

---

Walter Bauers/Hanne Düwell/Sabine Siebert/  
Annette Streeck-Fischer  
Leitlinie Persönlichkeitsentwicklungsstörung  
Narzisstische, antisoziale  
und Borderline-Entwicklungsstörung

*Vorbemerkung*

Die entwicklungspsychologische Forschung hat wiederholt bestätigt, dass es eindeutige Kontinuen gibt in den Verhaltensweisen der Kindheit und Jugend und denen des Erwachsenenalters (z. B. Cohen et al., 1993; Kagan & Zentner, 1996). Dennoch wird die Diagnose Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter zurückhaltend vergeben. Nach ICD-10 ist die Diagnose Persönlichkeitsstörung vor dem 16.-17. Lebensjahr wahrscheinlich unangemessen, wenn gleich eingeräumt wird, dass stabile und anhaltende Verhaltensmuster erstmals in der Kindheit auftreten. Im DSM-IV wird der Persönlichkeitsstörungsbegriff etwas großzügiger gehandhabt. Er darf auch für Kinder und Jugendliche verwendet werden, wenn sich bestimmte Persönlichkeitszüge als pervasiv und persistent zeigen. Allerdings darf die Diagnose einer antisozialen Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 18. Lebensjahr verwendet werden.

P. Kernberg (2000) propagiert das Konzept der Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter und verdeutlicht anhand von klinischen Evaluationen, dass zu einer solchen Charakterisierung zuverlässige Kriterien gefunden werden können. Kernbergs Aussagen bestätigen psychodynamische Konzepte, die ungünstige frühe Entwicklungsbedingungen als Ursache von Persönlichkeitsstörungen proklamieren. Zwar können sich im Verlauf einer Entwicklung einzelne Persönlichkeitsfaktoren ändern, dies beschränkt sich jedoch nicht auf die Kindheit und Adoleszenz, sondern gilt gleichermaßen auch für das Erwachsenenalter (vgl. Strukturachse im OPD-KJ). Dagegen bestimmen früh auftretende Verhaltensweisen, die mit Störungen im Bereich der Impuls- und Affektregulierung, eingeschränkter Realitätswahrnehmung oder auch aggressivem antisozialem Verhalten einhergehen, um nur einzelne Beispiele zu nennen, zumeist anhaltend die Entwicklung bis ins Erwachsenenalter hinein.

Sowohl im ICD-10 als auch im DSM-IV fehlt eine Entwicklungsperspektive. Darauf hat bereits Pine (1986) aufmerksam gemacht, in dem er vorschlug bei einem Kind mit Borderline-Störung von einem »development a borderline child to be« zu sprechen. Evidenzen aus der klinischen Forschung und Praxis legen nahe, die Persönlichkeitsstörungen als Leitlinie für Kinder und Jugendliche zu verwenden. Um jedoch zu verdeutlichen, dass es sich um Entwicklungen hin zu entsprechenden Störungen handelt, soll – orientiert an F 60 (ICD-10) und 301 (DSM-IV) – von *Persönlichkeitsentwicklungsstörungen* die Rede sein. Der Begriff der Entwicklungsstörung verbindet sich auch mit Überlegungen von A. Freud (1969), die bei den früh- und schwergestörten Kindern und Jugendlichen von neurotischen Entwicklungsstörungen gesprochen hat. Im deutschen Sprachraum ist häufiger von Frühstörungen die Rede, von Störungen mit strukturellen Defiziten, Entwicklungsstörungen oder strukturellen Ich-Störungen. Es soll hier um die Gruppe derjenigen Störungen gehen, die sich dem Cluster B (DSM-IV) zu ordnen lassen bzw. die von O. Kernberg (1978) als Störungen mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation bezeichnet werden. Das sind Kinder und Jugendliche mit Borderline-Störungen, narzisstischen und antisozialen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Gerade im Hinblick auf die Behandlung dieser Persönlichkeitsentwicklungsstörungen liegen breite klinische Erfahrungen vor, die hier nur in Teilen einbezogen werden können.

### *A 1 Persönlichkeitsentwicklungsstörung*

Im psychiatrischen Sprachgebrauch (DSM-IV) stellt eine Persönlichkeitsstörung ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten dar, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht, durchgängig und unflexibel ist, seinen Beginn in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter hat. Es werden damit überdauernde Muster des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung, des Fühlens und Denkens über die Umwelt und über sich selbst angenommen. Die Persönlichkeit, ebenso wie die Persönlichkeitsstörung sind das Ergebnis einer einzigartigen Geschichte von Wechselwirkungen zwischen konstitutionellen (genetischen) und biographischen (Beziehungs- und Lerngeschichte) Faktoren. Es handelt sich um eine unauflösbare Verflechtung beider Anteile, sowohl der Biologie als auch der Umweltfaktoren in der Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes.

P. Kernberg (1996) weist mit dem Konzept der heterotypischen Kontinuität darauf hin, dass man eine Variable nicht auf dieselbe Weise zu verschiedenen Zeit-

punkten der Entwicklung messen kann, um damit nach einer Stabilität über Entwicklungsperioden hinweg zu suchen. Ein Verhalten drückt sich in den unterschiedlichen Entwicklungsstadien auch unterschiedlich aus und hat unterschiedliche Bedeutungen (Kagan, 1989). Dies ist im Hinblick auf Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und ihrem Verlauf von der Kindheit ins Erwachsenenalter von hoher Bedeutung.

P. Kernberg (2000) verwendet sechs Persönlichkeitskomponenten (basis six) wie Kognition, Affekt, Selbstrepräsentation, Objektrepräsentation, das beobachtende Ich und Empathie und beschreibt mit deren Hilfe verschiedene Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Diese sechs Komponenten der Persönlichkeit bestimmen die weitere Entwicklung als überdauernde Muster, die auch im DSM-IV als diagnostische Kriterien benannt werden. Diese Kriterien lassen sich ohne Einschränkungen auch auf Kinder und Jugendliche anwenden.

Überdauernde Muster inneren Erlebens und Verhaltens, die von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen und sich in mindesten zwei der folgenden Bereiche zeigen sollen: Kognition, Affektivität, Beziehungsgestaltung, Impulskontrolle.

Solche Muster sind unflexibel und tief greifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen feststellbar.

c. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

d. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist zumindest bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.

e. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.

f. Das überdauernde Muster geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hirnverletzung) zurück.

## *A 2 Komorbidität*

Charakteristisch für Persönlichkeitsentwicklungsstörungen ist die Multimorbidität. Chronisch diffuse und/oder traumatische Belastungen haben massive Folgen für die Entwicklung. Kinder und Jugendliche mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen zeigen komplexe und fluktuierende Störungen, die sich nur in verschiedenen klinischen Diagnosen wie Angststörungen, PTSD, Depression und verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, wie Borderline-, antisoziale, narzisstische Persönlichkeitsstörung u. a. abbilden lassen (Putnam, 1997; Giaconia

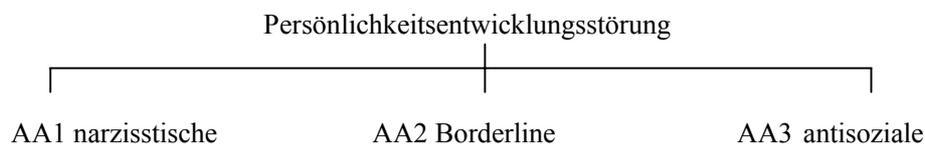
et al., 1995; Ackermann et al., 1998). Sie haben oftmals breite Entwicklungsverzögerungen, die u. a. kognitive, sprachliche, motorische und soziale Defizite (Bower, 1998; Cole, Putnam, 1993; DeBellis et al., 1999; Streeck-Fischer et al., 2000) beinhalten. Infolge der multiplen und komplexen Beeinträchtigungen, die sich nicht nur auf die psychische Ebene beschränken, sondern kognitive und sensomotorische Störungen einschließen, erscheint der Vorschlag von Cohen et al. (1987), Towbin (1993), Lincoln et al. (1998), von MCDD zu sprechen, von einer multiplen und komplexen Entwicklungsstörung, beachtenswert. Cohen u. a. haben sich mit der MCDD auf die Diagnose einer Borderline-Struktur oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im Kindesalter bezogen. Bleiberg (1994) hat Übergänge von traumatischen Belastungsstörungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Ursprüngliche unerträgliche Einsamkeits- und Hilflosigkeitsgefühle werden durch interpersonelle Manipulation, Selbstviktomisierung, Erregungszustände mit Thrill-Suche bewältigt. Die Abgrenzung zwischen den drei verschiedenen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen ist schwierig: Borderline-Störungen zeigen häufiger auch antisoziale Störungen, antisoziale Störungen sind häufiger mit narzisstischen Störungen verbunden, so dass Kernbergs Vorschlag (auch P. Kernberg, 2000), diese als Störungen mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu bezeichnen, sinnvoll erscheint. Neuere Überlegungen (Britton, 2004) gehen in die Richtung, diese Störungsgruppe den narzisstischen Persönlichkeitsstörungen zuzuordnen (thin-skinned, thick-skinned and as/if-personality). Darüber hinaus ist die Abgrenzung schwierig zur chronischen PTBS, dissoziativen Störungen bzw. zu DESNOS (DSM-IV: Disorder of extrem stress not otherwise specified).

Folgende Symptome und Störungsbilder können auf Persönlichkeitsentwicklungsstörungen verweisen: unsozialisiertes nicht-aggressives Verhalten, schwere Trennungsangststörungen, Identitätsstörungen, elektiver Mutismus, Anpassungsstörungen nach schweren Belastungen, Störungen des Sozialverhaltens, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität, Entwicklungsstörungen im Bereich der Sprache mit und ohne Aufmerksamkeitsstörungen, Lese-Rechtschreib- und Rechenstörungen, reaktive Bindungsstörung des Kindesalters, Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung u. a. Als komorbide Syndrome finden sich affektive Störungen (Depressivität bzw. Pseudodepression), somatoforme Störungen, Angststörungen, Phobien, zwangsneurotische Störungen, posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störungen, Essstörungen.

### A 3 Ätiologische Faktoren

Persönlichkeitsentwicklungsstörungen treten als Folge von Belastungen auf (Felitti et al., 1998, Adverse Childhood Experiences), die chronisch diffus sind (Kernberg: chronische Aggression) oder auch wiederkehrend traumatisch sind. Oft finden sich bei den Eltern und auch in der Großelterngeneration körperliche oder seelische Erkrankungen, Suchterkrankungen, affektive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen und damit Bedingungen, die solche ausgleichenden Interaktionen erschweren, wenn nicht unmöglich machen. Auch Transmissionen traumatischer Erfahrungen von der ersten und zweiten Generation auf die dritte Generation können hier eine Rolle spielen. Häufig werden diese Kinder und Jugendlichen mit massiven Ehekrisen ihrer Eltern, mit Trennungen, Scheidungen, ungünstigen sozio-ökonomischen Verhältnissen, mit Dissozialität, Alkoholismus und Gewalt konfrontiert. Sie sind anhaltenden Bedingungen von Misshandlung und Vernachlässigung ausgesetzt, die massive Beeinträchtigungen in ihrer Entwicklung zur Folge haben. Untersuchungen zu Risikofaktoren der Borderline-Persönlichkeitsentwicklung und der antisozialen Entwicklung verweisen auf eine hohe Belastung durch reale Traumata (Gudzer et al., 1996) hin. Bei 70-90% (Herman et al., 1989; Ogata et al., 1990, Marziali, 1992; Zanarini, 1997) der Borderline-Störungen im Erwachsenenalter konnten retrospektiv traumatische Belastungen in der Kindheit, insbesondere sexueller Missbrauch festgestellt werden (vgl. auch Driessen et al., 2002). Bei antisozialen Störungen sind die Entwicklungsbedingungen vergleichbar. Eine wichtige Rolle spielen auch schwere Erkrankungen, Schmerz, operative Eingriffe, die ebenfalls als überwältigende Belastungen für die Entwicklung des Kindes gelten können (vgl. Saunders et al., 1993).

Demgegenüber scheint die Entwicklung von narzisstischen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen weniger offensichtlich mit äußeren traumatischen Belastungen bzw. den o. g. Risikofaktoren zusammenzuhängen. Es wird oftmals von einem früh entgleisten Dialog der frühen Pflegeperson mit dem Kind gesprochen. Eltern werden als eher kalt, ohne Einfühlung oder boshaft beschrieben. Gleichzeitig sind solche Kinder häufig hypersensibel, haben herausragende Fähigkeiten oft verbunden mit Defiziten in der Wahrnehmungsorganisation.



## *AA1 Narzisstische<sup>1</sup> Persönlichkeitsentwicklungsstörung*

### *AA1.1 Definition*

Als charakteristisches Merkmal dieser Entwicklungsstörung sieht P. Kernberg (1996) die Koexistenz von Überheblichkeit sowie Selbstkonzentriertheit einerseits und die extreme Kränkbarkeit andererseits. Dem Gefühl der Grandiosität, dem aufgeblasenen Selbstkonzept und dem Mangel an Empathie stehen geringe Selbstachtung und Gefühle der Wert- und Hilflosigkeit gegenüber. Die Anspruchshaltung des Kindes und Jugendlichen ist anhaltend und intensiv, das Erleben wirklich erfüllter Bedürfnisse fehlt, was wiederum zu erhöhter Vulnerabilität beiträgt.

Nimmt man die Kriterien des DSM-IV, der den Beginn der narzisstischen Persönlichkeitsstörung im frühen Erwachsenenalter ansetzt, so ist diese durch ein »grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit«, dem Verlangen nach »übermäßiger Bewunderung« bei gleichzeitigem »Mangel an Empathie« charakterisiert. Während im DSM-IV die narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörung als Persönlichkeitsstörung aufgeführt wird, wird sie im ICD-10 nur unter dem Aspekt »sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen« (F60.8) erwähnt, nicht aber unter F9 »Verhaltens- und emotionale Störungen«. In beiden Klassifikationen werden narzisstische Entwicklungen im Kindesalter ausgespart. Narzisstische Züge, die bei Heranwachsenden auftreten, werden als passagere Phänomene qualifiziert. In diesem Zusammenhang ist allerdings darauf hinzuweisen, dass eine Pilotstudie zu ADHS ergeben hat, dass 80% der untersuchten Kinder an narzisstischen Störungen leiden (Streck-Fischer, 2006).

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnung »Narziss« geht auf eine der Metamorphosen Ovids (Ovid 1v./10 n. Chr.) zurück, in der er den schönen Jüngling »Narziss« beschreibt, der sich selbst nicht erkennt und »nichts ahnend sich selbst begehrt«. Auch die ihn liebende Nymphe »Echo« nimmt er nur als die Stimme seines Widerhalls wahr. Er kann ihr nicht begegnen, er trägt es nicht mit ihr »zusammenzukommen«. Als er sein Spiegelbild im Wasser sieht, erkennt er bestürzt, »ich bin es selbst«. Das Wahrnehmen der Einsamkeit ruft Todessehnsucht in ihm hervor. Er stirbt, denn das Spiegelbild hat »ein eigenes Wesen« wie Ovid Narziss sagen lässt. Narziss stirbt den psychischen Tod, er hat kein eigenes wahres Selbst, da er nie ein eigenständiges lebendiges Gegenüber hatte. Es ist die hier dargestellte Selbstzentriertheit, die die narzisstische Störung kennzeichnet (Resch, Möhler, 2006). Davon abzugrenzen ist der klinisch beobachtbare Narzissmus, der immer sekundär ist. Er stellt einen kulturell-sozial bedingten Schutz vor den versagenden Objekten dar (Mertens, Waldvogel, 2002, S. 474). Eine einheitliche Begriffsdefinition für Narzissmus fehlt. Schon Freuds Ausführungen zum Narzissmus machen die Grundspannung dieses Begriffs deutlich: einerseits wird der »primäre Narzissmus« beschrieben, der »die ursprüngliche Libido des Ichs« meint, andererseits verweist Freud auf die Beziehung des »anfänglichen Real-Ich« zur frühen Objektwelt (Wahl H., 2002, S. 473ff).

### *AA1.2 Symptomatik*

Von der Symptomatik her lassen sich die narzisstischen Persönlichkeitsstörungen auf einem Kontinuum zwischen dem »unbeirrten« und dem »hypervigilanten« Narzissten einordnen (Kernberg, O., Hartmann, 2006, S. 14). Ersterer lässt sich kennzeichnen durch *unempathisches, arrogantes sowie aggressives Verhalten*. Er sieht sich im Mittelpunkt, während die anderen für seine Bedürfnisse da sind. Er erscheint unempfindlich gegenüber Kränkungen. Demgegenüber zeichnet sich der »Hypervigilante« durch leichte Kränkbarkeit und heftige Schamgefühle aus. Er ist sehr sensibel gegenüber Reaktionen anderer und achtet peinlich genau darauf, inwieweit er ihrer Kritik und ihren Kränkungen ausgesetzt ist. Nach Gabbard (2005) entsprechen diese beiden Erscheinungsformen Kernbergs und Kohuts unterschiedlichen Schilderungen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Gleichzusetzen sind diese Beschreibungen mit Winks (1991) Befunden zum offenen und verdeckten Narzissmus sowie zu Rosenfelds (1981) dick- bzw. dünnhäutigem Narzissten.

Als charakteristisch lassen sich die folgenden Symptome ansehen:

*Grandiosität:* Das Selbstkonzept ist charakterisiert durch die Gegensätze einer offensichtlichen Grandiosität einerseits und einem verdeckten nagenden Selbstzweifel andererseits (Kernberg, P., 2001). Dies führt zu einem deutlichen Spannungsbogen im Selbstwertgefühl und alle Versuche des Patienten gehen dahin, das grandiose Selbst zu erhalten. Es kommt zu Größenfantasien mit überwertigem Charakter (z. B. »Batman«-Sein und Fliegen-Können), Jugendliche neigen zu Ideologien (z. B. Rechtsextremismus) als narzisstische Plomben für ihr grandioses Selbst. Auch Uniformierungen (z. B. ein Punker-Outfit) stützen das fragile Größenselbst. Andere Menschen werden als unbedeutend abgetan. Bei Konfrontationen kann es zu Entwertungen, Beschimpfungen und körperlichen Übergriffen kommen. Die Betroffenen zeigen übertriebene Erwartungen an eine bevorzugte Behandlung und/oder sie erwarten ein automatisches Eingehen auf die eigenen Ansprüche.

*Unabhängigkeits- und Autonomiebedürfnis:* Abhängigkeit von anderen Menschen, Institutionen und Regeln wird nicht ertragen. Der Drang nach Unabhängigkeit manifestiert sich in oppositionellem Verhalten Eltern und Lehrern gegenüber oder auch in einer »Alles-egal-Haltung«.

*Störungen in personalen Beziehungen:* Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind ausbeuterisch, von hohen Erwartungen und extremer Kränkbarkeit gekennzeichnet. Neid ist ein dominanter Affekt. Jegliche Zuwendung, die sich auf andere richtet, löst massiven Neid und Rückzug von Beziehungen aus. Das narzisstische Kind sieht neidvoll auf andere, fühlt sich ungerecht behandelt und ständig zurückgesetzt.

Bei Jugendlichen kann das Streben nach Autonomie bis zur *Suizidalität* gehen. Der Entschluss zum Suizid vermittelt ein Gefühl von Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit; der Betroffene vermag so einen nachhaltigen Einfluss auf den anderen auszuüben, indem er sich auf diese Weise entzieht.

*Bedrohungsgefühle/Feindseligkeit:* Andere werden als bedrohlich erlebt, längerfristige Freundschaften können nicht eingegangen werden, sondern werden lediglich für eigene Interessen genutzt. Die Beziehungen zu anderen, gerade auch zu Gleichaltrigen, nehmen oft einen feindseligen Charakter an.

*Mangelnde Empathiefähigkeit:* Infolge ihrer Beziehungsstörung verfügen die Betroffenen über unzureichende Empathie. Sie zeigen vielmehr eine ausbeuterisch-instrumentalisierende Beziehungsgestaltung.

*Körperliche Unruhe:* Narzisstisch gestörte Kinder und Jugendliche fühlen sich leicht durch andere verfolgt, was zu körperlicher Unruhe und innerer Aufregung führt, eine Symptomatik, die häufig mit ADHS verbunden ist. Die ständige motorische Unruhe kann als »zweite Haut« (Bick, 1968.) begriffen werden. Sie dient der Abwehr archaischer Ängste von Überwältigung und Desintegration und soll durch muskuläre Anspannung und andauernde Bewegung Kohärenz verschaffen. Ebenso werden Zustände der Leere durch Unruhe und Hektik abgewehrt.

*Entwertung und Wut:* Erregung entlädt sich bei narzisstisch gestörten Kindern und Jugendlichen in massiver Entwertung oder in blinden Wutausbrüchen gegen andere Menschen oder auch gegen Sachen. Hier gibt es Überschneidungen mit der antisozialen Persönlichkeitsentwicklungsstörung. Das antisoziale Verhalten muss hier als Abwehrmaßnahme zur Regulierung des eigenen Selbstwertes verstanden werden.

*Misstrauen gegenüber anderen, Angst vor Beschämung:* Überschneidungen gibt es auch mit der vermeidenden paranoiden Persönlichkeitsstörung. Gefühle des Misstrauens, der Beschämung sowie Demütigung werden so groß, dass der Umgang mit anderen vermieden wird und der Betroffene sich – in seiner Einmaligkeit verkannt fühlend – zurückzieht. Auch ein Rückzug in Krankheit, Leiden und Schmerzen kann diesem Ziel dienen. Im Gegensatz zur paranoiden Persönlichkeit sind diese Züge bei der narzisstisch gestörten Persönlichkeit nicht durchgängig.

*Besondere Begabungen:* Histrionische Merkmale werden sichtbar, wenn der narzisstisch gestörte Patient vor anderen brilliert, sie mit Ideen und Konzepten, die er in geschliffener Sprache vorzutragen vermag, beeindruckt und für sich zu gewinnen sucht. In diesem Kontext sind häufig »ethische Grundsätze« von Bedeutung. Unabhängigkeit wird durch asketische Haltung demonstriert sowie Omnipotenzfantasien durch vehementes Eintreten für sozialpolitische Belange. Die Sprache hat dabei weniger die Funktion der Kommunikation als die der Re-

gulation der Beziehung und damit des Selbstwertgefühls. Es scheint, als spreche der Narzisst mit sich selbst, als spiegele er sich in seinem Wortschwall.

Andererseits finden sich *Teilleistungsschwächen* sowie eine eingeschränkte Lernfähigkeit, da vor allem schneller Erfolg und hohe Anerkennung gesucht werden. Die Notwendigkeit des Lernens wird dann als narzisstische Kränkung erfahren. Kinder zeigen in dieser Hinsicht eine Spielhemmung, die sich in Langeweile und Abwertung des Spielzeugs äußert.

*Identitätsdiffusion:* Narzisstisch gestörte Patienten erfüllen auch Kriterien, die die Borderline-Persönlichkeitsstörung hinsichtlich Identitätsdiffusion und Kohäsion charakterisieren. Trotz seines großartigen Selbstkonzeptes, das ein als minderwertig erlebtes und daher Scham besetztes Selbst zu verbergen sucht, zeichnet sich der Narzisst durch eine größere Kohäsion des Selbst aus, was sich z. B. in höherer sozialer Anpasstheit, in größerer Arbeitsfähigkeit sowie in besserer Impulskontrolle und Angsttoleranz zeigt.

Es gibt also bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung zahlreiche Überlappungen mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Diese Überschneidungen beruhen wohl eher auf einzelnen Facetten – wie z. B. dramatisierend oder wütend – und sind nicht als konstante Merkmale anzusehen (Leitlinie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 2002). Die aufgeführten Begleitsymptome haben überwiegend Abwehrfunktion, um das bedrohte Selbst zu stabilisieren.

### AA 1.3 Ätiologie

Die Prävalenz wird auf 2% in der Bevölkerung geschätzt (Akhtar, S., 1996).

Folgt man den Auffassungen von Zepf (2000), lässt sich die Ursache der narzisstischen Störung bei aller Unterschiedlichkeit der theoretischen Konzepte auf die Erfahrung »unlustvoller (Trieb-)Frustrationen« zurückführen (Kernberg, 1996, S. 303). Während Ferenczi (1913) und Grunberger (1976) die Geburt, gedacht als das Verlassen des paradiesischen, intrauterinen Zustandes, als Keimzelle des Narzissmus ansehen, betonen Balint (1969) die Triebfrustrationen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung und Kohut (1975) die Diskrepanz von Bedürfnis und Befriedigung. Gemeinsam ist diesen Konzepten die These von der Suche nach Wiederherstellung eines ideal-narzisstischen Zustandes, der klinisch jedoch nicht beobachtbar ist, sondern nur theoretisch gefasst werden kann. Dieser »sekundäre« Narzissmus ist von dem von Freud konzipierten »primären« Narzissmus, der »die ursprüngliche Libidobesetzung des Ich« meint, zu unterscheiden (Wahl, H., S. 474).

Dem »primären« Narzissmus stellt Balint (1969) die »primäre Liebe« des Säuglings und dessen Verlangen nach unbedingtem Geliebt-Werden gegenüber. Von der ersten Beziehung an entwickelt sich in diesem Verständnis der »sekundäre«

Narzissmus, der als Schutz durch Selbstliebe gegenüber den versagenden Objekten anzusehen ist.

Ebenso sieht Kernberg (1996) die Entwicklung des Narzissmus grundsätzlich im Zusammenhang mit bedeutsamen Objekten und deren Repräsentanzen. Dabei zieht er eine scharfe Trennungslinie zwischen »gesundem« und »pathologischem« Narzissmus. Letzterer zeichnet sich dadurch aus, dass das grandiose Selbst die realen Selbstrepräsentanzen sowie die idealen Selbst- und Objektrepräsentanzen vereint, während die negativen Selbst- und Objektrepräsentanzen verleugnet und/oder auf andere projiziert werden. In Anlehnung an die von Mahler (1975) beschriebene Wiederannäherungskrise legt Kernberg die Bildung der narzisstischen Persönlichkeit zwischen das dritte und fünfte Lebensjahr. Die narzisstische Struktur charakterisiert er treffend als »purifiziertes Lust-Ich« (Kernberg, 1996, S. 249). Den von ihm beschriebenen Internalisierungs- und Externalisierungsprozessen liegen intensive libidinöse bzw. aggressive Affekte zugrunde, in denen er Triebderivate sieht. Das Über-Ich der narzisstisch gestörten Persönlichkeit ist gekennzeichnet durch strafende, versagende sowie bedrohliche Züge, die den Elternimages entsprechen. Diese werden wiederum dissoziiert und auf Andere projiziert, so dass es seitens des Über-Ichs keine Bestätigung für das Selbstwertgefühl geben kann. Dieser Mangel sowie die damit verbundene innere Leere können dann nur durch die stetige Suche nach Bewunderung durch andere kompensiert werden.

Zentral ist für Kernberg die »orale Wut« des narzisstisch gestörten Menschen, die sich in Ärger und Neid in den zwischenmenschlichen Beziehungen entlädt. Der Neid richtet sich gerade gegen idealisierte Menschen und dient der Abwehr von Abhängigkeitswünschen. Letztendlich können so keine befriedigenden Objektbeziehungen erreicht werden. Kernberg sieht die narzisstische Entwicklung maßgeblich als eine Folge elterlichen Verhalten, das einerseits kalt und abweisend, andererseits aber grenzenlos bewundernd ist.

Diesem liegt eine Instrumentalisierung des Kindes als »ihrem Selbstobjekt« zugrunde, d. h. das Kind wird als Erweiterung des eigenen Selbst gesehen (Kernberg, 1996) Die narzisstisch gestörte Mutter fördert zwar die Leistungen des Kindes, aber sie vermag nur wenig zu dessen weiterer Individuation und Ablösung beizutragen, da sie das Kind als Bestätigung ihres eigenen Selbstwertes braucht.

Auf die ödipale Entwicklung bei narzisstisch gestörten Menschen hat insbesondere Rothstein (1979) hingewiesen. So lässt sich bei männlichen Patienten beobachten, dass in ihrer Genese oft eine verführerische Mutter neben einem nur am Rande erscheinenden Vater eine wesentliche Rolle spielt. In diesem Fall sieht sich der Junge zwar einerseits als ödipaler Scheinsieger, andererseits hat er mit Schuldgefühlen sowie mit Kastrationsangst zu kämpfen. Des Weiteren bleibt

in ihm die Sehnsucht nach dem Vater erhalten, die sich in Grenzen- und Regellosigkeit manifestiert und somit auf ein defektes Über-Ich hinweist.

Eine solche – die Generationengrenze missachtende – Familienstruktur trägt auch wesentlich zur Verleugnung der Realität bei. Insgesamt ermöglichen solche pathologischen Familienstrukturen kaum trianguläre, sondern fast ausschließlich dyadische Beziehungen. Das Erlangen von Ödipalität wird so erschwert bzw. gar nicht erwünscht und für notwendig erachtet. Der Narzisst möchte kein Ödipus werden, wie es Grunberger (1971) formuliert. Das Kind als Geschwister, Freund, Freundin oder Partnerersatz erhält in dieser Rolle Aufwertung sowie narzisstische Zufuhr, was andererseits aber auch wieder zu Schuldgefühlen und Versagungsängsten führt, die durch anmaßendes Verhalten, Wut und Aggression abgewehrt werden müssen. Britton (2004) spricht in diesem Zusammenhang von dem »thin-skinned«, dem Dünnhäutigen, der das empathische mütterliche Verstehen einfordert und somit die dritte Person leugnet. Er stellt ihn dem »thick-skinned«, dem Dickhäutigen gegenüber, der – identifiziert mit der dritten Person, der Objektivität – auf die Subjektivität aus Mangel an affektiver Selbstwahrnehmung verzichtet. In beiden Fällen lässt der fehlende trianguläre Raum die Beziehungen scheitern, die Sehnsucht nach guten Objekten bleibt bestehen.

Verallgemeinernd lässt sich sagen, dass das Kind von einem Elternteil zumeist maßlos überschätzt und ihm die Rolle des Containers und des Partners, zugewiesen wird. Das Kind übernimmt also Selbstobjektfunktion für die Eltern, die wiederum bei Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse zu Wut und Verachtung gegenüber dem Kind neigen. Die narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörung scheint daher weniger mit äußeren traumatischen Risikofaktoren – wie bei der Borderline-Störung – in Verbindung zu stehen, sondern vielmehr Folge der Verarbeitung eines früh entgleisten Dialogs zwischen dem Kind und seinen ersten und engsten Beziehungspersonen zu sein. Dies sind Bedingungen, die ebenfalls einen traumatisierenden Charakter haben.

Schon vor der Geburt entwickeln Eltern Vorstellungen, Erwartungen und Fantasien, die sich auf ihr Kind richten. Diese Vorstellungen haben ihre Wurzeln in der eigenen Lebensgeschichte und in persönlichen Zielvorstellungen, sie erhalten Nahrung durch die körperlichen Empfindungen der Mutter in der Schwangerschaft und sie schlagen sich in der Namensgebung nieder. Schon beim ersten Anblick des Neugeborenen schreiben die Eltern, besonders die Mutter, ihm – wie Kohut es nennt – ein »virtuelles Selbst« zu. Diese frühe erste Beziehung zwischen Mutter und Kind ist nicht nur durch beglückende und glückliche Wunscherfüllung, sondern auch durch Missverstehen, Störungen und Enttäuschungen geprägt, die später wiederum zu einer widersprüchlichen – zwischen Idealisierung und Verachtung schwankenden – Einstellung gegenüber dem Kind führen kann.

Es ist in erster Linie Kohut (1973), der aus der Sicht der Selbstpsychologie die narzisstische Entwicklung beschrieben hat. Mangelnde Empathie der »elterlichen Selbstobjekte« sieht er als die wesentliche Ursache für pathologischen Narzissmus. Ausgehend von klinischen Erfahrungen unterscheidet Kohut zwischen der idealisierenden Übertragung, in der die Eltern als idealisierte allmächtige Objekte wiederbelebt werden einerseits und der Spiegelübertragung andererseits, die sich in Verschmelzungs-, Alter-Ego- oder Zwillingsübertragungen zeigt und somit das archaische Größenselbst wiederbelebt.

Im Sinne der Selbstpsychologie kann sich mangelnde Empathie der wichtigsten Bezugspersonen auf den Säugling bzw. das Kleinkind traumatisierend auswirken, da es vor Reizüberflutung sowie vor der verfrühten Wahrnehmung seiner Abhängigkeit ungeschützt bleibt. Diese traumatisierende Erfahrung erfolgt vor allem zu einer Zeit, in der das Selbst nur unvollständig vom Objekt getrennt ist (Trimborn, 2004). Diese Wahrnehmung und der damit verbundene Affekt müssen abgewehrt werden. Über dieses frühe Trauma hinaus bleiben die Objekte bedrohlich, so dass ein pathologisch-destruktiver Abwehrzirkel in Gang gesetzt wird.

Dieser von Trimborn beschriebene narzisstische Restitutionsversuch richtet sich gegen das Erkennen der Abhängigkeit und verleugnet die Trennung von den wichtigen Beziehungspersonen. Zugleich richtet sich aber die Abwehr auch gegen die Bedürftigkeit des frühen Ich, das wiederum verleugnet werden muss. Dies ist für Trimborn der Verrat am Selbst. Der narzisstische Grundkonflikt besteht in der scheinbaren Polarität von Sehnsucht nach Verschmelzung und dem Bedürfnis nach Unabhängigkeit. Er verdeutlicht sich in den gegensätzlichen Affektpaaren Selbstliebe und Selbsthass, Allmacht und Hilflosigkeit, Größenselbst und Selbstentwertung sowie Güte und Bosheit. Hass, Neid, Eifersucht und destruktive Aggression gegenüber Anderen haben hier ihre Wurzel, die Erniedrigung und Beschämung der Anderen soll erreicht werden, da sie dem hilflosen Selbst das Leben unerträglich gemacht haben. Auf diese Weise soll das Selbst vor erneuten Abhängigkeitsgefühlen geschützt und die hinter dem Größenselbst lauende Depression abgewehrt werden.

Fonagy et al. (2002) stellen die narzisstische Persönlichkeit in den Zusammenhang missglückten Affektaustauschs zwischen Mutter und Säugling/Kleinkind. Dabei verstehen sie unter Mentalisierung die zumeist unbewusste Leistung dem eigenen Verhalten sowie dem Verhalten Anderer einen Sinn zuzuschreiben. Das Kleinkind kann zunächst seine Gefühle nur durch den Spiegel der Mutter erleben, da es sich in deren Augen selbst sieht. So macht es die Erfahrung einer zweiten Repräsentanz, die von außen kommt. Die erste Repräsentanz ist eine Binnenwahrnehmung, die überwiegend biologisch konstitutionell bedingt ist, sie entspricht dem »I«, während die zweite das »me« beinhaltet.

Nicht adäquate Mentalisierungsprozesse sind für Fonagy et al. (2004) entscheidend für narzisstische Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Spiegelung ist durch Kongruenz und Markierung charakterisiert. Bei den narzisstischen Persönlichkeitsentwicklungsstörungen markiert die Mutter die Affekte, aber sie erfasst nicht angemessen die Emotionen des Kindes, so dass dessen innere Repräsentanz verzerrt wird. Das Selbst des Kindes fühlt sich leer, es kann sich nicht in der Mutter wiederfinden, sondern es findet stattdessen die Mutter in sich. So kommt es zu einem fremden Selbst, das das Kind zu externalisieren versucht, indem es die Mutter kontrolliert und manipuliert, um so ein illusionäres Kohäsionsgefühl zu erlangen. In der weiteren Entwicklung wird der Schmerz über die Leerstelle, das fremde Selbst, dissoziiert, und es kommt zur Identifikation mit dem Aggressor.

In diesem Prozess hat die Qualität der Bindung großen Einfluss auf die Entwicklung eines gesunden Narzissmus. Glückende Mentalisierungsprozesse haben sichere Bindungen zur Folge, unsichere Bindungen – sowohl vermeidende als auch ambivalente – sind u. a. durch die Abwehr starker Affekte gekennzeichnet und korrelieren mit dem Typus des verdeckten Narzissmus, während der offene Narzisst geradezu zwanghaft Bindungen leugnet.

#### *AA1.4 Diagnostik*

Ziel der psychoanalytischen »Diagnostik« ist es, die den Symptomen zugrundeliegenden Ursachen zu erfassen. Es geht darum, zwischen der Symptomatik, der auslösenden Situation sowie den Konflikten und unbefriedigenden Beziehungen eine Verbindung herzustellen.

Schon im Erstkontakt wird deutlich, dass narzisstisch gestörte Kinder und Jugendliche subjektiv zumeist keine psychische Beeinträchtigung empfinden. Zumeist kommen weder sie noch ihre Eltern aus eigenem Antrieb, sondern sie werden aufgrund von Auffälligkeiten vom Kindergarten oder der Schule »geschickt«. Sie verdeutlichen meist schon im Erstgespräch, dass bei ihnen selbst »alles in Ordnung« ist, Andere ihnen hingegen das Leben schwermachen. Jugendliche und Kinder bzw. deren Eltern suchen Therapie nicht deshalb auf, um Hilfe bei narzisstischen Entwicklungsstörungen zu bekommen. Die Palette der Symptome, unter denen sie oder vielmehr ihre Bezugspersonen leiden, ist breit gefächert. Eltern klagen beispielsweise über verbale und körperliche Aggressionen ihrer Kinder, über Autoritäts- und Schulprobleme oder auch antisoziales Verhalten wie Lügen und Stehlen. Jugendliche leiden meist stärker unter depressiven Verstimmungen, Gefühlen der Leere und sozialem Rückzug, Symptome, die dann wieder von Euphorie und dem Bewusstsein der eigenen Grandiosität abgelöst werden.

Charakteristisch für die Beziehungsgestaltung ist das Bemühen des Patienten um die Kontrolle über die Beziehung sowie die diagnostische Situation. Er berichtet von den Anderen, die seine besonderen Fähigkeiten verkennen, sieht in ihnen Feinde, fühlt sich von ihnen missverstanden und bisweilen sogar gepeinigt. Damit appelliert er unbewusst an den Therapeuten, um dessen besondere Anerkennung und Wertschätzung zu erhalten. Das Gespräch gleicht dann eher einem »gemeinsamen Monolog« (Westen, 1990) als einem Dialog, da es durch einen ausgesprochenen egozentrischen Kommunikationsstil gekennzeichnet ist. Diese Sichtweise entspricht auch der von Volkan (1982) beschriebenen Fantasie der »Glasblase«, in der der Narzisst alleine lebt und vor anderen geschützt ist, da sie nicht zu ihm durchdringen können. Bereits in der diagnostischen Phase kann der Neid des Patienten auf die Ressourcen und Fähigkeiten des Therapeuten sichtbar werden. Exzessiver Neid kann sich ungünstig auf die Prognose im Hinblick auf den Therapieerfolg auswirken.

Hinsichtlich der Beziehungsgestaltung gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede (Morf, Rhodewaldt, 2006). Untersuchungen zufolge findet sich das selbst aufwertende, dominante Verhalten vorwiegend bei männlichen Personen, während weibliche Kinder und Jugendliche ihre narzisstischen Beziehungsziele und -wünsche eher indirekt und subtiler verfolgen. Sie schließen sich gern bewunderten Personen an. Erklärungen hierfür liefern sowohl entwicklungspsychologische als auch sozialisationsbedingte Aspekte. Während Mütter in ihren Söhnen den bedeutenden Anderen sehen, der seine Grandiosität unter Beweis stellen muss, werden Töchter eher als Erweiterung des eigenen Selbst wahrgenommen, was zu einer mangelnden Individuation führen kann. In gesellschaftlicher Hinsicht haben sie als weibliche Personen mit ausgeprägtem Dominanzgebaren weniger Erfolg als männliche.

Was die Konflikte (OPD-KJ) angeht, überwiegen bei der narzisstischen Persönlichkeitsentwicklungsstörung Abhängigkeits-Autonomie-Konflikte, Selbstwertkonflikte sowie ödipale Konflikte. Abhängigkeits-Autonomie-Konflikte werden überwiegend im aktiven Modus bewältigt, bei den Selbstwertkonflikten kommt es im passiven Modus zu Rückzugsverhalten aus Scham, während Ausbrüche »narzisstischer Wut« für den aktiven Modus bestimmend sind. Ödipale Konflikte werden eher nach dem aktiven Modus abgewehrt. Dies zeigt sich in einer verstärkten Sexualisierung einerseits sowie in Prüderie und strenger Moral andererseits.

Das Strukturniveau narzisstisch gestörter Menschen muss als mäßig bis gering eingestuft werden, wobei gerade in Belastungssituationen die soziale Anpassung und Kommunikation zusammenbrechen können.

*Ankerbeispiel*

Ein vierzehnjähriger Junge wird auf Initiative seiner Lehrerin und nicht aus eigenem Interesse bzw. dem der Eltern vorgestellt. Er vermag sich nicht in soziale Beziehungen einzufügen. In für ihn schwierigen Situationen ist er schnell »aufgeregt« und »löst« Probleme mit der Faust. Weder elterliche noch schulische Autorität erkennt er an. Pflichten übernimmt er nicht. Er leidet unter Schlafstörungen und verbringt die meiste Zeit im Internet, wo er sich »entspannen« kann. Wichtig für seine narzisstische Entwicklung ist die hohe Besetzung, die er vor allem durch seine Mutter erfährt. Er wird für sie zum Partnerersatz. Sie erfüllt sich über ihn eigene Bedürfnisse und Wünsche, macht ihn quasi zu ihrem Selbstobjekt. Neben dieser Idealisierung kommt es zu Demütigungen und Entwertungen, wenn er den Erwartungen nicht entspricht. Als Kind erlebte er körperliche Übergriffe, als Jugendlicher überwiegend verbale Attacken seitens der Eltern.

Der Behandlungsverlauf zeigt, wie die Therapeutin einerseits entwertet wird, aber andererseits ihn spiegeln und bewundern soll. Sie hat sein negatives entwertetes Selbst zu übernehmen. So ist es möglich, eine psychotherapeutische Beziehung herzustellen. Diese Aufspaltung von Kleinheit auf die Therapeutin (verträgliches Objekt) und Größe (Realitätsverkenning) macht es möglich, dass er im Verlauf der Behandlung sich den abgewehrten Teilen seines Selbsterlebens nähern kann. Bedingt dadurch kommt er zu depressivem Erleben, das ihm hilft, Größe und Kleinheit zur Normalität zu verbinden.

*AA2 Borderline-Entwicklungsstörung**AA2.1 Definition*

Hauptmerkmal der Borderline-Entwicklungsstörung ist ein tiefgreifendes Muster an Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, sowie von deutlicher Impulsivität. Diepold (1994) hat unter Verwendung von DSM-III-R-Kriterien versucht, vergleichbare Kategorien wie für erwachsene Patienten für das Kindes- und Jugendalter zu entwickeln. Sie nennt in diesem Zusammenhang als kennzeichnend für »Borderline-Entwicklungsstörungen« die diskrepante Entwicklung (s. u.), die Selbstwertstörung, Wut und Destruktion, Vernichtungs- und Trennungsangst, eingeschränkte Kontakte und Bindungen sowie Selbstschädigungen und bemüht sich, die Vielfalt der Störungen verschiedenen Clustern zuzuordnen.

### AA2.2 Symptomatik

Ebenso wie bei den Erwachsenen ist die Symptomatik der Borderline-Kinder und -Jugendlichen vielfältig und wechselnd. Eine allgemein anerkannte Symptomatologie für Kinder und Jugendliche gibt es noch nicht.

Folgende Merkmale zeigen Kinder und Jugendliche mit Borderline-Entwicklungen:

*Diskrepante Entwicklung:* Borderline-Kinder/Jugendliche können zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus oszillieren. Sie machen den Eindruck altersgemäßer Entwicklung, können aber abrupt auf ein kleinkindhaftes oder auch psychosenahes Niveau mit bizarrem Denken, starken Verhaltensauffälligkeiten und überwältigender Angst regredieren. Sie können auch in unterschiedliche Ich/Selbst-Zustände (gutes Kind/böses Kind oder aggressiv/depressiv) wechseln.

*Störung der Realitätsprüfung:* Sie neigen zu projektiven Verzerrungen (bis ins wahnhaftes), Realitätsverleugnungen und -abblendungen. Die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme zur Realität bleibt trotz regressiver und mikropsychotischer Episoden bestehen. Die Regression auf psychotischem Niveau ist kein passiver Zerfall, sondern eine vorübergehende und reversible Coping-Strategie zur Bewältigung der auslösenden Konfliktsituation.

*Störung der Aggressivität und Impulsivität:* Borderline-Kinder/Jugendliche zeigen mangelnde Frustrationstoleranz und reagieren auf Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse mit Wutausbrüchen. Ihr aggressiv-destruktives Verhalten tritt ungesteuert auf und lässt sich kaum sozial integrieren. Aggression dient als Verteidigungsmaßnahme bei Angst und Bedrohung. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit Impulsivität ist eine häufige Begleitsymptomatik bei Borderline-Kindern/Jugendlichen. In der Adoleszenz werden Alkohol und Drogen als selbstregulierende Mittel bei mangelhaften inneren Steuerungen verwendet.

*Autoaggression/Selbstschädigung:* Gefahren in der äußeren Umwelt können nicht angemessen wahrgenommen, Konsequenzen von Handlungen können nicht gesehen werden. Die Wahrnehmung von Körpersensationen fällt den Kindern/Jugendlichen schwer. Sie neigen zu Unfällen und/oder Selbstverletzungen. Kinder greifen beispielsweise zum Puhlen, Wimpern-, Nägel-, Haare-Ausreißen, während Jugendliche sich ritzen, schneiden oder verbrennen. Die mutwillige Selbstschädigung hat verschiedene Funktionen im Sinne der Selbsthilfe und -regulierung oder als Dissoziationsstopp.

*Multiple (frei flotierende, diffuse) Ängste* oder vollkommene Ausschaltung der Angst: Es fehlt die Ich-Funktion der Signalangst. Es besteht eine unzureichende Fähigkeit zur Angstbewältigung. Die Ängste lösen massive Orientierungslosigkeit und Verwirrungszustände aus und münden in unterschiedliche Selbstzustände.

*Störung der Sexualität* mit bizarren, sadomasochistischen Phantasien: keine Phasendominanz der Triebentwicklung, ggf. altersunangemessene sexualisierte Verhaltensweisen.

*Gestörtes Identitäts- und Selbstgefühl*: Es besteht eine Unfähigkeit, einen Zustand der Selbstkohäsion zu erhalten. Sie schwanken zwischen Größen- und Minderwertigkeitsgefühlen. Zur Kompensation des niedrigen Selbstgefühls neigen sie zur Flucht in realitätsferne Phantasien.

*Spaltungsmechanismen* in Bezug auf das Selbst und die Objekte führen zu einer Aufteilung der Welt, der Objekte und des Selbst in gute und böse. Spaltungen in vordergründig angepasstes Selbst und unintegrierte unsozialisierte Selbstanteile führen zu einer falschen Selbstentwicklung, Als-ob-Persönlichkeit oder Mimi-kry-Entwicklung, die mit einer vordergründigen Angleichung an die Umwelt einhergeht und in der Adoleszenz aufbricht und dann zu einer Borderline-Störungen führen kann (vgl. Pine, 1974: innere Desorganisation in Abhängigkeit zu äußerer Desorganisation).

*Übertriebene Abhängigkeit von äußeren Objekten*: Die Auswahl der Personen ist bedürfnisorientiert und auswechselbar. Sie haben die Tendenz, die Bezugspersonen zu idealisieren oder bei Frustration zu entwerten. Trennungen steigern die Angst. Unter strukturierten Bedingungen können sich diese Kinder/Jugendlichen unauffällig verhalten. Bei Zurückweisung reagieren sie mit extremer Angst, heftiger Wut und bizarrem Denken.

*Kontaktproblemen mit Gleichaltrigen*: Infolge ihres ungesteuerten Verhaltens haben sie massive Kontaktprobleme zu Gleichaltrigen, häufig sind sie Außen-seiter und Buhmann.

*Schulschwierigkeiten und soziale Anpassungsstörung*: Konzentrations- und Teilleistungsstörung, unspezifische neurologische Auffälligkeiten. Diskrepanz zwischen Interessen bzw. Begabungen und der tatsächlichen Funktionsfähigkeit. *Funktionelle Beschwerden*, z. B. Enuresis, gestörte Motorik, Essstörung, Schlafstörung, Sprachstörung.

*Störung der Affektregulation* mit Schwierigkeiten, Gefühle und Affekte genau zu unterscheiden und angemessen auszudrücken, narzisstische Wutausbrüche oder Gefühle der Einsamkeit, der Nichtigkeit oder der generellen Selbstbezüglichkeit aller Geschehnisse.

*Suizidversuche, Anorexie/Bulimie, Suchtmittelabusus, Zwangsrituale*, Konversionsstörungen und Agora- oder Klaustrophobie, Gewaltverhalten.

Die *mangelnde Integration von guten und bösen Selbstobjekten* führt zu einem sadistischen Über-Ich und zu einem unerreichbaren Ich-Ideal. Es liegen Störungen in der Differenzierung zwischen Selbst und Objekt, zwischen Realität und Phantasie, zwischen Zeitdimensionen, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft vor: Die schwere Störung der Symbolisierungsfähigkeit geht mit mangelnden

Fähigkeiten der Introspektion und Reflektion einher. Es liegt eine konstante Infiltration der sekundär- prozesshaften Denkfunktionen durch Primärprozesse vor.

*Dominanz primitiver Abwehrmechanismen* wie projektive Identifikation, Spaltung, Idealisierung, anhaltende Verneinung und Verleugnung. Die Regulations-, Coping-, Anpassungs- oder Abwehrmechanismen sind entweder heftig, starr und archaisch (psychotischer Pol) oder fragil, labil und fluktuierend (atypisch neurotischer Pol).

#### *AA2.4 Ätiologie*

Der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt eine multifaktorielle Ätiologie, eine Kombination aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zugrunde. Die vielfältigen Risikovariablen können, müssen aber nicht zu einer notwendigen Borderline-Erkrankung führen. Dies ist letztendlich auch von den Ressourcen des Kindes und anderen protektiven Faktoren abhängig.

Erstmals sprachen Ekstein und Wallerstein (1954) von Borderline-Störungen im Kindes- und Jugendalter, die ebenso wie später Kernberg von verschiedenen Störungen bei einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation ausgingen. Sie beschreiben fluktuierende Ichzustände und ineffektive Regulationsmechanismen. Für Geleerd (1958) liegen bei diesen Kindern und Jugendlichen Störungen im Ich und seiner Entwicklung vor in Verbindung mit einer pathologischen Entwicklung der Objektbeziehungen.

Anna Freud (1952) hat zwischen neurotischen Störungen und Entwicklungsstörungen unterschieden. Sie führt mehrere Kriterien an, die Entwicklungsstörungen kennzeichnen: Die Kinder und Jugendlichen regredieren tiefer und zeigen massivere Entwicklungsstillstände. Sie neigen dazu, die Libido von der Objektwelt zurückzuziehen und sie auf den Körper oder das Selbst zu wenden. Sie können sich von ihren Bezugspersonen nicht trösten lassen. Sie zeigen instabile Ich-Grenzen. Die Realitätsprüfung und die synthetische Funktion des Ichs versagen. Man findet ein Vorherrschen primitiver Abwehr, primärprozesshaftes und konkretistisches Denken sowie instabile Grenzen zwischen Ich und Es.

Masterson (1972) sieht die Symptomatik bei Adoleszenten als Folge einer gestörten Entwicklung in der frühen Individuation/Separation, insbesondere der frühen Wiederannäherungsphase. Er beschrieb einen Entwicklungsstopp mit beeinträchtigten Abwehrformationen, unzureichend angepassten Objektbeziehungen sowie Reifungsstörungen. Masterson bezieht sich dabei auf Manifestationen wie ausagierendes Verhalten, Schwierigkeiten in der Trennung von den Eltern, oral-narzisstisch fixierte Charakterstrukturen, Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und auffällige Kommunikationsmuster in der Familie der Ju-

gendlichen. Gunderson und Kolp (1978) formulieren als Kriterien generalisierte Muster von Instabilität in ihren Stimmungen, in interpersonellen Beziehungen und im Selbstbild. Sie heben Kriterien hervor wie instabile, intensive interpersonelle Beziehungen, die zwischen Überidealisierung und Entwertung hin- und herpendeln, Impulsivität, die sich im Bereich von Sexualität, in ungesteuertem Essverhalten, ziellosen Einkäufen, Unruhe oder als Substanzmissbrauch bemerkbar machen sowie affektive Instabilität im Bereich von Aggression, Erregung und Angst; weiter inadäquate intensive Wutreaktionen mit mangelnder Kontrolle; suizidalen Drohungen und Handlungen, selbstverletzendem Verhalten, Identitätsstörungen, die sich im Selbstbild, der sexuellen Orientierung und langfristigen Zielen zeigen, chronische Gefühle von Leere und Langeweile und massive Anstrengungen, um reales oder auch imaginiertes Verlassenwerden zu vermeiden.

Pine (1986) beschreibt verschiedene Formen der Borderline-Risiken bei Kindern und Jugendlichen. Er unterscheidet höhere und niedrigere Niveaus der Borderline-Störung sowie verschiedene Typen von Borderline-Pathologie bei Kindern und Jugendlichen wie wechselnde Ebenen der Ich-Organisation, interne Desorganisation in Antwort auf äußere Desorganisation, chronische Ich-Devianz, inkomplette Internalisierung einer Psychose, Ich-Einschränkung, schizoide Persönlichkeit sowie Spaltung in gute und böse Bilder von sich selbst und von anderen. Pine hat damit unterschiedliche Formen der Persönlichkeitsentwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter (Cluster A und B nach DSM-IV) beschrieben. Er nimmt Ansätze vorweg, die sich von dem Borderline-Konzept insoweit lösen, als sie sich an der Strukturbildung orientieren (vgl. OPD-KJ). Andere – z. B. auch kognitive – Entwicklungsprozesse lässt Pine jedoch unberücksichtigt.

Chethik (1986, 1989) beschreibt vier Aspekte, die bei Borderline-Risiken charakteristisch sind: Defizite in Bereich der Instinkte mit einem Vorherrschen prägenitaler Aggression, Ich-Defizite, Defizite im Bereich der Objektbeziehungen und Entwicklungsdefizite infolge von Fixierungen auf frühere Entwicklungsstufen. Bleiberg (1994) hat den Versuch unternommen, Übergänge von traumatisch bedingten Zuständen hin zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu beschreiben. Er sieht in der Borderline-Störung Verarbeitungsmuster, die sich von traumatisch bedingten Störungen abheben. Der traumatisch bedingte Zustand geht – so Bleiberg – mit einem Mangel an Kontrolle, Passivität, Erregungszuständen, dissoziativen Neigungen, Einsamkeit und Wut einher, während die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch Selbstviktimsierung, Thrill-Suche und/oder Betäubung, Selbsthypnose und/oder Spaltung, interpersonelle Manipulation und Beschimpfung anderer gekennzeichnet ist. Angst vor traumatischer Überwältigung wird durch manipulative Techniken bewältigt. Entwicklungsspezifische Bedingungen bleiben auch von ihm ausgeklammert.

O. Kernberg (1978) und P. Kernberg et al. (2000) beschreiben die Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit einer Fixierung an spezifische Selbstobjektkonfigurationen.

Bei den Borderline-Entwicklungsstörungen liegen pathologische Teilobjektbeziehungen vor. Kinder, Jugendliche und Erwachsene neigen zu ganz und gar guten Teilobjektbeziehungen und ganz und gar bösen, die um primitive Abwehrmechanismen, wie die der Spaltung, der Projektion, der projektiven Identifikation herum organisiert sind (O. Kernberg, 1978; P. Kernberg et al., 2000; vgl. auch Klein, 2000). Die Folge davon ist, dass die andere Person extrem idealisiert wird oder abrupt und nicht nachvollziehbar als extrem feindselig oder böse wahrgenommen wird. Entsprechende Reaktionen treten auch gegen sich selbst gerichtet auf, sodass es zu einem Pendeln zwischen Selbstüberschätzung und extremen Selbsthass kommen kann. O. Kernberg (1999) führt die Borderline-Störung auf das Erleben von schwerer chronischer Aggression in der frühen Entwicklung zurück. Dieses Erleben resultiert zum einen aus angeborenen Dispositionen zur Entstehung der Wut als Grundaffekt, zum anderen aus Folgen früher schmerzhafter Erlebnisse. Die Erfahrung schwerer chronischer aggressiver Affekte und aggressiver primitiver Objektbeziehungen verhindert die normale Integration von idealisierten und verfolgenden internalisierten Objekten. O. Kernberg bezieht sich dabei auf die Konzepte von Mahler et al. (1978), die verschiedene Phasen in der frühen Entwicklung des Kindes beschrieben haben von der autistischen (erster Monat) zur symbiotischen Phase (bis ca. 18. Monat), zur Phase der Wiederannäherungsphase, (18./24.-36. Monat) und Objekt Konstanz (drei-vier Jahre). Zur Krise und Fixierung kommt es bei dem »Borderline-Kind« in der Wiederannäherungsphase, in der es auf kein ausreichend sicheres inneres und äußeres primäres Objekt zurückgreifen kann, vielmehr zwischen der Gefahr der regressiven Wiederverschmelzung und des völligen Objektverlusts hin- und herpendelt. Im Abwehrmechanismus der Spaltung, der das Festhalten an Partialobjekten impliziert, findet das »Borderline-Kind« eine aktive Lösung und Schutzmaßnahme zum Umgang mit sich selbst und anderen. Die Hauptaufgabe des Trennungs- und Individuationsprozesses (Mahler, 1977) im zweiten und dritten Lebensjahr kann daher nicht erfolgreich bewältigt werden. Der in dieser Phase vorherrschende Primärkonflikt von Abhängigkeit vs. Autonomie bzw. von Nähe vs. Distanz löst sich nicht zugunsten eines »Sowohl-als-Auch« auf und bleibt über die verschiedenen Entwicklungsstufen ein lebensbestimmendes Thema.

#### *AA2.4.1 Borderline-Entwicklung als Folge von Traumatisierung*

O. Kernberg, der ursprünglich die Folgen traumatischer Belastungen für die Entwicklung von Borderline-Störungen mehr oder weniger ausgeklammert hat, stellt

sich Bestrebungen entgegen, die die Folgen früher Traumatisierung in der Entwicklung von Borderline-Störungen stärker gewichten wollen bzw. die Borderline-Störung als komplexe traumatische Belastungsstörung sehen. »Körperliche Misshandlung«, »sexueller Missbrauch« oder das »Miterleben körperlicher und sexueller Gewalt« sind für O. Kernberg (1999) schmerzhaft erlebte Erlebnisse, die reaktive Aggression auslösen und zu einer Vorherrschaft primitiver Aggression als zentralem Element für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen führen. Chronische Aggression und traumatische Erfahrungen miteinander zu verbinden, heißt aus O. Kernbergs Sicht, ätiologische Faktoren zu verwischen. O. Kernberg lehnt das Konzept chronischer und komplexer Traumata ab (vgl. van der Kolk, 1998). Die posttraumatische Belastungsstörung geht – so O. Kernberg – ausschließlich auf einmalige, intensiv überwältigende und desorganisierende Erfahrungen zurück. In der Regel sind die traumatischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen jedoch nicht einmalig, sondern vielfältig und komplex. Diese komplexen Traumatisierungen in der Entwicklung haben gleichermaßen zerstörerische Folgen für die Fähigkeit zur Integration. Darüber hinaus spielt die Faktizität der jeweiligen Traumatisierung – ob Misshandlung und/oder Missbrauch – eine zentrale Rolle (vgl. auch Diepold, 1996: Sie hat verschiedene Typen abhängig von der Art der Traumatisierung beschrieben).

Bevor die Bedeutung traumatischer Belastungen in den Mittelpunkt von Betrachtungen gerückt ist, wurde versucht, die Reizoffenheit der Borderline-Kinder, ihre Neigung in jeglichem Umfeld Muster überwältigender Erfahrung herzustellen, zu erklären. Khan (1963) sprach vom kumulativen Trauma, Keilson (1979) vom sequentiellen Trauma, Kris (1956) vom Straintrauma. Fraiberg (1982) untersuchte bei Säuglingen frühe Antwortmuster auf Misshandlung durch ihre Mütter. Sie beschrieb Kampf-/Flucht-/Erstarrungs- (flight/fight/freeze) Reaktionen, die bei traumatischen Belastungen charakteristisch sind.

Frühe und komplexe Traumatisierungen haben sehr weitreichende Folgen in der Entwicklung des Kindes, die sich nicht nur in den von O. Kernberg beschriebenen pathologischen Objektbeziehungen zeigen, sondern auch in komplexen Entwicklungsstörungen und traumatischen Reinszenierungen. Aus der Perspektive der Traumaforschung wird der Abwehrmechanismus der Spaltung anders verstanden und interpretiert. Das Kind gerät – ausgelöst durch äußere Trigger – in verschiedene Zustände (states). Es kippt gleichsam in Verbindung mit bedrohlichen, beängstigenden Auslösern, die mit verzerrten Wahrnehmungen verbunden sind, aus altersentsprechenden Zuständen in Verhaltensweisen, die früheren Entwicklungsphasen entsprechen, oder reagiert mit primären Antwortmustern (flight/fight/freeze), z. B. reflexhaft-bedrohlich, oder klinkt sich aus (Dissoziation). Die beeinträchtigte Selbst-, Affekt- und Impulsregulation wird im Zusammenhang mit der neuropsychobiologisch gestörten Stressregulation gesehen.

Gedächtnisstörungen führen zu massiven Erinnerungslücken und dazu, dass diese Kinder sich so verhalten, als sei die Vergangenheit in der Gegenwart (vgl. Fonagy et al., 2004). Infolge der ausgeprägten Mentalisierungsstörung wird gehandelt, statt sich sprachlich mitzuteilen. Die Mutter hat neuropsychobiologische Regulationsfunktionen nicht übernommen (Winnicott, 1965, 1987: mangelndes holding-handling und objektrepresenting). Die verschiedenen dissoziativen Phänomene erklären Beeinträchtigungen wie die affektive Blindheit, Lernstörungen und Körperwahrnehmungsstörungen, die bei diesen Kindern und Jugendlichen vorliegen.

Schore (1994) geht davon aus, dass es zur Entwicklung einer Borderline-Störung kommt, wenn die frühe Pflegeperson die selbstobjekthafte Funktion der psychobiologischen Affektregulation nicht übernimmt. Konfrontiert mit den Erregungszuständen des Kindes ist die Mutter nicht in der Lage, darauf angemessen zu reagieren und Empathie zu empfinden. Das Kind gerät nun in zwei unterschiedliche, nicht überlappende, voneinander dissoziierte psychobiologische Zustände. Als Folge der erfahrungsabhängigen strukturellen Organisation können weder symbolisch-evokative Repräsentationen, noch präsymbolische repräsentationale Fähigkeiten und viso-affektive interaktive Repräsentationen wie Gesichtseindrücke einer passend regulierenden Mutter entwickelt werden. Stress konfrontiert mit überwältigender Wut oder Scham oder Verzweiflung. Ein emotional-katastrophischer Zustand des Nichts, des Abstiegs in das schwarze Loch tritt ein, in dem der Geist leer ist, der Kopf fehlt und die Fähigkeit zu sprechen verlorengegangen ist. Dieser Zustand reflektiert ein sehr frühes Schema des Selbst vor Beginn der Sprachfähigkeit.

#### *AA2.4.2 Bindung und Borderline-Entwicklung*

Frühe Bindungen schaffen eine innere Landkarte von der Welt (Bowlby, 1980). Die daraus resultierenden Arbeitsmodelle entscheiden darüber, welche Bilder das Kind von sich selbst und seinen Pflegepersonen hat und der Art, wie es in der Welt zugeht. Diese inneren Bilder der Welt sind zusammengesetzt aus kognitivem und affektivem Wissen über die Welt (Crittenden, 1995). Gefühle (z. B. das subjektive Wissen) fungieren als Übersetzer für die gegenwärtige Situation, indem sie dabei helfen, die gegenwärtige Erfahrung mit der vergangenen Erfahrung zu vergleichen. Gefühle werden durch kognitives Verstehen, dessen, was passiert, moduliert, so dass flexible Antworten möglich werden. Deshalb sind beide wichtig, Gefühle und Kognition. Kinder, die nur kognitive Schemata benutzen und keinen Kontakt zu ihren Gefühlen haben, sind ebenso gestört wie die, die nur mit Gefühlen reagieren.

Wenn Kinder unkontrollierbarem Stress ausgesetzt sind und die Pflegeperson die Funktion nicht übernimmt, Erregung auszugleichen, wie das bei Kindern der

Fall ist, die bspw. familiärer Gewalt ausgesetzt sind, wird das Kind unfähig sein, Erfahrungen in einer kohärenten Form zu organisieren und zu kategorisieren.

Ohne die Erfahrung, sich auf ihre Pflegepersonen verlassen zu können, erleben diese kleinen Kinder exzessive Angst, Wut und Bedürfnisse nach Zuwendung. Diese Gefühle können so extrem sein, dass sie dissoziative Zustände oder auch autoaggressives Verhalten in Gang setzen. Die verängstigten, außer sich geratenen und erregten Kinder lernen zu ignorieren, was sie fühlen (ihre Gefühle) oder was sie wahrnehmen (ihre Kognitionen) (Crittenden, 1995). Sie sind nicht in der Lage, ihre Pflegeperson dazu zu bringen, ihnen Sicherheit und Wohlbefinden zu vermitteln. Cicchetti und Beegely (1987) haben gezeigt, dass 80% der traumatisierten Kinder desorganisierte Bindungsmuster haben. Das bedeutet, dass sie weder ihre emotionalen Zustände regulieren können, noch dass sie fähig sind, sich auf andere zu verlassen, die ihnen helfen könnten. Sie antworten mit frühen Antwortmustern auf Bedrohung wie Kampf-/Flucht-Reaktionen, die zur Folge haben, dass sie neue Informationen nicht integrieren können und dazu neigen, wichtige Aspekte ihrer Erfahrungen zu ignorieren.

Als Risikofaktor werden die sog. *neurologischen soft signs* (z. B. Bemporad et al., 1982, 1997) an verschiedenen Stellen benannt. Es handelt sich dabei um Störungen im Bereich der Wahrnehmung, der Koordination und der sensomotrischen Integration. Diese werden mit konstitutionellen bzw. genetischen Faktoren in Verbindung gebracht, die sich u. a. in Störungen der exekutiven Funktionen, Aufmerksamkeitsstörungen und Teilleistungsschwächen niederschlagen. Es gibt mittlerweile viele Hinweise dafür, dass sie Folge der frühen gestörten, ggf. auch traumatisierenden Mutter-Kind-Beziehung sind, was bedeutet, dass sie nicht unbedingt anlagebedingt sind.

#### *AA2.5 Diagnostik*

Aufgrund des komplexen Störungsbildes ist eine komplexe Diagnostik erforderlich, die sowohl die Störungen in den Objektbeziehungen als auch die Entwicklungsdefizite und die Folgen traumatischer Belastungen mit einschließt: Da die wechselnden Zustände nicht unbedingt im diagnostischen Gespräch mit dem Kind oder dem Jugendlichen auftauchen, sind fremdanamnestiche Daten notwendig. Eine ausführliche Anamnese mit besonderer Berücksichtigung von Traumatisierungen ist erforderlich. Da hier viel verleugnet, abgespalten oder dissoziiert werden kann, ist es wichtig, die nicht-verbale Botschaften zu beachten.

Zu beachten sind bei der Diagnostik:

- Diagnostik der Beziehungsgestaltung in der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung mit besonderer Berücksichtigung der hergestellten unbewussten

Szene bzw. des unbewussten Handlungsdialogs sowohl auf Seiten des Kindes als auch der Eltern

- die wechselnden Ich-Zustände
- die eingeschränkte Fähigkeit zu symbolisieren
- die aktuelle und reale Situation (z. B. Herausfallen aus bisherigen Bezügen)
- ggf. Diagnostik der Kognitionen (Teilleistungsschwächen, neurologische soft-signs)
- Diagnostik des Spiels: Hier tauchen zumeist spielerische Brüche, konkretistische Spielsequenzen und Chaos bei mangelnden Grenzziehungen auf
- Diagnostik der elterlichen Fähigkeiten im Hinblick auf Entwicklungsfähigkeit, Stabilität, Reflexivität und Verlässlichkeit

Die Indikation zu einer Behandlung muss bei Borderline-Entwicklungsstörungen sehr sorgfältig gestellt werden. Bei persistierenden traumatischen Bedingungen, Instabilität auf Seiten des Umfeldes, Abwandern in die Szene bei Jugendlichen, Herausfallen aus allen Bezügen, kann eine Behandlung nicht durchgeführt werden. Hier müssen erst eine reale Stabilisierungen erfolgen.

In der *Beziehungsbachse* der OPD-KJ ist unflexibles, beziehungsvermeidendes (dickfälligen Modus nach Rosenfeld, 1981) oder instabil-verstricktes Verhalten zu beobachten (dünnhäutigen Modus nach Rosenfeld, 1981).

In der *Konfliktachse* geht es vornehmlich um Autonomie-Abhängigkeitskonflikte. In ihrer Beziehungsgestaltung zeigt sich das Dilemma, keine angemessene Nähe-Distanz (Wechsel zwischen aktiven und passiven Modus) zum Gegenüber herstellen zu können.

In der *Strukturachse* lässt sich ein vorwiegend gering integriertes Niveau nachweisen. Unter Belastung treten passagere Dekompensationen auf einem desintegrierten Niveau auf. Vor allem die Dimensionen der Selbst- und Objektwahrnehmung sowie der Steuerung (im Bereich Selbst-Affekt-Impuls- sowie Aufmerksamkeitsregulation) und Abwehr, d. h. primitive Abwehrmechanismen, sind nur gering entwickelt. Die kommunikativen Fähigkeiten sind bezüglich angemessener Kontaktaufnahme sowie des Gebrauchs der Kommunikation als Fähigkeit zur Selbst- und Affektregulierung eingeschränkt. Die Fähigkeit, von sich selbst und wichtigen Bezugspersonen eine differenzierte Beschreibung zu geben, ist aufgrund mangelnder Integration von Selbst- und Fremdkonzepten sowie labiler Selbst-Objektdifferenzierung unzureichend, da diese Patienten nur mangelhafte Fähigkeiten besitzen, auf innere Selbst- und Objektpräsenz zurückzugreifen. Das Erleben von sich selbst und anderen ist einerseits in extreme Gegensätze aufgeteilt, die voneinander getrennt gehalten werden müssen (Teilobjektbeziehungen), andererseits kann das Gegenüber nicht als eigenständige Person wahrgenommen werden.

In der *Achse Behandlungsvoraussetzungen* ist der Mangel an Eigenmotivation und Ressourcen auffällig. Veränderungen werden als Bedrohung erlebt, weil die

Kinder/Jugendlichen ihre Verbindung zu wichtigen Bezugspersonen gefährdet sehen. Dies würde bedeuten, sich als getrennt wahrzunehmen und somit quälende Verlassenheits-/Verlustängste auslösen.

#### *AA2.6. Differentialdiagnose*

Es ist nicht leicht, zwischen normalen, entwicklungsspezifischen Symptomen und der multifaktoriellen schweren Symptomatologie von Borderline-Patienten zu unterscheiden. Insbesondere die Adoleszenz kann fast sämtliche Subformen des Borderline-Syndroms zeigen (Giovacchini, 1978: borderline-ähnliches Verhalten, Kernberg). Doch sind die Phänomene (z. B. Angst, Depression, Identitätskrisen) beim Borderline-Jugendlichen chronisch und deutlich schwerer als bei einem normalen Jugendlichen.

#### *Ankerbeispiel*

Die 18-jährige Jana leidet seit ihrem 14. Lebensjahr an Schlafstörungen, Alpträumen, neigt zu exzessivem Drogen- und Alkoholabusus, zur Suizidalität, tätlichen Aggressionen, sexueller Orientierungslosigkeit, zeigt wechselnde Ich-Zustände (dissozial, kumpelhaft, freundlich), heftige Stimmungsschwankungen sowie generalisierte Angstgefühle. Im Alter von zwölf Jahren hatte sich Jana zunehmend zwei von einander getrennt existierende Parallelwelten geschaffen. So schwankte sie zwischen angepasster sozialer Erwünschtheit und aggressiven, delinquenten sowie selbst schädigenden Verhaltensweisen. In der folgenden stationären Psychotherapie war es daher immer wieder wichtig, Jana zugleich haltende als auch grenzsetzende Funktionen anzubieten, ihr gegenüber eine aktive therapeutische Haltung einzunehmen. Zunächst einmal ging es darum, mit Jana einen klaren und stabilen Behandlungsrahmen zu entwickeln und zu vereinbaren sowie im Verlauf aufrechtzuerhalten. So vergaß sie zeitweise die Therapiestunden oder sprang unerwartet aus den Sitzungen heraus oder drang in die Therapien anderer Patienten ein. War sie zu Beginn sehr bemüht ihre antisoziale Seite aus der Therapie zu halten, konnte mit der Zeit mit ihr diese nicht integrierte, sich im Stationsalltag zeigende Seite ins Gespräch gebracht werden. Sie zeigte sich zunehmend aggressiv, gereizt in den Sitzungen. Sie verfiel in maßlose Wut, wenn die Therapeutin sie an Vereinbarungen erinnerte oder ihr ihre stündlich wechselnden Stimmungszustände und wechselnden Beziehungseinstellungen zu wichtigen Bezugspersonen aufzeigte. Mit der Zeit war es aber mehr und mehr möglich, ihr ihre Widersprüchlichkeiten als Facetten ihres Selbst zu verdeutlichen und zu integrieren. Ihr jeweiliges Gegenüber konnte sie zunehmend sowohl mit Stärken als auch mit Schwächen wahrnehmen, ihre aggressiven Affekte im therapeutischen Setting zusehends besser regulieren.

### *AA 3 Antisoziale bzw. dissoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung*

#### *AA3.1 Definition*

Hauptmerkmal der antisozialen Entwicklungsstörung ist die tiefgreifende Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, der Mangel an Gefühlen für andere und die ausgeprägte Gewaltneigung. Das Verhalten weicht erheblich von den herrschenden sozialen Normen ab und ändert sich nicht durch Bestrafung. Die geringe Frustrationstoleranz geht mit einer niedrigen Schwelle für aggressiv-destruktives Verhalten einher. Als Begründung für das regelwidrige Verhalten werden andere beschuldigt oder es werden vordergründige Rationalisierungen angeboten. Längerfristige Beziehungen können nicht gehalten werden, dagegen haben sie keine Schwierigkeiten, kurzfristig Beziehungen zweckorientiert einzugehen.

#### *AA3.2 Symptomatik*

Es handelt sich um eine heterogene Gruppe. Im DSM-IV und ICD-10 werden Störungen des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit, die eine deutlich schlechtere Prognose haben, von solchen mit Beginn in der Jugend unterschieden (Moffitt, 1993). Es wird in unsozialisierte aggressive, einzelgängerisch aggressive und undifferenzierte Formen der antisozialen Störung unterschieden, die der psychopathischen Gruppe (vgl. Herpertz, Habermeyer, 2004) zugeordnet werden und in die größere Gruppe der sozialisierten aggressiven, die zu einem gewissen Maß zu Bindungen fähig sind (van der Kolk, Streeck-Fischer, 2002). Sozialisierte antisoziale Jugendliche verhalten sich u. a. antisozial, um Zugang zu bestimmten Gruppen zu finden. In der Psychopathy-Checkliste (Hare, deutsche Übersetzung: Sevecke et al., 2005) sind Kriterien aufgeführt, die es ermöglichen, bereits im Jugendalter eine Differenzierung zwischen sog. psychopathischen antisozialen und anderen antisozialen Störungen zu treffen (P. Kernberg et al., 2000).

Antisoziale Entwicklungsstörungen lassen sich in einen *aktiven Typ* und einen *passiven Typ* unterscheiden: Der *aktive Typ* ist in seinen Beziehungen zu anderen *sadistisch quälend. Er verhält sich grausam und destruktiv.* Der *passive Typ* neigt zu *Als-ob- oder Mimikry-Beziehungen mit Lügen, Pseudologia fantastica* (Dithrich, 1991), *Betrügen*: Letzterer ist in strukturierten und überschaubaren Situationen häufig vordergründig gut angepasst und zeigt unter desorganisierenden Bedingungen antisoziales Verhalten. Seine Beziehungen sind unbeständig und affektflach. Das Auftreten ist falsch (Winnicott: falsches Selbst<sup>2</sup>), chamäle-

---

<sup>2</sup> Winnicott hat verschiedenen Formen des falschen Selbst beschrieben; vom falschen Selbst, über das jeder verfügt, in dem er seine verbindliche Seiten zeigt bis hin zur

on- oder Als-ob-haft. Unsozialisierte Selbstanteile versucht er zumeist Erwachsenen gegenüber zu verbergen, indem er auf wiederholtes Lügen, Betrügen oder unwahre Geschichten zurückgreift. Er lebt ein Doppelleben. Infolge der bis zum Ende der Latenz von äußeren Personen abgestützten Entwicklung (vgl. Pseudolatenzorganisation, vgl. Burgner, 1985) wird das Ausmaß der antisozialen Entwicklung erst in der Adoleszenz deutlich. Durch die innere und äußere Ablösung von den primären Objekten wird jetzt erkennbar, inwieweit steuernde Objekte internalisiert wurden.

Weitere Verhaltensmerkmale sind charakteristisch:

*Reizbarkeit und Impulsivität* bei gleichzeitiger Unfähigkeit, vorausschauend zu planen.

*Destruktivität* gegenüber fremdem Eigentum, Stehlen. Sie zeigen Lust am Zerstören von fremdem Eigentum. Sie stehlen, um ihre Bedürfnisse unmittelbar zu befriedigen oder sehen dabei nur ihren eigenen Vorteil.

*Grausamkeit* gegenüber Personen und Tieren. Sie können Kinder und Tiere quälen und daran Spaß empfinden. Sie können in schwere und ungebremste Wutausbrüche geraten.

*Mangel an Empathie*: Sie zeigen kein Mitgefühl für andere und erscheinen kalt.

*Verantwortungslosigkeit*: Ihr Verhalten ist von einer durchgängigen Verantwortungslosigkeit und fehlender Reue gekennzeichnet. Es fehlt ihnen ein Schuldbewusstsein. Sie zeigen sich ausbeuterisch, manipulativ und parasitär.

*Kriminelle Handlungen*: Sie verüben kriminelle Handlungen z. B. Raub, Erpressung, Brandstiftung.

Sie zeigen *Lern- und Leistungsversagen*, nicht selten mit deutlichen kognitiven Einschränkungen und oft verbunden mit einer ADHS Symptomatik.

Das Verhalten richtet sich in der Regel *gegen die gültigen sozialen Normen und Werte*. Somit trägt die Symptomatik zur Zerstörung sozialer Beziehungen bei, die auf der Basis von gegenseitigem Vertrauen und Glauben aufgebaut sind. Weitere Symptome sind extremes Streiten, Tyrannisieren, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause.

*Beziehungsverhalten*: Ihre gefühlsmäßigen Bindungen an Personen erscheinen flach. Sie können sich nicht in Personen hineinversetzen und kennen keine Schuldgefühle oder Verantwortungsbewusstsein. Es fällt ihnen schwer, sich von Personen abzugrenzen und auf sie Rücksicht zu nehmen. Ihre hohe Risikobereitschaft könnte ein Versuch sein, ihre innere Leere auszufüllen. Ihre eigenen Gefühle (besonders negative Gefühle) sind undifferenziert. Gefühle anderer nehmen sie dagegen wahr und können sie manipulierend ausnutzen, indem sie

---

frühen als-ob-haften Anpassung. In der Regel wird das falsche Selbst im Zusammenhang mit depressiven Entwicklungen verwendet.

selbst außergewöhnlich charmant sind. Sie können eine spielerische Leichtigkeit ausstrahlen und bei guter intellektueller Begabung unter Umständen recht geistreich, witzig und unterhaltsam sein. Vordergründig angepasst zeigen sie ein angemessenes Beziehungsverhalten, das häufig nicht zu durchschauen ist. Erst im Kontext der Handlung zeigt sich, dass die Beziehung nur vorgespielt war. Verantwortungslosigkeit und Rücksichtslosigkeit prägen die Beziehungen. Bindung an andere ist ihnen nur passager möglich, um damit selbstbezogene Vorteile zu erreichen.

Davon abzugrenzen sind Kinder und Jugendliche, die antisoziales Verhalten als Symptom eines neurotischen Konflikts entwickeln. Hier scheint sich das antisoziale Verhalten auf einzelne antisoziale Verhaltensweisen zu begrenzen. Es verweist auf innerpsychische Konflikte, die im Rahmen einer Exploration deutlich werden.

### *AA3.3 Ätiologie*

Kernberg (2006) sieht die antisoziale Persönlichkeitsstörung als die schwerste Form des pathologischen Narzissmus. Hauptcharakteristikum aus struktureller Sicht sei der ausgeprägte Zerfall des Über-Ich-Systems. Als Folge der frühen Erfahrung von grausamer Aggression seitens der elterlichen Objekte entwickelt das Kind ein hypertrophes, sich bedroht fühlendes und in Gefahr befindliches Selbst. Die Umwandlung von Schmerz und chronischer Wut in Hass sei eine zentrale affektive Entwicklungslinie von antisozialen Patienten. Die Projektion von Hass auf die Umwelt führe zu einer grundlegenden paranoiden Orientierung gegenüber einer Welt, die als hasserfüllt wahrgenommen werde und gegen die man sich mit Unehrlichkeit, Verrat, Gewalt und Destruktion zur Wehr setzen muss. Das Überleben hänge von Unterwerfung, Ausflüchten und konsequenter Manipulation ab. Die paranoide Grundhaltung und das Abwehrverhalten verhinderten jegliche Veränderung. Orientiert an Henderson (1939) unterscheidet Kernberg zwischen dem *passiven parasitären* und *aktiven* Typus. Dem passiven Typ gelingt es, durch Pseudounterwerfung, Hintergehen, Lügen und Betrügen den anderen zu kontrollieren. Es handelt sich dabei um eine Mimikryentwicklung, die eine Anpassungsentwicklung, eine Notreifung an eine existentiell bedrohliche Situation darstellt (Streeck-Fischer, 1996). Mimikry wird durch Schutz- und Abwehrmechanismen erreicht, die der Selbsttäuschung und Täuschung eines gefährlich-bedrohlichen Objektes dienen. Vordergründige Entwicklungen sind dadurch möglich, die allerdings bei Abwesenheit des primären Objektes, an das die Angleichung stattfindet, immer wieder aufgegeben werden. Solche Kinder und Jugendliche passen sich an den anderen vordergründig so weitgehend an, dass sich mitunter Papageiendialoge (Balzer, 1990; vgl. auch

Ogden, 1985; s. u.) entwickeln, in denen genau das geantwortet wird, was vorgegeben wurde (pathologische Imitation). Mit den falschen Selbstobjekt-Beziehungen können Vernichtungs- und Zerfallsängste abgewehrt werden. Demgegenüber reagiert der aktive Typ impulsiv mit gefährlich aggressiv-destruktivem Verhalten.

In der frühen Entwicklung haben solche Kinder und Jugendliche überwältigende und beängstigende Erfahrungen gemacht. Die Versorgung war möglicherweise auf notwendige Triebbefriedigung reduziert. Die Mutter war nicht in der Lage, die Container-Funktionen zu übernehmen, und hat das Kind gleichsam mit einer negativen Container-Contained-Beziehung konfrontiert. Eine solche noxische Erfahrung führt zu einem traumatischen Bruch im frühen Dialog zwischen Mutter und Kind und zu Brüchen, Dissoziationen und Abspaltungen im rudimentären Selbst. Beim passiven Typ hat dies eine stabile, wenn auch falsche Strukturbildung zur Folge (vgl. Winnicott, 1965: »Falsches Selbst«; Deutsch, 1942: »Als-ob-Persönlichkeit«), die vordergründig auf guter Anpassungsfähigkeit fußt, jedoch mit einer Unfähigkeit zur Identifikation einhergeht und mit einer Unfähigkeit, in Beziehungen zu lernen. Die Gestaltung von Beziehungen, des Affektlebens, der kognitiven Fähigkeiten und des Handelns sind davon betroffen. Infolge mangelnder verinnerlichter bedeutsamer und ausreichend guter Objekte sind Schuldgefühle und Gewissen allenfalls rudimentär entwickelt. Im Vordergrund stehen Straftaten, die aber zumeist nur bei ertappt-Werden bedeutsam werden, da instrumentelle Bedürfnisbefriedigung und Selbstversorgung vorrangig sind.

Hinter der vordergründigen Angleichung bzw. dem Mechanismus der Identifikation mit dem Angreifer (besser: Angleichung an den Angreifer) wird in der Regel eine Stabilisierung per Größenselbstkonfiguration verborgen, die mit Hilfe von schnellen Befriedigungen und Ersatzbefriedigungen (Drogen, süchtiges Rauchen, sexuelle Verwahrlosung, Klauen) noch gestützt wird. Winnicott (1965) sieht in der antisozialen Tendenz z. B. dem Akt des Stehlens des Kindes die Suche nach dem mütterlichen Objekt, auf das es einen Anspruch hat. Man könnte darin auch eine Plombe zur Selbststabilisierung sehen.

Fonagy et al. (2002) verweisen darauf, dass chronisch uneinfühlsame, misshandelnde Pflegepersonen in der frühen Entwicklung zu einem Fehler im Aufbau des Selbst des Säuglings führen. Der Säugling wird dadurch gezwungen, die Repräsentanz des psychischen Zustandes des Objekts als Kernanteil in sein Selbst aufzunehmen (vgl. Winnicott: fremde Geste). Die Externalisierung fremder Selbstanteile führt zur Desorganisation von Bindungsbeziehungen. Der Akt der Gewalt ist im Wunsch begründet, die externalisierten Selbstanteile im anderen zu zerstören und dadurch die Kohärenz des Selbst zu sichern. Es handelt sich dabei um Konkretisierungen durch Gleichsetzung von innerer und äußerer Realität (Äquivalenzmodus). Bei betrügerischem Verhalten wird das bedrohli-

che Objekt beschwichtigt und kontrolliert. Es wird dann ein Mentalisierungsmissbrauch betrieben. Es handelt sich um eine Sonderform der Pseudomentalisierung, in dem der andere mit Pseudoerklärungen »umgarnt« wird.

#### *AA3.4 Diagnostik*

Aufgrund der Vielfalt der Störungen ist eine umfassende Diagnostik erforderlich, die sowohl die Objektbeziehungen als auch die multiplen Entwicklungsdefizite mit einschließt: Da das Ausmaß der Symptomatik nicht unbedingt im diagnostischen Gespräch mit dem Kind oder dem Jugendlichen deutlich wird, sind fremdanamnestiche Daten notwendig. Eine ausführliche Anamnese mit besonderer Berücksichtigung der begangenen Regelüberschreitungen ist erforderlich. Da hier viel verleugnet, abgespalten oder dissoziiert werden kann, ist es wichtig, die nicht verbalen Botschaften zu beachten. Diese können in einer eingehenden Diagnostik der Beziehungsgestaltung, der hergestellten unbewussten Szene in der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung erfasst werden. Die Tendenz des Betrügerischen zeigt sich mitunter lediglich in der Flachheit, der Sinnentleerung oder einem unerklärlichen Misstrauen. Eine genauere Diagnostik der Kognitionen ist in der Regel angezeigt, um das Kind, den Jugendlichen bei Bedarf zusätzlich fördern zu können.

In der Diagnostik des *aktiven Typs* sollten erstens seine Reizbarkeit und Aggressionsneigung und zweitens seine damit verbundenen strukturellen Defizite im Bereich der Impulssteuerung, der Affektkontrolle und -toleranz berücksichtigt werden. Hierzu ist es erforderlich, sich die »Taten« genau schildern zu lassen – zum einen, um das Ausmaß der Problematik kennenzulernen, zum anderen aber auch, um zu erkennen, wie das Kind oder der Jugendliche darauf reagiert: Zeigt es/er Scham- oder Schuldgefühle, neigt es/er zur Bagatellisierung, übernimmt es/er Verantwortung? Die Reaktionen der Umwelt sollten sehr genau erfragt werden, nicht nur um zu erfahren, welche Orientierungen das Kind oder der Jugendliche bekommen hat, sondern auch wie die reale Gegenreaktion auf dieses Verhalten war. Da nicht symbolisiert werden kann, geben solche realen Gegebenheiten tiefe Einblicke in die Problematik.

Beim passiven Typus ist die Diagnostik schwierig, da das Ausmaß der Problematik zumeist nicht unmittelbar erfasst werden kann. Das Kind, der Jugendliche macht einen netten kooperativen Eindruck, und die Berichte von anderen, z. B. den Institutionen, erscheinen wie nicht wahr. Die Beziehung bleibt allerdings flach, es ist wenig zu erfahren. Das Kind, der Jugendliche kann wenig über sich berichten. Fremdanamnestiche wird dann oft erst die gravierende Problematik deutlich. Wird über ihre Taten gesprochen, haben sie weniger Schuldgefühle, sondern fühlen sich von demjenigen, der über sie so spricht, schlecht behandelt.

Ihr Spiel ist konkret gefährlich bedrohlich oder nichtssagend.

Bei der Diagnostik des Umfeldes ist es wichtig zu schauen, in wie weit auf Seiten der Eltern Entwicklungspotentiale bestehen bzw. ein Orientierung gebendes Umfeld geschaffen werden kann.

Die Indikation zu einer psychodynamischen Behandlung ist bisher sehr fraglich, da es noch kaum ausgearbeitete Konzepte zur Behandlung solcher Störungen gibt. Um eine konkretere Vorstellung entwickeln zu können, soll die Behandlung unter der Perspektive laufen, ob bei dem Kind, dem Jugendlichen Entwicklungspotentiale vorliegen, die genutzt werden können und ob eine Veränderungsfähigkeit vorliegt. Grundsätzlich muss man sich bei solchen Kindern und Jugendlichen auf längere Behandlungszeiträume festlegen.

Die OPD-KJ würde auf der *Beziehungsachse* am ehesten eine flache, unzufrieden gefügte oder feindselig-unabhängige Beziehungsgestaltung feststellen.

Auf der Konfliktachse steht der Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt im aktiven, partiell auch im passiven Modus im Vordergrund. Die aktive Betonung der Autonomie oder der passive Modus der Autonomie würden auch bei den anderen Konflikten überlagernd vorhanden sein. Eine Verbindung mit dem Selbstwertkonflikt ist häufig nachweisbar.

Das Strukturniveau ist überwiegend gering integriert, partiell erscheint es auch desintegriert, nämlich dann, wenn paranoide Muster auftauchen. Die Fähigkeiten zur Steuerung insbesondere der Konfliktbewältigung und Impulssteuerung sind deutlich eingeschränkt. Negative Affekte werden abgespalten oder sind kaum aushaltbar. Das Selbst- und Objekterleben ist undifferenziert. Die Empathiefähigkeit ist kaum entwickelt. Kommunikative Fähigkeiten sind wenig entwickelt. Fremde Affekte können seismographisch erfasst werden oder sind mit verzerrten Wahrnehmungen verbunden.

Auf der *Achse Behandlungsvoraussetzungen* ist ein Behandlungswunsch meist nicht nachweisbar, ebenso fehlen Krankheitseinsicht und das Erleben von Leid. Eine Änderungsmotivation wird oft durch die Umwelt eingebracht, jedoch seltener von Seiten des Kindes oder Jugendlichen.

#### *Ankerbeispiel*

Der fünfzehnjährige Olli hat geklaute Mopeds frisiert, dann verkauft, Kioske aufgebrochen, Kameraden bestohlen, andere heftig angegriffen und die Schule verweigert. Obwohl er aus einer Familie kommt, die sozial gut integriert und nicht unvermögend ist, fällt er total aus dem Rahmen. Die Jugendstrafe wird verhindert, indem er eine Therapie machen will.

Seine gesamte Motivationslage ist so schwach, so dass er das therapeutische Angebot nicht gut nutzen kann. Dennoch ist eine Beziehungsbereitschaft vorhanden bei narzisstischer Grundbefindlichkeit. Sein antisoziales Verhalten er-

weist sich als narzisstische Bestätigung seines ansonsten negativen Selbsterlebens und gleichzeitig als Verlebendigung seiner inneren Leere. Er hält den Kontakt zum Therapeuten trotz seiner geringen Motivation und signalisiert Hilfsbedürftigkeit. Dennoch kommt es nach kurzer Zeit zu schwerem Diebstahl, der ihn in die Jugendstrafmaßnahme führt und damit die Therapie beendet.

### *A 5 Therapievoraussetzungen*

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen ist in der Regel schwierig. Sie konfrontiert den Therapeuten mit unerwarteten Problemen, Grenzen und traumatischen Inszenierungen, die ggf. seine Belastbarkeit übersteigen können. Im Folgenden soll lediglich auf die Bedingungen ambulanter Psychotherapie eingegangen werden. Häufig sind jedoch Ansätze erforderlich, die mit einer Herausnahme des Kindes oder Jugendlichen aus seiner bisherigen Umwelt verbunden sind.

Bei der ambulanten Behandlung ist es wichtig, eine Reihe von Vorüberlegungen anzustellen. So stellt sich die Frage, ob der Therapeut Zeit und Raum hat, sich auf ein solches Kind oder Jugendlichen einzustellen, das sich möglicherweise nicht an den Rahmen hält, ggf. Nottermine beansprucht oder Verstrickungen herstellt, für die der Therapeut unter Umständen zusätzliche interkollegiale Supervisionen braucht (Streeck-Fischer, 2007).

Wie sieht es mit der Urlaubsplanung aus und der Überbrückung während dieser Zeit? Infolge der fehlenden Objekt Konstanz kann es bei Unterbrechungen zu Dekompensationen kommen. Wegen der Komplexität der Störung, die diagnostisch abgeklärt werden sollte, sollte immer überprüft werden, ob ein multimodaler Ansatz sinnvoll ist. Neben der analytischen bzw. tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sind dann ggf. auch Ergotherapie, Lerntraining und eine vorübergehende medikamentöse Therapie sinnvoll. Dazu ist eine gute Zusammenarbeit mit dem Arzt erforderlich. Außerdem kann es erforderlich sein, sich mit den Lehrern in Verbindung zu setzen, um dem Kind oder Jugendlichen noch im bisherigen Klassenverband eine Chance zu geben.

Es ist wichtig, sich ein genaues Bild hinsichtlich der sozialen Situation zu machen. Ist das Kind, der Jugendliche in der Schule oder der Gleichaltrigengruppe noch ausreichend integriert? Sind die Einflüsse, die von dort kommen, wie kriminelle Handlungen, Drogen, Gewalt identitätsstiftend im Sinne einer negativen Identitätsentwicklung oder kann sich das Kind, der Jugendliche davon ausreichend distanzieren?

Wie sieht die familiäre Situation aus? Finden sich hier ausreichend stabile Beziehungen, wie ausgeprägt sind die noch anhaltenden traumatisierenden Belastungen, z. B. der Alkoholmissbrauch des Elternteils, dessen Gewaltneigung, die instabilen Verhältnisse durch wechselnde Partner der Mutter usw.? Besteht eine Bereitschaft, diese Problematik zu reflektieren bzw. zu ändern?

Ist es eventuell sinnvoll, zunächst eine stationäre Psychotherapie vorzuschlagen, weil die Verhältnisse zu instabil sind?

Besteht überhaupt eine Indikation zu einer Psychotherapie und wenn ja, welches Behandlungskonzept könnte prognostisch innerhalb eines gebotenen Zeitrahmens aussichtsreich sein? Nicht selten stehen zunächst Interventionen im Vordergrund, äußere stabile Verhältnisse zu schaffen. Grundsätzlich erfordert eine psychoanalytische bzw. psychoanalytisch orientierte Psychotherapie solcher Störungen einen guten Kenntnis- und Wissenstand der einschlägigen psychoanalytischen Literatur, um auf die zu erwartenden Probleme vorbereitet zu sein, und eine hohe Kompetenz im Umgang mit frühen Übertragungs-, Gegenübertragungsproblemen, projektiven Identifizierungen usw. Ein intensives Beziehungsangebot innerhalb der Behandlung kann ungünstige Regressionen unterstützen (vgl. Rohde-Dachser, 1995). Der Verlust von Realitätsaspekten kann ggf. nicht nur beim Kind, sondern auch beim Therapeuten auftreten. Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die auf umgrenzte Konflikte im Hier und Jetzt vor dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Bedingungen abzielt, kann hilfreich sein, ebenso ein Ansatz der – wenn es Hinweise für posttraumatische Folgen gibt – traumaspezifische Techniken integriert. Eine ich-stützende, bewältigungsorientierte Psychotherapie, die eher niederfrequent (eine Std./Woche) gehalten werden sollte, kann mittelfristig hilfreich sein, allerdings kann es schwierig sein, eine tragfähige Beziehung bei einer Stunde pro Woche überhaupt aufzubauen. Sie führt in der Regel zu keiner strukturellen Änderung. Ihr Verlauf ist in der Regel davon abhängig, inwieweit äußere stabilisierende Faktoren implementiert werden können (z. B. psychosoziale Betreuung durch die Jugendhilfe). Wenn die Entscheidung für die ambulante Psychotherapie fällt, wird sich die Frage stellen: Wie schaffe ich einen stabilen Rahmen? Ein stabiler Rahmen ist entscheidend und wichtig, allerdings werden häufig gerade an diesem Rahmen Konflikte ausgetragen, die den Therapeuten herausfordern, klare Grenzen zu ziehen. Solche Probleme zeigen sich im Zerstören von Gegenständen, Angriffen gegen die Person, Termine versäumen, plötzlicher Abbruch, Fortführung traumatisierender Verhaltensweisen, selbstdestruktives-destruktives Verhalten (SVV, Drogen, Gewalt, Schulabbruch, traumatische Inszenierungen).

Auf der Elternebene treten plötzliche Trennungen, Umzüge, Alkohol, Gewalt, plötzliche neue Beziehungen, Herstellung von traumatischen Inszenierungen, Suizidalität, schwere Unfälle auf.

Ein stabiler Rahmen ist der erste Schritt in Richtung auf Überleben des Angriffes gegenüber den enttäuschenden Bezugspersonen, die bisher in ihrer Haltefunktion versagt und was aufgrund der äußeren/inneren Erfahrungen über einen längeren Zeitraum überwiegend in der psychotherapeutischen Beziehung bestätigt werden soll. Häufig findet die Arbeit am Rahmen über einen längeren Zeitraum statt.

Es ist daher wichtig, klare Paktabsprachen miteinander zu treffen:

Es dürfen beim Therapeuten keine Gegenstände zerstört werden, keine Angriffe gegen sich oder den Therapeuten erfolgen. Rohde-Dachser (1995) benennt es als einen der Kunstfehler, wenn der Therapeut sich der Aggression des Patienten unterwirft. Kommt es dennoch zu Angriffen gegen die Person des Therapeuten, sollten diese nicht gedeutet werden, sondern der Regelverstoß mit einer neuerlichen entsprechenden Grenzsetzung beantwortet werden. Eine Deutung würde die Problematik des Agierens verschärfen (Diepold, 1995).

Die Stunden finden regelmäßig statt, in einem festen und nicht dehnbaren Zeitrahmen. Wenn bis zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht abgesagt wurde, muss der Stundenausfall bezahlt werden (wie hoch, durch wen?). Hier sind natürlich die jeweiligen Bedingungen des Kindes oder Jugendlichen zu berücksichtigen. Die Erfahrung von »Gummizäunen« in den Absprachen bringt jedoch keine Entwicklung in Gang. Es gibt Paktabsprachen zur Suizidneigung, der Neigung sich selbst zu verletzen, selbst- und andere gefährdende Handlungen wie Drogen, Alkohol, plötzliche Therapieabbruchtendenzen, Fortführung traumatisierender Verhaltensweisen u. a. Es stellt sich die Frage, ob es Nottermine geben kann, ist der Therapeut per SMS oder Handy erreichbar? Was ist, wenn das Kind oder der Jugendliche in einer Notsituation ist (z. B. suizidal ist, sich selbst verletzen will, abhauen will, sich zu kriminellen Handlung verführen lässt usw.)? Grenzsetzende Interventionen gegen das Zerstören von Gegenständen, gegen Angriffe, die sich auf den Therapeuten richten, gegen Termine versäumen, selbstdestruktives-destruktives Verhalten (SVV, Drogen, Gewalt, Schulabbruch, traumatische Inszenierungen) haben eine realitätsbezogene triangulierende Funktion (Meng, Bürgin, 2002; Abelin, 1986), die der Regressionsneigung entgegenwirken.

Es sind entsprechende Absprachen mit den Eltern erforderlich. Auf der Elternebene kommt es möglicherweise zu plötzlichen Trennungen, Umzügen, Alkoholmissbrauch, Gewalt, zu schnellen neuen Beziehungen, zur Wiederholung von traumatischen Inszenierungen (vgl. Wiederholungszwang: S. Freud, 1920), Suizidalität, schweren Unfällen usw. Hier ist es wichtig, die Eltern fest anzubinden und ihnen zu verdeutlichen, dass ihr Kind keine Entwicklung nehmen kann, wenn sie sich selbst nicht ändern.

Grundsätzlich kann bei den Kindern und Jugendlichen mit ihren Eltern nicht davon ausgegangen werden, dass sie sich an die Absprachen halten. Es ist aber un-

abdingbar, mit ihnen daran zu arbeiten, sie zu erinnern und Grenzen zu ziehen, i. S. »dann kann ich nicht arbeiten«, und darüber verlässliche und berechenbare Beziehungen zu schaffen – im Gegensatz zu den willkürlichen unberechenbaren Beziehungen, die sie gewohnt sind zu leben und herzustellen.

In der Arbeit mit solchen Kindern und Jugendlichen werden initial Rettungs-, Größen- und Helferphantasien beim Therapeuten aktiviert, die er zum Teil auch braucht, um ein solches Unternehmen anzufangen. Jedoch werden sie dann zum Problem, wenn der Therapeut die Fähigkeit zur kritischen Distanzierung verliert und die Realität des Kindes oder Jugendlichen mit den massiven Beeinträchtigungen aus dem Auge verliert. Es kann sich ein »furor sanandi« entwickeln, der bereits Ausdruck des malignen Prozesses ist, der miteinander abläuft und in dem die traumatisierenden Erfahrungen reinzeniert, statt überwunden werden (vgl. Streeck-Fischer, 2000, 2006: vom Honeymoon zu deadly dance).

### *Zur Therapie*

Bei Kindern und Jugendlichen mit den drei beschriebenen Störungsbildern stehen Konzepte einer analytischen/tiefenpsychologischen *Entwicklungs-therapie* im Vordergrund, die sich auf die Bearbeitung struktureller Störungen und weniger unbewusster neurotischer Konflikte bezieht. Es geht um die Arbeit an den gespaltenen oder brüchigen Objektbeziehungen, um die Entwicklung und den Ausbau von Regulierungsvorgängen (Beebe, Lachmann, 2004; Schore, 2001) in Bereichen des Selbst, der Affekte und der Impulse. Es geht um Dezentrierung (Piaget, Inhelder, 1952). Dabei handelt es sich um die Entwicklung der Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung, um die Fähigkeit zur Mentalisierung (Fonagy, Target, 2002), die bedeutet, dass diese Kinder und Jugendlichen ihr Verhalten benennen und reflektieren können bzw. ihre gehandelten Botschaften (Streeck-Fischer, 2006) sprachlich und/oder im Spiel symbolisieren können. Der Therapeut wird im erheblichen Umfang mit projektiven Identifizierungen konfrontiert. Die Fähigkeit zu triangulieren bekommt hier eine wichtige Bedeutung (Schleske et al., 2002; Britton, 2004).

Unabdingbar ist zunächst die Entwicklung einer ausreichend sicheren verlässlichen Beziehung, die sich von traumatisierenden, überwältigenden Erfahrungen der Vergangenheit abhebt.

Beim *narzisstisch gestörten* Kind oder Jugendlichen wird es beispielsweise um die Bewunderung des Therapeuten gehen. Es/er wird seine eigene Unabhängigkeit demonstrieren und evtl. auf für ihn demütigende bzw. beschämende Situa-

tionen mit Wutausbrüchen reagieren. Der Therapeut fängt die Botschaften seines Patienten auf und »antwortet« ihm in »spiegelnder«, »haltender« und erst später in »deutender« Form, so dass im Laufe des Prozesses der Patient sich verstanden fühlt und sich so auch selbst besser verstehen kann. Die Analyse und die Deutung der Beziehungsgestaltung seitens des Patienten (transference focussed therapy), wie Kernberg sie bei Erwachsenen vorschlägt, überfordern in der Regel Kinder und Jugendliche. Die omnipotente Kontrolle des Therapeuten, auf den der Patient seine Aggressionen projiziert und sie dann von außen zu beherrschen versucht, und die idealisierende Übertragung als Versuch der Abwehr von Abhängigkeit sind zu Beginn der Therapie als Formen der Selbststabilisierung erforderlich. Hierbei projiziert der Patient sein eigenes Größenselbst auf den Therapeuten, um sich dann wiederum darin sonnen zu können.

Kohut (1973) hat auf die Bedeutung der Empathie im Umgang mit narzisstisch Gestörten hingewiesen (selbstpsychologischer Ansatz). Empathie heißt in diesem Zusammenhang das Sich-Einlassen des Therapeuten auf die innere Welt des Patienten zum Verständnis der lebensgeschichtlichen Erfahrung und deren direkter Auswirkung auf die therapeutische Situation. Ausgehend von der Annahme, dass von Beginn an zuverlässige zwischenmenschliche Beziehungen, Selbst-Objekt-Beziehungen, für die Entwicklung des kindlichen Selbst unerlässlich sind, sieht Kohut die Ursache der narzisstischen Pathologie vor allem in einem Mangel an geeigneten Entwicklungsobjekten. So resultieren Selbstwertmangel, Gefühle von Leere und Verzweiflung verbunden mit der Unfähigkeit zur Aufrechterhaltung befriedigender Beziehungen sowie zur Freude an geistiger Aktivität aus dem Fehlen bewundernder spiegelnder Selbstobjekte. Fehlende oder auch nur unzureichend idealisierte Selbstobjekte hingegen führen zu mangelnder Fähigkeit der Selbstberuhigung sowie zu fehlendem Interesse, sich für als richtig erkannte Werte und Ideale voll einzusetzen. Und schließlich braucht das Kind sog. Zwillingsobjekte zur Unterstützung und Entwicklung der angeborenen Talente und Fähigkeiten. Aus dieser Grundannahme ergeben sich die Zielsetzungen für die Therapie. Bei den narzisstischen Kindern/Jugendlichen ist es zumeist über eine längere Zeit der Therapie notwendig, ihr extrem angegriffenes Selbstwertgefühl durch die Erfahrung »Du kannst ja ganz viel« zu beschwichtigen. In der Bewunderung, dem Glanz im Auge des Therapeuten, macht das Kind bzw. der Jugendliche die Erfahrung, gesehen zu werden und gemeint zu sein. Das therapeutische Setting fördert Selbstobjektübertragungen, in denen nicht nur verdrängte Wünsche nach Verschmelzung und Idealisierung wiederbelebt werden, sondern auch die aufgestaute Wut über unausweichliche Frustrationen hier ihren Raum findet. Wichtig für den Entwicklungsprozess ist das Erleben und Verbalisieren der Wünsche und Affekte sowie deren Verstehen seitens des Patienten. Aufgrund dieser Erfahrungen kommt es zu inneren Um-

wandlungen und somit zu einem nachgeholtten Erwerb fehlender psychischer Strukturen (Kohut, 1977).

In der *Gegenübertragung* wird sich der Therapeut oftmals als Echo, Resonanzboden bzw. Selbstobjekt empfinden. Er wird sich mangelhaft und den Ansprüchen seines Gegenübers nicht gewachsen fühlen, womit er die unerträglichen Abhängigkeitsgefühle seines Patienten aufnimmt. Zeigt der Patient seine zugewandte, freundliche Seite, wird auch der Therapeut in der Gegenübertragung stolz auf ihn als den »besonderen Patienten« empfinden und in grandioser Selbstüberschätzung hohe Erwartungen an seinen Therapieerfolg knüpfen, womit er im Grunde die Maßlosigkeit und Selbstüberschätzung des Patienten widerspiegelt.

Die dominant-freundlich zugewandte Beziehungsgestaltung kippt in eine eher dominant-distanzierte oder auch feindselige Haltung, wenn in den therapeutischen Sitzungen Probleme oder auch nur Fragen der alltäglichen Realität und Beziehungen des Patienten angesprochen werden. Empörung und Leugnung sind eine häufige Folge. Der narzisstisch gestörte Patient »schaltet ab«, er wird »blind« und »taub« für das, was an ihn herangetragen wird. In der Gegenübertragung kann der Therapeut durchaus Schuldgefühle empfinden, seinen Patienten mit den »Banalitäten« des Alltags konfrontiert zu haben. Es sind die abgewehrten, weil unerträglichen Versagungsängste und Schuldgefühle des Patienten. Konflikte mit der Realität, wie z. B. die nächste Terminabsprache, können schon ab der ersten Stunde eine bedeutende Rolle spielen. Der Patient wird – sich in großer Abhängigkeit fühlend – dann auch nicht scheuen, den Therapeuten zu entwerten, indem er ihn herablassend behandelt. Bei Kindern zeigt sich diese Haltung darin, dass sie z. B. das vorhandene Spielzeug als für sie nicht gut genug erachten. Da gerade narzisstisch gestörte Patienten die Abhängigkeit vom Therapeuten nur schwer ertragen und sie unbewusst neidisch auf ihn sind, kann es zur negativen therapeutischen Reaktion kommen, d. h. es geht dem Patienten gerade dann schlechter, wenn er erkennen muss, dass der Therapeut hilfreich für ihn sein könnte bzw. ist. In diesem Fall müssten die Abhängigkeit vom Therapeuten sowie dessen Fähigkeiten anerkannt werden. Gerade dann aber kann es zum Therapieabbruch kommen.

Die Aufspaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen sollte im Laufe der Therapie zugunsten eines realistischen Selbstkonzepts und der Entwicklung der Fähigkeit zur Objektkonstanz aufgelöst werden, so dass negative Aspekte nicht mehr verleugnet und abgespalten werden müssen. Das heißt, dass das Aushalten von Ambivalenz ein wesentliches Ziel des therapeutischen Prozesses sein muss. Damit eng verbunden ist auch der Abschied von der eigenen Grandiosität und der Anerkennung von Abhängigkeit, die sowohl depressive als auch Schuldgefühle nach sich ziehen kann. In dem Maße, in dem die Spaltung abnimmt, verändert sich die therapeutische Beziehung dahingehend, dass überwiegend trian-

guläre Strukturen an die Stelle der Dyade treten, der Therapeut kann zunehmend als eigenständiges Objekt gesehen werden. Sprache wird in diesem Prozess zu einem dritten Element. Das Kind braucht sich z. B. nicht mehr die Ohren zuzuhalten, wenn der Therapeut eine Spielhandlung kommentiert, dem Jugendlichen kann es dann zunehmend gelingen, sich mit Hinweisen und Deutungen des Therapeuten auseinanderzusetzen. So beinhaltet der therapeutische Prozess auch eine Entwicklung vom Agieren zum Mentalisieren. Während es beim Agieren um einen unmittelbaren, nicht zu regulierenden Ausbruch narzisstischer Wut geht, steht das Konzept der Mentalisierung für »Identifizierung, Modulierung und Äußerung von Affekten« (Fonagy et al., 2002, S. 467).

Bei *Borderline-Störungen* steht die Arbeit an der instabilen Beziehung im Vordergrund. Initiale negative Übertragungen werden nicht angenommen (»Ich bin nicht so, wie Du das bisher erfahren hast«). Infolge heftiger Gegenübertragungsreaktionen, in denen sich der Therapeut zur »Unperson« gemacht fühlt, ist dies mitunter nicht so einfach. Es ist wichtig, Bedingungen herzustellen, in denen sich das Kind/der Jugendliche sicher fühlen kann. Bisherige Beziehungen hatten einen beängstigenden, bedrohlichen und/oder misshandelnden Charakter. Durch Überaktivität, raschem Pendeln in unterschiedlichen »Zuständen« wird der Therapeut unter Kontrolle gehalten. Ein freundliches Beziehungsangebot kann die Angst vor dem Therapeuten nicht aufheben – im Gegenteil: Wird die Beziehung zu nahe und zu intensiv, bekommt sie ein perverses Muster (von Zuwendung und Zerstörung zugleich). Gerade im Umgang mit dem destruktiven Agieren der Kinder oder Jugendlichen zu Beginn der Therapie ist es besonders schwer, ohne dabei Rache zu nehmen oder zerstört zu werden, als jemand aufzutauchen, der eine neue Beziehungserfahrung anbietet.

Daher können es zunächst bestimmte Spiele sein, die Struktur geben oder der Spaziergang außerhalb des Zimmers (Eissler, 1978: »Parameter«), um die sich initial herstellende destruktive Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung zu vermeiden. Sicherheit wird auch dann gewährleistet, wenn die Destruktivität begrenzt wird. Sobald das Kind oder der Jugendliche in der Übertragung zum Therapeuten seine bedrohlichen, beängstigenden Objektbeziehungen erfährt, besteht die Gefahr der Wiederherstellung überwältigender Beziehungserfahrungen, die zu einem frühen Zeitpunkt noch nicht bearbeitet werden können. Hier ist es wichtig, frühzeitig das Miteinander-verstrickt-Sein zu erkennen und Schritte der Distanzierung bzw. der Triangulierung zu unternehmen (Streeck-Fischer, 2007). Es geht um die Überwindung der perversen oder malignen Container-contained-Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung, die sich über projektive Identifizierungen herstellt, und um den Aufbau eines triangulären Raumes, der neben der subjektiven Erfahrung (der ersten Person) eine objektive Sicht (dritte Person) existieren lässt.

Zumeist verfügt das Kind bzw. der Jugendliche über keine ausreichende Symbolisierungsfunktion, so dass es wichtig ist, mit ihm diese Fähigkeiten nachzuentwickeln. Spiele der Entwicklung können dabei hilfreich sein. Das sind Spiele, die in der frühen Entwicklung eine Bedeutung haben, z. B. das Guck-guck-da-Spiel oder das Verstecken-und-gefunden-werden-Spiel, beides Spiele, bei denen der Therapeut zu einem nur vorübergehend abwesenden und berechenbaren Objekt wird. Gemeinsam Geschichten lesen oder erfinden kann sinnvoll sein, um dem Kind zu vermitteln, Phantasien können etwas Schönes sein und nicht ebenso schrecklich wie die vergangenen Erfahrungen. Die Mentalisierung durch Markierung und die Versprachlichung von gehandelten Gefühlen, Gedanken und Absichten haben einen zentralen Stellenwert in solchen Behandlungen. Der Therapeut nimmt das Kind oder den Jugendlichen als wünschende, fühlende und denkende Person wahr und spiegelt dies zurück (Fonagy, Target, 2004) oder mit Winnicott: ein holding, handling, objectpresenting – Halten, Aushandeln, sich als präsent Objekt anbieten.

Zunächst ist in der Therapie solcher Kinder und Jugendlicher eher ein interaktionelles, beantwortendes Vorgehen angezeigt (Hurry, 2002). Gleichzeitig sind Strukturierungen in »das geht«, »das geht nicht« erforderlich. Es ist notwendig, aus dem Miteinander-verstrickt-Sein, sei es im Spiel oder auch in der Interaktion, herauszukommen, um einen distanzierenden Bezug herzustellen, um das Ganze auf einer Als-ob-Ebene (Spiel) zu betrachten.

Kinder und Jugendliche mit Borderline-Störungen sind oftmals nicht in der Lage zu erkennen, dass es verschiedene Betrachtungsweisen der Realität geben könnte. Die andere objektive Sicht (der dritten Person) kann ggf. eine Katastrophe darstellen (Britton, 2004). Der Zustand der Umwandlung der Einheit mit der Mutter, die nur eine Realitätswahrnehmung existieren lässt, in ein Dreisein, das ein dynamisches Zusammenspiel zwischen Symbol, Symbolisiertem und interpretierendem Subjekt ermöglicht hätte: »Ich sehe es so, Du siehst es anders«, steht ihnen nicht zur Verfügung. Ein triadischer Raum muss dann erst noch eröffnet werden.

Infolge der Grenzverwischungen zwischen Realität und Fantasie ist der Therapeut in der Gegenübertragung Verwirrungen ausgesetzt, die aufgenommen und gehalten werden müssen, solange sie nicht in der unmittelbaren Interaktion sortiert werden können. Die verzerrten Wahrnehmungen, die der Therapeut in der Gegenübertragung mitunter kaum ertragen kann, sind nicht korrigierbar, z. B. die Realität war doch anders: »Du warst doch aggressiv und nicht der andere«, »Du hast doch als erstes geschlagen«. Es gibt keine Arbeit während einer überwältigenden Szene zwischen Kind und Therapeut – nur nachträglich und dann in der Betrachtung der gemeinsam hergestellten Szene: »Ich habe etwas getan, und du hast etwas getan.« Ist der Raum zwischen Therapeut und dem jungen Patienten kollabiert und entspricht die innere Realität der äußeren, ist es wichtig an-

zunehmen, das man z. B. zu jemanden geworden ist, der etwas Schlechtes gemacht hat. Es handelt sich nicht primär um eine Übertragung, die angenommen werden sollte, sondern um reale Konkretisierungen einer frühen pathologischen Beziehungserfahrung, die erkannt und relativiert werden müssen.

Eine Bearbeitung der Vergangenheit ist zumindest am Anfang der Therapie kontraindiziert, da keine ausreichenden Ich-Fähigkeiten zu ihrer Bewältigung vorliegen. Durch solche Vorgehensweisen werden maligne Prozesse in Gang gesetzt, die nur schwer rückgängig gemacht werden können. Entsprechendes gilt für Erinnerungen an traumatische Belastungen, die beim Therapeuten deponiert werden können, jedoch nicht aufgegriffen und bearbeitet werden sollten. Da das Ich unter traumatisierenden Bedingungen überwältigt wurde, gibt es keine Ich-Kräfte, die in der Lage wären, damit umzugehen. Die Arbeit sollte im Hier und Jetzt und zur Bewältigung der Gegenwart, die von der Vergangenheit durchdrungen ist, unter Beachtung der oben erwähnten Wege erfolgen. Ob eine Bearbeitung einer Übertragung möglich ist, die von lebensbedrohlichen Traumaerfahrungen gekennzeichnet ist, wird in der Behandlung Erwachsener kontrovers diskutiert. Bei Kindern liegen hier allerdings günstigere Bedingungen vor, insofern als sie über die Spielebene verfügen, auf der schreckliche traumatisierende Bedingungen ausgetragen werden können, ohne dass sie real werden. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass das Spiel nicht außer Kontrolle gerät und die Destruktivität nicht zu einer realen Erfahrung in der Beziehung mit dem Therapeuten wird (Streeck-Fischer, 1997). Eine solche Sequenz sollte sofort beendet werden. Bei Jugendlichen sind die Voraussetzungen schwieriger, da sie die Spielebene verlassen haben, der Raum für eine Kommunikation aber noch nicht sicher etabliert ist.

Infolge der massiven Störungen und der Intensität des therapeutischen Prozesses geht nicht selten die Zeitbegrenzung als ein wichtiger Bestandteil der Realität verloren – auch im Sinne einer Gegenübertragungsreaktion. Davon abzugrenzen ist, dass die Höchstleistungsgrenze der Kassenleistung mitunter in der Behandlung solcher Kinder und Jugendlicher nicht ausreicht. Behandlungsergebnisse sind bei Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Störungen oft begrenzt. In Vordergrund der Therapie sollte ihre Stabilisierung stehen, damit sie die nächste Entwicklungsphase erreichen, ansonsten hinkt man mit ihnen immer hinter den Entwicklungsnotwendigkeiten hinterher.

Aufgrund des Fehlens von Empathie, Schuldgefühlen, sozialer Kompromissfähigkeit und situativ geprägter Beziehungsgestaltung im Sinne vordergründiger Anpassung ist die Therapie von *antisozialen Störungen* besonders schwierig. Zudem haben sie keinen Leidensdruck, sondern ziehen eher Befriedigung aus ihrem antisozialen Verhalten, und somit fehlt jede Einsicht oder Bereitschaft sich einer Psychotherapie zu stellen, beziehungsweise sie sehen keine Notwen-

digkeit dazu. Infolge der ungünstigen Behandlungsergebnisse werden psychodynamische Therapieansätze sehr kritisch gesehen. Hinzukommt, dass von solchen Patienten die Psychotherapie nicht selten zur Perfektionierung der antisozialen Verhaltensmuster verwendet wird. Fonagy et al. (2002) sprechen von »misuse« (ungünstigem Gebrauch, nach Streeck-Fischer) der Mentalisierung solcher Patienten. Salekin, Frick (2005) hält dagegen den therapeutischen Pessimismus für ein Vorurteil, das sich nicht auf systematische empirische Forschung stützen kann. Klinische Erfahrungen im Umgang mit diesem Klientel wurden bisher nur mangelhaft in der Forschung berücksichtigt. Ansätze, die milieutherapeutische Ansätze mit einem psychologisch-pädagogischen Konzept und Prinzipien der Selbsthilfe verbunden haben, scheinen nicht ungünstig.

P. Kernberg betont, dass die Behandlung der antisozialen Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen noch in der Entwicklung begriffen ist. Sie bezieht sich dabei auf eine persönliche Mitteilung Achenbachs (zit. n. P. Kernberg, 2000), in der er darauf hinweist, dass man mit einer Prognose äußerst vorsichtig sein sollte. Es ginge auch immer darum, Maßnahmen zu treffen, die Folgeschäden für Familie und Gesellschaft begrenzen. Kernberg hat insbesondere Maßnahmen beschrieben, die sich auf den familiären Rahmen beziehen.

Ältere psychotherapeutische Ansätze im Umgang mit antisozialer Störung wie von Fritz Redl, Winemann (1952) und August Aichhorn (1951) haben vor allem in der Heimerziehung an Bedeutung gewonnen. Es geht dabei um die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung, die es dem Kind ermöglicht, aus Zuneigung zum Betreuer sein Verhalten zu ändern. P. Kernberg (2000) schlägt vor, bei jedem Kind und Jugendlichen im Einzelfall zu explorieren, wie eine Beziehung, eine soziale Kompetenz, eine Gewissensbildung und Verantwortlichkeit und nach Aichhorn eine Objektbindung zu entwickeln ist. Cohen (2004) hat aufgezeigt, dass Kinder mit antisozialer Entwicklung zu Veränderungen in ihrem Verhalten in der Lage sind, wenn sie über mehrere Jahre in einer Institution behandelt werden und besonders Aspekte ihrer frühen Bindungsstörung im Blick sind.

Bei der antisozialen Entwicklung ist es grundsätzlich notwendig, aus dem Alsbob des Vortäuschens herauszukommen und eine authentische Beziehung zu entwickeln. Sie flüchten sich in einen Zustand des Unwirklichen, da sie sich sowohl vor der inneren als auch vor der äußeren Realität fürchten. Das Gefühl des Vortäuschens oder des Betrügerischen bildet sich vor allem in der Gegenübertragung ab, der eine hohe und letztlich den therapeutischen Prozess steuernde Funktion zukommt. Es ist ungemein schwer, hier einen Ansatzpunkt zu finden, der ermöglicht, dass es Entwicklung geben kann.

### *Heilungserfolg und Evaluierung*

Die Bedeutung der psychodynamischen Psychotherapie bei der Behandlung von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen ist durch zahlreiche psychoanalytische Arbeiten belegt worden. Es gibt umfassende Darstellungen von behandelten Fällen in der Fachliteratur (P. Kernberg, 2001; Fonagy, 1995; Hurry, 2002; Diepold, 1995; u. a.). Dies entspricht der Evidenzstudie 1.

Bisher fehlen jedoch methodisch qualifizierte Studien, die Aussagen darüber machen, wie wirksam die psychoanalytische Behandlung von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen kurz- und langfristig ist. Es ist überhaupt schwierig, unter der diagnostischen Klassifikation »Persönlichkeitsentwicklungsstörung« Forschungsstudien zu finden, so dass sich die Frage stellen könnte, ob es gut ist, diese Leitlinie zu verwenden. Dass die Behandlung von Persönlichkeitsentwicklungsstörungen im Kindesalter kaum beforscht wurde, liegt zum einen daran, dass diese Klassifikation im Kindes- und Jugendalter nach wie vor umstritten ist (vgl. Kernberg, Shapiro, 1990.), zum anderen daran, dass in kinderpsychiatrischen Arbeiten und der dortigen Forschung diese diagnostische Kategorie in der Regel nicht verwendet wird. Das bedeutet, dass hier ein hoher Forschungsbedarf vorliegt. Gleichzeitig wird es erforderlich sein, andere diagnostische Einordnungen zu verwenden, damit eine Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

Das bedeutet, dass es erforderlich ist, die jeweiligen komorbiden Störungen neben den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 6) mit aufzuführen, wie die Anpassungs- und Belastungsstörungen (F 43), die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F 9), davon insbesondere die Störungen des Sozialverhaltens, die kombinierten Störungen des Sozialverhaltens, ADHS, die Bindungsstörung mit Enthemmung, sonstige Störungen sozialer Funktionen usw.

Schließt man die hier genannten komorbiden Störungen in die Betrachtung von Wirksamkeitsstudien mit ein, lassen sich folgende Studien nennen (Windaus, 2004).

Eine randomisierte kontrollierte Studie von Trowell et al. (2002) zur Psychotherapie nach sexuellem Missbrauch von sechs- bis vierzehnjährigen Kindern und Jugendlichen könnte sich auf diese Störungsgruppe beziehen. Es handelt sich offenbar um eine besonders schwierige Patientenklientel, die eine Kurzzeitpsychotherapie (KZT) im Vergleich mit einer psychoedukativen Gruppentherapie erhalten hat. Hier kann in einer Follow-up-Studie die Verfahrensüberlegenheit der psychodynamischen Psychotherapie deutlich gemacht werden.

Die von Lush et al. (1991), eine an der Tavistock-Clinic in London erstellte naturalistische Studie zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Kin-

dern mit starker emotionaler Deprivation im Vergleich mit unbehandelten Kindern, belegt die Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapie. Wegen ungenauer Diagnostik und fehlender Kontrollbedingungen kann sie als Wirksamkeitsnachweis jedoch nicht verwendet werden.

Eine RCT-Studie (1989) von Szapocznik an Kindern mit Verhaltensstörungen im Alter von acht bis zwölf Jahren belegt die Wirksamkeit von psychodynamischer Kinderpsychotherapie.

Allerdings erwies sich die strukturelle Familientherapie in einer Follow-up-Studie der psychodynamischen Psychotherapie überlegen.

Kinder mit expansiven Störungen, untersucht von Fonagy und Target (1995), können den Persönlichkeitsentwicklungsstörungen ebenfalls zugemessen werden. Diese retrospektive Stichprobe (n=763) verdeutlicht, dass Kinder mit emotionalen Störungen deutlich bessere Ergebnisse durch die analytische Psychotherapie vorwiesen als die Gruppe der expansiven Störungen.

Die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurden von Fonagy et al. (2002) nach Diagnosen mit narzisstischen und Borderline-Störungen bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen untersucht. Die Studie ist bisher noch nicht abgeschlossen und enthält keine Kontrollgruppe, sondern einen Vergleich zweier Therapiegruppen mit unterschiedlicher Behandlungslänge.

Die neueste Untersuchung von der Heidelberger Gruppe (2005) zeigt im Bereich der Verhaltensstörungen im Verhältnis zu den Ergebnissen bei Angststörungen und Depression eine deutlich geringere Wirksamkeit. Es handelt sich allerdings um KZT, die als Therapieform bei dieser Störungsgruppe nicht als ausreichend angesehen werden kann.

Alle drei Untergruppen der Persönlichkeitsentwicklungsstörung – die Borderline-Entwicklungsstörung, die narzisstische und die antisoziale Persönlichkeitsentwicklungsstörung – sind bisher mangelhaft beforscht. Die mangelnde Evidenz verweist jedoch nicht auf die Unwirksamkeit der Langzeitbehandlung (Kazdin, 2000). Hier sind Studien dringend angezeigt, die verdeutlichen, dass eine Langzeitbehandlung bei solchen Kindern und Jugendlichen eine hohe Wirksamkeit hat.

*Literatur*

- Abelin, E. L.: Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. In: Stork, J. (Hrsg): *Das Vaterbild in Kontinuität und Wandlung*. Stuttgart (Fromman-Holzboog), 1986; 45-72.
- Ackerman, P. T./Newton, J. E. O./McPherson, W. B./Jones, J. G./Dykman, R. A.: Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical and both). *Child Abuse & Neglect*, 1998; 22: 759-774.
- Ad-Dab'Bagh, Y./Greenfield, B. (2001): Multiple Complex Developmental Disorder: The »Multiple and complex« evolution of the »Childhood Borderline Syndrom« Construct. *J Am Acad Child Adoles Psychiat* 40: 954-964.
- Aichhorn, A. (1951.): *Verwahrloste Jugend*. Bern (Verlag Hans Huber).
- Ainsworth, M. D. S. (1985): Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 61: 771-791.
- Akhtar, S.: Deskriptive Merkmale und Differentialdiagnose der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. F. (Hrsg.): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, 1996, S. 1-29.
- American Psychiatric Association: *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV*. Hogrefe 4. Auflage 1996.
- Arbeitskreis OPD-KJ. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern (Huber), 2003.
- Balint, M. (1969): *Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.
- Balzer, W. (1990): Der Tod und der Kompass. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 28: 9-47.
- Beebe, B./Lachmann, F. (2002): *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart (Klett-Cotta), 2004.
- Benjamin, L. S.: *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York, 1993.
- Bemporad, J. R./Smith, H. F./Hanson, G./Cicchetti, D. (1982): Borderline-Syndromes in Childhood: Criteria for Diagnosis. *Am J Psychiat* 139: 596-602.
- Bemporad, J. R./Smith, H. F./Hanson, G.: The Borderline Child. In: Noshpitz, J. (ed.): *Basic Handbook of Child Psychiatry*. Vol. 5. New York (Basic Books), 1987, 305-311.
- Benjamin, L. S. (1993): *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York.
- Bick, E. (1968): Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In: Bott-Spilius, E. (Hrsg.) *Melanie Klein heute* Band I, München (Internat. Psychoanalyse), 1990.
- Bion, W. R. (1962): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp), 1990.
- Bleiberg, E. (1994): Borderline Disorders in Children and Adolescents – The Concept, the Diagnosis and the Controversis. *Bull Menninger* 58: 169-196.
- Bowlby, J. (ed.): *Attachment and loss*. Vol. 3, New York (Basic Books), 1980.
- Bower, G. H./Sivers, H. The cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology* 1998, 10: 625-653.

- Britton, R. (2004): Subjectivity, Objectivity and the triangular space. *Psychoanalytic Quarterly*, 2004, 73: 47-61.
- Bürgin, D./Meng, H.: Gibt es Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen? In: Kernberg, O./Dulz, B./Sachsse, U. (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer) 2000, 755-770.
- Burgner, M. (1985): The oedipal experience: Effects on development of an absent father. *Int J Psychoanal* 66: 311-320.
- Chethik, M. (1986): Levels of Borderline-Functioning in Children: Etiological and Treatment Considerations. *Am Orthopsychiat Ass* 56: 109-119.
- Chethik, M. (1989): *Techniques of Child Therapy*. New York (The Guilford Press), 1989.
- Cicchetti, D./Beeghly, M.: Symbolic development in maltreated youngsters: An organizational perspective. In: Cicchetti, D./Beeghly, M. (eds.): *Symbolic Development in Atypical Children*. San Francisco CA: (Joey-Bass), 1987, S. 49-68.
- Clarkin, J. F./Yeomans, F. E./Kernberg, O. F. (Hrsg.): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart (Schattauer), 2001.
- Cloninger, C. R./Pryzbeck, T. R./Svrakic, D. M./Wetzel, R. D. (eds.) (1994): *The Temperament And Character Inventory (TCI). A Guide to its Development and Use*. St. Louis MO (Washington University Center for Psychobiology of Personality).
- Cohen, Y. (2004): *Das mißhandelte Kind. Ein psychoanalytisches Konzept zur integrierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).
- Cohen, D. J./Paul, R./Volkmer, F.: Issues in the Classification of Pervasive Developmental Disorders and Associated Conditions. In: Cohen, D. J./Donnelean, A. M. (eds.): *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. New York (Wiley), 1987.
- Cohen, P./Cohen, J./Kasen, S./Velez, C./Haramark, C./Johnson, J./Rojas, M./Brooks, J./Strenning, E. (1993): Epidemiology study of disorders in late childhood and adolescence: Age- and gender-specific prevalence. *J. Child Psychol Psychiat* 34: 6, 851-867.
- Cole, P. M./Putnam, F. W. (1993): The effects of incest on self and social functioning: A developmental psychopathologic perspective. *J Consul Clin Psychol* 60: 174-185.
- Costa, P. T./McCrae, R. (1990): Personality Disorders and the Five-Factor-Model of Personality. *J Personal Disord* 4: 362-371.
- Crittenden, P.: Attachment and Psychopathology. In: Goldberg, F./Muir, R./Kerr, J. (eds.): *Attachment Theory*. New York (The Analytic Press), 1995, S. 367-406.
- DeBellis, M. D./Keshavan, M. S./Clark, D. B./Giedd, J. N./Boring, A. M./Frustraci, K./Ryan, N. D.(1999b): Developmental traumatology Part II: brain development. *Biological Psychiatry* 43: 1271-1284.
- Deutsch, H. (1942): Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytisch Quarterly* 11:301-321.
- Diepold, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern. Unveröffentlichte Dissertation, 1994.
- Diepold, B. (1995): Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern. *Prax Kinderpsychol. Kinderpsychiat* 44: 270-279.
- Diepold, B.: Therapeutic space and containment in children with borderline disorder. 181-189. In: Diepold, B.: *Spiel-Räume, Erinnern und Entwerfen*. Göttingen (Universitätsverlag), 2005.

- Dithrich, C. W. (1991): Pseudologia Fantastica, Dissociation and Potential Space in Child Treatment. *Int. J. Psychoanal* 72: 657.
- Driessen, M./Beblo, T./Reddemann, L./Rau, H./Lange, W./Silva, A./Berea, R./Wulff, H./Ratzka, S. (2002): Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? *Nervenarzt* 73: 820-829.
- Eissler, K. R. (1958): Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion. *Psyche* 20: 837-852.
- Ekstein, R./Wallerstein, J.: Observations on the Psychology of Borderline and Psychotic Children. *Psychoanal Study Child* 9, 1954: 344-369.
- Ekstein, R. (1966): *Grenzfallkinder*. München (Reinhardt), 1973.
- Esser, G./Dinter, R./Jörg, M./Rose, F./Villalba, P./Laucht, M./Schmidt, M. (1993): Bedeutung und Determinanten der frühen Mutter-Kind-Beziehung. *Z Psychosom Med Psychoanal* 39: 246-664.
- Felitti, V. J./Anda, R. F./Norderberg, D./Willimason, D. F./Spitz, A. M./Edwards, V./Koss, M. P./Marks, J. S. (1998): Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14: 245-258.
- Ferenczi, S. (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen mit dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In: Ferenczi, S. (Hrsg.). *Bausteine der Psychoanalyse*. Bd. 3. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1984; 511-525.
- Ferenczi, S. (1913): Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. In: Balint, M. (Hrsg.): *Sandor Ferenczi: Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. I. Bern, 1964, S. 58-61.
- Fonagy, P. (1995): Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction of borderline personalities. *Int J Psycho Anal* 76: 39-44.
- Fonagy, P./Target, M. (1995): Understanding the Violent Patient: The Use of the Body and the Role of the Father. *Int J Psychoanal* 76: 487-501.
- Fonagy, P./Target, M. (2000): Playing with reality III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *Int J Psychoanal* 81: 853-873.
- Fonagy P, Target M (2002): Ein interpersonelles Verständnis des Säuglings. In: A Hurry (Hrsg.): *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel), 2002, S 11-42.
- Fonagy, P./Gergeley, G./Jurist, E. J./Target, M.: *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta), 2004.
- Fraiberg, S. (1982): Psychological defences in infancy. *Psychoanalytic Quarterly* 51: 612-635.
- Freud, A. Die Diagnose von Borderline-Fällen. 1952. In: *Die Schriften der Anna Freud*. München (Kindler) 1960; 1895-1907.
- Freud, A: *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. 1965. Bern, Stuttgart (Huber-Klett-Cotta) 1971.
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. *GW XIII*. Frankfurt a. M. (Fischer) 1976, S. 1-69.
- Gabbard, G. O. (2005): *Psychodynamic Psychiatry*, Washington DC, London (American Psychiatric Publishing Inc.).

- Geleerd, E. R. (1958): Borderline states in childhood and adolescence. *Psychoanalytic study Child* 8: 279-295.
- Giaconia, R. M./Reiherz, H. Z./Silverman, A. B./Pakiz, B./Frost, K./Cohen, E. (1995): Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 34: 1369-1380.
- Giovacchini, P. (1978): The Borderline Aspects of Adolescence and the Borderline State. In: Feinstein, S./Giovacchini, P. (eds.) *Adolescence psychiatry*. Chicago, 320-338.
- Glasser, M. (1992): Problems in the psychoanalysis of certain narcissistic disorders. *Int J Psychoanal* 73: 493-503.
- Glassmann, M. (1998): Kernberg and Kohut: A test of competing psychoanalytic models of narcissism. *J Am Psychoanal Assoc* 36: 597-625.
- Gray, J. A. (ed.): *Elements of a Two-Process-Theory of Learning*. New York (Academic Press) 1975.
- Gudzer, J./Paris, J./Zelkowitz, P./Marchessault, K.: Riskfactors for Borderline Pathology in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 35, 1996: 26-33.
- Gudzer, J./Paris, J./Zelkowitz, P./Feldman, M. D. (1999): Psychological Riskfactors for Borderline Pathology in School-age Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 38: 206-212.
- Grunberger, B. (1971): *Vom Narzissmus zum Objekt*. Frankfurt a. M.
- Gunderson, J./Kolb, J.: Discriminating Features of Borderline-Patients. *Am J Psychiat* 135, 1978: 792-96.
- Hare, R. D.: Eigenschaften von antisozialen Borderline-Patienten und Psychopathen: Konsequenzen für das Gesundheitswesen und das Strafrecht. In: Kernberg, O./Dulz, B./Sachsse, U. (Hrsg.): *Handbuch für Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer), 2000, 393-411.
- Henderson, H./Fox, N. A./Rubin, K. H.: Temperamental Contributions to Social Behavior: The Moderating Roles of Frontal EEG Asymmetry and Gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 40, 2001: 68-100.
- Herman, J. L./Perry, J. C./van der Kolk, B. A. (1989): Childhood trauma in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiat* 146: 490-495.
- Herpertz S, Herpertz-Dahlmann, Saß H (2001): Prädiktoren von Persönlichkeitsstörungen. *PTT* 5: 205-215.
- Herpertz, S. C./Habermeyer, E. (2004): »Psychopathy« als Subtyp der antisozialen Persönlichkeit. *PTT* 8: 73-82.
- Hofer, M. A.: Hidden Regulators. Implications for a new understanding of attachment and separation and loss. In: Goldberg, S./Muir, R./Kerr, J.: *Attachment theory. Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, New York (Analytic Press), 1996, S. 203-230.
- Hurry, A.: Psychoanalyse und Entwicklungstherapie. In: Hurry, A. (Hrsg): *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel) 2002, S. 43-89.
- Kagan, J.: *Unstable ideas: Temperament, cognition and the self*. Cambridge, MA, Harvard (University Press) 1989.
- Kagan, J./Zentner, M. (1996): Early childhood predictors of adult psychopathology. *Harvard Rev Psychiat* 3: 341-350.

- Kazdin, A. E. (2000): Treatment for aggressive and antisocial children. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 9: 841-58.
- Keilson, H.: *Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart (Enke) 1979.
- Kernberg, O.: *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp) 1978.
- Kernberg, O. (Hrsg.): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart 1996.
- Kernberg, O. (1999): Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. *PTT 1*: 5-15.
- Kernberg, O.: Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg, O./Dulz, B./Sachsse, U.: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer), 2000, S. 45-56.
- Kernberg, O. F./Hartmann, H. P. (Hrsg.) (2006): *Narzissmus, Grundlagen-Störungsbilder-Therapie*, Stuttgart.
- Kernberg, P./Shapiro, T. (1990): Resolved: Borderline Personality exists in children under Twelve. Debate Forum. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 29: 478-483.
- Kernberg, P.: Die Formen des Spielens. In: *Studien zur Psychoanalyse: Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse*. Göttingen (Vandenhoeck), 1995.
- Kernberg, P.: Narzisstische Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit. In: Kernberg, O. (Hrsg.): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart 1996, S. 191-217.
- Kernberg, P./Weiner, A./Bardenstein, K. (2000): *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart (Klett-Cotta), 2001, S. 200-216.
- Khan, M. M. R. (1963): The Concept of Cumulative Trauma. In: Khan, M. M. R.: *The Privacy of the Self*. London (Hogarth), 1974.
- Kleeman, J. A. (1973): The peek-a-boogame. *J Am Acad Child Psychother* 12: 1-23.
- Klein, M.: Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: R Cycon (Hrsg.): *Melanie Klein. Gesammelte Schriften*. Bd. 3 Schriften 1946–1963. Stuttgart (Frommann-Holzboog) 2000.
- Kohut, H. (1973): *Narzissmus – Eine Theorie der Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt a. M.
- Kohut, H. (1975): *Die Zukunft der Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.
- Kohut, H. (1979): *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt a. M.
- Kris, F. (1956): The Recovery of Trauma in Psychoanalysis. *Psa Study Child* 11: 54-88.
- Kurts, N. (1993): Das Kind, das nicht spielen konnte. In: *Kinderanalyse* 3, S.255-272.
- Lincoln, A. J./Bloom, D./Katz, M/Boksenbaum, N. (1998): Neuropsychological and Neurophysiological Indices of Auditory Processing Impairment in Children with Multiple Complex Developmental Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 37: 100-112.
- Lush, D./Boston, M./Graininger, E. (1991): Evaluation of psychoanalytic psychotherapy children: therapists, assessments and predictions. *Psychoanal. Psychother.* 5:191-234.
- Mahler, M. S./Kaplan, L.: Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. In: Hartocollis, P. (ed.): *Borderline Personality Disorders*. New York (International University Press), 71-86.
- Mahler, M.: *Symbiose und Individuation*. Band 1: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart (Klett-Cotta), 1972.
- Mahler, M. S./Pine, F./Bergmann, A.: *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt a. M. (Fischer), 1978.

- Marziali, E.: The Etiology of Borderline Personality Disorder: Developmental Factors. In: Clarkin, J. F./Marziali, E./Munroe-Blum, H. (eds.): *Borderline Personality Disorder*. New York (The Guilford Press), 1992, S. 27-44.
- Masterson, J. F. (ed.): *The Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York (Wiley), 1972.
- Meng, H./Schleske, G./Bürgin, D. (2002): Trianguläre Phänomene in der Behandlung Jugendlicher im milieuthérapeutischen Setting. Teil 1. Zur Entwicklung der Kapazität des triangulären Erlebens. *Kinderanalyse* 10: 23-39.
- Millon, T.: *Disorders of Personality, DSM-III, Axis II*. New York, 1981.
- Moffitt, T. (1993): Adolescence-limited and life course-persistent antisocial behaviour. *A developmental view. Psychol Rev* 100: 399-425.
- Morf, C./Rhodewaldt, F. (2006): Die Paradoxa des Narzissmus – ein dynamisches selbst-regulatorisches Prozessmodell. In: Kernberg, O. F./Hartmann, H.-P. (Hrsg.): *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie*. Stuttgart, S. 336-339.
- Ogata, S. N./Silk, K. R./Goodrich, S.: The childhood experience of the Borderline patient. In: Links, P. S. (ed.) (1990): *Family Environment and Borderline Personality Disorder*. Washington DC (American Psychiatric Press), 85-104.
- Ogden, T. H. (1985): On Potential Space. *Int J Psychoanal* 66: 129-41.
- Ornstein, P. H. (2006): Zur psychoanalytischen Psychotherapie narzisstischer Persönlichkeitsstörungen aus selbstpsychologischer Sicht. In: Kernberg, O. F./Hartmann, H.-P. (Hrsg.) *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie*. Stuttgart, S. 688ff.
- Ovid (1v./10n.): Metamorphoses III 339-510. In: Renger, A. B. (Hrsg.): *Mythos Narziss*. Leipzig, 1999, S. 45ff.
- Paris, J./Zelkowitz, P./Gudzer, J./Joseph, S./Feldman, R. (1999): Neuropsychological factors associated with borderline-pathology in children. *J Am Child Adolesc Psychiat* 38: 770-74.
- Paris, J.: Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O./Dulz, B./Sachsse, U.: *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer) 2000, S. 159-166.
- Perry, B. D./Pollard, R. (1998): Homeostasis, stress, trauma and adaptation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7: 33-51.
- Petti, T. A./Vela, R. M. (1990): Borderline Psychotic Behavior in Hospitalised Children: Approaches to Assessment and Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 29: 197-202.
- Piaget, J./Inhelder, B.: *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt a. M. (Fischer) 1977.
- Pine, F. (1974): On the concept »Borderline« in Children. *Psychoanal Study Child* 29: 341-369.
- Pine, F. (1986): On the Development of the Borderline-Child-to-be. *Am J Orthopsychiat* 56: 450-57.
- Putnam, F. W.: Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect* 16, 1993: 39-45.
- Redl, F./Winemann, D.: *Controls from within: Technics für the Treatment of the aggressive child*. New York (The Free Press), 1952.

- Resch, F./Möhler, E. (2006) Entwicklungspsychologie des Narzissmus. In: Kernberg, O. F./Hartmann, H.-P. (Hrsg.) *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie*. Stuttgart, S. 38.
- Rinsley, D. B.: Bemerkungen zur Entwicklungspathogenese der narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O. (Hrsg.): *Narzisstische Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart, 1996, S. 218-232.
- Rohde-Dachser, C.: *Das Borderline-Syndrom*. Bern (Huber), 1995.
- Rosenfeld, H. A. (1981): *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände*. Frankfurt a. M.
- Rothbart, M. K./Bates, J. E.: Temperament. In: Damon, W./Eisenberg, N. (eds.): *Handbook of Child Psychology*. Vol 3. Social Emotional and Personality Development. 5<sup>th</sup> ed. New York (Wiley) 1998.
- Rothstein, A. (1979) Oedipal conflicts in narcissitic personality disorders. *Int J Psychoanal* 60, S. 189-199.
- Rutter, M.: Stress, coping and development. Some issues and some Questions. In: Ganrmezy, N/Rutter, M. (eds): *Stress, coping and development in children*. New York (McGraw-Hill), 1983.
- Salekin, R. T./Frick, P. J. (2005): Psychopathy in children and adolescents. The need für a developmental perspective. *Journal of abnormal Child Psychology* 33: 403-409.
- Saunders, E./Arnold, F. (1993): A Critic of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline-Psychopathology. *Light of Findings about Childhood Abuse Psychiat* 56: 188-203.
- Schmeck, K. (2001): *Temperament und Charakter – Grundlagen zum Verständnis von Persönlichkeitsstörungen*. PTT 5: S. 13-19.
- Schore, A. N. (ed.): *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Hillsdale, New Jersey (Lawrence Erlbaum), 1994.
- Schore, A. N. (2001): The effects of early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Ment Health* 22: 221-68.
- Schore, A. N. (2002): Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian an Newsealand J Psychiat* 36: 9-30.
- Sevecke, K. et al. (2005): Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat* 3: 173-190.
- Steiner, H./Garcia, I. G./Matthews, Z. (1997): Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Psychiat* 36: 357-365.
- Sterba, R. F. (1934): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Zeitschrift für Psychoanalyse* 20: 66-73.
- Stern, D. (1985): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1996.
- Streeck-Fischer, A. (1996) Kämpfer in der Fremde. Störungsbilder bei männlichen Jugendlichen auf mittlerem Entwicklungsniveau mit so genannter falscher Strukturbildung. *Anal. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*. 27: 87-100.
- Streeck-Fischer, A. (1997): Verschiedene Formen des Spiels in der analytischen Psychotherapie. *Forum Psychoanal* 13: 19-37.
- Streeck-Fischer, A. (1999): Zur OPD Diagnostik des kindlichen Spiels. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 580-588.

- Streeck-Fischer, A.: Über Blockaden und Behinderungen im lebenslangen Lernen aus psychoanalytischer Sicht. In: Lempert, W./Achtenhagen, F. (Hrsg): *Lebenslanges Lernen im Beruf – seine Grundlegung im Kindes- und Jugendalter*. (Leske & Buderich), 2000.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Jugendliche mit Grenzenstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 49: 497-510.
- Streeck-Fischer, A. (2000a): Borderlinestörungen im Kindes- und Jugendalter – ein hilfreiches Konzept? *Psychotherapeut* 45: 356-365.
- Streeck-Fischer, A.: *Trauma und Entwicklung. Folgen früher Traumatisierung in der Adoleszenz*. Stuttgart (Schattauer), 2006.
- Streeck-Fischer, A.(2006): »Neglect« bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. *Psychotherapeut* 51: 80-90.
- Szapocznik, J./Rio, A./Murray, E. et al. (1989): Structural family versus psychodynamics child therapy for problematic Hispanic boys. *J.Consul. Clin. Psychol.* 57: 571-578.
- Towbin, K. E./Dykens, E. M./Pearson, G. S./Cohen, D. J. (1993): Conceptualising Borderline Syndrome of Childhood and Childhood Schizophrenia as a Developmental Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 32: 775-782.
- Tress, W./Wöller, W./Hartkamp, N./Langenbach, M./Ott J (2002)*Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart, S. 213-233.
- Trimborn, W. (2004): Der Verrat am Selbst – Zur Gewalt narzisstischer Abwehr. In: *Analytische Kinder-und Jugendlichen-Psychotherapie*, Heft 121, S. 7-33.
- Trowell, J. Kolvin, L. Weeramanthri T. Berelowitz, M- Glasser D. Leitch H. (2002): Psychotherapy for sexually abused girls. Psychopathological outcome findings and patterns of change. *The British Journal of Psychiatry* 180: 234-247.
- Tulving, E.: Episodic and semantic memory. In: Tulving, E./Donaldson, W. (eds.): *Organisation of Memory*. New York 1972, S. 381-403.
- van der Kolk, B. A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In: Streeck-Fischer, A. (Hrsg.): *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 1998.
- van der Kolk, B. A./Streeck-Fischer, A.: Gewaltbereitschaft als Traumafolge. In: Heitmeyer, W./Hagan, J. (Hrsg): *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Wiesbaden, Westdeutscher Verlag 2002, S. 1020-1042.
- Volkan, V. D.: *Primitive Internalized Object Relations*. New York (International Universities Press), 1976.
- Volkan, V. D.: Narcissic personality disorder. In: Cavenar, J. O./Brodie, H. K. H. (Ed.): *Critical Problems in Psychiatry*. Philadelphia, 1982, S. 332-350.
- Wahl, H. (2002): Narzissmus, narzisstische Persönlichkeit. In: Mertens, W./Waldvogel, R. (Hrsg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. S. 473-478.
- Weaver, T. L./Clum, G. D. (1993): Early Family Environments and Traumatic Experiences associated with Borderline Personality Disorder. *J Consult Clin Psychol* 61: 1068-1075.
- Westen, D. (1990): The relations among narcissism, egocentrism, self-concept, and self esteem. Experimental, clinical and theoretical considerations. *Psychoanal Contemp Thought*, 13: 182-239.
- Wink, P. (1991): Two faces of narcissism. *J Person Soc Psychol*, 61: 590-597.

- Willock, B. (1990): From Acting out to interactive Play. *Int J Psychoanal* 71: 321-334.
- Windaus, E. (2004): Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Forum Psychoanal* 20, 34-39.
- Winkelmann, K./Stefini, A./Hartmann M./Geiser-Elze, A./Kronmüller, A./Schenkenbach, C./Horn, H./Kronmüller, K. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 34: 599-614.
- Winnicott, D. W.: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt a. M. (Fischer), 1965.
- Winnicott, D. W. (1978): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1987.
- Winnicott, D. W. (1984): Die antisoziale Tendenz. In: *Aggression*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1988, S. 157-171.
- Zanarini, M. C./Gunderson, J. G./Frankenburg, F. R./Chauncey, D. L. (1990): Discriminating Borderline Personality Disorder from other Axis II Disorders. *Am J Psychiat* 147: 161-167.
- Zanarini, M. C./Williams, A. A./Lewis, R./Reich, B./Vera, S. C./Marino, M. F./Levin, A./Yong, L./Frankenburg, F. (1997): Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline-Personality Disorder. *Am J Psychiat* 154: 1101-1106.
- Zelkowitz, P./Paris, J./Guzder, J./Feldmann, R. (2001): Diatheses and Stressors in Borderline-Pathology of Childhood: The Role of Neuropsychological Risk and Trauma. *J Am Acad Child Psychiat* 40: 100-105.
- Zepf, S. (2000): *Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie*. Gießen.