales Sicherheitsgefühl bezieht, sondern auf das er jederzeit auch die positiven und negativen Gefühle projizieren kann, die er bei sich nicht ertragen und deshalb im Gegenüber unterbringen muss. Innere Konflikte werden deshalb hier grundsätzlich auf der zwischenmenschlichen Ebene ausgetragen [18]. Das Objekt bleibt auf diese Weise Teil des Selbst, sein Verlust eine innere Katastrophe, ein Sturz ins Leere, ins Nichts (Winnicott 1974; Bion 1970 [19, 20]). Die Angst, dass dies geschehen könnte, ist von daher die tiefste Befürchtung überhaupt [18].

Die Abwehroperationen, die eingesetzt werden, um dieser Bedrohung zu entgehen, sind uns als «*frühe Abwehrmechanismen*» bekannt (dazu auch Rohde-Dachser

3 Dass Mädchen in ihrer Kindheit 2–3-mal häufiger Opfer sexueller Gewalt geworden sind als Jungen und in der Kindheit erfahrene Traumata ein wichtiger, wenn auch nicht ausreichender, Faktor für die Entstehung einer Borderline-Störung sind, gibt dieser geschlechtsstereotyp eingefärbten Diagnose weitere Nahrung (vgl. dazu auch Rohde-Dachser 1979/2004 [16, S. 132]).

1979/2004 [16, S. 66 ff.]) Neben der projektiven Identifizierung sind dies in erster Linie die *Spaltung des Objekts* in zwei Teilidentitäten, eine ganz gute und eine ganz böse, die unter keinen Umständen zusammenkommen dürfen. Einer meiner Patienten verglich diese Grenzziehung einmal mit dem Bild des Mittelstreifens auf einer Landstrasse, der den todbringenden Zusammenstoß mit den Autos auf der Gegenfahrbahn verhindern soll und deshalb unter keinen Umständen überschritten werden darf. Die Befürchtung ist, dass bei einem Zusammenstoß das böse Objekt sich als stärker erweisen könnte als das gute und das gute Objekt vernichten könnte, und zwar ein für allemal. Der Patient bliebe dann allein in einer Welt zurück, die nur mehr von Verfolgern und Hexen bevölkert wäre, die ihn vernichten oder verschlingen wollen, und wäre dem hilflos ausgeliefert. Spaltung und Projektion der Aggression auf ein dazu erschaffenes böses äusseres Objekt erhalten auf diese Weise die Funktion eines inneren Bollwerks, das vor dieser Bedrohung schützt. Weitere Abwehrmechanismen (primitive Idealisierung, Entwertung, Verleugnung und Dissoziation) stützen dieses Bollwerk dann weiter ab.

Der zentrale Affekt, der diese Entwicklung begleitet, ist Angst, existenzielle, freiflottierende Angst (dazu Kernberg 1975/1978; Dulz und Schneider 1995 [21, S. 26, 22]), die so unvorstellbar ist, dass sie schon bei ihrem Entstehen nach der Bindung an eine Vorstellung oder ein Objekt sucht, mit der sie zumindest einen Namen bekommt (dazu auch Hoffmann 2000 [23]). *Damit sind wir aber auch an der Stelle angekommen, an der die Bewältigungsformen von weiblichen und männlichen Patienten auseinanderdriften.*

Psychosenahe oder psychotische Übergänge im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der ganz überwiegend weiblich dominierten *Borderline-Persönlichkeitsstörung* verdichtet sich die ursprünglich freiflottierende Angst in der *Vorstellung des Verlassenwerdens* (Fabian und Thome 2011 [24, S. 26]). Um diese Gefahr zu vermeiden, tun Borderline-Patientinnen alles, um das Objekt, das für sie lebensnotwendig ist, festzuhalten. Sie reagieren deshalb mit einer Verstärkung ihres Bindungsverhaltens. Aggressionsäusserungen, die diese Bindung gefährden könnten, müssen von daher unterbunden werden. Borderline-Patientinnen wenden diese Aggression deshalb auf sich selbst zurück, sei es in Form von selbstschädigendem Verhalten, Selbstverletzungen oder Suizidalität, die dem eigenen Körper gelten; sei es in Form von Depersonalisation oder Derealisation, die der völligen Ausblendung des eigenen Gefühlsbereichs dienen; sei es in Form der Ausserkraftsetzung des eigenen Denkens, mit der bestimmte, an sich durchaus denkbare Gedankenverbindungen verhindert werden sollen, die nur unerträgliche Gefühle von Schmerz, Angst und Aggression nach sich ziehen würden. Bion (1959) [25] spricht im gleichen Zusammenhang von «Angriffen auf Verbindungen», Green (2002) [26] von einer «phobischen Position», durch die dem Weiterdenken an bestimmten Stellen ein Riegel vorgeschoben werden soll. Von hier aus zur Entwicklung quasi-psychotischen oder vorübergehend auch psychotischen Denkens ist es dann nur mehr ein kleiner Schritt.

So nimmt es nicht wunder, wenn etwa Zanarini, Frankenburg et al. 2003 bei einer Untersuchung von 362 Borderline-Patienten bei 83% seltsames Denken und ungewöhnliche Wahrnehmungen, bei 85% nicht wahnhaft-paranoide Erlebnisse und bei 56% andere, quasi-psychotische Störungen bis hin zu klassischen psychotischen Symptomen von Gedankenentzug, Wahnvorstellungen und Halluzinationen fanden [27]⁴. Im Gegensatz zu den eher charakterologisch verankerten Denk- und Wahrnehmungsstörungen erwiesen sich die quasi-psychotischen und psychotischen Erlebensweisen dabei als relativ kurzfristig [29]. In aller Regel handelte es sich ganz offensichtlich um Reaktionen auf Erfahrungen, die mit so hochgradiger innerer Beunruhigung verbunden waren, dass die Patientinnen sich gegen sie nur noch mit der vorübergehenden Errichtung einer inneren Wahnwelt verteidigen konnten, die Sicherheit und Schutz versprach.

Von schizophrenen Erlebensweisen unterscheiden sich solche psychoseähnlichen oder psychotischen Symptome vor allem durch ihre relativ kurze Dauer und eine meist noch in Andeutungen vorhandene Realitätsprüfung, die früher oder später den Weg zurück in die Wirklichkeit ebnet (dazu auch Rohde-Dachser 1979/2004 [16, S. 40 ff.]; weitere Abgrenzungskriterien bei Dammann und Benecke [30]). Nimmt man als Massstab für die Dauer einer solchen psychotischen Beeinträchtigung die «kurze psychotische Störung» (298.8), wie sie in Achse I des DSM-IV-TR [31, S. 376 ff.] beschrieben wird, dann dauern diese «kurzen psychotischen Störungen» einen Tag bis max. einen Monat, mit anschliessender Rückkehr zu dem Leistungsniveau, das vor dem Ausbruch der psychotischen Störung vorhanden war.⁵ Von der Geschlechtsspezifität einer solchen psychotischen Störung ist an dieser Stelle nicht die Rede. In dem einzigen mir bekannten Buch über «Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie» von Rohde u. Marneros (2007) [32] wird diese Feststellung nachgeholt. Für Rohde und Marneros ist es sinnlos, bei den vorübergehenden akuten psychotischen Störungen überhaupt von einer Geschlechtsspezifität zu sprechen, weil fast 80% der Erkrankten Frauen sind [32, S. 67]. Eine vergleichbare Feststellung ausdrücklich auch für Borderline-Patientinnen finden wir bei Spitzer, Wingenfeld und Freyberger (2011) [28], nach denen vorübergehende psychosenahe oder psychotische Störungen bei weiblichen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger vorkommen als bei männlichen Patienten [28, S. 444]. Nach dem Verständnis dieser Autoren handelt es sich dabei vor allem um eine Dekontextualisierung des emotionalen Erlebens, insbesondere heftiger aversiver Emotionen, die nicht bewusst wahrgenommen werden dürfen, und die wieder verschwinden, wenn sie nicht mehr nötig sind [28, S. 447].

Lassen Sie mich zur Veranschaulichung dazu aus der Therapie einer Borderline-Patientin berichten, die ich vor langer Zeit in der Psychiatrischen Klinik der MHH Hannover durchführte. Die Patientin hatte schwergestörte Eltern und berichtete mir schon ziemlich zu Beginn der Therapie von

4 Zitiert nach Spitzer 2011 [28].

5 Im ICD-10 [3] entspricht dem die «akute vorübergehende psychotische Störung», F23 (S. 116 ff.).

der unglaublichen Einsamkeit, unter der sie während ihrer ganzen Kindheit gelitten hatte. Damals hatte sie sich mangels anderer Gesprächspartner auf ihrem Schulweg oft mit einem Busch unterhalten, an dem sie vorbeikam. Wenig später entwickelte diese Patientin in der Therapie die Überzeugung, dass ich in die Wände meines Sprechzimmers Mikrophone eingebaut hätte, um ihre Gedanken abzuhören, und dass ich die Telefonate, die manchmal in unsere Analysestunde hineinplatzten, absichtlich bestellt hätte, um zu sehen, wie sie darauf reagiere. Ich erinnere mich noch genau, wie ich damals als Erstes Angst bekam, die Patientin könnte trotz aller vorangegangenen Diagnostik vielleicht doch psychotisch sein und würde nun durch die Analyse weiter in diese Krankheit hineingetrieben – eine Befürchtung, die angesichts der damaligen Einstellung der Psychiatrie gegenüber der Psychoanalyse von psychotischen Erkrankungen durchaus eine gewisse Berechtigung hatte. Schliesslich folgte ich aber doch dem Gefühl, die paranoide Übertragung der Patientin auf mich als Mitteilung ihres aktuellen inneren Zustandes zu verstehen, den sie offenbar nur auf diese Weise machen konnte, und sagte zu ihr:

«Mein Eindruck ist, dass Sie, wenn Sie sich in der Pause zwischen den Stunden von mir abgeschnitten fühlen, die Verbindung zu mir wenigstens über die Mikrophone in meinen Wänden und dem Telefon auf meinem Schreibtisch herzustellen suchen, so wie Sie dies früher mit dem Weidenbusch auf ihrem Schulweg getan hatten, um sich zu versichern, dass der Kontakt zu mir auch zwischen den Stunden weiter fortbesteht.»

Die Patientin beruhigte sich daraufhin sehr schnell und war bereit, mit mir über den Sinn dieser wahnhaften Überzeugungen weiter nachzudenken. Diese gingen dabei zunehmend zurück und wichen realistischeren, wenn auch nicht weniger heftigen, Gefühlen, die sich um meine Person drehten.

Der «männliche» Weg in die psychotische Dekompensation

Männliche Patienten gehen, um die freiflottierende Angst, von der auch sie gequält werden, zu binden, einen anderen Weg. Ihre Sozialisation führt von der Mutter weg hinein in eine männliche Welt, in der vor allem Unerschrockenheit, Mut, Wehrhaftigkeit und Durchsetzungsvermögen gefragt sind. Die damit verbundenen Erziehungsvorstellungen prägen auch heute noch einen grossen Teil der männlichen Erziehung (vgl. dazu Fabian u. Thome 2011 [33, S. 29. ff.]). In der familiären Umgebung, aus der sich die späteren antisozialen Persönlichkeiten rekrutieren, gilt dies in ganz besonderem Masse. Die Peer-Groups, in die unsere Jungen hineinwachsen, setzen diesen Trend nahtlos fort. Wer dort als «Muttersöhnchen», «Feigling» oder «Angsthase» abgestempelt wird, hat in der Peer-Group verspielt. Jungen müssen stattdessen auch dort ihre «Männlichkeit» beweisen. Das Gefühl von Angst, das der kleine Junge ursprünglich einmal genau so empfunden hat wie das kleine Mädchen, verkümmert in diesem Prozess allmählich und wird durch aggressive Verhaltensweisen ersetzt, die sich – anders als die Angst – nach aussen, gegenüber einem anderen, entladen, der nunmehr die Angst verspürt, für die der Täter selbst

nicht mehr empfänglich ist. Denn mit der Verkehrung von Angst in Aggression ist auch die Umkehr der ursprünglichen Opfer- in die Täterrolle gelungen. Damit ist er Herr der Situation und kann andere dazu bringen, vor ihm zu zittern, und nicht mehr umgekehrt. Gestützt wird er dabei von phallischen Grössenphantasien, die diese Überlegenheitsillusion weiter untermauern. Mit Kernberg könnte man auch von einem «pathologischen Grössenselbst» sprechen, das der Identifizierung mit den idealisierten Anteilen der Bezugspersonen entstammt, die für den Patienten früher einmal Stärke, Macht, Weisheit und Überlegenheit verkörperten (Kernberg [21, S. 265 ff.]; Clarkin, Kernberg u. Yeomans 1999 [34, S. 169]). Ungeachtet aller bewussten Ablehnung gehören dazu regelmässig auch die bewunderten Eigenschaften der traumatisierenden Bindungsperson, mit der der Patient sich dabei unbewusst identifiziert [34].

Fabian u. Thome (2011) [33] haben die Entwicklung zur antisozialen Persönlichkeitsstörung deshalb auch mit dem Konzept der «defizitären Angst» in Zusammenhang gebracht, und zwar als eine nicht mehr gespürte, aus dem affektiven Reservoir ausgeblendete Angst, die im Gegensatz zu den sogenannten Angstkrankheiten, wie sie als Krankheitsetikett vor allem für Frauen bereitstehen, nirgends zu einer psychiatrischen Diagnose geronnen ist, obwohl sie die Grundlage einer ganzen Reihe schwerwiegender Fehlverhaltensweisen bildet, die vom Eingehen unkalkulierbarer Risiken bis hin zu Gewalt und Kriminalität reichen.⁶ Der Spruch von Estela V. Welldon⁷: «Frauen bekommen Tranquilizer, Männer kommen ins Gefängnis», gehört in diesen Zusammenhang.

Wollte man an dieser Stelle einen Vergleich zu der quasi-psychotischen oder psychotischen Dekompensation ziehen, mit denen Borderline-Patientinnen sich einer solchen inneren Bedrohung zu entziehen trachten, dann wäre es bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen die nicht mehr kontrollierbare, im Dienste der Selbsterhaltung stehende Gewalthandlung, als das in diesem Augenblick einzige Mittel, die gefürchtete, von innen kommende Bedrohung im anderen zu vernichten (Fonagy et al. 2002/2004 [36, S. 365 f.]). Auslösend für unkontrollierte Gewalthandlungen sind dabei ganz ähnlich wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung das Verlassenwerden oder die Furcht vor dem Verlassenwerden durch ein lebenswichtiges Objekt (Rauchfleisch 2011 [37, S. 66 f.]). Das Objekt muss dann mit Gewalt festgehalten oder – im Extremfall – sogar eher getötet werden, als es aus der Kontrolle zu entlassen. Gleichzeitig fühlt er sich von diesem Objekt zutiefst abhängig und hasst es deshalb aus ganzem Herzen. Wenn sich diese, für ihn nicht weiter reflektierbare Ambivalenz ins Unerträgliche steigert, schlägt er zu. Ein anderes Ausdrucksmittel für seine Angst kennt er nicht.

6 Interessant ist, dass ganz unabhängig davon Gabbard (2005) in seinem bekannten Lehrbuch «Psychodynamische Psychiatrie» bei der Feststellung der Prognose der Behandlung dissozialer Patienten zu ganz ähnlichen Feststellungen kommt. Aus seiner Sicht ist das Vorhandensein von Angst ebenso wie die Diagnose einer Depression oder einer psychotischen Erkrankung auf Achse I des DSM-IV ein positives prognostisches Zeichen [35, S. 597].

7 Die Herkunft dieses Spruches konnte ich leider nicht mehr feststellen.

Glasser (1979) [38] hat für diese Form der Gewalthandlung den Begriff der «selbsterhaltenden Gewalt» geprägt. Selbsterhaltende Gewalt richtet sich gegen eine existenzielle Bedrohung des Selbstgefühls oder der Selbstkohärenz, die in diesem Augenblick als von aussen kommend wahrgenommen wird und darauf zielt, diese Gefahr abzuwenden. Anders als bei sadistisch motivierten Gewalttaten, bei denen der Täter sich an der Angst oder Qual des Opfers weidet, gibt es dabei keine empathische Einfühlung in das Opfer, das in diesem Moment nur noch als Verursacher der Bedrohung wahrgenommen wird, der vernichtet werden muss, um die von ihm ausgehende Gefahr ein für alle Mal zu bannen. Früher oder später rufen solche Taten den Staatsanwalt auf den Plan und in der Folge auch den Psychiater, hier aber primär als Gutachter, der entscheiden soll, ob der Täter schuldig ist oder nicht. Nicht zuletzt vom Urteil des Psychiaters hängt es dann ab, ob der Patient ins Gefängnis kommt oder in die forensische Psychiatrie. 75% der Gefängnisinsassen haben nach einer Reihe von Studien eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (Kopp et al. 2009 [39]). Als psychisch krank oder im engeren Sinne psychotisch gelten sie in der Regel aber nicht. Es sieht so aus, als ob Gewalt und Krankheit sich in unserem assoziativem Denken gegenseitig ausschliessen. Die Vorstellung von Krankheit ist mit Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit verbunden. Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung verweigern in der Regel eine solche Hilfestellung oder nehmen sie, wenn sie ihnen von aussen aufgediktet wird, meistens nur pro forma an. Zu früh haben sie gelernt, dass nach den gemachten Erfahrungen von aussen keine Hilfe mehr zu erwarten und es deshalb besser ist, auf die beschriebene negative Weise Aufmerksamkeit zu erregen, so wie Winnicott dies bereits 1958 für die dissoziale Entwicklung beschrieben hat [40]. Dazu gehört auch der immer neu geführte Nachweis, dass man die angebotene Hilfe nicht braucht. Für den Therapeuten, der sich dieser ungeliebten Patienten (Rauchfleisch 2011 [37]) trotzdem annimmt, ist es dann die erste Aufgabe, hinter der vordergründigen Hilfsverweigerung die latente Bitte um Hilfe herauszuhören, obwohl er weiss, dass jeder erneute Kontakt mit der verdrängten Sehnsucht, den erlittenen Enttäuschungen und der in Aggression verwandelten Angst wieder zu einem unkontrollierten Impulsdurchbruch führen kann, in dem der Patient nur mehr blindlings zuschlägt, ohne in diesem Moment die Folgen seiner Tat in irgendeiner Weise zu bedenken [37].

Es wird mit Sicherheit lange dauern, bis ein solcher Patient in die Lage kommt, sich von dieser habitualisierten aggressiven Abwehr innerlich zu distanzieren. Dass auch solche, auf den ersten Blick heroischen Therapieversuche erfolgreich sein können, hat aber schon Winnicott eindrucksvoll bewiesen. «Die antisoziale Tendenz», so Winnicott, «ist ein Hinweis auf Hoffnung» [40, S. 200] – Hoffnung darauf, dass jemand das darin verborgene Hilfeersuchen sieht und darauf antwortet.

Nachwort eines Borderline-Patienten

Zum Schluss möchte ich dazu einen Borderline-Patienten zu Worte kommen lassen, der nicht so recht in die hier

beschriebene Gender-typische Häufigkeitsverteilung passt – ein Patient, für den ich ein Jahr lang fast nur Zuhörer war, während er mir vor allem von seiner grenzenlosen Hoffnungslosigkeit berichtete (vgl. dazu auch Rohde-Dachser 1979/2004 [16, S. 185 f.]):

«Mir geht es gut, seit ich weiss, dass es für mich keine Zukunft gibt. Ich sitze mein Leben ab wie eine lebenslängliche Zuchthausstrafe, und ich bin dabei wunschlos unglücklich! Früher habe ich gelitten. Jetzt, wo ich keine Hoffnung mehr habe, kann mir niemand mehr etwas anhaben.

Gestern habe ich den Faust-Film gesehen. Ich habe mir gedacht, was dem Faust wohl erspart geblieben wäre, wenn er sich durch den sentimentaligen Gesang in der Kirche nicht vom Selbstmord hätte abhalten lassen. Und der Pakt mit dem Teufel: «Könnt' ich zum Augenblicke sagen, verweile doch, du bist so schön!» Einen Menschen, der an dieser Welt wirklich etwas schön findet, soll doch der Teufel holen! Warum macht man darum so ein Geschrei? Ich habe mir meine eigene Welt geschaffen. In diese Welt kann ich reisen, wann immer ich will; ich brauche dazu nur Alkohol und meine Musik. Ich habe dann eine «Zeitmaschine». Wenn ich in diese Zeitmaschine steige, kann ich beliebig in die Vergangenheit und in die Zukunft reisen. Mein Land, in das ich reise, ist eine weite Landschaft in einer fernen Zukunft, wo die Menschen nach einer Weltkatastrophe mit den Relikten unserer Zivilisation leben, deren Bedeutung sie nicht mehr kennen. Für mich hat diese Katastrophe bereits stattgefunden. Ich weiss nicht mehr, wann das gewesen ist. Wo ich mit meiner Zeitmaschine lande, sprechen die Menschen nicht mehr miteinander. Sie haben nur noch Zeichen, mit denen sie sich über die notwendigsten Dinge verständigen. Neben ihnen – unterirdisch – existiert noch eine andere Welt. Dort leben Wesen, die sich von diesen Menschen ernähren. In die unterirdische Welt führt ein riesiges Tor, das am Tage verschlossen ist. Nachts öffnet sich das Tor und am darauffolgenden Tage sind jedes Mal ein paar Menschen verschwunden. Jeder weiss, dass das dunkle Tor, die unterirdischen Wesen sie eingesaugt haben, aber die Menschen gehen zu ihren täglichen Geschäften über. Der kritische Punkt in meinem Traum – ähnlich wie in dem Film, den ich einmal gesehen habe – ist dort, wo das Tor auch die Zeitmaschine meines Helden einsaugt, und er plötzlich erkennt, dass er vielleicht niemals in seine eigene Wirklichkeit, in sein Ursprungsland zurückkehren können. Er schafft es dann schliesslich doch, aber nur unter grossen Gefahren.

Einmal rettet der Held meiner Geschichte auf dieser Zukunftsreise eine Frau, die in einen Fluss gefallen und am Ertrinken ist. Er errettet sie. Sie wendet sich zunächst schweigend von ihm ab, besucht ihn aber dann abends an seinem Lagerplatz, während alle anderen Menschen sich verstecken, weil sie wissen, dass das dunkle Tor sich wieder öffnet. Die Frau setzt sich schweigend neben den Mann mit der Zeitmaschine, bis dieser das Schweigen nicht mehr erträgt und ihr eine Frage stellt, die mich vom Stuhl reisst: «Willst du denn nicht wissen, wer ich bin und woher ich komme?»

Dieser Aufsatz war ein, wenn auch unvollkommener, Versuch, auf diese Frage eine Antwort zu geben.

Literatur

- 1 American Psychiatric Association (1994). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Deutsche Bearbeitung von Sass H, Wittchen HU, Zaudig M. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe Verlag; 1996.
- 2 American Psychiatric Association (1980). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III). Deutsche Bearbeitung von K. Koehler K, Sass H. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 1984.
- 3 Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). Dilling W, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.). Bern: Huber-Verlag; 1991.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 5 Möller-Leimkühler AM, Kasper S. (2010). Psychische und Verhaltensstörungen. In: Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.). Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Eine Pilotstudie. Germering b. München: Zuckschwerdt-Verlag; 2010. p. 135–59.
- 6 Robins LN, Regier DA (eds.). Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York: Free Press; 1991.
- 7 Braun CV, Stephan I (Hrsg.). Gender@Wissen. Böhlau: UTB; 2005.
- 8 Teuber N. Das Geschlecht der Depression. Bielefeld: transcrip Verlag; 2011.
- 9 Bardehle D, Stiehler M (Hrsg.). Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Eine Pilotstudie. Germering b. München: Zuckschwerdt-Verlag; 2010.
- 10 Warner R. The diagnosis of antisocial and hysterical personality disorder. An example of sex bias. *J Nerv Ment Dis.* 1978;166:303–10.
- 11 Warner R. Racial and sexual bias in psychiatric diagnosis: psychiatrists and other mental health professionals compared by race, sex, and discipline. *J Nerv Ment Dis.* 1979;167:303–10.
- 12 Ford MR, Widiger TA. Sex bias in the diagnosis of histrionic antisocial personality disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1989;57:303–5.
- 13 Hamilton S, Rotbart M, Dawes R. Sex bias diagnosed in DSM-III. *Sex Roles.* 1986;15:269–71.
- 14 Herpertz SC, Sass H. «Die Hysterie» – ein Frauenleiden? Zur Geschlechtsverteilung bei der Histrionischen Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie.* 2000;3 (4):154–9.
- 15 Funtzowicz u. Widinger.
- 16 Rohde-Dachser C (1979). Das Borderline-Syndrom. 7. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto: Huber-Verlag; 2004.
- 17 Fonagy P, Target M. Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche – Z Psych-Anal.* 2000;55(9/10):961–95.
- 18 Moser U, Zeppelin IV. Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche – Z Psychanal.* 1996;50:32–84.
- 19 Winnicott DW. Fear of breakdown. *Int Rev Psychoanal.* 1974;1:103–7.
- 20 Bion WR. Aufmerksamkeit und Deutung. Freiburg: Edition Diskord; 2006.
- 21 Kernberg OF. Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1978.
- 22 Dulz B, Schneider A. Borderline-Störungen – Theorie und Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag; 1995.
- 23 Hoffmann SO. Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag; 2000. p. 227–36.
- 24 Fabian E, Thome A. Defizitäre Angst, Aggression und dissoziale Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Praxis.* 2011;15:24–34.
- 25 Bion WR. (1959). Angriffe auf Verbindungen. In: Spillius EB (Hrsg.). Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse; 1990. p. 110–29.
- 26 Green A. Die zentrale phobische Position – mit einem Modell der freien Assoziation. *Psyche – Z Psychoanal.* 2002;56:409–41.
- 27 Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2003;160:274–83.
- 28 Spitzer C, Wingenfeld H, Freyberger J. Psychosenahe Symptome. In: Dulz B, Herpertz S, Kernberg OF, Sachsse U. (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2011. p. 441–8.
- 29 Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney KB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-years follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2007;164:929–35.
- 30 Dammann G, Benecke C. Psychotische Symptome bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie.* 2002;6(4):261–73.
- 31 American Psychiatric Association (2000). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision (DSM-IV-TR). Deutsche Bearbeitung von Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe Verlag; 2003.
- 32 Marneros A, Pillmann F. Akute vorübergehende psychotische Störungen. In: A. Rohde, A. Marneros (Hrsg.). Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag; 2007. p. 67–81.
- 33 Fabian E, Thome A. Defizitäre Angst, Aggression und dissoziale Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Praxis.* 2011;15(1):24–34.
- 34 Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (Hrsg.) (1999). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag; 2001.
- 35 Gabbard GO. Psychodynamische Psychiatrie. Deutsche Ausgabe. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2010.
- 36 Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta; 2004.
- 37 Rauchfleisch U. Antisoziale Persönlichkeiten – eine ungeliebte Patientengruppe. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie.* 2011;15(1):35–43.
- 38 Glasser M. Some aspects of the role of aggression in the perversions. In: Rosen I (ed.). *Sexual Deviation.* Oxford: Oxford University Press; 1979. p. 278–305.
- 39 Kopp D, Spitzer C, Kuvert P, Barnow S, et al. Psychische Störungen und Kindheitstraumata bei Strafgefangenen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 2009.
- 40 Winnicott DW (1984). Die antisoziale Tendenz. In: Winnicott DW. Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2008.