

1 Beziehungen zwischen Anklammerung und Abstoßung (1992)¹

Mit ihrer 10jährigen Tochter kommen Eltern 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 ihr allein zu sprechen. Sie rutscht aber 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 als emotional hoch aufgeladen. In dem Moment, als ich die Szene betrete, wird aus der anfänglichen Abstoßung ängstliche Anklammerung.

1.1 Kinder auf dem Weg zu ambivalenten Beziehungen

In diesem Vortrag soll es um Kinder gehen, die in der Beziehung zu ihren Eltern zwischen Anklammerung und Abstoßung hin und herschwanken. Sie sind aufgrund ihrer Symptomatik, ihrer Ich-Entwicklung und ihrem Strukturniveau erwachsenen Borderline-Patienten ähnlich. Da es aber umstritten ist, ob man bereits bei Kindern mit der Diagnose "Borderline" arbeiten sollte, werde ich von "Kindern mit Borderline-Risiken" sprechen (vgl. Diepold 1992).

Ich möchte Entstehungsbedingungen und Merkmale solcher Risiken bei Kindern aufzeigen und sie mit Erkenntnissen der neueren empirischen Säuglingsforschung in Beziehung setzen. Danach soll die Bearbeitung in der psychoanalytischen Therapie aufgezeigt werden. Zur Konkretisierung meiner Ausführungen will ich auf das Anfangsbeispiel zurückgreifen. Dabei kann ich als Kindertherapeutin die Anamnese meiner Patientin in der direkten Zusammenarbeit mit dem Kind und seinen Eltern und nicht wie ein Erwachsenentherapeut nur aus der Erinnerung seines Patienten erschließen.

Das Thema dieses Vortrages könnte die Vermutung nahelegen, dass ich mich mit der klassischen psychoanalytischen Entwicklungstheorie befasse.

¹Veröffentlicht in: P. Buchheim / M. Cierpka / Th. Seifert (Hrsg.): Beziehung im Fokus - Weiterbildungsforschung. (Lindauer Texte) Berlin/Heidelberg/New York (Springer) 1993, 104-116

sen wollte, nach der sich das Kind über das Stadium des primären Narzissmus und der Symbiose zu einer allmählichen Loslösung bis hin zur Objekt Konstanz bewegt. 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 der 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 ein Stadium der Ungetrenntheit mit dem Objekt hin zu Getrenntsein, Individualität und Autonomie.

Dieses Konzept ist anfechtbar, weil man normale Entwicklungsvorgänge mit Begriffen aus der psychoanalytischen Krankheitslehre beschrieben hat, 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 von Peterfreund (1978, 427) auf die Gefahren der "Adultomorphisierung" hingewiesen.

Neue Impulse für das Verständnis der Entwicklungsvorgänge kommen von der empirischen Säuglingsforschung, deren Untersuchungsgegenstand die Interaktionen des Säuglings mit seinen Pflegepersonen ist. Durch ungezählte Interaktionssequenzen zwischen Mutter und Kind finden Generalisierungen dieser Interaktionen statt, sie werden internalisiert und schließlich repräsentiert und führen zu immer komplexeren Organisationen. Man könnte einen Gegensatz zwischen der klassischen psychoanalytischen Theorie und der von der Säuglingsforschung beeinflussten psychoanalytischen Theorie postulieren: Bei der einen steht die Psyche in der Spannung zwischen Trieb und Abwehr, und bei der anderen ist die Psyche ein Ort der Interaktionen des Ich mit seinen Objekten.

Die empirische Säuglingsforschung (Stern 1985, Emde 1991, Lichtenberg 1991) erforscht mit Hilfe von Video- und Computertechnik in mikroanalytischen Experimenten die Interaktionen des Säuglings mit seinen Bezugspersonen. Wichtige Ergebnisse sind, 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, gefühlshaftes 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 immer besser zusammen (*fit, match*), verändern sich und bilden immer differenziertere Organisationsstrukturen.²

²Stern entwickelte auf diesen Grundlagen eine Entwicklungstheorie des Selbst, die in vier Stadien verläuft (Auftauchen des 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

1.2 Entstehungsbedingungen von Borderline-Risiken bei Kindern

Wie verläuft eine Entwicklung, die zu Borderline-Risiken führt? Man muss ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren annehmen, die an der Entstehung dieses Krankheitsbildes beteiligt sind. Auf der biologischen Ebene findet sich häufig eine Prädisposition, z. B. eine reduzierte Reizschwelle, die das Kind relativ schutzlos gegen eindringende akustische und visuelle Reize, aber auch gegen innere Reize wie Hunger oder sexuelle Empfindungen macht. Körperbehinderungen wie Blindheit oder Taubheit sind ein weiterer Risikofaktor, weil dadurch die orientierende Wahrnehmung der Umwelt erschwert ist. Auch minimale cerebrale Dysfunktionen (MCD) erhöhen das Risiko. Weitere ätiologische Faktoren sind traumatische Bedingungen im ersten und zweiten Lebensjahr. Die Traumen können Deprivation, schwere körperliche Erkrankungen verbunden mit heftigen Schmerzzuständen, frühe Trennungstraumata oder gestörte Beziehungen sein.

1.3 Merkmale von Kindern mit Borderline-Risiken

Die Kinder zeigen eine Vielfalt neurotischer 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 überwiegt heftige Aggression und stört die Kohärenz der libidinösen Entwicklung. Triebimpulse werden direkt ausgelebt, entweder über den Körper in psychosomatischen Erscheinungen 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. Daneben wehren die Kinder durch Projektion, projektive Identifikation, Entwertung, Idealisierung und Verleugnung 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, entwickeln die Kinder ein übermäßiges Phantasieleben. 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 in einem Augenblick altersgerecht

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, das von Emde als "Wir-Gefühl" bezeichnet wird.

verhalten und im nächsten Moment auf eine frühere Stufe ihrer Entwicklung zurückfallen. Bürgin (1988, 21) fasst zusammen, dass es im Grenzbereich zwischen Psychosen und Neurosen eine Koexistenz von Strukturen gebe, und dass man neurotische und psychotische Erkrankungen finde sowie Charakterstörungen und Deprivationen mit einem "präpsychotischen Persönlichkeitskern".

Ich möchte jetzt unser Augenmerk auf einen der genannten Bedingungsfaktoren richten, die gestörten Beziehungen und ihre Bedeutung für die Entwicklung von Borderline-Risiken. Dazu werde ich zu meinem Anfangsbeispiel zurückkehren. Sie erinnern sich an die Szene im Wartezimmer, in der Mutter und Tochter in einer Macht-Ohnmacht-Beziehung miteinander verstrickt waren, die durch Spaltungsphänomene ihre Brisanz bekam. Sie 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?

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 habe sie Blumen die Köpfe abgerissen und häufig mit Papier die Toilette verstopft. Sie ist mehrmals mit Suiziddrohungen von zuhause fortgelaufen.

Als Ruth 2 Jahre alt war, starb die Schwester der Mutter plötzlich nach einem Unfall. Darauf reagierte diese mit einer schweren, langanhaltenden Depression. Als Ruth 4 Jahre alt war, wurde noch eine Schwester geboren. Auf beide Geschwister 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.³

³Prädisponierend waren bei Ruth die Depression bei beiden Eltern und die Alkoholsucht, die häufigen körperlichen Erkrankungen mit Schmerzzuständen in der Kleinkindzeit, das Trennungstrauma und die problematische emotionale Beziehung zur Mutter.

1.4 Säuglingsforschung und Borderline-Risiken

Welche Erkenntnisse bietet die Säuglingsforschung, aus den Informationen der Erstinterviewszene und der Genese von Ruth die Entstehung von Borderline-Risiken besser zu verstehen? (Vgl. dazu Lichtenberg 1990)

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, erfahren wir, dass die Mutter Ruth als einen Eindringling erlebt hat, der die Harmonie mit ihrem Sohn störte. Auf dem Hintergrund ihres Hasses und der Depression nach dem Tod ihrer Schwester 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, sodass 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 bei Säuglingen zu den raschen Umschwüngen von ruhiger Zugewandtheit zu reizbarer Bosheit bei den Borderline-Persönlichkeiten. Er äußert die Vermutung, dass in der Therapie 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.⁴ 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. Anders dagegen erleben es Säuglinge, die durch Krankheit, dauerhafte Schmerzzustände oder mangelhafte Bemutterung übermäßig viel Hochspannung erleben müssen. Hier fehlt das aufeinander Eingestimmtsein

⁴Dieser Aspekt erscheint mir wichtig im Hinblick auf die Entstehung von Lernstörungen.

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. Die 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, wie sich in wiederholtem Weglaufen mit Suiziddrohungen im Laufe ihrer Kindheit 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 darauf 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.

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 eines inneren Bildes 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 sog. intermediäres Stadium des Informationsaustausches. Der Säugling nimmt Informationen aus Wahrnehmungsreizen auf, die ganz bestimmte Aktions-Reaktionsmuster auslösen: z. B.

bewegt er sich, wenn jemand zu ihm spricht, im Rhythmus der Sprache mit. Seine Aktionen sind abhängig von der wohlwollenden mimischen Unterstützung der Mutter, wie das bekannte, oft zitierte Experiment von Emde (1981) zeigt, bei dem man Kleinkinder 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 leer, dann blieben die Kinder an ihrem Platz und fingen 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 erwachsenen 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.⁵ Aber Kinder leben noch mit ihren primären Bezugspersonen zusammen, sodass 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 hier mit den ursprünglichen Beziehungskonstellationen des Patienten zu tun hat und als Therapeut selbst ein Teil dieses Beziehungsgefüges wird. Das Wissen um Vordergrund- und Hintergrund, um die verschiedenen Spannungszustände, um Selbstbehauptungs- und Aversions-system, um Separation, Zeichen-Signal-Kommunikation und das intermediäre Stadium des Informationsaustausches helfen in meiner Erfahrung, die aktuelle Übertragungs-Gegenübertragungssituation in der analytischen Therapie besser zu verstehen und zu handhaben.

1.5 Therapeutische Arbeit

Wie können Kinder mit Borderline-Risiken ihre Beziehungsstörungen in der Therapie soweit bearbeiten, dass sie das Stadium der Objektkonstanz

⁵Die 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.

erreichen und die Spannung ambivalenter Gefühle anderen Menschen gegenüber ertragen können? Ich will das anhand einiger Vignetten aus Ruths Therapie aufzuzeigen versuchen.

Sie malte in der ersten Stunde ein Bild, das mir die Bedeutsamkeit eines Initialtraumes zu haben schien, weil es wie ein Entwurf ihrer Therapie war. Es zeigte einen riesigen Fisch mit Flossen und fünf Beinen. Ein kleiner Fisch schwamm in sein weit aufgerissenes Maul hinein. In die rechte untere Bildecke hatte sie eine winzige menschenähnliche Figur gemalt. Mir schien dieses Bild auf Größenvorstellungen und Kleinheitsgefühle, auf Angst vor Verschlungenwerden und eigene verschlingende Impulse hinzuweisen. Ruth hatte die Frage nach ihrem Selbst gestellt und damit die Identitätsfrage aufgeworfen.

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 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. auch 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 war im Spiel 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 Tief-

punkt, der gleichzeitig ein Wendepunkt wurde. Sie verkroch sich mit einem Buch in die hinterste Ecke des Zimmers hinter ein Kasperhaus, sodass wir uns nicht sehen konnten. Sie sagte nichts und reagierte auch auf keines meiner verbalen Kontaktangebote, sondern hatte die Beziehung völlig abgebrochen. 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. So versuchte ich schließlich, meine Gefühle in einem Bild auszudrücken. 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."

Was war in dieser Stunde geschehen? Ich hatte mich von ihren depressiven Gefühlen anrühren, aber nicht völlig lähmen lassen, sondern hatte meinen Gefühlen beim Malen Ausdruck gegeben. Damit hatte ich gezeigt, dass ihre verzweifelten und aggressiven Gefühle mich nicht zerstört hatten. Das hat ihr offenbar den Weg in die Beziehung zu mir ermöglicht. In einem Zwischenbereich von Kreativität 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 Balints 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 Zeichen-Signal-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 gemeinsam aß, und zwar abwechselnd von einer Gabel. Ich hatte dabei Assoziationen an ein "Versöhnungsmahl". Weil ihr dabei die Vereinigung der verschiedenen Bestandteile zu einem Brei so wichtig gewesen waren, überlegte ich, ob sie mir auf der Symbolebene in dieser Spielhandlung auch die Überwindung der Spaltung mit der Vereinigung von Gut und Böse mitteilen 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 stand-

halten könnte. Aber ich hatte inzwischen verstanden, was Winnicott beschreibt, wenn er sagt, dass ein Kind sein Objekt erst einmal zerstören muss, bevor es seine Unversehrtheit wahrnehmen und von ihm profitieren kann. Einmal sollte ich hinter ihr hergehen und sie festhalten. Sie versteckte sich aber, sodass 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 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.

Das zur Verfügung stehende Stundenkontingent ging zu Ende, und deshalb mussten wir besprechen, ob noch einmal eine Verlängerung beantragt werden oder ob die Therapie zu Ende gehen sollte. Spontan sagte sie, dass sie aufhören wollte, weil sie jetzt Freundinnen hätte, sich mit ihrer Mutter besser verstünde und die Zeit lieber zum Spielen haben wollte. Ich war enttäuscht über dieses unerwartet rasche Ende der Zusammenarbeit und hatte Sorge, ob das vielleicht eine "defensive Flucht in die Gesundheit" (Kohut 1979) wäre. Nachdem ich aber meine eigene Gegenübertragung bezüglich meiner Trennung von ihr bearbeitet hatte, konnte ich ihrem Gefühl der neu erworbenen Beziehungsmöglichkeiten trauen, sodass die Trennung analytisch bearbeitet werden konnte. Aber trotz ihrer spontanen Aussage konnte sie sich nicht für oder gegen das Therapieende entscheiden. Sie erbat eine Therapiepause von vier Wochen als eine Trennung auf Probe. Danach war sie froh, wieder dazusein und konnte immer noch keine Entscheidung treffen. Sie wollte gehen und gleichzeitig bleiben. Aber die Stunden gingen dem Ende zu und ich sagte zu ihr, "du schiebst die Entscheidung so lange vor dir her, sicher, weil der Abschied schwer ist. Mir geht das auch so, aber wir müssen eine Entscheidung fällen. Drei Stunden sind noch da." Darauf reagierte sie erschreckt, "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 jetzt die Spannung so gegensätzlicher Gefühle wie Freude und Trauer in Bezug auf die Trennung von mir aushalten. Sie löste die Ambivalenz schließlich mit traurigen Gefühlen, und wir beendeten die Therapie. 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.

1.6 Schlussbemerkung

Ich habe den Weg eines frühgestörten 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 einfach verallgemeinern, denn die Therapieverläufe von Kindern mit Borderline-Risiken unterscheiden sich. Bei einem schwer deprivierten Kind z. B. bestand 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.

Aber bei all diesen unterschiedlichen Verläufen, denen ich andere hinzufügen könnte, bleibt doch das Ziel gleich, nämlich die Beziehungsfähigkeit wiederherzustellen. Dazu muss man sich in die innere Welt des Kindes mit den ihr eigenen Phantasien und Ängsten begeben.⁶ Die Ängste dieser Kinder sind heftig, weil die innere Welt voller Katastrophen, Morde, und Quälereien ist, und man gerät als Therapeut 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 gibt dem Kind genug Sicherheit, sich mit dem Therapeuten zusammen auf den Weg in die inneren Gefahren zu begeben.

Die Arbeit mit den Eltern wird manchmal dadurch erschwert, dass man in ihnen die "Verursacher" der Krankheit sieht und sich als der bessere Elternteil erlebt. Stattdessen wäre eine von Schuldgefühlsdruck entlastende

⁶Bei 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.

Haltung wichtig. Wenn es gelingt, in ihrer eigenen Genese Ursachen für den entgleisten Dialog mit dem Kind aufzuspüren, dann gibt es in meiner Erfahrung spürbare Erleichterung in den Familienbeziehungen.

Als Therapeut sollte man seine eigenen frühen Defizite durchgearbeitet haben, sollte 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 zu entwickeln. Oder man kann in einem Akt von Gegenaggression versuchen, das Kind abzustoßen. Gefühle von Angst und Hass in Beziehungen müssen dem eigenen Erleben zugänglich sein.

Um diese Kinder besser zu verstehen, arbeite ich zur Zeit an einer empirischen Untersuchung, die genauere Aufschlüsse in Hinsicht auf Ätiologie und Differentialdiagnostik geben soll. Durch die freundliche Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen habe ich z. Zt. 140 Fragebögen zurückerhalten und hoffe, zum Thema Borderline bei Kindern generalisierbare, auf einer breiten Grundlage basierende Ergebnisse zu erhalten, die auch für die Therapie von Bedeutung sein könnten.

Ich komme zum Schluss und schließe den Bogen zum Thema: Wenn man in der Therapie mit dem Kind eine Beziehung herstellen kann, in der man 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 so unterschiedliche Gefühlsqualitäten wie die mit Anklammerung und Abstoßung verbundenen in seinem Inneren aushalten kann. Dann muss es sie nicht mehr mit seinen Bezugspersonen agieren, denn sein Ich ist stark genug geworden, die damit verbundene Spannung auszuhalten.

Literatur

Balint, M. (1932): Charakteranalyse und Neubeginn. In: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Stuttgart: Ernst Klett

Brenner, Ch. (1967): Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: S. Fischer

Bürgin, D. (1988): Der therapeutische Dialog mit dem Grenzfallkind. In: G. Klosinski, (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen, Bern/Stuttgart/Toronto: Hans Huber, 21-50

Diepold, B. (1992): Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.41, 207-214

Emde, R. N. (1991): Die endliche und die unendliche Entwicklung. In: Psyche 45, 745-779

- Freud, A.** (1971): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, 2. unv. Aufl., Stuttgart: Ernst Klett
- Kohut, H.** (1979): Die Heilung des Selbst, Frankfurt, a. M.: Suhrkamp
- Lichtenberg, J. D.** (1990): Klinische Relevanz der Säuglingsbeobachtung für die Behandlung von narzißtischen und Borderline-Störungen. In: Psyche 44, 872-901
- Lichtenberg, J. D.** (1991): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin/Heidelberg/New York: Springer
- Parens, H.** (1979): The Development of Aggression in Early Childhood. New York: Aronson
- Peterfreund, E.** (1978): Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy. In: Int. J. Psychoanal. 59, 427-441
- Stern, D.** (1985): The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books
- Winnicott, D. W.** (1971): Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Ernst Klett