

Kapitel 2: Zur Theorie der Borderline-Störungen

2.1 Forschungsgeschichte

Als in den siebziger Jahren die Arbeiten KOHUTs und KERNBERGs in Deutschland durch Übersetzungen bekannt wurden, begann die Diskussion um Borderline-Störungen und narzißtische Störungen bei Erwachsenen. ROHDE-DACHSER legte 1979a eine umfassende Übersicht zum Forschungsstand vor. Sie beschreibt das Borderline-Syndrom als eine spezifische Pathologie des Ich, bei dem die übrigen Strukturen in Mitleidenschaft gezogen sind, und Spaltungsmechanismen und andere sich um die Spaltung gruppierende Abwehrmechanismen die Abwehr charakterisieren. Sie stellt die Phänomenologie dar und behandelt strukturelle und psychodynamische Aspekte der Störung. Die genetischen Faktoren gruppieren sich um einen pathologischen Fixierungspunkt im zweiten und dritten Lebensjahr, bei dem das Kind als eine narzißtische Erweiterung eines Elternteils gebraucht wird und deshalb auf die Entwicklung eigener Autonomie verzichten muß. In einem Schlußkapitel behandelt sie Probleme der Therapie von Borderline-Störungen mit einem besonders hilfreichen Abschnitt über die Gegenübertragung.

Im Bereich der Kinderpsychotherapie ist eine Rezeption amerikanischer Forschungsergebnisse in bezug auf Borderline-Störungen bei Kindern nicht in gleichem Maße erfolgt. Die amerikanische und englische Literatur blieb weitgehend unbekannt, und Therapeuten, die mit schwer gestörten Kindern arbeiteten, mußten die Erwachsenenkonzepte für die Behandlungssituation mit Kindern entsprechend modifizieren, weil wichtige Arbeiten nur schwer zugänglich waren. Das war schwierig und unbefriedigend, und einige meiner eigenen Arbeiten belegen diese Schwierigkeiten.¹ Es besteht bis heute ein großer Forschungsbedarf.

Bei meinen Literaturrecherchen stellte sich dann heraus, daß in der amerikanischen Kinderpsychiatrie die Borderline-Störung bei Kindern durchgehend seit fast 50 Jahren ein Forschungsgebiet ist und inzwischen als diagnostische Einheit weitgehend etabliert ist. Die Borderline-Diagnose scheint häufig verwen-

¹ DIEPOLD 1980, 1981, DIEPOLD/ZAUNER 1982a, 1982b, DIEPOLD/HAAR 1982c, 1984, 1992

det zu werden, denn PINE konstatiert 1983: "The flow of children who are given the diagnosis 'borderline' has reached flood proportions."²

Ich werde die Forschungsgeschichte in drei Zeitabschnitten darstellen. Der erste Abschnitt umfaßt ab 1942 etwa 15 Jahre, in denen die Grundlagen erforscht werden, die zunächst in einer Abgrenzung von der Schizophrenie bestehen und zu einer ersten Konzeptualisierung von Störungen führen, die weder Neurosen noch Psychosen sind. Der zweite Abschnitt umfaßt weitere 20 Jahre, in denen das Grundkonzept ausgebaut und besonders in Hinsicht auf Differentialdiagnostik, Familienpathologie und Prognose weiter differenziert wird. Der dritte Zeitabschnitt, der die letzten 20 Jahre umfaßt, zeigt deutliche Veränderungen in den Forschungsschwerpunkten. Neben psychodynamisch orientierten Untersuchungen gibt es zunehmend mehr Arbeiten, die das Krankheitsbild deskriptiv zu erfassen suchen, Abgrenzungen zu anderen Krankheitsbildern herstellen und durch eine Kombination unterschiedlicher Behandlungsansätze den besonderen Schwierigkeiten in der Behandlung von Kindern mit Borderline-Störungen gerecht zu werden versuchen.

2.1.1 Die Grundlagen

Mit einer wichtigen Arbeit von BENDER (1942) über Schizophrenie im Kindesalter begann die Diskussion über Erkrankungen bei solchen Kindern, die nicht eindeutig zu den Psychosen, aber auch nicht zu den Neurosen zu rechnen sind. BENDER beschreibt die Schizophrenie bei Kindern als eine biologische Störung mit Auswirkungen auf die Bereiche des Vegetativums, der Motorik, der Affektivität, der Wahrnehmung und der Kognition. Sie hält die Schizophrenie für eine Störung in den zeitlichen Entwicklungsabläufen. Ihre Erkenntnisse, die großen Einfluß auf die folgende Kinderpsychiatergeneration hatten, ließen sowohl die Möglichkeit des Konzepts einer Kernstörung, "core disorder" als auch die Sicht einer biologischen Bereitschaft zur Entwicklung einer Schizophrenie zu, ohne daß immer klinische Manifestationen dieser Störung sichtbar sein müssen. Auf dieser Grundlage forschte FISH (1957, 1978) über Schlaf-Wachverhalten, SHAPIRO (1969, 1970) über Sprachverhalten und GOLDFARB (1961, 1974) über Kinder, bei denen das Krankheitsbild entweder durch organische oder durch nichtorganische Faktoren bestimmt ist.

² PINE 1983, S. 84

In der amerikanischen Kinderpsychiatrie hatte sich die Sicht von einer Kernstörung etabliert und man rechnete mit der Möglichkeit, daß es Psychosen im Kindesalter gebe, die ohne sekundäre Symptome auftauchten. Die psychoanalytisch orientierten Psychiater BERES (1956) und ESMAN (1960) sprachen sich jedoch gegen den Begriff der Schizophrenie bei Kindern aus und schlugen vor, die Störung aufgrund der in einer akuten psychotischen Phase beeinträchtigten Ich-Funktionen zu verstehen.

Die ersten Erkenntnisse über Borderline-Störungen bei Kindern ergaben sich im Zusammenhang mit der genaueren Erforschung der Psychosen bei Kindern (KANNER 1943; MAHLER 1952) und der Erkenntnis, daß es Kinder gibt, die psychotisch erkrankten Kindern in vielen Verhaltensweisen zwar ähnlich sind, sich aber andererseits doch deutlich von ihnen unterscheiden.

MAHLER beschreibt 1949 zwei unterschiedliche Arten der Psychose bei Kindern, die autistische und die symbiotische, und fügt eine dritte Gruppe hinzu, die sie als "gutartiger" bezeichnet (more benign psychosis). Die Kinder leiden an Frustrationsintoleranz, können sich nicht von ihren Müttern trennen, haben neuroseähnliche Abwehrmechanismen, leiden an starken Ängsten und haben Störungen in wichtigen funktionalen Bereichen.

Eine erste detaillierte klinische Beschreibung dieser Kinder gibt GELEERD in ihren von MAHLER und WEIL beeinflussten Arbeiten, die 1946, 1947 und 1958 erscheinen: Auf Frustrationen reagieren die Kinder mit heftigen Wutausbrüchen (temper tantrum). Sie unterscheiden sich von neurotischen Kindern, weil sie mit Panik, paranoiden Ängsten und psychotischen Episoden reagieren, wenn auf ihre Wutausbrüche erzieherische Maßnahmen folgen. Neben der Frustrationsintoleranz zeigen diese Kinder emotionale Unreife, disparate Entwicklungslinien, unkontrollierbare Triebimpulse, mangelhafte soziale Anpassung mit Verzögerungen auf allen Stufen psychosozialer Entwicklung und eine Vielzahl neurotischer Symptome. Eine Beziehung können sie nur aufnehmen, wenn sie sich von einem Erwachsenen geliebt fühlen. In Gruppen sind sie überfordert und reagieren aggressiv oder ziehen sich zurück.

GELEERD hält die Phantasie von der eigenen Omnipotenz für die zentrale dynamische Ursache der vielfältigen Borderline-Manifestationen in den unterschiedlichen Bereichen der Persönlichkeit, und sie meint, daß die Qualität der Angst ein wesentlicher diskriminierender Faktor zu neurotischen Kindern sei, die die Fähigkeit zur Signalangst entwickelt haben. Die Ätiologie sieht sie in einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung. Sie meint, daß diese Kinder bereits einen Verlust erleben, wenn die Mutter für einen kurzen Moment weggehe

oder wenn die Kinder sich nicht bedingungslos geliebt fühlten. Auch die Realitätsprüfung ist abhängig von einer guten Beziehung zur Mutter. Kriterien für die Unterscheidung zwischen Borderline-Psychosen und Neurosen sind die Hilflosigkeit des Ich und die Unfähigkeit, in Abwesenheit der Mutter oder eines Muttersubstituts adäquat zu funktionieren.

"Alle neueren Studien stimmen darin überein, daß die Störungen der 'Borderline-Fälle' hauptsächlich von Störungen des Ich und seiner Entwicklung herühren. In all diesen Fällen manifestiert sich die Ich-Störung in der pathologischen Entwicklung der Objektbeziehung mit der Mutter. Sie besteht in der pathologischen Intoleranz dieser Kinder gegenüber Frustrationen durch die Mutter. Sie (die Kinder, B. D.) reagieren auf jegliche Frustration durch die Mutter, als ob es ein totaler Verlust, eine Katastrophe wäre. Folglich findet eine Differenzierung zwischen der Mutter und dem Selbst nicht oder nur unvollständig statt. Die pathologischen Ergebnisse variieren in der Intensität und Reichweite bei jedem Fall."³

1954 und 1956 diagnostizieren EKSTEIN UND WALLERSTEIN diese Kinder als "Borderline" entsprechend den von KNIGHT 1953 beschriebenen Erwachsenen. Zu ihren Kriterien zählen die raschen Wechsel im Niveau der Ich-Zustände und der Objektbeziehungen. Die Bedrohtheit der Kinder mit Borderline-Störungen veranschaulichen sie in einem Bild: Das Ich ist wie eine empfindliche Membrane, durch die der Primärprozeß relativ leicht von außen und von innen durchstößt. Regressive Prozesse werden durch die mangelnde empathische Fähigkeit des Therapeuten oder seine Schwierigkeiten, die Bedeutung unbewußten Materials zu verstehen, ausgelöst. Die Rückkehr zum Sekundärprozeß erfolgt in der Regel, wenn der Therapeut sich wieder empathisch auf das Kind einstellen kann.

Von anderen Autoren werden Kinder auf ähnliche Weise charakterisiert.⁴ Sie befinden sich mit ihrer Pathologie "in-between", zwischen Neurose und Psychose.⁵

WEIL beschreibt (1953a,b und 1956) "atypische" und "abweichende" Kinder mit fragmentiertem Ich. Diese ernste Ich-Störung manifestiert sich in drei Bereichen:

³ GELEERD 1958, S. 293-294, eig. Übersetzung

⁴ RANK 1949; RANK/MAGNAUGHTON 1950; HARLEY 1951; ALPERT 1954; MAENCHEN 1953, 1968; ROCHLIN 1953; ALPERT 1959; BRASK 1959

⁵ Vgl. CHETHIC 1979, S. 307.

1. Die sozial-emotionale Anpassung ist unzureichend. Die Kinder zeigen heftige Ambivalenz und sind extrem abhängig von Familienmitgliedern, dagegen sind sie Fremden gegenüber extrem scheu oder unterschiedslos freundlich. Sie prägte den Begriff "clinging antagonism" (klammernde Feindschaft), um das ambivalente Beziehungsverhalten zu beschreiben.
2. Erziehungsprobleme sind häufig mit heftigen Wutanfällen verknüpft.
3. Die Kinder haben unterschiedliche neurotische Symptome: Ängste, Phobien, Zwänge oder Fetische.

Die Kinder haben bedürfnisbefriedigende Objektbeziehungen, und ihre Entwicklung verläuft in zwei mögliche Richtungen: Die einen entwickeln eine Psychose, die anderen haben die Chance, bei günstigerer Prognose ihre Symptome während der Pubertät zu verlieren. In bezug auf die Ätiologie werden hereditäre Faktoren vermutet. WEIL hat als erste diese Kinder mit erwachsenen Borderline-Patienten verglichen. In ihrer Arbeit "The basic core" (1970) bildet sie eine Brücke zwischen den deskriptiv-psychiatrischen Arbeiten von BENDER (1942) und FISH (1957), die die biologischen Determinanten der Störung betonen, und den psychoanalytisch orientierten Arbeiten, die Störungen in den primären Beziehungen und in der Strukturbildung des Ich für zentral halten. Sie wendet sich von einem naiven Umweltdeterminismus ab, indem sie bei Kindern mit Borderline-Störungen einen abstrakten inneren Kern (basic core) annimmt, der beeinträchtigt ist und verhindert, daß neue Stimuli zu kohärenten adaptiven Funktionen führen.⁶

Mit WEIL beginnt eine mehrdimensionale Betrachtungsweise schwerer psychischer Erkrankungen, die neben der krankmachenden Wirkung pathologischer Beziehungsmuster und traumatischer Lebenssituationen auch biologische Beeinträchtigungen in Betracht zieht.

Zusammenfassung. In den ersten 10 Jahren Borderline-Forschung bei Kindern sind entscheidende Eckdaten festgelegt worden: Die Abgrenzung zur Psychose ergibt sich durch eine weitgehend intakte Realitätsprüfung, Abwehrmechanismen auf höherem Niveau und eine geringere Regressionsneigung. Die Abgrenzung zur Neurose ist dadurch gegeben, daß Störungen im Bereich des Ich und weniger neurotische Konflikte im Vordergrund stehen. Das Ich ist schwach, abhängig von der Realpräsenz des mütterlichen Objekts und zur

⁶ Vgl. TH. SHAPIRO 1983, S. 21.

Ausbildung neurotischer Konflikte nur in Grenzen in der Lage. Das Erscheinungsbild der Borderline-Störung ist durch die Probleme bei der Aggressionssteuerung, der Frustrationstoleranz, der Selbst- und Objektdifferenzierung, der Beziehungsfähigkeit und der Angstbewältigung bestimmt, und es zeigt eine Vielzahl neurotischer Symptome. Die Ursache wird in einer unvollkommen bewältigten Wiederannäherung gesehen (MAHLER/ BERGMANN/ PINE 1980). Die Konzeptualisierung erfolgt auf psychodynamischer Grundlage und nicht auf Verhaltensbeobachtung und Deskription. Es gibt noch keine systematischen Studien, sondern die Arbeiten sind an kasuistisch-klinischem Material orientiert.

2.1.2 Ausarbeitung des Borderline-Konstruktes

Nach den ersten grundlegenden Arbeiten wurden die umrissenen Probleme in den folgenden 20 Jahren erweitert und in Anlehnung an die Konzepte im Bereich der Erwachsenentherapie vor allem in psychodynamischer Hinsicht ausgearbeitet. Die Frage von Ähnlichkeiten, Unterschieden und Beziehungen des Krankheitsbildes bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bleibt ein wichtiges Forschungsziel.

Bereits 1956⁷ arbeitet ANNA FREUD die qualitativen und nicht nur quantitativen Unterschiede zwischen Erkrankungen auf Borderline- und neurotischem Niveau bei Kindern heraus:

1. Kinder mit Borderline-Störungen regredieren tiefer und zeigen massivere Entwicklungsstillstände.
2. Sie tendieren dazu, die Libido von der Objektwelt zurückzuziehen und sie dem Körper oder dem Selbst zuzuwenden.
3. Sie können sich nicht von ihren Bezugspersonen trösten lassen.
4. Folgende qualitative Unterschiede gibt es im Bereich des Ich:
 - instabile Ich-Grenzen, die zu Konfusion zwischen dem Kind und anderen führen,
 - mangelhafte Realitätsprüfung,
 - Versagen der synthetischen Funktion des Ich,
 - Vorherrschen primitiver Abwehr,
 - primärprozeßhaftes Denken,
 - konkretistisches Denken,

⁷ Die Veröffentlichung erfolgte erst 1969 (deutsch 1980).

- instabile Schranken zwischen Ich und Es.

Zur Diagnostik einer Borderline-Störung reicht ein Merkmal allein nicht aus, sondern die besondere Kombination und Vielfalt ist entscheidend.⁸ Diese Arbeit, die ursprünglich 1956 im Rahmen einer Vorlesung vorgetragen wurde, ist merkwürdigerweise erst 1969 im Rahmen der Gesammelten Werke (deutsch 1980) veröffentlicht. Der Grund dafür könnte sein, daß A. FREUD die Diagnose "Borderline-Störung" nicht in ihr Diagnoseschema einbezogen, sondern alle präödiptalen Störungen, die keine Psychosen oder Verwahrlosungen sind, unter dem Begriff "Entwicklungsstörungen" zusammengefaßt hat.⁹

Ebenfalls aus der Hampstead Clinic kommen 1963 und 1965 zwei wichtige Arbeiten, die die Diskussion um Borderline-Störungen bei Kindern voranbringen. ROSENFELD und SPRINCE fragen nach der Eigenständigkeit des Krankheitsbildes und gehen der Spezifität der Ich-Störung nach. Für die Diagnose sind die Defizite in der Fähigkeit zur Internalisierung, Repräsentanzbildung und Objektbesetzung wichtig. Das klinische Bild ist von Störungen auf allen Ebenen der psychosexuellen Entwicklung sowie der Ich-Entwicklung bestimmt. Häufig ist die Wahrnehmung behindert, wodurch die Kinder Schwierigkeiten haben, interne und externe Stimuli zu selektieren. Viele der Kinder können keine Frustrationen ertragen und werden von äußeren und inneren Stimuli überflutet. Sie zeigen Auffälligkeiten im Bereich der motorischen Entwicklung, der Sprache und des Denkens. Die Denkstörung ist mit dem Vorherrschen des Primärprozesses und der direkten Umsetzung von Phantasie und Impulsen in Handlungen zu erklären, unterscheidet sich aber durch den weitgehenden Erhalt der Realitätsprüfung von psychotischen Kindern. Zusammenhänge von Störungen im Bereich autonomer Ich-Funktionen mit neurologischen Faktoren werden zwar erwogen, jedoch wird eine Verursachung der Borderline-Störung durch eine defizitäre kognitive Ausstattung von ROSENFELD/SPRINCE nicht ernsthaft in Erwägung gezogen.

Einen wichtigen Beitrag zur Abgrenzung zwischen Borderline-Störungen, Neurosen und Psychosen leistet FRIJLING-SCHREUDER 1969. Bei ihrem Versuch, die Differentialdiagnostik weiter voranzutreiben, findet sie spezifische Störungen bei der Integrationsfähigkeit des Ich. Die Realitätsprüfung ist zu-

⁸ Nach diesem Grundsatz wird auch im DSM-III-R der AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989) und in der ICD-10 (1991) der WELTGESUNDHEITSORGANISATION bei der Borderline-Diagnostik von Erwachsenen verfahren.

⁹ Vgl. A. FREUD 1971, S. 195 ff.

verlässiger als bei Psychosen. Die vorhandene Fähigkeit zur Unterscheidung von Selbst- und Objektrepräsentanzen kann regressiv verlorengehen. Die Kinder haben häufig ein großes Kontaktbedürfnis, können aber die Sprache als Medium zum Kontakt nur begrenzt nutzen. FRIYLING-SCHREUDER hält die Entwicklung der Sprache für ein Prognosekriterium, das die Abgrenzung von psychotischen Kindern ermöglicht. Das "innere Gespräch" (inner speech) und das Denken in Wörtern (thinking in words) helfe, ein sekundärhaftes Niveau herzustellen oder zu bewahren, Impulse zu meistern und die Angst vor dem Verschlungenwerden zu bewältigen. Bei den Kindern sind unrealistische Größenphantasien zu beobachten, sie haben jedoch keine durchgängigen Wahnvorstellungen. Sekundärprozeßhaftes Denken wird defensiv verwandt. Die Angst der Kinder bezieht sich auf den Verlust der Integrität und Identität und ist im Vergleich zu psychotischen Kindern eine relativ weit entwickelte Ich-Funktion. Bei Streß regredieren sie kurzfristig auf psychotisches Niveau (micropsychotic states). Sie leiden an extremer Einsamkeit und Isolation. Verursachend ist eine mangelhafte Bemutterung, und es kommt zu raschen Besserungen des Zustandes, wenn das Kind sich verstanden fühlt und die Fürsorge der Mutter sich verbessert.

Etwa zur gleichen Zeit fragen CHETHIC und FAST (1970) nach den Ursprüngen der Entwicklungshemmung bei Kindern mit Borderline-Störungen. Sie konstatieren, daß diese Kinder sich in ihrer Entwicklung zwischen neurotischen Kindern, die in der äußeren Realität leben, und psychotischen Kindern, die in der narzißtischen Welt des Lustprinzips leben, befinden. Narzißtische Phantasien sind eine Quelle unmittelbarer Befriedigung, mit deren Hilfe sie Schmerz abwehren können. Die Phantasien bieten eine Basis, von der aus die äußere Welt als eine Quelle von Befriedigung getestet werden kann. Die Autoren halten die Entwicklungsphase, in der das Kind das Stadium des Narzißismus verläßt, für den entwicklungsgeschichtlichen Ursprung der Pathologie.

Ähnlich wie GELEERD und WEIL sieht auch PINE (1974), ein ehemaliger Mitarbeiter MAHLERS eine ernste primäre Entwicklungsstörung bzw. ein Entwicklungsversagen im Bereich der Ich-Funktionen und der Objektbeziehungen als die Ursache und Grundlage einer Borderline-Störung bei Kindern. Er hat als erster herausgearbeitet, daß das breite Feld dieser Störung zwischen Neurose und Psychose in Untergruppen aufzuteilen ist, bei denen das Erscheinungsbild der Kinder z. T. erhebliche Unterschiede aufweist, und daß es unterschiedliche Schweregrade der Erkrankung gibt. Er unterscheidet eine "upper border" und eine "lower border" und differenziert in folgende Grundtypen:

1. Chronische Ich-Devianz: Die Kinder zeigen wechselnde Level der Ich-Funktionen, der Triebe und der Objektbeziehungen. Eine Veränderung der Umgebung ändert die Symptomatik nicht.
2. Wechselnde Ebenen der Ich-Organisation: Die Kinder verfügen über zwei unterschiedliche Organisationsniveaus. Um panische Angst zu vermeiden, können sie von einem zum anderen wechseln.
3. Innere Desorganisation als Folge des äußeren Chaos: Bei Veränderung des äußeren Umfeldes tritt eine Verbesserung ein, nicht so leicht allerdings bei den diversen begleitenden Symptomen.
4. Unvollständig internalisierte Psychose: Das psychotisch wirkende Verhalten beruht auf einer Bindung an eine psychotische Bezugsperson.
5. Ich-Begrenzung: Die Kinder wirken dumpf, sie haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz und sind unfähig, für sich zu sorgen und eigenständig zu planen. Sie sind in ihrem Selbstgefühl gestört.
6. Schizoide Persönlichkeit: Die Kinder zeigen eingeschränkte Aktivität und gestörte Beziehungsfähigkeit. Sie sind in ihrer Phantasiewelt verhaftet. Diese Phantasien verhindern Panik und ermöglichen ein einigermaßen adäquates Funktionieren in der Realität.

In diesen sechs Untergruppen werden sowohl eine unterschiedliche Ätiologie der Störung als auch unterschiedliche Verarbeitungen der zugrundeliegenden Störung deutlich.

CHETHICS umfassende Arbeit (1979) zu Borderline-Störungen bei Kindern im "Basic Handbook of Child Psychiatry" bezieht sich auf Erkenntnisse aus der klinischen Arbeit und folgt in der Systematisierung etwa A. FREUDs Entwicklungsprofil. Zur deskriptiven Charakteristik gehören intensive, diffuse Ängste, neurotische Symptome, Impulsivität und eine Vielzahl auffälliger Charakterzüge. Bei der Frage nach der Ätiologie betont er die gestörten Objektbeziehungen der Kinder und erwägt auch neurologische Beeinträchtigungen, verfolgt jedoch deren mögliche Bedeutung für die Gesamtpersönlichkeit nicht. Er arbeitet folgende psychodynamischen Faktoren heraus: Das Ich ist schwach und fragil. Im Bereich der motorischen Entwicklung zeigen sich als Folge von frühem Streß Hyperaktivität sowie merkwürdige Körperhaltungen und Gesten. Wahrnehmungsprobleme erzeugen Schwierigkeiten, innere und äußere Stimuli zu bemerken und zu kontrollieren, und Probleme der Triebkontrolle führen zu Wutausbrüchen und mangelnder Impulssteuerung. Das Stadium der Objektkonstanz ist nicht erreicht. Im Bereich des Denkens neigt das Kind zur Regression auf ein primärprozeßhaftes Stadium. Die Abwehr ist primitiv und erfolgt vor allem mittels der Spaltung. Das Über-Ich ist grausam, da die

Introjekte aggressive Qualität haben. Der wesentliche ätiologische Faktor ist eine mangelhafte Versorgung im ersten Lebensjahr.

In Europa erscheinen neben den bereits genannten Arbeiten von FRIJLING-SCHREUDER, A. FREUD und ROSENFELD/SPRINCE Arbeiten von DIATKINE (1969), WIDLÖCHER (1973), SCHNEIDER (1974, 1976), AMMON (1976), CHILAND/LEBOVIVI (1977), HOLDER (1981) ESPASA (1984) mit psychoanalytischer Orientierung, in denen unterschiedliche Aspekte der Ich-Störung und Implikationen für die Therapie herausgearbeitet werden. In einer größeren kinderpsychiatrischen Studie von Aarkrog (1981) wird der Störungsverlauf von der Kindheit bis zur Adoleszenz und zum frühen Erwachsenenalter untersucht.

Aspekte der Therapie werden u. a. von CAIN (1964), EKSTEIN (1973), ROSENFELD (1975), SADAVOY (1975), BAUER (1977), BROXMEYER (1978) und MCWILLIAMS (1979) bearbeitet.

Zusammenfassung. In den 60er und 70er Jahren wird die Borderline-Forschung, die in den USA ihren Anfang genommen hatte, auch in Europa vorangetrieben. Es erfolgt die weitere Ausarbeitung des Borderline-Konzeptes bei Kindern anhand von klinischer Erfahrung im ambulanten und stationären Bereich. Die gestörte Ich-Entwicklung und die gestörten Objektbeziehungen werden präzisiert und die Nähe zu narzißtischen Störungen beschrieben. Empirische Untersuchungen sind noch selten.

2.1.3 Breitere Forschungsaktivitäten

In den achtziger Jahren erscheint eine neue Generation von Arbeiten, in die Ergebnisse einer dreißigjährigen Forschungsgeschichte einfließen. Die Borderline-Störung bei Kindern ist als eigenständiges Krankheitsbild im anglo-amerikanischen Raum weitgehend etabliert, aber in kinderpsychiatrische Diagnoseschemata jedoch noch nicht aufgenommen.¹⁰ Überblickt man die Literatur von 1983 an, dann zeigen sich im Vergleich zu den Anfangsjahren folgende Veränderungen: Insgesamt fächert sich das Forschungsfeld inhaltlich breiter auf und die Fragestellungen werden differenzierter. Die Forschung verlagert sich mehr von der Psychoanalyse zur Kinderpsychiatrie mit einer deutlichen Zunahme empirischer Untersuchungen.

¹⁰ Vgl. BEMPORAD/HANSON/SMITH 1981.

In dem 1983 erschienenen Sammelband "The Borderline Child"¹¹ werden Forschungsergebnisse dargestellt und neue Wege für die Forschung aufgezeigt. In diesem Sammelband wird beispielhaft deutlich, daß die klinische Forschung zur Borderline-Störung von zwei Richtungen beeinflußt wird, die mit unterschiedlichen Ansätzen arbeiten: auf der einen Seite die **psychoanalytisch** orientierten Forscher, die die Psychodynamik der Erkrankung betrachten, die Reifung und Struktur des Ich beurteilen und von kasuistischem Material ausgehen, auf der anderen Seite die **klassisch-psychiatrisch** orientierten Forscher, die das Krankheitsbild deskriptiv zu erfassen versuchen. Sie bearbeiten Einzelaspekte des Konstruktes Borderline und wollen Kriterien entwickeln, um es deutlich von anderen Störungen abzugrenzen. Insgesamt wird in diesem Sammelband deutlich, daß dynamisches und deskriptives Forschen keine unüberbrückbaren Gegensätze bedeuten müssen, sondern daß beide unterschiedlichen Zugangsweisen der besonderen Problematik der Borderline-Störung am ehesten gerecht werden. Diesen Aspekt betont auch WIESSE (1988) in seiner Arbeit über die Diagnostik von Borderline- und narzißtischen Persönlichkeitsstörungen in der Adoleszenz.

Die Forschungsaktivitäten der letzten Jahre lassen sich unter folgenden Problemstellungen zusammenfassen:

Problem 1: Was charakterisiert Borderline-Kinder?

VELA ET AL. (1983) versuchen, operationalisierte Kriterien für die Borderline-Störung bei Kindern zu entwickeln. Die Autoren vergleichen die Symptomkataloge¹² von 7 verschiedenen Autoren, stellen darüber eine Synopse her und gewinnen 6 "Konsenssymptome", bei denen unter den Forschern eine hohe Übereinstimmung besteht. Symptomkataloge werden auch von BEMPORAD, VERHULST UND PINE aufgestellt: BEMPORAD ET AL. (1982) erstellen aus Krankengeschichten von 24 Kindern mit Borderline-Störungen einen Katalog von 7 deskriptiven Symptomen, mit Hilfe derer die Kinder genauer diagnostiziert werden können. VERHULST (1984) entwickelt anhand einer Befragung niederländischer Kinder- und Jugendpsychiater, in der Borderline-Störungen

¹¹ mit Beiträgen von K. ROBSON; E. J. ANTHONY; TH. SHAPIRO; R. VELA/H. GOTTLIEB/E. GOTTLIEB; C. J. KESTENBAUM; F. PINE; P. F. KERNBERG; M. LEICHTMAN/S. SHAPIRO; J. MARCUS/F. OV-SIEW/S. HANS; D. J. COHEN/S. E. SHAYWITZ/J. G. YOUNG/B. A. SHAYWITZ; TH. A. PETTI; G. HANSON/J. R. BEMPORAD/H. F. SMITH; R. SCHIMMER

¹² Vgl. Abschnitt 2.5, in dem unterschiedliche Klassifikationskonzepte unter diagnostischen Gesichtspunkten behandelt werden.

von Neurosen und Psychosen abgegrenzt werden sollen, einen Katalog von 6 Kriterien, mit Hilfe derer Kinder mit Borderline-Störungen charakterisiert werden sollen. Auch Meijer/Treffers grenzen in einer niederländischen Untersuchung Borderline- von schizotypischen Störungen ab.¹³

PINE entwickelt seine Kriterien auf der Grundlage seiner psychodynamischen Betrachtungsweise. Er verallgemeinert und erweitert diese Sicht von 1974, indem er 1984 eine sehr offene und weite Charakteristik formuliert, bei der die Borderline-Störung im Kindesalter durch Traumata, Entwicklungsdefizite und maladaptive Copingstrategien geprägt ist. Dieses an der Entwicklung orientierte Konzept hält er vergleichbar ist dem der "Übertragung" oder "Abwehr", und er versteht es als eine Art "Supraklassifikation" mit den oben genannten Merkmalen, die keine sorgfältige diagnostische Einschätzung des Einzelfalles ersetzen kann.¹⁴

Problem 2: Kann man bei Erwachsenen und Kindern mit den gleichen diagnostischen Kategorien arbeiten?

Diese Frage wird sehr kontrovers diskutiert, generell wird sie jedoch eher verneint und betont, daß für Kinder Kategorien gefunden werden müssen, die ihrem Alter und Entwicklungsstand angemessen sind. GREENMAN ET AL. (1986) haben sie allerdings positiv beantwortet, nachdem sie in einer retrospektiven Studie gezeigt haben, daß man Kinder mit Hilfe des DIB ("Diagnostic Interview for Borderlines", GUNDERSON ET AL. 1981) diagnostizieren kann. Dieser Versuch ist wegen methodologischer Mängel der Untersuchung seitens GUALTIERI/VAN BOURGONDIEN 1987 scharf kritisiert worden, die meinen, daß wirkliche Kinder mit Borderline-Störungen selten seien und daß der Begriff häufig fälschlich genutzt werde, um Kinder mit affektiven, kognitiven, sozialen und familialen Störungen zu diagnostizieren. Auch BEHAR/ STEWART (1987) wenden sich gegen die Untersuchungsergebnisse, stellen eine eigene empirische Untersuchung zu "Aggressive conduct disorder in children" (1982) gegenüber und meinen, daß die von GREENMAN ET AL. untersuchten Kinder besser mit diesem gut definierten Syndrom aus dem DSM-III-R zu diagnostizieren wären.

¹³ MEIJER/TREFFERS 1991

¹⁴ Zu dieser Fragestellung äußern sich auch AARKROG 1988, ANDRULONIS 1991 und CICHETTI 1990.

Einwände gegen den Gebrauch der Erwachsenen-Kriterien und darüberhinaus gegen den Gebrauch der Diagnose überhaupt erheben GUALTIERI ET AL. (1983) aufgrund einer empirischen Studie, in der sie 16 Kinder mit einer Borderline-Diagnose nachuntersuchen. Sie stellen fest, daß auf keines dieser Kinder die Erwachsenen-Kriterien oder die Kriterien für Kinder paßten, sondern daß die Kinder an Entwicklungsproblemen litten, die durch die Borderline-Diagnose verdunkelt würden. Stattdessen diagnostizierten sie signifikante Aufmerksamkeitsstörungen, Anpassungsprobleme, Verhaltensstörungen und Trennungsängste.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß die generelle Ablehnung der diagnostischen Kategorie "Borderline-Störung bei Kindern" von seiten einiger Psychiater erfolgt, weil die Validität und Reliabilität des Konzeptes nicht ausreichend erforscht ist, die diagnostischen Kriterien mangelhaft definiert sind und eine präjudizierende Wirkung der Diagnose befürchtet wird.¹⁵ Aus diesen Gründen ist die Borderline-Störung in die deutschsprachigen kinder- und jugendpsychiatrischen Lehrbücher eher nur randständig oder gar nicht aufgenommen worden.¹⁶

Mit der Frage der Vergleichbarkeit der Erkrankung zwischen Kindern und Erwachsenen hängt die Frage des Verlaufs einer Erkrankung zusammen: Werden aus Kindern mit einer Borderline-Diagnose erwachsene Borderline-Patienten? Oder haben erwachsene Patienten mit einer Borderline-Störung auch als Kinder an einer entsprechenden Erkrankung gelitten? Diese Fragen sind zur Zeit wegen einer zu schmalen Basis von follow-up oder follow-back Studien nicht befriedigend zu beantworten.¹⁷

Problem 3: Ergeben sich Zusammenhänge mit anderen Störungen?

Dieser Frage wird in verschiedenen Arbeiten nachgegangen, in denen Zusammenhänge von Störungen wie z. B. Hyperaktivität, Wahrnehmungsstörungen, Entwicklungsstörungen mit dem späteren Entstehen einer Borderline-Erkrankung

¹⁵ GUALTIERI ET AL. 1983, BEHAR/STEWART 1987, ELLIGER 1989, SHAPIRO 1990, DEERING 1990

¹⁶ CORBOZ ET AL. 1988, EGGERS ET AL 1989, REMSCHMIDT/SCHMIDT 1985. In STEINHAUSEN (1988) kommt der Begriff "Borderline" nicht vor.

¹⁷ Vgl. dazu Abschnitt 2.5.4: Kontinuität der Borderline-Störung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter.

kung untersucht werden.¹⁸ Kinder, die an einer neurologischen Dysfunktion leiden, sind in besonderer Weise in Gefahr, eine Borderline-Pathologie zu entwickeln, weil ihre Integrationsleistungen ständig überfordert werden. MARCUS ET AL. (1983) schlagen daher multidisziplinäre Forschungsstrategien vor, um sowohl konstitutionelle biologische Komponenten als auch Ich-Reife und Entwicklung der Objektbeziehungen zu untersuchen und in ein Behandlungssetting einzubeziehen. "Eine vollständige Kenntnis aller defizitärer Funktionen eines bestimmten Borderline-Kindes würde zu einem vollständigen therapeutischen Programm führen, das dann ein Maximum an Förderung für das Kind erbringen würde."¹⁹

Auch COHEN ET AL. (1983) sehen die Gefahr der Entstehung einer schweren psychischen Störung wie das Borderline-Syndrom, wenn sich bei einem Kind die Prädisposition zu einer Aufmerksamkeitsstörung (attention deficit disorder, ADD) mit ungünstigen Umweltbedingungen und einer psychosenahen genetischen Ausstattung verbindet.²⁰ Sie arbeiten nicht mit einem linearen, sondern einem interaktiven Modell von Entwicklung, bei dem einerseits die Ausstattung (endowment) die Erfahrungen formt und andererseits die Erfahrungen die Ausprägungen der Ausstattung modifizieren.²¹ Wichtig an ihrem Forschungsansatz ist die Betonung eines Nebeneinanders biologischer und erlebnismäßiger Komponenten an der Entstehung der Borderline-Störung im Kindesalter.

¹⁸ BRADLEY 1979; RINSLEY 1980; P. KERNBERG 1982; MARCUS ET AL. 1983; COHEN ET AL. 1983

¹⁹ MARCUS ET AL. 1983, S. 190 (eigene Übersetzung)

²⁰ COHEN ET AL. 1983, S. 198

²¹ a.a.O. S. 215

Ähnlich wie MARCUS ET AL. und COHEN ET AL. sieht auch SCHNEIDER (1976) einen Zusammenhang zwischen Borderline-Störungen bei Kindern und neurologischen Dysfunktionen. Sie versteht Lernstörungen auf der Grundlage der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und schlägt eine "Ich-funktionale Interpretation des Lernvorgangs"²² vor. Lernstörungen, vor allem Lese-, Rechtschreibungs- und Aufmerksamkeitsstörungen sieht sie aus der pathogenen Dynamik des Borderline-Konfliktes entstanden an, der vor allem in einem Versagen der haltenden und schützenden mütterlichen Funktionen besteht, was Auswirkungen auf den Identitätsbildungsprozeß hat.

In mehreren Untersuchungen werden Zusammenhänge von Borderline-Störungen und affektiven Erkrankungen aufgezeigt. WENNING (1990) belegt in einer empirischen follow-up Studie, daß die affektiven Störungen und die Angststörungen des DSM-III-R sich mit der Borderline-Diagnose überschneiden. Die meisten der von ihm untersuchten Kinder litten an einer unzureichend behandelten affektiven Erkrankung oder Angststörung. Er sieht die Borderline-Störung in der Nähe der affektiven Erkrankungen. Das tun auch PETTI und LAW (1982), die in einer empirischen Untersuchung bei 80 % der Kinder mit Borderline-Störungen Depressionen fanden. GREENMAN ET AL. (1986) haben in ihrer bereits erwähnten Studie zur Diagnostik von Borderline-Störungen festgestellt, daß 2/3 ihrer Stichprobe an ernsten Angstzuständen litt. In eigenen Studien zu depressiven Erkrankungen bei Kindern²³ konnte gezeigt werden, daß unter bestimmten Bedingungen traumatische Verlusterlebnisse in der präödpalen Phase die Ich-Entwicklung entscheidend stören können. PALOMBO und FEIGON (1984) verstehen die Borderline-Störung auf der Grundlage der Selbstpsychologie als eine Selbststörung, die im Kern auf einem Versagen der Identitätsbildung beruht.

Problem 4: Wie läßt sich therapeutisch mit Kindern arbeiten, die an einer Borderline-Störung leiden?

Probleme der Therapie, die bei Borderline-Behandlungen besonders durch die Projektion alles Negativen auf den Therapeuten entstehen, stellt BÜRGIN (1988) anhand eines Dialoges beim Erstkontakt mit einem Kind dar. Er verweist auf die bedrohlichen Auswirkungen dieser projektiven Prozesse auf die psychische Integrität des Therapeuten und die Notwendigkeit der Zusammen-

²² SCHNEIDER 1976, S. 433

²³ DIEPOLD 1984, 1989

arbeit mit einer Kollegengruppe. DONELLAN (1989) führt aus, daß die therapeutische Wirksamkeit in der analytischen Beziehung liege, indem der Therapeut versuche, die quälenden Gefühle des Kindes anhand der in Szene gesetzten Interaktionen zu verstehen. Er fokussiert nicht auf die dysfunktionalen Komponenten der Ich-Entwicklung des Kindes oder seine trieborientierten Wünsche.

STREECK-FISCHER (1991) bezieht sich auf die stationäre Therapie von "Grenzgängern", die durch das selbst- und fremddestruktive Verhalten und Kurzschlußmechanismen der "Spaltung" und der "Erledigung durch Agieren" überaus schwierig ist. Sie betont, daß es einer klaren Behandlungsorganisation und therapeutischer Einstellungen wie die Funktion des "Mothering", des "Containing" und des "Triangulierens" bedürfe. LEVITA-ISAAC ET AL. (1991) betonen in ihrer Arbeit über das Agieren bei Kindern die Besonderheit dieser Ausdrucksform bei Kindern mit Borderline-Störungen, bei denen das Agieren nicht wie bei anderen Kindern Mitteilungen über aktuelles oder unbewußtes Erleben erhält, sondern unbewußtes Erleben abwehren soll.

SMITH/BEMPORAD/HANSON (1982) wollen je nach Ausprägung des Krankheitsbildes in der Behandlung vier Bereiche berücksichtigen: Psychotherapie, Pharmakotherapie, Familientherapie, Unterstützung der sozialen Umgebung des Kindes. In der Therapie unterscheiden sie drei Phasen mit phasenspezifischen Aufgaben: (1) Angst und Arbeitsbündnis (2) Stärkung der Ich-Entwicklung (3) Internalisierungen. Sie betonen, daß es kein "richtiges" Behandlungsende gebe und daß die Patienten sich nie ganz separierten.

Einen mehrgenerationalen Ansatz verfolgen STONE/BERNSTEIN (1980), die beobachtet haben, daß die Pathologie von einer Generation zur nächsten weitergegeben wird. Eltern von Kindern mit Borderline-Störungen haben sich von ihren eigenen Eltern nicht abgelöst und suchen eine Wiederherstellung ihres Selbstobjektes im Mann oder einem ihrer Kinder. In solchem Fall müsse ein Mittelweg zwischen Erziehungsberatung und Therapie gefunden werden und die Eltern-Kind-Beziehung gestärkt werden. Der Therapeut fungiere für die Eltern als Hilfs-Ich, strukturiere, beruhige und berate, sodaß die Eltern diese Funktionen auch für ihr Kind übernehmen können. Wenn ein Kind Selbstobjekt für die Eltern ist, dann muß erst ein Arbeitsbündnis mit den Eltern erarbeitet werden, bevor eine Kindertherapie beginnen kann. Lehrer, die es in der Arbeit mit diesen Kindern schwerhaben, weil sie mit intensiven Gegenübertragungsproblemen konfrontiert sind, müssen vom Therapeuten über die Borderline-Störung aufgeklärt werden, und Eltern und Lehrern muß die Bedeutung des Verhaltens des Kindes verdeutlicht werden. Mit systemischer

Familientherapie wollen COMBRINCK-GRAHAM (1989) Kinder mit Borderline-Störungen behandeln.

PETTI/VELA (1990) schlagen eine direktive Therapie vor, in der deutliche Grenzen gesetzt und Strukturen vorgegeben werden, der Unterschied zwischen Realität und Phantasie deutlich gemacht wird, regressives, zurückgezogenes und psychotisches Verhalten wenig beachtet wird, Kinder mit unangepaßtem Verhalten aber konfrontiert werden und kognitive Fehlwahrnehmungen modifiziert und korrigiert werden. PETTI/UNIS (1981) empfehlen in ihrem mehrdimensionalen Behandlungsansatz den Einsatz von Imipramine.²⁴ Weiter äußern sich zum Problem der Therapie STONE (1980), LEWIS (1980), HANSON ET AL. (1983), ALVAREZ (1985), GALAGHER (1987), GALATZER/ LEVY (1987a,b), GAMPEL (1988), BIERMANN-RATJEN (1989), BLEIBERG (1990), KAUFMAN (1990) und EKSTEIN (1991).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß die Behandlungsstrategien in den letzten 20 Jahren erweitert wurden, sodaß neben der nach wie vor als wichtig eingeschätzten psychodynamischen Therapie auch Familientherapie und Sozialtherapie zur Anwendung kommen. Darüber hinaus wird bei besonderer Indikation auf die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie verwiesen. Übende Verfahren sind bei kognitiven Beeinträchtigungen indiziert.

Problem 5: Aus was für Familien kommen Kinder mit Borderline-Störungen?

In den klassischen Arbeiten wird die Genese der Borderline-Störungen in einer frühen und umfassenden Störung der Mutter-Kind-Beziehung gesehen.²⁵ Daraus ergab sich eine insgesamt eher unspezifischen Sicht über die genetischen Annahmen bezüglich der Borderline-Störung. In neueren Arbeiten werden spezifischere Zusammenhänge untersucht: Murray (1979) versteht bei Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion die entstehenden Probleme bei der Bemutterung als eine Folge dieser neurologischen Beeinträchtigung, er kehrt damit die Ursache-Wirkung-Diskussion um. Bradley (1981) findet in einer empirischen Untersuchung zur Borderline-Diagnose folgende ätiologischen Bedingungen: Eltern haben Schwierigkeiten mit ihrer Elternrolle

²⁴ Vgl. dazu auch PETTI (1983).

²⁵ Vgl. ROHDE-DACHSER (1979). U. a. vertreten MARCUS 1963 und RINSLEY 1980 diese Sicht. A. FREUD (1980a) hat in ihrer 1956 erschienenen Arbeit die Zeit für zu früh gefunden, Aussagen über die Ätiologie der Borderline-Störung bei Kindern zu machen.

und haben starke Ehekonflikte, sie versagen bei der Vermittlung und Hilfestellung zur Angststeuerung, es findet sich eine gravierende Psychopathologie bei den Müttern, es herrscht ein gewalttätiges Familienklima, sexueller Mißbrauch ist häufig und die Kinder sind depriviert.

In einer Vergleichsstudie mit neurotischen und schizophrenen Patienten finden GUNDERSON ET AL. (1980) in Familien von Borderline-Patienten ein Klima von Vernachlässigung. Auch BEMPORAD ET AL. (1982) und FELDMAN/ GUTTMAN (1984) verweisen auf schwere Familienpathologie und eine Häufung von Mißhandlungen in den Familien. Der Zusammenhang von Mißhandlung und sexuellem Mißbrauch in der Kindheit als eine Ursache für die Entstehung einer Borderline-Störung ist in den letzten Jahren zu einem breiten Forschungsfeld geworden. Die Arbeiten von LINKS, MCCARTHY, OGATA ET AL. und SACHSSE ²⁶ behandeln den sexuellen Mißbrauch als einen wichtigen ätiologischen Faktor. LINKS ET AL. (1988) stellen außerdem fest, daß in Familien von Borderline-Patienten bei anderen Familienangehörigen Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufig sind.²⁷

Zusammenfassung: Insgesamt zeigt die wissenschaftliche Diskussion über ätiologische Bedingungen der Borderline-Störung sowohl im Bereich der Erwachsenen als auch der Kinder, daß eine eindimensionale Betrachtungsweise zugunsten einer Berücksichtigung umfassenderer Bedingungsfaktoren verlassen wurde, zu denen u. a. die psychische Belastbarkeit der Eltern und die Art der Ehebeziehung gehört. Eine Flut von Arbeiten befaßt sich in den letzten Jahren mit dem Zusammenhang von massiver Gewaltanwendung durch körperliche Mißhandlung oder sexuellem Mißbrauch und der Entstehung einer Borderline-Störung. Dieser Zusammenhang war bisher übersehen worden, wie darüberhinaus das Thema überhaupt einer kollektiven Verdrängung

²⁶ LINKS 1990, 1992, LINKS ET AL. 1990, MCCARTHY 1990, OGATA ET AL. 1990, SACHSSE 1994

²⁷ Zum Zusammenhang von Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch mit Borderline-Störungen siehe auch Abschnitt 4.2.

unterlag. Eine Umsetzung der Forschungsergebnisse der empirischen Säuglingsforschung für die Fragen der Entstehungsbedingungen von Borderline-Störungen ist erst ansatzweise erfolgt, wird m. E. aber die Erkenntnisse über die Entstehungsbedingungen entscheidend voranbringen.²⁸

Im obigen Abschnitt 2.1 zur Forschungsgeschichte wurde festgestellt, daß die vielfältigen Forschungsaktivitäten den Kenntnisstand über Kinder mit Borderline-Störungen stark erweitert haben. In den folgenden Teilen sollen die Forschungsergebnisse aufgrund der Literatur systematisch zusammengefaßt werden, und zwar unter den Aspekten

- 2.2 Phänomenologie,
- 2.3 Strukturelle Aspekte,
- 2.4 Genese und entwicklungspsychologische Aspekte,
- 2.5 Diagnose.

Dabei werde ich in diese theoretischen Überlegungen auch Fallmaterial - vorwiegend aus der eigenen Praxis - zur Konkretisierung einarbeiten.

2.2 Phänomenologie

²⁸ Vgl. die Abschn. 2.4.4. und 2.4.5.

Kinder mit Borderline-Störungen zeigen eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome, aber es ist trotz vieler Versuche bisher nicht gelungen, einen Symptomkatalog auf empirisch abgesichertem Niveau zu erstellen.¹ Es besteht Einigkeit darüber, daß bestimmte Phänomene konstitutiv sind.² Die Symptomatik gibt ein wechselndes, fluktuierendes und vielfältiges Bild. Symptome, die z. T. auch für neurotische Erkrankungen typisch sind, treten gehäuft auf, aber keins der Symptome für sich ist pathognomonisch, erst die Häufung und die Kombination ist entscheidend. Die nachfolgend beschriebenen Phänomene sind in der Regel nicht in einer kurzen Untersuchung zu erfassen, sondern zeigen sich häufig erst in der unstrukturierten therapeutischen Situation.³ Darüber hinaus sind viele Verhaltensweisen, die bei größeren Kindern als pathologisch diagnostiziert werden, für Kleinkinder normal, z. B. Trennungsängste oder Daumenlutschen. Daher sollte die Diagnose nicht vor dem Latenzalter gestellt werden.

Ich möchte die vielfältigen Borderline-Phänomene zunächst an einem eigenen klinischen Beispiel verdeutlichen.

Der siebenjährige Jochen ist ein Pflegekind. Seine Pflegeeltern berichten, daß er sich bei kleinsten Kränkungen total zurückziehe und dann tagelang kein Wort mehr spreche. Er zeigt keine Gefühle und Wünsche, und sein Verhalten fällt durch Stereotypien auf: in seinem Zimmer herrscht peinliche Ordnung, seine Spielsachen stehen in Reih und Glied, er spielt aber nicht damit, weil er zu nichts eine Beziehung hat. Das Ins-Bett-Gehen findet nach einem ganz bestimmten Ritus statt, den er aus dem Säuglingsheim übernommen hat, und den zu unterbrechen große Angst bei ihm auslöst. Sein Eßverhalten ist auffällig: er ißt grundsätzlich alles, was ihm vorgelegt wird, ob das ein ganzer Kuchen oder ein kleines Häppchen Brot ist. Geschmack scheint er nicht wahrzunehmen, und die Mutter muß entscheiden, wann er satt ist.

Weiter leidet er an einer ausgeprägten Wahrnehmungs- und Orientierungsstörung; er findet sich auch auf häufig begangenen Wegen nicht zurecht und reagiert mit Panik, wenn er sich verlaufen hat. Aus der Schule kommen Klagen wegen seines unkonzentrierten, unangepaßten und aggressiv überschüssenden Verhaltens. Er ist Außenseiter in der Klasse und hat keine Freunde. Bis zum 5. Lebensjahr hat er an einem Ekzem und an Enuresis nocturna gelitten.

¹ Vgl. Abschnitt 2.5 Diagnose. Ob die DSM-III-R Kriterien für erwachsene Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auch in der Diagnosestellung bei Kindern zur Anwendung kommen sollten, wird kontrovers diskutiert.

² KERNBERG hat versucht, im Erwachsenenbereich einen Katalog von Symptomen und pathologischen Charakterzügen zu erstellen, wobei er jedoch betont, daß keins dieser Symptome für sich genommen pathognomonisch sei, daß aber zwei oder drei der aufgeführten Symptome als Indiz einer möglicherweise zugrundeliegenden Borderline-Persönlichkeitsstruktur gewertet werden können. KERNBERG 1978, S. 25-26)

³ BEMPORAD 1981, S. 234; SMITH ET AL. 1982, S. 183

Die psychosexuelle Entwicklung Jochens war auf oralem Niveau fixiert, was sich an seinem auffälligen Umgang mit dem Essen und einem scheinbaren Fehlen analer und ödipaler Triebmanifestationen zeigte. Seine Objektbeziehungen befanden sich auf bedürfnisbefriedigendem Niveau. Die Entwicklung seines Ich war defizitär: die synthetische Funktion war nur ansatzweise entwickelt, was sich am begrenzten Gebrauch der Sprache als Möglichkeit der Welterfassung und des Denkens zeigte. Dementsprechend waren sekundärhaftes Denken und Realitätsprüfung noch nicht fest etabliert, und auch die Wahrnehmungs- und Orientierungsfunktion war behindert. Sein Sozialverhalten war auffällig: Er konnte sich nicht in den Klassenverband einfügen, sondern brauchte die Aufmerksamkeit der Lehrerin für sich alleine, und er war den Klassenkameraden gegenüber aggressiv. Er konnte sich nicht konzentrieren. Sein Abwehrgefüge zeigte ein Vorherrschen primitiver Mechanismen, vorwiegend Spaltung, Projektion und Verleugnung und hatte nur eine schwache Reichweite.

Es wird deutlich, daß bei der vielfältigen Symptomatik sowohl die Triebentwicklung und die Ich-Struktur als auch die Objektbeziehungen vom Krankheitsgeschehen erfaßt sind und bei Jochen eine gravierende Entwicklungsstörung vorliegt.⁴

2.2.1 Angst

Alle Kinder mit Borderline-Störungen sind übermäßig ängstlich. Die Angst ist chronisch, oft diffus und frei flottierend.⁵ Die Kinder haben keine Kontrolle über eine Eskalation der Angst. Im Vergleich mit neurotischen Kindern ist die Angst globaler und überwältigender. Während die neurotischen Kinder Angst erleben, wenn sie z. B. ein elterliches Gebot übertreten, haben die Kinder mit Borderline-Störungen Angst vor der Verschmelzung mit einer anderen Person, vor physischer oder psychischer Vernichtung, vor Desintegration, vor Verstümmelung und überwältigender Destruktion. Sie teilen diese Ängste mit schizophrenen Kindern, leiden darunter aber mehr als diese oder als neurotische Kinder, weil sie nicht in der Lage sind, wirksame Abwehrmaßnahmen zum Schutz zu treffen.⁶ Sie sind sich der Gefahr psychischer

⁴ Vgl. DIEPOLD 1980.

⁵ CHECTHIC 1979, S. 305

⁶ SMITH ET AL. 1982, S. 183

Desintegration bewußt, können dagegen aber nicht wirksame Wahnvorstellungen entwickeln, die die Angst lindern würden, weil der Bezug zur Realität aufrecht erhalten wird.⁷ In Konfliktsituationen wird die Angst leicht zur Panik. Das Klammern an der Bezugsperson ist häufig eine Möglichkeit, Panikgefühle zu vermeiden, die in Trennungssituationen auftreten. In der englischsprachigen Literatur wird die Angst der Kinder mit Borderline-Störungen als "pan-anxiety" bezeichnet. Anders als die meisten Forscher findet CHETHIC (1979) wenig Angst vor Verschmelzung. Er meint, daß die Kinder sicher in bezug auf ihre psychische Integrität seien und daß Ängste vor Fragmentierung und vor einem Zusammenbruch des kohäsiven Selbst nicht evident seien.⁸

Der sechsjährige Rainer konnte sich nicht von seiner Mutter trennen, er mußte sie immer in Sichtnähe haben. Sie besuchte aus diesem Grund seit 3 Jahren täglich mit ihm zusammen den Kindergarten, und alle Versuche ihrerseits, sich für kurze Zeit zu entfernen, schlugen fehl, weil er mit Panik und heftigem Erbrechen reagierte.

Manche Kinder haben die Möglichkeit, wie Rainer durch die Vermeidung ängstigender Situationen (Dunkelheit, Trennungen von der Mutter, Sprechen in Gegenwart Fremder) oder ängstigender Gegenstände (Messer, Skistöcke, Spielzeugpistole) innere Panikzustände zu vermeiden. Da jedoch Vermeidungsstrategien nicht absolut wirksam sind, dekomensieren die Kinder angesichts angstausslösender Situationen und erleben Panikzustände oder Kontrollverlust. Bereits minimale Provokationen können zur inneren Desorganisation führen.⁹ In konfliktfreieren Situationen ist die Bereitschaft der Kinder, panische Angst zu erleben, nicht zu spüren.¹⁰

Der siebenjährige Peter wollte seine Panikzustände durch Vermeidung erträglich machen. Er sagte mir in der 3. Therapiestunde: "Weißt du, ich will nicht mehr zur Therapie kommen, das ist nämlich wegen der Angst. Ich mag nicht mehr in meinem Kinderzimmer sein, da könnten unter dem Bett nämlich Gespenster sein. Und ich kann die ganze Nacht nicht schlafen, weil ich immer aufpassen muß, daß keine Einbrecher kommen." Er hatte verstanden, daß es in der Therapie um seine Ängste gehen würde.¹¹

⁷ FRIILING-SCHREUDER 1969, S. 317

⁸ zitiert bei BLOS 1987, S. 193

⁹ P. KERNBERG 1982, S. 139

¹⁰ BEMPORAD ET AL. 1981, S. 236

¹¹ Vgl. DIEPOLD/ZAUNER 1988.

Die Ursache für die Entstehung dieser Art von Angst ist ein Entwicklungsversagen, durch das es nicht zur Etablierung von Signalangst gekommen ist, mit Hilfe derer das Ich Schutzmaßnahmen treffen könnte. Bei Kindern mit Borderline-Störungen bleiben die oben beschriebenen primitiven Angstformen erhalten.

2.2.2 Impulsivität und Aggressivität oder die Unfähigkeit, diese Impulse zu kontrollieren

In der Regel haben Kinder mit Borderline-Störungen heftige Wutausbrüche. Wenn ihre Bedürfnisse frustriert werden, steigt die innere Spannung an, die häufig motorischen Ausdruck findet, sodaß die Kinder agitiert oder hyperaktiv wirken. Sie schreien und schimpfen und attackieren ihr Gegenüber oder sich selbst körperlich. Sie geraten außer sich und verlieren den Kontakt zum anderen. In der Regel können sie durch einen verständnisvollen Erwachsenen beruhigt werden.

Es gibt auch Kinder, die den heftigen Wutausbrüchen (temper tantrum) dadurch entgehen, daß sie alle sozialen Kontakte vermeiden. Sie sind entweder sozial extrem isoliert,¹² oder sie verlagern ihre Impulsivität und Aggressivität in den Bereich der Phantasie.¹³ Häufig findet eine Eskalation von Aggression und Gewalt in diesem Rahmen statt, wird nicht selten von heftigen Ängsten begleitet und endet in einem Chaos von Destruktion und Vernichtung. Bei vielen Kindern spielen sich diese Phantasien im Weltraum ab, und die geltenden Naturgesetze werden außer Kraft gesetzt.

Peter phantasierte: "Ich bin der Gott, der alles weiß und macht und ich lebe immer, du bist schon lange tot." Er läßt als Gott seiner Phantasie freien Lauf, und ich als Therapeutin bin ein Spielball seiner Macht. Er schickt mich hinauf in die Wolken und läßt mich plötzlich von dort hinunterfallen, sodaß ich mit solcher Macht auf die Erde aufschlage, daß mein Rückgrat bricht. Im Phantasiespiel soll mein Körper aus vielen Wunden bluten, und er sieht sich an, wie ich Schmerzen habe, langsam verblute und sterbe. Später macht er mich wieder lebendig.

¹² Für diese Patientengruppe ist JOCHEN ein Beispiel, s. o. Abschn. 2.2.

¹³ Vgl. CHETHIC 1979, S. 306.

2.2.3 Wechselnde Funktionsniveaus der Ich-Organisation

Kinder mit Borderline-Störungen zeigen eine Fluktuation zwischen verschiedenen Ich-Zuständen, die auf eine große Variationsbreite im Ausmaß ihrer Pathologie hinweist. Sie machen einerseits den Eindruck eines altersentsprechend entwickelten Kindes, können aber im nächsten Moment regressiv auf ein primitiveres Niveau ihrer Ich-Organisation wechseln.¹⁴ Wenn eine Regression auf ein psychosenahes Niveau mit bizarrem Denken, starken Verhaltensauffälligkeiten und überwältigender Angst erfolgt ist, kann diese in der Regel nur dadurch rückgängig gemacht werden, daß ein Erwachsener dem Kind emotionale Sicherheit und Unterstützung gewährt. Hervorgerufen werden diese Ich-Regressionen durch minimale Frustrationen, Zurückweisungen, Kränkungen oder Streß, weil dem Kind keine wirksamere Abwehr zur Verfügung steht. Die raschen Wechsel zwischen einem mehr realitätsorientierten Verhalten und überbordender Phantasietätigkeit mit vorübergehendem Realitätsverlust unterscheiden die Kinder mit Borderline-Störungen am deutlichsten von neurotischen und psychotischen Kindern. Neurotische Kinder erleben zwar Episoden heftigster Angst oder können starke Verhaltensauffälligkeiten haben, sie verlieren jedoch nicht den Bezug zur Realität. Schizophrene Kinder können im Gegensatz zu Kindern mit Borderline-Störungen Phantasien über einen langen Zeitraum aufrechterhalten und Wahnvorstellungen entwickeln, die ihre Angst lindern.¹⁵

2.2.4 Beziehungsverhalten

In ihrem Beziehungsverhalten schwanken Kinder mit Borderline-Störungen zwischen hilfloser Anklammerung und wütender Abstoßung. Sie brauchen die Nähe, um vor heftigen Ängsten des Alleinseins geschützt zu sein, weisen diese aber im nächsten Moment heftig zurück, als ob sich durch die Nähe ihre Ängste erhöhten.

Beim Erstkontakt mit der 11jährigen Ruth und ihren Eltern spielte sich noch im Wartezimmer folgende Szene ab: Die Mutter leitete den Kontakt mit der vorwurfsvollen Bemerkung ein: "Wir haben Schwierigkeiten, miteinander aus-

¹⁴ Dieser rasche Wechsel zwischen neurotischem und psychosenahem Verhalten wird u. a. von EKSTEIN/WALLERSTEIN 1954, 1956; FRIJLING-SCHREUDER 1969; PINE 1974, 1983, 1986; P. KERNBERG, zitiert bei BLOS 1987, beschrieben.

¹⁵ BEMPORAD ET. AL. 1981

zukommen." Ruth ergänzte: "Alle mit allen." Darauf die Mutter: "Sie ist so unordentlich und laut." Um zu verhindern, daß Ruth weiteren Vorwürfen ausgesetzt würde, machte ich ihr den Vorschlag, daß wir zunächst allein miteinander sprechen könnten, danach würde ich dann die Eltern sprechen. Daraufhin war alle Angriffslust gewichen, und sie rutschte mit einem verängstigten Gesicht nah an die Mutter heran und sagte: "Nein, du sollst mitkommen, und du sollst alles sagen."¹⁶

In diesem Beispiel wird deutlich, daß die Kinder weder mit ihren Bezugspersonen eine konstruktive Beziehung erhalten können, noch sich von ihnen trennen können, um eine solche Beziehung mit einem anderen Erwachsenen einzugehen. Es scheint, als seien die Kinder in ihrer Fähigkeit zu Beziehungen auf der Stufe von Kleinkindern stehengeblieben, die andere Menschen ausschließlich zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse gebrauchen.¹⁷ Sie fordern von anderen Hilfeleistungen bei Tätigkeiten, die sie von ihrem Entwicklungsalter her eigenständig erfüllen können müßten.

Wenn sie sich aber in einer Beziehung sicher und geschützt fühlen, dann verhalten sie sich unauffällig und können beträchtliche Fähigkeiten und intellektuelle Leistungen entwickeln. Bekommen sie aber Kritik und Zurückweisung, dann reagieren sie mit extremer Angst, heftiger Wut oder bizarrem Denken.¹⁸

Obgleich Kinder mit Borderline-Störungen auf stabile Beziehungen angewiesen sind, scheinen sie doch zu einer Bindung nicht fähig zu sein. Sie tauschen rasch eine Beziehung mit einer anderen aus, wenn dort ihre Bedürfnisse besser befriedigt zu werden versprochen. Es geht dem Kind nicht um eine vertraute Beziehung, sondern die Beziehung wird in Hinsicht auf die Bedürfnisbefriedigung funktionalisiert.

BEMPORAD ET AL. berichten von einem 8-jährigen Mädchen, das sich auf der Straße einem völlig Fremden näherte und mit ihm unangemessen vertraut umging. Sie benahm sich, als ob der Fremde ein alter Freund oder ein Familienmitglied war. Diese künstliche Intimität schlug plötzlich um, als der Fremde nicht warmherzig und erfreut reagierte. Aber das Kind schien nicht wütend zu sein, sondern verließ einfach die Person und näherte sich einem anderen Fremden. Die Neigung dieses Kindes zu oberflächlicher Beziehungsaufnahme zeigt den wahllosen Gebrauch anderer Menschen (die oft austauschbar sind), um innere Bedürfnisse zu erfüllen.¹⁹

¹⁶ Vgl. DIEPOLD 1992.

¹⁷ A. FREUD 1969

¹⁸ BEMPORAD ET AL. 1981, S. 238

¹⁹ a.a.O. S. 238, eigene Übersetzung

Diese oberflächliche, aber notwendige Beziehungsaufnahme zeigte sich auch bei der 10-jährigen Anna, die mir in ihrer ersten Therapiestunde sagte: "Sie sind die netteste Frau, die ich auf der ganzen Welt kenne." Sie malte danach ein riesiges Herz auf die Wandtafel und schrieb einen entsprechenden Text hinein, den sie mit vielen Blumen und kleinen Herzen verzierte. Diese unrealistische Liebeserklärung zu einer Zeit, als wir uns kaum kannten, schlug nach wenigen Tagen, als ich eine Therapiestunde nicht nach ihrem Wunsch verlängern konnte, in wütende Angriffe um: "Sie sind doof, nie tun Sie, was ich möchte, ... dann komm ich eben nie wieder." Wenn Annas Bedürfnisse enttäuscht wurden, entstand die Gefahr eines Beziehungsabbruchs.

Die Beziehungen zu anderen Kindern unterscheiden sich von denen zu Erwachsenen. Kinder mit Borderline-Störungen vermeiden in der Regel Kontakte zu anderen Kindern. Sie tyrannisieren oder quälen Jüngere, die sich nicht wehren können, dagegen gehen sie Älteren eher aus dem Weg, aus Angst, von ihnen attackiert zu werden. In Gruppen können sie sich nicht einfügen, weil sie die Aufmerksamkeit nicht mit anderen teilen können. Sie reagieren überaus ängstlich und versuchen, die Ängste entweder durch eine Flucht in entlastende Phantasien oder durch unangepasstes Verhalten zu dämpfen, mit dem sie die Aufmerksamkeit des Erwachsenen auf sich zu ziehen versuchen. Sie sind nicht in der Lage, sich auf bestimmte Regeln sozialen Verhaltens einzulassen und Situationen angemessen zu interpretieren, sondern sind durch ihre Angst in innere Hochspannung versetzt. Das bringt sie in der Schule in eine Außenseiterposition, in der sie von anderen ausgegrenzt werden oder als seltsam und "anders" verspottet werden.

Der in Abschnitt 2.2 vorgestellte Jochen konnte nicht wie die anderen Kinder am Unterricht teilnehmen. Er brauchte die unmittelbare Nähe seiner verständnisvollen Lehrerin, daher saß er direkt vor dem Lehrerpult. Wenn es zu einer Eskalation seiner Aggressionen kam, beruhigte es ihn, wenn sie ihm die Hand auf die Schulter legte. Wenn seine Angst zu groß wurde, kroch er unter den Tisch oder verließ den Klassenraum. Häufig aber war ein Wutausbruch nicht zu verhindern. Er schlug dann in blinder Wut auf andere Kinder ein, entwickelte starke Kräfte dabei und war nur durch klare Grenzen seiner Lehrerin zu beruhigen.

Die 7jährige hochbegabte Lisa war im Unterricht stumm vor Angst. Obgleich sie zur Zeit der Einschulung bereits fließend lesen konnte, zeigte sie diese Fähigkeit nicht, sondern las genau so stockend und buchstabierend wie die anderen Schüler. Im morgendlichen "Stuhlkreis", in dem über Erlebnisse und Ereignisse vom Vortag gesprochen wurde, sagte sie nie etwas. Nur durch Zufall erfuhr die Lehrerin von ihren Fähigkeiten.

Kinder mit Borderline-Störungen sind in der Regel sehr neidisch auf ihre Geschwister und rivalisieren heftig mit ihnen. Oft sind sie ihnen gegenüber ausgesprochen feindselig oder benutzen sie wie Teilobjekte. Dabei übersehen sie deren Persönlichkeit und benutzen sie stattdessen für ihre Projektionen, Kontrollbedürfnisse, Idealisierungen und Entwertungen.²⁰

2.2.5 Denkinhalte und Denkprozesse (formale und inhaltliche Denkstörungen)

Dieser Bereich der Phänomenologie wirft besondere Schwierigkeiten auf, weil er einerseits die Abgrenzung zur Psychose, andererseits das Problem der Altersabhängigkeit der Symptomatik betrifft. Es ist die Frage, ab wann man bei einem Kind von einer Denkstörung sprechen kann. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, daß Denkstörungen von Borderline-Patienten Abwehroperationen sind: Kinder und Erwachsene reagieren in Konfliktsituationen mit schweren Ich-Veränderungen, und davon sind auch die Denkprozesse betroffen. Es handelt sich dabei nicht um einen passiven Zerfall, sondern um eine aktive Abwehroperation, die reversibel ist, wenn die auslösende Konfliktsituation bewältigt ist.²¹

Für das gestörte Denken von Kindern mit Borderline-Störungen ist eine unzureichende synthetische Funktion des Ich verantwortlich, durch die es zu Verzerrungen und Konkretisierungen kommt.

Trotz der Ähnlichkeiten mit den Denkgewohnheiten psychotischer Kinder haben die Kinder in der Regel keine Wahnbildungen, Halluzinationen oder ernsthafte Verluste des Realitätsbezuges. Die Gedanken sind rasch fließend, aber die Grenze zwischen der Realität und der Phantasie ist unklar.²² Das Denken ist nicht fest im Sekundärprozeß verankert, sondern fällt häufig in primärprozeßhafte Mechanismen zurück.²³

²⁰ BLOS/GALATZER-LEVY 1987, S. 190

²¹ ROHDE-DACHSER 1979, S. 39

²² SMITH ET AL. 1982, S. 185 verweisen darauf, daß ein Überwiegen primitiver, bizarrer präödüpaler Phantasien allein jedoch nicht für eine Borderline-Diagnose ausreiche, weil diese Phantasien häufig durch eine chaotische häusliche Umgebung oder ein chaotisches Familienmitglied ausgelöst würden, während manche Kinder dank ihrer guten Persönlichkeitsentwicklung in anderer Umgebung gesunde Funktionsbereiche entwickeln könnten.

²³ ROSENFELD-SPRINCE 1963, S. 624

In seinen ersten Therapiestunden war Jochens Sprache vorwiegend befehlend, ordinär, manchmal auch zärtlich einschmeichelnd, oft bizarr, von unartikulierten Lauten durchsetzt: "Gleich fällt mir Kacke in die Hose - Sand - mmh - das ist Zucker - freß ich auf - Mutter - der schlag ich den Kopf ab - jetzt hab ich 'n Pup gelassen - (und während er auf einen Boxball einschlug) das ist eine Schlange, die hat Zucker geklaut."

Seine Sprache folgt hier keiner logischen Abfolge und hat kein bestimmtes Ziel, sondern sie ist assoziativ primärprozeßhaft.

Manche Kinder mit Borderline-Störungen fallen durch eine ausschließliche Beschäftigung mit sehr speziellen Wissensgebieten auf.

So berichtete ein 14jähriges Mädchen, daß ihr Interessengebiet die Gesetzgebung des Deutschen Bundestages von 1950 - 1970 sei, und sie zeigte eine umfassende Sachkenntnis auf diesem Gebiet.

Ein 12jähriger Junge war in seinen Therapiestunden ständig damit beschäftigt, ein neues und besseres Busnetz für seine Stadt zu entwerfen, das er mit einer Untergrundbahn kombinierte. Er hatte eine detaillierte Kenntnis der verschiedenen Buslinien und kannte alle Fahrpläne auswendig. Er war überzeugt davon, daß sein Plan demnächst von den Politikern in die Realität umgesetzt würde.

Im Zusammenhang mit Besonderheiten des Denkens werden organische oder heterogene neurokognitive Defizite wie z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Teilleistungsstörungen, hyperkinetische Störungen oder unspezifische neurologische Auffälligkeiten diskutiert.²⁴ Kinder mit Borderline-Störungen leiden häufig an unterschiedlichen psychiatrischen Störungen, von denen die Sprache, die Motorik, die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit und das Lernen betroffen sein können. Einige Autoren ziehen daraus den Schluß, daß die Kinder deshalb mit der Diagnose "Borderline" unzureichend diagnostiziert seien und daß die Diagnose vielmehr die im Fordergrund stehende neurokognitive Beeinträchtigung zum Inhalt haben sollte.²⁵ PALOMBO/FEIGON (1984) reflektieren die Bedeutung einer beeinträchtigten neurokognitiven Ausstattung auf den Entwicklungsverlauf von Kindern und untersuchen die Auswirkungen auf das entstehende Selbstgefühl.

²⁴ ROSENFELD-SPRINCE 1963; WERGELAND 1979; CHETHIC 1979; AARKROG 1981; PETTI/LAW 1982; BEMPORAD ET AL. 1982; MARCUS ET AL. 1983; GUALTIERI ET AL. 1983; COHEN ET AL. 1983; PALOMBO/FEIGON 1984; PETTI/VELA 1990

²⁵ BEMPORAD ET AL. 1982, GUALTIERI ET AL. 1983, PETTI/VELA 1990

Eine Hauptschwierigkeit der Borderline-Forschung wird besonders im Zusammenhang mit der Diskussion um neurokognitive Defizite deutlich: Die Nomenklatur, mit der die Psychopathologie beschrieben wird, entstammt einerseits der psychoanalytischen, andererseits der psychiatrischen Theorie, und das macht eine Verständigung schwierig. Zusammenhänge von Borderline-Störungen mit Teilleistungsstörungen, undifferenzierten Aufmerksamkeitsstörungen, minimaler cerebraler Dysfunktion oder hyperkinetischem Syndrom sind bisher nur unzureichend erforscht.²⁶ Das wäre nötig, weil der Zusammenhang von neurokognitiven Störungen mit Borderline-Erkrankungen unzweifelhaft ist und eine genauere Kenntnis unabdingbar für eine effektive Therapie ist.

2.2.6 Begleitende neuroseähnliche Symptome

Kinder mit Borderline-Störungen leiden zusätzlich zu den oben beschriebenen Phänomenen an einer stark fluktuierenden, vielfältigen Symptomatik. Die Konfliktdynamik steht eher im Hintergrund, und die Symptome sind im Zusammenhang der Entwicklungsstörung als eine Bewältigungsstrategie zu verstehen. Zu den Symptomen gehören Körperfunktionsstörungen: Enuresis nocturna et diurna, Enkopresis, Schlafstörungen, Eßstörungen; Somatische Erkrankungen: Astma, Ekzem, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen; Störungen des motorischen Apparates: motorische Unruhe, Jaktationen, Tics, Gilles de la Tourette, Stottern; Zwänge; multiple Phobien; Mutismus; neurotische Verwahrlosung; depressive Verstimmungen;

Bei der Diagnose der Erkrankung ist nicht ein bestimmtes Symptom maßgeblich, sondern es ist das Entwicklungsniveau zu beurteilen, das von einem Pendeln zwischen altersentsprechendem und unreifem Verhalten und von einem u. U. raschen Wechsel der Symptomatik bestimmt wird. Die Kinder zeigen akzelleriertes, normales und weit verzögertes Verhalten mit einer Fluktuation zwischen hoch und niedrig entwickelten Ich-Funktionen in fast allen Bereichen der Persönlichkeit.²⁷ Regressionen dienen der Abwehr und schützen das Ich vor dem Verlust der Kohäsion.

Meine Patientin Ruth zeigte eine Symptomkonfiguration mit blühender Phantasietätigkeit, Rivalitätskonflikten, vor allem mit der Mutter und den Geschwistern, sowie Macht- und Autonomiekämpfen. Es war eine hysterische Neurose

²⁶ MARCUS ET AL. 1983, S. 187. Vgl. Abschnitt 2.5.3.1.

²⁷ BEMPORAD ET AL. 1981, S. 240

diagnostiziert worden. Erst mit der fester werdenden therapeutischen Beziehung zeigte sich hinter der zunächst hysterisch erscheinenden Symptomatik die verborgene Borderline-Störung, die sich vor allem an ihren wiederholten Weglaufaktionen mit z. T. offen geäußerten Suizidgedanken und an dem stark wechselnden Funktionsniveau ihres Ich zeigte. Die neurotischen Symptome hatten es weitgehend verhindert, daß die schwere zugrundeliegende Depression in Ruths Erleben drang.

2.2.7 Depression

In der Literatur zu Borderline-Störungen bei Kindern wird über Zusammenhänge mit depressiven Erkrankungen eher am Rande berichtet,²⁸ vermutlich weil das Erscheinungsbild der Depression bei Kindern meist wenig mit dem ursprünglichen Sinn des lateinischen Wortes (*deprimere* = herabdrücken) zu tun hat.²⁹ Kinder entledigen sich unangenehmer Spannungszustände oder Konfliktsituationen durch Externalisierung und tragen ihre Spannungszustände mit den Bezugspersonen in ihrer Umgebung aus und nicht wie Erwachsene mit sich selbst in ihrem Inneren. Auch die kindliche Unfähigkeit, Innenbefindlichkeit wahrzunehmen und zu verbalisieren, muß zu anderen Erscheinungsbildern als bei Erwachsenen führen, die über ihren Zustand klagen können und sich auf diese Weise Erleichterung verschaffen.³⁰

Bei erwachsenen Borderline-Patienten liegt häufig eine Regression auf die paranoid-schizoide Position³¹ vor, die diese als eine stabile Abwehrkonstellation entwickelt haben, weil sie die depressive Position nicht mit Hilfe von Wiedergutmachungen bewältigen können. Die heftigen Affekte von Verlust, Trauer und Sehnsucht in bezug auf das innere und äußere Objekt können als ambivalente Gefühle nicht bewältigt werden und machen eine Flucht in die Aufspaltung des Objektes in "gut" und "böse" notwendig. Später wird diese Flucht immer dann angetreten, wenn die Wiederholung des "depressiven Traumas" droht.³²

²⁸ Paulina KERNBERG (1982) meint, daß die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit MCD und Depression assoziiert sei. ANDRULONIS (1980) weist auf die gehäuft vorkommenden depressiven Erkrankungen in den Familien von Kindern mit Borderline-Störungen hin und PETTI/LAW (1982) haben in einer empirischen Studie zur Diagnostik von Kindern mit Borderline-Störungen anhand des DSM-III 80 % Depressive unter den Probanden gefunden.

²⁹ Zur Phänomenologie von Depressionen im Kindesalter vgl. Specht 1982.

³⁰ DIEPOLD 1984, S. 56

³¹ KLEIN 1972, orig. 1946

³² ROHDE-DACHSER 1979, S. 123 f.

Psychodynamisch betrachtet handelt es sich bei Kindern um analoge Vorgänge. Meine eigenen Erfahrungen mit Kindern mit Borderline-Störungen legen aber die Annahme nahe, daß depressive Affekte für Kinder weit schwerer erträglich sind als für Erwachsene, weil dem unreifen Ich weniger Abwehr- und Schutzmöglichkeiten zur Verfügung stehen. In einer früheren Arbeit habe ich die Depression metapsychologisch so beschrieben:

"Die Wurzeln der Bereitschaft, mit pathologischer Depression auf ein äußeres Ereignis zu reagieren, liegen im frühen Objektverlust zu einer Zeit, die auf der psychosexuellen Ebene der Entwicklung vom oralen Modus passiven Versorgtwerdens bestimmt ist. Das Ich ist noch schwach und weder zur Trauer noch zur Auflösung der Ambivalenz und der narzißtischen Verwundung fähig. Die durch solchen Verlust ausgelöste Aggression führt nicht zu einer allmählichen Anpassung im Sinne einer fortschreitenden Individuation, sondern zu verstärkter Hilflosigkeit und Resignation, mit der die kindliche Persönlichkeit dann auf je entwicklungsspezifische Weise umgeht".³³

Trifft der Objektverlust ein Kind in einem Alter, in dem die Objektkonstanz noch nicht gefestigt oder das Kind einer kumulativen traumatischen Situation ausgesetzt ist, dann muß es sich vor den unerträglichen depressiven Affekten auf eine Art und Weise schützen, die dem Borderline-Entwicklungsniveau entspricht. Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang, daß das nicht nur mit Hilfe des Mechanismus der Spaltung, sondern auch mit Hilfe der Wendung von der Passivität in Aktivität geschieht. Auch andere Borderline-Phänomene sind letztlich als eine Möglichkeit des Kindes zu verstehen, sich vor den unerträglichen depressiven Affekten zu schützen.³⁴

2.2.8 Gestörter Realitätsbezug - psychotische Episoden

Der Bezug zur Realität ist ein diagnostisches Kriterium, mit Hilfe dessen Kinder mit Borderline-Störungen von psychotischen Kindern unterschieden werden.³⁵ Um den Realitätsbezug von Kindern beurteilen zu können, ist es nötig, zwischen ihrer Beziehung zur Realität, ihrem Realitätsgefühl und ihrer Fähig-

³³ DIEPOLD 1984, S. 59

³⁴ Zu depressiven Erkrankungen bei Kindern vgl. FREUD 1917, GERÖ 1936, KLEIN 1962, (orig. 1940), SPITZ 1945, SPERLING 1960, JOFFE/SANDLER 1965a und 1965b, WOLFENSTEIN 1966, NISSEN 1971 UND 1980/81, BLATT 1974, STÄDELI 1978, EGGERS 1980/81, SPECHT 1982, DIEPOLD 1984, 1989

³⁵ Vgl. GELEERD 1958, PALOMBO/FEIGON 1984, ROSENFELD/SPRINCE 1963, SHAPIRO 1983.

keit zur Realitätsprüfung³⁶ zu unterscheiden. Während bei Kindern mit Borderline-Störungen die Beziehung zur Realität behindert sein kann, weil sie noch nicht gut zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden können und auch das Realitätsgefühl gestört sein kann, was sich bei älteren Kindern häufig in Depersonalisationserlebnissen zeigt, bleibt in der Regel die Fähigkeit zur Prüfung der Realität vorhanden. Sie ist besonders in Hinsicht auf das Alter der Kinder zu beurteilen, weil magisches Denken z. B. im Kleinkindalter normal ist und nur als auffällig einzuschätzen ist, wenn es über dieses Alter hinaus andauert. Hin und wieder geht in Streß-Situationen der Realitätsbezug des Kindes verloren und es kommt zu psychotischen Episoden, die aber überwunden werden, wenn ein vertrauensvoller Erwachsener dem Kind Halt und Schutz bietet.

Der Bezug zur Realität ist für Kinder mit neurokognitiven Defiziten stark erschwert, weil durch diese Behinderungen die Wahrnehmung der Welt beeinträchtigt und die Fähigkeit zum Coping behindert ist. Durch hyperkinetische Auffälligkeiten werden Kinder leicht zu Außenseitern, weil sie Regeln und Gruppennormen durchbrechen. Ihre behinderte Fähigkeit zur Aufmerksamkeit führt oft zu Leistungsdefiziten, wodurch sekundär das Selbstgefühl beeinträchtigt wird.³⁷

Die 7-jährige Susanne hatte große Schwierigkeiten, sich den Realitäten des Schulalltags anzupassen. Sie begann bereits bei kleinen Anforderungen, von ihrem Stuhl aufzuspringen, in der Klasse umherzulaufen und laut zu schreien. Sie baute aus ihrem Ranzen und aus Büchern auf dem Tisch eine Art Mauer um sich, hinter der sie sich versteckte. Kontakte zu anderen Kindern hatte sie nicht.

Sie war mit einer Behinderung geboren, die in den ersten beiden Lebensjahren viele Operationen erfordert hatte. Darüber hinaus hatte die Mutter versucht, weitere Forderungen und Frustrationen von ihr fernzuhalten. Ihre Entwicklung war im Bereich altersentsprechender Frustrationstoleranz, eines kohärenten Selbstgefühls, der Aggressionssteuerung und der Kontaktfähigkeit gestört. Die seit dem Schulbeginn evident gewordenen neurokognitiven Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeit, der motorischen Steuerungs-

³⁶ FROSCH 1964

³⁷ Vgl. PALOMBO/FEIGON 1984, P. KERNBERG 1983a. WEIL (1970) verbindet in ihrer Sicht der Borderline-Störung biologische mit psychodynamischen Aspekten, indem sie das Konzept des "basic core" einführt und postuliert, daß bei Schädigung eines solchen Kerns nicht die Integration neuer Stimuli in kohärente und gut terminierte Funktionen gefördert werde. Auch MURRAY (1979) weist auf die biogenetische und psychogenetische Ätiologie der mangelhaften Realitätskontrolle bei Kindern mit Borderline-Störungen hin.

fähigkeit und der Formauffassung verstärkten bei Susanne die Ängste vor der neuen Situation und vor dem Kontakt mit der Kindergruppe.³⁸

Kinder mit Borderline-Störungen haben eine starke, wenn auch nicht totale Bindung an die narzißtische, illusorische Welt des Lust-Ich, und ihr Realitätssinn taucht eher in diesem Kontext als in bezug zur objektiven Realität auf. Diese Erkenntnis gewinnen CHETHIC/FAST (1970) aus narzißtischen Phantasien von Kindern mit Borderline-Störungen. Die therapeutische Arbeit an diesen Phantasien ist letztlich der libidinöse Boden für den wachsenden Bezug zur realen Welt.³⁹ PALOMBO (1985) erklärt die grandiosen Phantasien der Kinder mit Borderline-Störungen mit einem gestörten Selbsterleben, weil die spiegelnden Funktionen nicht internalisiert werden konnten und stattdessen Ängste vor Fragmentierung und Leere bestimmend sind. Die Phantasien haben die Eigenart, sehr weit von der Realität entfernt zu sein.⁴⁰ Es sind häufig Paradiesphantasien, die einem omnipotenten, symbiotischen Umfeld entstammen.⁴¹ EKSTEIN (1973) meint, daß Weltraumphantasien, die er "Raum-Abwehrmechanismen" nennt,⁴² ein erster Hinweis auf eine beginnende neurotische Beziehung des Kindes zum Therapeuten seien.

Die diagnostische Abgrenzung der Borderline-Störungen von den Psychosen im Kindesalter ist schwieriger als bei erwachsenen Patienten, weil regressive Phänomene bei Kindern z. T. altersentsprechend sind. Als diagnostische Leitlinien können gelten:

- Psychotische Episoden erscheinen als eine Reaktion auf Streß.
- Sie sind reversibel, wenn ein zugewandter Erwachsener das Kind behutsam in die Realität zurückführt.

Um das Psychoserisiko weiter abzuklären, wäre nach familiären Belastungen und schweren Traumata im ersten und zweiten Lebensjahr, nach der Fähigkeit, sich von den primären Bezugspersonen trennen zu können und Objektkonstanz erreicht zu haben, nach dem Ausmaß der "konfliktfreien Sphäre des Ich" und dem Ausmaß der Regressionsneigung zu fragen.

³⁸ Ich danke Herrn Dipl. Psych. HARALD KNOKE für dieses Fallbeispiel.

³⁹ a.a.O. S. 758; vgl. die "Cinderella-Phantasie" der Patientin SANDRA in Abschn. 2.3.1.

⁴⁰ FAST 1974

⁴¹ CHETHIC 1986

⁴² Ekstein 1973, S. 50

2.2.9 Frustrationsintoleranz

Kinder mit Borderline-Störungen haben die Fähigkeit zum Aufschub von Befriedigungen nur unvollständig erreicht. Sie bestehen auf der Sofortbefriedigung ihrer Bedürfnisse und reagieren aggressiv oder mit völligem Rückzug, wenn ihre Bedürfnisse frustriert werden. Ihre heftigen Reaktionen verhindern zwar eine Fragmentierung ihres Ich, aber die Frustrationsintoleranz trägt dazu bei, daß die Kinder sozial auffällig werden.

Zu unterscheiden ist die Frustrationsintoleranz von dem wütenden Versuch von Kindern in der Trotzphase, den eigenen Willen durchzusetzen. Diesem Phänomen liegt in der Regel nicht eine Unfähigkeit zum Aufschub von Befriedigung zugrunde, sondern es geht um die Erprobung eigener Autonomie und die Loslösung aus der engen Beziehung zu den primären Bezugspersonen. Da die Objektbeziehungen von Kindern mit Borderline-Störungen sich auf bedürfnisbefriedigendem Niveau befinden, müssen sie das Erleben von Zurückweisung der eigenen Bedürfnisse als eine Zurückweisung ihres Selbst erleben.

MEISSNER (1984) verweist auf die unterschiedlich entwickelte Frustrationstoleranz bei Kindern mit Borderline-Störungen und die in manchen Fällen erstaunlich vorhandene Fähigkeit, mit dieser Behinderung umzugehen.⁴³ SCHNEIDER (1976), AMMON (1976) und MURRAY (1979) halten die Frustrationsintoleranz für eins der Hauptsymptome.

Meiner Erfahrung nach ist die Frustrationsintoleranz bei Kindern mit Borderline-Störungen ein Phänomen, das wegen seiner Auswirkungen auf das Beziehungsfeld der Kinder besonders von den Eltern, Lehrern und Erziehern hervorgehoben und beklagt wird. Es verweist auf die gestörte Entwicklung der Kinder, die Triebstärke und ihre mangelnde Fähigkeit, einen Kompromiß zwischen den heftigen inneren Bedürfnissen und den realen Gegebenheiten herzustellen. Die Folge ist ein Zusammenbruch der Homöostase sowie daraus folgende Beziehungsschwierigkeiten.

⁴³ MEISSNER 1984, S. 246

2.3 Strukturelle Aspekte

Wichtige Anstöße zum Verstehen psychodynamischer Zusammenhänge der strukturellen Defizite bei Borderline-Patienten stammen von KERNBERG (1978). Er führt die Borderline-Störung auf eine spezifische Ich-Störung zurück, die den gesamten psychischen Apparat erfaßt und pathogen beeinflusst.

Die diagnostische Einheit umfaßt ein breites Spektrum pathologischer Zustände und charakterlicher Defizite, wobei bestimmte deskriptive Kriterien zu bestimmten Borderline-Patienten passen, nicht aber zu anderen. Borderline-Zustände umfassen eine breite Gruppe diagnostischer Einheiten und reichen von Zuständen, die als "pseudoneurotische Schizophrenie"¹ beschrieben werden bis zu relativ gut organisierten, neurotisch wirkenden Persönlichkeiten, die nur unter regressiven Bedingungen Borderline-Züge zeigen.² Dieses breite Spektrum der Borderline-Pathologie wird für Kinder u. a. von PINE (1974) und CHETHIC (1979, 1986) beschrieben.

Der Kern dieser Ich-Störung besteht in einer speziellen Abwehrkonfiguration, die sich um den Hauptmechanismus der Spaltung gruppiert. Dadurch werden gute und böse Selbst- und Objektrepräsentanzen und damit zusammenhängende nicht integrierbare Ich-Zustände vom Ich aktiv voneinander ferngehalten. Die Aufspaltung realer Objekte in eine gute und eine böse innere Repräsentanz kann nur mit Hilfe einer weitreichenden Realitätsverleugnung aufrechterhalten werden. Verleugnungen sind in starkem Ausmaß vorhanden, und das hat in konflikthaften Situationen zur Folge, daß die Grenzen einer nur unscharf wahrgenommenen Realität undeutlich sind. Heftige Projektionen führen dazu, daß all das, was vom Ich als schlecht oder unangenehm eingestuft wird, externalisiert wird. Häufig wird das Objekt dazu gebracht, sich mit dem ausgestoßenen Anteil zu identifizieren.³

Gegenüber der Ich-Störung bei erwachsenen Borderline-Patienten ergeben sich bei Kindern leichte Akzentverschiebungen, die mit dem Lebensalter zusammenhängen. Es ist entscheidend, ob Kinder den Entwicklungsschritt aus dem narzißtischen Stadium machen und ihnen eine Weiterentwicklung in Richtung Ablösung von den primären Bezugspersonen und die Entwicklung

¹ HOCH/POLATIN 1949

² MEISSNER 1984, S. 120

³ BÜRGIN 1988, S. 32. Solche "projektiven Identifikationen" haben in der psychoanalytischen Behandlung von Borderline-Patienten in der Übertragungs-Gegenübertragungssituation eine besondere Bedeutung.

eines sicheren Gefühls für die eigene Identität gelingt. Wenn der Entwicklungsschritt aus dem narzißtischen Stadium nicht gelingt, dann wird das Ich des Kindes nach Befriedigung seiner Bedürfnisse und nach Lustgewinn streben und eine Entwicklung zu einem stärker realitätsorientierten und frustrationstoleranten Ich verweigern.⁴ Unter solchen Umständen kann sich auch die Wahrnehmung einer Welt, in der das eigene Selbst vielen von ihm getrennten Objekten gegenübersteht, nicht entwickeln. Objektkonstanz, mit Hilfe derer die Trennung von den Bezugspersonen ertragen werden kann, weil ihre inneren Bilder im Kind vorhanden sind, entsteht nicht oder nur unzureichend.

Zwei wesentliche Aufgaben beim Übergang vom Lustprinzip zum Realitätsprinzip müssen bewältigt werden: Es muß eine Subjekt-Objekt-Abgrenzung erfolgen, und negative Aspekte der Realität müssen mit den positiven verschmolzen werden. Kinder mit Borderline-Störungen haben die erste Aufgabe ansatzweise bewältigt, und damit ist ihnen ein partieller Übergang aus dem Narzißmus gelungen. Allerdings ist die Gefahr einer Verschmelzung von Subjekt- und Objektimages in Konfliktsituationen immer gegeben, was einen erhöhten Angstpegel zur Folge hat.

Kinder mit Borderline-Störungen können nicht Gut und Böse, gute und böse Erlebnisse und gute und böse Aspekte des eigenen Selbst und der Objekte miteinander verbinden. Ihre Welt besteht aus nur guten oder nur bösen Objekten und Erlebnissen. Dadurch bekommt die Realität für diese Kinder einen bedrohlichen Charakter. Sie projizieren bedrohliche aggressive Triebimpulse nach außen und erleben dadurch die umgebende Welt als furchterregend, grausam und gefährlich. Wegen der vielfältigen Gefahren in der äußeren Welt verlassen sie nicht völlig die narzißtische Welt des Lustprinzips und suchen häufig orale Befriedigungen in einer idealisierten Mutter-Kind-Beziehung.⁵

Weil sie unfähig sind, gute und böse Aspekte miteinander zu verbinden und aggressive Triebimpulse nach außen projizieren, erscheint ihnen die umgebende Welt als gefährlich und grausam. Sie sind ihr hilflos ausgeliefert, und sie erleben Angst vor Überwältigung und Vernichtung.

"Solange die Spaltung Schmerz und Vergnügen trennt und die aggressiven Anteile des Selbst abgespalten werden, wird der kritische Entwicklungsprozeß einer Fusion libidinöser und aggressiver Triebe nicht vollendet. Dieses Versagen hat einen gewaltigen Einfluß auf die Entfaltung der Persönlichkeit

⁴ CHETHIC 1979

⁵ CHETHIC 1979, S. 310

und fördert viele Probleme in der nachfolgenden Strukturierung" (Chethic 1979, S. 310, eig. Übersetzung).

Nach diesem allgemeinen Überblick soll jetzt im einzelnen dargestellt werden, welche psychodynamischen Bedingungen sich für die Objektbeziehungen des Kindes, seine Ich-Entwicklung und die Struktur seines Über-Ich ergeben.

2.3.1 Objektbeziehungen

2.3.1.1 Trennung von Selbst und Nichtselbst

Das bei phänomenologischer Betrachtung auffallende klammernde und zu Wutausbrüchen der gleichen Person gegenüber neigende Verhalten bei Kindern mit Borderline-Störungen ist auf dem Hintergrund psychodynamischer Notwendigkeiten zu verstehen: Sie können sich zwar in der Regel selbst als von anderen getrennt erleben, haben jedoch die Suche nach einem idealen, immer versorgenden und bedingungslos liebenden Objekt nicht aufgegeben. Angesichts dieser Bedürfnisse kann jede äußere Realität nur versagend, ja geradezu "deprivierend" sein, sodaß Angst und innere Hochspannung entstehen, das Kind sich an seine Bezugspersonen anklammert und auf alten Formen der Bedürfnisbefriedigung besteht. CHETHIC⁶ beschreibt, wie sich dies in der Behandlung eines 9jährigen Mädchens darstellt:

Sandra entwickelte ihre Cinderella-Geschichte. In ihrer Therapiesitzung bekam ihr Therapeut die Rolle einer Märchenfee. In dem Spiel waren Cinderella und ihre Beschützerin untrennbar. Wenn Cinderella ins Bett ging, dann deckte die Märchenfee sie zu und sang ihr etwas vor. Jede Nacht, wenn Cinderella schlief, blieb ihre Fee wach, schloß nie die Augen, schrubbte Fußböden, legte die Wäsche und trocknete Geschirr ab. Früh am morgen begann die Märchenfee zu backen. Wenn Cinderella in der Dämmerung erwachte, wurde sie sofort von der Fee begrüßt, die sie umarmte und küßte und fragte, "wieviele Kuchen möchtest du zum Frühstück?"

Manchmal tauschte Sandra die Rollen in diesem sich wiederholenden Spiel, aber die Grundzüge der Geschichte - die Trennung im Schlaf, die nächtlichen Aktivitäten der Fee, die freundliche Vereinigung beim Aufwachen - mußten anhand genau vorgezeichneter Linien immer wiederholt werden. Interventionen, Kommentare und Verstehensversuche des Therapeuten wurden mit heftiger Wut beantwortet oder total zurückgewiesen.

⁶ Chethic 1979, S. 311, eig. Übersetzung

Sandra schaffte sich durch das Phantasiespiel in der Therapie eine Situation, in der sie ein ideales, für ihre inneren Bedürfnisse verfügbares Objekt hatte, das sie zur Aufgabe eigener Bedürfnisse mittels ihrer Wutausbrüche zwang. Dieser Rückzug in narzißtische Phantasien gegenüber bedrohlichen und enttäuschenden Objekten wird u. a. von KERNBERG (1978) und GREEN (1975) als ein wesentliches Charakteristikum des Umgangs von Borderline-Patienten mit den Objekten beschrieben. Die Sehnsucht nach einem alles gebenden und umfassend befriedigenden Objekt ist so groß, daß die äußere Realität nur als deprivierend erlebt wird. Die Realpräsenz dieses Objektes und seine Verfügbarkeit wirkt beruhigend. Wegen der Entwicklungsdefizite, durch die sie bestimmte altersgemäße Fähigkeiten noch nicht erworben haben, sind Kinder mit Borderline-Störungen in ganz besonderer Weise auf die Hilfeleistungen der Mütter und auf ihre Nähe angewiesen. Den Müttern gegenüber als den vertrautesten Objekten ist aber die Verschmelzungsgefahr am größten. Daher finden ihnen gegenüber die intensivsten projektiven Prozesse statt, mit Hilfe derer das Kind eigene unerträgliche Anteile in sie verlagert. Das erklärt das häufig zu beobachtende Phänomen, daß die heftigsten Aggressionen der Kinder sich gerade gegen ihre Mütter wenden.

Die diagnostische Einschätzung des Niveaus der Objektbeziehungen ist bei Kindern schwieriger als bei Erwachsenen. Regressive Phasen sind bei Kindern ubiquitär. Da Kinder sich häufig vor einer Weiterentwicklung wieder in eine enge, symbiotisch wirkende Abhängigkeit zu ihren Müttern zurückbegeben, ist zu entscheiden, ob es sich dabei um ein kurzfristiges Phänomen oder um eine verfestigte Beziehungssituation handelt. Das muß anhand einer gründlichen Exploration sowie einer psychologischen Untersuchung mit Spielbeobachtung geklärt werden. Der Kontext des Spiels zeigt an, ob es sich um eine passagere Spielphantasie oder um einen narzißtischen Rückzug angesichts bedrohlicher oder enttäuschender Realität handelt.

Meine bereits erwähnte Patientin Ruth hatte eine Übertragungssituation konstelliert, in der sie in vieler Hinsicht unzufrieden mit mir war: Ich hatte nicht genug Zeit für sie, sie war nicht meine einzige Patientin und ich verstand sie nicht gut genug. In ihrer ersten Therapiephase spielte sie ein Spiel am Puppenhaus, das sich häufig wiederholte. Ich sollte dabei eine stumme Zuschauerin sein, die weder fragen noch ihre Gedanken zu dem Spiel äußern durfte. Sie selbst war in dem Spiel ein Mädchen, das mit zwei Brüdern zusammen bei seinen Eltern lebte. Zwischen den Eltern gab es ständig Streit, vorwiegend um die Kinder und um Probleme von Macht und Unterordnung. Die Mutter schrie dem Vater entgegen: "Wer von uns wollte denn eigentlich die Kinder, ich doch nicht." Sie war in der Familie die Mächtige, und sie bewohnte mit ihren beiden Söhnen die schönsten Zimmer des Hauses. Für den Vater und Ruth blieben nur zwei winzige Zimmer und ein schäbiger Rest an alten Möbeln. Zwischen ihr

und der Mutter spielten sich erbitterte Kämpfe ab, bei denen sie die Mutter wiederholt vom Dach des Hauses brutal auf die Erde hinabstieß. Ruth phantasierte, daß die Kinder Findelkinder, Waisenkinder oder Engelkinder wären und sich über die Gesetze von Raum und Zeit hinwegsetzen könnten. Sie flohen aus der schrecklichen häuslichen Realität in eine bessere Welt. Sie wohnten in den Wolken, und schließlich gelangten sie zu Gott, bei dem sie es besser hatten als zu Hause bei den Eltern. Dort wollten sie immer bleiben.

Diese Spielphantasie gab Ruth die Möglichkeit, ihr verletztes Selbstgefühl wiederherzustellen, indem sie sich einen Weg aus der bedrückenden Lebenssituation gesucht hatte. Während sie sich bei Gott zu Hause fühlte, mußte sie ihre Abhängigkeit von den enttäuschenden realen Objekten, die sie auf mich übertragen hatte, nicht erleben.

Der Rückzug in narzißtische Phantasien war bei Ruth kein passageres Geschehen angesichts akuter Abwehrnotwendigkeiten, sondern die Folge eines tiefgreifenden Beziehungsnotstandes sowie Ausdruck ihrer Hoffnungslosigkeit und insofern ein Anzeichen für ihre gestörte Ich-Entwicklung.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich vor enttäuschenden Objekten zu schützen: Das Kind kann das Objekt fallenlassen,⁷ verachten oder ihm die Besetzung total entziehen.⁸ Ein totaler Besetzungsentzug erfolgt, wenn ein Kind, das das Stadium der Objektkonstanz nicht erreicht hat, mit einer Enttäuschung seines Bedürfnisses nach Lustgewinn konfrontiert wird. Das Objekt wird nur so lange besetzt, wie es Bedürfnisbefriedigung bietet und fallengelassen, wenn die Enttäuschung unausweichlich ist.

Mein Patient Jochen hatte das Stadium der Objektkonstanz nicht erreicht, daher wurde im Laufe der Therapie mit der fester werdenden therapeutischen Beziehung die Trennung an den Stundenenden immer schwieriger. Er fragte pausenlos wie unter Druck stehend, wieviel Zeit noch vorhanden wäre, und die Ursache seiner Panik zeigte sich, als er sagte: "Ich kann dein Gesicht nicht behalten," und ein anderes Mal "dein Atem steht jetzt still" und "dann bist du tot". Er hatte kein inneres Bild von mir, und das Stundenende war gleichbedeutend mit meinem Verlust oder Tod und seiner absoluten Einsamkeit.

Jochen mußte sich meine Nähe erhalten, weil er im Moment der Trennung kein gutes inneres Bild vom Objekt bewahren konnte. Die bevorstehende Trennung verursachte Panik, die nur durch die ständige beruhigende Anwesenheit des Objektes gemildert werden konnte.

Trennungsängste sind dafür verantwortlich, daß Kinder mit Borderline-Störungen sich oft so "unausstehlich" verhalten, indem sie die ungeteilte Auf-

⁷ RUTH hat ihre Mutter im wahrsten Sinne des Wortes "fallengelassen".

⁸ GRUNBERGER 1976, zitiert nach ROHDE-DACHSER 1979, S. 92-93

merksamkeit des Objektes zu erzwingen versuchen. CHETHIC (1979) berichtet von einem Kind, das seine Mutter nicht telefonieren ließ, weil dieser kleine Aufmerksamkeitsentzug bereits die Angst vor dem Objektverlust anwachsen ließ. Das Kind brauchte für den Erhalt seines Kohärenzgefühls die ungeteilte Aufmerksamkeit der Mutter.⁹

2.3.1.2 Teilobjektbeziehungen

Entsprechend dieser intrapsychischen Notwendigkeiten haben Kinder mit Borderline-Störungen Beziehungen zu Teilobjekten, die entweder nur gut oder nur böse sind. Nur gut und idealisiert sind sie im Stadium der Befriedigung, total böse und entwertet sind sie bei Enttäuschungen oder Frustrationen. Der Wechsel von einer Teilobjektbeziehung zur anderen geschieht in der Therapie oft rasch, sodaß man als Therapeut einem Wechselbad von Gefühlen ausgesetzt ist, das häufig durch minimale Kränkungen ausgelöst wird und sich erst wendet, wenn das Kind sich wieder verstanden fühlt. Manche Kinder mit Borderline-Störungen empfinden im Moment der Frustration ihr Objekt als irrelevant und geben es ohne Trauer auf.¹⁰ Das ist manchmal bei Heimkindern zu beobachten, die Fremden aufgeschlossen, anhänglich und distanzlos begegnen, solange sie libidinöse Befriedigung versprechen. Wenn ihre Bedürfnisse aber nicht erfüllt werden, wird die Besetzung ohne innere Regung zurückgezogen.

Gerade die zuverlässige Befriedigung libidinöser Bedürfnisse scheint dem Kind zu Kohäsion und Kontinuität im Selbsterleben zu verhelfen, weil sie ein Bindemittel zwischen den Beziehungen zu den Objekten und zum eigenen Selbst sind.¹¹ Wenn ein Kind das nicht ausreichend erfahren konnte, verliert es seine Bindungsfähigkeit, und die weitere Entwicklung wird entscheidend behindert.

2.3.1.3 Selbstobjekt-Beziehungen

Häufig haben die Beziehungen von Kindern mit Borderline-Störungen den Charakter von Selbstobjekt-Beziehungen, wie z. B. die Beziehung von Sandra

⁹ Chethic 1979, S. 311

¹⁰ ROHDE-DACHSER 1979, S. 93

¹¹ PINE 1986, S.454

zu ihrem Therapeuten.¹² Sandra verlagerte ihr eigenes Bedürfnis nach liebender Zuwendung in das idealisierte Selbstobjekt und sorgte auf diese Weise für ihre narzißtische Aufwertung.

Charakteristisch für eine Selbstobjekt-Beziehung ist, daß das Objekt die Projektion eines Selbstaspektes aufnimmt. Das Subjekt kann dadurch die voneinander abgespaltenen Anteile getrennt halten und verhindern, daß die guten Objektanteile von den bösen vernichtet werden. In der Regel werden dadurch die wirklichen Charakterzüge des Objektes nicht wahrgenommen, sondern das Kind interagiert mit seiner Objektimago.

Ein Selbstobjekt muß häufig Projektionen negativer Anteile des Kindes aufnehmen, wie der Therapeut des 12jährigen Johannes, der über viele Stunden die Rolle des "Versagers" übernehmen mußte: bei Ratespielen, Wettspielen und in Sachdiskussionen zeigte Johannes ihm, daß er in jeder Hinsicht unfähig und unterlegen war. Johannes triumphierte, machte sich über ihn lustig und entwertete ihn. Allmählich wurde deutlich, daß er sich durch die Projektion einer Seite seines Selbsterlebens auf den Therapeuten sein eigenes grandioses Selbst erhalten und eine Fusion dieser beiden disparaten Selbstanteile verhindern konnte. Im Therapieverlauf milderten sich durch die fortgesetzten projektiven Identifizierungen auf der Seite des Kindes und deren Annahme und Verarbeitung durch den Therapeuten die Aggressionen und Entwertungen, sodaß Johannes schließlich ambivalente Gefühle dem Therapeuten gegenüber zulassen konnte. Ebenso veränderten sich seine disparaten Selbstimages, und er entwickelte ein Gefühl für seine eigene Identität.¹³

2.3.1.4 Mangel an Empathie

Kinder mit Borderline-Störungen brauchen ihre Objekte, ohne deren reale Wesenszüge wahrzunehmen. Sie erwarten die Erfüllung bestimmter Rollen von ihnen und agieren heftige Affekte an ihnen aus, ohne ihnen Empathie entgegenzubringen. Sie haben die Fähigkeit zur Besorgnis (engl.: concern) nicht entwickelt. WINNICOTT setzt für den Erwerb dieser Fähigkeit ein Ich voraus, das von der Hilfs-Ich-Funktion der Mutter unabhängig geworden ist. Bei genügend guter Bemutterung entwickelt der Säugling eine komplexe Ich-Organisation. Er kann erotische und aggressive Triebe gegenüber dem gleichen Objekt zur gleichen Zeit empfinden und hat damit das Stadium der Ambivalenz erreicht. Die Beziehungen zu seinen Objekten sind immer weniger

¹² Vgl. Abschnitt 2.3.1.1.

¹³ Ich danke Herrn MATTHEW SAMPSON, analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, für dieses Fallbeispiel.

subjektive Phänomene, sondern stimmen immer mehr mit der Realität überein. Die Mutter wird als ein ganzes Objekt und nicht mehr als ein Teilobjekt erlebt, das gut ist, wenn es befriedigt, und böse, wenn es frustriert. Der Erwerb der Fähigkeit zur Besorgnis ist im Leben des Kindes ein differenzierter Prozeß, bei dem sich in der Psyche des Kindes die Objekt-Mutter mit der Umwelt-Mutter vereinigt.¹⁴

2.3.1.5 Verschmelzung

Kinder mit Borderline-Störungen können den Zustand der Objekt Konstanz nicht halten, sondern sie drohen mit den persönlichen Eigenheiten ihres Liebesobjektes zu verschmelzen. ROSENFELD/SPRINCE (1963, 1965) halten viele Symptome für eine Abwehr dieser Angst vor Verschmelzung. Per Introjektion übernimmt das Kind die Identität des Objektes und wird das Objekt.

Deutlich war das bei meiner 11jährigen Patientin Anja zu sehen, die in enger Beziehung mit ihrer schwer herzkranken und gehbehinderten Mutter lebte. Die beiden trennten sich nur, wenn Anja in die Schule gehen mußte. Mit anderen Kindern hatte sie keinen Kontakt. Mutter und Tochter litten an einer extremen Adipositas. Die Mutter konnte wegen einer Behinderung am Fuß nur sehr langsam und humpelnd gehen. Anja hatte den gleichen langsamen, humpelnden Gang der Mutter übernommen und sprach nur in Gegenwart der Mutter und zur Mutter, sonst war sie stumm. Wenn Fremde auf sie zukamen, zeigte sie extreme Angst und drückte sich an die Wand, als wollte sie darin verschwinden.

Diese globale, primäre Identifikation mit dem Objekt ist neben dem Verschmelzen von Selbst- und Objektrepräsentanzen eine Gefahr für Kinder mit Borderline-Störungen. Da sie sich mit Charakteristika von anderen ganz unmittelbar identifizieren, spüren sie nicht mehr, wer sie selbst sind. Ihr Identitätsgefühl ist unsicher.

Kinder mit Borderline-Störungen möchten zwischen sich und dem Gegenüber Trennendes aufheben, um Angst zu reduzieren und müssen daher prüfen, ob die Erfahrungen von Eltern oder Therapeuten mit ihren eigenen identisch sind.¹⁵ Aber man muß unterscheiden zwischen der Verschmelzungsgefahr bei symbiotisch-psychotischen Kindern, die durch die Unfähigkeit zur Unterscheidung zwischen dem Selbst und dem Objekt zusammenhängt und der Ver-

¹⁴ Vgl. WINNICOTT 1974, S. 93 ff.

¹⁵ BÜRGIN 1988, S. 30 f.

schmelzungsgefahr bei Kindern mit Borderline-Störungen, die nicht die Gefahr der Fusion wie bei der Psychose birgt. Der Wunsch nach Einheit hat vor allem mit dem Wunsch nach Kontrolle über das Objekt zu tun, wobei aber die Selbst-Objekt-Differenzierung und Selbstintegrität erhalten bleibt, was sie von psychotischen Kindern unterscheidet.¹⁶ CHETHIC stellt fest: "Im allgemeinen fanden wir wenig Zeichen von Angst, die sich auf die Furcht vor Fragmentierung oder einen Zusammenbruch des kohäsiven Selbst bezog".¹⁷

Im Gegensatz zu dieser Meinung CHETHICs besteht bei den meisten Forschern Übereinstimmung darüber, daß Borderline-Patienten zwar grundsätzlich über die Fähigkeit zur Subjekt-Objekt-Differenzierung verfügen, diese aber vorübergehend regressiv verlorengelassen kann, z. B. angesichts heftiger Aggressionen oder in engen Zweierbeziehungen wie in einer therapeutischen Beziehung. Differentialdiagnostisch wäre bedeutsam, ob solche "Mini-Psychosen" vorübergehend sind und ob eine auslösende Situation zu eruieren ist.¹⁸ Bei Kindern scheint der Verlust stabiler Ich-Grenzen mit einem Vorherrschen primärprozeßhaften Denkens bei entsprechender Labilisierung eher gegeben zu sein, als bei Erwachsenen. Das liegt an der entwicklungsmäßigen Nähe von Kindern zum präoperationalen Denken, das eine wesentliche Eigenart des Primärprozesses mit dem Fehlen von Zeitgefühl und von Logik im Sinn stringenten Denkens ist. Stattdessen ist das Denken bildhaft und hat die Charakteristika Verdichtung und Verschiebung.

2.3.2 Ich-Selbst-Entwicklung

2.3.2.1 Wahrnehmung

Wahrnehmungsvorgänge prägen das Wacherleben des Säuglings und Kleinkindes von Geburt an und haben eine größere Reichweite, als von der klassischen Psychoanalyse vermutet wurde. Empirische Säuglingsforscher haben in vielen Experimenten die differenzierten Wahrnehmungsleistungen von Säuglingen nachgewiesen und damit das psychoanalytische Konstrukt eines autistischen Lebensanfangs widerlegt. Sie haben ein ganzheitliches Selbstempfinden und eine ganzheitliche Objektwahrnehmung von Säuglingen belegt und widersprechen der psychoanalytischen Auffassung, daß Wahrnehmungen aus lustvollen Zuständen von Wahrnehmungen aus unlustvollen Zuständen

¹⁶ CHETHIC 1979, S. 312

¹⁷ CHETHIC 1986, S. 111, eig. Übersetzung

¹⁸ ROHDE-DACHSER 1979, S. 52

abgespalten werden.¹⁹ Die unterschiedlichen Affekte beeinträchtigen normalerweise nicht die Wahrnehmungsleistungen des Säuglings.

Die Wahrnehmungsfähigkeit von Kindern mit Borderline-Störungen ist jedoch beeinträchtigt. Sie können Reize weder beurteilen, noch zurückhalten oder selektieren, sondern diese Reize drohen sie zu überschwemmen. Ihre Regulations- und Kontrollmechanismen scheinen nicht ausreichend entwickelt, und deshalb können Impulse direkt ins Bewußtsein dringen und werden häufig auch in Handlung umgesetzt. Obwohl ROSENFELD/SPRINCE bei den von ihnen beschriebenen Kindern Beeinträchtigungen in allen Bereichen der autonomen Ich-Funktionen beschreiben, nehmen sie nicht an, daß diese Beeinträchtigungen an Defiziten des kognitiven Apparates liegen, sondern sie erklären sie metapsychologisch mit einem Defizit in der Fähigkeit der Internalisierung und der dauerhaften Objektbesetzung.²⁰ Die differenzierte, ganzheitliche Wahrnehmungsfähigkeit ist durch langanhaltende, ungemilderte Spannungszustände zusammengebrochen, die einen dauerhaft desorganisierenden Einfluß auf Wahrnehmung und Erleben haben.²¹ Dadurch wird das aversive System übermäßig aktiviert, wodurch es zu aggressiven Durchbrüchen kommt, bei deren Steuerung die synthetischen Funktionen des Ich versagen.²²

2.3.2.2 Motorik

Auch die Motorik, die wie die Wahrnehmung und die Sprache zu den autonomen Funktionen gehört, ist bei Kindern mit Borderline-Störungen in den pathologischen Prozeß einbezogen. Tics, Hyperaktivität, verlangsamte oder verzerrte Bewegungen und unübliche Haltungen scheinen ein direkter Ausdruck affektiver Regungen zu sein. Die Motorik hat Mitteilungscharakter, zumal die motorischen Auffälligkeiten die verbale und psychische Kommunikation zu begleiten scheinen. Motorische Impulse werden direkt ausagiert, weil die Kinder keine Möglichkeit haben, sie im Vorstellungsbereich zu belassen. Sie suchen Entlastung über den motorischen Apparat. Auch das Agieren ist ein Zeichen der gestörten Entwicklung, bei der Aktion nicht alterssprechend durch Denken und Sprache ersetzt ist.

¹⁹ Der Hauptabwehrmodus von Borderline-Patienten, die Spaltung, ist also nicht ein ubiquitäres Phänomen aller Kleinkinder in einem bestimmten Lebensalter, sondern bereits Zeichen einer pathologischen Entwicklung.

²⁰ ROSENFELD/SPRINCE 1963, S. 622-628

²¹ DORNES 1993, S. 99

²² LICHTENBERG 1990, PARENS 1979

2.3.2.3 Sprache und Denken

Das Denken von Kindern mit Borderline-Störungen ist konkretistisch, und die Bedeutung von Gesprochenem wird wörtlich genommen.

Mein Patient Jochen sagte nachdenklich: "Die Leute sagen, das Thermometer fällt. Aber dann ist es doch kaputt."

Es besteht eine große Nähe zu primärprozeßhaftem Denken. Die Realitätswahrnehmung ist mangelhaft, und das Denken kreist um omnipotente, egozentrische und magische Inhalte. Unbewußtes Material kann nicht wirkungsvoll abgewehrt werden, und die Grenze zwischen bewußtem und vorbewußtem Denken ist durchlässig. Durch diese mangelhafte Fähigkeit zu deutlicher Grenzziehung haben Kinder mit Borderline-Störungen direkten Zugang zu unbewußtem Material, über das sie völlig affektisoliert und in unkindlicher Sprache berichten.

Die zehnjährige Wiebke erzählte in ihrer 3. Therapiestunde, daß ihre Mutter ständig am Schreibtisch gearbeitet habe. "Manchmal bis fünf Uhr morgens, und sie hat gar nicht gemerkt, daß ich noch nicht im Bett war. Ich bin ein armes Kind, so wie ungeboren, nie hatte sie Zeit und hat nie mit mir gespielt. Ich weiß noch nicht, ob ich meinen Eltern später mal die Meinung sage, wenn ich groß bin, weil sie sich immer streiten, um Geld und andere Sachen, die ich noch gar nicht verstehe.

Bei den Kindern besteht eine nur begrenzte Fähigkeit, sprachliche Äußerungen anderer in ihrem Bedeutungsgehalt zu verstehen. Humor oder Witz werden häufig nicht erfaßt. Generell ist im Umgang mit den Kindern besondere Achtsamkeit auf die Wortwahl und auf die damit verbundenen Affekte zu richten, weil die Gefahr von Mißverständnissen groß ist. Auch in der therapeutischen Situation unterliegen verbale Interventionen besonderen Bedingungen, die mit der spezifischen Ich-Schwäche der Kinder zu tun haben. Verbalisationen ihrer Phantasien oder ihrer Impulshandlungen haben nicht den Effekt von Interpretationen wie bei neurotischen Kindern, bei denen dadurch das Agieren beendet wird, sondern sie bauen die Interpretationen in ihre Phantasiegebilde ein und fassen sie als eine Erlaubnis zu weiterem Agieren auf.²³ Deutungen zu einer unangebrachten Zeit verschärfen die panischen

²³ ROSENFELD/SPRINCE 1963, S. 626

Angstzustände, sodaß Kinder entweder eine phobische Reaktion der Behandlungssituation gegenüber zeigen oder total unkontrollierbar werden.²⁴ Stattdessen sind steuernde Interventionen nötig, die der Impulsivität Grenzen setzen.

2.3.2.4 Realitätsanpassung

Die Realitätsanpassung der Kinder mit Borderline-Störungen ist mangelhaft. Sie brauchen die ständige Gegenwart des Objektes, um ihren Realitätssinn aufrechterhalten zu können, der jedoch in Streßsituationen verlorengelht.

Weil das Bedürfnis der Kinder nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung stark ist, ist ein Triebaufschub späterer Ziele wegen kaum zu leisten. Diese Fähigkeit ist aber in vielen Situationen nötig, gerade auch beim Lernen, wo die Beherrschung einer Fertigkeit häufig erst nach viel frustrierendem Üben erreicht wird. Das ist ein Grund neben anderen für den eher mangelhaften Schulerfolg der Kinder und ihre seltene Beteiligung an außerschulischen Aktivitäten. Ein weiterer Grund ist die Gefahr, in Konkurrenzsituationen mit Kränkungen konfrontiert zu werden, was wegen der narzißtischen Verwundbarkeit unerträglich wäre. Die Kinder haben eine adäquate Fähigkeit zur Realitätsanpassung, wenn sie ihr Phantasiespiel verlassen, um sich mit den Erfordernissen des täglichen Lebens zu konfrontieren.²⁵ Dabei ist das Alter des Kindes zu berücksichtigen, weil diese Fähigkeit vor dem Schulalter nicht zuverlässig zur Verfügung ist.

2.3.2.5 Abwehr

Das Ich von Kindern mit Borderline-Störungen wird als "schwach" oder "fragil" charakterisiert.²⁶ Die Schwäche bezieht sich auf verschiedene Funktionsbereiche und auf eine insgesamt fragile Struktur.

Die gesamte Abwehrorganisation als ein Regulationssystem zwischen inneren Bedürfnissen und äußeren Notwendigkeiten sowie zwischen Unbewußtem und Bewußtem hat für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit des Ich eine besondere Bedeutung. Es sind die eher primitiven Abwehrmechanismen (Spal-

²⁴ HOLDER 1981, S. 181

²⁵ P. KERNBERG 1983, S. 110

²⁶ CHETHIC 1979, S. 312

tung, Projektion, Introjektion, Idealisierung, Verleugnung, projektive Identifikation), mit deren Hilfe Kinder mit Borderline-Störungen versuchen, die Funktionsfähigkeit ihres Ich zu erhalten. Die Abwehr durch Verdrängung, mit deren Hilfe neurotische Patienten ihr inneres Gleichgewicht vor allem zu erhalten versuchen, steht nur begrenzt zur Verfügung, weil die Gegenbesetzung nicht aufrechterhalten werden kann.

Die am Anfang dieses Kapitels bereits erwähnte Spaltung soll an dieser Stelle eingehender betrachtet werden, weil sie in der Psychodynamik von Kindern mit Borderline-Störungen eine zentrale Rolle spielt. Gute und böse Imagines vom Selbst, von den Objekten und m. E. auch von der umgebenden dinglichen Welt werden aktiv voneinander getrennt gehalten.²⁷ Das muß geschehen, weil durch das Übermaß an aggressiver Energie das Gute, und damit auch die Existenz des Kindes bedroht wird. Indem Gut und Böse voneinander ferngehalten werden, kann das Gute bewahrt werden. Die Idealisierung des Guten und Entwertung des Bösen unterstützt diese Abwehroperationen. Sie erstreckt sich auf Menschen, Situationen und innere Repräsentanzen, die idealisiert oder entwertet werden. Es ergibt sich durch diese Abwehr eine klar geordnete Welt, in der es keine Zwischentöne gibt, und die "eine schreckliche Vereinfachung der Erlebniswelt nach sich zieht".²⁸

Kinder, die zu dieser Abwehr neigen, können auf der einen Seite "lieb" erscheinen, enthüllen aber in der Therapie ihre starke innere Beschäftigung mit mörderischen und destruktiven Phantasien, über die sie häufig eine nur unsichere Kontrolle haben. Haß, der unmodifiziert zutage tritt, verschlingt mit seiner eisigen oder hitzigen Qualität das Selbst oder andere und macht dem Kind oder auch dem Therapeuten Angst, der das Ausmaß der inneren Bedrohung des Kindes anhand seines eigenen Gefühls spüren kann.²⁹

Mein Patient Peter teilte mir in der letzten probatorischen Sitzung ein "Geheimnis" über sich mit, indem er mich dicht an sich heranwinkte und mir flüsternd erzählte: "Eins will ich dir noch sagen, wenn ich 14 Jahre alt bin, dann bringe ich einen um". Seine Aussage war völlig affektisoliert, und in der späteren analytischen Behandlung sollten sich seine heftigen mörderischen Affekte zeigen, die in der Übertragungsbeziehung lebendig wurden und zur Bearbeitung kamen.

²⁷ Vgl. GÖBEL 1988.

²⁸ BÜRGIN 1988, S. 32

²⁹ PINE 1983, S. 96

2.3.2.6 Borderline-Angst³⁰

Kinder mit Borderline-Störungen leiden an panikartiger Angst. Diese Angst hat spezifische Inhalte, die sich auf Vernichtung durch Naturkatastrophen, Zerstückelungen durch Monster, Vergiftungen, Auseinanderfallen und Selbstvernichtungen bezieht. Diese panischen Ängste unterscheiden sich von der Signalangst, die bei neurotischen Kindern die Schutzsuche initiiert. Kinder mit Borderline-Störungen sind ihren Ängsten schutzlos ausgeliefert, und sie werden häufig von ihnen überwältigt

Den Kindern fehlt eine stabile Abwehrstruktur, die diese Ängste aufnehmen könnte, und deshalb kommt es zu einer Eskalation von Panik und Kontrollverlust. Da auch die altersadäquaten Möglichkeiten der Realitätswahrnehmung und Realitätskontrolle behindert sind, stehen auch sie nicht zur Angstminderung zur Verfügung.

Jochen blickte in einer Therapiestunde aus dem Fenster und sah drei Männer mit Gartengeräten unter dem Arm durch den Garten gehen. Seine Augen weiteten sich vor Schreck und er sagte, "laß uns schnell die Gardinen zuziehen, da sind Männer, die wollen uns umbringen." In Panik riß er die Gardinen zu und versteckte sich unter dem Tisch. Er hatte nicht erkannt, daß es Gärtner waren, die den Garten in Ordnung bringen wollten.

³⁰ Vgl. Abschnitt 2.2.1.

2.3.3 Über-Ich

Die Persistenz primitiver Über-Ich-Strukturen führen auf der Beziehungsebene zu einem Pseudoödipuskomplex, der auf der Ebene von Teilobjektbeziehungen entwickelt wird. Die ödipale Situation wird in charakteristischer Weise von präödipalem Erleben gefärbt, sodaß gewalttätige Phantasien sexuellen Inhalts vorherrschen, das Kind aber in seiner narzißtischen Welt bleibt, sodaß eine echte Triangulierung verhindert wird.³¹ Die Funktion eines gesunden Über-Ichs setzt eine deutliche Trennung der Selbstrepräsentanzen von den Objektrepräsentanzen voraus. Die Fähigkeit von Kindern mit Borderline-Störungen zur Internalisierung ist aber behindert, und somit auch der Mechanismus der Introjektion, der eine Voraussetzung zur gesunden Über-Ich-Bildung ist. Der Hampstead Index sagt: "Introjektion wird als eine Übertragung von Autorität vom realen Objekt zu seiner inneren Repräsentanz angesehen".³² Das Über-Ich von Kindern mit Borderline-Störungen ist entsprechend der ungelösten ödipalen Situation und der Unfähigkeit zur erfolgreichen Introjektionen mehr oder weniger abhängig von den realen Objekten. Dadurch wirken die Kinder in ihrer Identität gestört, weil sie durch primäre Identifikationen Wesenszüge des Objektes übernehmen.

2.4 Entwicklungspsychologische Aspekte

Es besteht ein weitgehender Konsens darüber, daß im Zentrum des pathologischen Geschehens bei der Borderline-Störung von Kindern eine gestörte Entwicklung steht. Die Vorstellungen über den Verlauf dieser Entwicklung von Kindern haben sich allerdings im Laufe der 50jährigen Forschungsgeschichte verändert. Einige für diese Forschung wichtige Positionen aus der psychoanalytischen Entwicklungslehre sollen im folgenden referiert werden.

³¹ ROHDE-DACHSER (1987) hat Ausformungen ödipaler Dreieckskonstellationen für Erwachsene mit narzißtischen oder Borderline-Störungen beschrieben.

³² zitiert bei ROSENFELD/SPRINCE 1963, S. 621

Die Weiterentwicklung der Psychoanalyse von einer Triebpsychologie¹ zur

¹ Im Zentrum des von FREUD (1904-1905) konzipierten Entwicklungskonzepts steht das Triebmodell mit seinen aufeinanderfolgenden Entwicklungsstufen der oralen, analen und phallischen Phasen, denen eine kurze primärautistische Phase vorangeht. Auf dem Höhepunkt der phallischen Phase entsteht der ödipale Beziehungskonflikt, und danach beginnt die Latenzzeit. Die Entwicklung wird mit der Pubertät abgeschlossen.

Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie² machte es möglich, die Spezifität der Borderline-Pathologie zu formulieren und eine theoretische Einordnung der Störung vorzunehmen. Anhand der Internalisierungen und der Repräsentanzenbildung ließ sich der gestörte Prozeß der Strukturbildung bei Borderline-Patienten beschreiben. Besonders HARTMANN (1939, 1958) bereicherte das Verständnis der Borderline-Störungen bei Kindern, weil seine Arbeiten zu den autonomen Ich-Funktionen und zur Anpassung wichtige Gesichtspunkte liefern.

2.4.1 HARTMANN³

Sein zentrales Thema ist das Ich, das im Laufe der Entwicklung eine organisierende Funktion übernimmt. In seinen Arbeiten über die Anpassungsprobleme des Organismus an die Umwelt stellt er zwischen dem Organismus des Individuums und der ihn umgebenden Umwelt Wechselwirkungen in zweierlei Hinsicht fest: Mit Hilfe der autoplastischen Aktivität werden nützliche Funktionen zur Anpassung entwickelt, und mittels der alloplastischen werden Reaktionen in der Umwelt hervorgerufen. Die autoplastische Aktivität wird durch "Apparate der primären Autonomie" ermöglicht, die HARTMANN als angeboren voraussetzt und zu denen er Wahrnehmungsprozesse, Gedächtnis und Motilität u. ä. rechnet. Die Entwicklung dieser Funktionen geschieht beim Säugling, wenn eine Mutter anwesend ist, die den angeborenen Entwicklungsverlauf nicht stört.

Zur Beantwortung der Frage nach der Spezifität des Entwicklungsverlaufs bei Kindern mit Borderline-Störungen scheint mir HARTMANNs Erkenntnis wichtig, daß die Persönlichkeit sich sowohl aus der inneren Welt als auch aus der Umwelt und den ererbten Anlagen des Säuglings bildet. Er sieht die Persönlichkeitsbildung als ein multifaktorielles Geschehen. Die eigentliche Strukturierung der inneren Welt erfolgt über Internalisierungsprozesse, die zu einer Veränderung der autonomen Funktionen und zum Erreichen sekundärer Autonomie führen. HARTMANN fördert mit diesen Erkenntnissen das Verständnis für die Abwehr, die Anpassung und die Wirksamkeit des Ich.⁴

² HARTMANN (1972), SPITZ (1967), MAHLER (1980), JACOBSON (1973)

³ Die für diese Fragestellung wichtigen Arbeiten sind HARTMANN 1960 und 1972.

⁴ Vgl. BLANCK/BLANCK 1974, S. 34-47. M. E. gehen wichtige Anstöße für die Diskussion um "COPING" auf diese Erkenntnisse HARTMANNs zurück.

Er erweitert die psychoanalytische Metapsychologie mit den dynamischen, topischen und ökonomischen Aspekten um den genetischen, der besonders für das Verständnis der Borderline-Störungen hilfreich ist. Borderline-Patienten haben als Säuglinge und Kleinkinder nicht die notwendige durchschnittlich zu erwartende Umweltsituation zur Verfügung gehabt, in der sie ihre angeborenen autonomen Apparate hätten entwickeln können. Ihre Ich-Funktionen konnten sich nicht in einer konfliktfreien Sphäre entwickeln, sondern sind unter traumatischen Bedingungen in Konflikte geraten.⁵

In einer gemeinsamen Arbeit mit KRIS und LOEWENSTEIN fordert er 1964, die Hypothesen über die frühe seelische Entwicklung und die Ausformung der psychischen Struktur durch systematische Beobachtung von Säuglingen und Kleinkindern von Geburt an zu verifizieren.⁶ Diese Forderung wurde in den vergangenen 20 Jahren erfüllt: Die empirische Säuglingsforschung hat eine Fülle von Ergebnissen über die frühe Entwicklung des Säuglings bereitgestellt, woraufhin einige der alten Hypothesen über die frühe seelische Entwicklung angesichts dieser neuen Forschungsergebnisse aufgegeben bzw. modifiziert werden müssen.⁷ HARTMANNs These von der Existenz autonomer, orientierender und kontrollierender Funktionen des Ich und deren Störungsanfälligkeit wurde empirisch bestätigt.⁸

"Nach all diesen Ergebnissen scheinen komplexe Modellvorstellungen über basale Funktionen angebracht. Dies kann man als Erweiterung des HARTMANNschen Begriffs der autonomen Ich-Funktionen betrachten, welche Wahrnehmung, Gedächtnis sowie den Zugang zur Motilität umfassen. Beobachtungen zeigen, wie früh Säuglinge differenzieren, Zeit bestimmen, passende Muster finden, Reize einordnen und unterscheiden können, und diese Fähigkeiten veredeln die HARTMANNsche Liste autonomer Fähigkeiten. In der Tat schafft die Neugeborenenforschung eine verbreiterte empirische Grundlage für HARTMANNs scharfsinnige Behauptung: "Es gibt Angepaßtheit, bevor es intendierte Vorgänge des Sichanpassens gibt."⁹

⁵ Vgl. HARTMANN 1972. Die Auswirkungen traumatischer Lebensbedingungen auf die Entwicklung der autonomen Ich-Funktionen und die Bearbeitung in der Therapie habe ich anhand eines Fallbeispiels (DIEPOLD 1980) dargestellt.

⁶ Vgl. WALDHORN 1982, S. 69.

⁷ Vgl. DORNES 1993, EMDE 1991, LANG 1988, LICHTENBERG 1991, STERN 1985.

⁸ Vgl. LANG 1988, S. 12.

⁹ Dieses Zitat Hartmanns ist bei LICHTENBERG 1991, S. 12 f. genannt.

2.4.2 MAHLER

Für das Verständnis der Genese der Borderline-Störung haben MAHLERs entwicklungspsychologische Beiträge bisher die größte Erklärungskraft. Nach ihrer Auffassung ist die Borderline-Störung das Ergebnis eines gestörten Prozesses von Loslösung und Individuation, der sich in der Phase der "Wiederannäherung" (18. -36. Lebensmonat) ereignet.¹⁰ Dieser Phase gehen in der präverbalen Zeit eine etwa 4 Wochen dauernde autistische Phase, die symbiotische Phase und der im vierten bis fünften Monat beginnende Loslösungs- und Individuationsprozeß voraus. Ihre Erkenntnisse über die präverbalen Verhaltensweisen von Säuglingen gewinnt sie anhand ihrer Forschungsergebnisse über pathologische und regressive Phänomene von psychotischen Kindern. Die Metapher von der Symbiose zwischen Kind und Mutter beschreibt die enge Gemeinschaft dieser beiden Individuen im ersten Lebenshalbjahr des Kindes, deren wesentliches Merkmal die "halluzinatorisch-illusorische somatopsychisch omnipotente Fusion mit der Mutter"¹¹ ist. Das Kind kann noch nicht zwischen Innen und Außen und zwischen sich selbst und anderen differenzieren. Eine optimale Befriedigung der symbiotischen Bedürfnisse in dieser Zeit ist für die weitere Entwicklung wesentlich, und ein extremes kommunikatives Nicht-Zusammenpassen führt zu einer Psychose.

Der als konstitutiv für die Entstehung der Borderline-Störung angesehenen Subphase der Wiederannäherung gehen die Subphasen der Differenzierung und der Übung voraus, die die eigentliche Trennung im Sinne einer Individuation vorbereiten. BLANCK/BLANCK (1978) konstatieren: "In Übereinstimmung mit MAHLER sehen wir das Nicht-Erreichen einer Objektkonstanz im Prozeß der Trennung und Individuation als den Kern des Problems des Borderline-Zustands an".¹² Auf der Ebene der Triebentwicklung befindet sich das Kind in der anal-sadistischen Phase. Das Bedürfnis nach Wiederannäherung wird durch die Machtkämpfe und Ambitionen und durch die "Angst vor dem Wiederverschlungenwerden" gehindert, wobei das Kind zwischen Trennungsangst, Sicherheitsstreben und Angst vor Wiederverschlungenwerden hin und hergerissen ist.¹³ Die Mutter muß sowohl dem sich wiederannähernden als auch dem sich verselbständigenden Kind liebevoll zugewandt

¹⁰ MAHLER 1971, MAHLER ET AL. 1980

¹¹ MAHLER ET AL. 1980, S. 63

¹² BLANCK/BLANCK 1978, S. 66

¹³ ROHDE-DACHSER 1979, S. 147

und verständnisvoll bleiben. Wenn das nicht geschieht, wendet das Kind sich enttäuscht ab, und es kommt zu einem Übermaß aggressiver Triebderivate und zu einer sadomasochistischen Verklammerung mit der Mutter. Eine Fixierung an diesen Gefühlszustand verbunden mit der Sehnsucht an die gute symbiotische Mutter hält MAHLER für die Ursache der Borderline-Störung. Die "psychische Geburt" mit dem Erwerb einer individuellen Identität ist in diesem Fall nicht gelungen.

2.4.3 KERNBERG

Nach FREUD, HARTMANN und MAHLER soll hier KERNBERG referiert werden, weil er auf einen neuen Aspekt in der Genese von Borderline-Patienten verweist: Ihre Konflikthalte sind von prägenitaler, vor allem oraler Aggression bestimmt. Er findet in der Vorgeschichte seiner erwachsenen Patienten eine Häufung schwerer Frustrationen und intensiver Aggressionen in den ersten Lebensjahren.¹⁴ Die oral-sadistischen und anal-sadistischen Impulse werden vorwiegend projektiv verarbeitet, und das führt zu einer paranoiden Verzerrung der Elternimages, vor allem der Mutter. Aber auch der Vater wird häufig in den Haß einbezogen, und das Kind erlebt ein bedrohliches Elternpaar. Oft kommt es wegen des Drucks der prägenitalen Aggressivität zu einem vorschnellen Durchlaufen der prägenitalen Entwicklungsphasen in einer Art "Flucht nach vorn" und zu einer vorzeitigen Aktualisierung des ödipalen Konfliktes, der von heftigen Aggressionen kontaminiert ist.¹⁵ Die Folge dieser Entwicklungsstörung ist die für Borderline-Patienten typische Verschränkung von präödipaler mit ödipaler Aggression.

2.4.4 Empirische Säuglingsforschung und psychoanalytische Theorie

In den letzten Jahren wurde zunehmend kritisiert, daß die psychoanalytische Entwicklungslehre aus Hypothesen und Schlußfolgerungen des seinerzeit verfügbaren Wissens über die Psychopathologien erwachsener Patienten abgeleitet worden ist. Auf diese Weise hatte man Säuglingen Funktionsweisen unterstellt, die in der Regel Funktionsweisen erwachsener, psychisch kranker Patienten waren. Von Kritikern wurde dieses Vorgehen als theoretikomorph,

¹⁴ Vgl. KERNBERG 1978, S. 63.

¹⁵ Vgl. ROHDE-DACHSER 1979, S. 143.

adultomorph und pathomorph charakterisiert.¹⁶ In der Zwischenzeit ist das Wissen über die Entwicklung von Säuglingen stark angewachsen, sodaß eine Umformulierung der traditionellen psychoanalytischen Entwicklungslehre ansteht, denn einige theoretische Positionen sind angesichts empirischer Säuglingsforschungsergebnisse nicht haltbar.

Einige Ergebnisse, die für die Genese von Borderline-Störungen bei Kindern Bedeutung haben, sollen aufgezeigt werden: Säuglinge haben am Lebensanfang weit mehr Fähigkeiten, als bisher angenommen wurde. Die Beziehungsaufnahme mit den primären Bezugspersonen, in der Regel die leiblichen Mütter, erfolgt auf vielfältige Weise, weil Säuglinge von der Natur mit einer großen Anzahl angeborener Fähigkeiten, sog. Auslösemechanismen ausgestattet sind, die ihnen die Kontaktaufnahme und Beziehung zu Menschen ermöglichen, auf deren Pflege und Zuwendung sie angewiesen sind.¹⁷ Die Eltern wiederum haben die Fähigkeit, die angeborenen Auslösemechanismen ihrer Kinder richtig zu deuten und sich entsprechend ihrer Bedürfnisse zu verhalten, wenn sie ihrer angeborenen Intuition trauen.

Das Kind organisiert seine Lebensfunktionen, z. B. das Schlafen, das Trinken und die Wahrnehmung der äußeren Welt weitgehend selbst. Es erhält dabei sein Gleichgewicht aufrecht oder versucht, ein gestörtes Gleichgewicht wiederzugewinnen. Dabei wird es von der Mutter unterstützt. Es dauert etwa drei bis vier Wochen, bis sich im geglückten Fall zwischen Mutter und Kind eine Ordnung eingestellt hat, die beiden bekannt ist, und die sich immer wiederholt, z. B. während einer Phase von Aufwachen, Stillen und Wiedereinschlafen. Die Mutter sagt dann, daß sie ihr Baby "kennt", und das Baby hat seinerseits erste Erwartungen an die ständig sich wiederholenden ähnlichen Pflegesituationen ausgebildet.¹⁸

Die These von einer autistischen Phase am Lebensanfang ist aufgrund dieser Erkenntnisse nicht haltbar.

Der Säugling nimmt Wahrnehmungen mit seinen verschiedenen Sinnesorganen auf: Sehen, Hören, Fühlen, Gleichgewichtssinn und Tiefensensibilität. Er muß nicht erst lernen, diese Sinneseindrücke zusammenzubringen, sondern die "Transmodalität" ist durch angeborene cerebrale Verknüpfungen gewährleistet, die durch Experimente belegt wurden: 3 Wochen alte Säuglinge

¹⁶ Vgl. PETERFREUND 1978, THOMÄ/KÄCHELE 1985, LANG 1988, DORNES 1993.

¹⁷ Vgl. "Autonome Ich-Funktionen" bei HARTMANN.

¹⁸ KÖHLER 1990, S.35

konnten z. B. ein sprechendes Gesicht, das ihnen mit einem falschen akustischen Laut gekoppelt gezeigt wurde, von einem Gesicht unterscheiden, bei dem Lippenbewegung und Laut übereinstimmten. Säuglinge suchen aktiv Stimulationen, die allerdings eine bestimmte Intensität nicht übersteigen dürfen. Davor schützt sie zweierlei: ein angeborener Reizschutz, der bestimmte Reize zuläßt, andere aber ausschließt, und die Betreuung durch eine einfühlsame Mutter. ALS und DUFFY (1980) zeigten, daß solche Reize vom Säugling gesucht und verarbeitet werden, die das Gehirn, das sie als ein informationsverarbeitendes System verstehen, stimulieren.¹⁹

Viele Ergebnisse der Säuglingsforscher legen nahe, das Konstrukt über eine Symbiose zwischen Mutter und Kind dahingehend zu verändern, daß sich zwischen Mutter und Säugling eine Interaktion entwickelt, die wechselseitig, aufeinander abgestimmt und zusammenpassend ist. Der Säugling ist in dieser Interaktion ein kompetenter, aktiver Partner, der Interaktionen sowohl initiiert als auch beendet. "Die Entwicklung verläuft nicht von der Symbiose zur Separation, sondern die Separation existiert von Anfang an und wird parallelisiert von Gemeinsamkeitserlebnissen, die nicht symbiotisch sind".²⁰ Symbiosewünsche von Patienten im Kindes- und Erwachsenenalter sind ein Ausdruck des Zusammenbruchs einer ursprünglich einheitlichen Selbst- und Objektempfindung und als eine symbolische Überarbeitung von einer gestörten, übermäßig einschränkenden Eltern-Kind-Beziehung zu verstehen.²¹

Innerhalb der Interaktionsmatrix von Mutter und Säugling entwickelt sich das Selbstempfinden, das STERN (1985) in vier Stufen beschreibt: auftauchendes Selbstempfinden, Kernselbstempfinden, subjektives Selbstempfinden, verbales Selbstempfinden.²² Erst auf der letzten Stufe verbalen Selbstempfindens nach dem 18. Lebensmonat entstehen Symbolisierungen mit inneren Bildern, und erst von da an kann das Kind in Narrativen über sich selbst und andere nachdenken.²³

¹⁹ zitiert nach LANG, 1988, S. 23

²⁰ DORNES 1993, S. 103

²¹ Vgl. DORNES 1993b, S. 1135.

²² Die Übersetzung der englischen Begriffe "sense of an emergent self", "sense of a core self", "sense of a subjective self" und "sense of a verbal self" habe ich von DORNES (1993) übernommen.

²³ In diesem Zusammenhang verweist STERN darauf, daß es nicht klar sei, wie, warum und wann Kinder Narrative konstruieren, die ihre autobiographische Geschichte beinhalten und die letztlich die Lebensgeschichte gestalten, die sie als spätere Patienten möglicherweise ihrem Therapeuten erzählen. (STERN 1985, S. 174)

Der Kern des Selbst wird von EMDE (1991) als ein affektiver gesehen, von dem er meint, daß er in der Kindheit von besonders zentraler Bedeutung sei. Er betont, daß das Affektleben dem Selbsterleben Kontinuität gebe, weil die zentrale Organisation biologisch sei und seine wesentlichen Verhältnisse unveränderlich seien.²⁴ Affekte sind primäre Motivationssysteme, die die Interaktion mit der Umwelt überwachen und adaptive Verhaltensweisen motivieren.²⁵ Die angenehmen Affekte (Interesse, Freude, Neugierde) und die unangenehmeren Affekte (Kummer, Wut, Scham, Furcht) werden in unterschiedlichen Abstufungen und Intensitätsgraden erlebt.²⁶ Diese Forschungsergebnisse über ein reiches Affektleben von Säuglingen²⁷ widersprechen der dualistischen psychoanalytischen Triebtheorie, die von zwei antagonistischen Trieben Libido und Aggression ausgeht und belegen die Reichhaltigkeit und Differenziertheit der affektiven Realität von Säuglingen.²⁸ Triebe sind nach KERNBERG (1991) nicht elementar vorhanden, sondern "kognitiv weiterentwickelte Kombinationen primärer Affekte"²⁹ und als solche komplexe, übergeordnete Motivationssysteme.

Eine weitere Kritik an der psychoanalytischen Entwicklungslehre bezieht sich auf das Konzept der Abwehr durch Spaltung. Diese für Borderline-Patienten so wichtige Abwehrform ist kein ubiquitärer Vorgang, der zum psychischen Erleben jedes Kindes im ersten Lebensjahr gehört, weil Kinder bereits im ersten Lebensjahr über ein einheitliches Selbstempfinden und eine ganzheitliche Objektwahrnehmung verfügen. Selbst und Objekt bestehen nicht aus guten und bösen Teilrepräsentanzen, und deshalb stimmt auch die Annahme nicht, daß die Spaltung im Laufe der Entwicklung überwunden wird, wenn das Kind diese disparaten Selbst- und Objektrepräsentanzen zu Einheiten verbindet. Spaltungsvorgänge werden erst nach Erwerb der Symbolisierungsfähigkeit möglich, und sie sind dann nötig, wenn die differenzierte und ganzheitliche Wahrnehmung des Säuglings aufgrund affektiver Traumata zusammenbricht. Erst dauerhafte, Hochspannung erzeugende Einflüsse

²⁴ EMDE 1991a, S. 763

²⁵ EMDE 1991 a,b, zitiert nach DORNES 1993, S. 150

²⁶ LICHTENBERG 1990, S. 881

²⁷ Nach STERN (1990) leben Säuglinge in den ersten drei Lebensmonaten in einer Welt der Gefühle.

²⁸ In diesem Zusammenhang hat sich auch gezeigt, daß Säuglinge ihr Bindungsverhalten nicht in Anlehnung an die Befriedigung von Triebbedürfnissen entwickeln, sondern daß Bindung einem primär autonomen Motivationssystem entstammt (DORNES 1993, S. 162). Diese Erkenntnisse widersprechen PINE (1986) und stützen BOWLBYs (1975) Forschungsergebnisse.

²⁹ KERNBERG 1991, S. 252

machen eine Spaltung des Selbst- und Objektempfindens nötig. Sie haben ihre Ursache in einer unzulänglichen und uneinheitlichen Eltern-Kind-Beziehung oder in biologischen Beeinträchtigungen, die dazu führen, daß das Kind die entwicklungsfördernden Beziehungen nutzen kann.

Der Kommunikationsprozeß zwischen Eltern und Kind wird von beiden Partnern geprägt. Die Erwachsenen gestalten ihn mit ihren Erfahrungen, sprachlichen Möglichkeiten und dem Bedürfnis, ihre Erfahrungen mit dem Säugling zu teilen. Der Säugling, der die Erwachsenensprache weder sprechen noch verstehen kann und ständig wechselnde Bedürfnisse und Befindlichkeiten hat, verfügt aber über eine angeborene Bereitschaft, sich in der Umwelt zurechtzufinden, mit ihr vertraut zu werden, aktiv auf sie einzuwirken und sich in seinen Erfahrungen eine gewisse Ordnung zu verschaffen.³⁰ Die Kluft in diesem Kommunikationsprozeß zwischen so ungleichen Partnern wird mit Hilfe des intuitiven elterlichen Verhaltensrepertoires dadurch überbrückt, daß die Eltern die Signale ihres Kindes verstehen, die Entwicklung der Kommunikation fördern, auf nichtsprachliche Kommunikation zurückgreifen und ihrem Kind helfen, die vielfältigen Erfahrungen zu integrieren.

Sie verschaffen sich z. B. Informationen über das Kontakt- oder Ruhebedürfnis des Kindes, indem sie intuitiv den Muskeltonus prüfen. Ist der Säugling schläfrig, läßt sich der Mund widerstandslos öffnen, ist er hungrig, beginnen sogleich heftige Saug- und Suchbewegungen, ist er satt, schließt er fest den Mund, nimmt Blickkontakt auf und hat Interesse an der Kommunikation. Dabei spielt der Blickkontakt zwischen Eltern und Kind eine wichtige Rolle und wird von den Eltern intuitiv gefördert. Indem das Kind seine Eltern anblickt, signalisiert es Interesse an ihrer Zuwendung. Wendet es aber den Blick ab, zeigt es, daß sein Interesse nachläßt und es eine Ruhepause braucht. Einfühlsame Eltern stellen sich auf diese Bedürfnisse ein. Sie greifen entsprechend dem Entwicklungsstand beim Säugling auf nichtsprachliche Kommunikationsformen zurück, indem sie ihre Mimik durch Übertreibung auf ein paar Grundmuster, die sie immer wiederholen, vereinfachen. Auch die Sprache wird auf bestimmte Lautmuster reduziert, die sich in rhythmischen Abständen wiederholen.³¹

Die Integration dieser Erfahrungen ist ein langwieriger Prozeß, bei dem eine

³⁰ M. PAPOUSEK 1987

³¹ Vgl. M. PAPOUSEK 1987, S. 39 ff.

chaotische Umwelt für den Säugling allmählich vertraut und erwartbar wird. Das geschieht im Rahmen der Bindung an die Eltern und im Zwischenspiel der unzähligen Abläufe von Füttern, Baden, Wickeln, Spielen etc.. Eine einzelne dieser Episoden, z. B. das Stillen, enthält viele Wahrnehmungen, Gedanken und Affekte. Wenn solch eine Episode sich ständig wiederholt, stellt das Kind dabei kausale Zusammenhänge her und bildet Erwartungen aus. Es ordnet seine Wahrnehmungen in Kategorien und erweitert kontinuierlich seinen Erfahrungsschatz. Aus einzelnen Episoden bilden sich generalisierte Episoden, und diese werden laufend verändert.³² Sie bilden nicht die Wirklichkeit ab, sondern sind eher eine Art Abstraktion vieler Erfahrungen, die die Grundeinheiten der späteren Repräsentanzen von sich selbst, der Mutter oder dem Vater bilden. Ihnen kommt eine besondere Bedeutung bei der Prägung des Kern-Selbst zu. Diese Symbolisierungsfähigkeit ergibt sich aber nicht vor dem 18. Lebensmonat. In diesen wiederkehrenden vertrauten Handlungen zeigt sich ein Prinzip von genereller Bedeutung: Das Kind möchte etwas bewirken und Urheber sein. Diese Eigenaktivität wird in der Interaktion des Kindes mit seinen Eltern geweckt. Wenn ein gemeinsamer Dialog daraus wird, dann macht das Kind innerhalb dieser Beziehung Erfahrungen mit der Regulation seines Erregungsniveaus und seines Affektzustandes.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die empirische Säuglingsforschung Beobachtungsergebnisse vorgelegt hat, die eine differenzierte und komplexe Eltern-Kind-Beziehung betonen, die von dem kompetenten Säugling entscheidend mitgestaltet wird. Dabei handelt es sich um Beziehungen, die auf der Verhaltensebene zu beobachten sind und nicht um Objektbeziehungen im psychoanalytischen Sinn, die intrapsychische Abbildungen dieser beobachtbaren Beziehungen sind.

Folgende psychoanalytische Positionen der Entwicklungspsychologie müssen aufgrund dieser Forschungsergebnisse aufgegeben werden:

Autismus am Lebensanfang,
Symbiose zwischen Mutter und Kind,
Symbolisierungen vor dem 18. Lebensmonat,
ubiquitäre Spaltung im ersten Lebensjahr.

³² "Representations of Interactions that have been Generalized - RIGs" STERN 1985, S. 97 ff.

2.4.5 Empirische Säuglingsforschung und Borderline-Risiken

Wie ist die Entstehung ich-struktureller Defizite von Kindern mit Borderline-Störungen auf dem Hintergrund einer modifizierten entwicklungspsychologischen Sicht zu verstehen? Gestörte Entwicklungen sind nicht das Resultat einfacher, einliniger Verknüpfungen, sondern ihnen liegen gestörte Interaktionen des Kindes mit seinen Pflegepersonen zugrunde, aufgrund derer sich der Dialog zwischen dem Säugling und seinen Eltern nicht hergestellt hat. Beim Kind kann diese Entwicklung durch biologische Beeinträchtigungen (Behinderungen, neurokognitive Beeinträchtigungen) oder Krankheiten erschwert sein, sodaß die fein abgestimmten Wahrnehmungsprozesse, Affektmodulationen und Reaktionen behindert sind. Auf seiten der Eltern können körperliche oder seelische Krankheiten, Suchterkrankungen, affektive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen deren angeborene Fähigkeit zur Intuition beeinträchtigen. Weiter können zerrüttete Ehebeziehungen, schwierige sozioökonomische Verhältnisse oder ein dissoziales oder gewalttätiges Milieu eine krankmachende Familienatmosphäre schaffen.

Wie sich unter bestimmten lebensgeschichtlichen Bedingungen eine Borderline-Störung entwickelt, möchte ich an der Anamnese meiner 10-jährigen Patientin Ruth zeigen:³³

Aus der Säuglingszeit berichtete die Mutter, daß der 2 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

³³ Ich folge Gedanken LICHTENBERG's aus seiner Arbeit 1990 "Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung." Vgl. die Erstinterviewszene Abschnitt 2.2.4 und Symptomatik Abschnitt 2.2.6.

beide Geschwister war sie außerordentlich eifersüchtig. Auch zu anderen Kindern hat sie überaus problematische Beziehungen.

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.

Prädisponierend für die Erkrankung waren folgende Faktoren: die affektive Erkrankung der Mutter, die sie gehindert hat, sich emotional auf Ruth einzustellen; die Suchterkrankung der Großmutter, von der Ruth zwölf Wochen abhängig war; die häufigen körperlichen Erkrankungen mit Schmerzzuständen in der Kleinkindzeit; das Trennungstrauma mit 6 Monaten; die Geburt eines weiteren Geschwisters; der emotionale Verlust des Vaters mit fünf Jahren.

Wenn man das affektive Klima zwischen dem Säugling und seiner Mutter beurteilen will, ist die Vordergrund- und Hintergrunddimension der Atmosphäre wichtig. Ist die Hintergrundatmosphäre zwischen dem Säugling und seiner Mutter überwiegend harmonisch, können Spannungen ausgeglichen werden, die durch unvermeidliche Höhen und Tiefen im Vordergrund entstehen. Die Erstinterviewszene zeigt im Vordergrund die aggressive Stimmung zwischen Ruth und ihrer Mutter. Versucht man, die Hintergrundatmosphäre aus der Anamnese zu erschließen, zeigt sich, daß die Mutter Ruth als einen Eindringling erlebt hat, der die Harmonie mit ihrem Sohn störte und dem sie Haßgefühle entgegenbringt. Aufgrund dieser Gefühle 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 oder in ihren depressiven Phasen emotional völlig abwesend gewesen sein. Eine harmonische Hintergrundatmosphäre konnte sich nicht einstellen. Die kumulative Wirkung mangelhafter Einfühlung und gereizter Stimmung hat bei Ruth zu einer Verunsicherung und Übererregbarkeit geführt. Fast süchtig sucht sie nach positiven Beziehungsmomenten, macht diese jedoch durch ihre eigenen unberechenbaren Umschwünge von ruhiger Zugewandtheit zu herausfordernder Bosheit zunichte.

LICHTENBERG³⁴ zieht eine Parallele zwischen den negativen Hintergrundbeziehungen bei Säuglingen zu den raschen Stimmungsumschwüngen bei den erwachsenen Borderline-Persönlichkeiten. Diese Parallele gilt m. E. umso mehr für Kinder, weil diese in der Regel noch in den ursprünglichen krankheitsverursachenden Beziehungskonstellationen leben.

Ruths Aggressionspotential schien in ständiger Aktionsbereitschaft zu sein, denn sie wirkte immer auf Kampf eingestellt. Durch ihre häufigen schmerzhaften Erkrankungen und durch die mangelhafte Bemutterung in der Säuglingszeit hat sie häufig Zustände von Hochspannung erlebt. In diesen Zuständen fehlt das aufeinander Eingestimmtsein zwischen Säugling und Mutter, weil die integrativen Fähigkeiten des Kindes durch zuviel Hochspannung überwältigt werden. Es kann sich kein Urvertrauen entwickeln, sondern es kommt zu fragmentierten Selbst- und Objektempfindungen. Das aversive System des Kindes wird mit Gefühlen von Unlust und Wut aktiviert, und sein Angriffsverhalten wird herausgefordert.³⁵

Gesunde Säuglinge dagegen 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.³⁶ 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.³⁷

Ruth zeigte in ihrem Verhalten die für Borderline-Patienten typische anklammernde Reizbarkeit, die bei zu viel Nähe in Abstoßung umschlug. Sie suchte nach 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

³⁴ 1990, 876 f.

³⁵ PARENS 1979 b, 1993

³⁶ Dieser Aspekt erscheint mir wichtig in Hinsicht auf die Entstehung von Lernstörungen.

³⁷ LICHTENBERG 1990, S. 877 f.

von innerer Leere und Inaktivität, die sich bereits in wiederholtem Weglaufen mit Suiziddrohungen im Laufe ihrer Kindheit von früh an gezeigt hatte.

Die Selbstbehauptung, die ab der Mitte des 2. Lebensjahres im Leben von Kleinkindern wichtig wird, und bei der sich die Kinder als Urheber ihrer Aktionen erleben, hat Ruth nicht entwickeln können. Sie konnte diese Bedürfnisse nicht mit den z. T. unterschiedlichen Bedürfnissen der Eltern in Übereinstimmung bringen, weil ihre Eltern sich nicht sensibel auf diese Autonomiebedürfnisse eingestellt und ihr die Erprobung ihrer Selbstbehauptung ermöglicht haben, ohne zu häufig Machtproben zu provozieren. Da Ruths Mutter Anteile ihres negativen Selbst auf Ruth projizierte, erlebte sie in Ruths Aktivitäten aggressive Aktionen gegen sich. 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 innerer Bilder von den Objekten erleichtern können, denn dazu ist ein Kleinkind erst ab dem 18. Lebensmonat in der Lage. Nicht nur diese plötzliche Trennung, sondern auch die Abhängigkeit von der süchtigen Großmutter wird ihre Integrationsfähigkeit bei weitem überfordert haben.

Das zugleich anklammernde und abstoßende Verhalten von Ruth lässt sich auf der Grundlage der von Säuglingsforschern herausgearbeiteten feinabgestimmten Kommunikationsprozesse zwischen Mutter und Kind verstehen. Zwischen Ruth und ihrer Mutter wird es selten Interaktionen gegeben haben, bei denen es zu einem Austausch von Lauten, Lächeln oder Geräuschen gekommen ist. In solchen Handlungsketten kann der Säugling sich als handelnd erleben, weil er nicht nur seine eigenen Aktionen bewirkt, sondern auch Konsequenzen in Gang setzt.³⁸ Diese Aktionen sind abhängig von der wohlwollenden mimischen Unterstützung der Mutter, und ihr Gesichtsausdruck liefert dem Kind in ängstigenden Situationen wichtige Informationen. Wegen der Depression der Mutter war Ruth häufig sich selbst und ihren inneren Spannungen und Ängsten ausgeliefert.

Diese Krankengeschichte zeigt die Entstehung eines mißglückten Dialoges. In dem Versagen eines solchen Dialoges zwischen dem Säugling und seinen El-

³⁸ Vgl. STERN 1990, S.71.

tern haben Borderline-Störungen eine ihrer Ursachen, in deren Folge es dann zu einem Auseinanderbrechen einheitlicher Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie einheitlicher Selbst- und Objektempfindungen kommt. Spaltungsmechanismen zeigen die nichtgeglückten Individuationsbestrebungen des Kindes an und haben weitreichende Folgen für die weitere Persönlichkeitsentwicklung.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß ein mangelhaft entwickelter Dialog zwischen dem Säugling und seinen Bezugspersonen Störungen in der Entwicklung nach sich zieht, die das Ich in seinen verschiedenen Funktionsbereichen betrifft, und die als Kulminationspunkt eine nicht gelungene Objektkonstanz haben.

2.5 Diagnose

Es ist generell schwierig, für Persönlichkeitsstörungen diagnostische Kriterien und genaue Leitlinien festzulegen, weil bei diesen Störungen der Unterschied zwischen Beobachtung und Interpretation besonders deutlich wird.¹ Dies zeigt sich bei der Borderline-Störung besonders, weil das Krankheitsbild psychoanalytisch konzipiert, klinisch jedoch nur unzureichend beschrieben wurde.² Ein völlig neuer Versuch in der Beschreibung der Persönlichkeitsstörungen, der in der Einleitung zur ICD-10 erwogen wird,³ müßte sich m. E. auf die Einbeziehung von Entwicklungsgesichtspunkten bei ihrer Entstehung beziehen.⁴

¹ WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991, S. 30

² TÖLLE 1990, S. 10

³ WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991, S. 30

⁴ Durch die Einbeziehung des Entwicklungsgesichtspunktes unterscheidet sich die Kinderpsychiatrie von der Erwachsenenpsychiatrie. Während Letztere vom Querschnitt gegenwärtigen Erlebens und Verhaltens ausgeht und in der Anamnese nur retrospektiv die Entwicklung berücksichtigt, betrachten Kinderpsychiater und Kindertherapeuten dagegen nicht die Persönlichkeit des Patienten als ein fertiges Bild, sondern beobachten dessen Entstehung (LEMPF 1984, zitiert bei TÖLLE 1990 S. 12). So können sie z. B. auch Hypothesen bezüglich der Zusammenhänge von familiärer Interaktion und Störung des Kindes anhand beobachteter Interaktionen verifizieren oder falsifizieren. Weil es generelle Gemeinsamkeiten bei vielen psychiatrischen Störungen gibt, halten ZIGLER /GLICK (1986) den Entwicklungsgesichtspunkt für einen angemessenen Zugang zur Klassifikation der Psychopathologie.

2.5.1 Die Borderline-Diagnose von Erwachsenen

Die psychiatrische Diagnose ordnet die Vielfalt der Störungen und Phänomene in Nosologien ein. Individuelle Störungen werden mit den bekannten Ordnungssystemen verglichen und nach deren Systematik klassifiziert. Der Akt des Diagnostizierens steht entsprechend seiner historischen Entwicklung im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation, wobei sich im Laufe der Jahre der deskriptive Ansatz gegenüber dem interpretativen behauptet hat.⁵ Das spiegelt sich in den beiden Diagnose- bzw. Klassifikationsschemata wieder, dem DSM-III-R der AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989) und der ICD-10 der WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1991), die vorwiegend deskriptiv formuliert und nicht theoriegebunden sind, sodaß sie von Klinikern unterschiedlicher theoretischer Ausrichtungen angewandt werden können. "Dabei wird das Ziel verfolgt, das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein unterschiedlicher Phänomene oder Situationen zu erfassen, gleichgültig, ob sie der Kliniker als ursächliche Faktoren für die jeweilige psychiatrische Störung ansieht."⁶

Die diagnostische Kategorie Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83) wird im DSM-III wie folgt operationalisiert:⁷

Differentialdiagnose: Identitätsstörung; Zykllothyme Störung.

Diagnostische Kriterien:

Ein durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedensten Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- (1) Ein Muster von instabilen, aber intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet.
- (2) Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten, z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmißbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren und Freßanfälle (außer Suizid oder Selbstverstümmelung, siehe dazu (5));

⁵ vgl. STEINHAUSEN 1990, S. 260.

⁶ Das schreiben REMSCHMIDT/SCHMIDT (1986) S. 14 in ihrer Einführung zum Multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach RUTTER, SHAFFER UND STURGE. Dieser Satz kann m. E. aber auch für den DSM-III-R sowie für die ICD-10 gelten.

⁷ Vgl. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1989, S. 419-420.

- (3) Instabilität im affektiven Bereich, z. B. ausgeprägte Stimmungsänderungen von der Grundstimmung zu Depression, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder, in seltenen Fällen, länger als einige Tage andauern;
- (4) Übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren, z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder Prügeleien;
- (5) Wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen;
- (6) Ausgeprägte und andauernde Identitätsstörung, die sich in Form von Unsicherheit in mindestens zwei der folgenden Lebensbereiche manifestiert: dem Selbstbild, der sexuellen Orientierung, den langfristigen Zielen oder Berufswünschen, in der Art der Freunde oder Partner oder in den persönlichen Wertvorstellungen;
- (7) Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile;
- (8) Verzweifelte Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern (außer Suizid oder Selbstverstümmelung, siehe dazu (5)).

In der "Internationalen Klassifikation psychischer Störungen" (ICD-10) wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung als "emotional instabile Persönlichkeitsstörung" (F60.3) unter F60.31 als "emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus" klassifiziert und wie folgt operationalisiert:

"Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und "inneren Präferenzen" (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit Suiziddrohungen oder selbstbeschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen)."⁸

Die psychoanalytische Diagnostik erwachsener Borderline-Patienten bezieht neben der Beschreibung der Symptomatik ich-strukturelle und genetisch-dynamische Merkmale mit ein. Beispielhaft für diesen psychodynamischen Ansatz soll KERNBERG (1978) genannt werden, der für die Borderline-Diagnose eine Reihe von Verdachtsmomenten anhand der Symptomatik nennt und darüber hinaus Vorschläge für eine strukturelle und genetisch-dynamische Analyse macht. Ich fasse die drei Gesichtspunkte zusammen:

1. *Typische Symptome*: Angst. Polyphobien. Zwangssymptome. Konversionssymptome. Dissoziative Reaktionen. Hypochondrien. Polymorph-perverse Tendenzen im Sexualverhalten. "Klassische" präpsychotische Per-

⁸ Vgl. WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991, S. 215.

sönlichkeitsstrukturen. Impulsneurosen und Süchte. Charakterneurosen auf niedrigem Strukturniveau. Hysterische, infantile, narzißtische und depressiv-masochistische Persönlichkeiten. - Eine Kombination mehrerer dieser Symptome muß vorliegen.

2. *Strukturelle Analyse*: Mangelhafte Angsttoleranz. Mangelhafte Impulskontrolle. Mangelhafte Sublimierungen. Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen: Spaltung, projektive Identifizierung, Verleugnung, Allmacht und Entwertung. Primärprozeßhaftes Denken. Extrem schwere aggressive und autoaggressive Tendenzen. Keine ausreichende Stabilität der Ich-Grenzen. Keine ausreichende Differenzierung zwischen Selbst und Objekten. Sadistische Über-Ich-Vorläufer. Primitive Ideal-Selbst- und Ideal-Objekt-Imagines. Widersprüchliche Introjektionen und Identifizierungen.
3. *Genetisch-dynamische Analyse*: Die Vorgeschichte der Patienten ist von schweren Frustrationen, intensiven Aggressionen oder exzessiven Verwöhnungen geprägt. Aggressivität wird vorwiegend projektiv verarbeitet. Häufig vorzeitige Entwicklung genitaler Triebstreben in dem Versuch, von oraler Wut und oralen Ängsten loszukommen. Sowohl Objektbeziehungen als auch Tribschicksale werden von aggressiven Bedürfnissen beherrscht.

2.5.2 Die Borderline-Diagnose von Kindern

Für erwachsene Borderline-Patienten sind diagnostische Richtlinien deutlich formuliert, und zwar sowohl für die deskriptive als auch für die psychodynamisch orientierte Diagnostik. Für Kinder ist die Situation unklarer. Obgleich es unbestritten ist, daß es Kinder mit schweren Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose gibt und die Phänomene denen der Borderline-Störungen bei Erwachsenen ähnlich sind, ist es eine offene Frage, ob man Kinder mit den Kriterien der Klassifikationssysteme von Erwachsenen Borderline-Patienten klassifizieren kann.

2.5.2.1 Borderline-Diagnose von Kindern in der Psychiatrie

Sogar der DSM-III-R ist in dieser Hinsicht nicht eindeutig: "Der Beginn (der Borderline-Persönlichkeitsstörung, *B.D.*) liegt im frühen Erwachsenenalter".⁹ Deshalb sind Borderline-Störungen in der für Kinder geltenden Rubrik "Störungen mit Beginn typischerweise im Kleinkindalter, Kindheit oder Adoleszenz" auch nicht aufgeführt, **aber** es heißt:

"Bei Kindern und Adoleszenten sollte anstelle der entsprechenden Kindheitskategorie dann eine Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden, wenn die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, die Störung durchgängig und anhaltend ist, und wenn es unwahrscheinlich ist, daß diese auf eine bestimmte Entwicklungsstufe begrenzt ist."¹⁰

Die ICD-10 konstatiert:

"Persönlichkeitsstörungen treten häufig erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren ist daher wahrscheinlich unangemessen."¹¹

Das "Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter" (MAS) hat Borderline-Störungen auf der ersten Achse unter 295 "Schizophrene Psychosen", 295.5 "Latente Schizophrenie" als "Borderline-Schizophrenie" aufgenommen, sagt aber einschränkend:

"Diese Untergruppe wird nicht zur allgemeinen Benutzung empfohlen, sondern es wird nur eine Beschreibung für diejenigen angeboten, die sie für sinnvoll halten: Es handelt sich um eine Störung mit exzentrischen oder inkonsequenten Verhaltensweisen und Affektstörungen, die den Eindruck einer Schizophrenie vermitteln, obwohl sie weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome gezeigt haben."¹²

Die Aussagen dieser drei Diagnoseschemata sind zwar deutlich in ihrer Tendenz: die Borderline-Persönlichkeitsstörung sollte nicht vor der abgeschlos-

⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1989, S. 418

¹⁰ Ebd., S. 406

¹¹ WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991, S. 212

¹² REMSCHMIDT/SCHMIDT 1986, S. 32

senen Adoleszenzentwicklung diagnostiziert werden. Eindeutig sind sie jedoch in dieser Aussage nicht.

Viele Vertreter der klassischen Kinderpsychiatrie lehnen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bei Kindern ab. Der Begriff "Borderline" wird in den

meisten deutschsprachigen Lehrbüchern für Kinder und Jugendpsychiatrie nur am Rande erwähnt (CORBOZ ET AL. 1988; EGGERS ET AL. 1989; REMSCHMIDT/SCHMIDT 1985). Nur SPIEL/SPIEL (1987) beschreiben das "Borderline-Syndrom" in einem Kapitel über Persönlichkeitsentwicklungsstörungen als eine Störung des "Selbst", die durch Identitätsdiffusion, mangelhafte Realitätsprüfung und archaische, primitive Abwehrmechanismen charakterisiert ist.¹³ In STEINHAUSEN (1988) kommt der Begriff nicht vor.

ELLIGER (1989) attestiert dem Borderline-Syndrom diagnostische Unschärfe und empfiehlt, auf die Borderline-Diagnose zu verzichten, weil nur unzureichende Validitätsstudien vorliegen und es bei Kindern wegen der Entwicklungs- und Reifungsfaktoren schwierig ist, stabile Verhaltens- und Erlebensstörungen zu diagnostizieren.¹⁴

SHAPIRO (1990) will die Diagnose "Borderline" nicht für Kinder anwenden, weil er diagnostische Unschärfe befürchtet. Er weist auf die Parallele im Umgang mit der Schizophrenie hin, die seinerzeit im DSM-II die einzige Diagnose für eine ernste Störung gewesen ist. Ihre Trennschärfe ist verlorengegangen, weil sie zu häufig ungenau bei schweren Erkrankungen gebraucht wurde. Daraufhin ist sie in den DSM-III nicht aufgenommen worden. Er befürchtet, daß Ähnliches in bezug auf die Borderline-Störung geschehen könnte, die seiner Meinung nach auch eher den Schweregrad der Erkrankung als eine trennscharfe Dimension anzeigt.¹⁵

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß es eine Gruppe von Forschern und Klinikern gibt, die aus Gründen der noch un abgeschlossenen Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und der Schwierigkeit, ein für Erwachsene entwickeltes Konzept auf Kinder zu übertragen, auf die Diagnose "Borderline" bei Kindern verzichten will. Es gibt aber andererseits empirische Arbeiten, in denen Kriterien aus dem Bereich der Erwachsenen-Diagnostik auf Kinder angewendet werden.

¹³ SPIEL/SPIEL 1987, S. 266f.

¹⁴ ELLIGER 1989, S. 822 f.

¹⁵ SHAPIRO 1990, S. 481

2.5.2.2 Die Anwendung von Kriterien der Erwachsenen-Diagnostik auf Kinder

BRADLEY (1981) untersucht die diagnostische Praxis von 81 Kinderpsychiatern in bezug auf die Borderline-Diagnose von Kindern und Jugendlichen. Es zeigt sich, daß folgende Kriterien, die GUNDERSON/SINGER (1975) für die Diagnose erwachsener Borderline-Patienten entwickelt haben, für die Diagnose von Kindern brauchbar sind:

- minipsychotische Episoden oder kurzzeitiger Verlust der Realitätsprüfung,
- Denkstörung in unstrukturierten Situationen,
- impulsives Verhalten,
- intensive Gefühle von Ärger und Feindseligkeit oder Leere,
- spezielle soziale Unangepaßtheit,
- schwankende Beziehungen zwischen Oberflächlichkeit und intensiver Abhängigkeit.

Darüber hinaus gehören Sprachstörungen und Lernstörungen zum Störungsbild. In der Familiengeschichte gibt es schizophrene und affektive Störungen und Suchterkrankungen.

GREENMAN ET AL. (1986) zeigen in einer retrospektiven Studie mit 86 Kindern, daß man sie anhand von Erwachsenenkriterien diagnostizieren kann. Sie arbeiten mit dem für die Anwendung bei Kindern revidierten DIB, dem "Diagnostic Interview for Borderlines" von GUNDERSON ET AL. (1981). Sie stellen eine gewisse Übereinstimmung zwischen den modifizierten Erwachsenen-Kriterien und den für Kinder entwickelten Kriterien von BEMPORAD ET AL. (1982)¹⁶ fest. Allerdings scheinen sie selbst gewissen Zweifel an ihren Ergebnissen zu haben, weil sie in der gleichen Arbeit eine Untersuchungsmethode fordern, mit der man Kinder mit Borderline-Störungen besser als mit diesem von ihnen verwendeten Fragebogen identifizieren kann. Diese Ergebnisse sind wegen methodologischer Schwächen heftig kritisiert worden.¹⁷

LIEBOWITZ (1984) führt eine Untersuchung an 65 Kindern und Jugendlichen (6 - 17 Jahre) mit den strukturellen Kriterien VON KERNBERG durch. Bei 17 von ihnen diagnostiziert er eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Sie

¹⁶ Vgl. Abschnitt 2.5.3.

¹⁷ GUALTIERI/VAN BOURGONDIEN 1987

unterscheiden sich von den 46 anderen durch ein statistisch signifikantes Anwachsen aller Borderline-Symptome außer der Intoleranz zum Alleinsein.¹⁸

PETTI/LAW (1982) stellen fest, daß Kinder, die längere Zeit als borderline-psychotisch gelten, mit den DSM-III Kriterien diagnostiziert werden können. Sie fügen diesen Kriterien das Item "school or work underachievement" hinzu. Es ergeben sich zwei Untergruppen: die "schizotypal personality disorder" und die "borderline personality disorder". Auch die Übersichtsarbeit von PETTI/VELA (1990) hat die DSM-III-R Klassifikation zur Grundlage, arbeitet mit den beiden oben genannten Subgruppen und legt weitere Forschungsnotwendigkeiten dar.

Einen scharfen Einwand gegen den Gebrauch von Erwachsenen-Kriterien und die Borderline-Diagnose überhaupt erheben GUALTIERI ET AL. 1983. Sie zeigen an einer Nachuntersuchung von 16 Kindern mit Borderline-Störungen aus einer psychiatrischen Einrichtung, daß bei diesen Kindern weder Kriterien aus der Erwachsenen-Diagnostik zutreffen noch Kriterien, die aus der Literatur über die Borderline-Störungen bei Kindern bekannt sind. Sie haben gegenüber der Borderline-Diagnose bei Kindern generelle Skepsis und meinen, daß diese Diagnose die wahren Probleme der Kinder verschleiert, da die Kinder eigentlich an Aufmerksamkeitsstörungen, Verhaltensstörungen und Trennungsängsten leiden. Die Autoren unterstellen, daß Kinderpsychiater, die mit der Borderline-Diagnose arbeiten, die Kategorie benutzen, "um eine Störung zu beschreiben, die durch desorganisierte kognitive Fähigkeiten charakterisiert, jedoch weniger ernst und durchdringend als die Psychose im Kindesalter" ist.¹⁹

Zusammenfassung. Die meisten Kliniker weisen eine Anwendung der Erwachsenen-Kriterien auf Kinder als inadäquat zurück.²⁰ Sie halten die Borderline-Syndrome bei Erwachsenen und Kindern für qualitativ unterschiedlich, auch wenn bei einzelnen Erscheinungsformen Ähnlichkeiten bestehen. Bei den Erwachsenen steht eher das Spalten und das autoaggressive Verhalten im Zentrum, bei Kindern dagegen eher desorganisierte Denktätigkeit und disparate Entwicklung. In jedem Fall soll die unabgeschlossene Entwicklung der Kinder berücksichtigt werden.²¹ Bei der Diagnostik von Kindern ist

¹⁸ zitiert bei PETTI/VELA (1990) S. 330

¹⁹ GUALTIERI ET AL. 1983, S. 70, eigene Übersetzung

²⁰ BEMPORAD ET AL. 1982; GUALTIERI ET AL. 1983; SHAPIRO 1983; VELA ET AL. 1983

²¹ CANTWELL 1980; SMITH ET AL. 1982; GUALTIERI ET AL. 1983

darum zu berücksichtigen, daß manche für ältere Kinder symptomatische Erscheinungen, z. B. Daumenlutschen bei einem 12-jährigen oder Enuresis bei einem 8-jährigen, für Kleinkinder normal sind. Es ist weiter zu berücksichtigen, daß alle Kinder Ängste und Langeweile haben oder nicht allein sein mögen. Diese letztgenannten drei Kriterien sind als Symptome in den DSM-III-R eingegangen. Entsprechend den Entwicklungsbedingungen für Kinder müßten Auffälligkeiten oder Symptome so formuliert werden, daß eindeutig zwischen normalem und pathologischem Verhalten unterschieden und dabei das Alter und der Entwicklungsstand berücksichtigt werden kann.

2.5.2.3 Klassifikationskonzepte für Kinder mit einer Borderline-Störung

Die Schwierigkeiten der Diagnose einer Borderline-Störung bei Kindern hat eine Reihe von Forschern angeregt, ein eigenes Klassifikationskonzept zu entwickeln.

BEMPORAD ET. AL. haben 1982 eine Studie vorgelegt, in der sie 24 Latenzkinder, die erfahrene Kliniker als Borderline-Patienten diagnostiziert hatten, auf übereinstimmende Symptome hin untersuchten.²² Die charakteristischen Bereiche der Pathologie sind:

- Fluktuation des Funktionsniveaus,
- Art und Ausmaß von Angst,
- Denkinhalte und Denkprozesse,
- Beziehungen zu anderen,
- Kontrollverlust.

Die Autoren finden außerdem bei den Kindern ein hohes Maß an organischer Beeinträchtigung, häufige körperliche Mißhandlungen und gestörte Familienbeziehungen. Unterschiede zu den DSM-III-R Kriterien sind vor allem "Fluktuation des Funktionsniveaus" und "Denkinhalte und Denkprozesse". Die begleitenden Symptome schließen mangelnde soziale Fähigkeiten, die Unfähigkeit, aus Erfahrungen zu lernen und sich an neue Situationen anzupassen und mangelnde Hygiene ein.

²² BEMPORAD ET. AL. 1982

Mit diesen Kriterien wurden in einer Studie von BENTIVEGNA ET AL. (1985) 70 Kinder mit Borderline-Störungen identifiziert und von zwei Kontrollgruppen signifikant unterschieden.

Ein weiterer Versuch, die vielfältige Symptomatik in einem Schema zusammenzustellen, wird von VELA ET AL. 1983 unternommen. Sie untersuchen 7 grundlegende psychoanalytische Arbeiten²³ in bezug auf die Symptombeschreibung von Kindern, um Konsenssymptome zu finden, und sie "übersetzen" die psychoanalytischen in deskriptive Begriffe. Es ergibt sich eine Liste von 6 Konsenssymptomen:

- gestörte Beziehungen,
- gestörter Realitätssinn,
- panische Angst,
- Impulsivität,
- neuroseähnliche Symptome,
- abnorme Entwicklung.

Jedes einzelne operationalisieren sie und geben damit die umfassendste Klassifikation, die für Kinder derzeit m. W. besteht. Sie vergleichen diese Konsenssymptome mit verschiedenen DSM-III-Diagnosen und stellen fest, daß es Überschneidungen mit folgenden Krankheitsbildern gibt: der "Störung mit Trennungsangst"²⁴, der "Störung mit oppositionellem Trotzverhalten"²⁵, der "undifferenzierten Aufmerksamkeitsstörung"²⁶ und der "schizotypischen Persönlichkeitsstörung"²⁷. Bis auf die letztere erfassen die DSM-III-R Diagnosen nur einen Aspekt der vielfältigen Dysfunktionen, die mit der Diagnose "Borderline-Störung" erfaßt wird.

Einen weiteren Versuch, das Gesamt der Störung in einem Kriterienkatalog zu erfassen, unternimmt 1986 PINE. Er entwickelt 7 Kriterien, in denen Kinder mit Borderline-Störungen sich von neurotischen Kindern unterscheiden, die im Gegensatz zu denen von BEMPORAD psychoanalytisch konzipiert und metasprachlich formuliert sind:

²³ CHETHIK 1979, FRIJLING-SCHREUDER 1969, GELEERD 1958, MARCUS 1963, PINE 1974, ROSENFELD-SPRINCE 1963, WEIL 1953

²⁴ Nr. 309.21 der DSM-III-R Klassifikation

²⁵ Nr. 313.81

²⁶ Nr. 314.00

²⁷ Nr. 301.22

- Vertrauen,
- Signalangst,
- Objektbeziehungen,
- Phasendominanz,
- Aggressionssteuerung,
- Abwehr,
- Selbstbewußtsein.

Diese Kriterien beruhen mehr auf der Analyse der Abwehrstrategien als auf beobachtbarem Verhalten und werden von ihm mit einem ätiologischen Konzept verbunden. Er meint, daß Traumata in den ersten Lebensjahren zum Entstehen einer Borderline-Störung beitragen, die darüberhinaus durch Entwicklungsdefizite und Copingmechanismen charakterisiert ist.

SPIEL/SPIEL ordnen die Borderline-Störung bei Kindern in ihrem "Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie" (1987) unter der Rubrik der "überwiegend erlebnisreaktiven und psychogen entstandenen Entwicklungsbeeinträchtigungen und Zustandsbilder" als "Persönlichkeitsentwicklungsstörungen" ein, für deren Entstehung sie "langdauernde verformende Einflüsse" verantwortlich machen. Sie unterteilen drei Gruppen, "um in die unzähligen Zustandsbilder, die sich durch die verformenden Einflüsse ergeben, eine gewisse Ordnung zu bringen".²⁸ Es sind Störungen, die sich vorwiegend aus der Pathologie der Triebphäre, aus der mangelhaften Strukturierung des Ich oder der schwachen Struktur des Über-Ich ableiten lassen. Bei Persönlichkeitsentwicklungsstörungen mit vorwiegender Borderline-Symptomatik ist die Organisation der Ich-Funktionen betroffen. Sie stellen dafür einen siebenbeteiligten Symptomkatalog auf:

- gestörte zwischenmenschliche Beziehungen,
- nicht gelungene soziale Integration,
- ungesteuerte Affekte,
- mangelhafte Impulskontrolle,
- Störungen der Identitätsintegration,
- Depersonalisations- und Derealisationsvorstellungen,
- Wahrnehmungstäuschungen.

²⁸ SPIEL/SPIEL 1987, S. 261

Erkennungsmerkmale dieser Kinder sind eine Identitätsdiffusion, eine mangelhafte Realitätsprüfung und archaische, primitive Abwehrformen.²⁹

Zusammenfassung. An den oben referierten Untersuchungen, in denen entweder die Arbeit mit diagnostischen Kriterien für Erwachsene in der Arbeit mit Kindern für sinnvoll gehalten oder diese abgelehnt und eigene Kriterien entwickelt werden, wird deutlich, daß ein erheblicher Forschungsbedarf bezüglich der Borderline-Störung bei Kindern besteht, weil in den deskriptiv orientierten Untersuchungen

- die Kriterien des DSM nur zum Teil für Kinder zutreffen,
- psychodynamische Gesichtspunkte fehlen, ohne die m. E. die Störung nicht adäquat erfaßt werden kann,
- ätiologische Gesichtspunkte fehlen.

Aber auch die psychoanalytisch orientierten Arbeiten signalisieren Forschungsbedarf bezüglich der oben genannten Kriterien, weil ihre Ergebnisse in der Regel nicht empirisch abgesichert sind, sondern auf Einzelfallstudien oder der Erfahrung mit wenigen Patienten beruhen. Notwendig erscheint mir weitere Forschung, weil nur mit Hilfe einer umfassenden Diagnose, die m. E. neben phänomenologischen Gesichtspunkten auch psychodynamische und ätiologische Faktoren enthalten sollte, sich der Akt des Verstehens und der Interpretation anschließt, der therapeutischem Handeln vorausgeht.³⁰

Bevor mein eigener Forschungsansatz, der sich aus den oben referierten Forschungsnotwendigkeiten ergibt, in Kapitel 3 dieser Arbeit vorgestellt wird, müssen zuvor noch folgende Probleme diskutiert werden:

- die Kontinuität des Verlaufs einer Borderline-Erkrankung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter,
- Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen,
- das Vorhandensein von Untergruppen,
- Besonderheiten der psychologischen Untersuchung,
- für meine Untersuchung relevante Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung.

²⁹ Ebd., S. 266-267

³⁰ Vgl. STEINHAUSEN 1990.

2.5.2.4 Kontinuität der Borderline-Störung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter

Der DSM-III-R äußert sich über den Verlauf von Persönlichkeitsstörungen allgemein: "Wie bereits erwähnt, sind Persönlichkeitsstörungen definitionsgemäß in der Kindheit oder Adoleszenz erkennbar und charakteristisch für den größten Teil des Erwachsenenlebens."³¹

Trotzdem bestehen kontroverse Ansichten zu der Frage, ob ein Kind mit einer Borderline-Störung ein erwachsener Borderline-Patient wird. Da es wenige follow-up Studien zum Verlauf gibt, ist eine befriedigende Antwort derzeit schwierig.³² Ein interessantes Phänomen scheint gegen eine Kontinuität zu sprechen: Bei Kindern bekommen mehr Jungen als Mädchen die Diagnose "Borderline", bei Erwachsenen ist dagegen die Geschlechtsverteilung umgekehrt.³³

In einer größeren empirischen kinderpsychiatrischen Studie untersucht AARKROG (1981) 50 Borderline-Adoleszenten, die zur stationären Aufnahme in eine psychiatrische Einrichtung überwiesen waren. Grundlegend ist die dänische Klassifikation von Borderline-Zuständen, die 3 Haupttypen umfaßt:

- infantile Borderline-Psychose,
- pseudoneurotische Störung,
- pseudopsychopathische Borderline-Zustände.

Im ersten Teil der Studie, einer follow-back Untersuchung ergibt sich, daß von den 50 Adoleszenten 29 in der Kindheit psychiatrisch untersucht, und 11 von ihnen als "infantile Borderline-Psychosen" diagnostiziert worden waren. Im zweiten Teil der Studie, einer follow-up Untersuchung, hatten 70% der Borderline-Adoleszenten noch eine Borderline-Störung. Die 11 Kinder mit Bor-

³¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1989, S. 406

³² In einer Arbeit über die Frage, ob kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen Vorstufen psychiatrischer Erkrankungen des Erwachsenenalters seien, betont REMSCHMIDT (1988) die Notwendigkeit einer differenzierten Beantwortung. Er hält entwicklungsabhängige Störungen z. B. nicht für Vorstufen psychiatrischer Erkrankungen des Erwachsenenalters, Persönlichkeitsstörungen dagegen rechnet er zusammen mit dissozialen Störungen und ausgeprägten neurotischen Störungen dazu. Zur Frage des Verlaufs kinderpsychiatrischer Erkrankungen vgl. auch die Längsschnittstudie von ESSER/SCHMIDT (1987), die diese Frage anhand einer Zufallsstichprobe von 216 8-jährigen und 191 nachuntersuchten 13-jährigen untersuchen.

³³ Vgl. DEERING 1990, S. 260 und den Abschnitt 3.4.6 dieser Untersuchung. Auch meine empirischen Ergebnisse zur Geschlechtsverteilung bestätigen diesen Zusammenhang.

derline-Störungen behielten die Störung durch die Adoleszenz bis ins frühe Erwachsenenalter.

KESTENBAUM (1983) verfolgt die Krankheitsverläufe von sieben Kindern mit Borderline-Störungen bis ins Erwachsenenalter und stellt fest, daß die von ihr untersuchten Kinder zwar als Erwachsene an psychiatrischen Erkrankungen leiden, jedoch nicht immer an Borderline-Störungen. Sie folgert, daß aus Kindern mit Borderline-Störungen erwachsene Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen werden.

In der Studie von ETEMAD/SZUREK (1973) wird der Krankheitsverlauf von 27 Kindern, die anhand der Kriterien von EKSTEIN/WALLERSTEIN eine Borderline-Diagnose bekommen haben, 5 - 23 Jahre danach beurteilt, ob eine spätere Rehospitalisierung nötig war. 41% der Kinder mußte nicht wieder hospitalisiert werden, der Krankheitsverlauf bei dem größeren Teil der Kinder war aber so ernst, daß sie lange und intensive Behandlungen brauchten.

WERGELAND (1979) führt eine Nachuntersuchung nach 4 bis 19 Jahren an 29 Kindern mit einer "Borderline-Psychose" durch, die nach den Kriterien von EKSTEIN/WALLERSTEIN (1956), Pine (1974) und Brask (1959) diagnostiziert worden waren. Ein Drittel der Patienten waren immer noch Borderline-Patienten oder manifest psychotisch, die anderen waren entweder symptomfrei oder hatten neurotische Symptome mit unterschiedlichem Schweregrad.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß anhand der wenigen vorhandenen follow-up Studien die Frage, ob aus Kindern mit Borderline-Störungen Borderline-Erwachsene werden, nicht mit Gewißheit beantwortet werden kann. Dafür müßten sorgfältig geplante empirische Studien durchgeführt werden. SHAPIRO (1983) UND VELA ET AL. (1983) wollen erst dann mit der Diagnose "Borderline-Syndrom bei Kindern" arbeiten, wenn diese Zusammenhänge empirisch belegt sind.

2.5.3 Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen

2.5.3.1 Neurokognitive Beeinträchtigungen³⁴

In der Literatur wird wiederholt über Zusammenhänge zwischen neuropathologischer Symptomatik und Borderline-Symptomatik bei Kindern berichtet.³⁵

³⁴ Vgl. die entsprechenden Abschnitte unter "Faktorenanalyse"(3.4.4) und "Clusteranalyse" (3.4.5).

Bereits 1953a und 1956 wies WEIL darauf hin.³⁶ In einigen Untersuchungen geht es darum, ob neurokognitive Störungen wie z. B. "Hyperkinetisches Syndrom", "MCD" und "Aufmerksamkeitsstörungen" bei Kindern zu einer Borderline-Störung führen oder Teil einer Borderline-Störung sind.³⁷ Dieser Frage soll im folgenden nachgegangen werden.

Hyperkinetisches Syndrom. Das HKS zeigt ähnlich wie die Borderline-Störung eine Symptomvielfalt. Die Hauptmerkmale sind ein Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die einen kognitiven Einsatz verlangen, und die Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Darüber hinaus können "verschiedene andere Störungen (...) vorhanden sein: hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv; sie neigen zu Unfällen und - eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich - zu Regelverletzungen, worauf sie mit den disziplinarischen Folgen konfrontiert sind. Ihre Beziehungen zu Erwachsenen sind oft von Distanzlosigkeit und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt; bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert werden. Eine kognitive Beeinträchtigung ist üblich, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung sind überproportional häufig. Sekundäre Komplikationen schließen dissoziales Verhalten und ein niedriges Selbstwertgefühl ein. Dementsprechend gibt es eine beträchtliche Überschneidung zwischen hyperkinetischem Verhalten und anderen Mustern störenden Verhaltens wie der Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen. Trotzdem legen die gegenwärtigen Befunde eine Abtrennung der Störungsgruppe nahe, bei der das hyperkinetische Verhalten das Hauptproblem darstellt.

Hyperkinetische Störungen treten bei Jungen mehrfach häufiger auf als bei Mädchen. Begleitende Leseschwierigkeiten oder andere schulische Probleme sind verbreitet."³⁸

Die Kriterien des DSM-III-R für die gleichbedeutende "Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung" sind ähnlich, wenn auch etwas anders formuliert. Sie beschreiben in 14 Items das symptomatische Verhalten. Wenn die Störung

³⁵ GOLDFARB 1961, FISH 1977, SHAPIRO 1983, GARDNER et al. 1987

³⁶ Vgl. Abschnitt 2.1.1.

³⁷ GOLDFARB 1961, FISH 1977, BRADLEY 1979, ANDRULONIS/GLUECK ET AL. 1980, RINSLEY 1980, P. KERNBERG 1982, SHAPIRO 1983, MARCUS ET AL. 1983, COHEN ET AL. 1983

³⁸ WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991, S. 275 f.

mindestens 6 Monate andauert und 8 von den 14 Items erfüllt sind, kann die Diagnose gestellt werden. Sie wird gehäuft und oft auch fälschlich angewendet.³⁹

Differentialdiagnostisch abzugrenzen ist das HKS von altersangemessener Überaktivität, Verwahrlosung, schwerer geistiger Behinderung, dissozialen Verhaltensstörungen sowie Schizophrenie und affektiven Störungen.⁴⁰ Häufig wird das hyperkinetische Syndrom mit der umstrittenen MCD in Verbindung gebracht, indem von dem Vorhandensein hyperkinetischer Symptomatik, Auffälligkeiten in der Genese und dem Vorkommen sog. "soft signs" - darunter versteht man u. a. motorische und sensorische Anomalien - auf das Vorliegen einer MCD geschlossen wird. Auf die Kopplung von "hyperaktiv und hirnfunktionsgestört" weist HOCKE⁴¹ hin, und er plädiert dafür, auch psychodynamische Erklärungsmuster mit einzubeziehen, weil sonst die psychischen Qualitäten der Störung in Form subjektiven Leids, das alle Beteiligten erleben, verlorengehen.⁴² Die hyperkinetische Störung wird als hirnor- ganisch verursacht eingeschätzt, bei der eine medikamentöse Behandlung, eine phosphatarme Diät oder ergotherapeutische Übungen die Behandlungsformen der Wahl sind. Psychotherapeutische Behandlungen werden dagegen eher als kontraindiziert eingeschätzt.

STORCK (1993) hält dagegen eine psychodynamische Erklärung der Störung für angemessener, indem er feststellt, daß "das hyperkinetische Verhalten für die Kinder wie auch für die Familien eine Lösung innerpsychischer Konflikte durch die Leugnung und Abspaltung darstellt, was den Gewinn mit sich bringt, den eigentlichen psychischen Konflikt unkenntlich und unzugänglich zu machen, der nur mit großer Mühe als ein symbolischer Ausdruck erkannt werden kann."⁴³ Auch BERGER⁴⁴ empfiehlt, die "Bewegungserscheinungen auf das Ganze des Seelenlebens" zu beziehen, das heißt, die symbolische Aussagekraft der auffälligen Bewegungsabläufe hyperkinetischer Kinder zu verstehen versuchen.

Minimale Cerebrale Dysfunktion (MCD). Diese Diagnose ist zwar in den offiziellen Diagnoseschemata nicht mehr enthalten, ist aber in der Praxis noch

³⁹ MARTINIUS 1991, S. 263, zitiert nach HOCKE 1993, S. 121

⁴⁰ a.a.O. S. 122

⁴¹ 1993, S. 125

⁴² a.a.O. S. 129

⁴³ STORCK 1993, 230

⁴⁴ 1993, S. 144 f.

sehr verbreitet. Man nimmt an, daß bestimmte prä-, peri- und postnatale Ereignisse wie Sauerstoffmangel, Stoffwechselstörungen, Risikoschwangerschaften und -geburten sowie Infektionskrankheiten zu einer minimalen Hirnstörung führen können. Sie wird häufig diagnostiziert, wenn ein Kind sich nicht konzentrieren kann, hyperaktiv ist, Auffälligkeiten in der Genese vorhanden sind und das Kind Anzeichen einer gestörten Motorik oder Sensorik zeigt. Borderline-Forscher haben über Zusammenhänge zwischen der psychiatrischen Diagnose einer leichten organischen Beeinträchtigung der Hirnfunktionen und Borderline-Störungen gearbeitet.⁴⁵

PETTI/VELA (1990) gehen von einer organischen Beteiligung in Form einer Hirnstörung und Enzymstörung bei Kindern mit Borderline-Störungen aus, ohne daß es monokausale Verknüpfungen zwischen einer bestimmten organischen Pathologie und der Entwicklung von Borderline-Störungen bei Kindern gibt.⁴⁶ Jungen mit organischer cerebraler Beeinträchtigung entwickeln häufiger als Mädchen im frühen Kindesalter Borderline-Störungen.⁴⁷

Kinder mit Borderline-Störungen bekommen die Diagnose MCD, weil sie häufig eine schwierige Schwangerschafts- und Geburtsanamnese haben oder ihre Symptome Anlaß zur Diagnose einer minimalen cerebralen Störung geben. Die Symptome einer MCD können eine zugrundeliegende Borderline-Störung maskieren.⁴⁸ Wenn die Behandlung nur an der organischen Störung orientiert ist, besteht die Gefahr, daß eine "iatrogene Verwundbarkeit" erworben wird.⁴⁹ In letzter Zeit mehren sich grundsätzliche Zweifel an der Diagnose MCD.

Aufmerksamkeitsstörungen. Auch die "Aufmerksamkeitsstörungen", die im DSM-III (1980) durch eine Vereinigung der "Hyperaktivitätsstörung" mit der "minimalen cerebralen Störung" (MCD) neu formuliert wurde⁵⁰ und im DSM-III-R "Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung" genannt wird,⁵¹ gehört in diesen Bereich. Eine Abgrenzung von der Hyperkinetischen Störung ist

⁴⁵ ROSENFELD/SPRINCE 1963, WERGELAND, 1979; AARKROG, 1981; BEMPORAD ET AL., 1982; P. KERNBERG, 1983

⁴⁶ PETTI/VELA 1990, S. 329

⁴⁷ ANDRULONIS ET AL. 1980

⁴⁸ Vgl. LEWIS 1976.

⁴⁹ Vgl. LEWIS 1976, S. 131.

⁵⁰ Vgl. MARCUS ET AL. 1983, S. 178.

⁵¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1989, S. 81-84

schwierig.⁵² "Untersuchungen zeigen, daß der Verlauf bis ins Adoleszenz- und Erwachsenenalter stark davon beeinflusst wird, ob Aggressivität, Delinquenz oder dissoziales Verhalten begleitend vorhanden sind oder nicht. Dementsprechend wird die Hauptuntergliederung nach dem Vorkommen dieser Begleitmerkmale vorgenommen".⁵³ Zusammenhänge zwischen der Aufmerksamkeitsstörung und Borderline-Störungen bei Kindern sind verschiedentlich untersucht und belegt worden.⁵⁴

Weil es häufig zu einem Überlappen von Aufmerksamkeitsstörungen und Borderline-Störungen bei Kindern kommt, schlagen COHEN ET AL. (1983) vor, die zugrundeliegenden psychobiologischen Mechanismen zu bestimmen, die den Entwicklungsstörungen gemeinsam sind, statt zwei Störungen zu diagnostizieren.⁵⁵ Sie konstatieren genetische Ursachen für die Aufmerksamkeitsstörung, wie das auch für die Borderline-Störung bei Kindern angenommen wird.⁵⁶ Bei der Diagnose sollten Umweltbedingungen, besonders die frühe Eltern-Kind-Beziehung berücksichtigt werden.

Kinder mit den genannten neurokognitiven Beeinträchtigungen sind in Gefahr, eine Borderline-Pathologie zu entwickeln, weil durch die biologischen Beeinträchtigungen ihre Integrationsleistungen wie auch ihre Reizverarbeitung ständig überfordert werden und damit der Aufbau der Repräsentanzenwelt behindert wird. Das hat Folgen für die Entwicklung des Selbstgefühls und der Beziehungsfähigkeit.

Im Unterschied zur kinderpsychiatrischen Diagnostik schätzt die psychoanalytische Diagnostik die Aufmerksamkeitsstörung als ein Symptom einer übergeordneten Störung der Gesamtpersönlichkeit ein. Aufmerksamkeitsstörungen gehören meistens zur Symptomatik von Kindern mit der aggressiv-

⁵² Die Untersuchung von BIEDERMAN ET AL. (1991) zeigt, daß auch die Abgrenzung zu anderen kinderpsychiatrischen Erkrankungen schwierig ist.

⁵³ WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991, S. 278

⁵⁴ Vgl. COHEN ET AL. 1983, POTTER 1983, RUBIN ET AL. 1984, WENNING 1990.

⁵⁵ COHEN ET AL. 1983, S. 198

⁵⁶ BENDER 1942, FISH 1977, GOLDFARB 1961, SHAPIRO 1983

impulsiven Ausprägung der Borderline-Störung. Es ist differentialdiagnostisch zu klären, ob die Aufmerksamkeitsstörung auch ein Symptom einer affektiven Störung ist.⁵⁷ Aufmerksamkeitsstörungen können ein Unterscheidungsmerkmal zwischen Kindern mit Borderline-Störungen und neurotischen Kindern sein, wie RUBIN ET AL. (1984) in einer vergleichenden empirischen Untersuchung gezeigt haben, weil sie bei Kindern mit Borderline-Störungen neben Störungen des Ich und Schwierigkeiten in der Modulation der Affekte vorhanden sind.⁵⁸ Allerdings wird die Abgrenzung zwischen der "Aufmerksamkeitsstörung" und anderen psychiatrischen Störungen als schwierig eingeschätzt, und es sind genaue differentialdiagnostische Untersuchungen nötig, um ähnliche Störungsbilder voneinander abzugrenzen.⁵⁹

BERGER (1993) weist auf die symbolische Ausdruckskraft der Hypermotorik beim Hyperkinetischen Syndrom hin und vermutet, daß die Kinder mit ihrer Symptomatik das Interesse von ihrer inneren Welt ablenken wollen, weil es gefährlich ist, mit der Welt der Gefühle in Kontakt zu kommen.⁶⁰ Es scheint durch die biologischen Beeinträchtigungen ein psychisches Geschehen in zweierlei Richtung ausgelöst zu werden: Einerseits verursacht die Symptomatik Defizite in der Entwicklung bestimmter Ich-Funktionen. Die dadurch ausgelösten spezifischen Abwehrmaßnahmen führen andererseits zu einem verstärkten Agieren dieser Symptome, weil reifere Funktionsmodi nicht zur Verfügung stehen. Dieser *circulus vitiosus* findet seinen lärmenden Ausdruck in der Borderline-Symptomatik, zu der neben der neurokognitiven Symptomatik Auffälligkeiten im Beziehungsverhalten der Kinder, im Selbstwertgefühl und in der Angst- und Aggressionssteuerung kommen.

Wegen dieser diagnostischen Schwierigkeiten und Diskrepanzen empfiehlt WENNING (1990) als ein Ergebnis seiner empirischen Studie, in der er in einer Nachuntersuchung Kinder auf eine Borderline-Störung hin überprüft, in weiteren Studien die Zusammenhänge einer Borderline-Störung bei Kindern und Störungen auf der Achse I zu untersuchen, weil er festgestellt hat, daß es bei beiden von ihm identifizierten Borderline-Subtypen, "aggressiv-impulsiver Typ" und "Borderline-psychotischer Typ", Überschneidungen mit Störungen auf der Achse I gebe.

⁵⁷ WENNING 1990, S. 230

⁵⁸ RUBIN ET AL. 1984 S. 13 f.

⁵⁹ POTTER 1983, S. 497

⁶⁰ BERGER 1993, S. 146

"... Die Symptomkonfiguration, die in der Literatur als Borderline-Persönlichkeitsstörung der Kindheit bezeichnet wird, ist in manchen Fällen ein Aggregat von einigen leichteren oder schwereren psychiatrischen Störungen, die unvorhersehbar fluktuieren und die eine gegengerichtete Wirkung auf die sich entwickelnde Persönlichkeit des Kindes haben. Daher erscheint es wohl unbedingt notwendig, entweder Störungen auf der Achse I auszuschließen oder aber sie zu identifizieren und zu behandeln, bevor man ein Kind als Borderline einstuft."⁶¹

2.5.3.2 Affektive Störungen

Zusammenhänge zwischen affektiven Störungen und Borderline-Störungen bei Kindern sind häufig belegt. WENNING (1990) zeigt Überschneidungen zwischen affektiven Störungen und Angststörungen des DSM-III-R und Borderline-Störungen bei Kindern: die meisten Kinder seiner Stichprobe kämpfen gegen eine unzureichend behandelte affektive Erkrankung oder Angststörung, sodaß er eine Nähe zwischen Borderline-Störungen und affektiven Erkrankungen konstatiert. Das tun auch PETTI/LAW, die 1982 in einer empirischen Untersuchung bei 80% der Kinder mit Borderline-Störungen Depressionen fanden. GREENMAN U. A. stellen 1986 in ihrer bereits erwähnten Studie bei 2/3 ihrer Stichprobe ernste Angstzustände fest. PAULINA KERNBERG (1982) beschreibt aufgrund ihrer therapeutischen Erfahrung Depressionen bei Borderline-Kindern. ANDRULONIS (1980) weist auf Zusammenhänge zwischen Borderline-Störungen bei Kindern und depressiven Erkrankungen in den Familien hin. FINTZY (1971) zeigt in einer Falldarstellung, daß während der kindertherapeutischen Arbeit eines Kindes mit einer Borderline-Störung eine depressive Problematik unbearbeitet bleibt, die erst in höherem Alter bearbeitet werden konnte. Meine eigenen therapeutischen Erfahrungen bestätigen die Nähe zwischen Borderline-Störungen und depressiven Erkrankungen.

Zusammenhänge zwischen depressiven Erkrankungen in Verbindung mit sexuellem Mißbrauch im Kindesalter und Borderline-Störungen im Erwachsenenalter werden von vielen Autoren aufgezeigt.⁶²

⁶¹ WENNING 1990, S. 231, eigene Übersetzung

⁶² Vgl. Abschn. 4.2.2.

2.5.4 Untergruppen

Es gibt verschiedene Versuche, das Gesamt der Kinder mit Borderline-Störungen in Gruppen aufzuteilen. CHETHIC (1986) unterscheidet die Gruppe der "typischen Borderline-Kinder" und die "Kinder mit Borderline-Störungen auf hohem Funktionsniveau". Er vermutet, daß die zweite Gruppe über eine bessere biologische Ausstattung verfügt. Die starken Überlebenswünsche und ihre Fähigkeit, Schmerz und Terror zu vermeiden, stimulieren bei ihnen viele adaptive Fähigkeiten. Außerdem können sie aufgrund ihres Bedürfnisses nach einer paradiesischen Welt mit Hilfe von Phantasien vielen realen Bedrohungen entfliehen. Die Behandelbarkeit und Prognose hängt vom Entwicklungsniveau der Kinder ab und ist in der zweiten Gruppe günstiger.

Ähnlich unterscheidet PINE (1974) eine Gruppe von Kindern an der "upper border" von einer Gruppe an der "lower border". Auch WERGELAND (1979) unterscheidet eine milde und eine ernste Form der Borderline-Störung.

MORALES (1981) hat anhand der psychoanalytischen Literatur ein Borderline-Spektrum bei Kindern beschrieben, das von der Psychose auf der einen Seite bis zur narzißtischen Persönlichkeitsstörung auf der anderen Seite reicht und hat damit die Heterogenität des Gesamtbereiches dargestellt. Er unterscheidet den "angry impulsive type" und den "borderline-psychotic type". Dieser Unterscheidung schließt sich auch WENNING (1990) an.

PETTI/LAW (1982) und PETTI/VELA (1990) unterscheiden die "borderline personality disorder/borderline spectrum" (BPD) und die "schizotypal personality disorder/autism/schizophrenia spectrum" (SPD). PETTI/VELA meinen, daß es nur ein geringes Überlappen zwischen diesen Borderline-Kategorien bei einzelnen Kindern gebe. Die BPD-Gruppe beschreiben sie als ein heterogenes Amalgam mit breit gestreuter Psychopathologie, für die es zwar viele Klassifikationsversuche, aber einen Kern von Symptomen gebe, bei dem Übereinstimmung unter Klinikern herrsche. Die Kinder dieser Gruppe haben eine schlechte Prognose. Die SPD-Gruppe erscheint homogener, aber die Psychopathologie ist ernst und hat eine große Reichweite. Selten wird aus einer SPD eine Schizophrenie. Es finden sich genetische Ursachen für die Störung. In weiteren Forschungsarbeiten sollen sich differenziertere Subgruppen ergeben.

MEISSNER (1984) beschreibt in seiner Monographie "Das Borderline Spektrum" eine Modellvorstellung von Borderline-Störungen bei Erwachsenen, die m. E. auch für Kinder klinische Relevanz hat: Das Gesamt des Borderline-

Spektrums unterteilt er in zwei Gruppen, wobei sich entlang eines hysterischen und eines schizoiden Kontinuums Störungen mit unterschiedlichem Schweregrad finden. Das hysterische Kontinuum, durch affektive Labilität und Desorganisation gekennzeichnet, hat im hysterischen Charakter seine höchste Organisationsstufe, es folgen die primitive Hysterie, die dysphorische Persönlichkeit, der psychotische Charakter und die Pseudoschizophrenie auf der niedrigsten Stufe der strukturellen Organisation. Das schizoide Kontinuum, bei dem die rigide Charakterstruktur und das Rückzugsverhalten zunehmen, geht vom Zwangscharakter als höchster Organisationsform aus und endet auf dem Weg über die "Als-ob-Persönlichkeit" und das "Falsche Selbst" bei der schizoiden Persönlichkeit.

Es wird an diesen Subklassifizierungen deutlich, daß einerseits die fluktuierende Symptomatik, andererseits der Schweregrad der Entwicklungsstörung als Untergruppenmerkmale herangezogen werden.

2.5.5 Die psychologische Untersuchung von Kindern mit Borderline-Störungen

2.5.5.1 Testuntersuchungen

Bei der praktischen Durchführung der Diagnostik ergeben sich Probleme, die aus der klinische Praxis vertraut sind, und die in der Literatur beschrieben werden.⁶³ Borderline-Störungen sind in der Regel nicht in der üblichen Zahl der anamnestischen Sitzungen zu diagnostizieren. Häufig ergibt sich die endgültige Diagnose erst im Behandlungsverlauf, wenn sich mit der fester werdenden therapeutischen Bindung die Beziehungspathologie zeigt.

"Das Ausmaß der Störung in vielen entscheidenden Bereichen ist nicht sofort im ersten klinischen Kontakt oder in einem strukturierten Interview erkennbar; vielmehr wird es erst nach längerem Kontakt oder während besonders Stress erzeugender diagnostischer Techniken, wie projektiver Tests, sichtbar. Es überrascht daher nicht, daß die klinischen Beschreibungen dieser Kinder fast ausschließlich von Therapeuten stammen, die gesehen haben, wie sich das Krankheitsbild im Verlauf der Behandlung entwickelte."⁶⁴ (eigene Übersetzung)

⁶³ ENGEL 1963; CHETHIK/FAST 1970; SINGER 1960; CHETHIK 1979; LEICHTMAN/SHAPIRO 1983, PFEFFERBAUM 1987

⁶⁴ BEMPORAD ET AL. 1982, S. 598

In Testsituationen reagieren Kinder mit Borderline-Störungen oft merkwürdig und atypisch: Im Gegensatz zu anderen Kindern agieren sie in der Untersuchungssituation offen ihre Konflikte und Probleme, ohne daß sie sich dabei an das vorgegebene Testmaterial halten. Ihre Probleme im Bereich des Verhaltens und der Gefühle können die Testsituation stören, weil die Kinder Mühe haben, sich auf bestimmte Testaufgaben einzulassen, denn sie sind mehr am Lustprinzip als am Realitätsprinzip orientiert. Dabei sind sie angstvoll, impulsiv, und ohne Frustrationstoleranz; sie zeigen Auffälligkeiten im Charakter und in ihrer Art der Beziehungsaufnahme; sie zeigen plötzliche Stimmungsumschwünge und heftige Regressionen; sie interpretieren die sie umgebende Realität auf ihre Weise und interagieren mit anderen aggressiv.⁶⁵ Außerdem erschwert ihr grenzüberschreitendes Verhalten, bei dem sie Eigentum oder persönliche Bereiche des Untersuchers nicht respektieren, die Untersuchungssituation. Sie nötigen ihm damit höchste Aufmerksamkeit und starke emotionale Betroffenheit ab.

Vor allem mit projektiven Tests kann man einen Zugang zu den übermäßigen Ängsten der Kinder bekommen.⁶⁶ Wenn z. B. beim CAT oder TAT die Geschichten ausufern, sich Panik und Brutalität zeigen oder die Kinder sich in ihrer Phantasie in den Weltraum begeben, ist das für mich ein Hinweis, die Diagnose "Borderline-Störung" in Erwägung zu ziehen.

2.5.5.2 Beziehungsdiagnostik aufgrund von Erkenntnissen der Säuglingsforscher

Wichtige diagnostische Gesichtspunkte ergeben sich aus der empirischen Säuglingsforschung mit ihren differenzierten Mikroanalysen über die Entwicklung von Säuglingen. Wie in Abschnitt 2.4 gezeigt wurde, hat die empirische Forschung die Erkenntnisse über die Reifung und Entwicklung der Persönlichkeit stark erweitert, sodaß wichtige Positionen der psychoanalytischen Entwicklungslehre zu revidieren sind. Die detaillierten Kenntnisse über die Interaktionszusammenhänge eines normal heranwachsenden Säuglings mit seinen Eltern ermöglicht ein genaueres Verständnis der Entwicklungsbedingungen, wenn die allgemein zu erwartenden Umweltbedingungen für einen

⁶⁵ Vgl. LEICHTMAN/SHAPIRO 1983, S. 124.

⁶⁶ Vgl. RAPAPORT ET AL. 1945-1946, KERNBERG 1978, 1981.

Säugling nicht gegeben sind und er unter schwierigen oder traumatischen Bedingungen heranwächst.

LICHTENBERG'S Überlegungen zum Verständnis der Psychopathologie von erwachsenen Borderline-Patienten anhand von Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung (1990) bietet beispielhaft eine entwicklungsbezogene Diagnostik dar, bei der Phänomene beschrieben werden und ihre Entstehung im Kontext der sich entwickelnden Beziehung verstanden wird. Dieses Modell ist hochrelevant gerade für die Kinderpsychotherapie und Kinderpsychiatrie, weil die zu untersuchende Interaktion zwischen dem Patienten und seinen Bezugspersonen in der Regel die ursprüngliche, primäre Interaktion des Kindes ist. Der Diagnostiker muß neben der genauen Erhellung der Genese vor allem die Interaktionen und affektiven Beziehungen verstehen. Dazu ist seine affektive Reaktion auf die Familie - nämlich seine Gegenübertragung - ein wichtiges Hilfsmittel. Folgende Bereiche sollten in der Diagnostik erfragt werden:

- das affektive Klima,
- Spannungszustände,
- Selbstbehauptung,
- Kommunikationsprozesse.

Das affektive Klima

Das affektive Klima zwischen dem Säugling und seiner Mutter mit der von LICHTENBERG beschriebenen Vordergrund- und Hintergrunddimension gestaltet die Atmosphäre, in der der Säugling seine Persönlichkeit entwickelt. Es ist zu vermuten, daß die traumatischen Lebenssituationen, die aus der Frühgeschichte von Borderline-Patienten bekannt sind, das Spannungsniveau so erhöht haben, daß dies nicht auszugleichen war und sich allmählich eine negative Hintergrundbeziehung eingestellt hat. Das würde die feindselige Art der Beziehungsaufnahme der Kinder wie auch ihre durch Spaltungsmechanismen erzeugten raschen Stimmungsumschwünge erklären. Ihr Aggressionspotential scheint in ständiger Aktionsbereitschaft zu sein, und um nicht selbst Gewalt und Ablehnung erdulden zu müssen, sind sie auf Kampf eingestellt und greifen an, bevor sie verletzt werden können. Die traumatischen Ereignisse (Krankheiten, Schmerzzustände, Trennungen, Mißhandlungen) haben häufig Zustände von Hochspannung erzeugt, in denen die integrativen Fähigkeiten des Kindes überfordert sind. Es kann sich kein kohärentes Selbst mit einem Gefühl der Ich-Identität entwickeln, und die Kinder bleiben in klammernder Abhängigkeit von ihren Objekten, die sie jedoch gleichzeitig immer wieder

von sich stoßen müssen. Es kommt zu fragmentierten Selbst- und Objekt-empfindungen. Wenn sich in der Untersuchungssituation zeigt, daß das Kind aggressive Triebimpulse nicht steuern kann, sondern immer auf Kampf eingestellt ist, dann sollte man daran denken, ob nicht das aversive System des Kindes mit Gefühlen von Unlust und Wut in der Kleinkindzeit übermäßig aktiviert und sein Angriffsverhalten dadurch herausgefordert wurde.⁶⁷

Spannungszustände

Kinder mit Borderline-Störungen zeigen eine hohe Reizbarkeit. Es scheint, als ob sie Spannungszustände suchen, um aggressive Triebimpulse abzuführen. Es ist in der Diagnostik wichtig zu klären, ob das Kind Erfahrungen seiner eigenen Kompetenz machen konnte und Lust durch die Zunahme eigener Fähigkeiten sowie in zwischenmenschlichen Beziehungen erleben konnte. Manchmal scheint es Kindern in der Familie nur durch destruktive Aktivität zu gelingen, Aufmerksamkeit zu erlangen. Es ist zu klären, ob die von Kindern mit Borderline-Störungen erzeugten Zustände von Hochspannung eine Depression mit Zuständen von innerer Leere und Inaktivität verbergen. Denn gerade Gefühle von Verzweiflung und Leere sind für Kinder so unerträglich, daß sie mit allen Mitteln abgewehrt werden müssen.

Selbstbehauptung

Die Selbstbehauptung wird ab der Mitte des 2. Lebensjahres im Leben von Kleinkindern wichtig. Um Kindern die Erprobung von Autonomie und Selbstbehauptung zu ermöglichen, müssen Eltern frei von Unterlegenheitsgefühlen dem Kind gegenüber sein und über ein gutes Selbstgefühl verfügen. Sonst ist die Gefahr zu groß, sich in Machtkämpfe verwickeln zu lassen. Eltern von Kindern mit Borderline-Störungen projizieren häufig Anteile ihres negativen Selbst auf ihre Kinder, sodaß deren aggressives Verhalten den Erwartungen der Eltern entspricht. Unter solchen Bedingungen können Kinder nicht ein Gefühl ihres Selbst als Urheber erleben, sondern sie erleben Scham und Demütigung. Ihre Entwicklung eines Identitätsgefühls wird entscheidend behindert.

⁶⁷ PARENS 1979, 1993.

Kommunikationsprozesse

Säuglingsforscher haben die Qualität der feinabgestimmten Interaktionsprozesse zwischen Eltern und Kind untersucht und gezeigt, wie sich über den Austausch von Lauten, Lächeln oder Geräuschen ein Kommunikationsprozeß entfaltet. Dabei erlebt der Säugling sich als Urheber, weil er sich selbst in Aktion erlebt und weil er bei seinen Bezugspersonen Konsequenzen in Gang setzt.⁶⁸ In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, welche gravierende Bedeutung es hat, wenn eine der Bezugspersonen oder beide psychisch gestört sind. Besonders Eltern mit affektiven Erkrankungen sind nicht in der Lage, den emotionalen Dialog mit ihrem Säugling und Kleinkind aufzunehmen. Es ist in der Diagnostik zu klären, ob, wann und aus welchen Gründen der Dialog entgleist ist, um nach Möglichkeiten zu suchen, ihn wieder in Gang zu setzen.

Zusammenfassung

Es erscheint sinnvoll, die Diagnostik psychisch gestörter Kinder um die Dimension der Interaktionsdiagnostik zwischen dem Säugling und Kleinkind mit seinen primären Beziehungspersonen zu erweitern, weil man auf dem Hintergrund der empirisch gewonnenen Ergebnisse über die Entwicklung gesunder Säuglinge den Zusammenhang zwischen gestörter Interaktion und Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit bei Kindern mit Borderline-Störungen beobachten kann.

⁶⁸ Vgl. STERN 1990, S.71.

2.5.6 Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung zwischen Borderline-Störungen und Frühstörungen

In der klinischen Praxis ist der Gebrauch der Diagnose "Borderline" bei Kindern eher selten. Stattdessen hat sich der unscharfe Begriff "Frühstörung" auch im Bereich der Kinderpsychotherapie eingebürgert, der den breiten Bereich zwischen den neurotischen und psychotischen Störungen umfaßt. Es soll im folgenden der Versuch einer Abgrenzung gemacht werden, was nötig ist, um über eine klinisch brauchbare Bestimmung des Niveaus von Art und Ausmaß der Ich-Störung, der typischen Objektbeziehungsmuster und des Abwehrgefüges zu einer Therapie-Indikation und einer Entscheidung über die angemessene Behandlungstechnik zu kommen.

KERNBERG hat 1970 eine psychoanalytische Klassifikation der Charakterpathologie vorgelegt, in der er diesen Bereich in drei Störungsebenen aufteilt: auf höherem Strukturniveau befinden sich Patienten, die an einer neurotischen Konfliktproblematik leiden, auf mittlerem und niedrigem Strukturniveau Patienten mit einer sog. "Frühstörung". Borderline-Patienten befinden sich dieser Einteilung nach auf niedrigem Strukturniveau.

Dieser Einteilung folgend haben LOHMAN ET AL. (1992) den "Versuch einer Standortbestimmung zwischen neurotischem Niveau und Borderlinestörung"⁶⁹ unternommen, indem sie für die drei von Kernberg beschriebenen Strukturniveaus psychodynamische diagnostische Kriterien erarbeitet haben. STREECK-FISCHER (1992) greift die Einteilung KERNBERGS für den Bereich der Kindertherapie auf, fügt den drei Strukturniveaus aber noch den Bereich der psychosenahen Störung hinzu. Sie schlägt vor, die Befunde von Kindern und Jugendlichen anhand der vier Psychologien (PINE 1990) und der Ebene des jeweiligen Strukturniveaus zu erheben.⁷⁰ Ich werde in Abschnitt 4.4 eine differenzierte Abgrenzung zwischen mittlerem und niedrigem Strukturniveau vornehmen.

⁶⁹ LOHMANN et al. 1992, S. 243

⁷⁰ Vgl. STREECK-FISCHER 1992, S. 668