

"Auf alle Fälle darf man aber behaupten, daß Analysen von kindlichen Neurosen ein besonders hohes theoretisches Interesse beanspruchen können. Sie leisten für das richtige Verständnis der Neurosen Erwachsener ungefähr soviel wie die Kinderträume für die Träume der Erwachsenen. (...) Es sind doch in ihnen so viele der späteren Auflagerungen weggefallen, daß das Wesentliche der Neurose unverkennbar hervortritt."

SIEGMUND FREUD: *Gesammelte Werke* XII, 1918, S. 31

Kapitel 1: Einleitung

1.1 Problemstellung

Der siebenjährige W. leidet an Zwangssymptomen: Er muß jeden Abend vor dem Einschlafen lange beten, unaufhörlich Kreuze schlagen und eine Reihe von Heiligenbildern küssen, die sich in seinem Zimmer befinden. Er leidet an Zwangsgedanken, die er selbst für eine Einflüsterung des Teufels hält. Er muß immer denken: Gott - Schwein, Gott - Kot. Wenn er Leute sieht, die ihm leidtun, Bettler, Krüppel oder Greise, muß er laut ausatmen, um nicht so zu werden wie sie, oder er muß den Atem kräftig einziehen.

Aus seiner Genese wird berichtet, daß er im ersten Lebensjahr an einer schweren Lungenentzündung litt, bei der ihn die Ärzte bereits aufgegeben hatten. Kurz danach bekam er Malaria mit heftigen Fieberzuständen. In den ersten drei Lebensjahren war er ein gefügiges und eher ruhiges Kind. Im vierten Lebensjahr trat eine Verhaltensänderung ein: Er wurde unzufrieden und reizbar und reagierte auch bei kleinen Anlässen gekränkt. Er bekam häufig Wutausbrüche, bei denen er tobte und schrie und nicht zu beruhigen war. Er litt an panischen Ängsten und fürchtete sich vor großen und kleinen Tieren, z. B. hatte er Angst vor Käfern und Raupen, quälte und tötete sie aber zur gleichen Zeit. Er litt außerdem an einer Eßstörung, an Obstipation, Diarrhöen und Enuresis.

Er hat eine zwei Jahre ältere Schwester, zu der eine heftige Geschwisterrivalität bestand. Er wird von der Schwester sexuell verführt und sadistisch gequält, indem sie ihn häufig mit seinen Angstgehalten konfrontiert, was Panikattacken bei ihm auslöst.

Die Eltern haben wenig Zeit für ihre Kinder, weil sie oft auf Reisen sind. Die Kinder werden durch häufig wechselnde Personen betreut, die zum Teil lie-

bevoll, häufiger jedoch sadistisch mit ihnen umgehen. W. ist daher oft mit Trennungen von wichtigen Bezugspersonen konfrontiert, und mit fünf Jahren muß er sich auch von seinem Zuhause trennen, weil die Familie an einen weit entfernten, anderen Ort umsiedelt. Der Vater leidet an einer manisch-depressiven Erkrankung und befindet sich häufig in klinischer Behandlung. Die Mutter, hypochondrisch mit ihren Krankheiten beschäftigt, hat nur Interesse an den Kindern, wenn diese krank sind. Mehrere Mitglieder der weiteren Familie leiden an Psychosen und gravierenden Persönlichkeitsstörungen. Suizide kommen in der Familie gehäuft vor.

Gelegentlich kommen Kinder in die psychiatrische oder psychotherapeutische Praxis, die Ähnlichkeiten mit dem siebenjährigen W. haben, hinter dessen Krankengeschichte sich ein berühmter Patient FREUDS, der "Wolfsmann"¹ verbirgt. Diese Kinder werfen vielfältige Probleme in Hinsicht auf Diagnose und Therapie auf. Die damit verbundenen Unsicherheiten während meiner 15jährigen Praxistätigkeit sind für mich der Anstoß für diese Untersuchung gewesen.

Wodurch werden die Unsicherheiten ausgelöst? Die Kinder sind nicht in die üblichen diagnostischen Kategorien einzuordnen, denn sie leiden weder an einer Übertragungsneurose, noch an einer Psychose. Sie haben ähnlich wie der Wolfsmann extreme Ängste, reagieren bei Frustrationen häufig altersunangemessen, agieren impulsiv, aggressiv und selbstschädigend, haben Wutausbrüche, schwanken zwischen Größenphantasien und Selbstwertproblemen, haben Schwierigkeiten im Umgang mit der Realität und in Beziehungen zu Gleichaltrigen und pendeln zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus. Psychotische Episoden mit kurzfristigem Verlust der Realitätsprüfung machen eine Abgrenzung zur Psychose schwierig. Ihre Genese ist durch eine instabile Familiensituation, psychische Erkrankungen in der Familie und Traumata gekennzeichnet.

Der therapeutische Umgang mit ihnen ist dadurch erschwert, daß sie in der psychotherapeutischen Behandlung nicht wie neurotische Kinder ihre Konflikte in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten wiederbeleben und diese in der Phantasie und mit Hilfe deutender Interventionen bearbeiten können, weil ihre mangelnde Symbolisierungsfähigkeit diese Art klassisch-analytischen Arbeitens nicht zuläßt. Stattdessen inszenieren sie ihre Störungen durch Impulshandlungen, Aktionen oder Somatisierungen. Durch ihr Agieren

¹ FREUD 1918, S. 27-157

wird häufig der äußere Rahmen der Therapie in Frage gestellt. All dies führt zu einer angespannten Gegenübertragungsbeziehung, die von Sorge, Angst, Ärger, Ausstoßungstendenzen und Selbstzweifeln bestimmt wird und schwer zu handhaben ist. Die Behandlung dieser Kinder kostet viel Kraft und stellt hohe Anforderungen an die therapeutische Kompetenz.

Eine weitere Verunsicherung entsteht durch Kontroversen bezüglich diagnostischer Beurteilung oder therapeutischer Arbeitsweise unter Kollegen. In Fallseminaren, Arbeitsgruppen oder Supervisionsgruppen entstehen Auseinandersetzungen, weil die Spaltungen der Patienten sich in der Gruppe wieder spiegeln. Diese Gruppeninteraktion könnte dann zum besseren Verstehen der Psychopathologie des Patienten beitragen, wenn sie mit Hilfe eines außenstehenden Dritten auf die Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation des Falles rückbezogen würde.

Allgemein ist zu konstatieren, daß die Störungen dieser Kinder in der Behandlung zu einer Inszenierung ihrer inneren Notsituation führt und damit Schwierigkeiten erzeugt, die sich nicht wie in den Übertragungsneurosen zwischen Patient und Therapeut entwickeln, sondern auf das psychosoziale Umfeld von Patient und Therapeut übergreifen und schwerer zu bearbeiten sind als in der therapeutischen Dyade.

Der Wolfsmann

Ähnliche Schwierigkeiten erlebte offenbar auch FREUD mit dem eingangs geschilderten Fall des Wolfsmannes. Er schreibt, daß dieser Krankheitsfall sich "durch eine Anzahl von Eigentümlichkeiten" auszeichnet². Vor der Analyse bei FREUD, die in den Jahren 1910 - 1914 stattfand, war der junge russische Adlige von dem Neurologen BECHTEREW in St.Petersburg und danach in verschiedenen deutschen Sanatorien, u. a. bei den Psychiatern KRAEPELIN und ZIEHEN, in Behandlung und wurde "damals von der zuständigsten Stelle als ein Fall von manisch-depressivem Irresein" klassifiziert.³ FREUD schien wie die psychiatrischen Vorbehandler Schwierigkeiten mit der Diagnose und der Behandlung zu haben, was u. a. daran deutlich wird, daß

² Vgl. FREUD 1918, S. 27.

³ Vgl. FREUD 1918, S. 30. Die "zuständigste Stelle" ist der Psychiater KRAEPELIN gewesen.

er den Wolfsmann um ein Vielfaches länger behandelte als seine anderen Patienten. Im Jahr 1918 führte er eine sechsmonatige Nachbehandlung durch, und er merkt an: "An solchen fruchtbringenden Schwierigkeiten ließ der hier zu beschreibende Krankheitsfall nichts zu wünschen übrig."⁴ Diese Schwierigkeiten werden vor allem dadurch verursacht, daß der Wolfsmann weder an einer klassischen Zwangsneurose noch an einer Psychose gelitten hat. Aber die Prognose muß von FREUD als ausreichend günstig beurteilt worden sein, denn er schreibt weiter: "Ich kann mir leicht denken, daß bei weniger günstigen Umständen die Behandlung nach einiger Zeit aufgegeben worden wäre."⁵

FREUD hatte am Anfang des Jahrhunderts die Psychoanalyse als eine Triebpsychologie konzeptualisiert, bei der angeborene Triebe und epigenetisch sich entfaltende sexuelle Phasen im Menschen Konflikte erzeugen, weil viele der Wünsche unannehmbar und gefährlich sind, Abwehrmaßnahmen notwendig machen und Symptome und pathologische Charakterzüge auslösen.⁶ Die Psychoanalyse hat in ihrer Weiterentwicklung drei weitere Gesichtspunkte mit einbezogen: In der Ich-Psychologie wird der Blick auf die Fähigkeiten des Individuums zur Anpassung, Realitätsprüfung und Abwehr gerichtet, die sich im Entwicklungsverlauf allmählich entfalten.⁷ Die Objektbeziehungpsychologie betrachtet die im Gedächtnis gespeicherten verinnerlichten Kindheitserfahrungen eines Menschen, die eine Tendenz zur Wiederholung zeigen,⁸ und in der Selbstpsychologie wird die subjektive Befindlichkeit des Menschen in bezug auf die Abgrenzung von anderen sowie die Kontinuität des Erlebens und die Wertschätzung der eigenen Person betrachtet.⁹ Die Zusammenschau dieser "vier Psychologien"¹⁰ macht ein umfassenderes Verständnis der Dynamik einer psychischen Erkrankung möglich und bietet auch die Grundlage eines veränderten Verständnisses der Krankengeschichte des Wolfsmanns. WOLBERG (1973) und BLUM (1974) haben den Fall als eine Borderline-Störung verstanden.

⁴ a.a.O. S. 32

⁵ Ebenda. Auf die von FREUD als prognostisch günstig eingeschätzten Faktoren wird an anderer Stelle eingegangen.

⁶ Vgl. FREUD 1905, FREUD 1916.

⁷ Vgl. HARTMANN 1939.

⁸ Vgl. SANDLER/ROSENBLATT 1962.

⁹ Vgl. SANDLER 1960, KOHUT 1977, MAHLER ET AL. 1975.

¹⁰ Vgl. PINE 1990.

So könnte es sein, daß der Wolfsmann der erste in der Literatur beschriebene Patient war, der schon als Kind eine Borderline-Störung hatte,¹¹ wenn sie auch als solche nicht von FREUD diagnostiziert werden konnte, weil es diese Kategorie zu seiner Zeit noch nicht gab. Für die Diagnose "Borderline" sprechen

- die hereditären Belastungen,
- seine schweren Erkrankungen im ersten Lebensjahr,
- die traumatischen Beziehungs- und Trennungserfahrungen in der Kleinkindzeit und
- die Vielfalt seiner wechselnden Symptomatik.¹²

Außerdem war die Behandlungszeit von 4 Jahren für die damalige Zeit sehr lang; darüber hinaus führte FREUD 1918 eine sechsmonatige Nachbehandlung durch. Da der Wolfsmann nach dem Verlust seines großen Vermögens und die dadurch erzwungenen Lebensveränderungen depressiv wurde, nahm er bei RUTH MACK BRUNSWICK erneut eine Psychoanalyse auf. Danach wurde er über 30 Jahre von der Psychoanalytikerin MURIEL GARDINER fachlich und freundschaftlich begleitet und von dem Wiener Psychoanalytiker S. und dem amerikanischen Psychoanalytiker E. in größeren zeitlichen Abständen behandelt.¹³

Diese Therapiegeschichte des Wolfsmanns deckt sich mit meinen therapeutischen Erfahrungen bei schwer gestörten Kindern: die Therapien sind häufig nicht im üblichen Setting, in der üblichen Zeit oder im ambulanten Rahmen durchzuführen. Manchmal muß einige Jahre nach Behandlungsende eine Weiterbehandlung erfolgen.

FREUD hat aus der Analyse des erwachsenen Wolfsmannes mit der ihm eigenen sprachlichen und inhaltlichen Differenziertheit dessen infantile Neurose erschlossen. Er hat damit nicht nur auf den engen Zusammenhang zwischen

¹¹ Dieser Meinung ist ANTHONY (1983) in seinem Prolog zu dem Sammelband "The Borderline Child", in dem namhafte Kinderanalytiker und Kinderpsychiater unter verschiedenen Aspekten über die Borderline-Störung bei Kindern gearbeitet haben (a.a.O., S. 5).

¹² Informationen darüber sind aus der Krankengeschichte FREUDs, dem Nachtrag zu dieser Krankengeschichte von RUTH MACK BRUNSWICK, den Erinnerungen des Wolfsmannes selbst, MURIEL GARDINERS Erinnerungen an den Wolfsmann und den Gesprächen mit dem Wolfsmann von OBHOLZER zu entnehmen. Vgl. GARDINER (Hrsg.) 1972; OBHOLZER 1980.

¹³ Vgl. OBHOLZER 1980, S. 30.

der Störung im Kindes- und Erwachsenenalter, sondern auch auf die Bedeutung der infantilen Neurose für das Verständnis der Erkrankung im Erwachsenenalter hingewiesen.

Solche Rückbezüge finden in der Borderline-Diskussion m. E. zu wenig statt. So ist es verwunderlich, daß die wissenschaftliche Diskussion über die Borderline-Störungen bei Kindern und Erwachsenen in den USA zwar etwa zeitgleich und inhaltlich parallel verlaufen ist, daß diese beiden Bereiche jedoch wenig Berührungspunkte miteinander haben. Da bei Kindern die Erkrankung noch nicht durch die Überlagerungen des Erwachsenenalters verschleiert sind,¹⁴ könnten genauere Kenntnisse über die Ursachen, Phänome und psychodynamischen Zusammenhänge dieser Erkrankung bei Kindern auch das Verständnis der Borderline-Störungen bei Erwachsenen bereichern.

Dafür müßten aber deutlich umschriebene diagnostische Leitlinien existieren, die derzeit nicht vorhanden sind. Wenn das Diagnostizieren in der Psychiatrie allgemein von ANTHONY (1983) als ein "notoriously treacherous business"¹⁵ bezeichnet wird, so gilt das besonders für die Borderline-Störungen bei Kindern, weil verbindliche diagnostische Leitlinien fehlen.

Im Bereich der Behandlung Erwachsener ist die Situation anders: In der Psychoanalyse gibt es vor allem durch die psychodynamische Konzeptualisierung des Krankheitsbildes durch KERNBERG (1967, 1975) diagnostische und therapeutische Leitlinien. In der Psychiatrie ist das Krankheitsbild in den beiden internationalen psychiatrischen Diagnoseschemata DSM-III-R und ICD-10 durch deskriptive Items operationalisiert. Aber es gibt keine einheitliche Sicht der Borderline-Störung, sondern diese ist von den jeweils unterschiedlichen fachspezifischen Vorannahmen abhängig. Folgende Akzentsetzungen haben sich herausgestellt:

1. Borderline-Persönlichkeitsstörung. Entsprechend dem deskriptiven Zugang der Psychiatrie ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Borderline personality disorder, BPD) deskriptiv von anderen Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt und als eine valide psychiatrische Diagnose in die internationalen Diagnoseschemata DSM-III-R¹⁶ und ICD-10¹⁷ eingegangen.

¹⁴ FREUD 1918, S. 31

¹⁵ ANTHONY 1983, S. 2

¹⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1989

¹⁷ WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991

- 2. Psychotischer Charakter.** Durch WINNICOTT (1952) wurde die Borderline-Störung als eine im Kern psychotische Störung beschrieben, bei der Patienten durch ihre Abwehrleistungen eine neurotische oder psychosomatische Symptomatik zeigen und nur selten eine Psychose entwickeln. Diese Sicht wird durch FROSCHE (1964 und 1988) mit seinen Arbeiten über den psychotischen Charakter und GREEN (1975) bestätigt¹⁸.
- 3. Schwere Selbststörung.** KOHUT (1971 und 1977) und die Vertreter der Selbstpsychologie halten schwere Defizite des Selbstgefühls, die sich in einem Mangel an Selbstkohäsion zeigen, für die Borderline-Störung konstitutiv.
- 4. Borderline-Persönlichkeitsorganisation.** Diese Sicht der Borderline-Störung, vor allem von KERNBERG (1970 und 1975) als eine strukturelle Störung des Ich konzeptualisiert und als eine Charakterstörung auf mittlerem bis niederem Organisationsniveau bezeichnet, ist unter Psychoanalytikern am häufigsten. Es handelt sich dabei nicht um einen Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose, sondern um eine eigenständige Einheit mit deskriptiven und psychodynamischen Elementen aus beiden Bereichen.¹⁹ Die Abgrenzung zwischen Ich, Über-Ich und Objekten gelingt nicht, primitive, sadistische Über-Ich-Anteile werden projiziert, die Abwehr besteht vorwiegend aus Spaltung, die Selbst- und Objektbilder sind dementsprechend entweder "gut" oder "böse", und Triebimpulse werden direkt ausgelebt.²⁰

Wenn auch entsprechend der psychoanalytischen Entwicklungslehre die strukturellen Grundlagen für Erwachsene und Kinder gleich sind, erfolgten doch die Konzeptualisierungen für Kinder mit besonderen Akzentsetzungen: Die ersten grundlegenden Arbeiten erschienen vor fast 50 Jahren in den USA. GELEERD (1945, 1946 und 1958) und MAHLER et al. (1948), die sowohl Psychoanalytikerinnen als auch Kinderpsychiaterinnen waren, vollzogen vor allem die Abgrenzung zu den Psychosen. WEIL (1953a, 1953b und 1956) forderte bei schweren psychischen Erkrankungen zu einer mehrdimensionalen

¹⁸ GREEN nimmt einen psychotischen Kern an, der einer spezifischen Abwehr durch die "psychischen Kurzschlußmechanismen" der "somatischen Erledigung" und der "Erledigung durch Agieren" sowie der "psychischen Grundmechanismen" durch "Spaltung" und "Entziehung der Besetzung" unterliegt. Vgl. GREEN 1975, S. 513-514

¹⁹ HOFFMANN 1990, S. 20

²⁰ Vgl. JANSSEN 1990, S. 3 f.

Betrachtungsweise auf, die neben der krankmachenden Wirkung pathologischer Beziehungsmuster und traumatischer Lebenssituationen auch biologische Beeinträchtigungen in Betracht ziehen sollte. EKSTEIN/WALLERSTEIN (1954 und 1956) arbeiteten als erste mit dem Begriff "Borderline-Kinder".

In den Jahren zwischen 1960 und 1980 wurden in England und den USA die Phänomenologie, Psychodynamik und Therapie von Kindern mit Borderline-Störungen beschrieben, differenzierter ausgearbeitet und übereinstimmend als eine Entwicklungsstörung der Objektbeziehungen und des Ichs verstanden.²¹

In den achtziger Jahren erschienen neben psychodynamisch orientierten Arbeiten zunehmend mehr Untersuchungen, in denen das Krankheitsbild deskriptiv erfaßt und klassifiziert wurde. Durch Vergleiche mit ähnlichen Krankheitsbildern wurde die Borderline-Störung genauer abgegrenzt, und neurokognitive Beeinträchtigungen wurden als ätiologische Faktoren in Betracht gezogen. Insgesamt ist das Forschungsspektrum breiter geworden, weil neben weiterhin beforschten psychodynamischen Gesichtspunkten klassisch-psychiatrische Fragestellungen untersucht werden.²²

Ebenso wie bei der Erforschung des Krankheitsbildes bei Erwachsenen sind die Arbeiten zu Borderline-Störungen bei Kindern durch die unterschiedlichen theoretischen Orientierungen der Verfasser geprägt, und es zeigen sich in ihnen die oben beschriebenen vier Akzentsetzungen. Allgemein verbindliche diagnostische Kriterien entsprechend den Kriterien des DSM-III-R für Erwachsene gibt es aber bisher für Kinder nicht²³.

Die Vielfalt dieser Ansätze macht deutlich, daß eine Diskussion über Borderline-Störungen zwischen den verschiedenen Fachrichtungen durch die jeweils unterschiedlichen theoretischen Vorannahmen erschwert ist, besonders zwischen der deskriptiv orientierten Kinderpsychiatrie und der psychodynamisch orientierten Psychoanalyse.²⁴ Diese Divergenz zeigt sich besonders in der Kontroverse zwischen PAULINA KERNBERG und SHAPIRO (1990) in der Zeitschrift "Journal of the American Academy of Child and Adolescent

²¹ Vgl. Abschnitte 2.2 und 2.3 dieser Arbeit.

²² Vgl. Abschnitt 2.1.3.

²³ Vgl. Abschnitt 2.5.

²⁴ Diese Divergenzen sind in Deutschland besonders stark ausgeprägt. Dies könnte mit der Verfemung der Psychoanalyse durch die Nationalsozialisten zu tun haben. In den Vereinigten Staaten sind Psychoanalyse und Psychiatrie nicht so weit voneinander entfernt; viele Psychoanalytiker emigrierten nach den USA, und nicht wenige Psychoanalytiker sind auch Psychiater. Dies hatte Auswirkungen auf die Borderline-Forschung.

Psychiatrie", deren Gegenstand die Frage ist, ob das Problem "Borderline bei Kindern" gelöst sei. KERNBERG bejaht die aufgeworfene Frage, weil sie die Persönlichkeitsentwicklung auf einem Kontinuum von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter sieht; entsprechend dieser Vorannahme können bereits Kinder Persönlichkeitsstörungen haben. Sie erklärt die Borderline-Störungen psychodynamisch und versucht, die therapeutischen Möglichkeiten zu verbessern. SHAPIRO dagegen verneint die Frage: Er argumentiert klassisch psychiatrisch und konstatiert ein Überlappen mit verschiedenen anderen Störungen. Er vermisst empirische Untersuchungen, die die Grenzen des Krankheitsbildes belegen. Daher fordert er, eine größere Zahl von Fällen schwer gestörter, nicht psychotischer Kinder zu sammeln, zu analysieren und zu systematisieren. Man würde so zu einem Katalog von Kriterien kommen und sehen, was für ein Konstrukt sich ergebe.

1.2 Ziele und Methoden der Untersuchung

Hier setzt die vorliegende empirische Arbeit an. Ich will Informationen über den sozialpsychologischen Hintergrund, über frühe Traumata, Ätiologie, Phänomenologie, Symptomatik und Struktur von Kindern mit einer Borderline-Störung sammeln, analysieren, systematisieren und mit den in der Literatur vorliegenden Ansätzen vergleichen. Dabei sollen nicht nur charakteristische Merkmale von Kindern mit Borderline-Störungen bestimmt werden, sondern auch der Frage nachgegangen werden, ob es innerhalb des Borderline-Spektrums Subgruppen gibt. Schließlich möchte ich die altersabhängigen Veränderungen und geschlechtstypischen Unterschiede bei diesem Krankheitsbild untersuchen.

Dies ist nur möglich, wenn der Analyse eine genügend große Stichprobe zugrundeliegt. Da eine große Fallzahl aus der eigenen Praxis nicht aufzubringen ist und auch eine Institution wie eine Poliklinik oder eine Beratungsstelle nicht genügend Fälle hätte, weil das Borderline-Syndrom ein eher seltenes Krankheitsbild ist, habe ich eine Befragung bei den analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland durchgeführt.

Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der den behandelnden Therapeuten¹ bittet, einen Patienten mit einer Borderline-Störung im Detail auf verschiedenen Dimensionen nach vorgegebenen sowie frei formulierbaren Kriterien zu beschreiben. Grundlage der Datenanalyse mit multivariaten statistischen Methoden sind insgesamt 191 Fälle, die von ca. 150 Therapeuten - Psychiatern und Psychoanalytikern - stammen.

Ein solches Vorgehen wirft methodologische Probleme auf, weil man eine so große Gruppe von Patienten weder selber untersuchen noch die Beurteilung der Kollegen validieren kann. Man muß sich also auf das diagnostische Urteil von Kollegen verlassen, die in der Klinik psychogen erkrankter Kinder kundig und erfahren sind, und man muß deren Deutungsmuster akzeptieren. Allerdings kann man ihnen eine Reihe von konkreten Kriterien an die Hand geben, anhand derer die Patienten zu beurteilen sind. Dennoch, ein Ratertraining, das die intersubjektive Zuverlässigkeit weiter erhöhen würde, ist bei 150 beteiligten Therapeuten nicht durchzuführen. Und selbst wenn man sich auf gemeinsame Kriterien verständigte und die Validität dieser Kriterien überprüfte, wäre man noch von einer zuverlässigen Objektivität entfernt. Denn anders als bei der Erhebung "harter" Daten, z. B. über Alter, Größe oder Gewicht von Patienten, entsteht die diagnostische Einschätzung einer psychischen Erkrankung auch bei Experten aufgrund des subjektiven Eindrucks des Untersuchers. Die Diagnose setzt sich aus diagnostischen, theoretischen und normativen Aspekten zusammen, die durch die Ausbildung, eine bestimmte theoretische Schulzugehörigkeit und die Auseinandersetzung mit der Literatur und mit Kollegen geprägt werden. Die oben genannte Kontroverse zwischen PAULINA KERNBERG und SHAPIRO ist ein Beispiel für eine solche divergente subjektive Einschätzung eines Krankheitsbildes durch Experten² mit unterschiedlicher wissenschaftlicher Sozialisation.

Wenn man subjektive Beurteilungen von Klinikern über Patienten erhebt, die in die Kategorie "Borderline" passen, dann ist zu erwarten, daß sich bezüglich der Einschätzung solcher Fälle objektivierbare Phänomene wie Genese, Traumata und Symptomatik beschreiben und bei einer großen Anzahl von Fällen auch strukturieren und klassifizieren lassen. Es ist zu erwarten, daß sich durch die vielfach gebrochene subjektive Sicht der Therapeuten ein Konstrukt "Borderline-Störung bei Kindern" ergibt, sofern es "objektiv" zugrundeliegt

¹ Die Begriffe "Therapeut", "Psychiater", "Patient" usw. stehen im folgenden sowohl für die jeweils männliche als auch die weibliche Ausprägung.

² PAULINA KERNBERG ist Psychoanalytikerin/Psychiaterin und THEODOR SHAPIRO ist Psychiater.

und nicht ein Artefakt ist. Man muß sich aber darüber im klaren sein, daß die so gewonnenen Ergebnisse die "Subjektiven Theorien" der befragten Therapeuten über Borderline-Störungen bei Kindern wiedergeben.³ Bezogen auf das hier anstehende Problem bedeutet dieser Sachverhalt folgendes:

Es kommt bei der klinischen Einschätzung von Patienten, die weder in der Psychiatrie noch in der Psychotherapie eindeutig und intersubjektiv verbindlich ist, zu einem komplexen Zusammenspiel von Wissen auf verschiedenen Ebenen und Schlußbildungen, deren Endergebnis man als die "Subjektive Theorie" des Diagnostikers über seinen Patienten bezeichnen könnte. Subjektive Theorien beinhalten das Wissen, die Vorstellungen, Auffassungen und Meinungen zu bestimmten Sachverhalten eines Menschen, die für ihn relevant sind. Sie sind komplexe Aggregate von Konzepten mit impliziter Argumentationsstruktur, und zwar sowohl deduktiv-analytische Schlußformen als auch solche, die neues "Wissen generieren".⁴ Zwischen "Subjektiven Theorien" und "Objektiven Theorien" besteht ein enger Zusammenhang in Form einer Strukturparallelität. Da objektive Erkenntnisse aus einer Fülle intersubjektiv überprüfbares Wissens gewonnen werden, macht es Sinn, Kliniker nach ihrer diagnostischen Einschätzung bestimmter Fälle zu befragen. Die Ergebnisse bezüglich Kindern mit Borderline-Störungen wären anhand der vorhandenen Theorien über dieses Krankheitsbild zu überprüfen.⁵

Erkenntnisse über ätiologische Bedingungen der Störung werden von Kindertherapeuten aus direkter Anschauung gewonnen, weil sie das familiäre Umfeld ihrer Patienten recht genau kennenlernen. Sie erleben in der therapeutischen Arbeit mit den Eltern - ein unabdingbarer Bestandteil jeder Kindertherapie - das Beziehungsverhalten und die Psychopathologie der Eltern und gewinnen direkte Erkenntnisse über die Psychogenese der Erkrankung. Das eröffnet eine Möglichkeit zum differenzierten Erfassen der ätiologischen Bedingungen der Erkrankung, die bei erwachsenen Patienten in der Regel auf dem Wege der Erinnerungen an ihre Kindheit gewonnen werden. Außerdem besteht bei Kindern eine zeitliche Nähe zwischen den mitverursachenden Lebensbedingungen und der Diagnosestellung, sodaß ohne die vielen "Überlagerungen" des Erwachsenenalters genauere Zusammenhänge zu finden möglich erscheinen.

³ Vgl. GROEBEN ET AL. 1988.

⁴ Vgl. GROEBEN ET AL. 1988, S. 19.

⁵ Zur ausführlicheren Diskussion der methodologischen Probleme siehe Abschnitt 3.2.

1.3 Struktur der Arbeit

Im **zweiten Kapitel** werden die theoretischen Grundlagen für die empirische Untersuchung und die Konstruktion des Fragebogens gelegt, indem die Theorie der Borderline-Störung bei Kindern dargestellt wird. Zunächst wird die deutsch- und englischsprachige Literatur gesammelt und gesichtet und anhand dieser Literaturübersicht die fünfzigjährige Forschungsgeschichte analysiert.¹ Die folgenden Abschnitte bündeln die Ergebnisse unter systematischen Gesichtspunkten: Phänomenologie der Störung, strukturelle Aspekte der Störung, spezifische Aspekte des Entwicklungsverlaufs, Diagnose.

Phänomenologie der Störung: die triebhaften Anteile der Störung werden unter den Aspekten Impulsivität/Aggressivität sowie Impulssteuerschwäche behandelt. Die Ich-Schwäche wird unter den Gesichtspunkten wechselndes Funktionsniveau der Ich-Organisation, Denkinhalte und Denkprozesse, Angst, gestörter Realitätsbezug, Frustrationsintoleranz dargestellt. Weitere Abschnitte befassen sich mit dem Beziehungsverhalten der Kinder, mit Depression, psychotischen Episoden und begleitenden neuroseähnlichen Symptomen. Die theoretischen Gesichtspunkte der Borderline-Erkrankung werden jeweils anhand von Fallvignetten verdeutlicht, und es wird auf diese Weise der theoretische Bereich und der klinische Bereich aufeinander bezogen.

Die **strukturellen Aspekte der Störung** werden zunächst unter Gesichtspunkten der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungspsychologie dargestellt: Trennung von Selbst und Nichtselbst, Teilobjektbeziehungen, Selbstobjektbeziehungen, Mangel an Empathie, Verschmelzungsgefahr. Gesichtspunkte der Ich-Psychologie werden in den Abschnitten über Wahrnehmung, Motorik, Sprache und Denken, Realitätsanpassung, Borderline-Angst und Über-Ich-Entwicklung dargestellt. Auch hier wird zur Erläuterung Fallmaterial aus der Literatur, aus eigenen Behandlungen und aus Supervisionen herangezogen.

¹ Vgl. Abschnitt 2.1. Die Literaturrecherchen wurden über die Datenbanken "Medline", "Psychindex" und "Psycinfo" durchgeführt.

Die **spezifischen Aspekte des Entwicklungsverlaufs** von Kindern mit Borderline-Störungen werden anhand der klassischen psychoanalytischen Entwicklungslehre sowie der empirischen Säuglingsforschung diskutiert.²

Schließlich werden die **Probleme der Diagnostik** von Kindern mit Borderline-Störungen im Spannungsfeld von Psychoanalyse und Psychiatrie untersucht. Es werden unterschiedliche Klassifikationskonzepte referiert, Zusammenhänge und Ähnlichkeiten mit anderen Krankheitsbildern diskutiert und Besonderheiten der psychologischen Untersuchung dargestellt.

Das **dritte Kapitel** umfaßt die empirische Untersuchung. Aus den Fragestellungen des Theorieteiles haben sich Forschungsaufgaben und Ziele für die Untersuchung ergeben. Diese Ziele müssen in ein Untersuchungsdesign umgesetzt werden, das näher begründet wird. Der für die Untersuchung benutzte Fragebogen wird dargestellt, der folgende Teile umfaßt:

- psychosoziale Daten der Probanden,
- traumatische Erfahrungen in den ersten drei Lebensjahren,
- 50 Items zur Symptomatik,
- begleitende neurotische und psychosomatische Symptome,
- gesunde Anteile der Probanden,
- Fragen zur Therapie,
- GAF-Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus.

Der Auswertung der Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung mit 191 Probanden sind 5 Abschnitte gewidmet.³

Zunächst werden die **psychosozialen Daten** der Probanden dargestellt: Alter und Geschlecht, Sozialstatus der Familie, Geschwisterzahl und Aufenthaltsort.⁴ Diese Ergebnisse werden mit Daten einer Vergleichsgruppe zweier Jahrgänge der Gesamtpopulation aus einer Beratungsstelle und einer Poliklinik verglichen, um einen ersten Anhaltspunkt für die Frage zu bekommen, ob es sich bei den Probanden der Untersuchungsstichprobe um eine abgrenzbare Einheit handelt. Die Frage nach den psychogenen Erkrankungen in der Eltern- und Großelterngeneration soll die von vielen Autoren geäußerte Vermutung

² Vgl. Abschnitt 2.4.

³ Die Teile des Fragebogens, die sich mit Fragen der Prognose und der Therapie befassen, werden nicht berücksichtigt, da die Therapie von Kindern mit Borderline-Störungen nicht Gegenstand dieser Arbeit ist.

⁴ Vgl. Abschnitt 3.4.1.

klären, daß die Borderline-Störung hereditäre Ursachen hat. Außerdem läßt eine hohe familiäre Krankheitsbelastung Rückschlüsse auf die Fähigkeit der Beziehungspersonen zur Empathie zu.

Unter der Frage nach **traumatischen Erfahrungen** in den ersten drei Lebensjahren werden die außerordentlich vielfältigen traumatischen Erfahrungen zusammengestellt. Dominierend sind schwere Erkrankungen, Trennungen und schwere Beziehungsstörungen mit Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch. Es muß davon ausgegangen werden, daß diese Lebensereignisse einen Einfluß auf die noch unreife Psyche des Kindes gehabt haben.⁵

Um der vielfältigen **Symptomatik**⁶ von Borderline-Patienten gerecht zu werden, werden die von den befragten Therapeuten genannten begleitenden neurotischen und psychosomatischen Symptome dargestellt.⁷ Ein weiterer Auswertungsschritt widmet sich sodann den 50 vorgegebenen Items, die das Kernstück des Fragebogens sind.⁸ Diese sind aus der Literatur abgeleitet, beziehen sich auf die spezifische Borderline-Symptomatik und haben vorwiegend Fragen zu Ich-Struktur, Objektbeziehungen und Selbstentwicklung der Probanden zum Inhalt.

Es werden die Mittelwerte und die Verteilungen der Items dargestellt. Die Prüfung auf statistische Signifikanz ergibt erste Anhaltspunkte auf jene Symptome, die in besonders deutlicher Weise die Borderline-Symptomatik der Probanden zu beschreiben in der Lage sind. Damit ist eine erste Charakterisierung der Probanden als Gesamtgruppe möglich.

In einem zweiten Schritt wird versucht, die Struktur der Symptomatik mit Hilfe der **Faktorenanalyse** zu erheben. Die aufgrund der Einschätzung der Therapeuten ähnlichen Symptome lassen sich auf diese Weise zu voneinan-

⁵ Vgl. Abschnitt 3.4.2.

⁶ KERNBERG (1978) beschreibt die Symptomatik von Borderline-Patienten mit dem Begriff der "Polysymptomatik", und HOCH/POLATIN (1949) prägen den Begriff der "Pan-Neurose". Diese Begriffe drücken aus, daß die Patienten eine Vielfalt häufig fluktuierender neurotischer Symptome aufweisen, die allen bekannten nosografischen Abgrenzungsschemata widersprechen. (Vgl. ROHDE-DACHSER 1979, S. 28f.)

⁷ Vgl. Abschnitt 3.4.3.

⁸ Vgl. Abschnitt 3.4.3.2.

der unabhängigen Faktoren zusammenfassen; dies führt zu einer handhabbaren Verringerung der Redundanz insofern, als die 50 Items auf 10 Faktoren reduziert werden können, die auch inhaltlich gut interpretierbar sind.⁹

Da die Faktorenanalyse viel über die Struktur der diagnostischen Kategorien aus der subjektiven Sicht der Therapeuten, aber per se nichts über die Bedeutsamkeit dieser Faktoren für die Diagnose Borderline-Entwicklungsstörung aussagen kann, wurden in einem methodisch weitergehenden Schritt die durch die quadrierten Faktorladungen gewichteten Mittelwerte der einzelnen Variablen eines Faktors zu einem Faktor-Mittelwert verdichtet. Auf diese Weise können jene Faktoren ermittelt werden, die generell, über alle Probanden gesehen, Kinder mit einer Borderline-Störung am besten charakterisieren.¹⁰

Die Literatur hat in unterschiedlicher Weise **Subgruppen** von Kindern mit Borderline-Störungen postuliert,¹¹ ohne daß dies aber genügend empirisch verifiziert wurde. Ich habe deshalb in einem weiteren analytischen Schritt mittels clusteranalytischer Verfahren untersucht, ob sich aufgrund der Einschätzung der Therapeuten abgrenzbare Untergruppen ergeben. Dies ist, wie gezeigt wird,¹² in der Tat der Fall; diese Gruppen sind nicht nur statistisch nachweisbar, sondern inhaltlich charakterisierbar. Zur qualitativen Interpretation der Subgruppen werden aus der eigenen Praxis Fallstudien in die Ergebnisdarstellung einbezogen.

Einige **Detailanalysen** folgen; sie betreffen geschlechtsspezifische Unterschiede und Veränderungen in der Altersstruktur der 5- bis 14-jährigen Probanden. Es wird der merkwürdigen Tatsache nachgegangen, daß bei erwachsenen Borderline-Patienten Frauen überwiegen, während bei Kindern relativ mehr Jungen als Mädchen repräsentiert sind. Die Interpretation der Daten ergibt Anhaltspunkte für eine Erklärung.¹³ Untersucht werden ferner geschlechtsspezifische Merkmale in bezug auf sexuellen Mißbrauch und die Ausprägung der Symptomatik. Schließlich werden alterstypische Veränderungen der Symptomatik analysiert.¹⁴

⁹ Vgl. Abschnitt 3.4.4.

¹⁰ Ebd.

¹¹ Vgl. Abschnitt 3.4.5.

¹² Ebd.

¹³ Vgl. Abschnitt 3.4.6.

¹⁴ Vgl. Abschnitt 3.4.7.

Das **vierte Kapitel** faßt die Ergebnisse der empirischen Untersuchung mit Rückgriff auf die Literatur zusammen und diskutiert sie unter kinderpsychiatrischen, psychoanalytischen und entwicklungspsychologischen Aspekten.

Weitere Forschungsnotwendigkeiten werden aufgezeigt.