

Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern

Zur Theorie und Behandlung¹

Zusammenfassung

Eine empirische Untersuchung zur Subjektiven Theorie von Therapeuten über Borderline-Störungen bei Kindern, in die ca. 140 Therapeuten und 190 Kinder einbezogen waren, liefert Ergebnisse über deren diagnostische Einschätzung: Die Kinder weisen schwere psychosoziale Belastungen und traumatische Ereignisse in der Genese auf und können - bei vielfältiger, neurotischer Symptomatik - durch diskrepante Entwicklung, Selbstwertstörung, Aggressivität und Impulsivität, angstvoll klammernde Beziehungen sowie Kontaktprobleme mit Gleichaltrigen charakterisiert werden. Das Ziel der psychodynamischen Therapie ist es, dass die Kinder ihre Entwicklung auf einem altersentsprechenden Level fortsetzen können. Wegen der schweren Ängste und des hektischen Agierens der Kinder bedarf es zu Beginn der Behandlung klarer Paktabsprachen und einer Eingrenzung regressiver Bedürfnisse. Die archaischen Phantasien werden auf der Metapherenebene des Spielsettings bearbeitet. Unbewusstes wird nicht gedeutet, sondern stattdessen werden Brücken zwischen dissoziierten bewussten Inhalten geschlagen. In der Regel muss das soziale Umfeld in die Therapie einbezogen werden. In manchen Fällen ist eine stationäre Behandlung indiziert und Pharmakotherapie angezeigt.

The author characterizes so called "borderline-children" on the basis of 190 case-studies referring to the results of a survey of some 100 child therapists and 40 child psychiatrists. "Borderline-children" show severe psycho-social strain and traumatic experiences and can be characterized by discrepant development, narcissistic pathology, aggressivity and impulsiveness, clinging relationships as well as contact problems with children of the same age. The therapy aims at helping children to continue their development at a level appropriate to their age. Due to anxieties and hectic acting out, the therapy has to set distinct boundaries from the very beginning. Regression has to be curbed, archaic phantasies are to be coped with at a metaphorical level by play therapy and not interpreted by the therapist so that dissociated conscious matter is bridged. Usually the social environment has to be integrated into the treatment. In some cases, residential treatment or pharmacotherapy is necessary.

¹Veröffentlicht in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995), 270-279

1 Zum Konzept Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern

1.1 Zum gegenwärtigen Forschungsstand

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

(a) Borderline-Persönlichkeitsstörung (Borderline personality disorder, BPD). Sie ist entsprechend dem deskriptiven Zugang der Psychiatrie von anderen Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt 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. Die amerikanischen Kinderpsychiater Petti/Vela (1990), Shapiro (1990), Gualteri et al. (1987) arbeiten zwar mit diesem psychiatrisch deskriptiven Borderline-Begriff, lehnen ihn aber als eine diagnostische Einheit für Kinder ab, 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 1988; Eggers et al. 1989; Remschmidt / Schmidt 1985). In Steinhausen 1988 kommt der Begriff nicht vor.

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." (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, Impulshandlungen, oder auch 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. Die ICD-10 hält eine Borderline-Diagnose vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren für "wahrscheinlich unangemessen", obgleich konstatiert wird, dass Persönlichkeitsstörungen häufig erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung treten. (Weltgesundheitsorganisation 1991, 212)

(b) Psychotischer Charakter. Durch Winnicott (1976) 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)

(c) Schwere Selbststörung. Palombo (1983) definiert das Borderline-Konzept für Kinder auf der Grundlage der Selbstpsychologie Kohuts (1973). 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. Spiel/Spiel (1987) beschreiben das "Borderline-Syndrom" als eine Störung des "Selbst", die durch Identitätsdiffusion, mangelhafte Realitätsprüfung und archaische, primitive Abwehrmechanismen charakterisiert ist. (266f.)

(d) Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Diese Sicht der Borderline-Störung, vor allem von Kernberg (1970 und 1978) 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, 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. Pine arbeitet mit dem Begriff der "upper border" und "lower border". Auch Chethik (1979 und 1986) bildet zwei Subgruppen: er unterscheidet typische Borderline-Kinder von besser strukturierten Borderline-Kindern (highly functioning b. c.). 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.

1.2 Empirische Untersuchung

Es liegt eine Vielfalt unterschiedlicher Ansätze vor, die eine Diskussion zwischen den verschiedenen Fachrichtungen schwierig macht. Ich bin in meinem orientierenden Forschungsansatz einer Anregung Shapiros (1990) gefolgt, der vorschlägt, eine große Gruppe ernster, nichtpsychotischer Störungen zu sammeln, zu systematisieren und erst dann die Brauchbarkeit des sich ergebenden Konstruktes zu überprüfen.

Die Frage nach den Charakteristika von Borderline-Kindern wird auf dem Wege über diagnostische Einschätzungen von Therapeuten zu beantworten versucht. Da es in der jeweiligen Diagnosestellung zu einer Verknüpfung von theoretischem Wissen und klinischer Erfahrung kommt, könnte eine Erhebung Subjektiver Theorien von Therapeuten über Borderline-Kinder die theoretischen Erkenntnisse über diese Störung voranbringen.

Exkurs: 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, 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, 309). "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, 460)

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

Die Ergebnisse der Befragung wurden systematisiert im Hinblick auf Charakteristika bezüglich der psychosozialen Lebensbedingungen, Traumata in den ersten Lebensjahren, Symptomatik und verschiedene Untergruppen und ergeben ein Konstrukt über Borderline-Störungen bei Kindern. Eine Prüfung der Validität des Konstruktes müsste folgen.²

Im folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in vier Bereichen zusammenfassend dargestellt: Sie stellen die subjektiven Einschätzungen der Therapeuten zur (a) sozialen Lebenssituation der Borderline-Kinder, (b) Traumata

²Probleme der Methodologie und Untersuchungsdurchführung sind ausführlich dargestellt in der Dissertation Diepold 1994a

in den ersten Lebensjahren, (c) Symptomatik, (d) Psychodynamik, (e) Untergruppen dar.

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 Geschwister 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 Beziehungsangebote erlebt, die Geschwister zusätzlich zu Mutter und Vater bieten, sofern sie emotional zuverlässig für den Säugling da sind, wie das die empirische Säuglingsforschung in eindrucksvollen Experimenten belegt hat.³

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 Kinder aus Loyalität zu den leiblichen Eltern darüber schweigen. Ein Drittel der Kinder war von seinen Eltern nicht erwünscht.

In der Eltern- und Großelterngeneration der Borderline-Kinder gibt es auffällig viele psychische Erkrankungen. Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (48 %), Psychosen (12 %) und Suchterkrankungen (24 %) sind neben Depressionen und schweren Zwangserkrankungen (18 %) häufig. Nur 1 % der Familien sind ohne entsprechenden Befund. Dieses Ergebnis wirft die Vermutung einer biologischen Mitbeteiligung auf.

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

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

³Vgl. Lichtenberg 1991; Stern 1985

Mehrfachbelastungen durch Traumata vorliegen, könnte man einen kumulativen traumatischen Prozess annehmen (vgl. Keilson 1979).

Die verschiedenen Traumata sind den Risikovariablen für die Entstehung psychogener Erkrankungen von Erwachsenen ähnlich, die Dührssen (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. 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 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.⁴ Es entwickelt sich eine dynamische Interaktion, bei der vielfältige Stressoren, pathogenetische, protektive und hereditäre Faktoren auf die Persönlichkeit des Kindes einwirken.

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. Ich verstehe sie als den für das Kind derzeit besten Kompromiss, den Konflikt zwischen verschiedenen Strebungen zu lösen.

⁴Selbstverständlich 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.

Psychodynamik⁵

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.

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.

⁵Die Psychodynamik gründet sich auf Bereiche, die mit dem statistischen Verfahren einer Faktorenanalyse ermittelt wurden. Zu Methodologie und Ergebnissen vgl. Diepold 1994

Untergruppen

Die bisher dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtgruppe der Probanden. Durch Clusteranalysen wurde die Gesamtgruppe in sechs Untergruppen aufgeteilt.⁶

- destruktive Kinder mit panischer Angst
- narzisstisch aggressive Kinder mit Ängsten, psychotischen Episoden, Selbstschädigungen und schizoide Gefühlsarmut
- narzisstisch aggressive Kinder mit panischen Ängsten, schizoide Gefühlsabwehr, Suizidgedanken und psychotischen Episoden
- depressive Kinder mit diskrepanter Entwicklung, klammerndem Verhalten, Kontaktstörungen und psychotischen Episoden
- depressive Kinder mit neurokognitiven Defiziten
- schizoide Kinder

Die ersten drei Gruppen sind vorwiegend Jungen, die ihre heftigen destruktiven und aggressiven Impulse nach außen richten, sich aber in der speziellen Ausformung ihrer Symptomatik und der Genese unterscheiden. Die letzten drei Gruppen, wesentlich kleiner als die ersten drei, sind vorwiegend Mädchen, die aggressive Impulse eher gegen sich selbst richten und depressiv sowie ängstlich anklammernd sind. Diese depressiv anklammernden Kinder sind in der Kindheit weniger auffällig, weil das impulsive und destruktive Agieren in Schule und Familie mehr Aufmerksamkeit auf sich und Erziehungsprobleme nach sich zieht. In der Adoleszenz wird dann die Therapiebedürftigkeit der zweiten Gruppe deutlicher, wenn Selbstwertproblematik, Essstörungen oder Suizidalität sich als manifeste Symptomatik zeigt.

Kinder, die in ihren primären Beziehungen und ihrem sich entwickelnden Selbstempfinden derart durch angeborene oder externe Einflüsse beeinträchtigt sind, zeigen konsequenterweise schwere Beeinträchtigungen ihrer Entwicklung, und diese Entwicklungsstörungen betreffen die gesamte Persönlichkeit: das Selbst, die Objektbeziehungen, das Ich mit seinen Funktionen und die Triebe. Sie sind das Ergebnis einer Kompromissbildung, die die Psyche der Kinder angesichts biologischer Beeinträchtigungen, schwierigster familiärer Lebensbedingungen und traumatischer Ereignisse leisten muss, um den Erfordernissen des Wachsens und Älterwerdens in gewisser Weise gerecht zu werden.⁷

⁶Zur differenzierten Beschreibung der Symptomatik, der spezifischen traumatischen Lebenssituationen und Konflikte siehe Diepold 1994a.

⁷Wenn auch die vielen beobachtbaren Beeinträchtigungen der Kinder im Ich-Bereich die theoretische Ausrichtung an einem sog. Defektmodell nahelegen, scheint mir das psychodynamische Verständnis der Störung wichtig, das die Symptomatik als eine Kompromisslösung versteht. Vgl. dazu auch Mentzos (Hg.) 1992, der diese Problematik für psychotische Patienten entfaltet.

2 Psychodynamische Behandlung

"Eine auf Förderung der Entwicklung gerichtete Behandlung in den frühesten Jahren kann, wenn überhaupt, nur helfen, einige der grellsten Entwicklungswidersprüche zu korrigieren." (A. Freud 1979, 2740)

In diesem Zitat Anna Freuds wird deutlich, dass die Prognose der Behandlung von Entwicklungsstörungen ungünstig ist und dass eine Korrektur dieser Störung überhaupt nur in der Kindheit eine Chance hat. Daher ist es erforderlich, sich über die spezifischen Bedingungen der Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen Gedanken zu machen. Die Grundlage bietet mir die Psychoanalyse als eine spezifische Denk- und Umgangsweise mit dem Fallmaterial des Patienten, bei der Triebaspekte, der Entwicklungsstand des Ich, die Objektbeziehungen und das Selbst, die vier Psychologien der Psychoanalyse (Pine 1990) genutzt werden, dieses Material zu verstehen. Um diese Behandlung von der psychoanalytischen Behandlung neurotischer Kinder abzugrenzen, die ein gut strukturiertes Ich haben, zu therapeutischer Ich-Spaltung fähig sind, ihre unbewussten Konflikte auf die TherapeutIn übertragen und sie innerhalb dieser Beziehung bearbeiten können, werde ich der begrifflichen Klarheit wegen in Anlehnung an Kernberg (1993) von psychodynamischer Therapie sprechen.

Der entscheidende Faktor in der Entwicklung von Kindern sind die Objektbeziehungen, wie zuletzt durch die empirische Säuglingsforschung und zuvor von den Objektbeziehungstheoretikern herausgearbeitet wurde. Daher muss die therapeutische Beziehung als der organisierende Faktor im Zentrum der Therapie von Kindern stehen. Das gilt besonders für Borderline-Entwicklungsstörungen:

". . . denn in der Entwicklung der Objektbeziehungen sind die Prozesse der Neutralisierung enthalten, die Fähigkeit zum Aufschub (Frustrationstoleranz), Ich- und Über-Ich Identifizierungen, welche zu einer sicheren und dauerhaften Internalisierung führen, und die Fähigkeit der autonomen Ichfunktionen, sich konfliktfrei zu entwickeln." (Blanck/Blanck 1978, 344)

Anders als in der Therapie von neurotisch erkrankten Kindern, bei denen es darum geht, unbewusste Konflikte zu bearbeiten, müsste die Therapie von Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen also darauf hinzielen, die spezifischen Konflikte dieser Kinder soweit zu bearbeiten, dass sie ihre Entwicklung in bezug auf die defizitären Ich-Funktionen, die besondere Art der Objektbeziehungen und das schwache Identitätsgefühl auf einem altersentsprechenderen Level fortsetzen können.

2.1 Gegenübertragung

Häufig wird man schon vor Beginn der Behandlung mit einer unübersichtlichen Beziehungssituation konfrontiert und unter Druck gesetzt: Die Schule fordert schnelles therapeutischen Handeln, weil sonst das Kind ausgeschult werden soll; getrennt oder zerstritten lebende Eltern vermitteln die jeweils unterschiedliche Sicht der Probleme und diffamieren sich gegenseitig; manchmal wird man idealisiert, "Sie sind uns empfohlen worden." Man erfährt von gescheiterten Vorbehandlungen, lässt sich von der Heftigkeit und Vielfalt der Symptomatik erschrecken und schwankt zwischen extremen Alternativen: einerseits die Behandlung nicht zu

übernehmen, weil die Erkrankung als zu schwer erscheint und man Verstrickungen ahnt, andererseits aber die Behandlung umgehend zu beginnen, weil Größenphantasien angeregt werden, für dieses Kind genau die richtige Therapeutin zu sein und es besser machen zu können als Eltern, Lehrer und Vorbehandler.

Es mag merkwürdig anmuten, Ausführungen über die Behandlung von Borderline-Entwicklungsstörungen mit Problemen der Gegenübertragung von Therapeuten, also deren gefühlhaften Reaktionen auf die Patienten zu beginnen. Das hat jedoch seine Berechtigung, weil die eigenen Affekte und Impulse sehr rasch eine solche Heftigkeit und Intensität bekommen, dass sie nur schwer zu bewältigen sind. Dafür sind die projektiven Prozesse und Externalisierungen der Kinder verantwortlich, und es scheint, dass die Intensität der Gegenübertragung einen Hinweis auf die Schwere der Erkrankung liefern kann. Jedenfalls ist eine milde, unausgesprochen positive Übertragung, die Freud für den Beginn der psychoanalytischen Kur für förderlich hielt, bei diesen Kindern nicht zu erwarten. (S. Freud, G. W. Bd. X, 131)

Von Therapeuten ist die manchmal unlösbar scheinende Aufgabe gefordert, einerseits dem Kind Halt und Grenzen zu bieten, die es selbst nicht hat, und andererseits ihm in seine chaotische und gefährliche innere Welt zu folgen und deren psychische Realität passager zu akzeptieren. Das macht Angst und erzeugt Verwirrung. Da Kinder mit Borderline-Entwicklungsstörungen sensitiv die Gefühlslage des Gegenübers erspüren können, finden sie rasch diese Unsicherheiten und Verwirrungen heraus, woraus sich schwierige Übertragungs-Gegenübertragungsverwicklungen ergeben können.

Diese affektiven Extremsituationen sind ohne Selbsterfahrung, in der im Rahmen von stabilen und verlässlichen Beziehungen eigene sadistische und masochistische Impulse, Depressivität, Größenphantasien und Ängste erkannt und bearbeitet werden können, nicht auszuhalten. Außerdem braucht man trotz langer Berufserfahrung gerade bei Borderline-Patienten Supervision, um eigene Verstrickungen aufzudecken und emotionalen Abstand zu gewinnen. Dies halte ich für einen wichtigen Akt der Selbstfürsorge.

2.2 Beginn der Behandlung

Die Eingangsphase der Therapie ist auf Seiten des Kindes je nach Erscheinungsbild der Störung von Ängsten, Hektik oder Chaos geprägt.

Auch die Behandlung des 6jährigen Peter, der u. a. an Asthma und endogenem Ekzem litt, begann chaotisch. Zur vereinbarten ersten Behandlungsstunde kam statt seiner der Vater, um mir zu sagen, dass die Therapie nicht stattfinden könne, weil seine Frau ihn mit Peter zusammen verlassen habe. Sie habe in dem Kurort, in den sie in den Sommerferien wegen der schweren Erkrankung von Peter gereist war, einen anderen Mann kennengelernt, in den sie sich verliebt habe und bei dem sie bleiben wolle. Ich habe die Verzweiflung des Vaters mitgetragen und ihm angeboten, in der nächsten Woche erneut mit mir darüber zu sprechen. Meine Verwirrung war groß, als zu diesem Termin Peter gebracht wurde, ohne dass ich erklärt bekam, was sich in der Woche zwischen den beiden Terminen abgespielt hatte. Erst viel später erfuhr ich, dass der Vater seine Frau und Peter mit Körpergewalt

nach Hause zurückgebracht und dort die Telefonleitung zerschnitten hatte, damit seine Frau nicht mit ihrem Freund telefonieren konnte.

Hier wurde initial eine desolante Ehesituation in Szene gesetzt. Die Familie war zu Beginn der Therapie im wahrsten Sinn des Wortes gespalten.

Peter kam körperlich schwerkrank und leidend in die Therapie. Er war an Armen und Beinen weiß bandagiert, sodass nur sein Gesicht mit großen traurigen Augen und die Hände zu sehen waren. Er sprach keuchend über seine Ängste: "Ich war im Sanatorium, und da ist mein Papa gekommen. Meine Oma ist krank, und da ist viel Blut. Bei uns sind so viele Polen, und da war ein Hochwasser. Und ich hab immer so viel Angst, ich muss immer aufpassen, die ganze Nacht, weil sonst Einbrecher kommen." Die Angst wurde offenbar nach Therapiebeginn stärker, denn in der dritten Stunde sagte er: "Ich muss was mit dir besprechen, wir wollen abmachen, dass ich nicht mehr zu dir kommen muss, und das ist nämlich wegen der Angst. Ich mag nicht mehr in meinem Kinderzimmer sein, da könnten unter dem Bett nämlich Gespenster sein. Und ich kann die ganze Nacht nicht schlafen, weil ich aufpassen muss, dass keine Einbrecher kommen." Weil ich die im Pakt vereinbarte Behandlungsstruktur in Gefahr sah, antwortete ich: "Das ist sicher schlimm für dich, dass deine Angst so riesig ist. Aber du bist ja deshalb hier, und wir wollen gemeinsam, dass sie kleiner wird, indem wir sie besser verstehen. Darum ist es sehr wichtig, dass du weiter kommst."

Er kam weiter, und es schloss sich eine Phase turbulenten, heftigen Agierens an. Unvorhersehbar traf mich seine heftige Wut, als ich z. B. ein Auto nicht schnell genug reparieren konnte. Er sagte: "Dann komm ich eben und erschlage dich, aber mit der Axt." Seine Impulsivität bedrohte den Rahmen, indem Sand aus dem Sandkasten flog, mich ein Bauklotz traf oder er am Ende der Stunde das Chaos im Zimmer nicht mit beseitigen wollte.

Drei wesentliche Charakteristika von Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen zeigen sich in dieser initialen Therapiesituation, und man kann sie daher verallgemeinern: Ängste, die offenbar in bestimmten Situationen Panikcharakter annehmen, Wut und Destruktion und eine diskrepante Entwicklung, die bei ihm dadurch charakterisiert ist, dass er sich einerseits auf dem Entwicklungsniveau eines Sechsjährigen befindet, bei kleinsten Kränkungen oder Frustrationen jedoch auf ein kleinkindhaftes Niveau regrediert.⁸

Daraus leiten sich für die Einleitung der Behandlung von Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen sowohl für den äußeren Rahmen der Behandlung als auch für den Pakt folgende Notwendigkeiten ab:

(a) Der äußere Rahmen: Die Therapiestunden sollten möglichst zur gleichen Zeit stattfinden. Es hat sich eine Frequenz von zwei Wochenstunden bewährt. Eine höhere Frequenz regt die Regressionsneigung zu stark an, eine Frequenz von einer Wochenstunde macht es schwer, eine tragfähige Beziehung zu entwickeln.

⁸Zur differenzierteren Charakterisierung vgl. Diepold (1994a).

Bei stark deprivierten Kindern ist eine Frequenz von drei Wochenstunden sinnvoll, um eine tragfähige Beziehung überhaupt aufbauen zu können. Es sollte möglichst wenig Unterbrechungen der regelmäßigen Termine geben, weil die durch die Trennungsgänge ausgelösten Affekte, die zu Beginn einer Therapie noch nicht bearbeitbar sind, das Kind überfordern.

Kinder mit Borderline-Entwicklungsstörungen brauchen ein sparsam eingerichtetes Zimmer, in dem gestaltende Materialien dazu anregen, innere Phantasien in Szene zu setzen. Ein zu großes Spielangebot birgt die Gefahr der Reizüberflutung und steigert die innere Hektik. Wegen der Impulsdurchbrüche sollten keine gefährlichen Gegenstände im Zimmer sein.

(b) Der Pakt: Klare Paktabstimmungen mit Eltern und Kind sind nötig, um das Agieren einzugrenzen. Dazu gehört, dem Kind in einer Sprache, die seinem Entwicklungsstand angemessen ist zu erklären, wann die Stunde anfängt und aufhört, dass sie 50 Min. dauert und nicht länger und nicht kürzer ist, dass Spielzeug nicht mutwillig zerstört wird, gegenseitige Verletzungen ausgeschlossen sind und das Spielzimmer am Ende der Stunde in seinen alten Zustand zurückversetzt wird. Falls der eigene Schreibtisch im Therapieraum steht, sollte er deutlich als Tabuzone gekennzeichnet werden. Auseinandersetzungen um den eigenen Bereich der TherapeutIn fördert die mangelhaft ausgebildete Subjekt-Objekt-Abgrenzung. Die Schweigepflicht muss erklärt werden, und in dem Zusammenhang sollte man dem Kind vermitteln, dass das Therapiezimmer ein geschützter Raum ist, in dem über Alles gesprochen werden kann. Als schwierig empfinde ich es in jeder dieser Therapien neu, dem Kind den Sinn seiner Therapie zu verdeutlichen, besonders dann, wenn es selber wenig Leidensdruck hat, sondern andere unter seiner Destruktivität und Impulsivität leiden. Es hat sich aber bewährt, mit dem Kind gemeinsam ein Ziel für die Therapie zu erarbeiten und zu formulieren, weil Rückblicke auf die gemeinsame Therapiegeschichte entwicklungsfördernde Elemente hat.

Die Paktabstimmungen halte ich genau ein, indem ich z. B. am Stundenende die Zeit nicht überziehe, auch wenn das Kind es sich dringend wünscht und ich diesen Wunsch verstehe. Ich Sorge dafür, dass die Ordnung im Zimmer wiederhergestellt wird und gehe in dieser Hinsicht keine Kompromisse ein. Das Kind muss zwar nicht unbedingt mit aufräumen, aber wenn ich es allein tun muss und die Zeit nicht reicht, sage ich ihm, dass die nächste Stunde früher beendet wird, damit ich das Aufräumen bis zum Stundenende schaffe. Ich vertrete die vereinbarten Rahmenbedingungen mit therapeutischer Autorität und biete damit eine strukturierende und haltende Umgebung, innerhalb derer das impulsive, unangepasste und destruktive Handeln des Kindes seinen Ort hat, eingegrenzt ist und ihm das bietet, was Winnicott "holding environment" nennt. Entscheidend wichtig ist, dass nicht interpretiert wird, weil das wie eine Aufforderung zu weiterem Agieren verstanden wird, was die Regression verstärkt. Ich sage also z. B. in bezug auf den Baustein, den Peter nach mir warf "Peter, wir haben am Anfang besprochen, dass wir uns hier nicht gegenseitig verletzen, ich will nicht, dass du mich mit Bausteinen wirfst." Auf keinen Fall sollte man also versuchen, seine Wut als eine Reaktion darauf zu interpretieren, dass er vielleicht die Stunde noch nicht beenden wollte. Über den Weg der Internalisierung der grenzsetzenden und direktiven Funktionen wachsen die Fähigkeiten und regulativen Funktionen des Ideal-Selbst des Kindes. Es kommt in der ersten Behandlungsphase darauf an, die Angst des Kindes zu reduzieren, und ein Behandlungsbündnis mit dem Kind und seinen Eltern bzw. Erziehern herzustellen, die dem jeweiligen Funktionslevel entsprechen, und den

massiven regressiven Bedürfnissen entgegenzusteuern. (Vgl. Chethik/Fast 1970.) Die therapeutische Funktion ist grenzsetzend und haltgebend.

2.3 Durcharbeiten

Was geschieht, wenn im Laufe der Behandlung das Kind seine zentralen Beziehungskonflikte in der Übertragung inszeniert? Das soll wiederum an einer Vignette aus der Anfangsphase der Behandlung von Peter verdeutlicht werden:

Ich musste für längere Zeit über viele Stunden im Phantasiespiel ein Pferd sein. Als Pferd wurde ich in einen engen Stall eingesperrt, bekam nichts zu essen und musste im Dunkeln sitzen. In einer Stunde schnitt er mir Beine und Hände ab und sah sich an, wie es blutet. Ein Pflaster bekam ich nicht, sondern er sagte: "Das soll bluten, und das soll so lange bluten, bis das ganze Blut rausgelaufen ist." In einer anderen Stunde musste ich spielen, dass ich Hunger habe. Er fütterte mich und stopfte auch dann noch Hafer in mich hinein, als ich schon lange satt war. Mein Bauch sollte so dick werden, dass er das ganze Zimmer füllt, dass er bis in den Flur reicht, bis nach Kassel, bis in die Schweiz, bis Frankreich, Amerika, Afrika, Russland. Und er fuhr fort: "Und ich bin der Gott, der alles weiß und alles macht und ich lebe immer, du bist aber schon lange tot." Als Gott ließ er seiner Macht freien Lauf, und ich war ein Spielball seiner Macht. Er schickte mich z. B. in die Wolken und ließ mich plötzlich von da auf die Erde herunterfallen, wobei ich mit solcher Wucht auf die Erde aufschlug, dass ich mir das Rückgrat brach. Mein Körper sollte aus mehreren Wunden bluten, und er sah sich an, wie ich Schmerzen hatte, litt, langsam verblutete und starb. Kurze Zeit später machte er mich wieder lebendig. Diese Spielsequenzen wiederholten sich und gingen für mich an die Grenze des Erträglichen, und ich ertappte mich öfter dabei, dass ich heimlich auf die Uhr schaute um zu sehen, ob die Zeit noch nicht bald vorbei wäre.

Peter hatte, während er sich selbst als Gott und mich als ein Nichts definierte, einen nicht integrierten Teil seines Selbst externalisiert. Indem er ihn auf mich übertrug, brauchte er mich als äußeren Vertreter seines inneren Zustandes. An mir konnte er sich diesen unerträglichen Selbstaspekt ansehen, ihn erleben und bekämpfen. Erst viel später konnte er diesen Anteil, nachdem er akzeptabel geworden war, in sein Selbst integrieren. Obgleich Peter sich in diesen erregenden Phantasiespielen bemühte, seine Fähigkeit der therapeutischen Ich-Spaltung aufrechtzuerhalten, indem er z. B. sagte: "Ich schieße dich jetzt tot, . . . aber in Wirklichkeit nicht", ging ihm diese Fähigkeit jedoch manchmal verloren, sodass ich Sorge bekam, dass er den Bezug zur Realität nicht wiederfinden würde. Ich sagte z. B. "gleich ist die Stunde zu Ende und dann ist auch unser Spiel zu Ende. Dann bist du wieder Peter und ich Frau Diepold." Ich finde es in Phasen solch regressiver Spielphantasien schwer, mich passager mit den Selbstaspekten des Kindes zu identifizieren und dann wieder in eine beobachtende Distanz zu pendeln, weil die Regressionsebene, auf die man folgen muss, tief ist. Mein Dialog mit Peter war anfangs durch die Primärprozessnähe seiner inneren Objekte bestimmt, und die Beziehung zwischen uns fand teil-

weise im Weltraum statt - ein typischer Aufenthaltsort für Kinder mit Borderline-Entwicklungsstörungen. Später traten wir als Fußballvereine gegeneinander an, er war als Bayern-München ständiger Sieger, ich als HSV ständiger Verlierer. Er sorgte auf diese Weise für genug Abstand zwischen uns, weil sonst die Verschmelzungsgefahr zu groß gewesen wäre.

Wenn es als eine entscheidende therapeutische Aufgabe darum geht, das Kind zu verstehen und ihm in seine regressiven Phantasien zu folgen, dann setzt dies voraus, dass die eigenen inneren Kräfte ausreichen, das Agieren und die Destruktivität aufnehmen, aushalten und eingrenzen zu können. Mir ist es im Laufe der Jahre wichtig geworden, genau meine eigene innere Situation zu beobachten und zu prüfen, ob ich belastbar genug bin. In Grenzsituationen beende ich eine Stunde lieber vor der Zeit, als dass ich mit dem Kind zusammen in eine Übertragungs-Gegenübertragungsverstrickung gerate, die schließlich in eine Übertragungspsychose führen kann. Ich verlasse dann deutlich die Spielebene und teile meine Entscheidung mit, ohne beim Kind Schuldgefühle zu erzeugen und sage: "Unser Spiel war gefährlich und aufregend und hat mich so sehr angestrengt, dass ich jetzt nicht mehr kann. Deshalb beenden wir die Stunde, obgleich wir noch 10 Minuten gehabt hätten. "

Erste strukturelle Veränderungen zeigen sich häufig am Umgang mit Trennungen.

In der letzten Stunde vor den Osterferien war Peter erregt und sagte: "Am liebsten würde ich dich jetzt umbringen. " Diese Aggression unterschied sich von vielen aggressiven Phantasiespielen, in denen er gemordet hatte, weil er hier seine Mordphantasien nicht agierte, sondern als einen Wunsch ausdrückte. "Am liebsten . . ." Er meinte mich direkt als ein von sich getrennt wahrgenommenes Objekt, und erlebte seine Wut direkt auf mich gerichtet. Ich deutete: "Kann es sein, dass deine Wut mit den Osterferien zusammenhängt, die jetzt anfangen, weil wir uns dann drei Wochen nicht sehen können?" Er erwiderte: "Ja, genau, weil meine Wut wegen der letzten Ferien von Weihnachten nämlich noch gar nicht vorbei ist. "

Nach etwa einem Jahr Therapie war bei Peter diese deutende Intervention möglich, die seine Affekte identifizierte und realen Versagungen in unserer Beziehung zuordnete, und nach weiteren zwei Jahren ging die Behandlung zu Ende, nachdem es bei ihm zu strukturellen Veränderungen gekommen war. Dass er die therapeutische Beziehung nutzen konnte, um Diskrepanzen in seiner Entwicklung auszugleichen, hing einerseits damit zusammen, dass er sich, wenn man die Schwere der Störung beurteilt, im Bereich der "upper border" befand, und dass er andererseits Anteile seiner archaischen, primärprozeßhaften Innenwelt, die machmal psychotische Qualität hatten, in die therapeutische Interaktion auf der Metapherebene verlegen und meine haltende und spiegelnde Funktion zur Entwicklung nutzen konnte.

2.4 Therapeutische Interventionen

Zusammenfassend seien noch einmal die therapeutischen Interventionen genannt, die mir in der Behandlung von Borderline-Entwicklungsstörungen wichtig erschienen. Als Therapeut sollte man dann als reale Person affektiv reagieren, wenn vom

Kind das Behandlungsbündnis verletzt oder in Frage gestellt wird. Diese Funktion ist grenzsetzend und eher väterlich. Vor allem aber gilt es, dem Kind in seine bedrohlichen und symbiotisch gefärbten Phantasien zu folgen, die darin enthaltene Destruktion und die Gefahren empathisch aufzunehmen und ihm so eine mütterlich haltende und spiegelnde Beziehung zu bieten. Mir scheint sowohl die grenzsetzende väterliche als auch die haltgebende mütterliche Funktion in unterschiedlichen Situationen gleich wichtig zu sein. Um den Realitätsbezug des Kindes zu verbessern, sollte man Ich-Ängste vor Triebängsten ansprechen sowie die negative Übertragung und primitive Abwehr durch Spaltung, projektive Identifikation und Verleugnung bearbeiten. Unbewusstes darf nicht gedeutet werden,⁹ stattdessen muss eine Brücke zwischen unterschiedlichen bewussten Inhalten geschlagen werden, sodass Ich-Inseln sich vergrößern, bis sie irgendwann einmal zum Festland zusammenwachsen. Förderlich für die therapeutische Arbeit ist das besondere therapeutische Spielsetting, weil die Verständigung über Metaphern in einer sensomotorisch verfassten, konkretistischen Handlungssprache erfolgt, über die der Zugang zu den frühen sensomotorischen Modellen beim Kind möglich wird. (Naumann-Lenzen 1994)

2.5 Therapeutische Arbeit im sozialen Umfeld der Kinder

Eltern und Großeltern von Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen sind in der Regel schwer gestört: Die Hälfte der Eltern und Großeltern in meiner Untersuchung leidet an Persönlichkeitsstörungen und Somatosen, ein Viertel an Suchterkrankungen, 18 % an affektiven Erkrankungen, 14 % sind dissozial, 12 % sind psychotisch und nur 0,7 % der Familien sind ohne Befund. (Vgl. Diepold 1994.) Auch in der Behandlung von Peter zeigte sich, dass es sich bei den Eltern um eine ähnliche Psychodynamik handelte wie bei ihm. Man ist als Therapeut in der Arbeit mit den Eltern Idealisierungen und Entwertungen ausgesetzt und gerät in Gefahr, reaktiv in eine latente Vorwurfshaltung ihnen gegenüber als den Verursachern der Krankheit des Kindes zu verfallen. Wenn das geschieht, ist die Chance einer therapeutischen Arbeit mit ihnen vertan. Auch hier gilt es, dem Agieren und den Aggressionen Einhalt zu gebieten, sie aber empathisch in ihrer Lebenssituation als Eltern eines schwerkranken Kindes zu verstehen. Zu einer Wende in der Arbeit kann es dann kommen, wenn die Eltern ihre eigene Situation als Kind wiederbeleben und sich auf diesem Weg besser in ihr Kind einfühlen können. Außerdem hilft die Identifikation mit den empathischen Anteilen des Therapeuten.

In der Regel haben Kinder mit Borderline-Entwicklungsstörungen Schulprobleme. Die Zusammenarbeit mit Lehrern stellt Therapeuten zwar vor das schwierige Problem des Umgangs mit der Schweigepflicht, bietet aber andererseits die Möglichkeit, in dem für das Kind wichtigen sozialen Feld Schule Einfluss zu nehmen und um Verständnis für das oft bizarre Verhalten des Kindes zu werben. Die destruktiven, unangepassten und unkonzentrierten Borderline-Patienten induzieren bei den Lehrern ebenso heftige Gefühlsreaktionen wie bei Therapeuten. Die reaktiven aggressiven oder ausstoßenden Gefühle der Lehrer werden häufig agiert, sodass die Kinder aus der Klasse verwiesen werden. Manchmal leiden die Lehrer auch unter Schuldgefühlen, die durch ein strenges pädagogisches Über-Ich induziert

⁹Bei Heigl-Evers / Heigl / Beck (1985) erfolgen die Interventionen bei strukturell gestörten Patienten nach dem Prinzip "Antwort" und nicht wie bei neurotischen Patienten nach dem Prinzip "Deutung".

werden. In beiden Fällen brauchen sie emotionale Entlastung, Informationen über die Psychodynamik der Störung und Bestärkung in ihrer erzieherischen Funktion.

In einigen klassischen Arbeiten und besonders in der neueren amerikanischen Literatur wird die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung bei Kindern des Borderline-Spektrums beschrieben, die sich an der "lower border" befinden. (Vgl. Petti 1983.) Ich halte bei schweren neurokognitiven und motorischen Störungen im Zusammenhang mit psychotischen Regressionen die Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern, die die Pharmakobehandlung als eine passagere Unterstützung der psychodynamischen Therapie verstehen, für unerlässlich.

Schließlich ist zu überlegen, unter welchen Umständen eine stationäre Therapie angezeigt ist. Sie sollte dann geplant werden, wenn das Agieren des Kindes so stark ist, dass andere und das Kind selbst gefährdet werden und die Eltern nicht in der Lage sind, genug Halt und Struktur zu geben. Allerdings kann das regressivere Milieu in einer Klinik dazu führen, dass noch intakte Ich-Bereiche regressiv aufgegeben werden, sodass das Für und Wider einer solchen Maßnahme sehr gut abgewogen werden muss.

3 Schluss

Die psychodynamische Behandlung von Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen birgt viele Schwierigkeiten. Entsprechend wird auch die Prognose bezüglich des Behandlungserfolges in der einschlägigen Literatur als nicht günstig eingeschätzt. (Vgl. Chethik 1979; Bemporad et al. 1981.) Auch die Ergebnisse meiner empirischen Studie belegen das: Nur 16 % von insgesamt 190 Kindern haben einen guten Behandlungserfolg, bei 50 % wird er als befriedigend beurteilt und bei 20 % als mangelhaft. Nur bei der Hälfte der Fälle kam es zu Strukturveränderungen. Das könnte entmutigen. Ich meine jedoch, dass die Tatsache, dass es bei der Hälfte dieser schwer gestörten Kinder zu Strukturveränderungen kommt, Ermutigung genug ist, um sie zu behandeln. Allerdings sollte die Prognose genauer als bisher eingeschätzt werden. Einzelergebnisse meiner Studie ermöglichen eine genauere Differentialdiagnose, sodass vor Behandlungsbeginn ein besseres Urteil über die Prognose abgegeben werden kann. Dadurch könnten Behandlungsabbrüche reduziert und lange erfolglose Behandlungen verhindert werden.

Literatur

- [1] 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)
- [2] Becker, D. / Oldenbürger, H. A. / Piehl, J. (1987): Motivation und Emotion. In: Lüer, G. (Hrsg.): Allgemeine experimentelle Psychologie. Stuttgart (Fischer), 431-470
- [3] 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, 305-311
- [4] 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, 596-602
- [5] Blanck, G. / Blanck, R. (1978): Angewandte Ich-Psychologie (engl. 1974). Stuttgart (Klett-Cotta)
- [6] Blos, P. J. / Galatzer-Levy, R. (1987): Issues in psychoanalytic treatment of a borderline/severely neurotic child. In: Journal of the American Psychoanalytic Association, Bd. 35, 727-737
- [7] Chethik, M. (1979): The Borderline Child. In: Noshpitz, J. D. (Hrsg.): Basic Handbook of Child Psychiatry. New York (Basic Books), Bd. 2, 304-321
- [8] Chethik, M. (1986): Levels of borderline functioning in children: etiological and treatment considerations. In: American Journal of Orthopsychiatry, Bd. 56, 109-119
- [9] Chethik, M. / Fast, I. (1970): A function of fantasy in the borderline child. In: American Journal of Orthopsychiatry, Bd. 40, 756-765
- [10] Corboz, R. J. (1988): Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3., völlig neu gestaltete. Aufl., Berlin u. a. (Springer), = Kisker, K. P. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 7
- [11] Diepold, B. (1994a): Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern. Phil. Diss. Bremen
- [12] Diepold, B. (1994b): Borderline-Störungen im Kindesalter. Zwischenergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (AKJP), Bd. 25, H. 81, 5-39
- [13] Dührssen, A. (1984): Risikofaktoren für die neurotische Krankheitsentwicklung. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, Bd. 30, 18-42
- [14] Eggers, C. / Lempp, R. / Nissen, G. / Strunk, P. (Hrsg.) (1989): Kinder- und Jugendpsychiatrie. 5. neubearb. erw. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- [15] Ernst, C. / von Luckner, N. (1985): Stellt die Frühkindheit die Weichen? Kritik an der Lehre von der schicksalhaften Bedeutung erster Erlebnisse. Stuttgart (Enke)
- [16] Freud, A. (1979): Psychische Gesundheit und Krankheit als Folge innerer Harmonie und Disharmonie. In: Die Schriften der Anna Freud. München (Kindler), Bd. X, 2733-2740
- [17] Freud, S. (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. In: G. W. Frankfurt a. M (S. Fischer), Bd. X, 126-136

- [18] Frosch, J. (1964): The psychotic character: clinical psychiatric considerations. In: *Psychiatric Quarterly*, Bd. 38, 81-86
- [19] Frosch, J. (1988): Psychotic character versus borderline. In: *International Journal of Psycho-Analysis*, Bd. 69, 347-357; 445-456
- [20] Groeben, N. / Wahl, D. / Schlee, J. / Scheele, B. (1988): Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen (Francke)
- [21] Gualtieri, C. T. / Koriath, U. / Van Bourgondien, M. E. (1987): So-called borderline children. In: *American Journal of Psychiatry*, Bd. 144, 832-833
- [22] Heigl-Evers, A. / Heigl, F. / Beck, W. (1985): Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödiipalen Störungsanteilen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Bd. 34, 288-296
- [23] Hoffmann, S. O. (1990): Charakterneurose und Borderlinepersönlichkeitsstörung. In: Janssen, P. L. (Hrsg.): *Psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen*. Berlin/Heidelberg/New York (Springer), 17-25
- [24] Keilson, H. (1979): *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart (Enke)
- [25] Kernberg, O. F. (1970): A psychoanalytic classification of character pathology. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Bd. 18, 800-822
- [26] Kernberg, O. F. (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus* (Orig. 1975). 2. Aufl., Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- [27] Kernberg, O. F. (1993): *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern u. a. (Hans Huber)
- [28] Kohut, H. (1973): *Narzißmus* (orig.: 1971). Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- [29] Lichtenberg, J. D. (1991): *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Berlin/Heidelberg/New York (Springer)
- [30] Mentzos, S. (1991): *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- [31] Mentzos, S. (H. (1992): *Psychose und Konflikt*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht)
- [32] Naumann-Lenzen, M. (1994): *Zur therapeutischen Selbstobjektfunktion. Einige Überlegungen zu Heilfaktoren in der Behandlung von Kindern mit Pathologien im Bereich des basalen Bindungs- und Regulationsgeschehens*. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript
- [33] Palombo, J. (1983): Borderline conditions: A perspective from self psychology. In: *Clinical Social Work Journal*, Bd. 11, 323-338
- [34] Petti, T. A. (1983): Psychopharmacologic treatment of borderline children. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York (McGraw-Hill), 235-256
- [35] Petti, T. A. / Vela, R. M. (1990): Borderline disorders of childhood: An overview. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Bd. 29, 327-337
- [36] Pine, F. (1974): On the concept "borderline" in children. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, Bd. 29, 341-369
- [37] Pine, F. (1983): A working nosology of borderline syndromes in children. In: Robson, K. S. (Hrsg.): *The Borderline Child*. New York. McGraw-Hill, 83-100

- [38] Pine, F. (1986): On the development of the "borderline-child-to-be". In: American Journal of Orthopsychiatry, Bd. 56, 450-457
- [39] Pine, F. (1990): Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. In: Forum der Psychoanalyse, Bd. 6, 232-249
- [40] Remschmidt, H. / Schmidt, M. H. (1985): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. III: Alterstypische, reaktive und neurotische Störungen. Stuttgart/New York (Thieme)
- [41] Shapiro, T. (1990): Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. Negative. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Bd. 29, 480-483
- [42] Spiel, W. / Spiel, G. (1987): Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. München/Basel (Reinhardt)
- [43] Steinhausen, H. C. (1988): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. München (Urban & Schwarzenberg)
- [44] Stern, D. N. (1985): The Interpersonal World of the Infant. New York (Basic Books)
- [45] Tress, W. (1986): Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Göttingen (Vandenhoeck und Ruprecht)
- [46] Weltgesundheitsorganisation / Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern/Göttingen/Toronto (Hans Huber)
- [47] Winnicott, D. W. (1976): Psychose und Kinderpflege (orig. : 1952). In: Winnicott, D. W. : Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München (Kindler), 110-123