

Kapitel 3: Empirische Untersuchung

3.1 Ziel der Untersuchung

Wie ich im Teil 2 der Arbeit gezeigt habe, liegt eine Vielfalt unterschiedlicher Ansätze zur Beschreibung, Klassifizierung, Diagnose und Therapie von "Borderline-Störungen" bei Kindern vor. Borderline-Störungen bei Erwachsenen sind eindeutig definiert: Auf der deskriptiven Ebene haben die AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION im DSM III R und die WELTGESUNDHEITSBEHÖRDE in der ICD-10 klare diagnostische Kriterien vorgelegt. Auch psychodynamisch und behandlungstechnisch sind Borderline-Störungen bei Erwachsenen umfassend bearbeitet.¹

Im Bereich der **Kinderpsychotherapie** fehlt Vergleichbares. Es liegen keine einheitlichen und verbindlichen diagnostischen Kriterien für die Borderline-Störung bei Kindern vor.

Meine Untersuchung hat sich zum Ziel gesetzt, aufgrund einer eigenen empirischen Erhebung dieses Problem einer Klärung näherzubringen. Ich möchte der Frage nachgehen,

- ob es deutlich abgrenzbare Symptomkonfigurationen gibt, die es rechtfertigen, von "Borderline-Störungen" zu sprechen, und wenn ja,
- welche ätiologischen Faktoren dieses Syndrom bei Kindern formen.

Einen Ansatz für meine Untersuchung finde ich in der bereits erwähnten kontroversen Diskussion zwischen PAULINA KERNBERG und SHAPIRO (1990) zur Frage, ob das Problem "Borderline-Störungen bei Kindern" inzwischen gelöst sei. Die Kontroverse ergibt sich aus dem unterschiedlichen Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. Ich greife die Anregung SHAPIROS auf, eine große Gruppe von Patienten mit schweren, nichtpsychotischen Störungen zu sammeln und diese dann zu systematisieren. Die so gewonnenen Kriterien werden ein Konstrukt ergeben, dessen Validität dann in weiteren Forschungsschritten zu überprüfen wäre.

¹ In den USA hat vor allem Kernberg mit seinen umfassenden Arbeiten die psychoanalytische Diskussion bestimmt. In Deutschland wurde diese Diskussion durch ROHDE-DACHSER 1979a initiiert und im Bereich der Erwachsenen-Psychotherapie auf breiter Basis geführt.

Den ersten Teil dieses Vorhabens zu leisten, nämlich aus einem großen Pool von Daten über Kinder mit Borderline-Störungen ein Konstrukt über die Störung dieser Kinder zu entwickeln, setzt sich die vorliegende Untersuchung zum Ziel.² Doch ist es schwierig, eine größere Zahl von Fällen zu erhalten. Kinder mit Borderline-Störungen sind nicht eben häufig: In meiner 15-jährigen klinischen Erfahrung habe ich von mehr als 100 Patienten nur 6 behandelt, auf die diese Diagnose zutrifft. Ähnliches gilt für viele meiner Kollegen, wie sich in Diskussionen gezeigt hat. Bei der relativen Seltenheit der Borderline-Störungen im engeren Sinn³ - ich schätze sie bei weniger als 5 % aller Therapiefälle ein - würde man in einer Institution selten mehr als 20 bis 30 Fälle bekommen, wobei sich diese auch über einen längeren Zeitraum verteilen würden. Dies ist reichlich für Case-Studies, genügt aber nicht, um statistisch abgesicherte Ergebnisse über Strukturen und Untergruppen zu erhalten.⁴

Wenn man aber die Einzelerfahrungen und das Fachwissen vieler Kindertherapeuten und Kinderpsychiater zusammentragen würde, dann gäbe es eine breite empirische Grundlage, um nach Symptomen, Charaktereigenschaften und ätiologischen Faktoren zu suchen, die sich bei allen Kindern wiederholen und den Kern der Störung ausmachen. Aus diesen Gründen habe ich mich entschlossen, alle kinderpsychiatrischen Institutionen und alle in der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zusammengeschlossenen Therapeuten zu befragen.

Die Ergebnisse der Befragung sollen systematisiert werden, um auf diese Weise zu Charakteristika bezüglich der psychosozialen Lebensbedingungen, eventueller Traumata in den ersten Lebensjahren und der Symptomatik zu kommen, mit Hilfe derer die Borderline-Störung bei Kindern beschrieben werden kann. Das Ziel ist also ein Konstrukt über Borderline-Störungen bei Kindern auf empirischer Grundlage.

² In seiner Arbeit "Psychoanalyse als Wissenschaft: Eine Dauerkrise?" setzt sich MEYER 1992 mit zeitgenössischen Forschungsansätzen in der Psychoanalyse auseinander und erwähnt eine Methodik, die man das "Analytiker-Pool-Verfahren nennen könnte. Hierzu muß eine größere Zahl von Analytikern motiviert werden, ihre therapeutischen Erfahrungen mit einer bestimmten Krankheitseinheit via standardisierte Befragung zu poolen, das heißt, zu einem einheitlicheren und repräsentativeren Ergebnis zu führen." (S. 101)

³ Ich meine nicht den großen Bereich der sog. Frühstörungen. Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung bei Erwachsenen siehe LOHMER ET AL. 1992.

⁴ So müssen z. B. bei Faktoranalysen aus methodologischen Gründen mindestens so viele Probanden wie Variablen in die Analyse eingehen.

In dem Anschreiben, das an ca. 900 Therapeuten verschickt wurde, bat ich darum:⁵

"Wenn Sie ein 5- bis 14-jähriges Kind mit einem oben beschriebenen Syndrom behandelt haben, dann charakterisieren Sie es bitte anhand des Fragebogens mit der Symptomatik, die *zu Beginn der Behandlung* vorlag."

Eine besondere Chance dieser Untersuchung besteht zusätzlich darin, daß Erkenntnisse über ätiologische Bedingungen der Störung auf direktem Wege gesammelt werden, weil Kindertherapeuten⁶ das familiäre Umfeld ihrer Patienten recht genau kennenlernen und so direkte Erkenntnisse über die Psychogenese einer Borderline-Störung erhalten, die sonst nur auf dem Wege der Erinnerungen erwachsener Patienten an ihre Kindheit gewonnen werden.

Die Frage nach den Charakteristika dieser Kinder wird also auf dem Wege über die Einschätzungen der Therapeuten zu beantworten versucht. Das ist legitim, weil in die Diagnosen sowohl theoretisches Wissen als auch klinische Erfahrung eingeht. Da es in der jeweiligen Diagnosestellung zu einer Verknüpfung dieser beiden Bereiche kommt, könnte eine Erhebung subjektiver Theorien⁷ von Therapeuten über Borderline-Kinder die theoretischen Erkenntnisse über diese Störung voranbringen.⁸

3.2 Zur Methodologie der Untersuchung

3.2.1 Zum Menschenbild in der Psychotherapieforschung

⁵ Das Anschreiben ist im Wortlaut im Anhang beigegeben.

⁶ Wenn im folgenden von "Kindertherapeuten" die Rede ist, sind die an der Untersuchung beteiligten analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater gemeint.

⁷ Vgl. Abschnitt 3.2.2.

⁸ Die Geschichte der Borderline-Forschung zeigt diesen Rückkopplungsprozeß. Das Ergebnis ist ein ständig sich verfeinerndes diagnostisches und therapeutisches Instrumentarium.

Forschung im Bereich der Psychoanalyse und der Psychotherapie, die über die Behandlungspraxis hinausgeht, bedient sich empirischer Forschungsmethoden, mit denen valide und reliable Ergebnisse z. B. zur Abgrenzung verschiedener Patientengruppen voneinander, zum Einfluß verschiedener Therapeutenvariablen, zur Wirkweise unterschiedlicher therapeutischer Interventionen oder bestimmter traumatischer Einflüsse auf die Persönlichkeitsentwicklung gewonnen werden. Zugrunde liegt ein Menschenbild, das auf der einen Seite den objektiven Forscher sieht, auf der anderen Seite das Forschungsobjekt, das ahistorisch wie ein naturwissenschaftlich erforschbarer Gegenstand konzipiert ist.¹ Diese letztlich dem behavioristischen Persönlichkeitsmodell verpflichtete Forschungsstrategie berücksichtigt nicht, daß der Mensch, auch wenn er das Forschungsobjekt ist, die Möglichkeit zur Reflexion hat, Werte und Normen internalisiert hat und sich sprachlich darüber mitteilen kann.² Außerdem wird bei dieser Strategie nicht berücksichtigt, daß die Forschung sich auf einen interaktiven Prozeß zwischen Forschungsobjekt und Forschungssubjekt bezieht, in dem beide Partner, der Therapeut wie auch der Patient, den Kontext mitbestimmen.

Im Bereich der Psychotherapieforschung ist eine Verschiebung zu beobachten: Das Interesse richtet sich nicht mehr nur auf Ergebnisse oder "outcome", sondern es werden zunehmend Fragen der Interpretation und Interaktion berücksichtigt, die sich im Psychotherapieprozeß zwischen den Beteiligten konstituieren. Dabei spielt der subjektive, empirisch schwer zu erfassende Faktor in der Forschung eine entscheidende Rolle.³

Bereits die therapeutische Aktivität der Diagnosestellung, um die es in der vorliegenden Untersuchung geht, weist eine Fülle subjektiver Entscheidungen des Untersuchers auf, sodaß bereits die Zuordnung zu einem bestimmten Klassifikationssystem wissenschaftlich schwer vergleichbar ist, weil zu viele unkontrollierbare Variablen in den Prozeß eingehen. Nicht zuletzt ist der interaktive Bereich zwischen Patient und Therapeut eine dieser Variablen.⁴

¹ Vgl. SCHLEE 1988, S. 16.

² Dieses auf PAWLOW, WATSON und SKINNER zurückgehende Modell sieht den Menschen als eine abhängige Variable seiner Umweltgegebenheiten und damit ohne die Möglichkeit zu autonomer Entscheidung, zur Reflexion und Kommunikation. Sein Verhalten ist rein extern determiniert. (Vgl. GROEBEN/SCHEELE 1977, S. 14)

³ Vgl. BUCHHOLZ 1993, KÄCHELE 1992.

⁴ Das Problem des subjektiven Faktors wird im Bereich der empirischen Psychotherapieforschung sowohl in bezug auf die Diagnostik als auch in bezug auf die Therapie in letzter Zeit diskutiert (BUCHHOLZ 1993, KÄCHELE 1992, SCHNEIDER/ FREY-

CANTWELL (1980) setzt sich bei seiner Untersuchung des diagnostischen Prozesses und der diagnostischen Klassifikation in der Kinderpsychiatrie mit den innewohnenden Schwierigkeiten auseinander und zitiert SPITZER (1980), der meint, daß verschiedene subjektive Faktoren, nämlich Informationsvarianz, Beobachtungs- und Interpretationsvarianz und Kriterienvarianz die Reliabilität und Validität von Diagnosen beeinflussen:

"Informationsvarianz ergibt sich aus der Tatsache, daß verschiedene Kliniker, die einen Fall zu diagnostizieren haben, unterschiedliche Arten von Informationen erhalten, auf die sie ihre Diagnose stützen. Beobachtungs- und Interpretationsvarianz taucht auf, wenn Kliniker, auch wenn sie die gleichen Informationen gewinnen und die gleichen Beobachtungen machen, sich in dem unterscheiden, was sie davon erinnern und wie sie das, was sie sehen und hören, interpretieren. Kriterienvarianz ergibt sich, wenn Unterschiede in den Kriterien sind, die Kliniker gebrauchen, um eine bestimmte Diagnose zu erstellen. Wenn z. B. ein Kind eine Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung und impulsives Verhalten zeigt und zusätzlich einige Symptome aus dem Bereich der Verhaltensstörung hat, werden einige Kliniker beide Diagnosen einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität und Verhaltensstörung anwenden. Andere werden nur die Diagnose einer Verhaltensstörung machen und die Symptome der Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität ignorieren. Außerdem gibt es Subjektvarianz und Situationsvarianz, weil ein Patient tatsächlich zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Zustände haben mag und sich zu unterschiedlichen Zeiten unterschiedlich präsentiert. Das führt, technisch gesehen, zu ungenauen Diagnosen, doch liegt dies nicht an unterschiedlichen Einschätzungen der Kliniker, sondern an tatsächlichen Veränderungen beim Patienten."⁵

Die zunehmende Relevanz des subjektiven Faktors gegenüber objektivierbarem Wissen in der sozialwissenschaftlichen Forschung hängt mit der Wandlung des zugrundeliegenden Menschenbildes zusammen. Diese veränderte Einstellung zum Forschungsobjekt beruht auf einer Menschenbildannahme, bei der der Mensch nicht passiv reagiert, sondern bei der er in der Lage ist, mit Hilfe seiner kognitiven Schemata seine Umwelt aktiv zu konstruieren. "Das Individuum ist Handlungssituationen nicht hilflos ausgeliefert, sondern zu selbstbestimmter Planung, Informationsverarbeitung und Steuerung fähig."⁶

BERGER 1990. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen in diesen Arbeiten die interpretativen Akte. Bereits die Zuordnung eines Patienten zu einer ICD- oder DSM-III-R-Diagnose enthält "viele interpretatorische Zwischenschritte, die im Abstraktum einer Globaldiagnose verlorengehen" (BUCHHOLZ 1993, S. 149). Auch CIERPKA 1992 hält eine stärkere Einbindung klinisch-therapeutischen Wissens in die Psychotherapieforschung für notwendig.

⁵ SPITZER 1980, zit. nach CANTWELL 1980, S. 348, eig. Übersetzung, B. D.

⁶ Ulich 1988, S. 863

Sein Handeln ist ein vom Bewußtsein geleiteter zielgerichteter Prozeß,⁷ der sich auf die vom Individuum konstruierten "erklärenden (Subjektiven) Theorien" stützt.⁸

In der Psychologie und in der Pädagogik wird neben dem oben erwähnten behavioristischen Modell mit einem alternativen Modell, dem "Epistemologischen Subjektmodell" gearbeitet. Alternativ zum behavioristischen Persönlichkeitsmodell wird in diesem Modell das gleiche Menschenbild für Forscher und Versuchsperson postuliert. Das Bild eines passiv auf Reize reagierenden Subjekts wird durch das Modell eines Menschen ersetzt, der seine Umwelt aktiv durch die Anwendung seiner kognitiven Schemata konstruiert.

Damit wird die behavioristische Sichtweise umgekehrt.⁹ Der Mensch ist reflexiv, er kann denkend handeln, und sein Handeln ist ein vom Bewußtsein geleiteter zielgerichteter Prozeß, der sich auf die vom Individuum konstruierten subjektiven Theorien stützt.¹⁰ Sein Handeln ist abhängig von seinen internen Gegebenheiten, es ist auf Resultate gerichtet, folgt Motiven und Interessen und basiert konstitutiv auf seiner Fähigkeit zur symbolischen Restrukturierung¹¹. "Menschen bilden und verwerfen (..) Hypothesen, sie entwickeln Konzepte und kognitive Schemata; diese internen Prozesse und Strukturen steuern ihr Handeln"¹². Das Ziel des Forschungsansatzes "Subjektive Theorien" liegt in der Erforschung dieser internen Gegebenheiten.

3.2.2 Subjektive Theorien

Subjektive Theorien beinhalten das Wissen, die Vorstellungen, Auffassungen und Meinungen zu bestimmten Sachverhalten eines Menschen, die für ihn relevant sind. Sie folgen der Logik der Plausibilität und werden nicht systematisch überprüft und an übergeordneten Theorien gemessen. Sie haben den Sinn, Sachverhalte zu erklären, dem Menschen zu helfen, Situationen einzuschätzen und sie zu beurteilen, sich in einer differenzierten Lebensumwelt zu

⁷ Vgl. GROEBEN 1986, S. 62; SCHLEE 1988a, S. 12f.

⁸ GROEBEN/SCHLEE 1977, S. 22f.

⁹ Vgl. ULICH 1988, S. 863.

¹⁰ GROEBEN/SCHLEE 1977, S. 22f.

¹¹ Vgl. SCHLEE 1988, S. 12.

¹² SCHLEE 1988, S. 13

orientieren, Vorhersagen über sie zu machen und ihm Sicherheit in der Interaktion mit seiner Umwelt zu vermitteln.¹³

"Subjektive Theorien" werden gegenüber "Objektiven Theorien" abgegrenzt.¹⁴ Sie sind spezielle kognitive Strukturen mit einer impliziten Argumentationsstruktur, mit Hilfe derer Schlußfolgerungen, Hypothesen über Zusammenhänge und Wenn-Dann-Aussagen möglich werden. Es ist ein mit Konzepten und Verknüpfungen reich ausgestattetes theoretisches System, das der Alltagsmensch der handelnden Person attribuiert, um deren Verhalten zu erklären.¹⁵ Subjektive Theorien beziehen sich auf die erwarteten Eigenschaften von Personen und sollen den Sachverhalt bezeichnen, daß Wahrnehmung und Beurteilung dieser Personen von einer naiven Theorie über bestimmte Eigenschaftszusammenhänge beeinflusst werden.¹⁶

Die zunehmende Relevanz Subjektiver Theorien gegenüber objektivierbarem Wissen in der wissenschaftlichen Diskussion hängt zusammen mit der oben beschriebenen Wandlung des zugrundeliegenden Menschenbildes. Subjektive Theorien sind nach GROEBEN¹⁷ Aggregate von Kognitionen, die sich von dem Konstrukt "Kognition" der Kognitionspsychologen unterscheiden: während diese als einfache Phänomene verstanden werden, z. B. Begriffe, epistemisches oder heuristisches Wissen,¹⁸ werden mit dem Konzept Subjektive Theorien komplexe Aggregate von Konzepten mit impliziter Argumentationsstruktur beschrieben. Dabei verstehen SCHEELE/GROEBEN¹⁹ darunter sowohl deduktiv-analytische Schlußformen als auch solche, die neues "Wissen generieren"²⁰.

Trotz der Abgrenzung von "Subjektiven Theorien" zu "Objektiven Theorien" in der wissenschaftlichen Literatur besteht zwischen beiden doch ein enger Zusammenhang in Form einer Strukturparallelität. Um Subjektive Theorien zu erforschen, müßten in Parallelität zu wissenschaftlichen Theorien inhärente Konzepte wie subjektive Problemstellungen, Konstrukte, Erklärungen und Prognosen erfaßt werden. Dabei erfüllen Subjektive Theorien, weil sie interne

¹³ GROEBEN, N. 1986; GROEBEN/WAHL/SCHLEE/SCHEELE, 1988; BECKER/OLDENBÜRGER/PIEHL 1987, S. 458

¹⁴ GROEBEN 1988; SCHEELE/GROEBEN 1988

¹⁵ LAUCKEN 1974, S. 60

¹⁶ ULICH/MERTENS 1973, S. 99

¹⁷ GROEBEN 1988, S. 17ff.

¹⁸ GROEBEN 1988, S. 18

¹⁹ SCHEELE/GROEBEN 1988, S. 3

²⁰ SCHEELE/GROEBEN 1988, S. 3

psychische Gegebenheiten einer Person sind, im Vergleich zu Objektiven Theorien, die externe, durch intersubjektive Kommunikation von Wissenschaftlern erstellte Strukturen darstellen, "deutlich geringere Explizitäts-, Präzisions- etc. Anforderungen".²¹ Aber "weil Psychisches, also die Inhalte des Erlebens und Bewußtseins, nur dem einzelnen Subjekt direkt zugänglich ist, können darüber subjektive Theorien leichter und auf einer umfassenderen Grundlage ausgebildet werden, als es der Wissenschaft möglich ist. Da außerdem Wissensbestände über psychische und soziale Gegebenheiten für die alltägliche Lebensgestaltung von großer Bedeutung sind, und das Individuum auf einen reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen kann, sind Subjektive Theorien in diesem Bereich zumindest potentiell differenzierter und untereinander in höherem Maße vernetzt als objektive wissenschaftliche Theorien".²² Zwischen beiden Theoriesystemen besteht ein Austausch, und es kann dabei zu Veränderungen der objektiven Theorien kommen, in dem Sinne, daß es zu einer Angleichung der objektiven Theorie an die subjektive kommen muß, um sie für Anwender akzeptabler zu machen. Optimalerweise findet zwischen beiden gegenseitige Kritik statt. Wegen ihrer hohen Rationalität können subjektive Theorien als objektive wissenschaftliche Theorien übernommen werden.²³

GROEBEN beschreibt zwei Fassungen des Konzeptes Subjektive Theorien, eine weite und eine enge. Die weite Fassung umfaßt das Alltagswissen von Menschen, das im Gedächtnis abgespeicherte Abbilder von Ausschnitten aus verschiedenen Bereichen der Umwelt beinhaltet. In diesen weiten Begriff sind einige ähnliche Theorien integrierbar, z. B. die "personal construct"-Theorie: "man - the scientist" oder die "Implizite Persönlichkeitstheorie", die "Naive Verhaltenstheorie" sowie die "Attributionstheorie".²⁴ Der Begriff "Subjektive Theorie" hat sich in der wissenschaftlichen Diskussion durchgesetzt.

Nicht die wissenschaftlich objektiven Theorien, sondern die Subjektiven Theorien bestimmen das Handeln des Menschen.²⁵ Am einem Beispiel therapeutischen Handelns, der Diagnosestellung heißt das, daß nicht die Kenntnis des objektiven Klassifikationsschemas "Borderline" aus dem DSM-III-R das diagnostische Urteil bestimmt, sondern daß die Entscheidung für die Diagnose "Borderline" bestimmt ist durch ein Aggregat von unterschiedlichen Ko-

²¹ SCHEELE/GROEBEN 1988, S. 48, vgl. auch BECKER/OLDENBÜRGER/PIEHL 1987, S. 460.

²² BECKER/OLDENBÜRGER/PIEHL 1987, S. 460

²³ Vgl. SCHEELE 1988, S. 309.

²⁴ Vgl. GROEBEN ET AL. 1988, S. 19-20.

²⁵ Vgl. HECKHAUSEN 1976, S. 6.

gnitionen. Ein wichtiger Bestandteil eines solchen Aggregats sind wissenschaftliche Konzeptionen über diese Störung, ein anderer sind therapeutische Erfahrungen mit ähnlichen Patienten, Erkenntnisse aus Kollegendiskussionen oder charakteristische Interaktionsmerkmale. Die objektive Theorie über die Borderline-Persönlichkeitsstörung an sich hat noch keine handlungsleitende Funktion. Sie muß zu einer subjektiven Theorie geworden sein, wenn sie Relevanz für das therapeutische Handeln mit Funktionen von Erklärung, Prognose, Handlungsempfehlung oder Handlungskompetenz bekommen soll.

3.2.3. Folgerungen für diese Untersuchung

Die klinische Einschätzung eines Patienten ist weder in der Psychiatrie noch in der Psychotherapie eindeutig oder intersubjektiv verbindlich.²⁶ Therapeuten benutzen anerkannte Wissenssysteme wie Neurosenlehre, Psychopathologie, diagnostische Schemata, um sich ein Bild von dem Patienten zu machen. In dieses Bild fließt aber auch ihre bisherige therapeutische Erfahrung - mit anderen oder mit ähnlichen Patienten -, ihre Gewohnheit, auf Patienten zu reagieren, die Fähigkeit, ihre "Gegenübertragung" zu nutzen, im weitesten Sinne ihre persönlichen Eigenheiten im Umgang mit Menschen mit ein. Bereits der interaktive Prozeß der diagnostischen Untersuchung ist auf seiten des Therapeuten m. E. also ein komplexes Zusammenspiel von Wissen auf verschiedenen Ebenen, das er im Akt der Diagnosestellung vereinigt.²⁷

Wenn in dieser Arbeit nach den Einschätzungen von Therapeuten in bezug auf ein bestimmtes Krankheitsbild gefragt wird, dann geht es nicht um die Frage, ob die Kinder, über die sie berichten, "wirklich" an einer Borderline-Störung leiden, oder ob das, was sie für eine Borderline-Störung halten, "tatsächlich" eine solche ist. Es geht stattdessen um die Frage, ob sie ein Bild über Borderline-Störungen bei Kindern haben, das abgrenzbar ist, und das sich mit dem aus der Literatur bekannten Konstrukt vergleichen läßt. DEVEREUX fordert von der Wissenschaft vom Menschen, mit einer komplementaristischen Theorie und Methode Forschung zu betreiben. Er hält es für unerläßlich, ein bereits auf eine Weise erklärtes Verhalten auch im Rahmen eines anderen Bezugssystems auf eine andere Weise zu erklären.²⁸ Erst wenn es gelingt, ein

²⁶ Vgl. BUCHHOLZ 1993, S. 155.

²⁷ BUCHHOLZ spricht im Zusammenhang von therapeutischen Entscheidungen davon, daß es sich dabei um zusammengesetzte Operationen handelt und nennt sie in der Sprache der Musik "Kompositionen" (1993, S. 156). Zum Problem der Diagnose siehe auch STREECK 1983 und SCHNEIDER/FREYBERGER 1990.

²⁸ DEVEREUX 1984

Phänomen von zwei Perspektiven her beschreiben zu können, ist das Phänomen "real". Es ist also zu zeigen, ob das Phänomen "Borderline bei Kindern", das als eine abgrenzbare Einheit in der Literatur beschrieben wird, im Urteil der Therapeuten eine Einheit ist, die eine Struktur hat und sich deutlich von anderen diagnostischen Einheiten abgrenzen läßt. Damit wäre ein Beitrag zur weiteren Entwicklung der Diagnostik und Therapie im Bereich Psychotherapie und Psychoanalyse bei Kindern geleistet.

WERRY (1992) erwähnt in seiner Arbeit über methodologische Probleme der Kinderpsychiatrie "Sind kinderpsychiatrische Störungen klassifizierbar?" eine australische Studie, die meiner Untersuchung vergleichbar zu sein scheint. KISER/PRUITT²⁹ wollen eine breite klinische Taxonomie entwickeln, in die sie sowohl Ergebnisse einbeziehen, die anhand des DSM-III-R gewonnen wurden, als auch solche, die die meisten Kliniker routinemäßig über einen Patienten gewinnen durch die Familie oder Schule. WERRY beschreibt es als einmalig, daß Kliniker verschiedener Professionen mit Forschern in diesem Projekt zusammenarbeiten. Allerdings muß auch dieser kreative Forschungsansatz noch zeigen, daß seine Cluster reliabel sind, daß sie innere Konsistenz haben und daß sie extern valide sind.³⁰

WERRY beschäftigt sich auch mit der Art der Erhebung von Forschungsdaten. Er nennt kritische Stimmen zu strukturierten und semistrukturierten Interviews und plädiert dafür, neben den traditionell erhobenen Daten auch Informationen von Eltern und Lehrern über das Kind und besonders Informationen vom Kind selbst über seine Krankheit in die Erhebungen mit einzubeziehen.³¹

Mein eigener Ansatz versucht, die vielfältigen diagnostischen Modelle (DSM-III-R, neuere Literatur zu Borderline-Störungen bei Kindern) anhand klinischer Erfahrungen von Therapeuten unterschiedlicher Profession zu überprüfen und auf dieser Grundlage zu einer Neuformulierung des Konzeptes zu kommen.

²⁹ mündliche Mitteilung an WERRY, vgl. WERRY 1992.

³⁰ WERRY 1992, S. 474

³¹ Werry weist auf unterschiedliche Forschungsergebnisse hin: RUTTER ET AL. 1970 und RUTTER 1976 bemerken, daß Kinder im Gegensatz zu Adoleszenten wenig dem hinzuzufügen haben, was Erwachsene über sie berichten. Im Gegensatz dazu ergeben neue Forschungsergebnisse über Depression und Angststörungen bei Kindern, daß die Stützung auf Berichte von Erwachsenen zu großer Unterschätzung einer Dysphorie im Kindesalter und in der Adoleszenz führen kann (KAZDIN 1987).

3.2.4 Das Instrument

Es wurde aufgrund der neueren relevanten Literatur³² ein ausführlicher vier-seitiger "Fragebogen zum Borderline-Syndrom"³³ entwickelt. Er enthält Fragen nach folgenden Bereichen:

a) psychosoziale Daten der Patienten und ihrer Familien

- Geschlecht,
- Alter,
- Beruf der Eltern,
- Geschwister,
- Aufenthalt (bei leiblichen Eltern, einem Elternteil, Adoptiveltern, Heim),
- psychische Auffälligkeiten bei Geschwistern,
- psychische Erkrankungen bei Eltern oder Großeltern;

b) traumatische Ereignisse und Erkrankungen der ersten drei Lebensjahre

- körperliche Mißhandlungen,
- Hinweise auf sexuellen Mißbrauch,
- erwünscht/unerwünscht von Mutter/Vater,
- Krankheiten, organische Beeinträchtigungen, traumatische Ereignisse in den ersten drei Lebensjahren;

c) ausführliche Charakteristik der Symptomatik (50 Items)³⁴

- wechselnde Ebenen des Entwicklungsniveaus,
- Umgang mit Angst,

³² Insbesondere BEMPORAD et al. 1981; BEMPORAD et al. 1982; BENTIVEGNGA et al. 1985; BRADLEY 1981; CHETHIC 1979; COHEN et al. 1983; GREENMAN et al. 1986; GUALTIERI et al. 1983, 1987; KERNBERG, P. F. 1982, 1983, 1990; KESTENBAUM 1983; LICHTENBERG 1990; MARCUS et al. 1983; OGATA et al. 1990; PALOMBO 1985; PETTI 1983; PETTI/VELA 1990; PINE 1974, 1983, 1986; SHAPIRO 1983, 1990; TREFFERS/MEIJER 1989; VELA et al. 1983; VERHULST 1984; WENNING 1990.

³³ Er ist im Anhang abgedruckt.

³⁴ Bei der Auswahl und der Formulierung der Items wurde berücksichtigt, daß eine diagnostische Klassifikation auf beobachtbaren Fakten und nicht auf Konzepten beruhen und die Symptomatik operational beschrieben werden sollte. (Vgl. RUTTER 1965 und RUTTER ET AL. 1975) Es wurde weitgehend auf metapsychologische Sprache verzichtet, um nicht durch die Art der Formulierung Mißverständnisse zu begünstigen, die die Güte der erhobenen Daten beeinflussen könnten. Auf diese Weise ist auch die Möglichkeit der Bearbeitung des Fragebogens durch Therapeuten verschiedener Fachrichtungen möglich.

- Umgang mit Aggressivität,
- Umgang mit Frustrationen,
- Umgang mit Gefühlen,
- Beziehungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen,
- biologische Beeinträchtigungen,
- Traumata in der Frühgenese,
- Selbststörung,
- Umgang mit der Realität.

Diese 50 Items auf einer vierstufigen Skala sind das Kernstück des Fragebogens; sie beziehen sich auf verschiedene Aspekte der Borderline-Persönlichkeit.

Kriterien bei der Konstruktion der Items. Die Anordnung der Items im Fragebogen erfolgte nicht durch eine Gruppierung inhaltlich zusammengehöriger Items, weil damit zwar eine gute Strukturierung, aber auch die Gefahr von Halo-Effekten³⁵ entstehen könnte. Ich entschied mich für eine Variation der Reihenfolge der Items, um unbewußten Antworttendenzen zu begegnen und wenig Rückschlüsse auf eine implizit vorhandene Struktur zuzulassen.

Hinsichtlich der Anzahl der Items mußte eine Abwägung zwischen einem umfassenden Forschungsinteresse und der Kooperationsbereitschaft der befragten Kollegen stattfinden, die bei einer Überlänge infrage gestellt gewesen wäre. Bei den Ankreuzskalen wurden die beiden Endpunkte mit den Bezeichnungen "stimmt" und "stimmt nicht" versehen, sodaß den Beurteilern eine deutliche Zuordnung ihrer Antworten möglich war.

Eine weitere Entscheidung war in bezug auf die Polung der Items zu treffen: Unipolare Items können auf verschiedene Weise formuliert werden, sodaß entweder nach der positiven oder aber nach der negativen Ausprägung eines Items gefragt wird. (Er/sie kann keine Gefühle äußern. Er/sie kann Gefühle äußern.) Wenn die Items immer positiv formuliert werden, kann die Tendenz der "einseitigen Beantwortung" bestehen, wo der Beurteiler automatisch immer "stimmt" ankreuzt. Bei durchgehend negativer Formulierung könnte sich der umgekehrte Effekt ergeben. Die unterschiedliche Polung der Items ist jedoch auch nicht unproblematisch, weil sich hier pragmatische Probleme mit

³⁵ Der sogenannte "Halo-Effekt" beschreibt den Einfluß, den die Beantwortung vorangegangener Fragen auf die nachfolgenden hat. Weitere unbewußte Verfälschungen lassen sich unter der Bezeichnung "Response-Sets" zusammenfassen, womit z. B. die Tendenz zur eher positiven oder negativen Einschätzung und die Bevorzugung von Mittel- oder Extremwerten gemeint ist. Vgl. KRIZ/LISCH 1988, S. 16f.; LÖSEL 1988, S. 309f.

doppelten Verneinungen ergeben können. Oder es kann eventuell ein Gewöhnungseffekt auftreten, sodaß nach einer Reihe von mit "stimmt" beurteilten ein negativ gepoltes Items falsch angekreuzt wird. Das kann besonders leicht dann geschehen, wenn aus den Skalenbezeichnungen "stimmt" und "stimmt nicht" die positive oder negative Beurteilung nicht hervorgeht. Trotz dieser Schwierigkeiten entschied ich mich für eine unterschiedliche Polung der Items. (Zu Auswertungszwecken wurden sie später für die inhaltliche Bearbeitung umgepolt.)

Die Entscheidung für die Anzahl der Skalenstufen geschah nach folgenden Gesichtspunkten: Bei einer Ratingskala müssen dem Beantworter mehrere Möglichkeiten zum Ankreuzen gegeben werden, wobei man die Anzahl der Skalenstufen vom Inhalt der Items abhängig machen sollte. Ich wählte vier Skalenstufen, weil jedes Item nach einer differenzierten Antwort verlangte und eine ja/nein Antwort nicht möglich war. Eine noch feinere Skalierung könnte die Gefahr bergen, gar nicht so stark vorhandene Unterschiede künstlich zu erzeugen und damit Artefakte zu schaffen. Die Trennschärfe der Kategorien nimmt nach einer Untersuchung von SIEVERS³⁶ bei mehr als vier Kategorien ab. Mit der Anzahl von vier Skalenstufen provoziert man den Beurteiler dazu, eine Antwort zu wählen, die entweder der positiven Seite oder der negativen Seite angehört, weil kein neutraler Mittelwert vorhanden ist. Damit erzeugt man in jedem Fall Tendenzaussagen. Wenn allerdings tatsächlich eine Unentschiedenheit beim Beantworter in bezug auf ein Item vorliegt, besteht auch hier die Gefahr der Erzeugung eines Artefakts. Diese Gefahr erschien mir geringer als die Gefahr des Ausweichens vor einer Entscheidung, indem die mittlere Antwortmöglichkeit bei einer ungeraden Anzahl von Skalen gewählt würde.³⁷

Itemgenerierung. Die Items wurden aus der relevanten Literatur zusammengestellt. Es wurden sowohl die traditionellen psychoanalytischen Konzepte über Borderline-Störungen bei Kindern berücksichtigt als auch neuere Forschungen z. B. zum Zusammenhang von neurokognitiven Defiziten und Borderline-Störungen. Die Formulierung erfolgte deskriptiv, und es wurde weitgehend auf psychoanalytische Fachsprache verzichtet, um nicht durch die Art der Formulierung Mißverständnisse zu begünstigen, die die Güte der erhobenen Daten beeinflussen könnten. Lediglich das Item "Er/sie neigt zu Spaltungen" beinhaltet das psychoanalytische Abwehrkonzept und konnte

³⁶ SIEVERS 1990, S. 197ff.

³⁷ Vgl. MUMMENDEY 1987, S. 56f.; SIEVERS 1990, S. 185.

nicht deskriptiv ohne einen Verlust an Substanz ausgedrückt werden. Die Frage, ob die Items das abbilden, was intendiert war bei der Konstruktion, also die Frage der Inhaltsvalidität, wurde in einer Vorbefragung mit 12 Therapeuten geprüft. Danach wurden einige Korrekturen durchgeführt.

d) neurotische oder psychosomatische Symptome sowie gesunde Anteile, die zum Verständnis des Kindes wichtig sind

- verbale Nennungen;

e) Therapieverlauf³⁸

- ambulante oder stationäre Behandlung,
- Frequenz,
- Dauer der Behandlung,
- Abschluß / Abbruch,
- Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten,
- bevorzugte Abwehrmechanismen,
- Feststellung der Diagnose,
- Ergebnis der Behandlung;

f) Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus

- Abdruck der GAF-Skala aus dem DSM-III-R.

3.3 Durchführung und Auswertung

³⁸ Dieser Teil des Fragebogens zum Therapieverlauf ist nicht Gegenstand der folgenden Auswertung, sondern wird Gegenstand einer separaten Veröffentlichung sein.

Der Fragebogen wurde an alle analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und an alle kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland mit der Bitte verschickt, ein 5- bis 14-jähriges Kind mit der Diagnose "Borderline-Syndrom", das "in der letzten Zeit" untersucht oder behandelt wurde, zu charakterisieren.¹

Von den ca. 900 ausgesandten Fragebögen wurden 205 ausgefüllt zurückgesandt; von ihnen kamen 191 für die gewählte Altersgruppe in Frage und wurden in die Auswertung einbezogen. Der Rücklauf von mehr als 20 % ist erfreulich hoch angesichts der Tatsache, daß es sich um ein eher seltenes Krankheitsbild handelt und das Ausfüllen des Fragebogens einen zeitlichen Aufwand von bis zu 60 Minuten erforderte.

Aufbereitung der Daten. Die Daten der Fragebögen wurden mit dem Datenbankprogramm dBASE IV transkribiert.² Dies ermöglichte eine erste Übersicht. Die Antworten zu den qualitativen Antworten konnten damit übersichtlich ausgedruckt werden. Sie wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und zu Kategorien verdichtet.³ So wurden beispielsweise die mehr als 60 Nennungen zur Frage nach psychiatrischen Erkrankungen in der Familie in fünf Gruppen kategorisiert oder annähernd 100 unterschiedliche Traumata in 31 Kategorien gebündelt, die dann noch einmal in drei Variablen (Behinderungen, Krankheiten, gestörte Beziehungen) zusammengefaßt wurden.

Statistische Auswertungen. Alle quantifizierbaren Daten wurden sodann exportiert und mit den Statistikprogrammen SPSS PC+⁴ und BMDP⁵ weiterverarbeitet. Über die Berechnung von deskriptiven Statistiken (Mittelwert, Standardabweichung, Modalwert, Median, Verteilungsstatistiken) sowie T-Tests und nicht-parametrischen Verfahren für Mittelwertvergleiche hinaus wurden Korrelations- und Faktorenanalysen über die 50 Items zur Symptomatik gerechnet.

In einem nächsten Analyseschritt wurden die Daten der 191 Probanden Clusteranalysen unterzogen, um Untergruppen von Borderline-Patienten zu identifizieren.

¹ Vgl. das Anschreiben im Anhang.

² dBase-Variablen-Liste im Anhang

³ Darauf wird bei der Darstellung der Daten näher eingegangen.

⁴ SUPERIOR PERFORMING SOFTWARE SYSTEMS; früher: Statistical Package for the Social Sciences

⁵ BMDP STATISTICAL SOFTWARE

Schließlich wurden eine Reihe von Korrelationsanalysen zum Geschlechtsgruppen-Vergleich und zur Veränderungen der Symptomatik über die Altersstufen gerechnet.

3.4 Ergebnisse

3.4.1 Psychosoziale Daten

Geschlecht. 191 Probanden wurden in die Analyse einbezogen.¹ Davon waren 126 Jungen (66 %) und 65 Mädchen (34 %).

Alter. Das Durchschnittsalter betrug 9,8 Jahre. Die Altersverteilung zeigt die folgende Tabelle 3.1.4

Tabelle 3.4.1.a: Alter der Probanden

	Häufigkeit	Prozent	kumuliert Prozent
5 Jahre	8	4,2	4,2
6 Jahre	13	6,9	11,1
7 Jahre	24	12,7	23,8
8 Jahre	20	10,6	34,4
9 Jahre	31	16,4	50,8
10 Jahre	20	10,6	61,4
11 Jahre	13	6,9	68,3
12 Jahre	22	11,6	79,9
13 Jahre	20	10,6	90,5
14 Jahre	18	9,5	100,0
keine Angabe	2		
Summe	191	100,0	

Geschwister. 62 (32,5 %) der Probanden waren Einzelkinder, 70 (36,6 %) hatten Bruder oder Schwester, 41 (21,5 %) hatten zwei Geschwister, 16 (8,3 %) drei oder mehr Geschwister.

Eltern. Das Durchschnittsalter der Väter betrug 40,2 Jahre, das der Mütter 36,7 Jahre.

Berufe. Der Beruf des Haushaltsvorstandes soll als Sozialschichtmerkmal dienen. Ich habe die Einteilung von FRIEDRICH u. a. (1992) übernommen, die ich um die Kategorie "Hausfrau" erweiterte, weil das eine häufig genannte Kategorie bei den Berufen der Mütter ist. Wenn beim Beruf der Mutter eine Doppelnennung erfolgte, z. B. Hausfrau/Angestellte, dann wurde der erlernte Beruf kodiert.

¹ Von den insgesamt 206 Fällen wurden 15 Fälle nicht berücksichtigt, weil sie die vorgegebene Altersgrenze (14 Jahre) überschritten hatten.

Tabelle 3.4.1.b: Beruf der Eltern

	<i>Beruf des Vaters</i>		<i>Beruf der Mutter</i>	
	in %		in %	
keine Ausbildung	9	4,7	19	9,9
Hausfrau	48	25,1		
Facharbeiter/in	64	33,5	47	24,6
Angestellte/r	28	14,7	34	17,8
Selbständige/er Handwerker/in	10	5,2	2	1,0
Akademiker/in	51	26,7	34	17,8
keine Angabe	29	15,2	7	3,7

Aufenthalt der Probanden. Auf die Frage, wo der Patient/die Patientin derzeit lebt, antworteten die Therapeuten wie folgt:

Tabelle 3.4.1.c: Aufenthalt der Patienten

<i>Patient/in lebt derzeit bei:</i>	Häufigkeit	Prozent
leiblichen Eltern	68	35.6
einem Elternteil	56	29.3
Adoptivfamilie	18	9.4
Heim	19	9.9
Elternteil+ Partner	18	9.4
Pflegefamilie	9	4.7
sonstwo ²	3	1.6
Summe	191	100.0

Erwünscht / unerwünscht.

² Im Fragebogen waren weniger Möglichkeiten angegeben: bei seinen leiblichen Eltern, bei einem Elternteil, bei Adoptiveltern oder im Heim. Unter "Sonstiges" wurden folgende Lebenssituationen genannt: Mutter mit neuem Partner (auch Adoptivvater oder Freundin) (20 mal), Pflegefamilie (8 mal), Psychotherapeutisches Heim (5 mal), Großeltern (2 mal), Eltern, die jedoch getrennt sind, Pflegemutter, die geschieden ist, Vater mit Partnerin, Adoptivmutter, die geschieden ist, Internat.

Aus diesen Nennungen wurden drei neue Variablen gebildet: Elternteil (meist Mutter mit Partner), Pflegefamilie, Sonstige (Pflegermutter geschieden, Adoptivmutter geschieden, Mutter und Partnerin).

Tabelle 3.4.1.d: Akzeptanz durch die Eltern

Patient/in erwünscht	von Mutter in %		von Vater in %	
ja	110	57,6	83	43,5
nein	62	32,5	78	40,8
ambivalent	10	5,2	13	6,8
keine Angabe	9	4,7	17	8,9

Psychische Störungen bei Eltern und Großeltern³

Borderline-Kinder kommen aus Familien, in denen die Eltern und/oder Großeltern an schweren psychogenen Erkrankungen leiden: In der Hälfte der Familien gibt es neurotische Erkrankungen bzw. Persönlichkeitsstörungen, ein Viertel der Kinder kommt aus Familien mit einer Suchterkrankung, auch affektive Erkrankungen, Dissozialität und Psychosen sind häufig. Bei einem Viertel der Fälle sind dem Therapeuten keine psychogenen Erkrankungen der Eltern oder Großeltern bekannt. Wahrscheinlich handelt es sich hier um die fremd untergebrachten Kinder, bei denen häufig keine Informationen über die Ursprungsfamilien vorliegen. Weniger als 1 % der Familien ist ohne Befund. Dagegen gibt es in vielen Familien Mehrfacherkrankungen.

Die Fülle der berichteten Erkrankungen wurden wie folgt zusammengefaßt:

Suchterkrankungen

- Alkoholismus,
- Rauschgiftabhängigkeit,
- Medikamentenabhängigkeit;

Dissozialität

- Mord,
- Aggressionen,
- Impulshaftigkeit,
- Zerrüttung,
- Suizid,
- Weglaufen,

³ Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die Fragen nach psychiatrischen und psychogenen Erkrankungen bei Eltern und Großeltern. Die Antworten auf die Frage nach psychischen Auffälligkeiten bei Geschwistern sind so sporadisch, daß sie nicht weiter ausgewertet wurden. Gründe für die fehlenden Angaben sind vermutlich der hohe Anteil von Einzelkindern sowie die relativ häufige Trennung von ihren Ursprungsfamilien.

- Nichtseßhaftigkeit,
- soziale Auffälligkeit,
- sexueller Mißbrauch;

Psychosen

- Schizophrenie,
- organische Psychosen,
- Realitätsverlust;

Affektive Erkrankungen

- Depression,
- Manie;

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, somatische Erkrankungen

- Narzißmus,
- Kontaktstörung,
- Borderline-Störung,
- Zwangsneurose,
- Angstneurose,
- Frühstörung,
- Hypochondrie,
- Adipositas,
- Anorexie,
- Bulimie,
- Schluckbeschwerden,
- Herzneurose,
- Migräne,
- Asthma,
- Kreislaufbeschwerden,
- Morbus Crohn,
- Spielsucht.

Die beiden Variablen "psychiatrische Erkrankungen bei Eltern oder Großeltern" und "psychogene Erkrankungen bei Eltern oder Großeltern" wurden zusammengefaßt, da die beiden Kategorien psychiatrisch und psychogen von den Beantwortern nicht deutlich genug unterschieden wurden und die Antworten nicht einheitlich waren .

Tabelle 3.4.1.e: *Psychische Erkrankungen bei Eltern oder Großeltern*⁴

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, somatische Erkrankungen	47,6 %
Suchterkrankungen	24,1 %
Affektive Erkrankungen	17,8 %
Dissozialität	14,1 %
Psychosen	12,0 %
dem Therapeuten unbekannt	25,7 %
Familien ohne Befund	0,7 %

Die Sozialdaten im Vergleich

Um die besondere soziale Situation der Probanden zu verstehen, und um entscheiden zu können, ob es sich um eine Gruppe von Patienten mit besonderen Merkmalen handelt, sollen die sozialen Daten verglichen werden mit entsprechenden Daten aus dem Zentrum für Einzel- und Familienberatung in Seesen (ZEF) und der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Göttingen.⁵ Das Zentrum für Einzel- und Familienberatung ist in einer Kleinstadt mit ländlichem Einzugsbereich angesiedelt, die Poliklinik in einer kleineren Großstadt. Die beiden Institutionen werden von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern in Anspruch genommen, die an Störungen im psychischen, psychosomatischen und neurokognitiven Bereich leiden.

In die vorliegenden Untersuchung wurden alle Kinder zwischen 5 und 14 Jahren aufgenommen, die in den Jahren 1990 und 1991 in den beiden Institutionen untersucht, beraten oder behandelt worden sind. Es sind 990 Kinder aus der Poliklinik und 224 Kinder aus dem Zentrum für Einzel- und Familienberatung.

Der Vergleich des familialen Hintergrundes der "Borderline-Stichprobe" mit den Kindern aus dem Zentrum für Einzel- und Familienberatung und der Poliklinik soll die Frage beantworten, ob es sich bei den Borderline-Kindern um eine Gruppe mit besonderen sozialen Merkmalen handelt. Diese Charakterisierung der Probanden im Vergleich mit zwei unterschiedlichen Po-

⁴ in Prozent der Fälle; Mehrfachnennungen möglich

⁵ Ich danke dem Leiter, Herrn Prof. Dr. F. SPECHT, sowie Herrn OA Dr. C. HÖGER für die freundliche Unterstützung bei der Beschaffung der Daten aus der Poliklinik, und der Leiterin des Zentrums für Einzel- und Familienberatung Seesen, Frau Dipl.-Psych. G. FELDMANN-BANGE, sowie Herrn S. JÜRGENLIEMK für die freundliche Hilfe bei der Datenbeschaffung aus Seesen.

pulationen soll erfolgen, bevor die weiteren Daten der Untersuchung empirisch überprüft werden.

Tabelle 3.4.1.f: Verteilung nach Geschlecht (in Prozent):

	männlich	weiblich
Borderline	66 %	34 %
ZEF	64 %	36 %
Poliklinik	71 %	29 %

Die Geschlechtsverteilung bei der Borderline-Gruppe unterscheidet sich nicht wesentlich von den beiden Vergleichsgruppen. Der höhere Jungenanteil aus der Poliklinik erklärt sich vermutlich aus der größeren Inanspruchnahme aggressiv und impulsiv agierender Patienten in einer Psychiatrie. Bei dieser Gruppe ist der Anteil der Jungen höher.

Tabelle 3.4.1.g: Geschwisterzahl

	0	1	2	3	4
Borderline	32 %	37 %	21 %	5 %	4 %
ZEF	20 %	43 %	23 %	10 %	3 %
Poliklinik	21 %	48 %	18 %	6 %	3 %

Der Vergleich der Geschwisterzahl zeigt eine signifikant größere Zahl von Einzelkindern in der Borderline-Gruppe. Bereits bei zwei Kindern sind die Unterschiede der verschiedenen Gruppen ausgeglichen. Der Unterschied in der Anzahl der Einzelkinder hängt vermutlich mit der instabilen Lebenssituation zusammen, aus der diese Kinder häufig kommen, wie weiter unten gezeigt werden wird.

Tabelle 3.4.1.h: Aufenthaltsort der Kinder

	Eltern	Elternteil	Fremden
Borderline	36 %	39 %	24 %
ZEF	64 %	30 %	5 %
Poliklinik	69 %	21 %	8 %

Borderline-Kinder leben signifikant häufiger als die Kinder aus dem Zentrum für Einzel- und Familienberatung oder der Poliklinik außerhalb ihrer Herkunftsfamilien. Sie haben also häufiger Trennungen von ihren primären

Bezugspersonen und von ihrer Wohnumgebung erlebt als die anderen Kinder. Diesen Trennungen sind in der Regel bedeutsame Ereignisse wie Tod der Eltern, Dissozialität, Unfähigkeit zur Erziehung, Mißhandlung oder sexueller Mißbrauch, vorausgegangen.

3.4.2 Traumata und Belastungen in der Vorgeschichte

Mißhandlungen und sexueller Mißbrauch. Bei 34 % der Borderline-Kinder gibt es Hinweise auf körperliche Mißhandlungen. Bei 18 % der Borderline-Fälle gibt es Hinweise auf sexuellen Mißbrauch.¹ Bei beiden Zahlen muß man - anders als bei erwachsenen Patienten - mit einer hohen Dunkelziffer rechnen.

Traumatische Ereignisse. Auf die Frage² nach Krankheiten, organischen Beeinträchtigungen oder traumatischen Ereignissen in den ersten drei Lebensjahren gab es seitens der befragten Therapeuten insgesamt 92 unterschiedliche Nennungen, die bei der Mehrzahl der Kinder als Mehrfachbelastungen auftraten:

gestörte Beziehungen in 80 % der Fälle:

- Trennungen: Trennung von Eltern durch deren Tod, Krankenhausaufenthalte der Eltern oder des Patienten, Haftaufenthalt des Vaters,
- Deprivationen,
- Trennung/Scheidung der Eltern,
- Wechselnde Bezugspersonen bei Heimaufenthalt, Krankenhausaufenthalt, häufig wechselnde Betreuungspersonen,
- Tod: Tod von nahen Angehörigen, Suizid der Eltern,
- Isolation: soziale Isolation, Armut, Vernachlässigung, Verwahrlosung, unzuverlässige Versorgung, Unterversorgung, Vereinsamung, keine Außenkontakte,
- Kinderkrippe,
- Streit: schwerer Streit in der Familie oder zwischen den Eltern, Kampf der Eltern um das Kind,

¹ Bei den folgenden Daten sind die Borderline-Kinder nicht mehr mit den Kindern aus dem ZEF und der Poliklinik zu vergleichen, weil die Daten der Institutionen unter anderen Fragestellungen erhoben wurden.

² Die Frage lautete wörtlich: "Er/sie hat in den ersten drei Lebensjahren an folgenden Krankheiten, organischen Beeinträchtigungen, traumatischen Ereignissen im familialen Umfeld gelitten:"

- Ortswechseln: Wohnortwechsel, Sprachwechsel durch Umzug in ein fremdes Land,
- Geschwister: Zwilling, extreme Geschwisterrivalität, behinderte Geschwister;

Erkrankungen in 38 % der Fälle

- Ernährung: Mangelernährung, Eßstörung, Erbrechen, Überernährung,
- Luxationen: Hüftgelenkluxation, Gipsbett, Beinschienen, Sichelfüße,
- Hypermotorik: Hypermotorik, auffällige oder gestörte Motorik, Jactatio, cerebrale Bewegungsstörungen,
- Geburt: Frühgeburt, Brutkasten, schwere Geburt, Saugglocke, Kaiserschnittentbindung, Risikoschwangerschaft, Cerclage,
- Hautkrankheiten: Neurodermitis, Ekzem, Schuppenflechte,
- Allergien
- Infektionen: Infektionskrankheiten, Mittelohrentzündung, Meningitis,
- Magen-Darm-Erkrankungen: Gastroenteritis, Stomatitis, Pylorospasmus,
- Krankheit der Eltern: Depression, Psychose, chronische Erkrankung eines Elternteils, Epilepsie, Drogenabhängigkeit,
- Alkoholismus: Alkoholkrankung der Eltern,
- Klinikaufenthalte der Patienten wegen Operation, Frühgeburt, Heroinentzug nach der Geburt, Unfall,
- Voitergymnastik,
- Schlafstörungen, Pavor nocturnus,
- Operationen: Phimoseoperation, Polypenoperation,
- Krupp-Husten, Asthma, spastische Bronchitis;

Mißhandlungen in 34 % der Fälle

- Mißhandlungen des Patienten oder der Mutter,
- Schreien, Wutanfälle mit stundenlangem Schreien;

Behinderungen in 19 % der Fälle

- Sprachschwierigkeiten,
- Mißbildungen, Behinderungen, Turmkopf, Alkoholembryopathie, Großwuchs, Achondroplaxie, fehlender Haarwuchs,
- Sehstörung, Hörstörung;

sexuelle Mißhandlungen in 18 % der Fälle

Nach Häufigkeiten aufgeschlüsselt (in Prozent der Fälle), wurden folgende Aussagen von den Therapeuten als besonders traumatisch für den Patienten eingeschätzt:

Tabelle 3.4.2: Risiken und Belastungen

Trennungen von den Eltern	24 %
Erkrankungen der Eltern	21 %
Trennung der Eltern	21 %
wechselnde Bezugspersonen	21 %
heftiger Streit	19 %
Klinikaufenthalte	17 %
soziale Isolation der Familie	14 %
häufige Infektionskrankheiten	12 %
Umzug und/oder Sprachwechsel	12 %
Alkoholismus in der Familie	11 %
Frühgeburt	10 %

Die verschiedenen Traumata sind den Risikovariablen für die Entstehung psychogener Erkrankungen von Erwachsenen ähnlich, die DÜHRSEN (1984) in einer empirischen Untersuchung feststellte: Geburtsstatus, Alter und Gesundheit der Eltern, Stellung in der Geschwisterreihe, Verlust wichtiger Bezugspersonen, sozioökonomische Belastungen der Familie, hohe Konflikthaf-tigkeit.

In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis der epidemiologischen Studie von TRESS (1986) bedeutsam, der bei in der Kindheit hoch risikobelasteten Er-wachsenen nach protektiven Faktoren suchte und zwei entscheidende Bedin-gungen der Vorschulzeit fand, die vor späterer psychogener Erkrankung schützen: Es sind die enge Bezogenheit des Kindes auf eine geliebte und lie-bende Person, die während der überwiegenden Zeit des Vorschulalters verläß-lich erreichbar sein muß, und das Fehlen des Vaters."³ Der letztere Faktor bietet vermutlich dem Kind Schutz vor destruktiven familiären Streitigkeiten, wie sie bei Borderline-Kindern häufig sind. Diese protektiven Faktoren treffen bei Borderline-Kindern nicht zu: Ihre Beziehungssituation ist gekennzeichnet durch heftigen Streit und häufigen Wechsel der Beziehungspersonen.

Die Fülle von traumatisierenden Erfahrungen schlägt sich nieder in einer viel-fältigen Symptomatik, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden soll.

³ TRESS 1988, S. 172

3.4.3 Symptomatik

3.4.3.1 Von den Therapeuten genannte Symptome

Die Therapeuten wurden (ohne Vorgaben meinerseits) gefragt, an welchen neurotischen oder psychosomatischen Symptomen der Patient/die Patientin leide. Die vielfältigen Nennungen (wörtlich transkribiert) wurden nach der Häufigkeit ihrer spontanen Nennungen wie folgt zusammengefaßt:¹

- *Aggressionen (56 % aller Fälle)*: Gewalttätigkeit, aggressiv ungesteuertes Verhalten, Impulssteuerungsschwäche, Zerstörungen, Durchbrüche, Machtkämpfe, Distanzlosigkeit, Sachbeschädigungen, Kontrollverlust, Schlägereien, Verweigerungshaltung, narzißtische Wut, Wutanfälle, Tierquälereien, sadistische Tendenzen, Geschwisterrivalität, Verweigerungshaltung, Affektdurchbrüche, Tiere töten, Verfolgungssucht, Kämpfe um Unabhängigkeit und Autonomie, aggressive Verhaltensstörung, keine Affektkontrolle, Raselei, quälen, Freude am Leid der anderen, manische Stimmung mit destruktiven Impulsen, maßlose Körperattacken;
- *Beziehungsstörung (42 %)*: Beziehungslosigkeit, Bindungsunfähigkeit, aggressives Kontaktverhalten, Beziehungsängste, Außenseiter, Distanzlosigkeit, Soziophobie, nicht gruppenfähig, Nähe-Distanz-Regulation gestört, autistische Züge, kontrollierend;
- *Ängste (39 %)*: Pavor nocturnus, Alpträume, florierende Ängste, Dysmorphophobie, Anklammerung, Panikzustände, Angst vor: Einbrechern, Hexen, Dunkelheit, Gespenstern, Mißerfolg, Nähe, Krieg, Spinnen, Beziehung, Trennung, Einschlafen, Vergiftung, Verletzung, Tod;
- *Lern- und Leistungsstörung (34 %)*: Konzentrationsstörung, Schulleistungsstörung bei hoher Intelligenz, Leistungsversagen, Schulversagen, Teilleistungsstörung, Schulschwänzen, Schulverweigerung;
- *Autoaggressionen (22 %)*: Suizidgedanken, Masochismus, Unfälle, Selbstverletzungen, Nagelhaut beißen, beißen an Händen und Füßen, eigene Haare abschneiden, Haarausreißen, Aufkratzen der Wangenhaut, Zähneknirschen, latent suizidaler Umgang mit Diabetes mellitus, Ekel vor sich selbst, Manipulationen, Aufsuchen gefährlicher Situationen;
- *Enuresis (21 %)*,

¹ in Klammern: die Häufigkeit der Fälle in Prozent

- *Depressionen (19 %)*: massive Stimmungsschwankungen, unstillbares Weinen, Stimmungslabilität, Langeweile, immer unzufrieden;
- *auffällige Motorik (16 %)*: Hypermotorik, Hyperaktivität, bizarre Körperbewegungen, multiple Tics, Jactatio, Verlangsamung, motorische Unruhe, Ruhelosigkeit, Zittern der Hände;
- *Dissozialität (16 %)*: Stehlen, Lügen, Fortlaufen, fehlendes Über-Ich, Clownerie, Verwahrlosung, psychosoziale Auffälligkeit;
- *Eßstörung (14 %)*: Anorexie, Adipositas, Trinksucht, enorme Gier;
- *Schlafstörung (13 %)*,
- *Sprachstörung (11 %)*: undeutliche Sprache, Stottern, Mutismus, Sprachentwicklungsverzögerung, retardierte Sprache;
- *regressives Verhalten (9 %)*: anklammerndes Verhalten, Rückzug in die Phantasiewelt, Daumenlutschen, retardierte Gesamtentwicklung, kleinkindhaftes Verhalten, Unselbständigkeit;
- *übermäßige Phantasietätigkeit (9 %)*: Pseudologia Phantastica, Chaosphantasien, Katastrophenphantasien, Wegträumen, Phantasie und Realität sind nicht deutlich voneinander getrennt, Größenphantasien, Tagträume;
- *Schmerzzustände (8 %)*: Migräne, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Kreuzschmerzen, Bauchschmerzen;
- *Selbstwertstörung (7 %)*: will immer im Mittelpunkt stehen, Mittelpunktverhalten;
- *Infekte (7 %)*,
- *Ekzem, Neurodermitis (6 %)*,
- *Frustrationsintoleranz (6 %)*,
- *Zwänge (6 %)*,
- *auffälliges Sexualverhalten (5 %)*: exzessives Onanieren, Exhibitionismus, sexuelle Attacken auf Mutter, sexuell auffälliges Verhalten;
- *psychotische Episoden (4 %)*: dissoziierte Ich-Zustände, Wahnvorstellungen, Abspaltung der Realitätswahrnehmung, paranoide Reaktion, Realitätsverfremdung, Absence-artige Dämmerzustände, Größenwahn;
- *Identitätsstörung (2 %)*,
- *Überangepaßtheit (1 %)*,
- *Alkoholabusus (1 %)*,
- *Nikotinabusus (1 %)*,
- *Enkopresis (1 %)*,
- *Allergie (1 %)*,
- *Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (1 %)*,
- *Sehstörung (0,5 %)*,
- *Hörstörung (0,5 %)*;

- *sonstige Symptome*: Schwankungen im emotionalen Bereich, neurotische Gehemmtheiten, Hypertonie, somatische Beschwerden, Verhaltensstörungen, psychogene Anfälle, Konversionssymptome (Globus, Schwindel, Ohnmacht), Asthma, Tachykardie, Hysterie, vegetative Beschwerden, Harn-drang, übermäßiges Schwitzen, vegetative Dystonie, Spielsucht.

Die Probanden zeigen eine äußerst vielfältige Symptomatik, die im Bereich der destruktiven Aggressivität durch die Menge der genannten unterschiedlichen Ausdrucksformen einen Schwerpunkt hat. Aber auch Beziehungsstörungen, Ängste, Lern- und Leistungsstörungen, Autoaggressionen und verschiedene körperliche Erkrankungen oder Körperfunktionsstörungen werden von den Therapeuten genannt, um die Symptomatik der Probanden zu charakterisieren. Die Befunde zeigen, daß die Probanden einem hohen Maß innerer und äußerer Spannungen ausgesetzt sind. Eine wesentliche Bewältigungsform geschieht durch die "psychischen Kurzschlußmechanismen somatische Erledigung und Erledigung durch Agieren", die GREEN zusammen mit den beiden "psychischen Grundmechanismen Spaltung und Entziehung der Besetzung" als die vier grundlegenden polaren Abwehrstrategien gegen eine psychotische Regression nennt.²

Wichtig ist, daß 22 % aller Probanden Autoaggressionen zeigen. Diese Zahl ist bemerkenswert, weil bekanntlich Suizide im Kindesalter selten sind, Suizidalität bei Erwachsenen aber zu den Merkmalen einer Borderline-Störung gehört. Es ist zu vermuten, daß die unterschiedlichen autoaggressiven Verhaltensweisen Äquivalente zur Suizidalität bei Erwachsenen sind. Die Beziehungsstörung (42 % aller Fälle) ist wie ein Spiegel der instabilen, gewalttätigen und unempathischen Beziehungssituationen, in denen die Probanden leben und die sie verinnerlicht haben.

3.4.3.2 Mittelwerte und Verteilungen der Items zur Symptomatik

Die Therapeuten waren aufgefordert worden, auf einer Skala von 1 (stimmt) bis 4 (stimmt nicht) eine Reihe von Aussagen über das Kind abzugeben. Die Werte wurden gemittelt.

² Vgl. GREEN 1975, S. 513-514

Das Ergebnis zeigt die Tabelle 3.4.3.2. Die Items sind dort in der Rangfolge der Mittelwerte geordnet, wobei für die Ergebnisdarstellung die im Fragebogen unterschiedliche Polung der Items rückgängig gemacht wurde. Je weiter der Mittelwert von dem neutralen Wert 2,5 (weder "stimmt" noch "stimmt nicht") liegt, umso aussagekräftiger ist er bezüglich der Charakterisierung von Borderline-Kindern. Den Grad dieser Wahrscheinlichkeit drückt die Spalte "Signifikanz"³ aus. Bei der verhältnismäßig großen Stichprobe von 190 Probanden sind bereits Werte von 2,2 signifikant im statistischen Sinne, d. h., sie unterscheiden sich überzufällig vom neutralen Wert 2,5.

Von besonderem Gewicht für die Fragestellung der Untersuchung sind die Mittelwerte, die weit von 2,5 entfernt liegen. So haben z. B. 80 % der Therapeuten die Aussage "Er/sie zeigt diskrepante Entwicklungslinien, z. B. zwischen intellektueller, motorischer und emotionaler Entwicklung" mit stimmt (= 1) bewertet, was zu einem Mittelwert von 1,25 geführt hat. Die Items, deren Mittelwert zwischen 1 und 2 liegt, charakterisieren in besonderer Weise Kinder mit Borderline-Störungen; es sind dies Diskrepanzen der Entwicklung, Pendeln zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus, Spaltungen, altersunangemessenes Verhalten, Aggressivität, Störungen des Selbstgefühls und Angst u. a. m. (Die Ausführungen zur Faktorenanalyse werden dies im einzelnen analysieren.)

³ Signifikanz: die Übertretungswahrscheinlichkeit lt. Wilcoxon-Test für die Nullhypothese $x=2,50$. Es bedeuten "n.s." nicht signifikant (Übertretungswahrscheinlichkeit unter 95 %), "*" signifikant auf dem 5-%-Niveau, "***" signifikant auf dem 1-%-Niveau, "****" signifikant auf dem 0,1-%-Niveau.

Tabelle 3.4.3.2: Die 50 Items in der Rangfolge der Mittelwerte

Interessant ist, daß in der Einschätzung der Therapeuten die Items, die einen gestörten Entwicklungsverlauf und eine beeinträchtigte Selbstentwicklung anzeigen, als noch relevanter eingeschätzt werden, als die Items, die etwas über Impulsivität und Aggressivität aussagen.

Auf der anderen Seite gibt es Aussagen, die deutlich oberhalb des neutralen Mittelwertes 2,5 liegen, d. h., von den Therapeuten als **nicht** charakteristisch für Borderline-Kinder angesehen werden, so z. B. Sprachstörungen, suizidale Tendenzen oder gastrointestinale Störungen.

Dazwischen liegen Items, deren Mittelwerte um 2,5 herum liegen, also offenbar ebenfalls nicht zur Charakterisierung von Borderline-Kindern taugen. Allerdings darf das arithmetische Mittel nicht als alleiniges Maß gelten, denn ein neutraler Wert kann auch das Ergebnis von zwei Extremen (U-Verteilung) sein, wie bei dem Item "ist oberflächlich angepaßt", oder das Ergebnis einer einseitigen Ausprägung (L-Verteilung), wie bei dem Item "ist hyperaktiv", das entsprechend der L-Verteilung häufig mit "stimmt" angekreuzt worden ist.

Aus diesem Grunde enthält Tabelle 5 auch Angaben über Verteilungen. L-Verteilungen haben ein deutliches Extrem auf der 1 ("stimmt"), R-Verteilungen auf der 4 ("Stimmt nicht"). Die Anzahl der Antworten können gleichverteilt über alle 4 Werte streuen, wie z. B. beim Item "neigt zu Selbstverletzungen", oder sie können die Form einer Normalverteilung haben, mit geringen Häufigkeiten auf den beiden Extremen.

U-Verteilungen (d. h. mit hohen Werten auf beiden extremen Seiten), sowie die Kombination von Häufungen auf einem der Extreme und Normalverteilung bedürfen einer besonders gründlichen Analyse: Hinter ihnen könnten sich Untergruppen von Borderline-Patienten verbergen. Ein Beispiel dafür ist das Item "hat Suizidversuch gemacht/geplant". Die U/R-Verteilung zeigt an, daß es eine kleine Gruppe von Kindern gibt, für die Suizidversuche zutreffen, für die größere Zahl der Kinder dagegen nicht. Das stimmt mit den allgemeinen Erkenntnissen über suizidales Verhalten im Kindesalter überein, das unter 10 Jahren sehr selten ist und erst in der Adoleszenz zunimmt. Weitere Analysen werden solche Untergruppen ("Cluster") zu identifizieren haben.

Zusammenfassung. Die "Kinder mit Borderline-Störungen" der vorliegenden Studie sind von ihren Therapeuten bezüglich ihrer Symptomatik wie folgt zu beschreiben (in absteigender Reihenfolge):

- Sie zeigen diskrepante Entwicklungslinien, pendeln zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus hin und her und sind sich ihrer Identität nicht sicher;
- sie haben entsprechend diskrepante Selbstvorstellungen, leiden unter Selbstwertproblemen und/oder zeigen Größenphantasien;
- sie neigen zu Spaltungen;
- sie verhalten sich unter Frustrationen altersunangemessen; ihre Bedürfnisse müssen sofort befriedigt werden;
- ihr Angst- und Aggressionspotential ist hoch;
- ihre Realitätsprüfung ist eingeschränkt; sie leben in einer Phantasiewelt;
- ihre sozialen Fähigkeiten sind stark eingeschränkt: sie neigen zu anklammernden Beziehungen und können sich nicht in eine Gruppe einfügen.

3.4.4 Struktur der Symptomatik: Faktorenanalysen

Methodologische Vorbemerkungen. Die 50 Items mit ihren Mittelwerten geben zwar eine erste Übersicht über die für die Borderline-Diagnose relevanten Auffälligkeiten von Kindern, sind aber wenig übersichtlich. In einem zweiten Schritt wurde daher versucht, mit einer "explorativen Faktorenanalyse"¹ zusammengehörige Items zu finden, d. h. eine gemeinsame Struktur für die Einschätzungen der Therapeuten zu finden, um diese dann mit den inhaltlichen Ergebnissen der Tabelle 3.4.3.2 zusammenzuführen.

Im folgenden wird untersucht, welche Zusammenhänge unter den einzelnen Variablen der Itemliste bestehen, die sich auf das Verhalten der Probanden, ihre Beziehungen und ihre psychische Befindlichkeit, also im weitesten Sinne auf ihr Entwicklungsniveau und ihre Symptomatik beziehen. Dabei ließe sich mit dem Fragebogenmaterial besser arbeiten, wenn die Vielzahl der 46 Items in einer geringeren Zahl von Dimensionen zusammengefaßt werden könnte, weil man anhand eines überschaubareren Kataloges diskriminierender Symptome oder Auffälligkeiten Kinder leichter beschreiben könnte. Außerdem wären theoretische Vorannahmen über diesen Bereich besser zu überprüfen. (Vier Variablen, die sich auf anamnestiche Daten beziehen, sind vor der Berechnung der Faktorenanalyse aus der Gruppe der 50 Variablen entfernt worden, weil sie keine Symptome beschreiben.)

Weiterhin sind die Dimensionen nicht nur als Beschreibungen für die vorliegende Untersuchung brauchbar, sondern lassen auch den Vergleich mit anderen Untersuchungen zu, womit eine wissenschaftliche Verallgemeinerung der empirischen Befunde möglich wird.² Man könnte Vergleiche mit anderen Diagnoseschemata vornehmen, z. B. dem DSM-III-R oder dem Symptomkatalog von BEMPORAD ET AL. (1982) und anderen.

Ausgangspunkt für die Faktorenanalyse ist die Korrelationsmatrix, in der die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen abgebildet sind. Sie beschreibt den Grad des Zusammenhanges zwischen den einzelnen Variablen; das dabei benutzte Maß ist der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient, der Werte zwischen +1 und -1 annehmen kann.

¹ Vgl. zum folgenden Kap. 22 "Explanatory Factor Analysis" in PEDHAZUR/ SCHMELKIN 1991, S. 371-472; Kap. 3 "Faktorenanalyse" in BACKHAUS ET AL. ⁴1987, S. 67-113; FAHRMEYER/HAMERLE 1984, S. 111f.; CATTELL 1978.

² CLAUB/EBNER 1975, S. 424

Manche Items fragen ähnliche Sachverhalte ab. So besteht zwischen der Variablen 32 "Seine/ihre Angst schlägt leicht in aggressives Verhalten um" und der Variable 68 "Er/sie neigt zu Wutausbrüchen" eine hohe Korrelation (0,74). Das heißt: In vielen Fällen wurde die Variable 32 ähnlich angekreuzt wie die Variable 68. Andere haben nichts miteinander zu tun. So ist die Korrelation zwischen der Variable 66 "Er/sie zeigt keine Gefühle" und Variable 27 "Er/sie kann nicht allein sein" Null (0,01). Bei anderen Variablen stehen Sachverhalte im Gegensatz zueinander. Dies ist z. B. der Fall bei der Variable 66 "Er/sie zeigt keine Gefühle" und 32 "Seine/ihre Angst schlägt leicht in aggressives Verhalten um". Hier ist die Korrelation negativ (- 0,13).

Ob und wie sich Ähnlichkeiten zwischen Items empirisch zusammenfassen lassen, läßt sich durch die Analyse der Korrelationsmatrix überprüfen, und zwar mit der Methode der Faktorenanalyse. Sie faßt Gruppen von Variablen in voneinander unabhängige (sog. orthogonale) "Faktoren" zusammen, auf denen das Gewicht der einzelnen in diese Faktoren eingehenden Variablen durch sog. "Ladungen" dargestellt wird. Auf diese Weise läßt sich die Vielfalt der Variablen auf einige wenige Dimensionen zusammenfassen und reduzieren. Damit wird die quantitative Beschreibung dieses Merkmalkomplexes in einfacher Form möglich.

Allerdings waren nicht bei allen 191 Fragebögen alle Items vollständig angekreuzt worden; die eine oder andere Frage blieb - vermutlich wegen fehlender Informationen - unbeantwortet.

In die Faktorenanalyse gehen aber nur jene Fälle ein (hier: 116), die einen vollständigen Datensatz aufweisen. Um dennoch die gesamten Informationen aller Probanden für die Faktorenanalysen zu nutzen und vor allem für jeden der Probanden Factor Scores errechnen zu können, wurden die fehlenden Werte ("missing items") jeweils durch den am häufigsten vorkommenden Wert (Modalwert) ersetzt und sodann die Korrelationstabelle erstellt, die Ausgangspunkt für die Faktorenanalyse ist. Ein Vergleich der beiden Lösungen (N=116 und N=191) zeigte bezüglich der Faktorenanalyse weitgehende Übereinstimmung, so daß methodenbedingte Artefakte weitgehend ausgeschlossen werden können.

Es wurde (nach einer Reihe von Vor-Versuchen)³ die Hauptkomponenten-Methode mit Rotation nach Varimax gewählt; sie ergab die stabilsten und

³ mit den Programmen BMDP und SPSS

auch inhaltlich am besten interpretierbaren Lösungen (vgl. die Tabelle der Rotierten Faktor-Matrix auf der folgenden Seite).

Überraschend war die große Zahl der Faktoren: Nach dem Kriterium Eigenwert >1 ist eine 15-Faktor-Lösung möglich, nach dem Scree-Test eine 8- bis 12-Faktoren-Lösung. Die Überprüfung der 8-Faktoren-Lösung ergab, daß wesentliche Strukturmomente ausgeblendet wurden, während andererseits 12 Faktoren zu einer Überdifferenzierung führten. Als beste Lösung ergab sich eine 10-Faktoren-Lösung, die 53 % Varianz auf sich vereinigt. Sie ist erstaunlich trennscharf: Von den 46 Items gibt es nur 4, die gleichzeitig auf 2 Faktoren laden (mit mehr als 0,4).⁴

3 von 46 Items⁵ bleiben bei der Faktorenanalyse unberücksichtigt; ihre Ladungen auf den verschiedenen Faktoren sind zu gering, um in die Analyse einzugehen.

Die Anzahl der Faktoren liefert einen ersten Hinweis darauf, daß die subjektive Theorie der befragten Therapeuten bezüglich des Phänomens "Borderline" strukturell hochdifferenziert ist. Dies wird im folgenden anhand der Interpretation der einzelnen Faktoren deutlich werden. Die Darstellung erfolgt jeweils in drei Schritten:

- 1) Es werden die Variablen in absteigender Reihenfolge ihrer Ladungen⁶ auf dem Faktor aufgelistet, soweit die Ladung größer als 0,40 ist, d. h. 16 % Varianz der Variablen durch den Faktor "erklärt" wird. Die Ladungen machen *strukturelle* Aussagen über den Zusammenhang der 46 Items.⁷
- 2) Der Faktor wird aufgrund der hochladenden Variablen inhaltlich erläutert.
- 3) Der Faktor wird in bezug auf Ursachen und psychodynamische Zusammenhänge interpretiert und anhand der Literatur diskutiert.

⁴ Bei einem Cut-off von $>0,5$ gibt es kein Item, das auf mehr als einem Faktor lädt.

⁵ Es sind die Variablen PANIK, SPRACHST und FRUST.

⁶ Die Ladung ist ein Koeffizient (R), der angibt, in welcher Höhe die Variable mit dem Faktor korreliert. Der quadrierte Korrelationskoeffizient (R^2) gibt an, welcher Anteil der Varianz der Variable vom Faktor erklärt wird.

⁷ Dies wird im Abschnitt "Zur inhaltlichen Bedeutsamkeit der Faktoren für die Diagnose" weiter unten thematisiert.

Tabelle 3.4.4.a: Rotierte Faktor-Matrix

Faktor 1: Wut und Destruktion

Auf dem ersten Faktor laden die folgenden Variablen:

- Er/sie neigt zu Wutausbrüchen. (Ladung: 0,78)
- Seine/ihre Angst schlägt leicht in aggressives Verhalten um. (0,78)
- Er/sie zerstört Gegenstände. (0,67)
- Er/sie macht häufig entwertende Beschimpfungen. (0,65)
- Er/sie ist hyperaktiv. (0,58)
- Er/sie kann motorische Impulse nicht kontrollieren. (0,58)
- Er/sie zeigt Größenphantasien. (0,50)
- Seine/ihre Bedürfnisse müssen sofort befriedigt werden.(0,50)
- Er/sie äußert Wünsche. (0,43)

Fast alle Variablen beziehen sich auf aggressive Verhaltensweisen und auf die Schwierigkeiten, aggressive und motorische Impulse zu steuern. Die Kinder leiden unter heftigen inneren Spannungen, die sich in Wutausbrüchen ("temper tantrum") äußern, bei denen sie schreien, schimpfen und ihr Gegenüber auch körperlich attackieren. Häufig richtet sich die Wut gegen die Mütter, die für die heftigen inneren Spannungen verantwortlich gemacht werden, was jedoch die innere Spannung der Kinder noch erhöht, weil sie sich in der Regel in einer symbiotisch anklammernden Beziehung zu ihren Mütter befinden. Der Beziehungsmodus innerhalb dieses Rahmens von Aggressivität und Impulsivität ist durch ungeduldiges Fordern bestimmt. Die Frustrationstoleranz ist mangelhaft. Auf Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse reagieren Borderline-Kinder in der Regel mit Wutausbrüchen. Die Kinder wirken agitiert und hyperaktiv. Ich nenne diesen Faktor "Wut und Destruktion".

Diskussion: Die Hyperaktivität beruht eventuell auf einer neurologischen Dysfunktion, die sekundär zu einer aggressiven Beziehungsgestaltung der Kinder in der Familie und der Schule führen kann. In den Faktor gehen zwei Variablen ein, die auf die narzißtische Problematik von Borderline-Kindern verweisen:⁸ Die Impulsivität und Aggressivität drückt sich häufig in Grö

⁸ Zur narzißtischen Dimension der Borderline-Störung bei Kindern vgl. CHETHIK/FAST 1970, FAST 1974. Die Autoren verweisen darauf, daß die Kinder noch der narzißtischen Erlebniswelt verhaftet sind und ein sicherer Umgang mit der äußeren Realität mißlungen ist.

ßenphantasien mit aggressiven Inhalten aus, weil die Kinder zwischen ihrer realen Machtlosigkeit und ihren Macht- und Autonomiestrebungen einen Ausgleich schaffen müssen. In diesem Rahmen findet in der Regel eine Eskalation von Aggression und Gewalt statt, die in einem Chaos von Vernichtung und Destruktion endet.⁹ Viele Kinder verlagern diese Phantasien aus der realen Umgebung in den Weltraum und setzen die geltenden Naturgesetze außer Kraft.¹⁰ In engem Zusammenhang damit stehen Entwertungen anderer, mit deren Hilfe in der Phantasie die eigene Größe aufrechterhalten und ein schwaches Selbstwertgefühl kompensiert werden kann. Insgesamt beschreibt der Faktor ein fordernd aggressives Triebgeschehen.

Faktor 2: Kurzdauernde psychotische Erscheinungen

Er/sie denkt bizarr. (0,74)

Es treten psychotische Zustände von kurzer Dauer auf. (0,64)

Er/sie lebt in einer Phantasiewelt. (0,64)

Seine/ihre Realitätsprüfung ist eingeschränkt. (0,48)

Seine/ihre Interessen richten sich ausschließlich auf ein Gebiet. (0,45)

Die verschiedenen Variablen beziehen sich auf die Fähigkeit zum Umgang mit der Realität, die im Vergleich zu neurotischen Kindern eingeschränkt ist und sich in bizarrem Denken und ausgeprägter Phantasietätigkeit zeigt. Kurzfristig kann der Realitätsbezug verlorengehen, ein Kern von Ich-Funktionen bleibt jedoch intakt. Die auftauchenden psychotischen Zustände sind von kurzer Dauer. Von FRIJLING-SCHREUDER (1969) wird dieses Phänomen als "micro-psychosis" beschrieben, für das der rasche Wechsel zwischen neurotischem und psychosenahem Ich-Funktionsniveau charakteristisch ist.¹¹ Hervorgerufen werden die Ich-Regressionen durch Frustrationen, Zurückweisungen, Kränkungen oder Streß, weil dem Kind keine wirksamere Abwehr zur Verfügung steht. Ich nenne diesen Faktor "Psychotische Episoden".

Diskussion: Der rasche Wechsel zwischen einem mehr realitätsorientierten Verhalten und überbordender Phantasietätigkeit mit vorübergehendem Reali-

⁹ Vgl. CHETHIK 1979, S. 306

¹⁰ Vgl. EKSTEIN 1973, orig. 1966

¹¹ Vgl.: EKSTEIN/WALLERSTEIN 1954, 1956; FRIJLING/SCHREUDER 1969; PINE 1974, 1983, 1986; P. KERNBERG zit. bei BLOS et al. 1987a

tätsverlust unterscheidet Borderline-Kinder am deutlichsten von neurotischen und psychotischen Kindern. Die Regression auf psychotisches Niveau ist kein passiver Zerfall, sondern eine aktive Abwehroperation, die vorübergehend und reversibel ist, wenn die auslösende Konfliktsituation bewältigt ist.¹² Für das gestörte Denken der Borderline-Kinder ist eine unzureichende synthetische Funktion des Ich verantwortlich. Es zeichnet sich durch Verzerrungen und Konkretisierungen aus.¹³ Trotz der Ähnlichkeit mit Denkgewohnheiten psychotischer Kinder haben Borderline-Kinder in der Regel keine Wahnbildungen, Halluzinationen oder ernsthafte, längerdauernde Verluste des Realitätsbezuges. Die Gedanken sind rasch fließend, aber die Grenze zwischen der Realität und der Phantasie ist unklar. Das Denken ist nicht fest im Sekundärprozeß verankert, sondern fällt häufig in primärprozeßhafte Mechanismen zurück.¹⁴

Faktor 3: Vernichtungs- und Trennungsangst

- Er/sie kann nicht allein sein. (0,64)
- Er/sie fordert die Aufmerksamkeit von Erwachsenen. (0,58)
- Seine/ihre Bedürfnisse müssen sofort befriedigt werden. (0,54)
- Er/sie neigt zu anklammernden Beziehungen. (0,53)
- Er/sie klagt oft über Langeweile. (0,49)
- Er/sie zeigt Angst vor Verstümmelung und/oder Vernichtung. (0,47)
- Seine/ihre Trennungsangst ist stark. (0,43)

Zu beobachten ist eine ängstliche Anklammerung der Kinder an ihre Bezugspersonen, von denen sie Aufmerksamkeit, Bedürfnisbefriedigung und Unterhaltung erwarten. Trennungen steigern die Angst. Wenn sie sich in der Beziehung sicher fühlen, dann verhalten sie sich relativ unauffällig und können beträchtliche Fähigkeiten und intellektuelle Leistungen entwickeln. Bekommen sie aber Kritik und Zurückweisung, dann reagieren sie mit extremer

¹² Vgl. ROHDE-DACHSER 1979a, S. 39.

¹³ Ein siebenjähriger Junge sagt: "Die Leute sagen, das Thermometer fällt. Aber wenn es fällt, dann ist es doch kaputt."

¹⁴ ROSENFELD/SPRINCE 1963, S. 624 und SMITH ET AL. 1982, S. 185 verweisen darauf, daß ein Überwiegen primitiver, bizarrer präödpaler Phantasien allein nicht für eine Borderline-Diagnose ausreicht, 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.

Angst, heftiger Wut und bizarrem Denken.¹⁵ Obgleich Borderline-Kinder auf stabile Beziehungen angewiesen sind, in denen sie Schutz und Struktur bekommen, scheinen sie zu einer tragfähigen Bindung nicht fähig zu sein. Wenn in einer neuen Beziehung ihre Bedürfnisse besser befriedigt zu werden versprochen, tauschen sie eine alte Beziehung mit dieser neuen aus. Es geht ihnen nicht um Vertrautheit und Konstanz in der Beziehung, sondern diese wird in Hinsicht auf Bedürfnisbefriedigung funktionalisiert.

Diskussion: Die Kinder klammern sich an ihre Objekte, von denen sie sich als getrennt erleben; sie fordern die Sofortbefriedigung ihrer Befürfnisse, weil sie sich eine Sehnsucht nach dem alles gebenden, total befriedigenden Objekt erhalten haben. Alleinsein können sie nicht,¹⁶ weil eine gute Objektrepräsentanz nur unzureichend internalisiert wurde und im Zustand der Trennung verlorengehen würde. Charakteristisch für Borderline-Kinder ist ein Schwanken zwischen hilfloser Anklammerung und wütender Ausstossung. Die Kinder brauchen die Nähe, um vor heftigen Ängsten des Alleinseins geschützt zu sein, weisen diese aber im nächsten Moment zurück, weil durch sie ihre Ängste vor der Verschmelzung von Selbst- und Objektrepräsentanzen erhöht wird. Die Kinder sind in der Entwicklung ihrer Beziehungsfähigkeit auf der Stufe von Kleinkindern stehengeblieben, die andere Menschen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse brauchen.¹⁷

Das Item "klagt oft über Langeweile" könnte auf depressives Erleben des Kindes hinweisen.¹⁸ Die Gefahr eines Objektverlustes ist so stark, daß die frühkindliche Bindung an das Symbioseobjekt erhalten bleibt und das Kind sich gleichsam als ein Teil desselben erlebt. Der Individuationsprozeß stagniert, und das Kind bleibt auf die Realpräsenz der Mutter angewiesen. Diese muß auch für interessante Beschäftigung sorgen, weil sonst Langeweile und Ängste drohen. Erst die Unterscheidung von Selbst und Objekt, also die Entwicklung des Gefühls für die eigene Identität, versetzt das Kind in die Lage, aufgrund stabiler Identifizierungen mit den Eltern ein lebendiges Innenleben zu entwickeln, mit dessen Hilfe es unabhängigen Interessen und Aktivitäten nachgehen kann. Weil diese Entwicklung aber bei Borderline-Kindern nicht stattgefunden

¹⁵ BEMPORAD ET AL. 1981

¹⁶ Besonders in bezug auf die Fähigkeit zum Alleinsein ist das Lebensalter des Kindes zu berücksichtigen, weil diese Fähigkeit von einem Kleinkind noch nicht erwartet werden kann.

¹⁷ A. FREUD, 1980

¹⁸ DIEPOLD 1984, 1989

hat, erleben sie existentiell bedrohliche Ängste bei drohendem Verlust ihres Symbioseobjektes und müssen sich deshalb anklammern.

Faktor 4: Selbstwertstörung

- Er/sie hat diskrepante Selbstvorstellungen. (0,70)
- Er/sie hat einen Suizidversuch gemacht und/oder ist in Gedanken damit beschäftigt. (0,53)
- Er/sie zeigt Größenphantasien. (0,47)
- Er/sie neigt zu Spaltungen. (0,45)
- Er/sie leidet unter Selbstwertproblemen. (0,44)
- Er/sie ist unsicher in bezug auf seine/ihre Identität. (0,42)

Das Item mit der höchsten Ladung innerhalb dieses Faktors bezieht sich auf diskrepante Selbstvorstellungen: Die Kinder schwanken zwischen Größenphantasien und Minderwertigkeitsgefühlen. In dem Bemühen, nicht ständig unter einem schmerzhaft niedrigen Selbstgefühl zu leiden, retten sie sich in realitätsferne Phantasien, durch die dieses Gefühl kompensiert werden kann. Sie teilen durch die Abwehr der Spaltung die umgebende Welt und die Objekte in gut und böse auf.

Diskussion: Das Vorherrschen von Spaltungsmechanismen ist eine Folge des Entwicklungsdefizits, unter dem Borderline-Kinder leiden. Mit wiederholten Frustrationen werden die normalen Selbstbehauptungsaktivitäten der Kinder von Aggressionen überdeckt. Es entsteht ein *circulus vitiosus*: der Rückzug des Kindes aus seiner Umgebung löst Gegenaggressionen der Betreuer aus. Weil das Selbst des Kindes sich nicht mehr als Urheber seiner Aktivitäten erleben kann, spaltet es die Repräsentanzen seines Selbst und der Objekte. Borderline-Kinder haben zwar die Fähigkeit zur Differenzierung zwischen dem eigenen Selbst und den Objekten erworben, die sie von psychotischen Kindern unterscheidet, können aber die guten und die bösen Anteile ihrer Objekte und des Selbst nicht integrieren. Damit die guten Repräsentanzen von den bösen nicht überwältigt werden, müssen sie durch Spaltung voneinander ferngehalten werden. Diese Aufspaltung in gut und böse hat auf der einen Seite zwar schützende Funktion, zieht aber auf der anderen Seite Realitätsverlust und erhebliche Beziehungsprobleme nach sich.

Alle in dem Faktor zusammengefaßten Items beziehen sich auf die Unfähigkeit der Borderline-Kinder, einen Zustand von Selbstkohäsion zu erhalten. Stattdessen leiden sie unter dem Gefühl von Desorganisation und Selbstdif-

fusion. Der Grund dafür liegt in einem Versagen der Selbstobjekte, die nicht für Kohäsion sorgen. Strukturell betrachtet heißt das, daß bei den Kindern die Basis des Selbstgefühls gestört ist und daß sie in der ständigen Angst vor der Fragmentierung und dem Verlust des ohnehin schwachen Gefühls der Selbstkohäsion leben.

Faktor 5: Selbstschädigungen

Er/sie kann sich nicht vor Gefahren schützen. (0,68)

Er/sie neigt zu Selbstverletzungen und/oder Unfällen. (0,62)

Er/sie nimmt Körpergefühle (Hitze, Kälte, Schmerz, Hunger) nicht wahr. (0,56)

Er/sie kann ängstigende Phantasien nicht kontrollieren. (0,51)

Die Kinder können die Gefahren in ihrer äußeren Umwelt nicht angemessen wahrnehmen. Sie laufen z. B. hinter einem Ball her auf die Straße oder stürzen eine Treppe herunter, weil sie einem spontanen Befürfnis folgen, ohne die Konsequenzen absehen zu können. Die Wahrnehmung von Sensationen aus ihrem Körperinneren fällt ihnen ebenfalls schwer, und sie schädigen sich sekundär, weil sie sich vor Hitze, Kälte, Schmerz oder Hunger nicht angemessen schützen können. Auch ängstigenden Phantasien sind sie schutzlos ausgeliefert.

Diskussion: Kinder, die sich nicht vor Gefahren schützen können und die zu Selbstverletzungen und/oder Unfällen neigen, sind ihren Impulsen ausgeliefert, weil die wichtige Ich-Funktion der Signalangst, mit deren Hilfe sie sich schützen könnten, versagt, oder unzureichend entwickelt ist. Weil im Falle von Gefahr Signale zu Vorsicht und Schutz ausbleiben, ist die Gefahr groß und die Angstregulation gehindert. Durch unkontrollierte ängstigende Phantasien schädigen Kinder sich sekundär, weil durch die Folgen des Kontrollverlustes die Funktionsfähigkeit ihres Ich stark behindert wird.

Faktor 6: Eingeschränkte Gefühlswelt

Er/sie zeigt kein Mitgefühl. (0,71)

Er/sie zeigt keine Gefühle. (0,51)

Er/sie nimmt Körpergefühle (Hitze, Kälte, Schmerz, Hunger) nicht wahr. (0,46)

Er/sie läßt sich nicht trösten. (0,43)

Er/sie kann sich nicht in eine Gruppe einfügen. (0,41)

Die Variablen beschreiben Kinder, die keine Gefühle zeigen, Körpergefühle nicht wahrnehmen und anderen gegenüber kein Mitgefühl zeigen. Warme Gefühle zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen, durch die sie bei Kummer z. B. getröstet werden, haben keinen Raum, und auch unter den Gleichaltrigen ist der Kontakt gestört, weil Borderline-Kinder sich nur schwer in eine Gruppe einfügen können. Der Faktor beschreibt Kinder, die sich auf emotionalem Rückzug befinden, und die gefühllos und affektiv verarmt wirken.

Diskussion: In der durch Trennung, heftigen Streit und Krankheit gekennzeichneten Lebenssituation kann es Borderline-Kindern nicht gelingen, ihre angeborene Affektivität und ihr Selbstbehauptungssystem zu entfalten,¹⁹ weil ihnen kein verfügbares Objekt für den dafür notwendigen emotionalen Dialog zur Verfügung steht. Stattdessen wird das Aversionssystem durch ein Übermaß an dystonen Stimuli angeregt. Dieser Faktor faßt eine Gruppe von Kindern zusammen, die sich aus affektiven Beziehungen mit anderen Menschen zurückgezogen haben. Sie sind auf einer Entwicklungsstufe stehengeblieben, wo sie keine Gefühle zeigen und für andere kein Mitgefühl entwickeln.²⁰

Faktor 7: Diskrepante Entwicklungszustände

Er/sie pendelt zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus. (0,76)

Er/sie zeigt diskrepante Entwicklungslinien zwischen intellektueller, motorischer und emotionaler Entwicklung. (0,60)

Er/sie pendelt zwischen altersentsprechendem und kleinkindhaftem Verhalten. (0,59)

Die Variablen beschreiben unterschiedliche Aspekte eines gestörten Entwicklungsverlaufs, zu dem das Pendeln zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus, zwischen altersentsprechendem und kleinkindhaftem Verhalten und eine

¹⁹ Es gibt acht angeborene unterschiedliche Affekte: Wut, Freude, Überraschung, Ekel, Interesse, Distress (Qual, Verzweiflung, Traurigkeit), Furcht und Scham (TOMKINS 1962 und 1963).

²⁰ Die Fähigkeit zur Entwicklung von Mitgefühl (concern) hält WINNICOTT 1974 für einen wichtigen Entwicklungsschritt des Kindes. Mit der positiven Bewältigung der sog. "depressiven Position", einer normalen Entwicklungsstufe jedes Kindes in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres wird sich das Kind seiner Ambivalenz dem Objekt gegenüber bewußt und erwirbt diese Fähigkeit zu Rücksichtnahme und Mitgefühl, bei ungünstigem Ausgang jedoch die Prädisposition zur Depression.

Diskrepanz zwischen intellektueller, motorischer und emotionaler Entwicklung gehört. Die Kinder können auf zwei unterschiedlichen Entwicklungsniveaus funktionieren, zwischen denen sie hin und herpendeln.²¹ Zum einen machen die Kinder den Eindruck altersgemäßer Entwicklung, können aber auf ein psychosenahes Niveau mit bizarrem Denken, starken Verhaltensauffälligkeiten und überwältigender Angst regredieren. Hervorgerufen werden diese Ich-Regressionen durch minimale Frustrationen, Zurückweisungen, Kränkungen oder Streß. Eine wirksamere Abwehr als die Ich-Regression steht dem Kind nicht zur Verfügung. Auf ein altersentsprechendes Funktionsniveau gelangt das Kind in der Regel zurück, wenn verständnisvolle Erwachsene emotionale Sicherheit und deutliche Grenzen gewähren. Diese Kinder können z. B. ihrer Altersgruppe in ihrer intellektuellen Entwicklung weit voraus sein, dagegen in ihrer emotionalen Entwicklung aber abhängig und ängstlich wie Kleinkinder. Häufig besteht auch eine Diskrepanz zwischen ihrer intellektuellen und ihrer motorischen Entwicklung.

Diskussion: Diese Diskrepanzen führen zu einem uneinheitlichen Selbsterleben zwischen Größenphantasien und Kleinheitsgefühlen. In beiden Selbstzuständen sind die Beziehungen zu anderen Menschen behindert: Wenn Größenphantasien vorherrschen, verhält das Kind sich anderen gegenüber entwerend, fühlt es sich aber klein und hilflos, dann klammert es sich eher an. Es werden also auch bei den Bezugspersonen stark wechselnde Gefühle ausgelöst. Die Fluktuation der Ich-Zustände weist auf eine große Variationsbreite im Ausmaß der Pathologie hin.

Faktor 8: Krankheit und Schmerz

Er/sie litt in den ersten drei Lebensjahren an Eßstörungen. (0,81)

Er/sie litt in den ersten drei Lebensjahren an gastrointestinalen Störungen. (0,79)

Er/sie hat in der Säuglings- und Kleinkindzeit viel geschrien. (0,47)

Die beiden Variablen mit der höchsten Ladung beziehen sich auf die gestörten vitalen Funktionen der Nahrungsaufnahme und der Verdauungsvorgänge während der ersten 3 Lebensjahre. Die Variable "hat in der Säuglingszeit viel ge-

²¹ Vgl. FRIJLING-SCHREUDER 1969, PINE 1974, BEMPORAD ET AL. 1982, VELA ET AL. 1983, die eine Kategorie "Fluktuation des Funktionsniveaus" (shifting levels of ego-organization) in ihre Diagnoseschemata mit aufnehmen. Auch EKSTEIN/ WALLERSTEIN 1954 und P. KERNBERG, zitiert bei BLOS 1987 beschreiben die wechselnden Funktionsniveaus des Ich.

schreien" läßt auf häufige Schmerz- oder Spannungszustände im ersten Lebensjahr schließen, die inhaltlich häufig mit Eßstörungen und Störungen der Verdauungsorgane zusammenhängen.

Diskussion: Untersuchungen der empirischen Säuglingsforschung ergeben, daß häufige Krankheiten und Schmerzzustände im ersten Lebensjahr bedeutende Folgen für die Ausbildung der integrativen Funktionen des Kindes hat. Es werden drei unterschiedliche Spannungszustände unterschieden: niedrige Spannung im Zustand ruhiger Wachheit, mäßige Spannung im Zustand wacher Aufmerksamkeit und Hochspannung durch ansteigende Triebspannung, Schmerz, Kälte etc. Wenn Schmerzzustände häufig sind, befindet sich das Kind oft in Hochspannung. Das ist insofern von großer Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung, weil Informationsverarbeitung vor allem bei wacher Aufmerksamkeit geschieht, wenn der Säugling und die Mutter locker und entspannt sind. Bei hoher Spannung können dagegen nur geringe Informationen verarbeitet werden. Dann kann sich auch das aufeinander Eingestimmtsein zwischen Säugling und Mutter nicht entwickeln, weil die integrativen Fähigkeiten des Säuglings durch zuviel Hochspannung überwältigt und das aversive System des Kindes mit Gefühlen von Unlust und Wut und sein Angriffsverhalten herausgefordert werden.²² Diese Erkenntnisse untermauern die Thesen der Objektbeziehungstheoretiker, weil sie auch auf die Bedeutsamkeit der einfühlsamen Beziehung für die gesunde Entwicklung des Säuglings verweisen.

Faktor 9: Eingeschränkte Kontakte und Bindungen

Er/sie hat keine Kontakte zu Gleichaltrigen. (0,63)

Seine/ihre Trennungsangst ist stark. (0,54)

Er/sie kann sich nicht in eine Gruppe einfügen. (0,51)

Er/sie erscheint oberflächlich angepaßt. (-0,46²³)

Die erste Variable bezieht sich auf fehlende Kontakte zu Gleichaltrigen und steht mit der 3. Variablen in inhaltlich enger Beziehung: "Er/sie kann sich nicht in eine Gruppe einfügen" bezieht sich auf die sozialen Bezüge des Kindes im außerhäuslichen Bereich und seine mangelnde Fähigkeit, sich in Grup-

²² Vgl. LICHTENBERG 1990, 876f.; PARENS 1993

²³ Die negative Ladung einer Variablen auf dem Faktor bedeutet, daß diese Variable mit den anderen Variablen des Faktors negativ korreliert.

pen wie z. B. eine Schulklasse oder eine Sportgruppe einzufügen. Kontaktprobleme und Trennungsängste hängen zusammen: Wenn die Trennungsangst des Kindes stark ist, dann verstärken sich seine Kontaktprobleme, weil es sich dann nicht von seinen primären Bezugspersonen zu entfernen wagt.

Diskussion: Ähnlich wie der 6. Faktor beschreibt dieser Faktor Kinder, die eine Tendenz zum Rückzug aus Beziehungen zeigen. Sie haben keine Hoffnung auf befriedigende Beziehungen. Die Variable "scheint oberflächlich angepaßt" bezieht sich mit ihrer negativen Ladung auf Kinder, bei denen die lärmende Symptomatik der Borderline-Patienten vorherrscht.

Faktor 10: Konzentrations- und Teilleistungsstörung

Er/sie hat Mühe, sich zu konzentrieren. (0,69)

Er/sie leidet an Legasthenie und/oder Rechenstörung. (0,63)

Diskussion. Im Zusammenhang mit Besonderheiten des Denkens bei Borderline-Kindern werden in der Literatur organische und heterogene neurokognitive Defizite wie z. B. Aufmerksamkeitsstörungen, Teilleistungsstörungen, oder unspezifische neurologische Auffälligkeiten diskutiert.²⁴ Es ist unbestritten, daß Borderline-Kinder häufig auch an unterschiedlichen psychiatrischen und neurologischen Störungen (Sprache, Motorik, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen) leiden.²⁵

Mir erscheint es wichtig, die Bedeutung einer solcherart beeinträchtigten neurokognitiven Ausstattung für den Entwicklungsverlauf eines Kindes und für sein Selbstgefühl zu berücksichtigen,²⁶ weil bei Defiziten dieser Art der gesamte Schulerfolg und die soziale Anpassung beeinträchtigt ist, wie die Legasthenieforschung zeigt.

Zur inhaltlichen Bedeutsamkeit der Faktoren für die Diagnose

In den 10 Faktoren wurden die 46 Items auf eine überschaubare, interpretierbare Menge von Dimensionen reduziert. Die Faktorenanalyse als Struk-

²⁴ Siehe Abschnitt 1

²⁵ GUALTIERI 1983 und PETTI/VELA 1990 ziehen daraus den Schluß, daß diese Kinder mit der Diagnose "Borderline" unzureichend diagnostiziert seien.

²⁶ Vgl. PALOMBO/FEIGON 1984

turierungsmethode für miteinander korrelierende Items kann aber noch keine Aussagen darüber machen, wie **gewichtig** die einzelnen Faktoren in der Einschätzung der befragten Therapeuten für die Diagnose des Krankheitsbildes sind, d. h., welche Rolle die Faktoren für die Diagnose "Borderline" spielen. Die Tatsache, daß der Faktor "Aggressivität und Impulsivität" als erster Faktor erscheint, hat mit der Anzahl der relativ hohen Korrelation der daran beteiligten Variablen zu tun, sagt aber nichts darüber aus, ob in der Einschätzung der Therapeuten Borderline-Kinder am stärksten durch Aggressivität gekennzeichnet werden.

Darum wurden die Ergebnisse der Mittelwertanalyse mit der Faktorenanalyse verbunden (vgl. die folgende Tab. 3.4.4.b: Faktorladungen, Mittelwerte und gewichteter Beitrag der Variablen auf den Faktoren). Es wurden die Mittelwerte ("Mean") der einzelnen Variablen mit ihren relativen Gewichtungen auf dem Faktor (den quadrierten Ladungen; linke Seite der Tabelle) multipliziert. Die auf diese Weise erhaltenen Variablenwerte für jeden Faktor (rechte Seite der Tabelle) wurden addiert ("Summe") und durch den Eigenwert des Faktors dividiert (der die Summe der quadrierten Ladungen ist). Das Ergebnis ist der "Mittelwert" des betreffenden Faktors (letzte Zeile), der, vergleichbar den Mittelwerten der einzelnen Variablen, zwischen 1 und 4 liegt. Je stärker dieser Mittelwert von dem neutralen Wert 2,5 abweicht, umso größer ist seine Bedeutsamkeit für die Diagnose des Krankheitsbildes.

Tabelle 3.4.4.b: Faktorladungen, Mittelwerte und gewichteter Beitrag der Variablen auf den Faktoren

Zusammenfassung. Die Faktoren 7, 4, 1, 3 und 9 können für die Charakterisierung von Borderline-Kindern als besonders relevant angesehen werden: Borderline-Kinder zeichnen sich in ihrer Symptomatik aus durch

- diskrepante Entwicklungszustände (Mittelwert: 1,59),
- Selbstwertstörung (Mittelwert: 1,76),
- Wut und Destruktion (Mittelwert: 1,81),
- Vernichtungs- und Trennungsangst (Mittelwert: 1,90 und
- eingeschränkte Kontakte und Bindungen (Mittelwert: 2,03).

Die anderen 5 Faktoren sind weniger gewichtig,²⁷ könnten aber für Untergruppen bedeutsam sein. Dies wird durch clusteranalytische Verfahren im folgenden überprüft.

²⁷ Faktor 6 Eingeschränkte Gefühlswelt (Mittelwert 2,18)
Faktor 10 Konzentrations- und Teilleistungsstörung (Mittelwert 2,20)
Faktor 5 Selbstschädigungen (Mittelwert 2,27)
Faktor 2 Kurzdauernde psychotische Erscheinungen (Mittelwert 2,28)
Faktor 8 Krankheit und Schmerz (Mittelwert 2,50)

3.4.5 Subgruppen von Kindern mit Borderline-Störungen: Clusteranalysen

Methodologische Vorbemerkung. Wie in Kapitel 2 gezeigt wurde, wird in der Literatur diskutiert, ob es unterschiedliche Ausprägungen der Borderline-Symptomatik gibt.¹ Auch die Daten der vorliegenden Untersuchung legen dies nahe. Zum einen war bei der Analyse der Verteilungen der Items zur Symptomatik² aufgefallen, daß es erhebliche Unterschiede in der Art der Verteilung gibt, wobei insbesondere die U-verteilter oder zweigipfligen Items nahelegen, daß sich dahinter Untergruppen verbergen.

Zum anderen hat die Faktorenanalyse gezeigt, daß es eine große Vielfalt deutlich voneinander abgrenzbarer (und sich teilweise widersprechender) Strukturelemente der Borderline-Symptomatik gibt. Jeder Patient hat dabei seine je individuelle Ausprägung (seine sog. factor scores) auf diesem zehndimensionalen Feld.

Die nun zu untersuchende Frage lautet, ob sich die 191 Fälle in sinnvoller, interpretierbarer Weise zu Gruppen zusammenfügen lassen, die gemeinsame Symptommerkmale tragen. Die Frage läßt sich mit Hilfe der Clusteranalyse lösen. Diese statistische Methode³ sucht nach Paaren von Probanden, die sich bezüglich mehrerer Merkmale ähnlich⁴ sind und ordnet ihnen nach und nach je nach Ähnlichkeit weitere Probanden zu. Aus den dyadischen Gruppen ("Cluster") entstehen so nach und nach übergreifendere Gruppen, bis schließlich die Gesamtheit in einem einzigen Cluster vereinigt ist (vgl. Tab. 3.4.5).

Auf das vorliegende Datenmaterial angewendet, wurde folgendermaßen verfahren:

- 1) Als gemeinsames Merkmal für die Cluster wurden die 46 Items zur Symptomatik angegeben. Zwar hätte man auch die Factor Scores der 191 Probanden wählen können, aber die Faktoren sind jedoch, wie im Abschnitt 3.4.4 dargelegt wurde, Artefakte, die die Einzelinformationen der 46 Items strukturierend zusammenfassen. Die daraus für jeden Probanden er-

¹ Siehe oben Abschnitt 2.5.4

² Vgl. Abschnitt 3.4.3 und Tabelle 3.4.3.2

³ Vgl. Kap. 9 "Clusteranalyse" in FAHRMEIR/HAMELE 1984, S. 371-472; Kap. 4 "Clusteranalyse" in BACKHAUS U. A. ⁴1987, S. 115-159.

⁴ Als Ähnlichkeitsmaß wird in der Regel die quadrierte Entfernung im euklidischen Raum genommen.

rechneten Factor Scores reduzieren 46 Antworten auf praktikablere 10 Dimensionen. Dabei gehen konkrete Information verloren. Aus diesem Grunde habe ich mich entschieden, auch bei der Clusteranalyse auf die Rohdaten zurückzugreifen. Wie bei der Faktorenanalyse wurden fehlende Werte bei einzelnen Patienten durch den Modalwert der betreffenden Variable ersetzt.

- 2) Das Ergebnis dieser Clusteranalyse enthält Tab. 3.4.5. Es wurden verschiedene Lösungen geprüft. Hier war das Problem, eine nicht zu große Zahl von deutlich unterscheidbaren Gruppen zu finden. Auf einem mittleren Distance-Niveau ließen sich 10 Gruppen identifizieren. Sie wurden in die Analyse einbezogen, mit Ausnahme von 3 Splittergruppen mit 2 bis 6 Probanden.⁵
- 3) In einem weiteren Schritt wurde geprüft, welche gemeinsamen Merkmale bezüglich der Symptomatik die Gruppen charakterisierten. Es wurden Varianzanalysen über die Items und die Factor Scores erstellt, die, wie zu erwarten, in allen Fällen die Mittelwertsunterschiede als statistisch signifikant oder hochsignifikant auswiesen. Mit T-Tests wurden die einzelnen Cluster-Mittelwerte der 46 Items und 10 Faktoren gegen den Gesamt-Mittelwert der Items bzw. dem Wert 0 bei den Factor Scores geprüft. Die überzufälligen Abweichungen dienten dazu, das betreffende Cluster bezüglich der Besonderheiten in der Systematik zu charakterisieren.
- 4) Schließlich wurde geprüft, ob sich hinsichtlich der psychosozialen Daten und der traumatischen Erfahrungen der einzelnen Cluster Auffälligkeiten zeigen, die ein Hinweis auf mögliche Ursachen für die Besonderheit der Gruppe liefern könnten.
Dabei wurden in vielen Fällen noch einmal die einzelnen Fragebögen überprüft und die ausführlichen verbalen Antworten mit einbezogen.

Im folgenden werden die einzelnen Cluster beschrieben, und zwar nach dem gleichen Schema:

- psychosozialer Hintergrund der Untergruppe,
- Traumata,
- Symptome,
- gesunde Anteile,
- Interpretation mit Bezug auf Literatur, konkretisiert in einer Fallstudie.

⁵ In ihr waren u. a. Extremfälle zu finden, die bei der Überprüfung der Mahalanoby's Distances in der Faktorenanalyse (Prüfung auf Ausreißer) bereits aufgefallen waren.

Tabelle 3.4.5: Clusteranalyse

Cluster 1: Destruktive Kinder mit panischen Ängsten

Psychozozialer Hintergrund. Diese Gruppe umfaßt 54 Kinder. Die Kinder dieses Clusters kommen aus einem familialen Umfeld, das durch schwere Beziehungskrisen und Auseinandersetzungen geprägt ist.

Traumata. Sie unterscheiden sich von der Gesamtpopulation dadurch, daß sie weniger mißhandelt⁶ und weniger sexuell mißbraucht wurden⁷. Aber sie haben in den ersten drei Lebensjahren häufiger als die Gesamtgruppe der Probanden an Krankheiten gelitten⁸.

Symptomatik. Ihr Verhalten ist durch zerstörerische Aggressivität⁹ und panikartige Ängste¹⁰ charakterisiert. Sie zeigen kein bizarres Denken¹¹ und leben nicht in einer Phantasiewelt¹².

Interpretation. Die Tatsache, daß die Kinder dieser Gruppe signifikant weniger mißhandelt und sexuell mißbraucht wurden, deutet darauf hin, daß Brutalität und Gewalt keine Kommunikationsformen der Familie sind. Das diskriminierende Merkmal der Kinder dieses Clusters sind Erkrankungen, an denen sie in ihrer Kleinkindzeit gelitten haben. Im einzelnen sind es folgende Krankheiten:

Frühgeburt (Inkubator),
Atemwegserkrankungen, Bronchitits, Asthma,
Ekzem,
Allergien,
Magen-Darm-Erkrankungen,
Eßstörungen,
Operationen,
Störungen des Bewegungsapparates.

All diese Erkrankungen sind mit Schmerzen und Mißempfindungen verbunden, die bei den Probanden zu Hilflosigkeit und eingeschränkter Funktionslust geführt haben. Bei Klinikaufenthalten müssen sie zusätzlich die Trennung

⁶ 23 % vs. 35 % in der Gesamtgruppe

⁷ 10 % vs. 20 %

⁸ 48 % vs. 38 %

⁹ Factor Score: -0,54

¹⁰ Mittelwert 1,37 vs. 1,57 für die Gesamtgruppe

¹¹ 2,98 vs. 2,08

¹² 2,44 vs. 1,93

von ihren Bezugspersonen und von der vertrauten Umgebung ertragen und sich auf die Pflegeleistungen Fremder einstellen. Viele der mit den Krankheiten verbundenen Situationen erzeugen Angst, für die kleinen Kindern keine angemessenen Abwehrmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Durch die Krankheitszustände entstehen Störungen in den Interaktionszusammenhängen und den vertrauten Interaktionsmustern des Säuglings oder Kleinkindes mit seinen Bezugspersonen. Die Eltern, die üblicherweise Garanten für eine schützende und haltende Umgebung sind, können bei Krankheiten das Kind nicht vor Schmerzen bewahren und müssen ihm selbst häufig schmerzhaftere Behandlungen zumuten, z. B. bei der Pflege eines endogenen Ekzems oder bei krankengymnastischen Übungen.

Das Kind reagiert auf Schmerzen und Angst mit Zuständen hoher Spannung, die sich in Schreien ausdrückt. Säuglingsforscher haben empirisch belegt, daß solche Hochspannungszustände die Kontinuität der Entwicklung unterbrechen, und daß im Gegensatz dazu das aufeinander Eingestimmtsein (attunement) zwischen dem Säugling und seiner Pflegeperson auch bei hoher Spannung die Einheit der Erfahrung erhält.¹³ Die Erforschung unterschiedlicher Zustände (states) bei Säuglingen ergab, daß es neben den Hochspannungszuständen beim Schreien Zustände niedriger Spannung im Zustand ruhiger Wachheit und mäßiger Spannung im Zustand wacher Aufmerksamkeit gibt. Bei Säuglingen, die durch Krankheit, dauerhafte Schmerzzustände oder mangelhafte Bemutterung übermäßig viel Hochspannung erleben müssen, fehlt das aufeinander Eingestimmtsein zwischen Säugling und Mutter, weil die integrativen Fähigkeiten des Säuglings durch zuviel Hochspannung überwältigt werden. Es kann sich nur schwer Urvertrauen entwickeln, und es kommt häufig zu einer Spaltung zwischen Gut und Böse. Dann wird das aversive System des Kindes mit Gefühlen von Unlust und Wut aktiviert und sein Agriffsverhalten herausgefordert.¹⁴

Das aversive System, der Gegenpol zum Selbstbehauptungssystem und eigentlich ein ruhendes System, ist zum Selbstschutz vorhanden und wird nur im Moment drohender Gefahr eingesetzt. Eine solche Gefahr liegt z. B. dann vor, wenn ein Kind bei der Entwicklung seines Selbstbehauptungssystems gehindert wird¹⁵, wenn seine Aggressionen provoziert werden oder wenn es häufig

¹³ Vgl. STERN 1985.

¹⁴ Vgl. PARENS 1979b.

¹⁵ STECHLER/HALTON 1987, S. 836 vermuten, daß einige Funktionsstörungen z. B. Eßstörungen, Schlafstörungen, Störungen in der Sauberkeitskontrolle, daraus erwachsen,

Schmerzzustände ertragen muß. Unter diesen Bedingungen besteht keine ausreichende Gelegenheit, das Selbstbehauptungssystem zu entwickeln, sondern es wird stattdessen mit dem Aversionssystem eine Vermischung eintreten. Dann entsteht ein sich selbst aktivierendes, initiierendes System, bei dem Aggressionen von minimalen Störungen ausgelöst werden oder sich ohne Grund als ein selbstaktivierter Vorgang zeigen, dem triebhaftes Geschehen zugrundezuliegen scheint.¹⁶ Es handelt sich aber statt dessen um ein selbstorganisierendes System mit der Fähigkeit zur Eigenorganisation. Äußerlich ist dieses neuentstandene System den Erscheinungsformen der Aggression der Triebtheorie gleich, es kann sich lebenslang selbst erhalten und wird aufrechterhalten durch vorhersagbare Interaktionen mit der Umwelt und nicht durch endogene Prozesse¹⁷.

Dies scheint der Entstehenszusammenhang der heftigen Aggressionen bei den Borderline-Kindern dieses Clusters zu sein, die immer bereitliegen und bei kleinsten Irritationen hervorbrechen. Besonders häufig sind Ängste vor dem Verlust von Autonomie die Auslöser.

Die fünfjährige Anna befand sich mit ihren Eltern in ständigen hochaggressiven Auseinandersetzungen, die diese wie eine permanente Trotzphase empfanden. Fremden gegenüber war sie sehr scheu, verbarg ihr Gesicht in den Händen und sprach kein Wort. Sie litt an heftigen Dunkelängsten.

Aus ihrer Genese war bekannt, daß am 5. Lebenstag eine schwere Hüftgelenkluxation festgestellt wurde, deretwegen sie 12 Wochen in einer Spezialliege in der Kinderklinik verbrachte. Sie lag dort nackt unter hellen Lampen bei einem hohen Geräuschpegel und war völlig bewegungsunfähig. Die Eltern erinnerten sich mit Grauen an diese Zeit, weil die Atmosphäre in der Klinik so kalt und unpersönlich gewesen sei und Anna ihnen so leidgetan habe, sodaß die Besuche für sie dort eine Qual gewesen seien. Danach wurde Anna zu Hause für weitere 12 Wochen fest in ein Gipsbett eingegipst, das nur eine Öffnung zur Darm- und Blasenentleerung hatte. Danach bekam sie für mehrere Monate eine Spreizhose. Beim Wickeln hat sie sich mit aller Gewalt gegen die Spreizhose zu wehren versucht. Die Mutter sagte: "Dreimal am Tag mußten wir sie vergewaltigen." Die Situation wurde dadurch erschwert, daß Anna sehr agil und motorisch aktiv war, und daß ihre Mutter die Krankheit schuldgefühlhaft verarbeitete und auf diese Weise Anna wenig bei der Bewältigung des schweren Traumas helfen konnte.

daß sie dem Kind paradoxerweise eine wenn auch minimale Kontrolle über das Familiensystem bieten. Diese pathologischen Mechanismen werden als ein dauerhaftes Muster etabliert, wenn es nicht in Laufe der Entwicklung eine weitere Transformation des Systems gibt.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ a.a.O. S. 837

Zu Beginn der Kindertherapie waren die Eltern so verzweifelt und am Ende ihrer Kräfte, daß sie überlegten, Anna in ein Heim zu geben. Sie erwogen das auch, weil sie den Eindruck hatten, daß Anna sie hasse und gern von ihnen weggehen würde. Die Mutter hatte außerdem die Befürchtung, Anna würde schizophren werden.

Wie ist es zur Ausbildung dieser Symptomatik gekommen? Die durch die Krankheit verursachte Trennung hat ein allmähliches miteinander Vertrautwerden zwischen Mutter und Kind verhindert. Wenngleich die Eltern auch regelmäßige Besuche in der Klinik gemacht haben, war doch unter den dortigen Bedingungen ein feinabgestimmter Austausch auf taktiler und akustischer Ebene nicht möglich. Das interaktive Klima war auf Seiten von Anna durch ein Übermaß an Mißempfindungen bestimmt, auf Seiten der Eltern durch Angst, Sorgen und Schuldgefühle. Als Anna mit 13 Wochen die Klinik verlassen konnte, wurde die äußere Umgebung zwar freundlicher und kindgerechter, die schmerzhaft motorische Einengung blieb jedoch bestehen, und nun waren es die Eltern, von denen die schmerzhaft motorische Einengung ausging. Es ist zu vermuten, daß die ständige Unterbindung motorischer Expansivität das aversive System aktiviert hat, sodaß bei Anna ein Gefühl entstanden ist, gerade von ihren Eltern in der Ausübung vitaler Bedürfnisse gehindert zu werden. Ihr aversives System war schließlich in ständiger Bereitschaft und reagierte auf kleinste Verletzungen des Autonomiegefühls. Die Eltern-Kind-Beziehung war von Mißtrauen geprägt, und es hat sich kein Urvertrauen entwickeln können. Daraus resultierte eine gravierende Entwicklungsstörung, in der eine starke Diskrepanz zwischen weit vorangeeilter intellektueller und stark retardierter emotionaler Entwicklung bestand. Die Angst war panikartig und hatte keine Signalfunktion, und die Abwehr bestand aus Spaltungen, Projektionen und Verleugnungen.

Zusammenfassung: Bei den Kindern des ersten Clusters wurden durch häufige Krankheiten in der Säuglings- und Kleinkindzeit die Interaktionszusammenhänge mit ihren Pflegepersonen unterbrochen. Schmerzen und Mißempfindungen haben das aversive System aktiviert und die Beziehungen aggressiv gestaltet. Die Kinder begegnen anderen Menschen mit Mißtrauen, und ihr Selbstgefühl ist niedrig.

Cluster 2: Narzißtisch aggressive und schizoide Kinder mit Ängsten, selbstschädigendem Verhalten und psychotischen Episoden

Psychosozialer Hintergrund. Insgesamt gehören 45 Kinder zu dieser Gruppe. Es sind verhältnismäßig mehr Jungen als Mädchen¹⁸, und es leben 20 % von ihnen in Heimen¹⁹.

Traumata. Sie haben häufig körperliche Mißhandlungen²⁰ und sexuellen Mißbrauch erlebt²¹. Dagegen haben sie weniger an Behinderungen²² und Krankheiten²³ gelitten. Nach der GAF-Skala sind die Kinder dieses Clusters deutlich schwerer gestört als der Durchschnitt²⁴.

Symptome. Ihr Verhalten ist durch narzißtische Aggressivität²⁵, Zerstörungslust²⁶, Entwertungen anderer²⁷ und Größenphantasien²⁸ geprägt. Sie haben große Ängste²⁹, können sich nicht in andere einfühlen³⁰ und haben Schwierigkeiten, sich in Gruppen einzufügen³¹. Sie neigen eher zu schizoidem Rückzug und Gefühlsarmut³², und ihre Neigung zu Spaltungen³³ ist stark. Sie haben ein ausgeprägtes Phantasieleben³⁴ und eine dementsprechend eingeschränkte Realitätsprüfung³⁵. Häufig verhalten sie sich selbstschädigend³⁶, und manchmal zeigen sie psychotische Episoden.³⁷

Interpretation. Die psychischen Auffälligkeiten dieser Kinder sind nicht wie bei den Kindern des Clusters 5 auf Behinderungen oder Erkrankungen in

-
- 18 87 % vs. 69 % in der Gesamtgruppe
 - 19 gegenüber 10 % in der Gesamtgruppe
 - 20 57 % vs. 35 %
 - 21 25 % vs. 18 %
 - 22 11 % vs. 19 %
 - 23 29 % vs. 38 %
 - 24 37 vs. 43
 - 25 Factor Score: -0,36
 - 26 Mittelwert 1,53 vs. 2,08 für die Gesamtgruppe
 - 27 1,31 vs. 1,66
 - 28 1,22 vs. 1,45
 - 29 1,40 vs. 1,66
 - 30 1,67 vs. 2,06
 - 31 1,31 vs. 1,66
 - 32 Factor Score: -0,42
 - 33 1,13 vs. 1,31
 - 34 1,49 vs. 1,93
 - 35 1,20 vs. 1,58
 - 36 Factor Score: -0,57
 - 37 Factor Score: -0,56

den ersten drei Lebensjahren, sondern auf Instabilität und Gewaltbereitschaft in ihren Familien zurückzuführen. Das zeigt sich an der Häufigkeit von Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch³⁸ und an der signifikant häufigeren Heimunterbringung dieser Kinder im Vergleich zur Gesamtgruppe. Den Familien, die häufig nur aus einem Elternteil bestehen, mangelt es an Ressourcen, ihren Kindern eine entwicklungsfördernde Umgebung zu bieten und mit Erziehungsschwierigkeiten umzugehen. Häufig haben sie die Erziehung an eine Institution abgegeben, oder das Sorgerecht oder das Aufenthaltsbestimmungsrecht wurde ihnen entzogen.

Jürgen ist 11 Jahre alt und lebt seit seinem 6. Lebensmonat in einer Pflegefamilie. Seine Mutter war eine Jugendliche, zu der kein Kontakt mehr besteht, von seinem leiblichen Vater ist nichts bekannt, außer daß er wie seine Mutter zu einer Randschichtgruppe gehörte, in der viel Alkohol getrunken wurde. Jürgen war bereits im Alter von 3 Monaten unter Aufsicht des Jugendamtes, weil er unterernährt und schlecht versorgt war. Er wurde wechselweise von seiner Mutter, deren Freundin oder den Großeltern versorgt. Mit 6 Monaten gab die Mutter ihn auf Drängen des Jugendamtes zur Pflegschaft frei.

In der Pflegefamilie herrschte ein von der Mutter ausgehendes kühles, leistungsorientiertes Klima, dem der emotionalere, aber schwache Vater wenig entgegensetzen konnte. Sie konnte sich in die emotionalen Bedürfnisse eines kleinen Kindes nicht einfühlen, weil sie selbst nie liebevolle Zugewandtheit in ihrer Kindheit erlebt hatte, sondern die Erfahrung gemacht hatte, daß nur Leistung belohnt wird.

Hatte Jürgen sich wehgetan, dann tröstete sie ihn nicht, weil er selbstständig werden und mit Kummer allein fertig werden sollte. Sie trainierte mit dem motorisch retardierten Kind Krabbeln und Laufen und später das Sprechen. Eine heilgymnastische und logopädische Behandlung wurde mit etwa 5 Jahren durchgeführt. Jürgen wurde nicht sauber, sondern er näßte und kotete nachts und tagsüber bis zum etwa 9. Lebensjahr ein.

Als er in die Schule kam, verleugnete die Mutter seine offensichtlich geringe Begabungskapazität, sondern trainierte nachmittags den Schulstoff mit ihm. Das hatte bei allen mechanisch lernbaren Unterrichtsinhalten Erfolg, mißlang aber, wenn eigenständige intellektuelle oder kreative Leistungen gefragt waren.

Als Jürgen mit 11 Jahren in psychotherapeutische Behandlung kam, zeigte er Anzeichen einer schweren Entwicklungsstörung. Er bekam zu Hause heftige Wutausbrüche, bei denen er hin und wieder Gegenstände zerstörte. In der Beziehung zur Mutter schwankte er zwischen hilfloser Anklammerung und wü-

³⁸ Die Häufigkeit des sexuellen Mißbrauchs bei den Kindern dieses Clusters ist beachtlich. Die Häufigkeit von 24 % liegt zwar nicht wesentlich über dem Mittelwert der Gesamtgruppe von 18 %, ist aber beachtlich hoch, wenn man bedenkt, daß in diesem Cluster Jungen überwiegen, die weniger häufig mißbraucht werden als Mädchen.

tender Auflehnung. Auch der Beziehungsmodus der Mutter ihm gegenüber war von Spaltungsmechanismen geprägt: Sie wütete und strafte ihn hart, wenn er nicht ihrem Idealbild entsprach oder sich ihren Anordnungen widersetzte, wenn sich aber jemand besorgt oder kritisch ihm gegenüber äußerte, dann zog sie ihn schützend und verwöhnend an sich heran.

In unbeobachteten Momenten quälte Jürgen seine Katze sadistisch. Aus der Schule kamen Klagen wegen seines unangepaßten Verhaltens. Er war Aussen-seiter in der Klasse und hatte auch sonst keine Beziehungen zu anderen Kindern. Zu seiner Klassenlehrerin hatte er allerdings eine besondere Beziehung: Sie beruhigte ihn, wenn er Wutausbrüche bekam und unterhielt sich in den Pausen mit ihm, wenn er allein auf dem Schulhof stand. Ihr hatte er von seiner "komischen Idee" erzählt, daß er nämlich in Wirklichkeit ein Roboter sei, der bei Wutanfällen nur falsch programmiert wäre.

Jürgen zeigt wesentliche Merkmale der Kinder dieses Clusters: Die deprivierenden Ereignisse aus seiner Frühgenese hatten eine Fortsetzung in der emotionalen Deprivation und psychischen Gewaltausübung in seiner Pflegefamilie gefunden. Er hatte sich zwar durch seinen schizoiden Rückzug eine gewisse Unabhängigkeit bewahrt, stand dadurch jedoch in dem unlösbaren Konflikt zwischen der Angst vor Beziehungen und dem dringenden Bedürfnis danach. Sein aversives System war durch die schweren Traumata in ständiger Bereitschaft und in Gefahr, bei kleinsten Kränkungen auszubrechen. Sein ausuferndes Phantasieleben, das er sorgfältig vor anderen verbarg, und das er nur in der Roboterphantasie seiner Lehrerin offenbart hatte, war ein unzureichender Schutz vor den heftigen Aggressionen, die ihn und seine Umwelt bedrohten.

Die Kinder dieses Clusters zeigen schizoide Gefühlsarmut, psychotische Episoden und übermäßige Aggressivität. Die Kinder mit schizoider Gefühlsarmut haben ihre Bedürfnisse nach Beziehungen minimiert. GUNTRIP (1969) hat für erwachsene Borderline-Patienten gezeigt, daß Vitalität und geistige Aktivität in einer inneren Welt verborgen ist und sie sich im Hier und Jetzt leer, leblos und inaktiv fühlen. Es scheint, daß der Rückzug in Phantasien im Kindesalter weniger erfolgreich der Abwehr unterliegt als bei Erwachsenen und daher bei Kindern sichtbarer ist. Das ist bei jüngeren Kindern ubiquitär, hier zeigt das Ausmaß an Destruktion und Gewalt den Störungsgrad an. Allerdings werden die ängstigenden Phantasieinhalte psychotischer Episoden meist erst in einer längeren Therapie deutlich. In der Diagnostik geben projektive Tests am ehesten Hinweise auf das Vorliegen einer Bereitschaft zu psychotischer Regression.

Die eingeschränkte Gefühlswelt mit dem emotionalen Rückzug und der Isolation ist als eine Abwehr gegen die Angst zu verstehen, das Objekt durch die

übergroße Bedürftigkeit zu zerstören.³⁹ Da im Kindesalter allgemein und bei Borderline-Kindern im besonderen die Ich-Fähigkeiten reduziert sind, ist die Gefahr groß, daß die innere Welt der Phantasien stärker ist als der Bezug zur Realität und es zu psychotischen Episoden kommt. Kurzdauernde psychotische Erscheinungen sind daher bei Kindern eher gegeben als bei Erwachsenen.

Die Kinder dieses Clusters haben Ähnlichkeit mit den Kindern, die PINE (1974) in seiner schematischen Übersicht mit "chronische Ich-Devianz" bezeichnet,⁴⁰ und die er mit einem chronischen und charakteristischen Versagen in den Objektbeziehungen, der Abwehrkonfiguration und der Realitätskontrolle charakterisiert. Das Funktionsniveau ist zwar zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich, doch bleiben die Defizite auch bei passager besserem Funktionsniveau im Stillen präsent, weshalb PINE den Begriff "chronische" Ich-Devianz wählte.⁴¹

Zusammenfassung: Die Kinder des zweiten Clusters sind in einer gewalttätigen Familienatmosphäre aufgewachsen, die von Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch geprägt war. Das hat bei ihnen zu zerstörerischer Aggressivität und einer eingeschränkten Gefühlswelt geführt. Sie haben sich in ein destruktives Phantasieleben zurückgezogen, verlieren häufig den Bezug zur Realität und verhalten sich selbstschädigend. Sie sind schwerer gestört als die meisten anderen Kinder mit einer Borderline-Störung.

Cluster 3: Narzißtisch aggressive Kinder mit panischen Ängsten, schizoider Gefühlsabwehr, Suizidgedanken und psychotischen Episoden

Psychosozialer Hintergrund. Zu dieser Gruppe gehören 21 Kinder. Die Geschlechtsverteilung entspricht etwa der Verteilung in der Gesamtpopulation.

Traumata. Die Kinder haben häufiger als die Gesamtgruppe an Mißhandlungen⁴² und an Behinderungen⁴³ gelitten.

³⁹ Vgl. MEISSNER 1984, S. 207

⁴⁰ Vgl. Abschnitt 2.1.2

⁴¹ Vgl. PINE 1974, S. 349

⁴² 48 % vs. 35 % in der Gesamtgruppe

⁴³ 33 % vs. 19 %

Symptome. Infektionskrankheiten und Erkrankungen an endogenem Ekzem sind in den ersten drei Lebensjahren gehäuft vorgekommen.⁴⁴ Dadurch hatten die Kinder gehäuft Schmerzzustände oder unerträglichen Juckreiz zu ertragen,⁴⁵ und ihr Wohlbefinden war durch die Krankheiten eingeschränkt.

Die Kinder dieser Gruppe haben die traumatischen Bedingungen ihrer Frühkindheit anders als die Kinder der Gruppe 1 verarbeitet, deren wesentliche Verhaltensmerkmale zerstörerische Aggressivität und Hochspannung sind. Auch die Kinder dieses Clusters sind übermäßig aggressiv, und ihre Aggressivität hat vernichtende, zerstörerische und narzißtische Qualität⁴⁶. Außerdem leiden die Kinder dieses Clusters an heftigen Ängsten vor Verstümmelung und Vernichtung⁴⁷, und sie können ängstigende Phantasien nicht kontrollieren⁴⁸. Häufiger als die meisten Kinder der Stichprobe haben sie Suizidgedanken⁴⁹. Sie haben sich mittels einer schizoiden Gefühlsabwehr von Beziehungen zurückgezogen⁵⁰, neigen zu einem lebhaften Phantasieleben⁵¹ mit Größenphantasien⁵² und regredieren häufiger auf psychotische Episoden⁵³.

Interpretation. Sie haben nicht nur Ähnlichkeit mit den Kindern von Cluster 1, sondern auch mit den Kindern des Clusters 2, die ebenfalls durch heftige Aggressivität, Ängste, autoaggressives Verhalten, schizoide Gefühlsarmut und psychotische Episoden auffallen. Von diesen Kindern unterscheiden sie sich nur dadurch, daß sie in ihren ersten Lebensjahren an Krankheiten und Schmerzzuständen gelitten haben und nicht so häufig wie die Kinder des Clusters 2 sexuell mißbraucht wurden.

Der fünfjährige Peter leidet an einem ausgeprägten endogenen Ekzem. Beim psychotherapeutischen Erstgespräch sind von ihm nur sein Gesicht und die Fingerspitzen zu sehen, weil Arme, Beine, Hände und Hals weiß verbunden sind. Aus seinem zerschundenen Gesicht blicken traurige Augen mit einem hoffnungslosen Ausdruck. Er leidet außer an dem Ekzem auch noch an einem Asthma bronchiale. Entsprechend seiner schweren körperlichen Erkrankung

⁴⁴ Factor Score: -0,87. Eine Überprüfung der Rohdaten ergab, daß es sich bei den Erkrankungen um Infektionen und endogene Ekzeme handelte.

⁴⁵ Vgl. die Ausführungen zu den Auswirkungen von Krankheit und Schmerz auf die Entwicklung von Kindern in Cluster 7.

⁴⁶ Factor Score: -0,32

⁴⁷ Mittelwert 1,43 vs. 2,08 für die Gesamtgruppe

⁴⁸ 1,33 vs. 1,66

⁴⁹ 2,48 vs. 3,00

⁵⁰ Factor Score: -0,49

⁵¹ 1,24 vs. 1,93

⁵² 1,05 vs. 1,45

⁵³ Factor Score: -0,77

hatte eine Reihe von Vorbehandlungen in Krankenhäusern, Kurhäusern und Sanatorien stattgefunden. Zustände akuter Atemnot verlangten hin und wieder eine rasche Versorgung durch den Notarzt.

Die Interaktionen der Eltern mit dem Kind waren wesentlich durch die Krankheit bestimmt: Das Cremes und Wickeln der Haut mit Mullbinden sowie zeitweiliges Festbinden der Arme am Gitterbett, das nötig war, um ein Zerkratzen oder Infektionen zu verhindern, und das regelmäßige Inhalieren nahm morgens und abends viel Zeit in Anspruch. Außerdem durfte er zur Zeit des Pollenflugs nicht draußen spielen. Wegen der Infektionsgefahr seiner zerstörten Haut konnte er den Kindergarten nicht besuchen.

Peter litt unter Ängsten vor Einbrechern und Gespenstern, sodaß er nicht allein in seinem Zimmer sein konnte. Er hatte eine niedrige Frustrationstoleranz und bekam bei kleinen Anlässen heftige Wutausbrüche. Die Mutter schämte sich seines häßlichen Aussehens wegen und überließ dem Vater weitgehend die Hautpflege, der Peter auch versorgte, wenn er nachts wegen heftigen Hautjuckens nicht schlafen konnte. In scharfem Gegensatz zu diesen zuverlässigen und liebevollen Versorgungen des Vaters stand dessen sadistisches Verhalten, mit dem er Peters Angst herausforderte und ihn narzißtisch kränkte. Er setzte ihn z. B. hoch oben auf einen Schrank, obgleich er wußte, daß Peter panische Angst vor Höhen hatte, und er freute sich, wenn dieser in Panik schrie. Manchmal packte er ihn mit einer Hand, hielt ihn von seinem Körper weg und verhöhnte ihn: "Dich kleinen Wicht laß ich an meinem langen Arm verhungern." Zwischen den Eltern bestanden tiefgreifende Ehekonflikte. Die Mutter lebte noch in einer ungelösten Bindung an ihre eigenen Eltern.

Bei Peter hatten die häufigen Schmerzzustände und lebensbedrohlichen Asthmaanfälle zu einer Aktivierung des aversiven Systems geführt, das ständig in Bereitschaft war und bereits bei kleinen Frustrationen aktiviert wurde. In der psychologischen Untersuchung hatte er völlig affektisoliert gesagt, daß er, wenn er vierzehn Jahre alt wäre, einen Menschen umbringen würde. Seine primären Beziehungen waren durch die Ablehnung der Mutter und das sadistische Verhalten des Vaters belastet. Peter hatte keine Kontakte zu anderen Kindern, weil er sie durch seine Aggressivität und seine narzißtischen Ansprüche vertrieb. Er hatte sich weitgehend in seine Phantasiewelt zurückgezogen, in der er bei Kämpfen im galaktischen Raum omnipotent agierte und in der seine Größe nicht in Frage gestellt wurde.

Die Krankheiten, an denen Kinder dieses Clusters leiden, zeigen eine starke Bereitschaft des Körpers, auf Einflüsse von außen zu reagieren, z. B. auf Allergene bei einer Allergie, auf Viren, Bakterien oder Streß bei Infektionen oder Exacerbationen des endogenen Ekzems. Es erhebt sich die Frage, ob es

neben der genetisch verankerten Bereitschaft zur Erkrankung zusätzliche mitverursachende psychische Faktoren gibt.⁵⁴

Die Mutter von Peter hatte nach längerer therapeutischer Arbeit in einem Gespräch gesagt: "Könnte es eigentlich sein, daß ein Ekzem etwas mit dem Haß der Mutter auf ihr Kind zu tun hat? Ich habe Peter nämlich gehaßt, weil er ein so häßliches und dickes Kind war," und sie berichtete, daß einmal, als Peter ungefähr 7 Monate alt gewesen sei, zwei Frauen in den Kinderwagen geschaut und ausgerufen hätten, 'schau dir dieses dicke Kind an'. Von da an sei sie mit ihm nicht mehr aus dem Haus gegangen.

BOSSE/HÜNECKE (1981) berichten aufgrund beobachteter Interaktionen zwischen Müttern und ihren ekzemkranken Kindern bei hautärztlichen Untersuchungen, daß Mütter ihre kranken Kinder häufig wie einen Teil ihres Selbst behandeln. Die Kinder fungieren häufig als narzißtische Extensionen ihrer Mütter, die selbstunsicher, depressiv und narzißtisch gestört sind, und die sich deshalb nicht im Sinne "primärer Mütterlichkeit" auf ihr Kind einstellen können.

Kinder, die häufig krank sind, leiden entsprechend häufig an Schmerzzuständen und damit verbundenen Hochspannungszuständen. Die Auswirkungen dieser affektiven Zustände auf die Ich-Entwicklung wurde in Cluster 1 beschrieben. Doch anders als die Kinder von Cluster 1, bei denen vor allem das Krankheitsgeschehen in der Anamnese der Kinder im Vordergrund zu stehen scheint, sind die Kinder dieses Clusters nicht nur diesem Trauma ausgesetzt, sondern sie sind zusätzlich mit Mißhandlungen konfrontiert, sodaß man davon ausgehen muß, daß in ihren Familien eher ein feindseliges und gewalttätiges Klima herrscht. Sie haben sich offenbar mit den Mißhandlern identifiziert und reagieren deshalb aggressiv auf ihre Mitmenschen. Ohne Hoffnung auf befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen haben sich zurückgezogen. Beziehungsreichtum zeigt sich in ihrem Phantasieleben, doch geht hier der Bezug zur Realität häufig kurzfristig verloren.

Peter erlebte sich in einer Phase seiner Therapie als Gott. Er sagte: "Und ich bin der Gott, der alles weiß und alles macht, und ich lebe immer .. du bist schon lange tot." Er ließ als Gott seiner Macht freien Lauf, ich war ein Spielball seiner Macht. Er schickte mich hinauf in die Wolken, ließ mich plötzlich von dort hinunterfallen, wobei ich mit solcher Macht auf die Erde aufschlug, daß ich mir das Rückgrat brach. Der Körper blutete aus mehreren Wunden,

⁵⁴ Vgl. BOSSE ET AL. 1986.

und er sah sich an, wie ich Schmerzen hatte, litt, langsam verblutete und starb. Später machte er mich dann wieder lebendig.

In solchen und ähnlichen Phantasien kann ein Kind, indem es sein Gegenüber als ein Nichts definiert, einen nichtintegrierten Teil seines Selbst, die eigene absolute Nichtigkeit, in sein Gegenüber externalisieren.

In Peters Therapie war in diesen Gewaltszenarien eine allmähliche Veränderung seiner Größenphantasien zu beobachten. Er war nach einiger Zeit nicht mehr Gott, sondern Supermann. Als Supermann konnte er sich nicht mehr schwerelos im Weltall bewegen, und er war auch nicht mehr Herr über Leben und Tod. Er brauchte zum Fliegen ein Flugzeug und er mußte kämpfen, wenn er jemanden töten wollte.

Ein Ziel einer Psychotherapie mit einem solchen Kind ist es, allmählich einen besseren Realitätsbezug herzustellen. Das wird aber nur gelingen können, wenn das Kind die Beziehung zu seinem eigenen Selbst verbessern kann.

Zusammenfassung: Die Kinder des dritten Clusters haben in ihrer Frühgenese Krankheiten und Schmerzzustände erlebt. Ein gewaltbereites familiales Umfeld machte zweierlei notwendig: zum einen mußte die gefährliche Realität verlassen und eine Phantasiewelt aufgesucht werden, in der die reale Machtlosigkeit des Kindes aufgehoben war; zum anderen mußte das passive Erleiden in aktives aggressives Agieren verwandelt werden. Durch diese Kombination von Rückzug in eine Phantasiewelt und aggressivem Agieren sind die Kinder charakterisiert.

Cluster 4: Depressive Kinder mit diskrepanter Entwicklung, klammerndem Verhalten, Kontaktstörungen und psychotischen Episoden

Psychosozialer Hintergrund. Zu diesem Cluster gehören 11 Kinder, 6 Jungen und 5 Mädchen, also prozentual mehr Mädchen als in der Gesamtpopulation.⁵⁵ Sie sind 1 Jahr älter als das Durchschnittsalter 9,8 Jahre.

Traumata. Sie haben weniger Mißhandlungen,⁵⁶ aber mehr sexuellen Mißbrauch erlebt.⁵⁷ Ihre Familienbeziehungen waren weniger traumatisch als die der meisten Borderline-Kinder.⁵⁸

⁵⁵ 46 % vs. 34 % in der Gesamtgruppe

Symptome. Sie haben mehr als die anderen Kinder an Schmerzen gelitten⁵⁹, haben häufiger eine gestörte Motorik⁶⁰ und Depressionen⁶¹ und neigen eher zur Regression⁶². Sie sind nicht aggressiv⁶³ und hyperaktiv⁶⁴ und neigen nicht zu entwertenden Beschimpfungen⁶⁵ und Größenphantasien⁶⁶. Stattdessen werden sie durch psychotische Episoden⁶⁷, klammernde Beziehungen⁶⁸, eine diskrepante Entwicklung⁶⁹ und Kontaktstörungen⁷⁰ charakterisiert.

Interpretation. Die traumatischen Bedingungen, die bei diesen Kindern zur Borderline-Störung geführt haben, sind Schmerzzustände in den ersten drei Lebensjahren⁷¹ und sexueller Mißbrauch. Typische Reaktionsformen auf traumatische Ereignisse stehen ihnen nicht zur Verfügung: sie agieren nicht aggressiv, sondern richten die inneren Spannungen eher gegen sich selbst in Form von depressivem Erleben. Die heftigen Aggressionen, die auch bei ihnen vorhanden sind, können sie aber nicht gegen die Verursacher richten. Stattdessen attackieren sie sich selbst mit destruktivem Verhalten und klammern sich an ihre Bezugspersonen an. Insgesamt verhalten sich regressiv, was sich u. a. an ihren Störungen im Kontakt zu Gleichaltrigen zeigt.

Anja war 14 Jahre alt, groß, blaß, sehr mager und ernst und wurde wegen einer beginnenden Anorexie vorgestellt. Die auslösende Erkrankungssituation war eine längere Reise der Eltern. Sie blieb mit einer vertrauten Hausangestellten zu Hause und begann nach kurzer Zeit mit dem anorektischen Verhalten. Als die Eltern wieder zu Hause waren, konnte sie ihr Eßverhalten nicht mehr umstellen.

Anja litt nicht an ihrer Magersucht, sondern sie war froh, endlich dünner zu sein. Sie litt jedoch an der Tatsache, daß sie außer einer klammernden und eifersüchtigen Beziehung zu einer engen Freundin keine Kontakte zu anderen Jugendlichen hatte. Außerdem litt sie an ihrer Interesselosigkeit. Sie sprach

56 18 % vs. 35 %

57 36 % vs. 20 %

58 55 % vs. 80 %

59 18 % vs. 8 %

60 27 % vs. 16 %

61 36 % vs. 19 %

62 36 % vs. 9 %

63 Factor Score: +2,49

64 Mittelwert 3,82 vs. 2,29 für die Gesamtgruppe

65 3,45 vs. 1,66

66 2,27 vs. 1,45

67 Factor Score: -0,42

68 Factor Score: -0,36

69 Factor Score: -0,82

70 Factor Score: -0,55

71 Zur Bedeutung von häufigen Schmerzzuständen vgl. die Ausführungen zu Cluster 3.

von ausgedehnten Tagträumen, die sie stundenlang beschäftigten. Ihre Entwicklung war diskrepant, was sich an ihrer guten intellektuellen Leistungsfähigkeit zeigte, die in krassem Gegensatz zu ihrem eher kleinkindhaft wirkenden Beziehungsverhalten stand. Von ihrer Mutter sprach sie idealisierend als von ihrer besten Freundin, den Vater lehnte sie wegen seiner Leistungsorientiertheit und Rechthaberei ab.

Sie war nach drei älteren Geschwistern ein Nachkömmling in ihrer Familie. Ihre prägenden Erinnerungen waren, von niemandem ernstgenommen worden zu sein und Familiengespräche nicht verstanden zu haben. Von dem nächstälteren Bruder war sie sadistisch gequält und später sexuell mißbraucht worden. Ihre Eltern haben sie davor nicht geschützt, sondern haben, wenn sie geschrien oder geklagt hat, gesagt, "laß dich nicht immer ärgern, du hast ja selber Schuld." Das Gefühl, ihr Leid selber verschuldet zu haben, ist ihr bestimmendes Gefühl geblieben.

Bei Anja hat das fortgesetzte Erleben körperlicher Gewalt und der Mangel an Schutz und Halt durch die Eltern verbunden mit deren Schuldzuschreibungen dazu geführt, daß sich ihre Wünsche nach symbiotischer Beziehung zur Mutter erhalten haben. Die Mutter war wegen eigener psychischer Probleme und massiver Eheprobleme nicht in der Lage gewesen, Anja den notwendigen Halt zu bieten, daß sie sich aus der klammernden Beziehung hätte lösen können. Diese persistierende traumatische Situation in der Kindheit hatte eine Entwicklungsstörung zur Folge, die in Diskrepanzen unterschiedlicher Entwicklungslinien, einem übermäßigen Phantasieleben und einer depressiven Grundstimmung bestand.

Zusammenfassung: Die Kinder des vierten Clusters gehören nicht zur Gruppe der aggressiv agierenden Kinder mit Borderline-Störungen, sondern sie sind in ihrem Beziehungsverhalten klammernd und haben Kontaktstörungen zu Gleichaltrigen. Ihre Entwicklung ist diskrepant, und sie haben ein ausgeprägtes Phantasieleben mit psychotischen Episoden.

Cluster 5: Depressive Kinder mit neurokognitiven Defiziten

Psychosozialer Hintergrund. Zu dieser Gruppe gehören 21 Kinder. Es sind prozentual mehr Mädchen als in der Gesamtpopulation⁷². In ihren Familien sind Neurosen und Persönlichkeitsstörungen überdurchschnittlich häufig⁷³. Ein Viertel der Kinder kommt aus Alkoholikerfamilien. Vier Kinder waren Frühgeburten.

Traumata. In den ersten Lebensjahren haben sie überdurchschnittlich häufig an Krankheiten und Schmerzzuständen gelitten.⁷⁴

Symptome. Die Kinder dieser Gruppe leiden unter Panik, Trennungsängsten⁷⁵ und Teilleistungsstörungen⁷⁶, sie zeigen eine diskrepante Entwicklung,⁷⁷ sind aber wesentlich weniger schizoid als der Durchschnitt.⁷⁸

Im einzelnen treten bei den Kindern dieser Gruppe Ängste⁷⁹ und anklammerndes Verhalten⁸⁰ auf. Ihre Entwicklung ist diskrepant: Sie pendeln zwischen altersentsprechendem und kleinkindhaftem Entwicklungsniveau,⁸¹ es bestehen Diskrepanzen zwischen intellektueller, motorischer und emotionaler Entwicklung,⁸² und die Selbstvorstellungen sind uneinheitlich.⁸³ Enuresis kommt gehäuft vor.⁸⁴ Sie leiden an Legasthenie,⁸⁵ Hyperaktivität,⁸⁶ gestörter Motorik⁸⁷, Sprachstörungen⁸⁸ und Lern- und Leistungsstörungen⁸⁹.

⁷² 43 % vs. 31 % in der Gesamtgruppe

⁷³ 57 % vs. 48 %

⁷⁴ 52 % vs. 38 %

⁷⁵ Der Mittelwert der Factor-Scores von Cluster 7 ist -0,40 Standardeinheiten vom Mittelwert 0 der Gesamtgruppe entfernt.

⁷⁶ Factor Score: -0,56

⁷⁷ Factor Score: -0,36

⁷⁸ Factor Score: +1,10

⁷⁹ 52 % vs. 39 %

⁸⁰ Mittelwert 1,38 vs. 1,91 für die Gesamtgruppe

⁸¹ 1,05 vs. 1,49

⁸² 1,10 vs. 1,25

⁸³ 1,14 vs. 1,35

⁸⁴ 48 % vs. 21 %

⁸⁵ 2,19 vs. 2,93

⁸⁶ 1,71 vs. 2,29

⁸⁷ 29 % zu 16 %

⁸⁸ 2,81 vs. 3,37; 29 % zu 11 %

⁸⁹ 67 % vs. 34 %

Gesunde Anteile. Positiv werden ihre emotionalen⁹⁰ und kreativen⁹¹ Fähigkeiten eingeschätzt. Ferner sind sie durch ihre Bereitschaft zur gefühlshaften Beziehungsaufnahme charakterisiert⁹².

Interpretation. Ein wesentliches Charakteristikum dieser Gruppe sind neurologische Defizite im kognitiven, apperzeptiven und motorischen Bereich. Es gibt eine Vielzahl von Untersuchungen zu Zusammenhängen zwischen dem Vorliegen neurologischer Dysfunktionen und der Herkunft aus Familien mit Schizophrenie oder Suchterkrankung⁹³. COHEN ET AL. (1983) untersuchen Zusammenhänge der Aufmerksamkeitsstörung (attention deficit disorders) und der Borderline-Störung. Sie vermuten, daß Kinder mit beiden Störungen zu ähnlichen klinischen Einheiten mit einigen gleichen zugrundeliegenden biologischen Dysfunktionen zu zählen sind⁹⁴. Dabei verstehen sie die Aufmerksamkeitsstörung nicht als ein abgrenzbares Krankheitsbild, sondern als ein Muster psychobiologischer Dysfunktion, die häufig in komplexere Störungen wie die Borderline-Störung eingebettet ist.

Zusammenhänge mit bestimmten ätiologischen Faktoren, besonders der Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen der Eltern oder Großeltern und Erkrankungen der Kinder an Aufmerksamkeitsstörungen und Borderline-Störungen sind in verschiedenen empirischen Studien aufgezeigt worden.⁹⁵ Es gibt ein Überlappen in den Familiengenesen bei beiden Störungen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß die vorliegende Untersuchung Ergebnisse anderer Untersuchungen bestätigt, die einen engen Zusammenhang mit Suchterkrankungen, Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen der Eltern oder Großeltern und einer späteren Borderline-Störung beim Kind aufzeigen. Bei Kindern dieses Clusters treffen diese ätiologischen Faktoren zusammen mit den oben beschriebenen neurologische Defiziten.

In welchem Verhältnis stehen Umweltfaktoren in Form der elterlichen Erkrankungen und Anlagefaktoren zueinander? COHEN ET AL. betonen, daß es sogar bei einem jungen Kind schwierig zu bestimmen sei, welche Aspekte des Verhaltens auf die biologische Ausstattung zurückzuführen seien und welche durch die Interaktionen mit den Beziehungspersonen oder durch andere Ereignis-

⁹⁰ 43 % zu 19 %

⁹¹ 38 % zu 26 %

⁹² "zeigt keine Gefühle": 3,43 vs. 2,62

⁹³ Vgl. die Übersichtsarbeit von MARCUS et al. 1983.

⁹⁴ COHEN ET AL. 1983, S. 202

⁹⁵ Literaturverweise siehe in COHEN ET AL. 1983 und SHAPIRO 1983.

nisse geprägt seien.⁹⁶ Bei einem älteren Kind sei eine solche Klärung kaum noch möglich. Die uneinheitliche Entwicklung sowie die emotionalen Schwierigkeiten müssen als ein Ergebnis des Zusammenwirkens vieler Kräfte gesehen werden, die durch konstitutionelle, reifungs- und beziehungsabhängige Faktoren bestimmt sind.

Die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen Soma und Psyche des Kindes fordern ein interaktives Entwicklungsmodell und nicht ein lineares. So wie Anlagen das Erleben formen, so modifiziert das Erleben die Erscheinungsformen der Anlagen. Ein Kind, das Schwierigkeiten in der Spannungsregulation und Reizverarbeitung hat, wird sich nur schwer von seinen Bezugspersonen beruhigen lassen. Das wiederum kann bei diesen zu einer Beeinträchtigung ihrer elterlichen fürsorgenden Funktionen führen, die noch mehr behindert sein werden, wenn sie selbst durch eine psychische Erkrankung beeinträchtigt sind. Ernsthafte Beziehungsprobleme werden die Folge sein, die letztlich die Repräsentanzbildung beim Kind beeinträchtigen. Es wird nicht ein Bild der guten versorgenden und haltenden Mutter verinnerlichen können und Schwierigkeiten mit der Angstregulation haben. In der Folge werden die gesamten Prozesse der Ich-Entwicklung beeinträchtigt sein.⁹⁷ Im Ergebnis zeigt die Borderline-Störung bei einem Kind nicht einfach die Summe aller vorhandenen Schwierigkeiten von Anlage- und Umweltbedingungen an, sondern sie ist das einzigartige Ergebnis von deren Interaktionen.

Susanne ist 7 Jahre alt und wird auf Anraten der behandelnden Psychotherapeutin der Mutter zur psychotherapeutischen Diagnostik vorgestellt. Sie leidet an einer Angstsymptomatik, die immer dann auftritt, wenn sie neue Situationen zu bewältigen hat oder ihre Mutter aus dem Gesichtsfeld verliert. Außerdem hat sie große Angst vor analer Beschmutzung und besteht daher darauf, daß sie von den Eltern gesäubert wird, nachdem sie auf der Toilette war. Bereits bei kleinen Anlässen bekommt sie heftige Wutausbrüche. Wenn ihre Angst stark anwächst, erbricht sie, sodaß ihre Umwelt alarmiert ist und sie in der Regel geschont wird. Außerdem leidet sie oft an Kopfschmerzen. Ihr körperliches Erscheinungsbild ist auffällig: Sie hat einen übermäßig großen Kopf, hat das Gesicht einer alten Frau mit traurigen und verhangenen Augen. In ihren Bewegungen ist sie verlangsamt und vorsichtig, und sie spricht sehr leise. Dieses Erscheinungsbild steht im Kontrast zu ihrem blühenden Phantasieleben, in dem es gefährlich, wild und aggressiv zugeht.

Sie ist eine Frühgeburt und hat nur 1500 g gewogen. Sie wurde 22 Monate gestillt. Danach entwickelte sie eine Eßstörung. Aus ihrer Frühgenese ist weiter auffällig, daß sie kein Übergangsobjekt besessen hat, was schon früh auf ihre

⁹⁶ COHEN AT AL. 1983, S. 215

⁹⁷ ebenda

Unfähigkeit hinweist, die symbiotische Erfahrung mit der Mutter zu verinnerlichen und sich zu eigen zu machen. Stattdessen bleibt sie auf deren Realpräsenz angewiesen. Ihre Ich-Entwicklung zeigt Diskrepanzen in verschiedenen Bereichen, sie hat im Bereich der Angstentwicklung nicht die Fähigkeit zur Signalangst entwickelt, es besteht ein heftiger Autonomiekonflikt und die autonomen Funktionen der Sprache und der Motorik sind behindert.

Die Beziehung zur Mutter ist hochambivalent, und sie schwankt ihr gegenüber zwischen hilfloser Anklammerung und wütender Abstoßung.⁹⁸

Zusammenfassung: Die Kinder des fünften Clusters werden mit neurologischen Beeinträchtigungen geboren, die Einfluß auf die Entwicklung im Bereich der Wahrnehmung, der Motorik und der Sprache haben. Eltern und Großeltern haben es wegen der Suchterkrankungen und der psychischen Erkrankungen schwer, angemessene Copingstrategien zum Umgang mit den Beeinträchtigungen ihrer Kinder zu entwickeln. Bei diesen kommt es zu Diskrepanzen im Entwicklungsverlauf, und sie werden nicht schrittweise selbständig, sondern klammern sich ängstlich an ihre Bezugspersonen.

Cluster 6: Schizoide Kinder

Psychosozialer Hintergrund. In der Gruppe von insgesamt 25 Kindern befinden sich mehr Mädchen, als nach dem Zahlenverhältnis der Geschlechter in der Gesamtpopulation zu erwarten wäre.⁹⁹ Die Kinder sind etwa ein Jahr älter als das Durchschnittsalter aller in die Untersuchung einbezogenen Kinder¹⁰⁰.

Traumata. Die Ehen der Eltern sind noch häufiger und stärker als bei anderen Borderline-Kindern durch heftige Auseinandersetzungen gestört.¹⁰¹

Symptome. Die Kinder sind durch den Faktor "eingeschränkte Gefühlswelt" charakterisiert. Sie sind isoliert und wirken unzugänglich. Emotionalen Kontakt verweigern sie, und die schizoide Haltung¹⁰² ist durch einen Rückzug

⁹⁸ Vgl. DIEPOLD 1993.

⁹⁹ 31 % vs. 52 % in der Gesamtgruppe

¹⁰⁰ 11 J vs. 9.8 J.

¹⁰¹ 39 % vs. 25 %

¹⁰² Factor Score: -0,36. Der Begriff "schizoid" wird in dem Sinne gebraucht, wie SCHAFER 1948 ihn für Erwachsene formulierte: Das affektive Leben ist beschränkt und unterentwickelt, es besteht eine emotionale Distanz in zwischenmenschlichen Beziehungen und eine ausschließliche Beschäftigung mit eigenen Phantasien.

von äußeren Beziehungen¹⁰³ und durch den Versuch charakterisiert, unabhängig und zurückgezogen zu wirken. Sie zeigen nicht ihre Gefühle¹⁰⁴ und fallen häufiger als der Durchschnitt der Probanden durch dissoziale Verhaltensweisen auf.¹⁰⁵

Interpretation. Vergleicht man die Kinder dieses Clusters mit den anderen Kindern der Untersuchungsstichprobe, dann fällt auf, daß sie in vielen Bereichen weniger gestört wirken. Sie haben eine bessere Frustrationstoleranz¹⁰⁶, leiden weniger unter Langeweile¹⁰⁷, haben seltener motorische Störungen¹⁰⁸ und Eßstörungen¹⁰⁹, haben nicht so starke Ängste vor Verstümmelung und Vernichtung¹¹⁰ und klammern sich nicht so stark an ihre Bezugspersonen an¹¹¹. Es handelt sich hier um eine Gruppe von Kindern, die Verhaltensweisen entwickelt haben, die ihnen angesichts der desolaten Familienverhältnisse Überlebensstrategien bieten. Ihre Ich-Fähigkeiten sichern ihnen eine gewisse Unabhängigkeit von den Objekten, sodaß sie nicht wie depressive Kinder in der Gefahr sind, ihr Liebesobjekt durch ihre Aggressionen zu zerstören; und sie müssen auch nicht, um das zu verhindern, die Aggressionen zu deren Schutz gegen das eigene Selbst richten.¹¹² Stattdessen leben sie in der Gefahr, ihr Liebesobjekt durch die Intensität ihrer verschlingenden, gierigen Abhängigkeit zu zerstören. Schizoide Persönlichkeiten können weder in der Beziehung zu einer Person noch außerhalb einer solchen Beziehung existieren, ohne den Verlust der Liebe sowohl des Objektes als auch ihres Selbst zu verlieren.¹¹³ Es besteht eine unlösbare Spannung zwischen dem Bedürfnis nach Beziehung und der Angst davor. Der schizoide Rückzug schützt das Ich zwar, wird aber mit einer verarmten Affektivität und dem Rückzug in die eigene Gedankenwelt und in ein übermäßiges Phantasieleben bezahlt.

PINE ordnet diese Kinder in den Bereich der "upper border"¹¹⁴ ein und schreibt diesen Kindern eine relativ stabile Abwehr und Charakterstruktur zu. Er meint, daß sie selten Dekompensationen oder Wutausbrüche erlebten und ihr Bezug

¹⁰³ 42 % vs. 24 % in der Gesamtgruppe

¹⁰⁴ Mittelwert 2,04 vs. 2,62 für die Gesamtgruppe

¹⁰⁵ 28 % vs. 16 %

¹⁰⁶ 1,96 vs. 1,37

¹⁰⁷ 2,72 vs. 2,24

¹⁰⁸ 2,92 vs. 2,21

¹⁰⁹ 3,48 vs. 2,83

¹¹⁰ 2,76 vs. 2,08

¹¹¹ 2,36 vs. 1,91

¹¹² DIEPOLD 1984

¹¹³ MEISSNER 1984, S. 208

¹¹⁴ PINE 1974, S. 362

zur Realität relativ gut erhalten sei. Diese relative Stabilität können sie PINES Meinung nach nur um den Preis ihrer Isolation und Merkwürdigkeit aufrechterhalten.¹¹⁵ Seine Beschreibung der "Schizoid Personality" zeigt eine hohe Übereinstimmung mit den empirischen Befunden der vorliegenden Untersuchung.

Der neunjährige Uwe wurde von seiner Mutter vorgestellt, weil sie sich über seine stets dysphorische Stimmungslage, seine Kontaktschwierigkeiten mit anderen Kindern, sein stundenlanges Rückzugsverhalten in Phantasien, seine asthmatischen und ekzematösen Beschwerden und die häufigen Infektionskrankheiten Sorgen machte. Er sei besonders im Gegensatz zu seiner charmannten, fünf Jahre jüngeren Schwester immer mürrisch und unfreundlich zu anderen Menschen und schrecke andere Kinder durch sein rechthaberisches Wesen und seine ausufernden Spielphantasien ab, in die ihm keiner folgen könne.

Uwe war in den ersten Lebensjahren mit einer unklaren und unsicheren Lebenssituation konfrontiert. Seine Eltern lebten nicht zusammen, denn der Vater zog sich bei Beziehungsschwierigkeiten regelmäßig in seine eigene Wohnung zurück. Die Mutter war häufig depressiv, benutzte Uwe als Partnerersatz, verblieb mit ihm in enger Symbiose und konnte seine Individuation aus Gründen eigener Bedürftigkeit nicht fördern. Der Vater stand als triangulierendes Objekt und als männliche Identifikationsfigur nicht zur Verfügung, nicht zuletzt, weil er eigene gravierende Defizite in seiner männlichen Identitätsentwicklung hatte. Für Uwe war der Rückzug in die Welt der Phantasien eine Möglichkeit, die narzißtischen Verwundungen durch Größenphantasien auszugleichen, seine Autonomie zu wahren und sich durch sein schizoides Verhalten vor Enttäuschungen zu schützen.

Die wesentliche Krankheitsursache liegt bei Uwe neben seiner körperlichen Bereitschaft zu atopischen Reaktionen in der unsicheren Beziehungssituation seiner Eltern, die mit heftigen aggressiven Auseinandersetzungen einherging. Er hat wiederholt erlebt, daß diese aggressiven Auseinandersetzungen langanhaltende Trennungen vom Vater zur Folge hatten, die er zunehmend schuldgefühlshaft verarbeitete. Eigene aggressive Regungen lebte er vorwiegend in seinen Phantasien aus, und zu anderen Menschen hatte er eine emotionale Distanz aufgebaut, die ihn mürrisch und abweisend wirken ließ.

Zusammenfassung: Die Kinder des sechsten Clusters sind durch eine unterentwickelte Affektivität, distanzierte Beziehungen zu anderen Menschen und ein lebhaftes Phantasieleben charakterisiert. Die Kinder haben auf die schweren familiären Belastungen mit der Entwicklung einer stabilen Charakterstruktur und emotionalem Rückzug reagiert, der mit einem Mangel an Affektivität verbunden ist. Die sonst wesentlichen Merkmale von Borderline-Kin-

¹¹⁵ PINE 1974, S. 360 ff.

dern, Aggressivität und Impulsivität, sowie eine diskrepante Entwicklung mit wechselnden Funktionsebenen des Ich fehlen.

Sonstige Cluster 7, 8, 9, 10

Am Rande der Clusteranalyse liegen vier sehr kleine Gruppierungen, in der insgesamt nur 14 Kinder zusammengefaßt sind und die wegen der großen Heterogenität hier keine weitere Beachtung finden sollen. Lediglich Cluster 7 weist eine gewisse Ähnlichkeit zu Cluster 4 auf: Alle überwiegend jüngeren Mädchen haben gestörte Beziehungen in der Familie als traumatisch erlebt. In den Familien gibt es sehr viele Neurosen und Persönlichkeitsstörungen¹¹⁶ und viele Psychosen¹¹⁷. Sexueller Mißbrauch wird bei 40 % statt bei 20 % in der Gesamtgruppe vermutet. Die Kinder haben diese traumatischen Bedingungen in ihren Herkunftsfamilien auf so unterschiedliche Weise verarbeitet, daß sich keine Gemeinsamkeiten in der Symptomatik finden lassen. Das gilt noch mehr für die Cluster 8, 9 und 10.

Zusammenfassung

Anhand der Clusteranalyse konnten sechs Subtypen von Borderline-Kindern ermittelt werden. Es soll im folgenden gefragt werden, ob bei diesen Subtypen Merkmale zu finden sind, die eine noch gröbere Typisierung zulassen. Dazu einige Beobachtungen: Die Kinder von Cluster 7, 6 und 4 sind nicht aggressiv, sondern sie sind ängstlich anklammernd oder zeigen eine schizoide Gefühlsabwehr. In diesen Gruppen sind mehr Mädchen, als es dem prozentualen Geschlechterverhältnis der Gesamtpopulation entspricht. Das gemeinsame Merkmal dieser 3 Cluster ist ein ängstliches Anklammerungsverhalten und Aggressionslosigkeit. Das wird durch die kleinen Cluster, die in der Auswertung nicht beschrieben wurden, bestätigt, denn in Cluster 8 sind alle drei zugehörigen Mädchen nicht aggressiv, sondern haben eine Selbststörung, und auch die beiden Mädchen aus Cluster 9 sind nicht aggressiv, sondern sind in ihrem Beziehungsverhalten klammernd.

Sowie die oben beschriebenen Cluster durch die Abwesenheit von Aggression zu charakterisieren sind, zeichnen die Cluster 1, 2 und 3 sich durch die An-

¹¹⁶ 83 % vs. 48 %

¹¹⁷ 67 % vs. 25 %

wesenheit heftiger Aggressionen aus. Ein Unterscheidungsmerkmal ist das Vorhandensein oder das Fehlen heftiger Aggressionen. Diese phänomenologische Unterteilung der Gesamtgruppe anhand des Umgangs mit Aggression entspricht in etwa einer Geschlechtsgruppeneinteilung, denn in den Clustern mit den aggressiv agierenden Kindern sind die Jungen in der Überzahl, in den Clustern mit dem ängstlich anklammernden Verhalten die Mädchen. Es scheint eine Tendenz zu bestehen, daß Jungen eher aggressiv agierend sind als Mädchen, und daß Mädchen eher die Tendenz haben, sich im frühen Kindesalter ängstlich anzuklammern und im Laufe der Entwicklung depressiv zu werden. Das bestätigt auch der Abschnitt über die Veränderung der Symptomatik im Verlauf des Alterwerdens.¹¹⁸

Meine Unterteilung der Gesamtgruppe in aggressiv agierende Jungen und ängstlich anklammernde Mädchen erinnert an FREUDs Gegensatzpaare "männlich-weiblich" und "aktiv-passiv",¹¹⁹ zu dem auch noch das Gegensatzpaar "phallisch-kastriert" hinzuzurechnen ist. FAST (1991) stellt dieser Sicht ein Differenzierungsmodell entgegen und bietet damit einen neuen theoretischen Rahmen für die Entwicklung von Männlichkeit und Weiblichkeit. Jungen und Mädchen müssen sich mit dem Bewußtwerden des anatomischen Geschlechtsunterschiedes im 2. Lebensjahr auseinandersetzen und die Grenzen akzeptieren, die diese Erkenntnis für die eigene Existenz bedeutet. Das ist in der Regel eine kränkende Erfahrung. Es geht bei dieser Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlecht nicht primär um biologisch gesteuerte Unterschiede, sondern FAST hält soziale, in Beziehungen erworbene Identifizierungen für entscheidend. Um sich männlich fühlen zu können, muß der Junge z. B. auf die frühe Identifizierung mit der Mutter verzichten. Ich meine, daß das eher aggressive Verhalten der Jungen in der vorliegenden Untersuchung auch nicht primär eine Folge biologischer Unterschiede ist, sondern es wird zu zeigen sein, daß es das Ergebnis von Identifizierungen und dem Umgang mit Introjekten ist.

Versuch einer Erklärung der Gruppenunterschiede: unterschiedliche Introjekte

Es wird der Versuch unternommen, die verwirrende Vielfalt der Borderline-Pathologie auf einfache Grundmuster psychischen Funktionierens zurückzuführen. Dieses Grundmuster hat eine Entsprechung in der bevorzugten Ab-

¹¹⁸ Vgl. Abschn. 3.4.7.

¹¹⁹ FREUD 1905, S. 99

wehr durch Spaltung: Gut und Böse müssen voneinander separiert werden, damit das Gute nicht vom Bösen ausgelöscht wird. Man könnte meinen, daß bei dem aggressiven Kontakt mit dem Objekt die böse Seite aktiviert ist, die mit der Aggression des Kindes bekämpft wird und daß in der Anklammerung die guten Seiten des Objektes im Vordergrund stehen, die das Kind zur eigenen Stabilisierung braucht. Ebenso wie die Objekte in Gut und Böse zerfallen, betrifft die Spaltung auch das Selbst mit seinen bösen und guten Introjekten.

MEISSNER (1984) spricht vom "aggressor introject" und dem "victim introject" im Bereich der aggressiven Dimension und dem "superior-introject" und dem "inferior-introject" im Bereich der narzißtischen Dimension. Diese zentralen Internalisationen bilden die Hauptelemente, um die herum sich das individuelle Selbstgefühl entwickelt. MEISSNER meint, daß die Organisation dieser Introjekte entlang der beiden ursprünglichen Dimensionen geschehe, der narzißtischen und der aggressiven. Entsprechend sei die intrapsychische Organisation dieser introjektiven Konfiguration entweder entlang primär narzißtischer oder aggressiver Linien entwickelt oder aus einer Kombination von beiden.¹²⁰ Jede Dimension zeige in der Tendenz eine Unterteilung in extreme Pole, die entsprechend dem Ausmaß der Psychopathologie extrem und absolut seien. So drücke sich in der aggressiven Dimension die introjektive Konfiguration anhand der entgegengesetzten Pole von haßerfüllter, feindlicher und machtvoller Destruktivität sowie machtloser, hilfloser Verwundbarkeit aus. Diese entgegengesetzten Koordinaten kämen immer zusammen vor und seien entgegengesetzte Aspekte des gleichen Spektrums. Wenn man z. B. das Vorhandensein des Opfer-Introjekts mit der dazugehörigen Verwundbarkeit, Hilflosigkeit, Schwäche und Kraftlosigkeit beim Patienten wahrnehme, dann würde man bei gründlicher Exploration auch auf das Vorhandensein des Aggressor-Introjektes stoßen, das eine andere Seite des Patienten verkörpere, bei der er sich kraftvoll, destruktiv und sogar feindlich und gefährlich erlebe. Entsprechendes nimmt MEISSNER auch für die narzißtische Dimension an¹²¹.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die aggressive und die narzißtische Dimension der Organisation der Introjekte in der Faktorenanalyse zu einer Dimension in dem Faktor "narzißtische Aggressivität" zusammengefaßt: Die Aggression ist verletzend und zerstörend und bringt das Opfer in die Rolle des wertlosen Unterlegenen. Offenbar ist bei Kindern mehr noch als bei Erwach-

¹²⁰ MEISSNER 1984, S. 446

¹²¹ MEISSNER 1984, S. 447

senen aggressives und narzißisches Erleben miteinander verschränkt und schwer voneinander zu trennen.

Der empirische Befund der vorliegenden Untersuchung besagt, daß bei den Jungen eher aggressiv agierendes Verhalten vorherrscht, bei den Mädchen dagegen ängstlich anklammerndes Verhalten. Bei den Jungen steht also eher das "Aggressor-Introjekt" im Vordergrund, bei den Mädchen das "Opfer-Introjekt". Neben den oben bereits genannten Gründen könnte für dieses Phänomen auch die spezifische Art traumatischer Erfahrungen verantwortlich sein, mit denen Jungen und Mädchen konfrontiert sind. Jungen sind häufig Opfer von Mißhandlungen. Sie identifizieren sich mit ihren Mißhandlern und werden selbst aggressiv und später gewalttätig und vielleicht dissozial.

Mädchen mit einer Borderline-Störung sind überdurchschnittlich häufig das Opfer sexueller Gewalt. Sie identifizieren sich mit der Rolle der Unterlegenen und erleben Scham und Hilflosigkeit. Sie sind nicht in der Lage, das traumatische Erleben projektiv zu verarbeiten, weil der Mißbraucher in der Regel geliebt wird. Die Aggression richtet sich vorwiegend gegen das eigene Selbst, das für schuldig befunden wird.

Man kann Kinder mit Borderline-Störungen am einfachsten und undifferenziertesten an ihrer Art des Umgangs mit Aggressionen unterscheiden: Die größere Gruppe der Kinder verhält sich aggressiv agierend, die kleinere Gruppe verhält sich unaggressiv, klammert sich ängstlich an und richtet Aggressionen eher gegen das eigene Selbst.

3.4.6 Geschlechtsgruppen-Vergleich

Eine interessante und von der Forschung bisher ungelöste Frage betrifft die Kontinuität der Borderline-Störung von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter.¹ Es besteht nämlich eine erstaunliche Diskrepanz in der Geschlechtsverteilung bei Kindern und Erwachsenen. Während im Kindesalter zwei Drittel Jungen und nur ein Drittel Mädchen an einer Borderline-Störung leiden, kehrt sich das Verhältnis im Erwachsenenalter um: Hier leiden zwei Drittel Frauen und nur ein Drittel Männer an einer Borderline-Störung.² Diese Verschiebung in der Häufigkeit der Erkrankung von Jungen zu Frauen deutet sich in der vorliegenden Untersuchung bereits an: Bei den Jungen nimmt der Prozentsatz von 71 % bei den 5- bis 7-jährigen zu 55 % bei den 12- bis 14-jährigen ab. Bei den Mädchen dagegen steigt der Prozentsatz von 29 % bei den 5- bis 7-jährigen zu 45 % bei den 12- bis 14-jährigen.

Im Erwachsenenalter suchen generell mehr Frauen um psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe nach als Männer. Im Kindesalter ist das Zahlenverhältnis umgekehrt. Es bleibt die Frage, was aus einem großen Teil der Jungen mit Borderline-Diagnosen im Erwachsenenalter wird. Vielleicht bekommen einige von ihnen andere Diagnosen.³ Weiter ist zu vermuten, daß in höherem Lebensalter die Aggressivität der Jungen häufig in Dissozialität oder Kriminalität mündet und insofern aus dem Zuständigkeitsbereich der Psychotherapie in den der Justiz gerät.

Zur differenzierteren Beantwortung der Frage nach geschlechtsspezifischen Unterschieden sollen Daten aus den drei unterschiedlichen Bereichen Sozialisation, psychische Auffälligkeiten sowie der 5 relevanten Faktoren herangezogen werden.

¹ Vgl. DEERING 1990, S. 260.

² Zur Häufigkeit von Borderline-Störungen bei Jungen und Mädchen siehe BEMPRORAD ET AL. 1982; GUALTERI al. 1983; GREENMAN ET AL. 1986. Die Angaben stimmen etwa mit den Ergebnissen der eigenen Untersuchung überein.

³ LEWIS ET AL. 1984 vergleichen in einer klinischen Studie eine Gruppe männlicher hospitalisierter Jugendlicher mit der Diagnose "Störung des Sozialverhaltens" (conduct disorder) und eine Gruppe von hospitalisierten Jugendlichen mit anderen psychiatrischen Diagnosen. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in der Symptomatik, und die Mehrzahl der Symptome paßten auch zu anderen psychiatrischen Diagnosen, z. B. Borderline-Störungen. Das einzige diskriminierende Symptom zwischen den Patientengruppen war "Gewalttätigkeit" (a.a.O. S. 518). Da bei Jungen mit einer Borderline-Störung Aggressivität das häufigste und gewichtigste Symptom ist, könnte es sein, daß viele dieser Jungen später die Diagnose "Störung des Sozialverhaltens" bekommen.

Geschlechtsgruppenvergleich bezüglich der Sozialisation

Vergleicht man die Sozialdaten von Jungen und Mädchen, so zeigt sich, daß die Sozialisationsbedingungen für beide Geschlechter fast gleich sind. Es gibt nur einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Jungen und Mädchen: Bei 10 % der Jungen und bei 38 % der Mädchen gibt es Hinweise auf sexuellen Mißbrauch.

Dieses Ergebnis stimmt in der Tendenz mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen überein. Allerdings wird die Häufigkeit des sexuellen Mißbrauchs in Untersuchungen, die sich auf erwachsene Frauen beziehen, wesentlich höher eingeschätzt.⁴ Diese Diskrepanz in den Untersuchungsergebnissen zur Häufigkeit des sexuellen Mißbrauchs an Mädchen und Frauen ist damit zu erklären, daß Erwachsene über den Mißbrauch, der in der Regel Jahre zurückliegt, sprechen können, besonders seit die Thematik in der öffentlichen Diskussion ist. Mißbrauchte Kinder stehen dagegen unter dem Schock persistierender Gewalt und leiden unter Scham und Schuldgefühlen. Weil sie sich ihren Eltern gegenüber loyal verhalten und sie schützen, schweigen sie. Man weiß aus vielen Fallberichten, daß selbst Mütter, die vom Mißbrauch ihrer Töchter durch die Väter wissen, diese Gewalttaten decken. Die seelische Verwundung ist in der Regel so stark, daß Mädchen sie nicht mit Hilfe neurotischer Abwehrmechanismen bewältigen können. Das Trauma wird abgespalten und mit einer rigiden Gegenbesetzung, die eine starre neurotische Struktur zur Folge hat, oder mit psychosomatischen Beschwerden, Eßstörungen oder heimlichen Selbstverletzungen aus dem Erleben ferngehalten. Dieser Prozeß der Abspaltung mit der entsprechenden Symptombildung findet allmählich statt und fällt zusammen mit der psychosozialen Entwicklung der Adoleszenz, in der Heranwachsende sich mit Fragen ihrer Identität und ihrer Geschlechtsrolle auseinandersetzen und ihre Beziehungen sowohl zu den Eltern als auch zu den Gleichaltrigen neu definieren müssen. In dieser Zeit werden Mädchen mit Borderline-Störungen verstärkt auffällig und kommen in psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung.

⁴ HERMAN ET AL., 1989; SACHSSE, 1993

Geschlechtsgruppenvergleich bezüglich der 50 Items

Bei den 50 Items gibt es die folgenden signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen:

Item	Mittelwerte	
	m	w
Er/sie zerstört Gegenstände	1,8	2,6
Er/sie kann motorische Impulse nicht kontrollieren	1,9	2,7
Er/sie kann sich nicht in eine Gruppe einfügen	1,4	2,1
Seine/ihre Angst schlägt leicht in aggressives Verhalten um	1,3	1,9
Er/sie ist hyperaktiv	2,1	2,7
Er/sie hat keine Kontakte zu Gleichaltrigen	2,0	2,5
Er/sie neigt zu Wutausbrüchen	1,3	1,8
Er/sie zeigt Größenphantasien	1,3	1,8
Er/sie zeigt Angst vor Verstümmelung und/oder Vernichtung	1,9	2,4
Er/sie nimmt Körpergefühle nicht wahr	2,5	2,9
Er/sie leidet an einer Sprachstörung	3,2	3,6
Er/sie erscheint oberflächlich angepaßt	2,7	2,3
Er/sie fällt bei geringfügigen Frustrationen in altersunangemessene Verhaltensformen zurück	1,3	1,6
Er/sie zeigt diskrepante Entwicklungslinien	1,2	1,4

Nur bei einem dieser 14 Items "Er/sie erscheint oberflächlich angepaßt" haben Mädchen einen niedrigeren Mittelwert, der den höheren Störungsgrad anzeigt. Bei allen anderen Items der Liste, die in absteigender Reihenfolge die Mittelwertabstände zwischen Jungen und Mädchen wiedergibt, haben die Jungen niedrigere Mittelwerte, sind also schwerer gestört. Vor allem durch heftigere Aggressivität und Motorik, aber auch durch ein gestörteres Kontaktverhalten und durch ausgeprägtere narzißtische Züge unterscheiden Jungen sich von Mädchen. Ihre Ängste sind stärker als die der Mädchen und ihre Entwicklung ist uneinheitlicher. Auch das Item "Er/sie erscheint oberflächlich angepaßt" bedeutet, daß Jungen, indem sie unangepaßter sind, schwerer gestört sind.

Geschlechtsgruppenvergleich bezüglich der 10 Faktoren

Bei den Faktor-Scores ergeben sich folgende statistisch signifikante Geschlechtsgruppenunterschiede:

Faktor	Mittelwerte	
	m	w
F1 Wut und Destruktion	-0,25	0,48
F2 Kurzdauernde psychotische Erscheinungen	-0,13	0,24
F6 Eingeschränkte Gefühlswelt	-0,10	0,21
F7 Diskrepante Entwicklungszustände	-0,12	0,23
F9 Eingeschränkte Kontakte und Bindungen	-0,20	0,38

Bei diesen fünf Faktoren sind die Jungen schwerer gestört als die Mädchen. Das stimmt in etwa mit dem Ergebnis der Itemliste überein und zeigt deutlicher, daß Jungen sich von inneren unlösbaren Konflikten stärker als Mädchen durch narzißtische Aggressivität und übermäßige Phantasetätigkeit befreien, daß sie kontaktgestörter und gefühlsärmer sind und stärkere Diskrepanzen in ihrer Entwicklung zeigen.

Mädchen richten ihre inneren Konflikte weniger als Jungen mittels motorischer und narzißtischer Aktivität nach außen, sondern eher in Form selbstschädigenden Verhaltens gegen sich selbst. Die Ursachen dafür liegen eher als in physiologischen Faktoren in Sozialisationsbedingungen.⁵ Mädchen werden zur Anpassung erzogen, und es gehört zu dem gesellschaftlich verankerten Bild von Weiblichkeit, daß Mädchen eher eigene Bedürfnisse zurücknehmen und expansive und aggressive Strebungen Jungen überlassen. Es könnte sein, daß bei Mädchen mit Borderline-Störungen auch die häufige Traumatisierung durch sexuellen Mißbrauch zwischen dem 8. und 14. Lebensjahr⁶ verantwortlich dafür ist, daß sie Aggressionen eher gegen sich selber richten. Sie werden erst dann auffällig, wenn diese selbstschädigenden Tendenzen sich in Form von Eßstörungen, psychosomatischen Erkrankungen, Selbstverletzungen oder Depressionen zeigen.⁷

Zusammenfassung: Jungen mit Borderline-Störungen unterscheiden sich von Mädchen durch stärkere Aggressionen, Kontaktstörungen und Gefühlsabwehr.

⁵ Vgl. FAST 1991 und STOLLER 1968.

⁶ Vgl. BACKE ET AL. 1986.

⁷ Diese Vermutung wird gestützt durch einen Geschlechtsgruppenvergleich bei den von den antwortenden Therapeuten im Fragebogen in freier Form genannten begleitenden Symptome. Die Symptome "Eßstörung", "auffälliges Sexualverhalten" und "Depression" überwiegen bei den Mädchen.

Viele werden vermutlich mit zunehmendem Alter dissozial und straffällig. Die Symptomatik der Mädchen ist weniger "lärmend"; mit zunehmendem Alter leiden Mädchen an Selbststörungen, selbstschädigendem Verhalten und depressiven Erkrankungen, durch die sie eher als gewalttätige Männer in psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung kommen.

3.4.7 Altersabhängige Veränderungen der Symptomatik

In die vorliegende Untersuchung sind 5- bis 14-jährige Kinder einbezogen. Die Untersuchung umfaßt 10 Lebensjahre, vom Kindergartenalter bis in die Sekundarstufe I, oder vom Beginn der Latenzzeit bis in die beginnende Adoleszenz. Wenn man die Symptomatik als ein Ergebnis des Versuches versteht, sich auf die biologische Ausstattung, die Traumata und Erfahrungen aus der bisherigen Entwicklung und die Erfordernisse der augenblicklichen Entwicklungsstufe bestmöglich einzustellen, dann sind alterstypische Veränderungen in der Symptomatik zu vermuten.

Wenn ein Kind mit 5 Jahren den Kindergarten besucht, hat sich in der Regel die ausschließliche Bindung an die Familie etwas gelockert. Das Kind macht in dieser Zeit Lernerfahrungen mit seinem Körper und in seiner unmittelbaren Umwelt, indem es z. B. lernt, sich alleine anzuziehen, selbständig zu essen und eigenständig die Toilette zu benutzen. Kontakte mit anderen Kindern werden in der Regel noch von den Eltern arrangiert. Wenn ein Jahr später die Schule beginnt, wird das Kind mit einer Fülle von neuen Anforderungen konfrontiert, und Lehrer und Mitschüler werden zu Vertretern der äußeren Welt, die auch neuartige Erfahrungen und Identifikationsmöglichkeiten bieten. Intellektuelles Lernen beginnt, und in der Peer-Gruppe sind eine Fülle neuartiger Fertigkeiten zu lernen: Spiele, Lieder, sportliche Fertigkeiten, Regeln. Insgesamt ist die Latenzzeit eine Zeit des Lernens, der weiteren Loslösung aus der Nähe der Familie und der Erweiterung und Festigung der Stellung unter Kindern gleichen Geschlechts.

Mit dem Trieb Schub der Pubertät wird die Aufmerksamkeit stark auf den Körper gerichtet, dessen sich verändernde Gestalt in das Selbstbild integriert werden muß. Die endgültige Loslösung von den Eltern, Beziehungen zu heterosexuellen Partnern, eine Identität als Jugendlicher und die Berufsfindung sind einige der Aufgaben, die in dieser Altersstufe zu lösen sind. Da die vorliegende Untersuchungsstichprobe nur die Anfänge des Adoleszenzprozesses

bis zum 14. Lebensjahr umfaßt, werden diese letztgenannten Probleme nur am Rande eine Rolle spielen.

Welche Auffälligkeiten oder Symptome nehmen mit dem Älterwerden ab?

Diskrepanze Entwicklungszustände (Faktor 7),
Eingeschränkte Kontakte und Bindungen (Faktor 9),
Ängste,
Enuresis,
Sprachstörung,
Gestörte Motorik.

Insgesamt wird beim Übergang von der Kindheit zur Adoleszenz die Entwicklung einheitlicher: das Pendeln zwischen einem altersentsprechenden und einem kleinkindhaften Entwicklungsniveau wird geringer, die verschiedenen Entwicklungslinien werden einheitlicher und Jugendliche regredieren seltener als Kinder bei Frustrationen auf ein kleinkindhaftes Niveau. Ängste reduzieren sich. Das hat auch Auswirkungen auf Kontaktprobleme, die häufig ihre Ursache in Sozialängsten haben. Insgesamt sind Borderline-Kinder am Beginn der Adoleszenz besser in die Gleichaltrigengruppe integriert als im jüngeren Alter. Die allgemeine Konsolidierung der Entwicklung hat auch eine Verringerung der Körperfunktionsstörungen zur Folge.

Welche Auffälligkeiten oder Symptome nehmen mit dem Älterwerden zu?

Selbstwertstörung (Faktor 4),
Depression,
Suizidalität,
Eßstörung,
Dissozialität.

Alle fünf Symptome sind typische Auffälligkeiten des Jugendalters. Das eigene Selbst, das bei Kindern und Jugendlichen mit einer Borderline-Störung narzißtisch gestört ist, steht im Zentrum des Erlebens. Es ist anfällig für Depressionen, und Jugendliche sehen häufig als letzten Ausweg ihrer unerträglichen Situation einen Suizid. Eßstörungen können ein Versuch sein, den

eigenen Willen körperlichen Bedürfnissen gegenüber und den Erwartungen anderer gegenüber zu erproben sowie Triebbedürfnisse zu besiegen. Gleichzeitig bietet eine Eßstörung vor allem Mädchen¹ die Möglichkeit, ihre sich entwickelnde Weiblichkeit zu verleugnen. Vor allem Jungen können mit Hilfe dissozialer Entwicklung aggressive und antisoziale Tendenzen altersadäquat ausleben.

Diese Ergebnisse haben einige Gemeinsamkeiten und Unterschiede mit kinderpsychiatrischen Untersuchungen: ESSER/SCHMIDT (1987) ermitteln in einer Längsschnittstudie über Epidemiologie und Verlauf kinderpsychiatrischer Störungen im Schulalter, daß sich Prävalenzraten bei 8- und 13jährigen zwischen 16 % und 18 % bewegen, von denen ein Viertel bis ein Drittel unbedingt behandlungsbedürftig sind. Es zeigt sich zur Adoleszenz hin ein gravierender Diagnosewandel: während im Grundschulalter vor allem emotionale und entwicklungsabhängige Störungen im Vordergrund stehen, dominieren dagegen in der Adoleszenz bei Jungen und Mädchen Störungen des Sozialverhaltens. Risikofaktoren für Erkrankungen des Grundschulalters sind widrige familiäre Bedingungen und Teilleistungsschwächen.²

Auch in meiner Untersuchungsstichprobe ergibt sich, wie oben gezeigt wurde, ein Diagnosewandel vom Grundschulalter bis zum 14. Lebensjahr. Während wie bei ESSER/SCHMIDT im Grundschulalter die emotionalen und entwicklungsabhängigen Störungen vorherrschen und mit dem Älterwerden abnehmen, herrschen in meiner Untersuchung beim Älterwerden nicht nur wie bei ESSER/SCHMIDT die Störungen des Sozialverhaltens vor, sondern zusätzlich nehmen auch Selbstwertstörungen und Depressionen, verbunden mit Suizidalität und Eßstörungen, zu. Es hat sich eine geschlechtsspezifische Schwerpunktverschiebung ergeben, die sich so nicht in der Untersuchung der zufälligen Stichprobe von ESSER/SCHMIDT zeigt. Während in meiner Untersuchung vorwiegend Jungen eine dissoziale Entwicklung nehmen, kommt es bei Mädchen stärker zu Selbstwertstörungen, Depressionen und Eßstörungen.

Die Risikofaktoren für psychiatrische Erkrankungen des Grundschulalters sind in der Untersuchung von ESSER/SCHMIDT widrige familialen Bedingungen und Teilleistungsschwächen. Für die Gruppe der Kinder mit Borderline-Störungen treffen diese Risikofaktoren auch zu, lassen sich jedoch noch differenzierter benennen: Die widrigen familiären Bedingungen bestehen in aus-

¹ Der Anteil der Jungen bei der Anorexie beträgt lediglich 6 %. ALIABADI/LEHNING 1982, S. 137.

² Vgl. ESSER/SCHMIDT 1987, S. 34.

geprägtem Streit zwischen den Eltern, gehäuften Vorkommen von Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und Psychosen sowie chronischen somatischen Erkrankungen. Weitere Risikofaktoren in den ersten Lebensjahren sind Schmerzzustände durch Krankheiten und Behinderungen und Mißhandlungen sowie sexueller Mißbrauch. Teilleistungsstörungen als Risikofaktor kommen bei einem Teil der Kinder in Betracht.

Die Veränderung der Symptomatik im Entwicklungsverlauf wird auch von REMSCHMIDT (1988) bestätigt. Entwicklungsabhängige Erkrankungen nehmen zur Adoleszenz hin ab, was durch Nachreifungsvorgänge und Lernprozesse bedingt ist. Depressionen, Zwangserkrankungen, Anorexien und Psychosen treten erstmals in der Adoleszenz auf. Hier bestätigt sich mein Ergebnis, daß der Anteil der erkrankten Mädchen in der Adoleszenz steigt.

Zusammenfassung: Die untersuchte Stichprobe zeigt mit zunehmendem Alter einen Symptomwandel. Anzeichen einer uneinheitlichen Entwicklung, Körperfunktionsstörungen und Ängste nehmen ab, Selbststörungen, Depressionen mit Suizidalität, Eßstörungen und Dissozialität nehmen zu. Letztere sind außer der Dissozialität die Symptome, die häufiger bei Mädchen zu finden sind, deren Anteil an der Stichprobe mit zunehmendem Alter größer wird.