

PROZESSE & URSACHEN

Prozesskennzeichen: affektive & behaviorale Dysregulation

Die „NORMALITÄTS- & STÖRUNGS-ANNAHMEN“ aus heutiger psychodynamischer Sicht (Buchheim, Clarkin, Doering, Kernberg, Shedler & West, Fonagy & Bates u.v.a.) :

Aktuelle psychodynamisch ausgerichtete Autoren operationalisieren **Persönlichkeit** als Konfiguration funktionaler psychischer Prozesse, die zueinander in wechselseitigen kausalen Beziehungen stehen.

Menschen mit einer **normalen Persönlichkeitsorganisation** verfügen über integrierte Selbst- und Fremdkonzepte, die wiederum in ihrem Identitätskonzept (integrierte Identität) enthalten sind.

(1) Dieses umfasst sowohl ein kohärentes inneres Gefühl für das eigene Selbst als auch Muster und Verhaltensweisen, das diese Selbstkohärenz widerspiegelt. Selbstkohärenz ist von grundlegender Bedeutung für das eigene Selbstwertempfinden, für Genussfähigkeit sowie für die Fähigkeit, aus den Beziehungen zu anderen Menschen sowie der eigenen Arbeit Lust und Freude zu beziehen.

(2) Ein weiteres strukturelles Merkmal der normalen Persönlichkeitsorganisation liegt in einer großen Bandbreite affektiven Erlebens. Ein Mensch mit normaler Persönlichkeitsorganisation verfügt über die Fähigkeit, eine ganze Reihe komplexer und wohlmodulierter Affekte ohne Verlust der Impulskontrolle zu erleben.

(3) Ein drittes Merkmal normaler Persönlichkeitsorganisation ist schließlich die Existenz eines integrierten Systems internalisierter (und von der „Weltgemeinschaft“ geteilter) Werte.

(4) Ihre Abwehr- und Sicherungsprozesse gehen mit Verhaltensmerkmalen einher, die die Interaktionen im zwischenmenschlichen Bereich durch integrierte, Ich-syntone und im Charakter verankerte Dyaden (u. ausgedehntere Beziehungs-/Bindungsrepräsentationen) definieren und durch ein konsistentes Selbstkonzept eine Stabilität sicherstellen.

Neurotische(re) POn finden sich bei leichteren Persönlichkeitsstörungen wie der hysterischen, zwanghaften, depressiv-masochistischen und vermeidenden PS.

Menschen mit **schwereren POn**, wie z.B. einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation, unterliegen dem Einfluss nicht integrierter primitiver und heftiger Emotionen, die sie nicht kontrollieren können. Ihre Aktivierung erfolgt mit den entsprechenden kognitiven Systemen. Die betreffende Person wird nicht nur wütend, sondern ist der Überzeugung, gute Gründe für ihren Ärger zu haben – eine Reaktion, die nicht nur eine Dysregulation des Affekts, sondern auch der Kognition widerspiegelt. Patienten mit BPO zeichnen sich aus durch Identitätsdiffusion, den Einsatz primitiver Abwehr-/Sicherungsmechanismen, eine grundsätzlich funktionierende, jedoch brüchige Realitätsprüfung, Beeinträchtigungen in der Regulierung von Affekten sowie sexueller und aggressiver Gefühle, inkonsistente internalisierte Werte sowie gestörte Beziehungen zu anderen. Kommt eine schwerwiegende „Über-Ich-Pathologie“ hinzu, findet man in der schwersten Ausprägung die antisoziale PS. Je isolierter ein Patient ist, desto persistierender ist das Verhalten (schlechte Prognose).

Personen mit **ADHS**, d.h. mit Aufmerksamkeitsdefiziten, Überaktivität & Rastlosigkeit, „heißem“ Temperament, affektiver Labilität, emotionaler Überreagibilität, Desorganisation und Impulsivität riskieren ebenfalls, in Abhängigkeit von dem Störungsgrad als Kind und den „schwierigen“ Interaktionen mit der Umwelt (Eltern, Lehrer, Peers) auf ihre symptomatischen Manifestationen, sich „borderlinehaft“ fehl zu organisieren und einen negative Entwicklung zu durchlaufen. Aus prodromalem Verhalten wird immer deutlicher syndromales Verhalten bis hin zu voll ausgeprägten Störungsbildern in mehreren Dimensionen.

Die **innere Objektwelt** (betr. Den repräsentierten Anderen) all dieser Menschen ist verzerrt und wird von negativen Affekten beherrscht. Unabhängig davon, was diesen Affekten zugrunde liegt – eine konstitutionell bedingte negative affektive Hyperreaktion (Buchheim u.a., 2012) resp. Hyperreaktion der Sicherheitsorganisation im menschlichen Gehirn durch Genetik und Prägung (nach Dietrich, 2011) oder/und eine umweltbedingte Erfahrung von Traumata, gestörten Bindungen oder überwältigendem Schmerz -, definieren die inneren Verzerrungen für den Einzelnen, was er oder sie fühlt und was die Dinge bedeuten.

Ein **niedriges Strukturniveau** geht häufig einher mit einer „borderline“, narzisstischen, paranoiden und antisozialen PS bzw. solchen Zügen. Menschen mit PS auf einem **höheren Niveau** der Persönlichkeitsorganisation sind eher in der Lage, Abhängigkeit gegenüber wichtigen Bezugspersonen zu ertragen und sich mehr auf die Arbeit und soziale Kontakte einzulassen (weniger Merkmale einer Ich-Schwäche).

Die **psychodynamisch ausgerichtete Beurteilung**, die einer verkehrspsychotherapeutischen Behandlungsplanung vorausgeht, beinhaltet neben den Zuwiderhandlungen und Gesetzesverstößen auf der Symptomebene zusätzlich: das subjektive Erleben des Patienten (z.B. Wut, Angst, Verzweiflung, Depression, ...), beobachtbare Verhaltensweisen (z.B. beruflichen und privates Engagement, allgemeine Funktionsdefizite, ...) sowie die psychische Struktur (z.B. Identität oder Identitätsdiffusion, Abwehr & Sicherung, Realitätsprüfung, ...). Vor allem die Persönlichkeitsorganisation ist entscheidend dafür, wie ein Patient sein gesamtes Erleben und Verhalten integriert und organisiert, aber auch die Therapie apperzipiert (*siehe unten zu: Indikationsstellung & Therapieplanung*). Die spezifischen Symptomkonstellationen – Substanzmissbrauch, Aggression und Gewalt, Depression, Suizidalität u.a.m. – sowie die dysfunktionalen Bereiche (soziale Beziehungen, Intimität, Arbeit & Beruf, Straßenverkehr, ...) unterscheiden sich je nach dem Niveau dieser Organisation. Die psychische Organisation oder Struktur selbst sichert die regulative Funktion des Seelenlebens.

Bezogen auf die Oberflächensymptomatik liegt bei externalisierenden Störungen eher eine Unterregulierung und bei internalisierenden Störungen eher eine Überregulierung vor. Die **Impulsregulierung** umfasst die Zügellosigkeit, eine situativ angemessene Selbstbeherrschung bis hin zur absoluten Gehemmtheit. Die **Affektregulierung** umspannt sowohl Affektstürme wie auch Affekttoleranz bis hin zur affektiven Überkontrolle oder Affektlosigkeit. Je nach Intensität und Qualität von Affekten oder Emotionen wird eine automatische Regulierung in Gang gesetzt (neuronal, somatosensorisch, implizit-kognitiv) und eine intentionale (explizit-kognitiv & somatosensorisch), beides wirkt sich auf die **behaviorale Regulation** aus und diese wirkt auch wieder auf die anderen Regulationsmodule zurück bis hin zur Modulation

der Emotionen (vgl. Bohus, 2009). Emotionen können explizit oder implizit im Dienste von Bedürfnissen, Motiven oder Intentionen stehen, aber auch aus der erlebten Diskrepanz zu diesen generiert werden.

Bei **angemessener Selbststeuerung** (nach OPD: Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulierung) können Impulse und Affekte reguliert werden, wird man selten von Handlungsimpulsen überrollt, kann man bestimmte Gefühle oder Spannungen relativ gut aushalten, fühlt man sich nicht so leicht gekränkt, kann man sein Selbst-(wert-)gefühl erhalten, ohne permanent Ärger oder Aggression nach innen oder außen zu wenden.

Bei **angemessener Beziehungssteuerung** (nach OPD: Beziehungsschutz, Interessenausgleich, Antizipation) gelingt es einem, in Beziehung zu anderen die eigenen Interessen zu beachten und gleichzeitig die Interessen der anderen zu berücksichtigen, brauchbare und förderliche Beziehungen zu anderen zu erhalten, gelingt es einem, sich vorzustellen, wie andere auf bestimmte Handlungen oder Aussagen reagieren werden.

Neben der reinen verkehrspsychologischen Diagnostik erscheint es mir im Sinne der **Verkehrssicherheitsprognose wie der Gesundheitsprognose** der Klienten/Patienten wichtig abzuklären, ob eine **kurative Verkehrstherapie** indiziert ist. Dazu müssen klinische Verkehrstherapeuten und Verkehrspsychotherapeuten beurteilen, ob eine psychische Störung vorliegt und mit welchen Komorbiditäten sie auftritt.

Im Dienste der **Indikationsstellung und Therapieplanung** ist dann einzuschätzen,

- wie weitgehend die / jede Störung ist,
- wie häufig sie auftreten,
- wie gut sie sich begrenzen lassen,
- wie stark der sie begleitende negative/unlustvolle Affekt jeweils ist,
- ob der Patient alleine mit ihr/ihnen fertig wird oder Hilfe von außen benötigt,
- wie gefährlich/destruktiv diese Störung(en) für die Person selbst und ihre Mitmenschen in allen Lebensbereichen (einschl. Straßenverkehr) ist.

Dazu stehen eine ganze Reihe diagnostischer Hilfsmittel und Verfahren zur Verfügung.



L.N. (21.04.2012)