

Früherkennung beginnender Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

Der Begriff Persönlichkeit ist nicht zu unrecht ein sehr umstrittener Begriff. Eine Definition auf die man sich einigen könnte wäre, dass es sich um eine Struktur von Eigenschaften und Verhaltensweisen, wie besondere Arten der eigenen Wahrnehmung, denen man seine charakteristische unverwechselbare Individualität verleiht und die weitgehend konstant sind und sich in unterschiedlichem Grade in sozialen Anforderungssituationen ähnlich darstellen.

Die Entwicklung der Persönlichkeit und damit von, im Grunde zwar individuellen aber im Einzelfall dann letztendlich doch stabilen Strukturen erscheint einerseits eng verknüpft mit den unterschiedlichen entwicklungspsychologischen Abläufen vom Kind zum Jugendlichen und zum Erwachsenen, andererseits aber auch mit den dahinter liegenden biologischen Prozessen der Hirnreifung.

Insofern kann man davon ausgehen, dass eine abschließende stabile Persönlichkeit sich ca. mit dem 25. Lebensjahr ausgebildet haben sollte. Auf der anderen Seite kann man unter der Voraussetzung dieses Denkmodells dessen ungeachtet auch davon ausgehen, dass Irritationen dieses Entwicklungsprozesses bis zum 25. Lebensjahr zu einer besonderen Eigenschaft der sich entwickelnden Persönlichkeit auszeichnen, aber zum anderen an diesem Punkt auch die Gefahr besteht, dass sich Persönlichkeitsstrukturen entwickeln, die letztendlich die Besonderheit von Persönlichkeit, einer Person ihre unverwechselbare Individualität zu verleihen, nicht mehr stattfinden lassen. Insofern werden mit Persönlichkeitsstörungen auch typischerweise zwar abgrenzbare Persönlichkeitszüge, die oftmals mit unangepassten Verhaltensmustern in unterschiedlichen sozialen Situationen einhergehen und damit sich deutlich von denen des Bevölkerungsquerschnitts unterscheiden, beschrieben. Darüber hinaus zeigen die unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen in ihrer jeweiligen Zuordnungsgruppe dennoch große Ähnlichkeiten, so dass teilweise die Reaktions- und Verhaltensweisen bei Kenntnis der entsprechenden Persönlichkeitsstörung und dem damit einhergehenden notwendigen Störungswissen, vorhersagbare Verhaltens- und Reaktionsweisen präsentieren.

Eine unverwechselbare Individualität ist dann nicht mehr gegeben und wird ersetzt durch eher rigide Persönlichkeitszüge, die im Besonderen ein lebendiges und authentisches Kontaktverhalten mit der sozialen Umwelt kaum noch möglich machen. Dies zeigt sich über

verschiedenste unterschiedliche Situationen hinweg, was wiederum die „Auffälligkeit“ nach außen hin bedingt.

Fernerhin erzeugen diese besonderen Reaktions- und Erlebensweisen regelhaft ein persönliches Leid und meist auch eine ausgeprägte gestörte soziale Funktionsfähigkeit. Im Besonderen das Empfinden des subjektiven Leidens entwickelt sich erst im Verlaufe der Altersentwicklung. Für das Jugendalter ist typisch, dass bei beginnenden Persönlichkeitsstörungen das subjektive Leid nur wenig wahrgenommen wird und im Besonderen die soziale Umgebung (Eltern, Schule, Peer-Group) unter der besonderen Reaktionsweise des Betroffenen leiden.

Die Beeinträchtigungen im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung betreffen ganz basale menschliche Möglichkeiten. Dies umfasst insbesondere die Art und Weise des Denkens, die Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen, aber auch tief verwurzelte Einstellung und Vorstellung bezüglich der eigenen Person und anderen.

Im Weiteren ist häufig die Affektivität, also die Gefühlsausdrucks- und Regulationsmöglichkeit beeinträchtigt. Hier ist zum einen eine reduzierte Variationsbreite der Abstufungsmöglichkeit zu beobachten. Gleichzeitig sind Oftmals auch die Intensität und die Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit oder Reaktionsweise deutlich abweichend von der Norm.

Darüber hinaus zeigt sich oft eine fehlende Fähigkeit zur Selbstberuhigung und die Begrenzung der inneren sich ausbreitenden negativen Affekte scheint kaum zu gelingen. Überhaupt scheint das niederschwellige Auslösen intensiver negativer Affekte im Vordergrund zu stehen. Hieran anknüpfend kommt es oftmals zu einer ausgeprägten Beeinträchtigung der Impuls- und Triebkontrolle. Es kann weiterhin beobachtet werden kann, dass es auf Seiten der Betroffenen sowohl berechnete Sorgen um ihre Impulskontrolle gibt und wir phänomenologisch beobachten können, dass Impulse nicht ausreichend kontrolliert werden und ausagiert oder umgelenkt werden, z. B. in Form des selbstverletzenden Verhaltens oder in Form einer Bulimie. Auf der anderen Seite gibt es aber außerdem überkompensatorisch bei Sorge um Kontrollverlust eine deutliche Rückzügigkeit und Einschränkung der Bedürfniswahrnehmung, -mitteilung und -umsetzung.

Überhaupt scheinen sich die betroffenen Patientinnen und Patienten oftmals in einem Spannungsfeld zwischen zuviel und zuwenig in den unterschiedlichen Erlebensqualitäten zu bewegen. Ein Mittelmaß zu finden, auszubalancieren und austarieren ist scheinbar nur in ganz begrenztem Maße möglich.

All dies führt letztendlich zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Art und Weise wie diese Personen Umgang mit anderen Menschen pflegen können. Insgesamt werden Beziehungen eher überbedeutsam erlebt, so dass eine adäquate Reaktionsweise in Beziehungen oftmals nicht möglich ist.

Diese reduzierte „Geschmeidigkeit“ und Anpassungsfähigkeit führt letztendlich dazu, dass wir ein kategorisierbares, beschreibbares Verhaltens- und Erlebensmuster finden können, welches eben viele/alle zwischenmenschlichen Persönlichkeitsqualitäten betrifft und offensichtlich außerdem im Rahmen des weiteren Entwicklungsverlaufes eine relativ hohe Stabilität aufweist. Ferner kommt bei diesen Patienten die typischerweise stattfindende Reduktion von expansiven, extrovertierten Verhalten und einem in der Jugendzeit doch häufig vorkommenden Neurotizismus in Richtung des 30. Lebensjahres nicht in gleichem Maße vor, wie in der Normalbevölkerung.

Oftmals bleibt auch die Zunahme von sozialer Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit aus, so dass eine „beruhigende Reifung“ oft fehlt.

Wenn man sich dem Phänomen der Persönlichkeitsstörung versucht anzunähern, hat es sich meiner Meinung nach gerade in klinischen Zusammenhängen bewährt, von einem grundsätzlichen Modell einer „Ich-Grenzen-Störung“ auszugehen. Dieses Modell, welches auch schwere psychiatrische Erkrankungen wie Psychosen verstehen lässt, kann ggf. die Entwicklung in Richtung einer Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar machen und gerade im Kontakt mit den betroffenen Klienten zu einer Entlastung führen, aber auf der anderen Seite auch hilfreiche Hinweise für therapeutische Ansätze bieten.

Offensichtlich scheinen Menschen, die dazu neigen eine Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, primär im Kindes- und Jugendalter im Verhältnis zu ihren Altersgenossen über eine vermehrte Irritabilität zu verfügen. Es entsteht der Eindruck, dass im Besonderen im zwischenmenschlichen Kontakt die von den anderen Menschen ausgehenden Stimuli intensiver und überbedeutsamer erlebt werden. Eine ausreichende Filter- und Abgrenzungsfunktion in bedeutsamen sozialen Kontakten scheint nur wenig ausgeprägt zu sein.

Im Gegensatz zur Psychose scheint sich diese Filterfunktionsstörung vor allem auf diese relevanten Beziehungsaspekte zu beziehen, andere Filterfunktionsstörungen z. B. im Bereich der visuellen oder akustischen Wahrnehmung scheinen ansatzweise ebenfalls deutlich zu werden, jedoch nicht in gleichem Umfang, wie wir dies bei Patienten mit Psychosen beobachten können. Auch scheint das Denken nicht in gleichem Maße beeinträchtigt zu sein, dafür früher und oftmals ausgeprägter, die Affekt- und Impulsregulation deutlich beeinträchtigt zu sein.

Neben dieser objektbezogenen Filterfunktionsstörung scheint jedoch auch die innere Kompartimentierung unterschiedlicher Affekte nur wenig zu gelingen, so dass man den Eindruck hat, dass z. B. bei Auslösung/Aktivierung eines negativen Affektes (z. B. Angst) dieser sich in den jeweiligen betroffenen Personen vollständig auszubreiten scheint und diese Patienten sozusagen nur noch aus Angst bestehen würden. Eine meiner Patientinnen drückte dies für sich treffend so aus, dass sie „Angst“ oder „Suizid“ sei und dies bei dieser Interpretation tatsächlich einer sehr körpernah erlebten Wahrnehmung entspricht und nicht z. B. einer mangelhaften kognitiven Fähigkeit der sprachlichen Differenzierung von Affekten.

Ebenso entsteht der Eindruck, dass es eine umgekehrte Filterfunktionsstörung gibt, von innen nach außen also, so dass auftretende Impulse und Triebe nicht ausreichend gehemmt oder gefiltert werden können und entweder überkompensatorisch zurückgehalten werden. Diese führen letztendlich aber zu starker Anspannung und daraus resultieren dann oftmals z. B. selbstverletzendes Verhalten oder andere Ersatzverhaltensweisen, die ebenfalls ein impulsives Muster aufweisen. Somit werden sie entweder umgelenkt oder aber unmittelbar wiederum vermehrt in Beziehungen ausagiert.

An dieser Stelle sei erlaubt darauf hinzuweisen, dass gerade im professionellen Umgang mit diesen Klienten, in dem wir als Profis dazu neigen, uns ja selektiv zur Wahrnehmung des Klienten offen zu machen und insofern professionell unsere Ich-Grenzen herunterfahren und wir dann bei fehlender Filterfunktion auf Seiten unseres Gegenübers oftmals starke negative Affekte oder Teile dieses inneren Überflutenseins unseres Gegenübers unbestimmt wahrnehmen. Nach meiner klinischen Erfahrung geht dies oftmals mit somatischen Gegenübertragungsphänomenen auf Seiten der Professionellen einhergeht (zum Beispiel innerliche Unruhe, Schlafstörungen, Schmerzsymptome aber auch Gefühle von vermehrter Anspannung, teilweise mit Pulsbeschleunigung, Blutdrucksteigerung).

Darüber hinaus scheint man als professionell Tätiger im Kontakt mit Menschen, die über diese Ich-Grenzen-Störung verfügen, jedoch eben gerade noch nicht psychotisch sind, deren Not wahrzunehmen und speziell zu Beginn des professionellen therapeutischen Kontaktes ein berechtigtes Gefühl von Hilfe und Unterstützung geben wollen auszulösen. Häufig führt dies aber im weiteren Kontakt zum Rückzug von diesen Klienten, zum einen aufgrund des Gefühles, dass die üblichen Interventionen oftmals nicht hilfreich sind und man offensichtlich im Kontakt mit diesen Klienten selbst einer gewissen Reizüberflutung ausgesetzt ist mit Auslösung von ebenfalls intensiven Affekten im eigenen inneren Erleben.

Letztendlich sind diese Grenzstörungen im inneren als auch im Kontakt mit der im Besonderen sozialen Umwelt derart anspannungserzeugend und irritierend, dass sie bei Fortbestehen dieses Zustandes für die meisten Menschen nur wenig aushaltbar erscheint und wie bei anderen seelischen Erkrankungen auch, es letztendlich dem Organismus immer wieder darum geht, Überaktivierungen zu reduzieren, so dass sich seelische Erkrankungen entweder als Form von Überaktivierung symptomatisch darstellt oder als der überkompensatorische Versuch der Abschirmung prominiert.

Dies scheint auch bei der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen eine große Rolle zu spielen, so dass der ungeschützte Mensch sich in ein pseudogeschütztes Muster hinüberrettet, welches den Anschein einer individuellen Persönlichkeit hat, diese letztendlich jedoch hinter diesem pseudoschützenden „als ob-Strukturen“ weiterhin höchst irritabel nicht reifend zum Teil unerkennbar bleibt. Der Unerkennbarkeitsgrad nimmt im Verlauf zum Erwachsenenalter ein Ausmaß an, welches dann nicht nur die Unerkennbarkeit für die soziale Umwelt um die Betroffenen herum bedeutet, sondern auch eine nicht mehr Erkennbarkeit und Unzugänglichkeit für die Betroffenen selbst.

Dies ist eine Erfahrung, die ich als Erwachsenen-Psychotherapeut oftmals gerade im Vergleich mit meinen jugendlichen Klientinnen und Klienten machen musste.

Darüber hinaus stellt sich für uns als Helfer, aber auch für die natürliche soziale Umgebung der Klienten eine soziale Situation dar, in der wir unser Gegenüber nur kaum adäquat authentisch lebendig kontaktieren können, welches ebenfalls zu ausgeprägten Irritationen in der sozialen Umgebung führen kann und letztendlich immer wieder zu Rückzugsverhalten.

Die Einteilung der Persönlichkeitsstörung im DSM IV, in die 3 Cluster A (sonderbar exzentrisch), Cluster B (dramatisch emotional launisch) und Cluster C (ängstlich furchtsam) zeigen in ihren Beschreibungen ggf. zwei Seiten der gleichen Medaille, die sich immer wieder versucht zu balancieren zwischen den Polen Instabilität versus Rigidität, wobei Instabilität den von mir oben beschriebenen relativ ungeschützten Organismus darstellen und Rigidität den pseudogeschützten letztendlich aber nicht gereiften Organismus beschreiben möchte.

Besonders die im Cluster A beschriebene paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörung hat sich sehr rigide für ein bestimmtes Wahrnehmungsmuster in Richtung eines bestimmten spezifischen Wahrnehmungs- und Erlebensmuster entwickelt. Die Unverrückbarkeit der oft damit einhergehenden und oftmals nur wenig einfühlsamen Reaktionsweisen spricht für ein hohes Maß an Rigidität.

Der Cluster C erscheint meines Erachtens keine glückliche Wahl, da hier zum einen mit der vermeidenden selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und der dependenten Persönlichkeitsstörung eher ausgeprägt instabile Klienten beschrieben werden, auf der anderen Seite mit der zwanghaften Persönlichkeitsstörung eher eine mit ausgeprägter Rigidität einhergehende Persönlichkeitsstörung beschrieben wird, die eher dem Cluster A zuzuordnen wäre.

Auch die in Cluster B beschriebene antisoziale und histrionische sowie narzisstische Persönlichkeitsstörung hat natürlich in der Symptomatik immer noch erkennbare instabile Anteile, so dass sie damit dramatisch emotional und expansiv erscheinen, dennoch könnte man davon ausgehen, dass es sich hier um den stabilisierten letztendlich jedoch unflexibel

rigiden, pseudostützenden Teil der Persönlichkeit handelt, der letztendlich den dahinter liegenden ungeschützten irritablen Teil verdeckt.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung erscheint mir insofern das grundlegende Muster und die grundlegende Problematik der Persönlichkeitsstörungen widerzuspiegeln. Man könnte daher im Grunde die Borderline-Störung als eine basale Problematik der unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen auffassen und die sich auf dem Boden dieser hohen Irritabilität entwickelnden anderen rigiden Reaktionsweisen als überkompensatorische Folgen zur Vermeidung von Überforderung des seelischen Apparates verstehen. (Siehe Kernbergs Borderline-Persönlichkeitsorganisation)

Insbesondere die histrionische Persönlichkeitsstörung ist ja ein Paradebeispiel dafür, dass die Intensität des Ausdrucksverhaltens weiterhin sehr ausgeprägt erscheint und damit eine scheinbar hohe Lebendigkeit und Emotionalität vorzuliegen scheint. Wie wir jedoch aus den klinischen Verläufen wissen, oftmals das Thema völlig verfehlt ist und auch der Ort und die betroffenen Personen nicht die sind, um die es in den inneren Themen der Menschen mit histrionischen Persönlichkeitsstörungen tatsächlich geht.

Gerade im Jugendbereich kann man sogar den Eindruck gewinnen, dass sich auf eine tatsächlich vorhandene Borderline-Störung eine „als ob-Borderline-Störung“ als pseudoschützendes Verhaltensmuster aufpfropft, so dass die Verhaltensweisen der Klienten formal denen einer Borderline-Störung entsprechen, man jedoch das Gefühl hat, dass die Impulsivität und Regulationsfähigkeit so wie die Irritabilität nicht in gleichem Maße beeinträchtigt ist, wie bei einer „tatsächlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung“, ich oftmals auch in den Behandlungsteams die Erfahrung mache, dass Patienten mit einer noch nicht kompensierten Borderline-Störung offensichtlich viel Helferwille auslösen, da die eigentliche Not der Klienten noch deutlich erkennbar ist, die Patienten mit einer „als ob Borderline-Störung“, die dann ja am ehesten den histrionischen Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen wäre, zunehmend aber auch dem klinischen Cluster einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden kann, die Teammitglieder dann vermehrt ärgerlich, ohnmächtig im Kontakt mit den gleichen Klienten werden lässt.

Letztendlich ist davon auszugehen, dass die Patienten sich unter der Not der Borderline-Störung stabilisiert haben, wenn auch Dysfunktionalität nicht vollständig aufgehoben ist.

Erst wenn man diese dysfunktionalen Selbstregulationsversuche in der Tiefe versteht, ist auch nachvollziehbar, dass die Aufgabe des Schutzes durch die Klienten nur wenig wahrscheinlich ist und insofern immer wieder Hilfe geleistet werden und auch mit den Klienten offen in Kontakt gebracht werden muss, Ihre sich selbst schützenden Reaktionsweisen zunächst nachvollziehbar sind und auch mit einer gewissen Funktionalität einhergehen, letztendlich aber bedeuten würden, dass weiteres Wachstum verhindert wird und die Pseudonotreifung mit im weiteren aufrecht erhaltener Irritabilität und Dysfunktionalität eingekauft wird.

Gerne möchte ich noch einige Worte zu den möglichen Ätiologien der o. b. Grenzstörungsproblematik verlieren:

Ein Neugeborenes kommt üblicherweise sehr reizoffen, wenig selbstregulationsfähig und ungeschützt zur Welt. Es ist als physiologische Frühgeburt also in einem hohen Maße im Kontakt mit sicheren Erwachsenen darauf angewiesen, dass diese mitregulieren, diese das Erleben des Säuglings resonieren und gleichzeitig vor Überstimulation aber auch vor Unterstimulation schützen. Auch die Reaktionsweisen des Säuglings sind in gewisser Weise vorhersehbar, haben aber ebenfalls einen stereotypen, wenig differenzierten Charakter. So ist bei jeglichem Dyskomfort am ehesten damit zu rechnen, dass die Babys schreien und weinen. Ein differenzierter Affektausdruck, der möglich macht zu verstehen, was die Quelle der Not ist, steht Säuglingen zumeist nicht zur Verfügung. Sie sind daher auf unser einführendes Verstehen und detektivisches Nachgehen angewiesen, damit wir dann entsprechend hilfreich zur Seite stehen können, also eine voll gemachte Hose säubern, ausreichend für Nahrung sorgen, ein Wiegenlied zur Beruhigung des Kindes singen oder versuchen, Schmerzen zu lindern. Über dieses Einfühlen können wir gleichzeitig durch Mimik, Gestik und Lautieren dem Säugling Resonanz über das vermutete Gefühl, z. B. Trauer, Angst, Schreck, Freude vermitteln, so dass letztendlich eine Lern- und Differenzierungsmöglichkeit für den Säugling entsteht.

Die Reaktionsweisen sind oftmals subtiler als wir vermuten können, so dass wir auch davon ausgehen müssen, dass unsere Pupillenstellung, unsere Atemfrequenz, unsere Herzfrequenz, unsere Mikromimik im Rahmen der physiologischen Filterfunktionsstörung des Säuglings einen starken Eindruck auf den Säugling machen und es umso bedeutsamer ist, dass die

erwachsenen Bezugspersonen in großen Teilen selbst über ausreichend adäquate Filter verfügen, was in manchen Situationen jedoch nicht der Fall sein kann.

So können zahlreiche psychiatrische Erkrankungen auf Seiten der Eltern dazu führen, dass deren Resonanzfähigkeit und Einfühlbarkeit reduziert ist, hier seien nur Traumafolgeerkrankungen und Depressionen beispielhaft genannt.

In dem der Säugling ein undifferenziertes Ausdrucksverhalten zeigt und angewiesen ist auf die ständige Resonanz des Gegenübers, dieses aber aufgrund der eigenen Beeinträchtigung hierzu nicht in der Lage ist, ein adäquates Werden sich erleben und ausdrücken lernen nicht stattfinden kann. Letztendlich bleibt Affektdifferenzierung aus und wie wir es dann eben oftmals im Jugend- und im jungen Erwachsenenalter weiter beobachten können, ähnlich der Totalität des Säuglingserlebens bleiben die Betroffenen ganz dem negativen Affekt ausgeliefert.

Darüber hinaus ist dafür zu sorgen, dass es nicht zu einer Überstimulation kommt, welche auf der einen Seite intensiv und offensichtlich sein kann, z. B. Lärm, Schreien, ungefilterte Aggressivität, intensive Gefühle von Angst auf Seiten der Bezugsperson aber auch inadäquate nur wenig regulierte Körperkontakterfahrung.

Insbesondere in sozioemotionalen Milieus, in denen Gewalt, Drogenkonsum und intensive zwischenmenschliche Auseinandersetzungen eine Rolle spielen, kann ein solcher Rahmen nur wenig zur Verfügung gestellt werden. Auch hier spielen psychiatrische Erkrankungen auf Seiten der Eltern oftmals eine große Rolle.

Beim Kind gibt es Hinweise, dass die ersten 1 ½ Jahre hier hoch bedeutsam sind und insofern ein Ausbleiben der o. b. Notwendigkeiten letztendlich zu einer nicht ausreichend ausgebildeten Grenzregulationsfunktion in den verschiedenen Bereichen Wahrnehmung, Affektivität, Impulsivität und im Besonderen Identitätsstiftung fehlen oder ausbleiben.

Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise darauf, dass selbst bei ausreichender Zurverfügungstellung all der o. g. Notwendigkeiten es auf Seiten des primär ungeschützten

Säuglings nur eine reduzierte Fähigkeit/biologische Ausstattung gibt, diese Regulationshilfe, Resonanz und Schutzfunktion der Eltern zum Aufbau von regulierenden, filternden und identitätsstiftenden Strukturen zu nutzen. Hier müssen wir davon ausgehen, dass die Vernetzungsfähigkeit der für die Persönlichkeitsentwicklung bedeutsamen Hirnanteile, im Besonderen aber die Bereiche, die für Emotions- und Wahrnehmungsregulation zuständig sind, nicht über die gleichen Lernkapazitäten verfügen, wie dies üblicherweise der Fall ist.

Aber selbst wenn all das elterlich notwendige dem Säugling zur Verfügung gestellt wird und er grundlegend von seiner biologischen Ausstattung her über eine gute Lern- und Reifungsfähigkeit verfügen hat natürlich jede Ich-Grenze ihre Belastungsgrenzen, so dass es nach Ausbildung einer adäquaten inneren und äußeren Struktur durch die Einwirkung von Traumata erneut zu einer Brüchigkeit der einmal geschaffenen Grenzen kommen kann.

An dieser Stelle sind zum einen die psychosozialen und emotionalen Traumata zu nennen, wie Gewalt, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung, auf der anderen Seite aber auch andere Noxen, wie Drogenkonsum, Infektion, Medikamente und Schädel-Hirn-Traumata oder Asphyxien. Insbesondere bei den persönlichkeitsgestörten Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen sich im Schnitt ca. $\frac{3}{4}$ auch im Sinne einer Traumafolgeerkrankung belastet.

Hierbei ist jedoch zu betonen, dass die Traumatisierungen, die zumeist nach den ersten zwei Lebensjahren stattgefunden haben, auch als Folge der primären Grenzstörungen zu verstehen sind oder auch als Weiterwirken der primär ungünstigen Sozialisierungsbedingungen.

Schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen gehen nur in den seltensten Fällen monokausal mit Traumatisierungen einher, sondern haben oftmals eine Kombination von dem oben dargestellten Mangel in der primären Versorgungssituation einer genetischen, biologischen Prädisposition und zusätzlich einer hinzukommenden Traumatisierung.

Grundsätzlich kann man also die Persönlichkeitsstörungen als primär unaushaltbare Instabilitäten mit nur reduzierten Möglichkeiten zur Wiederherstellung des inneren Gleichgewichtes auf Seiten der Klienten verstehen, denen stabilisierende aber letztendlich

doch fixierende und zunächst beruhigende aber letztendlich doch dysfunktionale Kompensationsmechanismen im Rahmen der Entwicklung entgegengestellt werden.

Zu der Fixierung der Reaktionsweisen und der nur eingeschränkten stereotypen Möglichkeit, gerade in der sozialen Interaktion sich zu verhalten, kommt es auch oftmals zu einer Fixierung ungünstiger Abwehrmechanismen. Hier seien im Besonderen die Mechanismen der Spaltung, Verleugnung und Projektion genannt. Darüber hinaus kommt es in der weiteren Entwicklung gerade im Jugendalter zu einer Fehlintegration notwendiger identitätsstiftender Selbstanteile. Hier geht es im Besonderen um aversive Affekte, um Sexualität und das Lernen des Umgangs mit Ambivalenzen.

Insofern sind zum einen die primäre Instabilität aber auch schon die kompensatorischen Rigiditäten dafür verantwortlich, dass es im weiteren Verlauf zu einer unzureichenden Persönlichkeitsentwicklung kommt.

Darüber hinaus zeigen sich eine große Anzahl gerade bei jugendlichen Patienten an komorbiden Erkrankungen (siehe Grafik 1).

Querschnittsstudie in 5 Kulturen (McCrae et al., 2000 - Persönlichkeit allgemein)

Vom 14.-30. Lebensjahr

- **Abnahme von Neurotizismus und Extraversion**
- **Zunahme von Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit**
- **Unterschiedliche Trends bei Offenheit in verschiedenen Kulturen**

Mehr Veränderungen vom 14-17J. zum 18-21J.

als vom 18-21J. zum 22-29J.

Ab dem Alter von 30 Jahren scheinen die meisten Menschen eine hohe Stabilität ihrer Persönlichkeit zu haben.

Insofern ist das Verständnis der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen und die damit zu erhoffende Früherkennung dringend in allen psychosozialen und gesellschaftlichen Bereichen, die Umgang mit Jugendlichen haben zu fördern, um frühzeitig soweit wie möglich Vertiefungen und Festigung der Rigiditätsentwicklungen zu vermeiden, auf der anderen Seite aber die bestehenden Instabilitäten mit funktionaleren Stabilisierungsmechanismen gerade in lebendigen Kontakten mit stabilen und sicheren Gegenübern anzugehen.