

Kapitel 4: Ergebnisse und Konsequenzen

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse zusammengefaßt werden, die sich aus der Diskussion der Literatur, den deskriptiven Daten der empirischen Untersuchung und den psychodynamischen Befunden ergeben. Dabei müssen die vielen Einzelgesichtspunkte und unterschiedlichen Aspekte aus dem breiten Spektrum der Borderline-Störung in einem Konstrukt zusammengefaßt werden, das sowohl theoretische als auch klinische Brauchbarkeit hat. Dieses Konstrukt soll ätiologische, entwicklungspsychologische und diagnostische Komponenten vereinen und schließlich eine Grundlage für spätere Überlegungen zur Behandlung von Kindern mit Borderline-Störungen bieten.

4.1 Zur Methodologie der Untersuchung

Zum Ausgangspunkt dieser Arbeit habe ich einen Ausschnitt therapeutischer Alltagsrealität gewählt. Kinder mit Borderline-Störungen wurden von ihren Therapeuten eingeschätzt. Damit liegt eine breite Studie über Kinder mit Borderline-Störungen vor. Sie umfaßt Daten von 191 Probanden, die von 98 Therapeuten zweier unterschiedlicher Fachrichtungen stammen: von analytischen Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiatern.

Wenn man die Kinder der beiden Kontrollgruppen einbezieht, 990 aus der Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Göttingen und 224 Kinder aus dem Zentrum für Einzel- und Familienberatung in Seesen, dann sind an der Studie insgesamt 1405 Kinder beteiligt. Die meisten Untersuchungen über Borderline-Störungen bei Kindern haben kleine Zahlen von Probanden zur Grundlage, oder es handelt sich um Einzelfallstudien.¹

Durch die Beteiligung von 98 Therapeuten ist eine vielfältige Subjektivität gegeben, und die große Zahl von 191 Probanden hat korrigierende Effekte, da Ausreißer für die Ergebnisse nicht so stark ins Gewicht fallen, wie bei einer Untersuchung mit einer Stichprobengröße von z. B. 20 Probanden, wie sie in

¹ Ähnlich breit angelegt wie meine Untersuchung ist die Studie von VERHULST (1984), der alle holländischen Kinderpsychiatern nach diagnostischen Kriterien für die Borderline-Störung bei Kindern in Abgrenzung zu Neurosen und Psychosen befragt. Vgl. Abschn. 2.1.3.

Studien häufig ist, die sich auf Fallmaterial aus einer einzelnen Klinik beziehen.

Die Ergebnisse geben die subjektiven Beurteilungen von Angehörigen dieser beiden Berufsgruppen wieder. Alle haben eine langjährige hochspezialisierte theoretische Ausbildung sowie ständigen klinischen Umgang mit Fragen der diagnostischen Einschätzung von Kindern. Auf der Grundlage dieser Fachkompetenz ist zu erwarten, daß sie wirklich Kinder mit Borderline-Störungen ausgewählt haben. Das Fehlerrisiko bei der Fallfindung hätte man mittels eines Expertenratings, bei dem klinisch und methodisch gut ausgebildete Rater über eine Aufnahme der einzelnen Fälle in die Untersuchung entscheiden, minimieren können. (Vgl. SCHEPANK 1987) Allerdings hätte ein solches Vorgehen bei dieser Untersuchung das methodische Problem nicht lösen können, weil die Kriterien für eine Borderline-Störung bei Kindern, die die vorliegende Untersuchung erst erbringen sollte, dann bereits hätten klar sein müssen.

In der vorliegenden Untersuchung spielt Subjektivität in zweierlei Hinsicht eine Rolle: Zum einen fand die Auswahl der Fälle aufgrund der subjektiven Einschätzung der Therapeuten statt und ist objektiv nicht überprüfbar; zum anderen ist nur der Teil des Fragebogens, der sich auf die Sozialdaten der Probanden bezieht, interpretationsunabhängig. Alle anderen Daten sind von der "Subjektiven Theorie"² des Therapeuten geprägt.

Angesichts der Schwierigkeiten der diagnostischen Zuordnung, die sich bereits bei gut operationalisierten Krankheitsbildern ergeben, habe ich mich zu einem methodischen Vorgehen entschlossen, das den subjektiven Faktor nicht nur duldet, weil er nicht vollständig zu eliminieren ist, sondern ihn als einen Anteil klinischen Arbeitens und als wichtige Informationsquelle mit einbezieht. Grundsätzliche methodologische Bedenken gegen eine Erkenntnisgewinnung auf dem Wege über die subjektiven Einschätzungen von Therapeuten bestehen nicht,³ und es hat sich gezeigt, daß dieses Verfahren der qualitativen Sozialforschung geeignet ist, das Phänomen "Borderline-Störungen bei Kindern" differenziert zu erfassen. Ob die Ergebnisse verallgemei-

² Vgl. Abschn. 3.2.

³ Vgl. die Diskussion in Abschn. 3.2.

nert werden und eine Grundlage für nachfolgende Untersuchungen bieten können, werde ich in Abschnitt 4.3 bis 4.5 zeigen.

Das Ergebnis der Untersuchung ist ein Konstrukt über Borderline-Störungen bei Kindern.⁴ Aus der Subjektivität der Einzelergebnisse ist Intersubjektivität geworden.

4.2 Die Ergebnisse der Untersuchung

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

4.2.1 Zur sozialen Lebenssituation der Kinder mit Borderline-Störungen

Die soziale Lebenssituation von Kindern mit Borderline-Störungen ist durch Trennungen geprägt: Die Eltern der Kinder haben sich getrennt, ein Elternteil oder beide sind gestorben, durch Umzug erfolgte eine Trennung vom Wohnort und manchmal auch von der Muttersprache, ein oder mehrere Klinikaufenthalte führten zu einer Trennung. Die Fremdunterbringung der Kinder in Heimen, Pflege- oder Adoptivfamilien ist der stärkste Ausdruck dieser leidvollen Erfahrungen. Ein Viertel aller Kinder meiner Stichprobe sind davon betroffen. Es konnte gezeigt werden, daß solche Fremdunterbringungen bei Kindern mit Borderline-Störungen überdurchschnittlich häufig sind. Die damit verbundenen Trennungen von den primären Bezugspersonen haben in der Regel eine Vorgeschichte von schwierigsten familiären Lebensbedingungen, die durch heftigen Streit der Eltern, eine schwierige wirtschaftliche Lage, Erkrankungen oder Tod der Eltern, körperliche Mißhandlungen oder sexuellen Mißbrauch geprägt sein können.

⁴ Das entspricht der Forderung SHAPIROS, die ich in Abschn. 1.1 zitiert habe.

Kinder mit Borderline-Störungen sind überdurchschnittlich häufig Einzelkinder. Die protektiven Faktoren,¹ 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 Kleinkinder 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 belegt hat. Hier besteht ein Widerspruch zu den Forschungsergebnissen der Untersuchung von TRESS (1986), wonach sich angesichts traumatischer Gesamtumstände während der frühen Kindheit die Position eines Einzelkindes nicht erschwerend, sondern eher begünstigend für die weitere seelische Entwicklung auswirkt.²

In der Eltern- und Großelterngeneration der Kinder mit Borderline-Störungen gibt es auffällig viele psychische Störungen. Psychosen, Suchterkrankungen und Borderline-Störungen sind neben Depressionen und schweren Zwangserkrankungen häufig. Nur 1 % der Familien sind ohne entsprechenden Befund. Dieses Ergebnis legt die Vermutung einer familiären Häufung der Erkrankung nahe.

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

4.2.2 Traumata in den ersten Lebensjahren

Traumata kommen in der Frühgenese der Kinder mit Borderline-Störungen 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 die häufigsten Ursachen sind. Für

¹ Liebevolle und feindliche Gefühle Geschwistern gegenüber sind Antriebskräfte für das Kind, Identifizierungen und Objektbeziehungen aufzubauen und die Repräsentanzwelt zu erweitern (Vgl. JACOBSON 1973). Außerdem haben Geschwister trotz aller Gemeinsamkeiten eine starke Neigung, sich voneinander abzugrenzen; dafür sind die Rivalitätsgefühle ein starker Motor. Das wirft auf die eigenen Fähigkeiten zurück, stimuliert die Besetzung des eigenen Selbst und führt in Richtung Autonomie. Entwicklungsmäßige Nähe unter Geschwistern ermöglicht ein unmittelbares Verstehen, besser als es manchmal zwischen Eltern und Kind möglich ist. Diese Nähe macht Kinder manchmal auch zu Bundesgenossen gegen die Eltern. (Vgl. DIEPOLD 1988.)

² Vgl. TRESS 1986, S. 96.

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.³

Die vielfältigen Traumata⁴ sind den Risikovariablen für die Entstehung psychogener Erkrankungen von Erwachsenen ähnlich, die DÜHRSEN (1984) in einer empirischen Untersuchung ermittelt: Geburtsstatus, Alter und Gesundheit der Eltern, Stellung in der Geschwisterreihe, Verlust wichtiger Bezugspersonen, sozioökonomische Belastungen der Familie, hohe Konflikthaftigkeit. Außerdem besteht eine fast vollständige Übereinstimmung mit den Risikovariablen für psychosoziale Defizite, die WERNER UND SMITH (1982)⁵ anhand einer Langzeituntersuchung an den 700 im Jahr 1955 geborenen Kindern der hawaiianischen Insel Kauai benannten.

Eine Parallele bezüglich der Wirksamkeit von Traumata ergibt sich zwischen meiner Untersuchung und der Arbeit von KEILSON (1979), der an überlebenden Kindern des Holocaust zeigt, daß das Ausmaß der Traumatisierung während des Krieges keine Vorhersage darüber zuläßt, wie die Betroffenen nach dem Krieg ihr weiteres Leben bewältigen. Erst die Lebenssituation während der Zeit der Vormundschaftsregelung nach dem Krieg gestattet diese Vorhersage. Das stimmt mit dem Ergebnis meiner Untersuchung überein, daß nicht einzelne Traumata für die Entstehung einer Borderline-Störung verantwortlich sind, sondern erst das Zusammenwirken verschiedener krankmachender Bedingungen, wozu in der Regel auch ein pathologisches familiales Umfeld gehört, zur Entwicklung dieser gravierenden Störung führt.

In diesem Zusammenhang ist auch das Ergebnis der epidemiologischen Studie von TRESS (1986) bedeutsam, der bei Erwachsenen, deren Kindheit hoch risikobelastet war, zwei protektive Faktoren fand, die in der Vorschulzeit vor späterer psychogener Erkrankung schützten: Es sind die enge Bezogenheit des

³ Ich benutze den Begriff "kumulativ" im Sinne von "summativ", wie FREUD ihn 1892 in seiner Arbeit "Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene" verwendet hat. In diesem Sinn wird er auch von KEILSON 1979, S. 51-55 verwendet. KHAN 1963 behält den Begriff der kumulativen Traumatisierung dagegen dem traumatisierenden Einfluß einer psychisch schwer gestörten Mutter auf ihr Kind vor.

⁴ Vgl. im einzelnen Abschn. 3.4.2.

⁵ zitiert nach TRESS 1986, S. 50

Kindes auf eine geliebte und liebende Person, die während der überwiegenden Zeit des Vorschulalters verlässlich erreichbar sein muß, und das Fehlen des Vaters.⁶ Das Fehlen des Vaters als ein Faktor zu seelischer Gesundheit ist ein irritierender Faktor, weil er der psychoanalytischen Theorie von der triangulierenden Funktion des väterlichen Objektes und seiner Bedeutung bei der Bewältigung ödipaler Problematik sowie der Bedeutung beider Eltern für die seelische Gesundheit des Kindes zu widersprechen scheint. Die Untersuchung von TRESS bezieht sich aber wie meine Untersuchung auf Probanden, die unter schwierigsten Lebensbedingungen aufgewachsen sind. Unter diesen Bedingungen könnte ein fehlender Vater Schutz vor destruktiven Auseinandersetzungen der Eltern bedeuten, wie sie in den Familien der Kinder mit Borderline-Störungen häufig sind.

Diese von TRESS ermittelten protektiven Faktoren treffen bei den Kindern meiner Stichprobe nicht zu, da ihre Beziehungssituation durch heftigen Streit und häufigen Wechsel der Beziehungspersonen gekennzeichnet ist.

Ein Drittel der Kinder hat körperliche Mißhandlungen erlebt, ein Fünftel auch sexuellen Mißbrauch. In meiner Untersuchung ist jedoch das Problem der Dunkelziffer besonders relevant, weil die Anamnese in der Regel mit den Eltern erhoben wurde, die sich kaum selber anklagen, und weil die Kinder aus Loyalität zu den Eltern schweigen.

Die schweren Beeinträchtigungen derjenigen, die solchem Schicksal ausgesetzt waren, sind sowohl in wissenschaftlichen Untersuchungen über Mißhandlungen an Kindern⁷ und sexuellem Mißbrauch von Kindern⁸ sowie in ergreifenden Berichten von Betroffenen dargestellt worden.⁹ Es wird angenommen, daß es in der Bundesrepublik zwischen 20 000 und 400 000 mißhandelte Kinder im engeren Sinne (d. h. ohne Berücksichtigung von psychischen Mißhandlungen) und 150 000 sexuell mißbrauchte Kinder gibt, wobei die Zahlen wegen der hohen Dunkelziffer eher zu niedrig angesetzt scheinen.¹⁰

⁶ TRESS 1988, S. 172

⁷ Vgl. KEILSON 1979, KEMPE ET AL. 1980, TRUBE-BECKER 1982, ENGFER 1986; 1991, PETRI 1989, GARBARINO 1991, RAUCHFLEISCH 1992, GOLDMAN ET AL. 1992.

⁸ Vgl. FINKELHOR 1986, BACKE ET AL. 1986, HIRSCH 1987, GARBARINO 1991, GOLDMAN ET AL. 1992, RAUCHFLEISCH 1992.

⁹ Vgl. GALEY 1988; WIRTZ 1989; KAZIS 1989.

¹⁰ Vgl. RAUCHFLEISCH 1992, S. 74. DER SPIEGEL berichtet auf Seite 76 seiner Ausgabe vom 7.3.1994, daß das Bundeskriminalamt von 60 000 Opfern im Jahr ausgeht, daß aber 1992 nur 16 442 Vergehen angezeigt wurden. Demnach wäre die Dunkelziffer etwa viermal so hoch, was in meiner Untersuchung bedeuten würde, daß 70 % der Kinder sexuell mißbraucht wurden. Die Diskrepanz zwischen den Angaben von

Die Folgen für die Betroffenen sind schrecklich und wirken sich auf den gesamten Lebensweg aus, wie viele Behandlungsberichte und die oben zitierte Literatur von Betroffenen zeigen.

In neueren Untersuchungen zu Borderline-Störungen bei Erwachsenen wird der Zusammenhang von Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch in der Kindheit und einer Borderline-Struktur im Erwachsenenalter beschrieben. Borderline-Patienten waren als Kinder überdurchschnittlich häufig Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch ausgesetzt.¹¹ Diese traumatischen Ereignisse übersteigen die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten, weil sie intensive und plötzliche Reizzustände auslösen, und sie haben gravierende Langzeitfolgen.¹² Es kommt im Bereich des Ich zu Fragmentierungen und im Bereich der Objektbeziehungen zu einem Objektverlust. "Die reale Erfahrung der Niederlage und zumindest temporären Zerstörung des guten Objektes hinterläßt die Angst davor, alles Gute könnte erneut zerstört werden und untergehen - eine zentrale Phantasie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen."¹³ Wenn die Traumatisierungen in der Familie durch Väter oder andere Verwandte geschehen, verwandelt sich der Ort Familie, der für ein Kind der primäre Ort der Geborgenheit und Sicherheit ist, zum Tatort und Ort traumatischer Erfahrungen, und aus einem geliebten, guten Objekt wird ein böses Objekt.

Die Verarbeitung dieses Traumas geschieht auf vielfältige Weise, je nach Zeitpunkt der Traumatisierung innerhalb des Entwicklungsverlaufs. Je früher die Traumatisierung einsetzt, desto gravierender sind die Folgen für das noch unreife Ich des Kindes. Die spezifische Verarbeitung ist abhängig vom Grad der Ich-Reife und dem zur Verfügung stehenden "holding environment". Gerade dieses aber ist unzulänglich, was sich auch darin zeigt, daß ein Drittel der Kinder von seinen Eltern nicht erwünscht war.

RAUCHFLEISCH und DER SPIEGEL liegt an der Schwierigkeit der objektiven Einschätzung dieser verdunkelten Szene.

- 11 Vgl. HILDEBRAND 1986, HIRSCH 1987, HERMAN ET AL. 1989, BRIERE 1989, ZANARINI ET AL. 1989, GIBSON 1990, OGATA ET AL. 1990, WESTEN ET AL. 1990, LUDOLPH ET AL. 1990, STONE 1990; 1992, BROWN ET AL. 1991, SILK ET AL. 1991, ROHDE-DACHSER 1991, GOLDMAN 1992, HARNEY 1992, LANDECKER 1992, PARIS ET AL. 1992, BEITCHMAN ET AL. 1992, CREMERIUS 1992, GÖBEL 1994, SACHSSE 1994.
- 12 Langzeitauswirkungen von Traumatisierungen werden von HILDEBRAND 1986, COONS ET AL. 1989, OGATA ET AL. 1990, CHU/DILL 1991, BRAVER ET AL. 1992 und BEITCHMAN ET AL. 1992 bearbeitet.
- 13 SACHSSE 1994 (in Druck)

All die genannten Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den Forschungsergebnissen des sog. "elastic-mind-movement", die traumatischen Ereignissen in der Frühgenese keine krankmachende Wirkung zuschreiben. HEMMINGER (1982) und ERNST/V. LUCKNER (1985) haben diese Thesen in Deutschland bekanntgemacht. Der psychoanalytische Traumabegriff, der den oben genannten Arbeiten und auch meiner Untersuchung zugrundeliegt, meint im Gegensatz zu HEMMINGER und ERNST/V. LUCKNER jedoch kein äußeres, isoliertes Ereignis, sondern hat mit den interpersonellen und intrapsychischen Beziehungen eines Menschen zu tun. Dabei ist entscheidend, ob der zur Systemerhaltung notwendige Schutz aufrechterhalten werden kann.¹⁴ Es gibt bei dieser Problematik keinen einlinigen Ursache-Wirkung-Zusammenhang, sondern es handelt sich dabei um miteinander vernetzte Bedingungen, die eher systemtheoretisch zu verstehen sind.¹⁵

Durch Traumata kommt es zu einer Vulnerabilität im Sinne einer Risikovariablen für spätere Gesundheit. Trifft dieses Trauma auf ein Kind, das z. B. durch eine neurokognitive Störung beeinträchtigt oder einer feindseligen Familienatmosphäre ausgesetzt ist, vermindert sich die Belastungsfähigkeit. Mit jeder weiteren Belastung tritt eine kumulative Verstärkung ein, die die Abwehr- und Bewältigungsversuche schwächer oder schließlich unwirksam machen. Dies bedeutet allerdings keine **notwendige** Bedingung für spätere Erkrankung: Selbstverständlich können, wie ERNST/VON LUCKNER (1985) nachweisen, unter günstigen Lebensbedingungen Traumata der frühen Kindheit später ausgeglichen werden. Die Kinder mit Borderline-Störungen sind aber ein Beispiel dafür, daß dies unter bestimmten Bedingungen nicht gelingt. Die Zusammenhänge zwischen der Lebenssituation von Kindern und zurückliegenden Ereignissen mit anhaltenden Traumatisierungen sind vielschichtig. Es entwickelt sich eine dynamische Interaktion, bei der vielfältige Stressoren, pathogenetische, protektive und hereditäre Faktoren auf die Persönlichkeit des Kindes einwirken.

Zusammenfassung: Die vielfältigen Traumata, Gewalt, Mißbrauch, Trennungen sowie Krankheiten und Behinderungen sind als eine Art "Weichenstellung" im Sinne einer Risikovariablen für die spätere Gesundheit zu verstehen.

¹⁴ Vgl. dazu FISCHER 1986, S. 159f.

¹⁵ Die provozierenden Thesen von HEMMINGER und ERNST/V. LUCKNER haben eine Diskussion um den Traumabegriff und die Folgen von Traumatisierungen ausgelöst. Vgl. dazu FISCHER/BERGER 1987 und 1988 sowie TRESS/REISTER 1990.

4.2.3 Symptomatik

Die Symptomatik der Kinder mit Borderline-Störungen ist vielfältig und wechselnd. Die Kinder fallen durch zerstörerische 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. Die soziale Situation in Familie und Schule ist schwierig, weil die Kinder unter Kontaktstörungen, Schulschwierigkeiten, dissozialen Auffälligkeiten und Teilleistungsstörungen leiden. Funktionelle Beschwerden, wie z. B. Enuresis, Enkopresis, gestörte Motorik, Eßstörungen, Schlafstörungen und Sprachstörungen sind häufig. Weiter leiden die Kinder an Depressionen, Mikropsychosen, multiplen Ängsten, Zwangssymptomen und Autoaggressionen. Insgesamt ist die Symptomatik vielfältig und schwankend und nicht als eine stabile Abwehrkonfiguration im Sinne neurotischer Kompromißbildung bei intrapsychischen Konflikten zu verstehen. Die einzelnen Symptome sind eher Ausdruck des Versuchs, einen Kompromiß zwischen eigenen Defiziten, traumatischen Lebensbedingungen und den Erfordernissen der Entwicklung zu schließen.

Zusammenfassung: Die Symptomatik ist vielfältig und umfaßt destruktive Aggressionen und Autoaggressionen, Kontaktstörungen, Ängste, Schulschwierigkeiten, Depressionen, Mikropsychosen und funktionale Störungen.

4.2.4 Psychodynamik

Wie die Faktorenanalyse gezeigt hat, sind Kinder mit einer Borderline-Störung in fünf Bereichen bezüglich der Psychodynamik besonders charakterisiert.

Sie zeigen eine diskrepante Entwicklung, die sich in einer Fluktuation des Funktionsniveaus des Ich äußert, bei der die Kinder plötzlich von einem neuroseähnlichen, höheren Level der Ich-Organisation auf einen niedrigeren, psychoseähnlichen Zustand wechseln und auch dort keine stabile Basis für eine ungestörte Entwicklung vorfinden. Abhängig ist dieser Wechsel vom Ausmaß an Streß, den die Kinder in ihrer Umgebung erfahren. Die Phantasiewelt, in die sie durch Ich-Regression fliehen, schützt sie vor bedrohlichen Ängsten und Verletzungen ihrer Autonomie und ihres Narzißmus. In der Regel fallen sie

auf dem niedrigen Funktionsniveau durch bizarres und kleinkindhaftes Verhalten, defizitäre Ich-Funktionen und Verleugnungen der Realität auf.

Kinder mit Borderline-Störungen 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.

Kinder mit Borderline-Störungen haben große Schwierigkeiten, Aggressivität und Impulsivität zu kontrollieren. Frustrationen führen rasch zu heftigen Wutausbrüchen, und bei nur geringen Auslösern von außen und von innen kommt es zu Panikzuständen, die zum Kontrollverlust führen. Die Kinder haben eine Neigung, Angst in aggressiv gefärbte Aktionen umzusetzen, bei der sie andere Kinder gefährden, Dinge zerstören oder sich selbst verletzen. Diese Unfähigkeit zur Kontrolle innerer und äußerer Stimuli hängt sowohl mit organischen Beeinträchtigungen wie auch mit mangelnder übender Erfahrung innerhalb guter, haltender Beziehungen zusammen.

Kinder mit Borderline-Störungen 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 zu primären Bezugspersonen zu lösen. Im Moment der Trennung läßt die unzureichende Entwicklung von Objektkonstanz die Angst übermäßig werden und verhindert die Loslösung von den Bezugspersonen, von denen eine Sofortbefriedigung der Bedürfnisse gefordert wird. Durch mangelhafte Internalisierungen und das Defizit einer nicht entwickelten Objektkonstanz stehen die Kinder in einem unerträglichen Konflikt zwischen dem Wunsch nach Verschmelzung und der Angst, daß durch eine solche Verschmelzung der Verlust der Kohäsion des Selbstgefühls ausgelöst wird.

Gleichaltrigen gegenüber haben Kinder mit Borderline-Störungen 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 die Aufmerksamkeit der Erwachsenen ganz für sich fordern. Häufig schrecken sie andere Kinder auch durch ihre Größenphantasien ab.

Zusammenfassung: Psychodynamisch bedeutsam ist, daß die Selbst- und Objektrepräsentanzen der Kinder mit Borderline-Störungen in sich gespalten sind. Die insgesamt diskrepante Entwicklung umfaßt das Ich mit seinen verschiedenen Funktionen, die Triebregulation, die Objektbeziehungen und das Selbst. Die Kohärenz der libidinösen Entwicklung wird durch destruktive Aggressionen zerstört.

4.2.5 Untergruppen

Die bisher dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Gesamtgruppe der Probanden. Durch Clusteranalysen wurde die Gesamtgruppe in sechs sinnvolle Untergruppen aufgeteilt. Die Probanden der einzelnen Untergruppen sind wie folgt charakterisiert:

4.2.5.1 Destruktive Kinder mit panischer Angst

Die Probanden dieser Gruppe haben in den ersten Lebensjahren häufig an ernsten, dauerhaften Erkrankungen gelitten. Sie zeigen eine zerstörerische Aggressivität und leiden an panikartigen Ängsten. Da sie weniger mißhandelt und sexuell mißbraucht wurden als der Durchschnitt der Probanden, scheinen Brutalität und Gewalt keine Kommunikationsformen der Familien zu sein, sodaß ihre eigene Destruktivität und Angst eine Folge der durch das häufige Kranksein verursachten Hochspannungszustände ist, in denen ihre Integrationsfähigkeit wie auch die der Eltern überfordert war. Das aversive System der Kinder¹⁶ ist in ständiger Bereitschaft und sichert ihnen eine gewisse Unabhängigkeit und Kontrolle über das Familiensystem.

¹⁶ Vgl. Abschnitt 2.4.5.

4.2.5.2 Narzißtisch aggressive Kinder mit Ängsten, psychotischen Episoden, Selbstschädigungen und schizoider Gefühlsarmut

Die Probanden dieser Gruppe sind häufig fremduntergebracht und waren häufig Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch ausgesetzt. Sie kommen aus instabilen und gewaltbereiten Familien, in denen oft nur noch ein Elternteil vorhanden ist. Reaktiv haben sie eine Vielzahl von Auffälligkeiten entwickelt, durch die sie überaus schlecht an ihre Umwelt angepaßt sind. Die übermäßige Phantasietätigkeit und die daraus sich ergebenden psychotischen Episoden machen die mangelhafte Anpassung dieser Kinder an die Realität deutlich. Sie sind die am schwersten gestörte Gruppe, die sich in Psychosenähe befindet.

4.2.5.3 Narzißtisch aggressive Kinder mit panischen Ängsten, schizoider Gefühlsabwehr, Suizidgedanken und psychotischen Episoden

Die Probanden dieser Gruppe haben Ähnlichkeit mit denen der Gruppen 1 und 2, die ebenfalls durch heftige Aggressivität, Ängste, autoaggressives Verhalten, schizoide Gefühlsarmut und psychotische Episoden auffallen. Sie unterscheiden sich von diesen Kindern aber durch eine unterschiedliche Genese: in ihren ersten Lebensjahren haben sie an Krankheiten und Behinderungen gelitten, die mit Schmerzzuständen oder anderen Mißempfindungen verbunden waren. Neben der endogenen Bereitschaft zur Erkrankung gibt es besonders von Seiten der Mütter eine Bereitschaft, die Kinder als narzißtische Extension zu benutzen und ihnen nicht im Sinne "primärer Mütterlichkeit" zur Verfügung zu stehen. In den Familien herrscht ein feindseliges und gewalttätiges Klima, und die Probanden scheinen sich mit diesen Beziehungsaspekten identifiziert zu haben. Durch ihren Rückzug in die Phantasie müssen sie die eigene Hilflosigkeit nicht spüren, aber ihr Umgang mit der Realität ist dadurch behindert.

4.2.5.4 Depressive Kinder mit diskrepanter Entwicklung, klammerndem Verhalten, Kontaktstörungen und psychotischen Episoden

Die Probanden dieser Gruppe waren häufig krank und haben häufiger als der Durchschnitt sexuellen Mißbrauch erlebt. Ihnen steht eine wesentliche Reaktionsform von Kindern mit Borderline-Störungen nicht zur Verfügung: Sie sind nicht anderen gegenüber aggressiv, sondern richten diese Impulse eher gegen sich selbst und werden depressiv. Sie zeigen sich insgesamt regressiv, was sich in anklammerndem Verhalten, Kontaktstörungen zu Gleichaltrigen, Clownerien, Apathie und psychotischen Episoden zeigt.

4.2.5.5 Depressive Kinder mit neurokognitiven Defiziten

Die Probanden dieser Gruppe waren in den ersten drei Lebensjahren häufig krank und kommen aus Familien, in denen Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen überdurchschnittlich häufig vorkommen. Sie sind fordernd, ängstlich klammernd und zeigen eine diskrepante Entwicklung. Ihr wesentliches Charakteristikum sind neurologische Defizite im kognitiven, apperzeptiven und motorischen Bereich. Die biologischen Beeinträchtigungen der Spannungsregulation und Reizverarbeitung, die ein geduldiges und verständnisvolles Erziehungsverhalten erforderlich machen, treffen mit der begrenzten Beziehungsfähigkeit schwer gestörter Eltern zusammen und erzeugen eine Entwicklungsstörung, die durch ängstliche Anklammerung charakterisiert ist.

4.2.5.6 Schizoide Kinder

Die Probanden dieser Gruppe kommen aus schwer gestörten Familien, in denen psychotische Erkrankungen und gestörte Ehebeziehungen häufig sind. Sie zeigen eine schizoide Gefühlsarmut und sind isoliert und unzugänglich. Sie wirken im Vergleich mit anderen Kindern mit Borderline-Störungen in vielen Bereichen weniger gestört und sind, beurteilt man den Schweregrad der Erkrankung, dem Bereich der "upper border" zuzurechnen.¹⁷ Sie haben angesichts desolater Familienverhältnisse Fähigkeiten entwickelt, die ihnen Überlebensstrategien und Unabhängigkeit von den Bezugspersonen bieten.

¹⁷ PINE 1974, S. 362

4.2.6 Weitere Zusammenfassung der Untergruppen

Bei einer weiteren Zusammenfassung dieser sechs Gruppen ergeben sich zwei unterschiedlich große sinnvolle Untergruppen: Etwa zwei Drittel der Kinder werden durch wütend aggressives Verhalten, ein Drittel durch ängstlich anklammerndes Verhalten sowie eine depressive Stimmungslage charakterisiert. In der größeren Gruppe der aggressiven Probanden sind die Jungen in der Überzahl, in der kleineren Gruppe der depressiven Probanden die Mädchen.

Die Ergebnisse der Clusteranalyse zeigen ähnlich wie die Ergebnisse von CHETHIC (1979) und PINE (1974) in den Gruppen Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung. Mir scheinen allerdings die Einteilungen von CHETHIC, der das "typical" von dem "highly functioning borderline-child" unterscheidet und von PINE, der Kinder an der "upper border" von Kindern an der "lower border" unterscheidet, zu grob und unpräzise, um sie als diagnostische Kriterien zu nutzen. Auch die Aufteilung des gesamten Borderline-Bereiches in die Untergruppen "Borderline-Persönlichkeitsstörung" und "Schizotypische Persönlichkeitsstörung", wie sie von PETTI/VELA (1990) vorgenommen wird, ließe sich meinen Daten entnehmen, wenn man die schizoiden Anteile der Patienten aus den Gruppen 2, 3 und 6 zum diskriminierenden Merkmal erheben würde.¹⁸ Aus Gründen klinischer Evidenz erscheint mir jedoch eine Aufteilung sinnvoller, die sich am Umgang der Kinder mit Destruktivität und Aggressivität orientiert und geschlechtsspezifische Unterschiede mit berücksichtigt.

Zusammenfassung: Ich unterscheide zwei Gruppen von Borderline-Störungen mit je drei Untergruppen: Zu der größeren Gruppe gehören vorwiegend Jungen, die heftige destruktive und aggressive Impulse nach außen richten. Zu der kleineren Gruppe gehören vorwiegend Mädchen, die aggressive Impulse eher gegen sich selbst richten und depressiv sowie ängstlich anklammernd sind.

¹⁸ Siehe oben die Charakterisierungen der Untergruppen.

4.3 Die Befunde im Kontext deskriptiver Diagnostik

Die Untersuchung ergibt fünf deskriptive Kriterien, die nach übereinstimmender Einschätzung der an der Untersuchung beteiligten Therapeuten Kinder mit Borderline-Störungen am besten charakterisieren. Es sind:

- diskrepante Entwicklungszustände,
- Selbstwertstörung,
- Wut und Destruktion,
- Vernichtungs- und Trennungsangst,
- eingeschränkte Kontakte und Bindungen.

Diese Kriterien sollen mit den Kriterien des DSM-III-R gegenübergestellt werden, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu prüfen. Auf dieser Grundlage kann dann entschieden werden, ob der DSM-III-R unter bestimmten Bedingungen als diagnostisches Instrument für Kinder zu gebrauchen ist.¹

Die Gegenüberstellung zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Tabelle 4.1: Vergleich der Kriterien mit dem DSM-III-R

Diepold	DSM-III-R
diskrepante Entwicklung	<i>keine Entsprechung</i>
Selbstwertstörung	Identitätsstörung
Wut und Destruktion	Ö übermäßige, unkontrollierbare Wut ◦ instabile Stimmungslage Û impulsives, selbstschädig. Verhalten
Vernichtungs- und Trennungsangst	Ö intensive, instabile Beziehungen
eingeschränkte Kontakte und Bindungen	Û Unfähigkeit zum Alleinsein
Selbstschädigungen	wiederholte Suizidversuche
<i>keine Entsprechung</i>	chronische Langeweile und Leere

Es gibt in wesentlichen Kriterien Übereinstimmung, auch wenn die Formulierungen unterschiedlich sind und der DSM-III-R bestimmte Kriterien genauer aufschlüsselt, die ich zusammengefaßt habe.² Die "Selbstwertstörung" meiner

¹ Vgl. dazu die unklare Aussage im DSM-III-R, die in Abschn. 2.5.2.1 dargestellt worden ist.

² Dieses Ergebnis findet sich auch in einer empirischen Untersuchung von BLUMENTHAL ET AL. 1982, die allgemein eine hohe Übereinstimmung zwischen strukturellen Diagnosen und DSM-III-R Diagnosen feststellen.

Untersuchung stimmt mit der "Identitätsstörung" des DSM-III-R überein.³ Das Merkmal "Destruktivität und Impulsivität" in meiner Untersuchung wird im DSM-III-R durch 3 Kriterien repräsentiert: "Übermäßige, unkontrollierbare Wut", "instabile Stimmungslage" und "impulsives, selbstschädigendes Verhalten". Kontaktprobleme werden in meiner Untersuchung durch die beiden Kriterien "Vernichtungs- und Trennungsangst" und "eingeschränkte Kontakte und Bindungen" erfaßt, der DSM formuliert "intensive, instabile Beziehungen" und "Unfähigkeit zum Alleinsein".

Nicht kompatibel sind Kriterien des DSM, die erst für die erwachsene Persönlichkeit bedeutsam werden. Es sind "wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen" und "chronisches Gefühl der Leere und Langeweile". Dem Kriterium Suizidalität des DSM-III-R ist aber der Faktor "Selbstschädigungen" vergleichbar,⁴ denn selbstschädigendes Verhalten kommt bei Kindern mit Borderline-Störungen vor, wenn auch nicht so häufig, daß es zu den fünf wichtigsten Kriterien zählt. Auch "chronische Gefühle der Leere und Langeweile" sind eher ein Ausdruck depressiver Befindlichkeit von Erwachsenen, die sich bei Kindern in Form aggressiven Agierens dieser unerträglichen Gefühlszustände äußern.⁵

So wie es im DSM Kriterien gibt, die speziell auf Erwachsene zutreffen, ist das Item "diskrepante Entwicklung" eine Charakterisierung, die im besonderen für Kinder zutrifft. Sie pendeln zwischen einem altersentsprechenden und einem niedrigen Entwicklungsniveau hin und her. Manchmal sind sie realitätsorientiert und auf ihre Mitmenschen bezogen, wenn diese Beziehungen auch eher kleinkindhaft als altersentsprechend sind, zu anderer Zeit wirken sie beziehungslos, -wie autistisch,- und befinden sich in ihrer eigenen bizarren Phantasiewelt. Immer ist die gesamte Ich-Organisation von diesem Hin und Her zwischen Regression und Progression betroffen.

Zusammenfassung: Die deskriptiven Kriterien der Borderline-Störung des DSM-III-R und die Kriterien meiner Untersuchung gleichen sich weitgehend, wenn auch nicht lückenlos: Das für die Diagnose von Kindern entscheidende

³ Zwei der Items meiner Untersuchung, die in den Faktor Selbstwertstörung eingehen, beziehen sich direkt auf die Identität (vgl. Abschn. 3.4.4). "Er/sie ist unsicher in Bezug auf seine/ihre Identität." "Er/sie hat diskrepante Selbstvorstellungen."

⁴ Faktor 5 meiner Untersuchung

⁵ Vgl. Kap. 2.2.7.

Kriterium der Entwicklung fehlt im DSM-III-R, muß aber unbedingt berücksichtigt werden.

Ein weiterer Vergleich meiner Kriterien mit drei in der Geschichte der Borderline-Forschung relevanten Kriterienkatalogen ergibt folgendes:⁶

Tabelle 4.2: Kriterien von Borderline-Störungen im Vergleich

AUTOREN	<i>diskrepante Entwicklung</i>	<i>Selbststörung</i>	<i>Destruktivität</i>	<i>Angst</i>	<i>Kontaktstörung</i>
DIEPOLD	'	'	'	'	'
BEMPORAD	'		'	'	'
VELA	'		'	'	'
PINE	'	'	'	'	'

Die Grafik zeigt trotz geringfügig unterschiedlicher Terminologie eine weitgehende Übereinstimmung. Bei vier Kriterien besteht sogar völlige Übereinstimmung: "diskrepante Entwicklung", "Angst", "Kontaktproblematik" und "Aggression" sind Bereiche, in denen Kinder mit Borderline-Entwicklungsstörungen nach Meinung aller Autoren gestört sind. Die "Selbstwertstörung" haben BEMPORAD ET AL. und VELA ET AL. nicht in ihre Kataloge aufgenommen. Stattdessen enthält der Katalog von BEMPORAD ET AL. "gestörtes Denken" und der von VELA ET AL. "neuroseähnliche Symptome" und "gestörter Realitäts-sinn". Völlige Übereinstimmung gibt es zwischen meinen Kriterien und denen von PINE. Er nimmt in seinen Kriterienkatalog allerdings zusätzlich die Bereiche "Vertrauen" und "Abwehr" auf.

Zusammenfassung: Der Vergleich der eigenen Ergebnisse mit anderen Klassifikationskonzepten ergibt eine breite Übereinstimmung in bezug auf die Kernsymptomatik. Wegen der allgemein anerkannten Bedeutung des Entwicklungsgesichtspunktes für die Borderline-Störungen bei Kindern soll die Störung im folgenden **Borderline-Entwicklungsstörung** genannt werden.

⁶ Vgl. Kap. 2.5.2.3.

4.4 Folgerungen für die Diagnostik

Borderline-Entwicklungsstörungen im Kindesalter sind mit den in dieser Untersuchung erarbeiteten Kriterien und mit ätiologischen und sozialen Bedingungsfaktoren zu diagnostizieren. In der Clusteranalyse hat sich aber gezeigt, daß der Gesamtbereich "Borderline" groß ist, weil er das Gesamtspektrum vom neurotischen bis zum psychotischen Rand umfaßt.¹ Um zu vermeiden, daß die Borderline-Diagnose zu einem "Sammelbecken" für schwergestörte Kinder wird - denn damit hätte sie ihre differentialdiagnostische Aussagekraft verloren -, will ich ein weiteres diagnostisches Kriterium einführen, um die klinische Brauchbarkeit zu erhöhen.

Ich will im folgenden das in Abschnitt 2.5.6 dargestellte Konzept KERNBERGS anhand der Weiterentwicklung von LOHMER ET AL. auf die Unterscheidung des mittleren und niedrigen Strukturniveaus bei Kindern anwenden, um den Bereich der Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern noch genauer einzugrenzen.

¹ Vgl. dazu auch die Untergruppen-Einteilungen von PINE 1974 und CHETHIC 1979.

4.5 Die Befunde im psychoanalytischen Kontext

Für Kinder liegen mit dieser Untersuchung deskriptive diagnostische Kriterien sowie ätiologische und soziale Bedingungsfaktoren vor. Es hat sich ein umfassendes Konstrukt ergeben, und es soll nun gezeigt werden, daß die deskriptiv formulierten Charakteristika auch psychodynamische Aussagekraft haben.

Die Borderline-Störung ist das Ergebnis des Zusammenspiels von konstitutionellen Faktoren und Entwicklungsprozessen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, daß eine Bandbreite von genetischen und konstitutionellen Faktoren sowie Umweltbedingungen den Entwicklungsverlauf beeinflussen. Sie stützen die Erkenntnisse der empirischen Säuglingsforschung, daß es keine "physiologische Borderline-Phase" am Lebensanfang gibt, in der z. B. die Spaltung in gute und schlechte Selbst- und Objektimages ein ubiquitärer Vorgang ist. Vielmehr bricht unter bestimmten traumatischen Bedingungen die Homöostase eines Kindes zusammen. In der Folge kommt es zur Entwicklung einer Borderline-Struktur im Sinne einer Abwehr- und Schutzmaßnahme.¹

Durch **genetische Beeinträchtigungen** kann die Fähigkeit zur Integration von Wahrnehmungen und Vorstellungen behindert sein, was negative Auswirkungen auf den Entwicklungsverlauf und auf die Fähigkeit hat, Erfahrungen aus den Beziehungen zu den Pflegepersonen zu integrieren und internalisieren. Von einer solchen Beeinträchtigung sind der gesamte Bereich kognitiver und affektiver Prozesse sowie die Internalisierungen und die Strukturbildung betroffen.

Organische Beeinträchtigungen im neurokognitiven Bereich mit Hyperaktivität, Impulsivität, emotionaler Labilität und Teilleistungsschwächen haben ebenfalls einen starken Einfluß auf die Beziehungen zu den Pflegepersonen. Weil aber Kinder mit solchen Beeinträchtigungen fortgesetzt ihre eigene Unzulänglichkeit erleben, ist auch das sich entwickelnde Selbst betroffen. Insgesamt hat die angeborene Ausstattung eines Kindes einen starken Einfluß auf die sich gestaltenden Beziehungen.

Ein weiterer Einflußfaktor für die Entwicklung ist das **schwer gestörte familiäre Umfeld** der Kinder. Es fehlt die psychische Stabilität und Kompetenz der Eltern, damit sich im Zusammenspiel zwischen den angeborenen Fähigkeiten

¹ Meine Untersuchungsergebnisse stützen die Ergebnisse der Arbeiten von GÖBEL 1994 und SACHSSE 1994, die sich jedoch auf erwachsene schwer traumatisierte Patienten beziehen.

des Kindes und den sensibel darauf reagierenden Eltern ein entwicklungsfördernder Dialog ergibt. Stattdessen kommt es häufig zu Mißhandlungen und sexuellem Mißbrauch. Schwere traumatische Erlebnisse durch Krankheiten und Behinderungen sind weitere Risikovariablen für die Entwicklung.

All die genannten Einflüsse aktivieren im Kind Hochspannungszustände, die sein aversives System und das Aggressionspotential in ständige Aktionsbereitschaft versetzen. Aufgrund übermäßiger affektiver Belastungen bricht die ursprünglich vorhandene Fähigkeit zu ganzheitlicher Wahrnehmung zusammen, und es entstehen fragmentierte Selbst- und Objektbilder. In diesem Zusammenhang versagen die Individuationsbestrebungen. Die Entwicklung eines kohärenten Selbst auf der Grundlage einer gelungenen psychosexuellen Entwicklung ist bei allen Kindern der Untersuchungsstichprobe mißlungen, weil die überwiegend negativen Bindungen an die Bezugspersonen ein Überwiegen aggressiv-destruktiver über libidinöse Triebabkömmlinge bewirkt haben.²

Der Zusammenhang zwischen den ätiologischen Faktoren und dem Entwicklungsprozeß ergibt sich über Internalisationsprozesse, die vom Lebensanfang an stattfinden und Bausteine für die Strukturbildung der Psyche und das entstehende Selbst sind.³ Wenn das Kind innerhalb eines "good-enough mother-child interacting"⁴ aufwächst, dann wird es eine anwachsende Fähigkeit zur Internalisierung positiver und konstruktiver Identifikationen entwickeln. Geschieht das aber nicht, werden negative Affekte mit Zuständen von Hochspannung vorherrschen und Mißtrauen und Unsicherheit das Selbstgefühl bestimmen.

Internalisierungen werden von den Introjekten repräsentiert, die nach MEISSNER anhand eines narzißtischen und eines aggressiven Modus organisiert sind. Der narzißtische Modus birgt die beiden gegensätzlichen Pole "superior introject" und "inferior introject". Der aggressive Modus birgt das "aggressor introject" und das "victim-introject". Beide Polaritäten treten immer zusammen auf: wenn ein Aspekt im Vordergrund ist, bleibt der andere im Hintergrund.⁵

² MERTENS 1992, S. 22

³ MEISSNER 1984, S. 437

⁴ So formuliert MEISSNER 1984, S. 441 sinnvollerweise den Begriff des "good-enough mothering" von WINNICOTT um.

⁵ MEISSNER 1984, S. 446-447

Dieses Phänomen wird in der Therapie des in Abschn. 2.2.1 und 2.2.2 vorgestellten PETER deutlich, der sadistisch und gewalttätig über die Therapeutin herrschte und seinen eigenen Größenphantasien freien Lauf ließ, indem er sich als Gott phantasierte. Die Therapeutin mußte die Rolle eines Nichts übernehmen und ein Spielball seiner Macht sein.⁶ Er selbst hatte in diesem Spiel die Rolle des Aggressors und des Überlegenen angenommen und die für ihn unannehmbaren Seiten auf die Therapeutin übertragen, die seine entgegengesetzten Introjekte für ihn repräsentierte. Diese unannehmbaren inneren Seiten, die in der therapeutischen Interaktion sichtbar werden und eine Folge der Abwehr durch projektive Identifizierung sind, können in dem Maße, indem diese Abwehr bearbeitet wird, allmählich mit der anderen Seite integriert werden. Das bedeutet das Aufgeben von Spaltungen.

Es ist also für Kinder mit Borderline-Störungen besonders schwierig, ihr Selbstgefühl und ihre innere Homöostase aufrechtzuerhalten, weil sie sowohl die narzißtischen Bedürfnisse und Verwundbarkeiten als auch die primitiven aggressiven Triebkomponenten unter Kontrolle halten müssen. Sie haben es insofern schwerer als Kinder mit einer narzißtischen Störung, bei denen es vorwiegend nur um narzißtische Inhalte geht.⁷ Das Wechseln zwischen dem Aggressor-Introjekt und dem Opfer-Introjekt läßt die Entwicklung eines kohärenten Selbst mit einem guten Selbstgefühl nicht zu. Da nicht nur das Selbst, sondern auch die Repräsentanzen der Objekte gespalten sind, ist eine gravierende Beziehungsstörung unausweichlich.

Durch den psychodynamischen Zusammenhang zwischen dem Entwicklungsversagen der Kinder und den ätiologischen und sozialen Bedingungen werden die übermäßig aggressiven, unempathischen und feindseligen Beziehungen zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen ebenso aufrechterhalten wie die Spaltungsvorgänge und die Notwendigkeit zur Projektion von Feindseligkeit.

Nun kann das rätselhafte Phänomen, daß in der Kindheit das männliche Geschlecht und im Erwachsenenalter das weibliche Geschlecht mehr Borderline-Störungen zeigen, weiter aufgeklärt werden. Die phänomenologischen Unterschiede zwischen der aggressiv agierenden Gruppe und der depressiv, autoaggressiv und ängstlich anklammernden Gruppe hängt mit den unterschiedlichen Introjektionen von Jungen und Mädchen zusammen. Die Jungen zeigen

⁶ Vgl. die Abschnitte 2.2.1; 2.2.2 und 2.3.2.5.

⁷ Vgl. dazu COHEN (1991).

nach außen eher das Aggressor-Introjekt und das Überlegenen-Introjekt, die Mädchen dagegen eher das Opfer-Introjekt und das Unterlegenen-Introjekt. Beide Geschlechter greifen zu unterschiedlichen Maßnahmen, ihr Ich zu schützen. Das hat Ursachen in den historisch geprägten Männer- und Frauenbildern unserer Gesellschaft. Darüberhinaus haben Mädchen wie Jungen aber das verinnerlicht, was sich beispielhaft im sexuellen Mißbrauch wie in einer Modellszene anbietet: der Mann als der Aggressor unterwirft mit Gewalt die Frau, die sein Opfer ist. Sowohl Jungen als auch Mädchen haben in dieser Modellszene entscheidende Anteile ihrer gleichgeschlechtlichen bzw. gegengeschlechtlichen Bezugspersonen introjiziert, die zu den Polarisierungen ihrer inneren Welt beitragen.⁸

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. Diese Entwicklungsstörungen betreffen die gesamte Persönlichkeit: das Selbst, die Objektbeziehungen, das Ich mit seinen Funktionen und die triebhaften Aspekte.

Borderline-Entwicklungsstörungen sind das Ergebnis einer Kompromißbildung, die die Psyche angesichts biologischer Beeinträchtigungen, schwierigster familiärer Lebensbedingungen und traumatischer Ereignisse leisten muß, um den Erfordernissen des Wachsens und Älterwerdens in gewisser Weise gerecht zu werden.

⁸ Interessante Parallelen ergeben sich zu den Ergebnissen von GÖBEL (1994), die als das Ergebnis extremer Traumatisierung bei Erwachsenen die drei Prozesse Entlebendigung, undifferenzierte Übererregbarkeit und Verödung der Symbolisierung beschreibt, die insgesamt einen Komplex zerstörter Beziehung ergeben, den sie "Un-Beziehung" nennt.

4.6 Forschungsausblick

In Einzelfallstudien muß das Zusammenwirken von externen und internen Beeinträchtigungen und deren Einfluß auf den Entwicklungsverlauf von Kindern differenzierter untersucht werden. Diese Untersuchungen müßten so breit angelegt sein, daß sie sich über die gesamte Kindheit erstrecken, sodaß alters-typische Ausprägungen genauer, als das derzeit möglich ist, beschrieben werden können.

Weiter werden follow-up Studien benötigt, die die Übergänge von der Kindheit zur Adoleszenz und zum Erwachsenenalter untersuchen, um die Frage, was aus Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen im Laufe des Entwicklungsprozesses wird, differenzierter beantworten zu können.

Vor allem aber fehlen weiterführende Untersuchungen zur **Behandlung** dieser Kinder. Es ist zu vermuten, daß es entsprechend des multifaktoriellen Krankheitsbildes keine einlinigen Antworten geben wird. In Abschnitt 2.1.3 über Therapie wird deutlich, daß die Kinder entsprechend der speziellen Ausprägung ihrer Störung ein differenziertes Behandlungsangebot gebrauchen. Das Spektrum der in der Literatur beschriebenen Behandlungsformen ist breit. Es umfaßt die Pharmakobehandlung, die Behandlung von Teilleistungsschwächen, Aufmerksamkeitsstörung und Motorik, systemische Familientherapie, stationäre Therapie und psychoanalytisch orientierte Therapie.

Genauere Zusammenhänge zwischen einer speziellen Art der Störung und dem entsprechenden Behandlungssetting sind zu erarbeiten. Ich werde aufgrund der gewonnenen Ergebnisse in einem weiteren Schritt Probleme der analytischen Psychotherapie von Kindern mit Borderline-Entwicklungsstörungen untersuchen.