

Zur Ätiologie und Therapie von Kindern mit Borderline-Risiken¹

Zusammenfassung

Borderline-Entwicklungsstörungen im Kindesalter entstehen aufgrund multifaktorieller Bedingungen: biologische und neurokognitive Beeinträchtigungen, traumatische Bedingungen in den ersten Lebensjahren sowie schwere körperliche Erkrankungen führen dazu, dass die Entwicklung des Kindes gestört verläuft und die spezifische Borderline-Symptomatik entsteht. Die empirische Säuglingsforschung hat die Erkenntnisse über die primären Beziehungen zwischen dem Kind und seinen Eltern erweitert und bietet Kriterien, einen der ätiologischen Faktoren, die gestörten Beziehungen, differenzierter zu verstehen.

Borderline disorders in childhood are caused by a number of factors: biological and neurocognitive impairments, traumatic conditions in early childhood and severe physical illness impair a child's normal development, causing specific borderline symptoms. Infancy research has enhanced our understanding of the primary relations between a child and his parents and offers criteria for understanding more clearly one of the conditions responsible for borderline risks, i.e. disturbed relations.

Les troubles des états limites dans l'enfance se développent à partir de circonstances multifactorielles: des atteintes biologiques et neurocognitives, des événements traumatiques pendant la première enfance ainsi que des maladies physiques sévères entraînent des troubles du développement de l'enfant et une symptomatologie borderline spécifique. La recherche empirique au sujet de l'enfant a élargi les connaissances des relations primaires entre l'enfant et ses parents et offre des critères pour comprendre l'un des facteurs étiologiques i.e. les relations perturbées de façon plus précise.

Man muss ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren annehmen, die an der Entstehung von Borderline-Risiken beteiligt sind. Auf der biologischen Ebene findet sich häufig eine Prädisposition in Form einer reduzierten Reizschwelle, die das Kind relativ schutzlos gegen eindringende akustische, visuelle und innere Reize macht. Neurokognitive Beeinträchtigungen und Hyperaktivität erhöhen das Risiko.² Weitere ätiologische Faktoren sind traumatische Bedingungen in den ersten Lebensjahren. Die Traumen können durch Deprivation, körperliche Misshandlungen, sexuellen Missbrauch und/oder Trennungen verursacht sein. Schwere körperliche Erkrankungen verbunden mit heftigen Schmerzzuständen und Körperbehinderungen sind weitere Risikofaktoren.

¹Veröffentlicht in: *Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters* 2, H. 4, 413-427

²Vgl. Marcus et al., 1983; Palombo/Feigon, 1984; Hocke, 1993; Berger, 1993.

Ich möchte Entstehungsbedingungen und Merkmale solcher Risiken bei Kindern aufzeigen, sie mit Erkenntnissen der empirischen Säuglingsforschung in Beziehung setzen und die Bearbeitung in der psychoanalytischen Therapie anhand einiger Vignetten aus der Behandlung des 10jährigen Mädchens Ruth aufzeigen. Dabei besteht die besondere Chance der Kindertherapie darin, ätiologische Faktoren der Krankheit in der direkten Zusammenarbeit mit den Eltern und in enger zeitlicher Nähe mit der Entstehung zu verstehen, und nicht wie in der Erwachsenentherapie aus Erinnerungen der Patienten zu erschließen.

Ich erwarte Eltern mit ihrer 10 jährigen Tochter zu einem Erstgespräch. Aus dem Wartezimmer höre ich ein erregtes Streitgespräch zwischen Mutter und Tochter. Den Inhalt kann ich nicht verstehen, aber es umfängt mich eine hasserfüllte, erregte Atmosphäre. Die Mutter sagt vorwurfsvoll: «Wir haben Schwierigkeiten, miteinander auszukommen.» Die Tochter ergänzt: «Alle mit allen.» Darauf die Mutter: «Sie ist so unordentlich und laut.» Diese erwidert: «Das ist doch jedes Kind.»

Um zu verhindern, dass die Situation für die Tochter zum Tribunal wird, mache ich den Vorschlag, erst einmal mit mir allein sprechen zu können. Sie rutscht daraufhin blitzschnell nahe an die Mutter heran, fasst ängstlich deren Arm und sagt: «Ich will nicht allein mitgehen, ihr sollt mitkommen und du sollst alles sagen.»

Ich erlebe in dieser kurzen Interaktion im Wartezimmer die Beziehung zwischen Mutter und Tochter emotional hoch aufgeladen. In dem Moment, als ich die Szene betrete, wird aus der anfänglichen Abstoßung ängstliche Anklammerung. Der Vater hatte mehr oder weniger unbeteiligt dagegessen.

Das Mädchen schwankt in ihrer Beziehung zu den Eltern zwischen Anklammerung und Abstoßung hin und her. Sie verhält sich ähnlich wie Kinder, die aufgrund ihrer Symptomatik, ihrer Ich-Entwicklung und ihrem Strukturniveau erwachsenen Borderline-Patienten ähnlich sind, deren Verhalten wie das von Ruth durch Spaltungsmechanismen geprägt ist. Es ist umstritten, ob man bereits bei Kindern mit dieser Diagnose arbeiten sollte, deshalb werde ich von Kindern mit Borderline-Risiken sprechen.³

Nach der klassischen psychoanalytischen Theorie⁴ verläuft die Entwicklung des Kindes über das Stadium des primären Narzissmus und der Symbiose zu einer allmählichen Loslösung bis hin zur Objektkonstanz. Nach diesem letzten Entwicklungsschritt etwa um das dritte Lebensjahr kann es ambivalente Beziehungen ertragen, d.h. Liebes- und Hassgefühle einem Menschen gegenüber gleichzeitig erleben. Spaltungsvorgänge, bei denen gute und böse Aspekte eines Objektes voneinander getrennt werden, sind dieser Theorie nach ein normaler psychischer Vorgang im ersten Lebensjahr, der in der Regel überwunden wird. Nach der klassischen Theorie entwickelt sich der Mensch über eine kurze autistische Phase und

³Es ist umstritten, ob man ihnen diese Diagnose geben sollte. Vgl. zur Problematik der Borderline-Diagnose bei Kindern Diepold, 1992, 1994.

⁴Eine Übersicht über die klassische Theorie gibt Ch. Brenner in «Grundzüge der Psychoanalyse».

ein Stadium der Ungetrenntheit mit dem Objekt hin zu Getrenntsein, Individualität und Autonomie.

Dieses Konzept ist problematisch, weil normale Entwicklungsvorgänge mit Begriffen aus der psychoanalytischen Krankheitslehre beschrieben wurden, wie z.B. Autismus, paranoide und depressive Position oder Spaltung, als lägen bei Säuglingen oder Kleinkindern die gleichen Bedingungen wie bei psychisch gestörten Erwachsenen vor, aus deren Behandlungen viele Erkenntnisse abgeleitet wurden. In diesem Zusammenhang wurde auf die Gefahren der «Adultomorphisierung» und «Pathomorphisierung» hingewiesen.⁵

Neue Impulse für das Verständnis der Entwicklungsvorgänge kommen von der empirischen Säuglingsforschung, deren Untersuchungsgegenstand die Interaktionen des Säuglings mit seinen Pflegepersonen sind. Durch ungezählte Interaktionssequenzen zwischen Mutter und Kind finden Generalisierungen dieser Interaktionen statt, sie werden internalisiert und schließlich repräsentiert und führen zu immer komplexeren Organisationen. Zu den für mein Thema wichtigen Forschungsergebnissen gehört, dass der Säugling biologisch durch eine große Anzahl angeborener Muster für die Beziehungsaufnahme zu Menschen vorangepasst ist und sich von Geburt an als ein aktives, gefühlhaftes und soziales Wesen zeigt. Die Pflegepersonen können diese Muster deuten und sich entsprechend der Bedürfnisse des kleinen Kindes verhalten, wenn sie ihrer Intuition vertrauen. So passen die Interaktionen zwischen Säugling und Pflegepersonen im Entwicklungsverlauf immer besser zusammen (fit, match), verändern sich und bilden immer differenziertere Organisationsstrukturen.⁶

1 Merkmale von Kindern mit Borderline-Risiken

Die Kinder zeigen eine Vielfalt neurotischer und psychosomatischer Symptome. Der Grad ihrer Strukturentwicklung ist unterschiedlich, je nachdem, ob sie sich mehr am neurotischen Rand der Skala oder an deren psychotischem Rand befinden. Es überwiegen heftige Aggressionen und stören die Kohärenz der libidinösen Entwicklung. Triebimpulse werden direkt ausgelebt, entweder über den Körper in psychosomatischen Erkrankungen, in Impulshandlungen oder in ausufernden Phantasien. Die erhöhte Aggressivität hat Auswirkungen auf die Abwehrformation des Ich. Es überwiegt die Abwehr durch Spaltung, bei der gute und böse Objektbilder voneinander getrennt gehalten werden. Darüberhinaus wehren die Kinder

⁵Peterfreund, 1978; Thomä/Kächele, 1985; Domes, 1995.

⁶D. Stern entwickelte auf diesen Grundlagen eine Entwicklungstheorie des Selbst, die in vier Stadien verläuft, (auftauchendes Selbst, Kern-Selbst, subjektives Selbst, verbales Selbst). In jedem Stadium zeigt das Kind neue Fähigkeiten, die durch biologische Reifungsschritte und Veränderungen in den Interaktionen hervorgerufen werden. Auf der Stufe des subjektiven Selbst erlebt der Säugling, dass er seine affektiven inneren Zustände mit seinen Pflegepersonen teilen kann. Zwischen dem 15. und 18. Lebensmonat werden Objekte und Handlungen durch die Sprache symbolisch repräsentiert, und es entsteht neben der ersten globalen, nonverbalen und amodalen Erfahrung eine zweite Form interpersoneller Erfahrung: Erleben kann jetzt in Worte gefasst und auf diesem Wege mit anderen geteilt werden. Der Säugling entwickelt einhergehend mit einem Gefühl wachsender Autonomie ein zunehmendes Gefühl sozialer Verbundenheit, von R. Emde als «Wir-Gefühl» bezeichnet.

durch Projektion, projektive Identifikation, Entwertung, Idealisierung, Verleugnung, Identifikation mit dem Aggressor und Verkehrung von Passivität in Aktivität ab. Die Objektbeziehungen befinden sich auf bedürfnisbefriedigendem Niveau und sind in sich gespalten. Um angesichts der meist defizitären realen Beziehungen ein ideales Objekt bei sich zu haben und Größenphantasien erhalten zu können, entwickeln die Kinder ein übermäßiges Phantasieleben.⁷ Die Realitätsprüfung ist eingeschränkt. Sie leiden unter intensiven Ängsten vor Vernichtung, Verschmelzung, Zerstückelung. Die Symbolfunktion ist in ihrer Entwicklung gestört. Häufig sind diese Defizite durch die Entwicklung eines falschen Selbst kompensiert, das ihnen eine Pseudoanpassung ermöglicht. Insgesamt kommt es zu einem raschen Wechsel des Funktionsniveaus des Ich, bei dem sie sich mal altersgerecht verhalten und im nächsten Moment auf eine frühere Stufe ihrer Entwicklung zurückfallen. Nach Bürgin (1988, 21) gibt es im Grenzbereich zwischen Neurosen und Psychosen eine Koexistenz von Strukturen, und man findet neurotische und psychotische Erkrankungen sowie Charakterstörungen und Deprivationen mit einem präpsychotischen Persönlichkeitskern.⁸

In meiner empirischen Untersuchung zu Charakteristika von Borderline-Störungen bei Kindern aufgrund der diagnostischen Einschätzungen von Therapeuten (Diepold, 1994) zeigt sich, dass diese Kinder neben schweren psychosozialen Belastungen mit Störungen in ihren primären Beziehungen, Traumata in der Frühgenese und vielfältiger Symptomatik charakterisiert werden durch

- diskrepante Entwicklung,
- Selbstwertstörung,
- Aggressivität und Impulsivität,
- ängstliche Anklammerung und
- Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen.

Diese Überlebensmechanismen sichern ihnen eine notdürftige Anpassung an die Realität, verhindern aber gleichzeitig eine fortschreitende altersentsprechende Entwicklung.

Es soll im folgenden der Bedingungsfaktor «gestörte Beziehungen» anhand des einleitenden kasuistischen Beispiels genauer betrachtet werden. Die Szene im Wartezimmer, in der Mutter und Tochter in einer Macht-Ohnmacht-Beziehung miteinander verstrickt waren, bekam durch Spaltungsphänomene ihre Brisanz. Mutter und Tochter konnten sich nicht in der Gewissheit voneinander trennen, dass letztlich die guten Beziehungsanteile die bösen überwiegen würden und mussten sich deshalb aneinander anklammern. Wie sah die Lebensgeschichte von Ruth aus?

⁷Nach Chethic/Fast (1970) haben Kinder mit einer Borderline-Störung das narzisstische Stadium nicht verlassen.

⁸Bürgin 1988, 21.

Aus der Säuglingszeit berichtete die Mutter, dass der zwei Jahre ältere Bruder all ihre Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommen habe und sie sich nicht auf ein zweites Kind, besonders aber auf ein Mädchen habe einstellen können. Sie habe Ruth als lästig erlebt und sie eigentlich immer nur gehasst. Unter starken Schuldgefühlen berichtete sie, dass sie Ruth als Säugling ständig habe schreien lassen. Ihre Überlastung sei so stark gewesen, dass sie das 6 Monate alte Baby für ein Vierteljahr zu ihrer alkoholkranken Mutter gegeben habe. Als Ruth wieder zu Hause war, habe sie vier Wochen lang nicht mehr gelacht. Ruth hat häufig an Erkältungskrankheiten gelitten und war sehr aggressiv: Als kleines Kind hat sie Blumen die Köpfe abgerissen und häufig mit Papier die Toilette verstopft. In Konfliktsituationen ist sie einige Male mit der Drohung, sich etwas anzutun, weggelaufen, so dass die Eltern sie mehrere Stunden suchen mussten. Sie kann sich nicht in Gruppen einfügen, hat keine Freundinnen und ständig Streit mit den Geschwistern.

Als Ruth 2 Jahre alt war, starb der Bruder der Mutter plötzlich nach einem Unfall. Darauf reagierte diese mit einer schweren, langanhaltenden Depression. Als Ruth 4 Jahre alt war, wurde noch ein Bruder geboren. Auf beide Brüder war sie außerordentlich eifersüchtig.

Die Eltern schilderten die Beziehung zwischen Ruth und ihrer Mutter als sehr schlecht. Der Vater habe sich insgesamt besser auf sie einstellen können, sich aber deutlich von ihr distanziert, als sie mit etwa 5 Jahren zu verführerisch wurde. Im übrigen sei er so in seinem Beruf engagiert gewesen, dass er kaum zu Hause war.⁹

2 Säuglingsforschung und Borderline-Risiken

Welche Erkenntnisse bietet die Säuglingsforschung, aus den Informationen der Erstinterviewszene und der Genese von Ruth Entstehungsbedingungen von Borderline-Risiken im Sinne eines gestörten Entwicklungsverlaufs besser zu verstehen?¹⁰

In der Säuglingsforschung werden Muster sich ständig wiederholender Beziehungen untersucht, in denen es zu immer besserer Abstimmung zwischen Mutter und Säugling kommt. Dabei spielt die Vordergrund- und Hintergrunddimension eine entscheidende Rolle. Wenn die Hintergrundatmosphäre zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson überwiegend harmonisch ist, können Spannungen ausgeglichen werden, die durch Höhen und Tiefen im Vordergrund entstehen. Die Erstinterviewszene zeigt uns im Vordergrund die aggressive Stimmung zwischen Ruth und ihrer Mutter. Bei dem Versuch, die Hintergrundatmosphäre aus der Anamnese zu erschließen, ist zu erfahren, dass die Mutter Ruth als einen Eindringling erlebt

⁹Prädisponierend waren bei Ruth die Depression bei beiden Eltern sowie die Alkoholsucht der Großmutter, die häufigen körperlichen Erkrankungen mit Schmerzzuständen in der Kleinkindzeit, das Trennungstrauma und die schwierige emotionale Beziehung zur Mutter.

¹⁰Siehe dazu Lichtenberg, 1990, 871 - 901.

hat, der die Harmonie mit ihrem Sohn störte. Auf dem Hintergrund ihres Hasses und der Depression nach dem Tod ihres Bruders wird Ruths Mutter nicht über Verhaltensmuster verfügt haben, um ihre Tochter bei Kummer zu beruhigen oder in Wachphasen zu stimulieren. Sie wird vermutlich eher wie in der Erstinterviewsituation ungeduldig und gereizt auf Ruth reagiert haben, wenn sie nicht überhaupt emotional völlig abwesend war, so dass sich keine harmonische Hintergrundatmosphäre einstellen konnte. Eine Insel positiver Erfahrung bot sich offenbar mit dem Vater.

Lichtenberg (1990, 876 f.) zieht eine Parallele zwischen den negativen Hintergrundbeziehungen zu den raschen Umschwüngen von ruhiger Zugewandtheit zu reizbarer Bosheit bei den Borderline-Persönlichkeiten. Er äußert die Vermutung, dass durch die Kontinuität einer stabilen psychoanalytischen Beziehung eine neue und stabilere Hintergrunderfahrung geschaffen werden könnte. Darauf will ich später zurückkommen.

Säuglinge erleben drei unterschiedliche Arten von Spannungszuständen: niedrige Spannung im Zustand ruhiger Wachheit, mäßige Spannung im Zustand wacher Aufmerksamkeit und hohe Spannung im Zustand von Schreien. Informationsverarbeitung geschieht nur bei wacher Aufmerksamkeit, wenn der Säugling und die Mutter locker und entspannt sind. Bei hoher Spannung können nur geringe Informationen verarbeitet werden.¹¹ In der Regel überwiegen bei einem gesunden Säugling die Momente niedriger oder mäßiger Spannung, und er wird in der regelmäßigen Abfolge der Interaktionen seine Welt als eine Einheit erleben und dieses Gefühl auch nicht in den gelegentlichen Zuständen von Hochspannung verlieren (Lichtenberg 1990, 877 f.). Anders dagegen erleben es Säuglinge, die durch Krankheit, dauerhafte Schmerzzustände oder mangelhafte Bemutterung übermäßig viel Hochspannung erleben müssen. Hier fehlt das aufeinander Eingestimmtsein zwischen Säugling und Mutter, weil die integrativen Fähigkeiten des Kindes durch zu viel Hochspannung überwältigt werden. Es kann sich kein Urvertrauen entwickeln, sondern es kommt zu einer Spaltung in Gut und Böse. Dann wird das aversive System des Kindes mit Gefühlen von Unlust und Wut aktiviert und sein Angriffsverhalten herausgefordert (Parens 1979).

Ruths Aggressionspotential schien in ständiger Aktionsbereitschaft zu sein, denn sie wirkte immer auf Kampf eingestellt. Sie zeigte in ihrem Verhalten die für Borderline-Patienten typische anklammernde Reizbarkeit, die bei zu viel Nähe in Abstoßung umschlug. Sie suchte nach solchen Zuständen hoher Spannung, weil ihre Erfahrungen von Kompetenzlust und zwischenmenschlichen Beziehungen in Zuständen mäßiger Spannung unbefriedigend waren. Diese Hochspannung stellte sie durch ständigen Kampf oder durch ein hysterisch anmutendes, aufreizendes Verhalten her. Wie sich später zeigen sollte, verbarg sich dahinter eine Depression mit Zuständen von innerer Leere und Inaktivität, die sich bereits früher in wiederholtem Weglaufen mit Suiziddrohungen gezeigt hatte.

Ab der Mitte des 2. Lebensjahres wird Selbstbehauptung im Leben des Kleinkindes wichtig. Das Kind möchte sich als Urheber seiner Aktionen erleben. Es muss diese Bedürfnisse regulieren und mit den z. T. unterschiedlichen Bedürfnissen der Eltern in Übereinstimmung bringen. In der Regel werden Eltern sich sensibel dar-

¹¹Dieser Aspekt erscheint mir wichtig in Hinsicht auf die Entstehung von Lernstörungen.

auf einstellen und ihren Kindern die Erprobung ihrer Selbstbehauptung ermöglichen, ohne zu häufig Machtproben zu provozieren. In Ruths Entwicklung war das nicht möglich, weil die Mutter Anteile ihres negativen Selbst auf Ruth projizierte und in ihren Aktionen aggressive Aktionen gegen sich erlebte. Ruth konnte daher nicht ein Gefühl ihres Selbst als Urheber erleben, sondern sie erlebte stattdessen Scham und Demütigung.¹²

Die Bedeutung traumatischer Trennungserlebnisse in der Säuglingszeit ist bekannt. Ruth kam mit 6 Monaten zur alkoholkranken Großmutter. In diesem Alter hat sie sich die Trennung von Eltern und Bruder noch nicht mit Hilfe innerer Bilder erleichtern können, dazu ist ein Kleinkind erst mit etwa 18-24 Monaten in der Lage. Nicht nur diese plötzliche Trennung, sondern auch die Abhängigkeit von der süchtigen Großmutter wird ihre Integrationsfähigkeit bei weitem überfordert haben.

In den ersten Lebensmonaten entsteht eine Zeichen-Signal-Kommunikation zwischen Mutter und Kind ein intermediäres Stadium des Informationsaustausches. Der Säugling nimmt Informationen aus Wahrnehmungsreizen auf, die ganz bestimmte Aktions-Reaktionsmuster auslösen: z.B. bewegt er sich im Rhythmus der Sprache mit, wenn jemand zu ihm spricht. Seine Aktionen sind abhängig von der wohlwollenden mimischen Unterstützung der Mutter, wie das bekannte, oft zitierte Experiment von Emde (1981) zeigt, bei dem man Einjährige auf einen Tisch mit einer scheinbaren Vertiefung legte, über den sie zur Mutter krabbeln sollten. Sie trauten sich nur über die optische Klippe hinweg, wenn die Mutter ihnen ermunternd zunickte. Schaute sie gleichgültig und leer, dann blieben die Kinder an ihrem Platz und ringen an zu weinen. Der Gesichtsausdruck der Mutter lieferte diesen Kindern also in ängstiger Situation wichtige Informationen. In diesem Zusammenhang wird das anklammernde und abstoßende Verhalten von Ruth verständlich. Nicht sie, sondern der Bruder wird von der Mutter aufmunternde Signale wie die Babys in Emdes Experiment bekommen haben, Ruth wird meistens auf sich selbst, ihre Ängste und ihre reaktive Aggression zurückgeworfen gewesen sein.

Soweit zu den Parallelen, die sich aus den Ergebnissen der Säuglingsforschung und dem Wissen über Persönlichkeitsstörungen ergeben. Lichtenberg bezieht sich in seiner Arbeit auf erwachsene Borderline-Patienten. Er warnt davor, von Ergebnissen der Säuglingsforschung direkt auf klinische Beobachtungen zu schließen, weil auf jeder Entwicklungsstufe die Möglichkeit bestehe, früher erworbene Entwicklungsmuster in Richtung auf Krankheit oder Gesundheit hin zu verändern.¹³ Aber Kinder leben noch mit ihren primären Bezugspersonen zusammen, so dass man vermuten kann, dass sich die Beziehungsmuster aus der ersten Lebenszeit weitgehend erhalten haben. Mir scheint, dass die Ergebnisse der Säuglingsforschung für die Arbeit mit Kindern besondere Relevanz haben, weil man es mit den ursprünglichen Beziehungskonstellationen des Patienten zu tun hat und als Analytiker

¹²Stork (1988, 115) weist auf die Bedeutung der «Verneinung» innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung hin: «Wird der Säugling jedoch gehindert, in der Beziehung zur Mutter aktiv zu werden, oder bewirkt sein Handeln keine Reaktion, wird er ein hilfloses Opfer von innerer Spannung, und von ohnmächtiger Wut überwältigt.»

¹³Die Möglichkeit der Veränderung bietet sich für Kinder z.B. in der Latenzzeit, weil sich durch die beginnende Schulpflicht die Beziehungen ausweiten und die Peers wichtige Interaktionspartner werden. Auch in der Adoleszenz besteht wegen der Umstrukturierung dazu eine Chance.

selbst ein Teil dieses Beziehungsgefüges wird. Das Wissen um Vordergrund- und Hintergrund, um die verschiedenen Spannungszustände, um Selbstbehauptungs- und Aversionsssystem, um Separation, Zeichen-Signal-Kommunikation und das intermediäre Stadium des Informationsaustauschs helfen in meiner Erfahrung, die aktuelle Übertragungs-Gegenübertragungssituation in der analytischen Therapie besser zu verstehen und zu handhaben.

3 Psychoanalytische Behandlung

Wie können Kinder mit Borderline-Risiken ihre Beziehungsstörungen in der Analyse soweit bearbeiten, dass sie das Stadium der Objektkonstanz erreichen und die Spannung ambivalenter Gefühle anderen Menschen gegenüber ertragen können? Ich will anhand einiger Vignetten aus Ruths Therapie einen Einblick in diesen Prozess geben.

Sie war in den ersten Behandlungsstunden sehr motiviert und hatte Leidensdruck wegen ihrer Kontaktprobleme. Mit zunehmender Regression lockerte sich diese Abwehr und Ruth wurde aggressiver. Sie sagte, «ich bin keine Königin, die Dir befiehlt,» aber sie befahl ständig, schimpfte, weil ich ihre Befehle nicht richtig verstand, und erweckte in mir ein Gefühl der Nichtswürdigkeit und Verzweiflung, weil ich ihr nicht gerecht werden konnte. Sie wütete gegen mich und stieß mich ab. Ihre anfängliche Motivation zur Zusammenarbeit war nach kurzer Zeit einer aggressiven Missstimmung gewichen. Aber hin und wieder hatte die Übertragung auch idealisierende Seiten, sie sagte: «Deine Kinder müssen es gut haben, die haben eine Mutter, die das studiert hat.» Als ich darauf erwiderte: «Du bist ganz unzufrieden mit deiner Situation», sagte sie: «Na klar, deine Kinder haben es viel, viel besser.»

In der Übertragung zu mir hatte sie die Beziehung zu ihrer Mutter wiederhergestellt, indem sie auch in Bezug auf mich gute und böse Objektanteile voneinander getrennt hielt. Sie erzeugte ständig Zustände von Hochspannung mit heftigen Aggressionen und schien immer auf Kampf eingestellt zu sein. Sie spielte u.a. ein Spiel, das sie, wie die Mutter im Elterngespräch berichtete, als Dreijährige häufig zu Hause gespielt hatte. In diesem Spiel mit dem Puppenhaus lebte ein Mädchen in verzweifelter Situation in seiner Familie. Sie spielte dieses Mädchen und stieß die Mutterpuppe unzählige Male mit heftigen Affekten vom Dach auf die Erde hinab.

Die Dramatik der Situation steigerte sich, als Ruth in der Schule ankündigte, dass sie sich vor ein Auto werfen würde, weil das Leben für sie keinen Sinn mehr hätte. Heftige Gegenübertragungsgefühle mit Ängsten, Sorge und Wut waren bei mir die Folge. In den darauffolgenden Stunden breitete sich Leblosigkeit aus, und über einen längeren Zeitraum hin wurden depressive Gefühle durchgearbeitet bis hin zu einem Tiefpunkt, der gleichzeitig ein Wendepunkt wurde. Sie verkroch sich mit einem Buch in die hinterste Ecke des Zimmers in ein Kasperhaus, so dass wir uns nicht sehen konnten. Sie sagte nichts und reagierte auch auf keines meiner verbalen Kontaktangebote, sondern schien die Beziehung völlig abgebrochen zu haben. Ich spürte Wut,

Verzweiflung und totale Vereinsamung. Ich sagte: «Ruth, ich denke, dass da schlimme Gefühle sein müssen, die jetzt nicht herauskommen dürfen, wenn du so lange so weit weg von mir bist.» Aber sie war mit Worten nicht zu erreichen, und so versuchte ich schließlich, meine Gefühle in einem Bild auszudrücken. Darauf war ein weinendes Kind zu sehen, um das eine Frau ihren Arm gelegt hatte. Als sie hörte, dass ich Farbe und Pinsel benutzte, wurde sie neugierig, kam und schaute mir zu. Ganz erstaunt sagte sie nach längerer Zeit stummen Zusehens: «Das Kind weint ja, ... und da ist eine Mutter. Ob die das Kind liebhat?» Ich sagte darauf: «Ich finde, das sieht so aus.»

Ich hatte mich in dieser Stunde von ihren depressiven Gefühlen zwar anrühren, aber nicht völlig lahmen lassen, sondern meinen Gefühlen beim Malen Ausdruck gegeben. Damit hatte ich gezeigt, dass ihre verzweifelten und aggressiven Gefühle mich nicht zerstört hatten. Offenbar hat ihr das den Weg in die Beziehung zu mir ermöglicht. In einem Zwischenbereich von Kreativität¹⁴ war etwas Neues entstanden, das sich nicht über verbalen Ausdruck vermittelt hatte.

Es setzte jetzt eine Entwicklung ein, die ich wie einen Neubeginn im Sinne Balints¹⁵ erlebte. Sie knallte mir mit einem Spielzeuggewehr heftig in die Ohren und sagte: «Kannst du meine Sprache überhaupt verstehen?» Sie wollte mir wohl damit sagen, dass sie über eine eigene Sprache verfügte und schien damit, wie sich in der nachfolgenden Sequenz zeigte, die Ebene der Zeichensignal-Kommunikation zu meinen. Nachdem ich ihr bestätigt hatte, dass ich sie bisher oft wirklich nicht verstanden hatte, «sprach» sie durch eine Spielhandlung, indem sie Wasser, Zucker und Schmelzflocken zu einem Brei verrührte. Sie war begeistert: «Guck mal, wie die Flocken verschmelzen, das hab ich ganz selber gemacht, zu Hause will ich das auch mal machen, aber da haben wir nicht solche Flocken.» Sie wollte, dass ich diesen Brei mit ihr abwechselnd von einem Löffel gemeinsam aß. Ich hatte dabei Assoziationen an ein «Versöhnungsmahl». Ihr war bei dem Breirühren die Verschmelzung der verschiedenen Bestandteile wichtig gewesen, und ich hatte den Eindruck, dass sie mir damit auf der Symbolebene die Überwindung der Spaltung zeigen wollte.

Um Abgrenzung und Autonomie ging es im letzten Teil der Therapie, nicht mehr um Abstoßung. Offenbar musste Ruth immer wieder prüfen, ob ich ihren zerstörerischen Impulsen standhalten könnte, wie die Kinder, von denen Winnicott sagt, dass sie ihr Objekt erst einmal zerstören müssen, bevor sie seine Unversehrtheit wahrnehmen und von ihm profitieren können.¹⁶ Einmal sollte ich im Garten hinter ihr herlaufen und sie fangen. Sie versteckte sich aber, so dass es mir nicht gelingen konnte, und sie sagte: «Wenn du mir zu nahe kommst, dann piek ich dich.» Ich antwortete: «Ich bin dir in der Therapie öfter zu nahe gekommen mit dem, was ich gesagt habe. Jetzt verstehen wir das besser, und du zeigst mir den richtigen Abstand.» Sie nahm darauf einen Stock und hielt ihn mir entgegen. Ich steckte meine Hand nach

¹⁴Winnicott, 1971

¹⁵Balint, 1966, 187 ff.

¹⁶Winnicott, a.a.O., 105

dem Stock aus, und sie kam mir ganz langsam und vorsichtig Zentimeter für Zentimeter mit dem Stock entgegen und berührte vorsichtig meine Hand. Sie zählte bis fünf und zog den Stock wieder weg. Dann kam sie mir wieder entgegen und zählte bis zehn, und schließlich hielt die Verbindung zwischen uns so lange, wie ihr Atem bei einem tiefen Atemzug reichte. Wir hielten den Stock zwischen uns, und so schritt sie dann mit mir in einer fast feierlichen Prozession durch das Haus, den Garten und auf die Straße. Mir schien, als ob sie ihre inneren Veränderungen und die Veränderungen in unserer Beziehung auch nach außen zeigen wollte.

In Bezug auf das Therapieende war sie ambivalent: Sie wollte aufhören, weil sie Freundinnen gefunden hatte, sich mit ihrer Mutter besser verstand und die Zeit lieber zum Spielen haben wollte, sie konnte sich aber weder dafür noch dagegen entscheiden. Ich befürchtete zunächst eine «defensive Flucht in die Gesundheit» (Kohut, 1979), konnte aber schließlich ihrem Gefühl der neuerworbenen Beziehungsmöglichkeiten trauen, so dass die Trennung analytisch bearbeitbar wurde. Sie wollte gehen und gleichzeitig bleiben. Sie sagte schließlich: «Das ist doch schwer, jetzt so schnell aufzuhören, oder was meinst du? Das ist traurig und schön. Schön ist, dass ich dann mehr Zeit zum Spielen habe und traurig, dass ich dann nie wieder hierherkommen kann.»

Sie konnte schließlich die Spannung so gegensätzlicher Gefühle wie Freude und Trauer in Bezug auf die Trennung aushaken und löste die Ambivalenz mit traurigen Gefühlen, und wir beendeten die Analyse. Ich konnte sie im Zutrauen auf ihre neugewonnenen Fähigkeiten gehen lassen, weil sie den Anschluss an ihre altersentsprechende Entwicklung erreicht hatte, was nach Anna Freud das Hauptziel der Kinderanalyse ist.¹⁷

4 Zusammenfassung

Ich habe den Weg eines Kindes zu Objekt Konstanz und ambivalenten Beziehungen im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung auf dem Hintergrund neuerer Erkenntnisse aus der empirischen Säuglingsforschung aufgezeigt.

Diese Einzelerfahrung kann man nicht verallgemeinern, denn die Therapieverläufe von Kindern mit Borderline-Risiken unterscheiden sich. Z.B. bestand bei einem schwer deprivierten Kind das Durcharbeiten der Depression in der Beschäftigung mit Märchen von Stiefmüttern und Stiefkindern, und es ging dabei nicht nur um seine primären Erfahrungen, sondern auch um seine aktuell verzweifelte Situation in seiner Pflegefamilie. Ein anderer, schwer psychosomatisch kranker Junge mit Borderline-Risiken arbeitete sich in der analytischen Therapie durch seine narzisstischen Phantasien: zuerst war er Gott, dann Supermann, dann der beste Fußballverein der Welt, bis er es wagen konnte, sich auf realistische Interaktionen mit mir einzulassen und dabei die Gefahr einzugehen, auch einmal im Spiel zu unterliegen.

¹⁷A. Freud, 1971, 203.

Aber bei all diesen unterschiedlichen Verläufen bleibt doch das Ziel gleich, nämlich die Beziehungsfähigkeit wiederherzustellen. Das kann nur gelingen, wenn man sich in die innere Welt des Kindes mit den ihr eigenen Phantasien und Ängsten begeben.¹⁸ Die Ängste der Kinder sind heftig, weil die innere Welt voller Katastrophen, Morde und Quälereien ist, und man gerät als Analytiker häufig in eine Verfolgerrolle, die beim Kind heftige Aggressionen in Gang setzt. Deshalb ist ein sicherer äußerer Rahmen mit regelmäßigen Stunden und deutlichen Absprachen über Regeln und Grenzen nötig. Das wirkt beängstigend und gibt dem Kind genug Sicherheit, sich mit dem Analytiker zusammen auf den Weg in die inneren Gefahren zu begeben.

Die Arbeit mit den Eltern wird dann erschwert, wenn man in ihnen die «Verursacher» der Krankheit sieht und sich als der bessere Elternteil erlebt. Stattdessen wäre eine von Schuldgefühlsdruck entlastende Haltung wichtig. Wenn es gelingt, in ihrer eigenen Genese Ursachen für den entgleisten Dialog mit dem Kind aufzuspüren, dann gibt es in meiner Erfahrung Entspannung in den Familienbeziehungen.

Als Analytiker sollte man seine eigenen frühen Defizite durchgearbeitet haben, sich der Gefahr der «Infizierung» am Kind bewusst sein und die Möglichkeit zur Supervision nutzen. Da man in diesen Behandlungen einem schnellen Wechsel von Idealisierung und Entwertung ausgesetzt ist, kann man sonst leicht mit emotionalem Rückzug reagieren oder der Gefahr erliegen, latente Allmachtserwartungen oder aggressiv gefärbte Ausstoßungsmechanismen zu entwickeln. Gefühle von Angst und Hass in Beziehungen müssen dem eigenen Erleben zugänglich sein.

Wenn man in der Analyse eine Beziehung herstellen kann, in der man für das Kind ein verwendbares Objekt im Sinne Winnicotts wird, dann kann es seine pathologischen Beziehungsmuster der Anklammerung und Abstoßung schließlich aufgeben. An die Stelle tritt Ambivalenz, bei der das Kind die unterschiedlichen, bisher mittels Spaltung auseinandergehaltenen Gefühlsqualitäten in sein Inneres integrieren kann. Es wird dann diese unterschiedlichen Gefühle nicht mehr mit seinen Bezugspersonen agieren, denn sein Ich ist stark genug geworden, die damit verbundenen Spannungen auszuhalten.

Literatur

- [1] Balint, M. (1932): Charakteranalyse und Neubeginn. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse, Klett-Cotta, Stuttgart, 1966, 187 - 202
- [2] Berger, M. (1993): «Und die Mutter blickte stumm auf dem ganzen Tisch herum.» Anmerkungen zur Diskussion über das hyperkinetische Syndrom. In: Kinderanalyse 21, 131-147
- [3] Brenner, Ch. (1967): Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt (S. Fischer)

¹⁸Bei Kindern mit Borderline-Risiken ergeben sich Fallstricke auf diesem Weg durch die heftigen Aggressionen, die rasch wechselnden Beziehungsebenen, die wechselnden Gefühlszustände, die durch die Spaltung ausgelöst werden, und die Gegenübertragungsgefühle.

- [4] Bürgin, D. (1988): Der therapeutische Dialog mit dem Grenzfallkind. In: Klosinski, G. (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen. Huber, Bern (Huber), 21 -50
- [5] Chethic, M./Fast, I. (1970): A function of fantasy in the borderline child. In: Am.J. Orthopsychiat. 40, 756 - 765
- [6] Diepold, B. (1992): Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 6, 207 - 214
- [7] Diepold, B. (1994): Borderline-Störungen im Kindesalter. Zwischenergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Beiträge zur analytischen Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, H. 81, 5-41
- [8] Domes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt (S. Fischer)
- [9] Emde, R. N. (1991): Die endliche und die unendliche Entwicklung. In: Psyche 45, 745-779
- [10] Freud, A. (1965): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. 2. unv. Aufl. Stuttgart (Klett-Cotta), 1971
- [11] Hocke, R. (1993): Zur Problematik des hyperkinetischen Syndroms. Kinderanalyse 21, 118-130
- [12] Kohut, H. (1977): Die Heilung des Selbst. Frankfurt (Suhrkamp), 1979
- [13] Lichtenberg, J. D. (1990): Klinische Relevanz der Säuglingsbeobachtung für die Behandlung von narzißtischen und Borderline-Störungen. Psyche 44, 872 - 901
- [14] Lichtenberg, J. D. (199D): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin (Springer)
- [15] Marcus, J. / Ovsiew, F. / Hans,S.(1983): Neurological dysfunction in borderline children. In: Robson, K. S. (Hrsg.): The Borderline Child, New York, (McGraw Hill), S.171-195
- [16] Palombo, J./ Feigon. J. (1984): Borderline personality development in childhood and its relationship to neuro-cognitive deficits. In: Child and Adolescent Social Work., Bd. 1, 18-33
- [17] Parens, H. (1979): The Development of Aggression in Early Childhood. New York (Aronson)
- [18] Peterfreund, E. (1978): Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy. In: Int.J. Psychoanal. 59, 427-441
- [19] Stern, D. (1985): The Interpersonal World of the Infant. New York (Basic Books)
- [20] Stork, J. (1988): Die erste Verneinung und der überwertige Teil im Prozeß der Individuation. In: J. Stork (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Stuttgart-Bad Cannstatt (Frommann-Holzboog), 101 - 132
- [21] Thomä, H. / Kachele, H. (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin (Springer)
- [22] Winnicott, D. W. (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart (Klett-Cotta)