

Barbara Diepold (1994)

"Borderline-Kinder"

Zwischenergebnisse einer empirischen Untersuchung

Die vorliegende Arbeit referiert die Ergebnisse einer Befragung von Kinderpsychotherapeuten und Kinderpsychiatern. Auf der Basis von 191 Fällen lassen sich Borderline-Kinder wie folgt charakterisieren: Sie weisen schwere psychosoziale Belastungen und traumatische Ereignisse in der Genese auf, können - bei vielfältiger, neurotischer Symptomatik - durch diskrepante Entwicklung, Selbstwertstörung, Aggressivität und Impulsivität, angstvoll klammernde Beziehungen sowie Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen charakterisiert werden.

Die Ergebnisse könnten die Grundlage für ein diagnostisches Instrument liefern, analog den Kriterien für erwachsene Borderline-Patienten im DSM-III-R.

Vielen Kinderpsychotherapeuten und Kinderpsychiatern sind Kinder bekannt, die extreme Ängste haben, bei Frustrationen altersunangemessen reagieren, impulsiv, aggressiv und häufig selbstschädigend agieren, zwischen Größenphantasien und Selbstwertproblemen schwanken, Schwierigkeiten im Umgang mit der Realität haben und zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus pendeln. Diese Kinder können in der psychotherapeutischen Behandlung nicht wie neurotische Kinder ihre Konflikte in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten wiederbeleben und sie in der Phantasie und mit Hilfe deutender Interventionen bearbeiten, weil ihre mangelnde Symbolisierungsfähigkeit diese Art klassisch-analytischen Arbeitens nicht zulässt. Stattdessen inszenieren sie ihre Störungen durch Impulshandlungen, Aktionen oder Somatisierungen. Psychotische Episoden mit kurzfristigem Verlust der Realitätsprüfung machen eine Abgrenzung zur Psychose schwierig. Häufig bekommen sie die Diagnose "Borderline", die sie als Grenzgänger zwischen Neurose und Psychose kennzeichnet.¹

1 Zur Geschichte der Borderline-Forschung bei Kindern

Die ersten grundlegenden Arbeiten erschienen vor fast 50 Jahren in Amerika, etwa zeitgleich mit ersten Arbeiten zu Borderline-Störungen bei Erwachsenen. Die Autoren, Psychoanalytiker und zugleich Kinderpsychiatern, vollzogen vor allem die Abgrenzung zu den Psychosen. GELEERD (1945, 1946 und 1958) beschrieb eine Gruppe von Kindern, die zeitweilig psychotisch waren, aber insgesamt an einer milderen Form der Psychose zu leiden schienen, deren Ätiologie sie in einer pathologischen Entwicklung der Objektbeziehung mit der Mutter sah. Auch MAHLER et al. (1948) stellten in einer Arbeit über Psychosen einen "gutartigen" psychotischen Fall ("more benign psychosis") mit neuroseähnlichen Abwehrmechanismen vor. Wichtige und heute noch aktuelle Gesichtspunkte wurden von WEIL (1953a, 1953b und 1956) in die Diskussion eingebracht: Sie forderte bei schweren psychischen Erkrankungen zu einer mehrdimensionalen Betrachtungsweise auf, die neben der krankmachenden Wirkung pathologischer Beziehungsmuster und traumatischer Lebenssituationen auch biologische Beeinträchtigungen in Betracht ziehen sollte. EKSTEIN/WALLERSTEIN (1954 und 1956) arbeiteten als erste mit dem Begriff "Borderline-

¹ "Grenzfallkinder" lautet der Titel der deutschen Übersetzung eines Buches von R. EKSTEIN mit dem Originaltitel "Children of Time and Space of Action and Impulse. (1966, deutsch 1973)

Kinder", beschrieben viele Ähnlichkeiten mit erwachsenen Patienten und unterschieden sie durch einen raschen Wechsel des Niveaus der Ich-Zustände und der Objektbeziehungen.

In der Folgezeit wurden in wichtigen Arbeiten die Phänomenologie, Psychodynamik und Therapie beschrieben (A. FREUD 1956 (veröffentlicht erst 1969, deutsch 1980); ROSENFELD/SPRINCE 1963 und 1965; ENGEL 1963; A. FRIJLING-SCHREUDER 1969; CHETHIK/FAST 1970; PINE 1974). Übereinstimmend sehen die Autoren die Borderline-Störung bei Kindern als eine Entwicklungsstörung der Objektbeziehungen des Kindes und seines Ich mit den unterschiedlichen Funktionen.

In den achtziger Jahren erschienen neben psychodynamisch orientierten Arbeiten (CHETHIK 1979 und 1986; HOLDER 1981; PINE 1983 und 1986; MEISSNER 1984; BÜRGIN 1988;) zunehmend mehr Untersuchungen, in denen das Krankheitsbild deskriptiv erfaßt und klassifiziert wurde. Durch Vergleiche mit ähnlichen Krankheitsbildern sollte die Borderline-Störung genauer abgegrenzt werden (VELA et al. 1983, PETTI/VELA 1990). Neurokognitive Beeinträchtigungen wurden als ätiologische Faktoren in Betracht gezogen. (WERGELAND 1979; AARKROG 1981; PETTI/LAW 1982; BEMPORAD et al. 1982; MARCUS et al. 1983; GUALTIERI et al. 1983; COHEN et al. 1983; PALOMBO/FEIGON 1984; PETTI/VELA 1990) Insgesamt ist das Forschungsspektrum breiter geworden, weil neben weiterhin beforschten psychodynamischen Gesichtspunkten klassisch-psychiatrische Fragestellungen untersucht wurden.

2 Gegenwärtiger Forschungsstand

Es gibt keine einheitliche Sicht der Borderline-Störung, sondern sie ist von den jeweils unterschiedlichen fachspezifischen Vorannahmen abhängig. Folgende Akzentsetzungen haben sich herausgestellt:

1. Borderline-Persönlichkeitsstörung. Entsprechend dem deskriptiven Zugang der Psychiatrie arbeiten viele Kinderpsychiater mit dem Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Borderline personality disorder, BPD), die deskriptiv von anderen Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt wird und in das offizielle amerikanische Diagnoseschema, den DSM-III-R (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1989), und die ICD-10 (WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991) als eine valide psychiatrische Diagnose eingegangen ist. (PETTI/VELA 1990, SHAPIRO 1990, GUALTIERI et al. 1987)². Borderline-Störungen werden nach dem DSM-III-R erst nach Abschluß der Adoleszenz diagnostiziert, sie "sollten aber bei Kindern und Adoleszenten - eher als ähnliche Kindheitsstörungen - diagnostiziert werden, wenn die Kriterien der Persönlichkeitsstörung vorliegen, die Störung durchdringend und anhaltend ist und es unwahrscheinlich ist, daß sie nur auf eine Entwicklungsstufe begrenzt ist." (S. 336, eig. Übersetzung) Die in diesem Zitat angesprochenen Kriterien für das Vorliegen einer Borderline-Störung sind instabile zwischenmenschliche Beziehungen mit Schwankungen zwischen Idealisierungen und Entwertungen,

² Interessant ist, daß die genannten Autoren zwar mit diesem psychiatrisch deskriptiven Borderline-Begriff arbeiten, ihn aber als eine diagnostische Einheit für Kinder ablehnen, weil qualitative Unterschiede in der Symptomatik zwischen Kindern und Erwachsenen bestünden und andere DSM-III-R Diagnosen die Störungen der Kinder besser beschrieben. Der Begriff "Borderline" taucht wegen der Problematik der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bei Kindern in den meisten deutschsprachigen Lehrbüchern für Kinder und Jugendpsychiatrie nur am Rande auf (CORBOZ ET AL. 1988; EGGERS ET AL. 1989; REMSCHMIDT/SCHMIDT 1985). SPIEL/SPIEL (1987) beschreiben das "Borderline-Syndrom" in einem Kapitel über Persönlichkeitsentwicklungsstörungen als eine Störung des "Selbst", die durch Identitätsdiffusion, mangelhafte Realitätsprüfung und archaische, primitive Abwehrmechanismen charakterisiert ist. (S. 266f.) In STEINHAUSEN 1988 kommt der Begriff nicht vor.

Impulshandlungen, heftige, wechselnde Affektzustände mit aggressiven Durchbrüchen, Suizidalität, Identitätsstörung, chronische Gefühle von Leere und Langeweile und die Unfähigkeit zum Alleinsein. Nach dem DSM-III-R können Kinder unter den genannten besonderen Bedingungen die Diagnose "Borderline-Persönlichkeitsstörung" bekommen.

2. **Psychotischer Charakter.** Durch WINNICOTT (1952) wurde die Borderline-Störung als eine im Kern psychotische Störung beschrieben, bei der die Kinder durch ihre Abwehrleistungen eine neurotische oder psychosomatische Symptomatik entwickeln und nur selten psychotisch werden. Ähnlich hat FROSCH erwachsene Borderline-Patienten in seinen Arbeiten über den psychotischen Charakter charakterisiert. (1964 und 1988)
3. **Schwere Selbststörung.** PALOMBO (1982, 1983 und 1985) definiert das Borderline-Konzept für Kinder auf der Grundlage der Selbstpsychologie KOHUTS (1971 und 1977). Er hält schwere Defizite des Selbstgefühls, die sich in einem Mangel an Selbstkohäsion zeigen, und die häufig mit neurokognitiven Defiziten einhergehen, für diese Störung konstitutiv und weitet die Behandlungskonzepte der Selbstpsychologie auf Borderline-Störungen bei Kindern aus. Auch SPIEL/SPIEL (1987) halten die Borderline-Störung für eine Störung des Selbst.
4. **Borderline-Persönlichkeitsorganisation.** Diese Sicht der Borderline-Störung, vor allem von KERNBERG (1970 und 1975) als eine strukturelle Störung des Ich konzeptualisiert und als eine Charakterstörung auf mittlerem bis niederem Organisationsniveau bezeichnet, ist unter Psychoanalytikern am häufigsten. Es handelt sich dabei nicht um einen Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose, sondern um eine eigenständige Einheit mit deskriptiven und psychodynamischen Elementen aus beiden Bereichen. (HOFFMANN 1990, S. 20) Die Abgrenzung zwischen Ich, Über-Ich und Objekten gelingt nicht, primitive, sadistische Über-Ich-Anteile werden projiziert, die Abwehr besteht vorwiegend aus Spaltung, die Selbst- und Objektbilder sind dementsprechend entweder "gut" oder "böse", und Triebimpulse werden direkt ausgelebt.

Wenn auch die strukturellen Grundlagen für Erwachsene und Kinder gleich sind, erfolgen doch die Konzeptualisierungen für Kinder mit besonderen Akzentsetzungen: PINE (1974, 1983 und 1986) versteht "Borderline" als ein Konstrukt, das dem Konstrukt "Neurose" vergleichbar ist. Borderline-Kinder werden durch Entwicklungsdefizite, frühes Trauma und bestimmte Coping-Mechanismen charakterisiert und durch verschiedene Subgruppen unterschieden. Auch CHETHIK (1979 und 1986) bildet zwei Subgruppen: er unterscheidet typische Borderline-Kinder von besser strukturierten Borderline-Kindern (highly functioning b.c.). MEISSNER (1984) beschreibt in seiner Monographie "Das Borderline Spektrum" eine Modellvorstellung über Borderline-Störungen, die m.E. auch für Kinder klinische Relevanz hat: Entlang eines hysterischen und eines schizoiden Kontinuums finden sich Störungen mit unterschiedlichem Schweregrad. Das hysterische Kontinuum, durch affektive Labilität und Desorganisation gekennzeichnet, hat im hysterischen Charakter seine höchste Organisationsstufe, es folgen die primitive Hysterie, die dysphorische Persönlichkeit, der psychotische Charakter und die Pseudoschizophrenie auf der niedrigsten Stufe der strukturellen Organisation. Das schizoide Kontinuum, bei dem die rigide Charakterstruktur und das Rückzugsverhalten zunehmen, geht vom Zwangscharakter als höchste Organisationsform aus und endet auf dem Weg über die "Als-ob-Persönlichkeit" und das "Falsche Selbst" bei der schizoiden Persönlichkeit. BEMPORAD ET AL. (1981, 1982) wollen insbesondere den Entwicklungsbedingungen der Kinder Rechnung tragen. Eine Gruppe diagnostischer Kriterien, zu denen die Fluktuation des Funktionsniveaus, die unzureichende Angstbewältigung, gestörte Beziehungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen, Kontrollverlust und eine Reihe begleitender

Symptome gehören, charakterisiert Borderline-Kinder. Für die Diagnose sind aber nicht einzelne Symptome entscheidend, sondern die gesamte "Gestalt" muß berücksichtigt werden.

3 Forschungsdesiderate und Ziel der Untersuchung

Es liegt eine Vielfalt unterschiedlicher Ansätze vor, die eine Diskussion zwischen den verschiedenen Fachrichtungen schwierig macht. Neben einer Bestandsaufnahme der Literatur möchte ich in meiner Arbeit verschiedene Sichtweisen integrieren, weil ich davon ausgehe, daß das Krankheitsbild nicht allein dynamisch zu erklären ist, sondern in der Regel auch biologische und hereditäre Faktoren mitbestimmend sind. Einen Ansatz für meine Untersuchung finde ich in der Diskussion zwischen PAULINA KERNBERG und SHAPIRO (1990) zur Frage, ob das Problem "Borderline-Störung bei Kindern" inzwischen gelöst sei. KERNBERG bejaht dies, weil sie die Persönlichkeitsentwicklung auf einem Kontinuum von der frühen Kindheit bis ins hohe Alter sieht; entsprechend dieser Vorannahme können bereits Kinder Persönlichkeitsstörungen haben. Sie erklärt die Borderline-Störungen psychodynamisch und versucht die therapeutischen Möglichkeiten zu verbessern. SHAPIRO dagegen verneint die Frage: Er argumentiert klassisch psychiatrisch und konstatiert ein Überlappen mit verschiedenen anderen Störungen. Er vermißt empirische Untersuchungen, die die Grenzen des Krankheitsbildes wirklich belegen. Daher fordert er, eine große Gruppe ernster, nichtpsychotischer Störungen zu sammeln und dann zu systematisieren. Man würde so zu einem Katalog von Kriterien kommen und sehen, was für ein Konstrukt sich ergebe. Danach solle die Validität dieses Konstruktes überprüft werden.

Hier setzt die vorliegende empirische Untersuchung an: Sie befragt eine größere Stichprobe von Therapeuten³, die "Borderline"-Kinder behandelt haben. Da der Begriff "Borderline" wegen der Gefahr der Präjudizierung von manchen Therapeuten vermieden wird, wurde die Fragestellung auf Kinder mit vergleichbaren Störungen ("frühe Beziehungsstörungen", "strukturelle Ich-Störungen", "Identitätsstörungen", "Ich-Devianz") ausgeweitet.

Die Frage nach den Charakteristika von Borderline-Kindern 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 Theorien⁴ von Therapeuten über Borderline-Kinder die theoretischen Erkenntnisse über

³ Wenn im weiteren von "Therapeuten" gesprochen wird, sind damit sowohl die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch die Kinder- und Jugendpsychiater gemeint, die sich an der Befragung beteiligt haben. Ihnen sei an dieser Stelle herzlich für Ihre Mitwirkung gedankt!

⁴ Die klinische Einschätzung eines Patienten ist weder in der Psychiatrie noch in der Psychotherapie eindeutig und intersubjektiv verbindlich. Es kommt dabei zu einem komplexen Zusammenspiel von Wissen auf verschiedenen Ebenen und Schlußbildungen, deren Endergebnis man als die "Subjektive Theorie" des Diagnostikers über diesen Patienten bezeichnen könnte. Subjektive Theorien beinhalten das Wissen, die Vorstellungen, Auffassungen und Meinungen zu bestimmten Sachverhalten eines Menschen, die für ihn relevant sind. Sie sind nach GROEBEN ET AL. (1988, S. 19) komplexe Aggregate von Konzepten mit impliziter Argumentationsstruktur, und zwar sowohl deduktiv-analytische Schlußformen als auch solche, die neues "Wissen generieren". Zwischen "Subjektiven Theorien" und "Objektiven Theorien" besteht 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, Prognosen erfaßt werden. Zwischen beiden Theoriesystemen besteht ein Austausch, und es kann dabei zu Veränderungen der objektiven Theorie 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 (vgl. GROEBEN ET AL. 1988, S. 309)

diese Störung voranbringen.⁵ Eine besondere Chance dieser Untersuchung besteht zusätzlich darin, daß Erkenntnisse über ätiologische Bedingungen der Störung auf direktem Wege gesammelt werden, weil Kindertherapeuten 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 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. Eine Prüfung der Validität des Konstruktes müßte folgen.

4 Untersuchungsmethoden

Es wurde aufgrund der neueren relevanten Literatur⁶ ein ausführlicher vierseitiger Fragebogen entwickelt. Er enthält Fragen nach

- psychosozialen Daten der Patienten und ihrer Familien,
- traumatischen Ereignissen und Erkrankungen in den ersten drei Lebensjahren,
- begleitenden neurotischen oder psychosomatischen Symptomen,
- gesunden Anteilen des Patienten und
- nach dem Therapieverlauf.

Außerdem enthält der Fragebogen einen Abdruck der GAF-Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus der Patienten aus dem DSM-III-R.

Kern des Fragebogens sind 50 Items, die sich auf verschiedene Aspekte der Borderline-Persönlichkeit beziehen: Wechselnde Ebenen des Entwicklungsniveaus; Umgang mit Angst, Aggressivität, Frustrationen, Gefühlen; Beziehungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen; biologische Beeinträchtigungen, Traumata in der Frühgenese; Selbststörung; Umgang mit der Realität.⁷

"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 im höherem Maße vernetzt als objektive wissenschaftliche Theorien." (BECKER/OLDENBÜRGER/PIEHL 1987, S. 460)

⁵ Die Geschichte der Borderline-Forschung zeigt diesen Rückkopplungsprozeß. Das Ergebnis ist ein ständig sich verfeinern- des diagnostisches und therapeutisches Instrumentarium.

⁶ 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)

⁷ Bei der Auswahl und der Formulierung der Items (vgl. Tab. 7) wurde berücksichtigt, daß eine diagnostische Klassifikation auf beobachtbaren Fakten und nicht auf Konzepten beruhen und die Symptomatik operational beschrieben werden sollte (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. Lediglich das Item "Er/sie neigt zu Spaltungen" beinhaltet das psychoanalytische Abwehrkonzept und konnte nicht deskriptiv ohne einen Verlust an Substanz ausgedrückt werden. Die Frage, ob die Items das, was bei ihrer Konstruktion

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. Von ca. 900 ausgesandten Fragebögen wurden 205 ausgefüllt zurückgesandt, von denen 191 für die gewählte Altersgruppe in Frage kamen und in die Auswertung eingegangen sind. 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.

Die Daten der Fragebögen wurden mit dem Datenbankprogramm dBASE IV aufgenommen und mit den Statistikprogrammen SPSS PC+⁸ und BMDP⁹ weiterverarbeitet. Über die Berechnung von deskriptiven Statistiken (Mittelwert, Standardabweichung, Modalwert, Median u.a.) sowie T-Tests und nicht-parametrischen Verfahren für Mittelwertvergleiche hinaus wurden für den hier zu referierenden Teil der Ergebnisse Korrelations- und Faktorenanalysen über die 50 Items gerechnet. In einem nächsten Analyseschritt sollen aufgrund der Faktorscores der 191 Probanden Clusteranalysen durchgeführt werden, um Untergruppen von Borderline-Symptomen zu identifizieren. Darüber wird an anderer Stelle berichtet werden.

5 Ergebnisse

5.1 Psychosozialer Hintergrund

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 mit entsprechenden Daten aus zwei Einrichtungen verglichen werden, in denen psychisch gestörte Kinder und Jugendliche untersucht und behandelt werden, dem Zentrum für Einzel- und Familienberatung in Seesen (ZEF) und der Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Göttingen.¹⁰ Das ZEF 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 vorliegende Untersuchung wurden zum Vergleich mit der Borderline-Stichprobe 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 224 Kinder aus dem ZEF und 990 Kinder aus der Poliklinik.

Der Vergleich des familialen Hintergrundes der "Borderline-Stichprobe" mit den Kindern der Vergleichsgruppen soll die Frage beantworten, ob es sich bei den Borderline-Kindern um eine Gruppe mit besonderen sozialen Merkmalen handelt.

intendiert war, abbilden, also die Frage der Inhaltsvalidität, wurde in einer Vorbefragung mit 12 Therapeuten geprüft. Danach wurden Korrekturen durchgeführt.

⁸ Superior Performing Software Systems; früher: Statistical Package for the Social Sciences

⁹ BMDP Statistical Software

¹⁰ Ich danke dem Leiter, Herrn Prof. Dr. F. SPECHT und 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 und Herrn S. JÜRGENLIEMK für die freundliche Hilfe bei der Datenbeschaffung aus Seesen.

Die Geschlechtsverteilung der Borderline-Gruppe, die Altersverteilung und die Schichtzugehörigkeit¹¹ unterscheidet sich nicht wesentlich von den beiden Vergleichsgruppen.

Geschwisterzahl

32 % der Borderline-Kinder sind Einzelkinder gegenüber 20% (ZEF) und 21 % (Poliklinik). Der Unterschied hängt vermutlich mit der instabilen Lebenssituation der Borderline-Kinder zusammen, wie weiter unten gezeigt werden wird.

Tab. 1: Aufenthaltsort der Kinder

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

Borderline-Kinder leben signifikant häufiger als die Kinder aus den Vergleichsgruppen außerhalb ihrer Herkunftsfamilien (Adoptivfamilien, Pflegefamilien, Heimen). 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 oder Suchterkrankungen, Unfähigkeit zur Erziehung, Mißhandlung oder sexueller Mißbrauch, vorausgegangen.

Tab. 2: Psychogene Erkrankungen bei Eltern oder Großeltern¹²

Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	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 %

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.

¹¹ Die soziale Schichtzugehörigkeit wurde nach KLEINING/MOORE (1968) untersucht.

¹² 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 erheben wurden.

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. Bei beiden Zahlen muß man - anders als bei erwachsenen Patienten - mit einer hohen Dunkelziffer rechnen.

Von Mutter und Vater erwünscht

33 % der Borderline-Kinder waren von den Müttern nicht erwünscht; bei den Vätern betrug dieser Wert 41 %.

5.2 Traumatische Erfahrungen

Auf die Frage nach Krankheiten, organischen Beeinträchtigungen, traumatischen Ereignissen im familialen Umfeld in den ersten drei Lebensjahren gab es insgesamt 92 unterschiedliche Nennungen. In drei Kategorien zusammengefaßt, ergeben sich folgende Traumata:

Tab. 3: Traumata

gestörte Beziehungen	80 %
Erkrankungen	38 %
Behinderungen	19 %
Etwas weiter aufgeschlüsselt, wurden folgende Situationen von den Therapeuten als besonders traumatisch für den Patienten eingeschätzt:	
Trennungen von den Eltern	24 %
Erkrankungen der Eltern	21 %
Trennung der Eltern	21 %
wechselnde Bezugspersonen	21 %
heftiger Streit in der Familie	19 %
Klinikaufenthalte	17 %
soziale Isolation der Familie	14 %
häufige Infektionskrankheiten	12 %
Umzug und/oder Sprachwechsel	12 %
Alkoholismus in der Familie	11 %
Frühgeburt	10 %

5.3 Zur Symptomatik

Insgesamt sind auf die Frage "Er/sie leidet an folgenden neurotischen oder psychosomatischen Symptomen (bitte aufzählen)" eine Fülle von verschiedenen Symptomen genannt worden. Die wichtigsten sind:

Tab. 4: Symptome

Heftige Aggressionen	56 %
Kontaktstörung	42 %
Ängste	39 %
Schulschwierigkeiten	34 %
Autoaggressionen	22 %
Enuresis	21 %
Depression	19 %
Dissozialität	16 %
gestörte Motorik	16 %
Eßstörung	14 %
Schlafstörung	13 %
Sprachstörung	11 %

5.3.1 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 Borderline-Kind abzugeben. Die Werte wurden gemittelt.

Das Ergebnis zeigt die Tabelle 5 im Anhang. 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"¹³ 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 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 das Borderline-Kind; es sind Diskrepanzen der Entwicklung, Pendeln zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus, Spaltungen, altersunangemessenes Verhalten, Aggressivität und Angst u.a.m. (Die Ausführungen zur Faktorenanalyse werden dies im einzelnen analysieren.)

Auf der anderen Seite gibt es Aussagen, die deutlich oberhalb des neutralen Mittelwertes 2,5 liegen, das heißt, 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. Aus diesem Grunde enthält Tabelle 5 auch Angaben über Verteilungen.

¹³ 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.

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. Weitere Analysen werden solche Untergruppen ("Cluster") zu identifizieren haben.

Die 50 Items mit ihren Mittelwerten sind wenig übersichtlich. In einem zweiten Schritt wurde daher versucht, 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 5 zusammenzuführen.

5.3.2 Faktorenanalyse

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 46¹⁴ 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.

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 (CLAUB/ EBNER 1975, S. 424). 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.

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).

¹⁴ 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.

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. (vgl. CLAUB/EBNER 1975, S. 353).

Im folgenden werden die Ergebnisse der Faktorenanalyse¹⁵ zur Symptomatik dargestellt. Die Darstellung erfolgt in drei Schritten: (1) Es werden die Variablen in absteigender Reihenfolge ihrer Ladungen¹⁶ auf dem Faktor sowie mit ihren Mittelwerten aufgelistet, soweit die Ladung größer als 0,40 (16 % erklärte Varianz) ist. (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.

Faktor 1: Wut und Destruktion

1. Auf dem ersten Faktor laden die folgenden Variablen:

- Er/sie neigt zu Wutausbrüchen. (Ladung (R) 0,78; Mittelwert (Mw.) 1,51)
- Seine/ihre Angst schlägt leicht in aggressives Verhalten um. (R: 0,78; Mw.: 1,50)
- Er/sie zerstört Gegenstände. (R: 0,67; Mw.: 2,11)
- Er/sie macht häufig entwertende Beschimpfungen. (R: 0,65; Mw.: 1,67)
- Er/sie ist hyperaktiv. (R: 0,58; Mw.: 2,31)
- Er/sie kann motorische Impulse nicht kontrollieren. (R: 0,58; Mw.: 2,21)
- Er/sie zeigt Größenphantasien. (R: 0,50; Mw.: 1,46)
- Seine/ihre Bedürfnisse müssen sofort befriedigt werden. (R: 0,50; Mw.: 1,49)
- Er/sie äußert Wünsche. (R: 0,43; Mw.: 1,96)

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".

¹⁵ Es wurde (nach einer Reihe von Vor-Versuchen) die Hauptkomponenten-Methode mit Rotation nach Varimax gewählt; sie ergab die stabilsten und inhaltlich am besten interpretierbaren Lösungen. Nach dem Scree-Test ist eine 10-Faktor-Lösung möglich. Sie ergibt Faktoren in vergleichsweise guter Trennschärfe, die auch, wie zu zeigen sein wird, inhaltlich interpretierbar sind.

¹⁶ Die Ladung ist ein Koeffizient (R), der angibt, in welcher Höhe die Variable mit dem Faktor korreliert. Der quadrierte Korrelationskoeffizient (R²) gibt an, welcher Anteil der Varianz der Variable vom Faktor erklärt wird.

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:¹⁷ Die Impulsivität und Aggressivität drückt sich häufig in Größenphantasien 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.¹⁸ Viele Kinder verlagern diese Phantasien aus der realen Umgebung in den Weltraum und setzen die geltenden Naturgesetze außer Kraft.¹⁹ 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. Psychotische Episoden

Er/sie denkt bizarr. (R: 0,74; Mw.: 2,40)

Es treten psychotische Zustände von kurzer Dauer auf. (R: 0,64; Mw.: 2,96)

Er/sie lebt in einer Phantasiewelt. (R: 0,64; Mw.: 1,94)

Seine/ihre Realitätsprüfung ist eingeschränkt. (R: 0,48; Mw.: 1,58)

Seine/ihre Interessen richten sich ausschließlich auf ein Gebiet. (R: 0,45; Mw.: 2,89)

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.²⁰ Hervorgerufen werden die Ich-Regressionen durch minimale 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 Realitätsverlust 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.²¹ Für das gestörte Denken der Borderline-Kinder ist eine unzureichende synthetische Funktion des Ich verantwortlich. Es zeichnet sich durch Verzerrungen und Konkretisierungen aus.²² Trotz der Ähnlichkeit mit Denkgewohnheiten psychotischer Kinder haben Borderline-Kinder in der Regel keine

¹⁷ Zur narzißtischen Dimension der Borderline-Störung bei Kindern vgl. CHETHIK/FAST 1970, FAST 1974. Die Autoren weisen darauf, daß die Kinder noch der narzißtischen Erlebniswelt verhaftet sind und ein sicherer Umgang mit der äußeren Realität mißlungen ist.

¹⁸ Vgl. CHETHIK 1979, S. 306

¹⁹ Vgl. EKSTEIN 1966, deutsch 1973

²⁰ Vgl.: EKSTEIN/WALLERSTEIN 1954,1956; FRIJLING/SCHREUDER 1969; PINE 1974, 1983, 1986; P. KERNBERG zit. bei BLOS 1987

²¹ Vgl. ROHDE-DACHSER 1979, S. 39.

²² Ein siebenjähriger Junge sagt: "Die Leute sagen, das Thermometer fällt. Aber wenn es fällt, dann ist es doch kaputt."

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.²³

Faktor 3: Vernichtungs- und Trennungsangst

Er/sie kann nicht allein sein. (R: 0,64; Mw.: 2,16)

Er/sie fordert die Aufmerksamkeit von Erwachsenen. (R: 0,58; Mw.: 1,41)

Seine/ihre Bedürfnisse müssen sofort befriedigt werden. (R: 0,54; Mw.: 1,49)

Er/sie neigt zu anklammernden Beziehungen. (R: 0,53; Mw.: 1,93)

Er/sie klagt oft über Langeweile. (R: 0,49; Mw.: 2,26)

Er/sie zeigt Angst vor Verstümmelung und/oder Vernichtung. (R: 0,47; Mw.: 2,15)

Seine/ihre Trennungsangst ist stark. (R: 0,43; Mw.: 1,89)

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 Angst, heftiger Wut und bizarrem Denken.²⁴ 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,²⁵ 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.²⁶

²³ 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.

²⁴ BEMPORAD ET AL. 1981

²⁵ 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.

²⁶ A. FREUD, 1980

Das Item "klagt oft über Langeweile" könnte auf depressives Erleben des Kindes hinweisen.²⁷ 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 Individualisierungsprozeß 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 hat, erleben sie existentiell bedrohliche Ängste bei drohendem Verlust ihres Symbioseobjektes und müssen sich deshalb anklammern.

Faktor 4: Selbstwertstörung

Er/sie hat diskrepante Selbstvorstellungen. (R: 0,70; Mw.: 1,25)

Er/sie hat einen Suizidversuch gemacht und/oder ist in Gedanken damit beschäftigt. (R: 0,53; Mw.: 2,97)

Er/sie zeigt Größenphantasien. (R: 0,47; Mw.: 1,46)

Er/sie neigt zu Spaltungen. (R: 0,45; Mw.: 1,32)

Er/sie leidet unter Selbstwertproblemen. (R: 0,44; Mw.: 1,40)

Er/sie ist unsicher in bezug auf seine/ihre Identität. (R: 0,42; Mw.: 1,51)

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* von Rückzug des Kindes aus seiner Umgebung und Gegenaggression der Betreuer. 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 Selbstdiffusion. Der Grund dafür liegt in einem Versagen der Selbstobjekte, die nicht für Kohäsion sorgen. Strukturell betrachtet heißt das, daß bei den Kindern die

²⁷ DIEPOLD 1984, 1989

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. (R: 0,68; Mw.: 2,15)

Er/sie neigt zu Selbstverletzungen und/oder Unfällen. (R: 0,62; Mw.: 2,43)

Er/sie nimmt Körpergefühle (Hitze, Kälte, Schmerz, Hunger) nicht wahr. (R: 0,56; Mw.: 2,63)

Er/sie kann ängstigende Phantasien nicht kontrollieren. (R: 0,51; Mw.: 1,68)

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 ängstigen 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: Schizoide Gefühlsarmut

Er/sie zeigt kein Mitgefühl. (R: 0,71; Mw.: 2,09)

Er/sie zeigt keine Gefühle. (R: 0,51; Mw.: 2,58)

Er/sie nimmt Körpergefühle (Hitze, Kälte, Schmerz, Hunger) nicht wahr. (R: 0,46; Mw.: 2,63)

Er/sie läßt sich nicht trösten. (R: 0,43; Mw.: 2,31)

Er/sie kann sich nicht in eine Gruppe einfügen. (R: 0,41; Mw.: 1,67)

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 peers 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 gefühlkalt 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 Selbst-

behauptungssystem zu entfalten²⁸, 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.²⁹

Faktor 7: Diskrepante Entwicklung

Er/sie pendelt zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus. (R: 0,76; Mw.: 1,29)

Er/sie zeigt diskrepante Entwicklungslinien zwischen intellektueller, motorischer und emotionaler Entwicklung. (R: 0,60; Mw.: 1,25)

Er/sie pendelt zwischen altersentsprechendem und kleinkindhaftem Verhalten. (R: 0,59; Mw.: 1,44)

Die Variablen beschreiben unterschiedliche Aspekte eines gestörten Entwicklungsverlaufs, zu dem das Pendeln zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus, zwischen altersentsprechendem und kleinkindhaftem Verhalten und eine Diskrepanz zwischen intellektueller, motorischer und emotionaler Entwicklung gehört. Die Kinder können auf zwei unterschiedlichen Entwicklungsniveaus funktionieren, zwischen denen sie hin und herpendeln.³⁰ 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 entwertend, 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.

²⁸ Es gibt acht angeborene unterschiedliche Affekte: Wut, Freude, Überraschung, Ekel, Interesse, Distress (Qual, Verzweiflung, Traurigkeit), Furcht und Scham (TOMKINS 1962 und 1963).

²⁹ Die Fähigkeit zur Entwicklung von Mitgefühl (concern) hält WINNICOTT (1960) 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.

³⁰ 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.

Faktor 8: Krankheit und Schmerz

Er/sie litt in den ersten drei Lebensjahren an Eßstörungen. (R: 0,81; Mw.: 2,73)

Er/sie litt in den ersten drei Lebensjahren an gastrointestinalen Störungen. (R: 0,79; Mw.: 2,89)

Er/sie hat in der Säuglings- und Kleinkindzeit viel geschrieen. (R: 0,47; Mw.: 2,04)

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 geschrieen" 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 bedeutsame 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 Agriffsverhalten herausgefordert werden.³¹ 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: Kontaktlosigkeit

Er/sie hat keine Kontakte zu Gleichaltrigen. (R: 0,63; Mw.: 2,19)

Seine/ihre Trennungsangst ist stark. (R: 0,54; Mw.: 1,89)

Er/sie kann sich nicht in eine Gruppe einfügen. (R: 0,51; Mw.: 1,67)

Er/sie erscheint oberflächlich angepaßt. (R: -0,46³²; Mw.: 2,54)

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 Gruppen 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 trennen wagt.

³¹ Vgl. LICHTENBERG 1990, 876f.; PARENS 1979

³² Die negative Ladung einer Variablen auf dem Faktor bedeutet, daß diese Variable mit den anderen Variablen des Faktors negativ korreliert.

Diskussion: Ähnlich wie der 6. Faktor beschreibt dieser Faktor Kinder, die eine Tendenz zum schizoiden Rückzug 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. (R: 0,69; Mw.: 1,93)

Er/sie leidet an Legasthenie und/oder Rechenstörung. (R: 0,63; Mw.: 2,85)

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.³³ Es ist unbestritten, daß Borderline-Kinder häufig auch an unterschiedlichen psychiatrischen und neurologischen Störungen (Sprache, Motorik, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen) leiden.³⁴

Mir erscheint es wichtig, die Bedeutung einer solcherart beeinträchtigten neurokognitiven Ausstattung für den Entwicklungsverlauf eines Kindes und für sein Selbstgefühl zu berücksichtigen,³⁵ weil bei Defiziten dieser Art der gesamte Schulerfolg und die soziale Anpassung beeinträchtigt ist, wie die Legasthenieforschung zeigt.

5.3.5 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 Strukturierungsmethode 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: Es wurden die Mittelwerte der 46 Variablen mit den relativen Gewichtungen (den quadrierten Ladungen) multipliziert. Die auf diese Weise erhaltenen Werte für jeden Faktor wurden addiert und durch den Eigenwert des Faktors dividiert (der bekanntlich die Summe der quadrierten Ladungen ist). Das Ergebnis ist der "Mittelwert" des betreffenden Faktors, der, vergleichbar den Mittelwerten der einzelnen Variablen, zwischen 1 und 4 liegt. Je stärker dieser Mittelwert von

³³ Siehe Abschnitt 1

³⁴ GUALTIERI 1983 und PETTI/VELA 1990 ziehen daraus den Schluß, daß diese Kinder mit der Diagnose "Borderline" unzureichend diagnostiziert seien.

³⁵ Vgl. PALOMBO/FEIGON 1984

dem neutralen Wert 2,5 abweicht, umso größer ist seine Bedeutsamkeit für die Diagnose des Krankheitsbildes.

Tab. 6: Gewicht der Faktoren für die Diagnose "Borderline"

Faktor 7	Diskrepante Entwicklung (Mittelwert 1,59)
Faktor 4	Selbstwertstörung (Mittelwert 1,76)
Faktor 1	Wut und Destruktion (Mittelwert 1,81)
Faktor 3	Vernichtungs- und Trennungsangst (Mittelwert 1,90)
Faktor 9	Kontaktlosigkeit (Mittelwert 2,03)
Faktor 6	Schizoide Gefühlsarmut (Mittelwert 2,18)
Faktor 10	Konzentrations- und Teilleistungsstörung (Mittelwert 2,20)
Faktor 5	Selbstschädigungen (Mittelwert 2,27)
Faktor 2	Psychotische Episoden (Mittelwert 2,28)
Faktor 8	Krankheit und Schmerz (Mittelwert 2,50)

Die ersten 5 Faktoren können für die Charakterisierung von Borderline-Kindern als besonders relevant angesehen werden: Borderline-Kinder zeichnen sich in ihrer Symptomatik durch diskrepante Entwicklung, Selbstwertstörung, Aggressivität und Impulsivität, angstvoll anklammernde Beziehungen und Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen aus.

Die anderen 5 Faktoren sind weniger gewichtig, könnten aber für Untergruppen bedeutsam sein.³⁶

6 Zusammenfassung

Im folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in vier Bereichen dargestellt: (1) Zur sozialen Lebenssituation der Borderline-Kinder, (2) Traumata in den ersten Lebensjahren, (3) Symptomatik, (4) Psychodynamik.

6.1 Zur sozialen Lebenssituation der Borderline-Kinder

Die soziale Lebenssituation von Borderline-Kindern ist durch Trennungen geprägt: Nur etwa ein Drittel der Kinder wohnt noch bei beiden leiblichen Eltern, ein Viertel der Kinder in Adoptionsfamilien, Pflegefamilien oder Heimen. Es konnte gezeigt werden, daß solche Fremdunterbringungen bei Borderline-Kinder überdurchschnittlich häufig sind. Die damit verbundenen Trennungen von den primären Bezugspersonen haben in der Regel eine Vorgeschichte von schwierigsten familiären Lebensbedingungen, die durch Streit der Eltern, schwierige wirtschaftliche Lage, Erkrankungen oder Tod der Eltern, körperliche Mißhandlungen oder sexuellen Mißbrauch geprägt sein können.

Borderline-Kinder sind überdurchschnittlich häufig Einzelkinder. Die protektiven Faktoren, die Geschwister³⁷ bei Trennungen der Eltern und Streit in der Familie bieten können, stehen ihnen nicht zur Verfügung, vielmehr sind sie diesen Situationen schutzlos ausgeliefert. Als Kleinkind haben sie auch nicht die unterschiedlichen reifungsfördernden und narzißtisch stabilisierenden

³⁶ Dies wird durch clusteranalytische Verfahren noch überprüft werden.

³⁷ NEUBAUER 1983; PROVENCE/SOLNIT 1983; BERGER 1985; SCHÜTZE 1986; DIEPOLD 1988

Beziehungsangebote erlebt, die Geschwister zusätzlich zu Mutter und Vater bieten, sofern sie emotional zuverlässig für den Säugling da sind, wie das die empirische Säuglingsforschung³⁸ in eindrucksvollen Experimenten belegt hat.

Ein Drittel der Kinder hat körperliche Mißhandlungen erlebt, ein Fünftel auch sexuellen Mißbrauch. Dabei ist zu bedenken, daß man von einer hohen Dunkelziffer ausgehen muß, weil aus Loyalität zu den leiblichen Eltern darüber geschwiegen wird. Ein Drittel der Kinder war von seinen Eltern nicht erwünscht.

In der Eltern- und Großelterngeneration der Borderline-Kinder gibt es auffällig viele psychische Erkrankungen. Borderline-Störungen, Psychosen und Suchterkrankungen sind neben Depressionen und schweren Zwangserkrankungen häufig. Nur 1 % der Familien sind ohne entsprechenden Befund. Dieses Ergebnis wirft die Vermutung einer hereditären Komponente der Erkrankung auf.

Die Lebenssituation der Borderline-Kinder ist durch Trennungen, Gewalt und psychische Erkrankungen in den Familien hoch risikobelastet.

6.2 Traumata in den ersten Lebensjahren

Traumata kommen in der Frühgenese der Borderline-Kinder gehäuft vor. Bei 80 % der Kinder bestehen sie u. a. in gestörten Beziehungen, wobei Trennungen von den Eltern, Krankheiten in der Familie, heftiger Streit zwischen den Eltern oder deren Trennung am häufigsten genannt werden. Für über die Hälfte der Kinder werden körperliche Erkrankungen oder Behinderungen in den ersten drei Lebensjahren als traumatisch eingeschätzt; dazu gehören Operationen, häufige Infektionskrankheiten, Asthma, Allergien, endogenes Ekzem, Eßstörungen, Frühgeburten, cerebrale Bewegungsstörungen, Mißbildungen usw. Da bei der Mehrzahl der Kinder Mehrfachbelastungen durch Traumata vorliegen, könnte man einen kumulativen traumatischen Prozeß annehmen.³⁹

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 Konflikthaftigkeit.

In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis der epidemiologischen Studie von TRESS (1986) bedeutsam, der bei in der Kindheit hoch risikobelasteten Erwachsenen nach protektiven Faktoren suchte und zwei entscheidende Bedingungen der Vorschulzeit fand, die vor späterer psychogener Erkrankung schützen: Es sind die enge Bezogenheit des Kindes auf eine geliebte und liebende Person, die während der überwiegenden Zeit des Vorschulalters verlässlich erreichbar sein muß, und das Fehlen des Vaters." (TRESS 1988, S. 172) 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.

³⁸ LICHTENBERG 1991; PAPOUSEK/PAPOUSEK 1990; M. PAPOUSEK 1987; STERN 1985

³⁹ vgl. KEILSON 1979

Die Traumata sind als eine Art "Weichenstellung" im Sinne einer Risikovariablen für spätere Gesundheit zu verstehen. Dies bedeutet keine **notwendige** Bedingung für spätere Erkrankung: Die Zusammenhänge zwischen der Lebenssituation von Kindern und zurückliegenden Ereignissen mit anhaltenden Traumatisierungen sind vielschichtig.⁴⁰ Es entwickelt sich eine dynamische Interaktion, bei der vielfältige Stressoren, pathogenetische, protektive und hereditäre Faktoren auf die Persönlichkeit des Kindes einwirken.

6.3 Symptomatik

Die Symptomatik der Borderline-Kinder ist vielfältig und wechselnd. Sie fallen durch Aggressionen auf, durch die sie schwer zu steuern und kaum sozial zu integrieren sind. Unter Abwehraspekten sind die Aggressionen als "Identifikation mit dem Angreifer" und "Wendung von Passivität zu Aktivität" zu verstehen, die einen Rollenwechsel vom Opfer zum Täter ermöglichen, der für das Selbstwertgefühl reparative Funktion hat. Weiter leiden die Kinder unter Kontaktstörungen, multiplen Ängsten, Schulschwierigkeiten und Autoaggressionen. Funktionelle Beschwerden (z. B. Enuresis, gestörte Motorik, Eßstörungen, Schlafstörungen, Sprachstörungen), Depressionen und Dissozialität sind häufig. Insgesamt ist die Symptomatik vielfältig und schwankend und ist nicht als eine stabile Abwehrkonfiguration im Sinne neurotischer Kompromißbildung zu verstehen. Die einzelnen Symptome sind eher Haltepunkte einer mehr oder minder weitreichenden Ich-Regression.⁴¹

6.4 Psychodynamik

Am stärksten werden Borderline-Kinder durch eine diskrepante Entwicklung charakterisiert. Sie äußert sich in einer Fluktuation des Funktionsniveaus des Ich, bei der sie plötzlich von einem neuroseähnlichen, höheren Level der Ich-Organisation auf einen niedrigeren, psychoseähnlichen Zustand wechseln. Abhängig ist dieser Wechsel vom Ausmaß an Streß, den die Kinder in ihrer Umgebung erfahren. Die Phantasiewelt, in die Kinder durch Ich-Regression fliehen, schützt sie vor bedrohlichen Ängsten und Verletzungen ihrer Autonomie. In der Regel fallen sie auf dem niedrigen Funktionsniveau durch merkwürdiges und kleinkindhaftes Verhalten und durch defizitäre Ich-Funktionen auf.

Borderline-Kinder zeigen eine gravierende Selbstwertstörung, die sich in innerer Desorganisation und fehlender Kohäsion zeigt. Entsprechend ihrer Genese in einer von Chaos und Streit geprägten familialen Umwelt mangelt es an guten inneren Objekten, die für Selbstkohäsion sorgen könnten. Sowohl die Entwicklungslinie des Größenselbst als auch die der omnipotenten Eltern ist defizient und nicht geeignet, den Kindern bei der Bildung kompensatorischer Strukturen zu helfen. Sie sind von der Furcht vor Fragmentierung und dem Verlust eines Restes von Selbstkohäsion bedroht. Der übergreifende Abwehrmechanismus der Spaltung bewirkt ein Pendeln zwischen Kleinheitsgefühlen und Größenphantasien und sorgt auch im Bereich der Selbstentwicklung für Diskrepanzen.

⁴⁰ Selbstverständlich können, wie ERNST/VON LUCKNER (1985) nachweisen, Traumata der frühen Kindheit später ausgeglichen werden; die Borderline-Kinder sind allerdings ein Beispiel dafür, daß dies unter bestimmten Bedingungen nicht gelingt.

⁴¹ Vgl. ROHDE-DACHSER 1979, S. 38f.

Borderline-Kinder haben große Schwierigkeiten, Aggressivität und Impulsivität zu kontrollieren. Frustrationen führen rasch zu heftigen Wutausbrüchen, und sie bekommen bei nur geringen Auslösern von außen und von innen Panikzustände, die zu Kontrollverlust führen. Sie haben eine Neigung, Angst in aggressiv gefärbte Aktion umzusetzen, bei der sie andere Kinder gefährden, Dinge zerstören oder sich selbst verletzen. Diese Unfähigkeit zur Kontrolle innerer und äußerer Stimuli könnte sowohl mit einer organischen Beeinträchtigung wie auch mit mangelnder übender Erfahrung innerhalb guter, haltender Beziehungen zusammenhängen.

Borderline-Kinder haben angstvoll klammernde Beziehungen zu ihren Bezugspersonen. Die Angst ist der Motor für diese Anklammerung, und sie erlaubt ihnen nicht, sich aus der symbiotischen Beziehung zur primären Bezugsperson zu lösen. Im Moment der Trennung läßt die unzureichende Entwicklung von Objekt Konstanz die Angst übermäßig werden und verhindert die Loslösung von den Bezugspersonen, von denen Sofortbefriedigung der Bedürfnisse gefordert wird. Durch das Entwicklungsdefizit der Objekt Konstanz stehen die Kinder in einem unerträglichen Konflikt zwischen dem Wunsch nach Verschmelzung und der Angst, daß durch eine solche Verschmelzung der Verlust des Selbstgefühls ausgelöst wird.

Gleichaltrigen gegenüber haben Borderline-Kinder Kontaktprobleme und Ängste, während sie sich häufig kleineren Kindern gegenüber arrogant und quälend verhalten. In der Klasse sind sie Außenseiter oder fallen durch Clownerien und impulsives oder angstvolles Verhalten auf. Sie können sich nicht in eine Gruppe einfügen, weil sie durch ihre oftmals bizarren Verhaltensweisen von anderen Kindern nicht ernstgenommen werden, und weil sie die Aufmerksamkeit des Erwachsenen ganz für sich fordern. Häufig schrecken sie andere Kinder auch durch ihre Größenphantasien ab.

6.5 Konsequenzen

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zeigen in wesentlichen Punkten Übereinstimmung mit dem DSM-III-R:

Tab. 7: Borderline-Patienten im Kindes- und Erwachsenenalter

Diepold	DSM-III-R
schwere psychosoziale Belastungen	<i>Der DSM-III-R macht keine Aussagen zur Ätiologie</i>
Traumata	<i>keine Entsprechung</i>
vielfältige, neurotische Symptomatik	<i>keine Entsprechung</i>
diskrepante Entwicklung	Identitätsstörung
Selbstwertstörung	übermäßige, unkontrollierbare Wut
Wut und Destruktion	instabile Stimmungslage
Vernichtungs- und Trennungsangst	impulsives, selbstschädig. Verhalten
Kontaktlosigkeit	intensive, instabile Beziehungen
<i>keine Entsprechung</i>	Unfähigkeit zum Alleinsein
<i>keine Entsprechung</i>	wiederholte Suizidversuche
	chronische Langeweile und Leere

Die auf der Einschätzung von 150 Therapeuten basierenden Ergebnisse werden es ermöglichen, in Zukunft präziser Borderline-Störungen zu diagnostizieren. Dies hat unmittelbare Relevanz für die Therapie, über die ich mich in einem anderen Zusammenhang äußern werde.

Literaturverzeichnis

- Aarkrog, T. (1981): The borderline concept in childhood, adolescence and adulthood. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Suppl. 392)
- American Psychiatric Association (1989): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-III-R. Deutsche Bearbeitung und Einführung von H.-U. Wittchen, H. Saß, M. Zaudig und K. Koehler, 2, korr. Aufl, Weinheim/Basel: Beltz
- Becker, D./Oldenbürger, H.-A./Piehl, J. (1987): Motivation und Emotion. In: Lüer, G. (Hrsg.): *Allgemeine experimentelle Psychologie*, Stuttgart: Fischer, S. 431-470
- Bemporad, J. R./Hanson, G./Smith, H. F. (1981): The diagnosis and treatment of borderline syndromes of childhood. In: Noshpitz, J. (Hrsg.): *Basic Handbook of Child Psychiatry*, New York: Basic Books, Bd. 5, S. 305-311
- Bemporad, J. R./Smith, H. F./Hanson, G./Cicchetti, D. (1982): Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. In: *American Journal of Psychiatry*, Bd. 139, S. 596-602
- Bentivegna, S. W./Ward, L. B./Bentivegna, N. P. (1985): Study of a diagnostic profile of the borderline syndrome in childhood and trends in treatment outcome. In: *Child Psychiatry and Human Development*, Bd. 15, S. 198-205
- Berger, M. (1985): Zur psychodynamischen Relevanz der Geschwisterbeziehung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Bd. 13, S. 123-137
- Blos, P. Jr./Galatzer-Levy, R. (1987): Issues in psychoanalytic treatment of a borderline/severely neurotic child. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Bd. 35, S. 727-737
- Blos, P. Jr./Galatzer-Levy, R. M. (1987): The borderline and severely neurotic child. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Bd. 35, S. 189-201
- Bradley, S. J. (1981): The borderline diagnosis in children and adolescents. In: *Child Psychiatry and Human Development*, Bd. 12, S. 121-127
- Bürgin, D. (1988): Der therapeutische Dialog mit dem Grenzfall-Kind. In: Klosinski, G. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und zum Jugendlichen*, Bern: Hans Huber, S. 21-50
- Chethik, M. (1979): The Borderline Child. In: Noshpitz, J. D, Hrsg.: *Basic Handbook of Child Psychiatry*, New York: Basic Books, Bd. 2, S. 304-321
- Chethik, M. (1986): Levels of borderline functioning in children: Etiological and treatment considerations. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 56, S. 109-119
- Chethik, M./Fast, I. (1970): A function of fantasy in the borderline child. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 40, S. 756-765
- Clauß, G./Ebner, H. (1975): *Grundlagen der Statistik*, 2. neubearb. erw. Aufl, Zürich/Frankfurt a.M.: Harri Deutsch
- Cohen, D. J./Shaywitz, S. E./et al. (1983): Borderline syndromes and attention deficit disorders of childhood: Clinical and neurochemical perspectives. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 197-221
- Corboz, R. J. (1983): Psychosen beim Kind und beim Jugendlichen. Schizophrenie - frühkindlicher Autismus - endogene Depressionen. In: *Swiss Med*, Bd. 5, S. 36-45
- Diepold, B. (1984): Depression bei Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Bd. 33, S. 55-61
- Diepold, B. (1988): Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Bd. 37, S. 274-280
- Diepold, B. (1989): Psychogene Aspekte der Depression bei Kindern. In: *Kind und Umwelt*, Bd. 64, S. 1-18
- Diepold, B. (1992): Probleme der Diagnostik bei Borderline-Störungen im Kindesalter. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Bd. 41, S. 207-214
- Dührssen, A. (1984): Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, Bd. 30, S. 18-42
- Eggers, C./Lempp, R./Nissen, G./Strunk, P. (Hrsg.) (1989): *Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 5. neubearb. erw.. Aufl, Berlin/Heidelberg/New York: Springer
- Ekstein, R. (1973): *Grenzfallkinder* (1966), München: Reinhardt
- Ekstein, R./Wallerstein, J. (1954): Observations on the psychotherapy of borderline and psychotic children. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 9, S. 344-369
- Ekstein, R./Wallerstein, J. (1956): Observations on the psychotherapy of borderline and psychotic children. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 11, S. 303-311
- Engel, M. (1963): Psychological testing of borderline psychotic children. In: *Archives of General Psychiatry*, Bd. 8, S. 426-434

- Ernst, C./von Luckner, N. (1985): Stellt die Frühkindheit die Weichen? Kritik an der Lehre von der schicksalhaften Bedeutung erster Erlebnisse, Stuttgart: Enke
- Fast, I. (1974): Multiple identities in borderline personality organisation. In: *British Journal of Medical Psychology*, Bd. 47, S. 291-300
- Freud, A. (1980): Die Diagnose von Borderline-Fällen (1956). In: *Die Schriften der Anna Freud*, München: Kindler, Bd. 7, S. 1895-1907
- Frijling-Schreuder, E. C. M. (1969): Borderline states in children. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 24, S. 307-327
- Frosch, J. (1964): The psychotic character: clinical psychiatric considerations. In: *Psychiatric Quarterly*, Bd. 38, S. 81-86
- Frosch, J. (1988): Psychotic character versus borderline. In: *International Journal of Psycho-Analysis*, Bd. 69, S. 347-357 und 445-446
- Geleerd, E. (1945): Observations on temper tantrums in children. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 15, S. 238-246
- Geleerd, E. (1946): A contribution to the problem of psychoses in childhood. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 2, S. 271-291
- Geleerd, E. R. (1958): Borderline states in childhood and adolescence. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 8, S. 279-295
- Greenman, D. A./Gunderson, J. G./Cane, M./Saltzman, P. R. (1986): An examination of the borderline diagnosis in children. In: *American Journal of Psychiatry*, Bd. 134, S. 998-1003
- Groeben, N./Wahl, D./Schlee, J./Scheele, B. (1988): Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts, Tübingen: Francke
- Gualtieri, C.Th./Koriath, U./Van Bourgondien, M. E. (1983): "Borderline" children. In: *J. Autism Dev. Disord*, Bd. 13, S. 67-72
- Gualtieri, C. T./Koriath, U./Van Bourgondien, M. E. (1987): So-called borderline children. In: *American Journal of Psychiatry*, Bd. 144, S. 832-833
- Hoffmann, S. O. (1990): Charakterneurose und Borderlinepersönlichkeitsstörung. In: Janssen, P. L. (Hrsg.): *Psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen*, Berlin/Heidelberg/New York: Springer, S. 17-25
- Holder, A. (1981): Frühe strukturelle Ich-Störungen bei Kindern und ihre technische Handhabung in der Psychotherapie. In: Biermann, G. (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie*, München: Reinhardt, Bd. 4, S. 170-183
- Keilson, H. (1979): *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*, Stuttgart: Enke
- Kernberg, O. F. (1970): A psychoanalytic classification of character pathology. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Bd. 18, S. 800-822
- Kernberg, O. F. (1975): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*, Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Kernberg, P. F. (1982): Update of borderline disorders in children. In: *Psychiatric Hospital*, Bd. 13, S. 137-141
- Kernberg, P. F. (1983): Borderline conditions: childhood and adolescent aspects. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 101-119
- Kernberg, P. F. (1990): Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Bd. 29, S. 478-482
- Kestenbaum, C. J. (1983): The borderline child at risk for major psychiatric disorder in adult life. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 49-81
- Kleining, G./Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Bd. 20, S. 502-552
- Kohut, H. (1973): *Narzißmus (1971)*, Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Kohut, H. (1979): *Die Heilung des Selbst (1977)*, Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Lichtenberg, J. D. (1990): Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. In: *Psyche*, Bd. 44, S. 871-901
- Lichtenberg, J. D. (1991): *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*, Berlin/Heidelberg/New York: Springer
- Mahler, M./Ross, J. R./De Fries, Z. (1948): Clinical studies in benign and malignant cases of childhood psychosis (schizophrenic-like). In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 19, S. 295-305
- Marcus, J./Ovsiew, F./H. S. (1983): Neurological dysfunction in borderline children. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 171-195
- Meissner, W. W. (1984): *The Borderline Spectrum*, New York/London: Aronson
- Neubauer, P. B. (1983): The importance of the sibling experience. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 38, S. 325-336
- Ogata, S. N. et al. (1990): Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. In: *American Journal of Psychiatry*, Bd. 147, S. 1008-1013
- Palombo, J. (1982): Critical review of the concept of the borderline child. In: *Clinical Social Work Journal*, Bd. 10, S. 246-264

- Palombo, J. (1983): Borderline conditions: A perspective from self psychology. In: *Clinical Social Work Journal*, Bd. 11, S. 323-338
- Palombo, J. (1985): The treatment of neurocognitively impaired children: A perspective from self psychology. In: *Clinical Social Work Journal*, Bd. 13, S. 117-128
- Palombo, J./Feigon, J. (1984): Borderline personality development in childhood and its relationship to neuro-cognitive deficits. In: *Child and Adolescent Social Work Journal*, Bd. 1, S. 18-33
- Papousek, M. (1987): Die Rolle des Vaters in der frühen Kindheit. In: *Kind und Umwelt*, Bd. 54, S. 29-49
- Papousek, M./Papousek, H. (1990): Intuitive elterliche Früherziehung in der sprachlichen Kommunikation. In: *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*, Bd. 12, S. 521-527
- Parens, H. (1979): *The Development of Aggression in Early Childhood*, New York: Aronson
- Petti, Th. A. (1983): Psychopharmacologic treatment of borderline children. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 235-256
- Petti, Th. A./Vela, R. M. (1990): Borderline disorders of childhood: An overview. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Bd. 29, S. 327-337
- Petti, Th.A./Law III, W. (1982): Borderline psychotic behavior in hospitalized children: Approaches to assessment and treatment. In: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, Bd. 21, S. 197-202
- Pine, F. (1974): On the concept "borderline" in children. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 29, S. 341-369
- Pine, F. (1983): A working nosology of borderline syndromes in children. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 83-100
- Pine, F. (1986): On the development of the "borderline-child-to-be". In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 56, S. 450-457
- Provence, S./Solnit, A. J. (1983): Development-promoting aspects of the sibling experience. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 38, S. 337-351
- Remschmidt, H./Schmidt, M. (Hrsg.) (1986): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge, 2, rev.. Aufl.*, Bern: Hans Huber
- Rohde-Dachser, C. (1979): *Das Borderline-Syndrom*, Bern: Hans Huber
- Rosenfeld, S. K./Sprince, M. P. (1963): An attempt to formulate the meaning of the concept "borderline". In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 18, S. 603-635
- Rosenfeld, S. K./Sprince, M. P. (1965): Some thoughts on the technical handling of borderline children. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 20, S. 495-517
- Rutter, M. (1965): Classification and categorization in child psychiatry. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Bd. 6, S. 71-83
- Rutter, M./Shaffer, D./Sheperd, M. (1975): *A multiaxial classification in child psychiatric disorders*, Genf: World Health Organization
- Schütze, Y. (1986): Der Verlauf der Geschwisterbeziehung während der ersten beiden Jahre. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Bd. 35, S. 130-137
- Shapiro, Th. (1983): The borderline syndrome in children: A critique. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 11-29
- Shapiro, Th. (1990): Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. Negative. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Bd. 29, S. 480-483
- Smith, H. F./Bemporad, J. R./Hanson, G. (1982): Aspects of the treatment of borderline children. In: *American Journal of Psychotherapy*, Bd. 36, S. 181-197
- Spiel, W./Spiel, G. (1987): *Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie*, München/Basel: Reinhardt
- Steinhausen, H.-C. (1988): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, München: Urban & Schwarzenberg
- Stern, D. N. (1985): *The Interpersonal World of the Infant*, New York: Basic Books
- Tomkins, S. (1963): *Affect, Imagery and Consciousness: Vol. II. The Negative Affects*, New York: Springer
- Tomkins, S. (1962): *Affect, Imagery, Consciousness: Vol I. The Positive Affects*, New York: Springer
- Treffers, A./Meijer, M. (1989): Borderline - en schizotypische stoornis bij kinderen. In: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, Bd. 31, S. 562-573
- Tress, W. (1986): *Das Rätsel der seelischen Gesundheit*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Tress, W. (1988): Zur Ätiologie psychogener Erkrankungen. In: Böcker, F./Weig, W. (Hrsg.): *Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie*, Berlin/Heidelberg: Springer, S. 167-178
- Vela, R./Gottlieb, H./Gottlieb, E. (1983): Borderline syndromes in childhood: A critical review. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*, New York: McGraw-Hill, S. 31-48
- Verhulst, F. C. (1984): Diagnosing borderline children. In: *Acta paedopychiat*, Bd. 50, S. 161-173
- Weil, A. (1953a): Clinical data and dynamic considerations in certain cases of childhood schizophrenia. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 23, S. 518-529

- Weil, A. (1953b): Certain severe disturbances of ego development in childhood. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 8, S. 271-287
- Weil, A. (1956): Some evidences of deviational development in infancy and early childhood. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 11, S. 292-299
- Weltgesundheitsorganisation/Dilling, H/Mombour, W, Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Bern/Göttingen/Toronto: Hans Huber
- Wenning, K. (1990): Borderline children: A closer look at diagnosis and treatment. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Bd. 60, S. 225-232
- Wergeland, H. (1979): A follow-up study of 29 borderline psychotic children 5 to 20 years after discharge. In: *Acta psychiat. scand*, Bd. 60, S. 465-476
- Winnicott, D. W. (1952): *Psychose und Kinderpflege*. In: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*, München: Kindler, S. 110-123
- Winnicott, D. W. (1960): Die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr. In: *Psyche*, Bd. 14, S. 25

Tab. 5: Die 50 Items in der Rangfolge der Mittelwerte

Variable	Item-Kurzbezeichnung	Häufig- keit	arithm. Mittel	Standard Abweichung	Sign.	Verteilung
DISKREP1	zeigt diskrepante Entwicklungslinien	189	1.2487	.54241	***	L
PENDELT1	pendelt zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus	191	1.2932	.63071	***	L
SPALT	neigt zu Spaltungen	184	1.3207	.66973	***	L
DISKREP2	hat diskrepante Selbstvorstellungen	185	1.3243	.63648	***	L
FRUST	verhält sich frustriert altersunangemessen	188	1.3777	.75355	***	L
SELBSTWT	leidet unter Selbstwertproblemen	188	1.4043	.83146	***	L
FORDERT	fordert Aufmerksamkeit von Erwachsenen	189	1.4127	.83733	***	L
PENDELT2	pendelt zwischen Alter und Kleinkind	189	1.4392	.80738	***	L
ELT_EHE	Ehebeziehung der Eltern ist gestört	186	1.4409	.82478	***	L
GROESSEN	zeigt Größenphantasieen	188	1.4574	.83589	***	L
BEDUERFN	Bedürfnisse müssen sofort befriedigt werden	188	1.4894	.79092	***	L
AGGRESS	Angst schlägt in Aggressivität um	189	1.4921	.96546	***	L
WUTAUSBR	neigt zu Wutausbrüchen	191	1.4974	.93962	***	L
IDENTIT	ist seiner Identität nicht sicher	187	1.5080	.80569	***	L
REALPRFG	Realitätsprüfung ist eingeschränkt	190	1.5789	.76399	***	L
PANIK	Angst schlägt leicht in Panik um	188	1.5798	.87081	***	L + normal
ENTWERTG	macht häufig entwertende Beschimpfungen	189	1.6667	.99467	***	L
GRUPPE	kann sich nicht in eine Gruppe einfügen	189	1.6720	.89223	***	L
ANGST	kann ängstigende Phantasien nicht kontrollieren	185	1.6811	.87905	***	L
MU_EINF	Mutter kann sich nicht einfühlen	182	1.8846	1.0207	***	L + normal
VA_EINF	Vater kann sich nicht einfühlen	175	1.8914	1.1166	***	L
TRENNUNG	Trennungsangst ist stark	188	1.8936	1.1467	***	L
KONZENTR	hat Mühe, sich zu konzentrieren	189	1.9259	1.0593	***	L + normal
ANKLAMM	neigt zu anklammernden Beziehungen	187	1.9305	1.1409	***	L
PHANTASI	lebt in einer Phantasiewelt	188	1.9415	.98208	***	L
WUENSCH	äußert Wünsche	185	1.9568	1.1787	***	U
SCHREIT	hat als Säugling viel geschrien	168	2.0357	1.1628	***	L + normal
MITGEFUE	zeigt kein Mitgefühl	186	2.0914	1.0741	***	L
ZERSTOER	zerstört Gegenstände	187	2.1070	1.1729	***	L + gleich
GEFAHREN	kann sich nicht vor Gefahren schützen	187	2.1497	.99948	***	L
VERNICHT	Angst vor Verstümmelung und Vernichtung	179	2.1508	1.1090	***	L
ALLEIN	kann nicht allein sein	188	2.1649	1.1184	***	L
KONTAKTE	keine Kontakte zu Gleichaltrigen	191	2.1885	1.0493	***	L
MOTORIK	kann motorische Impulse nicht kontrollieren	188	2.2128	1.0432	***	L
LANGEWEL	klagt oft über Langeweile	187	2.2620	1.1410	**	L
TROESTEN	läßt sich nicht trösten	186	2.3065	1.1379	ns	gleichvert.
HYPERAKT	ist hyperaktiv	189	2.3069	1.1899	ns	L + gleich
BIZARR	denkt bizarr	186	2.4032	1.0874	ns	normal
UNFAELLE	neigt zu Selbstverletzungen/Unfällen	187	2.4278	1.1681	ns	gleichverteilt
ANGEPASS	ist oberflächlich angepaßt	188	2.5372	1.2253	ns	eher U
GEFUEHLE	zeigt keine Gefühle	186	2.5806	1.1420	ns	gleich
KOERPERG	nimmt Körpergefühle nicht wahr	183	2.6339	1.1106	ns	normal + R
BETREUG	frühe Betreuungspersonen wechselten	187	2.7005	1.2768	*	U
ESSSTOER	litt als Kleinkind an Eßstörungen	176	2.7273	1.3286	*	U
LEGASTH	leidet an Legasthenie oder Rechenstörungen	177	2.8475	1.2723	***	R
INTERESS	Interessen richten sich oft auf nur ein Gebiet	186	2.8871	1.1214	***	gleich + R
GASTRO	litt an gastrointestinalen Störungen	161	2.8882	1.2093	***	R
PSYCHOT	es treten psychotische Zustände auf	180	2.9611	1.1929	***	R
SUIZID	hat Suizidversuch gemacht/geplant	186	2.9731	1.1965	***	U / R
SPRACHST	leidet an einer Sprachstörung	188	3.3564	1.0923	***	R

