

Streeck-Fischer, Annette

**Die Borderline-Persönlichkeit(entwicklung)sstörung im Jugendalter.
Diagnostik, Behandlungsvoraussetzungen, Gestaltung des
Rahmens, Phasen der Behandlung**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 8, S. 693-717

urn:nbn:de:bsz-psydok-48446

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Die Borderline-Persönlichkeit(entwicklung)sstörung im Jugendalter. Diagnostik, Behandlungsvoraussetzungen, Gestaltung des Rahmens, Phasen der Behandlung

Annette Streck-Fischer

Summary

The Borderline Personality (Development) Disorder during Adolescence. Psychological Assessment, Treatment Prerequisites, Framework Design, Treatment Phases

Following a critical discussion on the term Borderline Personality Disorder during adolescence, assessment criteria are compiled that illustrate this disorder. In an overview of the psychodynamic literature it is clearly stated that already in the 1960s Borderline Disorders were described in childhood and adolescence without any development of valid criteria for these since then. Except for numerous case studies of these Borderline Disorders, there has been no research undertaken within psychodynamic psychotherapy on this disorder during childhood and adolescence to date. Specific disorder-related therapy approaches, whose effectiveness have been confirmed in therapy studies on Borderline Disorders in adults, have so far not been adapted to treating children and adolescents that have Borderline Disorders. These are portrayed as well as the treatment prerequisites and framework conditions that allow for a disorder-specific development oriented interactional psychotherapy of adolescents with Borderline Disorders. The interactional psychotherapy in its adolescence-adapted form is only gone into on the side. In conclusion there is an overview given of the various phases of the treatment.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 693-717

Keywords

Borderline Personality (Development) Disorder – Psychological Assessment – Treatment Procedure – Treatment Phases

Zusammenfassung

Nach einer kritischen Diskussion des Begriffs der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter werden diagnostische Merkmale zusammengestellt, die für dieses Störungsbild kennzeichnend ist. In einem Überblick über die psychodynamische Literatur wird deutlich gemacht, dass dort bereits in den 60er Jahren Borderlinestörungen im Kindes- und Jugendalter beschrieben wurden, ohne dass seither valide Kriterien dafür entwickelt wurden. Abgesehen von einer Vielzahl von Falldarstellungen von Borderlinestörungen gibt es bisher keine Forschung in der psychodynamischen Psychotherapie zu diesem Störungsbild im Kindes-

und Jugendalter. Störungsspezifische Therapieansätze, deren Wirksamkeit in Therapiestudien an Borderlinestörungen von Erwachsenen bestätigt wurde, sind bisher auf Behandlungen von Kindern und Jugendlichen nicht adaptiert worden. Spezifische Probleme stellen sich gerade in der stationären Behandlung von Jugendlichen mit Borderlinestörungen. Diese werden dargestellt ebenso wie die Behandlungsvoraussetzungen und Rahmenbedingungen, die eine störungsspezifische entwicklungsorientierte interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit Borderlinestörungen ermöglichen. Die interaktionelle Psychotherapie in ihrer jugendlichenadaptierten Form wird an dieser Stelle nur am Rande dargestellt. Abschließend werden in einer Übersicht die verschiedenen Phasen der Behandlung festgehalten.

Schlagwörter

Borderline-Persönlichkeit(entwicklungs)störung – Diagnostik – Behandlungsverfahren – Phasen der Behandlung

Die entwicklungspsychologische Forschung zeigt, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit komplexen Störungen charakteristische Auffälligkeitsmerkmale (z. B. Störungen in der Affektregulation) aufweisen, die zeitlich überdauernd sind und die Diagnose einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung nahe legen. Dennoch wird die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Persönlichkeitsstörung überhaupt im Kindesalter kaum und im Jugendalter bis zum Alter von 16 Jahren zurückhaltend gestellt. Laut ICD-10 sollte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 16.-17. Lebensjahr vergeben werden. Das DSM-IV räumt ein, dass auch Kinder und Jugendliche eine Persönlichkeitsstörung haben können, wenn bestimmte Persönlichkeitszüge pervasiv und persistent sind, allerdings darf die Diagnose einer antisozialen Störung nicht vor dem 18. Lebensjahr verwendet werden.

Kernberg (1990, 2000) ist wiederholt für das Konzept der Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter eingetreten und hat anhand von klinischen Evaluationen gezeigt, dass es durchaus möglich ist, zuverlässige Kriterien für diese Diagnose zu finden. Entsprechende Aussagen sind auch mit Hilfe der OPD-KJ möglich, die – mit der Achse Struktur – Merkmale struktureller Störungen aufzeigt. Borderline-Persönlichkeitsstörungen bewegen sich danach zumeist auf einem gering integrierten strukturellen Niveau. Eine psychische Struktur im Sinne einer Disposition von Handlungs- und Erlebnisbereitschaften gibt es als ein ganzheitliches Gefüge bereits im frühen Kindesalter. Sie ist mit altersentsprechenden Anpassungsfähigkeiten und -notwendigkeiten verbunden (Arbeitskreis OPD-KJ 2003).

Die restriktive Handhabung der Borderlinediagnose wird damit begründet, dass eine Stigmatisierung des Kindes oder Jugendlichen vermieden werden soll. Zudem hat sich gezeigt, dass es nur eine vergleichsweise geringe Langzeitstabilität der Diagnose gibt, was Kernberg (mündliche Mitteilung) veranlasst hat, stattdessen von Borderline-States im Sinne von zeitlich begrenzten Episoden zu sprechen .

Die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eng an psychodynamische Erklärungsmodelle gebunden. Entsprechende Störungsbilder wurden schon früh nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen beschrieben (vgl. Ekstein u. Wallerstein, 1954; Geleerd, 1958; Freud, 1952; Masterson, 1972; Gunderson u. Kolp, 1978; Kernberg et al., 2000; Diepold, 1994; Streeck-Fischer, 1986, 1991). Dennoch haben psychodynamisch orientierte Therapeuten die Diagnose seit den 90er Jahren zunehmend selten verwendet – zum einen, weil das Borderline-Konstrukt mit einer Konfusion von deskriptiven, dynamischen und genetischen Ansätzen verbunden sei (Shapiro u. Kernberg, 1990), während die aktuelle Realität des Kindes vernachlässigt werde, zum anderen, weil sich mit Sicht auf Folgen traumatischer Belastungen in der Entwicklung (Streeck-Fischer, 1998, 2006) ein verändertes Verständnis durchsetzte.

Insbesondere im Bereich der Kinderpsychiatrie und -psychotherapie ist seit einigen Jahren ein zunehmend stärkeres Interesse an Persönlichkeit(entwicklungs)störungen festzustellen. Dies ist u. a. auf dem Hintergrund neuerer Befunde der Temperament-, Persönlichkeits- und neurobiologischen Forschung zu verstehen. Der wachsende Kostendruck im Gesundheitswesen lässt Forderungen nach Wirksamkeitsnachweisen von Therapien lauter werden, insbesondere bei Behandlungen kostenaufwändiger Störungsbilder wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Für die Therapie von Borderlinestörungen bei Patienten im Erwachsenenalter liegt bereits eine Reihe von Manualen vor, deren Wirksamkeit überprüft und bestätigt wurde (z. B. TFP, CBT, MbT). Darum liegt es nahe, vorhandene störungsspezifische Therapiemethoden für das Kindes- und Jugendalter zu adaptieren.

1 Zur Diagnose

Hauptmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von Impulsivität.

Personen mit BPS bemühen sich verzweifelt, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Zwischenmenschliche Beziehungen pendeln zwischen den Extremen von Idealisierung und Entwertung. Das Selbstbild ist von Instabilität gekennzeichnet. Die Patienten zeigen Muster selbstschädigender Impulsivität mit autoaggressiven Symptomäquivalenten (z. B. Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Substanzmittelmissbrauch), affektive Instabilität, heftige Wut und ein chronisches Gefühl innerer Leere (vgl. DSM-IV).

Die ICD-10 unterscheidet die emotional instabile Persönlichkeitsstörung nach einem Borderline-Typ und einem impulsiven Typ. Letzterer findet sich häufiger bei männlichen Jugendlichen.

Die diagnostischen Interviews und Checklisten des DSM-IV und der ICD-10 lassen sich auch auf Jugendliche anwenden (SCID II, Borderline-Persönlichkeit-

sinventar von Leichsenring, 1999; DIB von Gunderson, 1985). Allerdings ist es bei Jugendlichen schwierig, angesichts ihrer instabilen Lebenssituation zwischen einer alterstypischen (Erikson, 1976) oder einer pathologischen Identitätsdiffusion (Kernberg, 1978)¹ zu unterscheiden. Insbesondere die Adoleszenz kann mit Zeichen fast sämtlicher Subformen des Borderline-Syndroms einhergehen (Giovacchini 1978: borderline-ähnliches Verhalten). Phänomene wie Angst, Depression oder Identitätskrisen sind bei Borderline-Jugendlichen anhaltender und schwerer. Dennoch bleibt es häufiger im Ermessen des Untersuchers, die instabilen Beziehungen, mangelnde Selbstreflexivität oder die eingeschränkte Selbstregulation noch als Ausdrucksformen einer Adoleszenzkrise oder schon als Borderline-Persönlichkeitsstörung einzustufen (vgl. Resch et al., 2008). Daneben müssen chronische und komplexe Traumatisierungen berücksichtigt werden, die sich in spezifischen Symptomen (z. B. traumatische Reinszenierungen) zeigen und die einer besonderen – insbesondere therapeutischen – Beachtung bedürfen.

2 Exkurs zur Adoleszenzentwicklung

Jugendforscher und Jugendlichenpsychotherapeuten entwerfen unterschiedliche Bilder der Adoleszenz. Während Jugendforscher vor allem die heranreifenden Fähigkeiten sehen, steht für Psychoanalytiker und Psychotherapeuten das Krisenhafte der Adoleszenz im Vordergrund (vgl. Fend, 1990). Die akademische Psychologie konzentriert sich auf die kognitiven Strategien, die Copings, die Jugendliche in dieser Lebensphase erwerben, und die in erster Linie mit Fragebögen erfasst werden (vgl. auch Hurrelmann u. Albert, 2006). Demgegenüber beschäftigen sich Psychotherapeuten überwiegend mit der Emotionalität in der Adoleszenz. Die unterschiedlichen Bilder – krisenhafte Affektivität und coole kognitive Betrachtungen, die die eine und die andere der beiden Ansichten kennzeichnen – geben wichtige Informationen über die Adoleszenz. Sie verweisen auch auf spezifische neuronale Veränderungen in dieser Zeitspanne.

Das Bild der Lokomotive, die von einem unausgebildeten Fahrer in Bewegung gebracht wird (Dahl, 2004: „starting the engine with an unskilled driver“), bringt die Situation des Jugendlichen anschaulich zum Ausdruck. Eingeschränktes Können und mangelnde Steuerung der Impulsregulation bringen ihn dazu, dass er dazu neigt, mal zu schnell, mal zu langsam zu fahren, Signale zu übersehen oder vielleicht auf Nebengleisen zu landen u. ä. Die Bedeutung von Dysregulationen in der Adoleszenz wird an folgenden Daten deutlich (Dahl, 2004): Die Mortalität und Morbidität steigt im Adoleszenzalter um 200 %, und es kommt gehäuft zu Unfällen, Selbstmorden, Tötungen, Depressionen, Alkohol- und Drogenabusus, Gewaltverhalten, Essstörungen und Gesundheitsproblemen. Risikoverhalten, Sensationssuche und Achtlosigkeit gegen

¹ Kernberg unterscheidet zwischen Identitätskrise und Identitätsdiffusion (Clarkin et al., 2001).

sich und andere sind adoleszenzspezifische Verhaltensweisen. Angesichts der Schwierigkeiten mit der Kontrolle ihres Verhaltens und ihrer Emotionen ist der Begriff der Adoleszenzkrise, die die Grenze zwischen Normalität und Pathologie unscharf lässt und auf Variationen zwischen „Schock und Schöpfung“ in der Entwicklung der Adoleszenz hinweist, gerechtfertigt.

Die dramatischen Veränderungen während der Adoleszenz, etwa in der sozialen Wahrnehmung, den Emotionen und der Kognition, finden sich auch in den Veränderungen im neuronalen Netzwerk. Nelson et al. (2005) gehen mit ihrem vereinfachten Modell der Vernetzung von sozialen Informationsverarbeitungen in der Adoleszenz von drei verschiedenen Knotenpunkten aus:

1. *Dem Entdeckerknoten* (detection node), der Reize kategorisiert und für die Aufnahme und Verarbeitung von Wahrnehmungen sowie ihre Einordnung verantwortlich ist. Sie lokalisieren diesen Knotenpunkt in den inferioren okzipitalen Cortex und die inferioren Regionen des temporalen Cortex sowie den intraparietalen Sulcus und die Region des fusiformen Gyri;

2. *Dem affektiven Knoten*, der durch die Geschlechtshormone während der Pubertät anatomisch und funktionell reorganisiert wird. Durch die Geschlechtshormone wird die Antwortbereitschaft auf soziale Stimuli verändert. Sie haben einen starken Effekt auf soziale Prozesse, auf sexuelles Verhalten, soziale Beziehungen und das Gedächtnis. Der affektive Knoten ist vor allem mit Regionen verbunden, die auf Belohnung und Strafe reagieren. Von Bedeutung sind hier die Amygdala, das ventrale Striatum, das Septum, der Hypothalamus und unter bestimmten Bedingungen auch der orbitofrontale Cortex. Die Geschlechtshormone haben eine ausgeprägte Wirkung auf die Reaktionen des affektiven Knotens, der in der Adoleszenz besonders wichtig zu sein und mit der mangelnden Fähigkeit von Jugendlichen zu tun zu haben scheint, ihre Affektivität zu regulieren und besonders empfindlich zu sein gegenüber Akzeptanz oder Zurückweisung durch Gleichaltrige und negative interpersonelle Erfahrungen;

3. *Dem kognitiven Knoten*, wobei vor allem der präfrontale Cortex für die Regulation von kognitiven Prozessen, aber auch die orbitofrontalen, ventrolateralen und mediotrontalen Regionen von Bedeutung sind. Anders als beim affektiven Knoten, in dem es zu dramatischen Veränderungen kommt, sind die kognitiven Entwicklungen in dieser Zeit eher langsam.

Die endgültige Reife ist erst im frühen Erwachsenenalter erreicht. Fähigkeiten, sich zu regulieren, eine Situation frühzeitig zu berechnen, zu planen oder auch neu auftauchende Vorstellungen und Wünsche zurückzuhalten, gelingen zumeist erst am Ende der Adoleszenz. Das bedeutet, dass die affektiven Dysregulationen, die für die Adoleszenz spezifisch sind, sich im Falle einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit entsprechenden Problemen in der Psychotherapie potenzieren, während kognitive Prozesse nach hinten. Aus dieser allgemeinen Perspektive erscheint es sinnvoll, sowohl Therapien, die die kognitive Reifung forcieren als auch Therapien, die die affektive Regulation unterstützen, einzusetzen.

3 Zur Symptomatik der Borderlinestörung in der Adoleszenz

Ebenso wie bei erwachsenen Patienten ist die Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung (im folgenden BPES genannt) bei Jugendlichen vielfältig und wechselnd. Ein für die Diagnose Borderlinestörung verbindliches Symptommuster gibt es für Kinder und Jugendliche noch nicht.

Das Vollbild einer BPES, das dem des Erwachsenen ähnelt, entwickelt sich erst im Jugendalter. In Verbindung mit der Auflösung bisheriger Strukturen und der psychobiologischen Reifung, der Wiederbelebung infantiler Konflikte und der Aktivierung von Ablösungs- und Autonomiekonflikten, scheint ein bestimmter Alters- und Entwicklungsstand Voraussetzung zu sein, damit es zu den charakteristischen Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (gemäß ICD-10, DSM-IV) kommen kann.

Folgende Merkmale sind für eine BPES in der Adoleszenz kennzeichnend:

- Diskrepante Zustände: Jugendliche können zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus oszillieren. Sie verhalten sich einerseits altersgemäß, können aber abrupt auf ein regressives oder auch psychosenahes Niveau zurückgreifen. Sie zeigen unterschiedliche Ich- bzw. Selbstzustände (angepasster Jugendlicher, oppositioneller Jugendlicher oder aggressiv-depressiv).
- Störungen der Realitätsprüfung. Sie neigen zu projektiven Verzerrungen, Realitätsverleugnungen und Ablendungen. Dennoch bleibt die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Realität erhalten.
- Störungen der Selbst-, Affekt- und Impulsregulation: Infolge ihrer ausgeprägten Regulationsstörungen zeigen sie selbst- und fremdaggressive/-destruktive Verhaltensmuster. Dies erschwert die soziale Integration. Hinzu kommen nicht selten Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. Jugendliche greifen angesichts eingeschränkter innerer Steuerungen häufig zu Alkohol und Drogen als Mittel der Selbstregulierung.
- Autoaggression/selbstverletzendes Verhalten: Die mutwillige Selbstverletzung hat verschiedene Funktionen im Sinne der Selbsthilfe und Selbstregulierung oder auch als Dissoziationsstopp.
- Multiple, frei flottierende, diffuse Ängste oder Ausschaltung von Angst.
- Pathologische Identitätsdiffusion, die mit dem Mangel eines integrierten Konzepts des Selbst und der wichtigen Bezugspersonen einhergeht.
- Spaltungsmechanismen in Bezug auf das Selbst und die Objekte: Diese führen zu einer Aufteilung der Welt der Objekte und des Selbst in Gut und Böse. Spaltungen in ein vordergründig angepasstes Selbst und unintegrierte sozialisierte Selbstanteile bedingen falsche Selbstanpassungen. Es besteht eine übertriebene Abhängigkeit von äußeren Objekten, die bedürfnisorientiert gesucht werden und auswechselbar sind. Diese werden z. T. in manipulativer Weise verstrickt. Es besteht eine Dominanz primitiver Abwehrmechanismen wie projektive Identifikation, Spaltung, Idealisierung und Verleugnung.

Bei chronischen und komplexen Traumatisierungen, die mit einer Traumatisierung in der frühen Bindung einhergehen, treten zusätzlich Symptome auf, die Ähnlichkeiten mit einer PTBS haben wie Übererregung, Betäubung, dissoziative Zustände und – besonders häufig und intensiv – traumatische Reenactments.

4 Psychodynamische Erklärungsmodelle

Bereits 1954 haben Ekstein und Wallerstein (1954) die Diagnose Borderlinestörung auf Kinder und Jugendliche angewandt. Ebenso wie später Kernberg sind sie von verschiedenen Störungen bei einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation ausgegangen und haben fluktuierende Ich-Zustände und ineffektive Regulationsmechanismen beschrieben. Für Geleerd (1958) liegen bei diesen Kindern und Jugendlichen Störungen im Ich und seiner Entwicklung vor in Verbindung mit einer pathologischen Entwicklung der Objektbeziehungen.

Freud (1952) hat zwischen neurotischen Störungen und Entwicklungsstörungen unterschieden. Sie führt mehrere Kriterien für Entwicklungsstörungen an: 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, und es findet sich 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 Entwicklungsstillstand 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 Jugendlichen. Gunderson und Kolp (1978) formulieren als Kriterien generalisierte Muster von Instabilität in den Stimmungen, in interpersonellen Beziehungen und im Selbstbild. Sie heben außerdem 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 von Borderline-Risiken bei Kindern und Jugendlichen. Er unterscheidet höhere und niedrigere Niveaus der Borderline-Störung sowie verschiedene Typen von Borderline-Pathologie 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 insofern lösen, als sie sich an der Strukturbildung orientieren (vgl. OPD-KJ). Andere – z. B. kognitive – Entwicklungsprozesse lässt Pine jedoch unberücksichtigt.

Chethik (1986, 1989) beschreibt vier Aspekte, die bei Borderline-Risiken charakteristisch sind: Defizite im 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 Borderlinestörung Verarbeitungsmuster, die sich von traumatisch bedingten Störungen abheben. Der traumatisch bedingte Zustand geht – so Bleiberg – mit einem Mangel an Kontrolle, mit Passivität, Erregungszuständen, dissoziativen Tendenzen, 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 klammert auch Bleiberg aus.

Kernberg (1978) und Kernberg et al. (2000) beschreiben die Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit einer Fixierung an spezifische Selbst-Objektkonfigurationen. Bei den Borderline-Entwicklungsstörungen liegen pathologische Teilobjektbeziehungen vor. Kinder, Jugendliche und Erwachsene neigen zu ganz und gar guten und ganz und gar bösen Teilobjektbeziehungen, die um primitive Abwehrmechanismen wie die der Spaltung, der Projektion und der projektiven Identifikation herum organisiert sind (Kernberg 1978, 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 extremem Selbsthass kommen kann. Kernberg (1999) führt die Borderlinestörung auf das Erleben von schwerer chronischer Aggression in der frühen Entwicklung zurück. Dieses Erleben resultiert seiner Auffassung nach zum einen aus angeborenen Dispositionen zur Entstehung von Wut als Grundaffekt, zum anderen aus Folgen früher schmerzhafter Erlebnisse. Die Erfahrung schwerer chronischer aggressiver Affekte und aggressiver primitiver Objektbeziehungen verhindere die normale Integration von idealisierten und verfolgenden internalisierten Objekten.

Als Risikofaktor gelten die so genannten *neurologischen soft signs* (z. B. Bemporad et al., 1982, 1987). Es handelt sich dabei um Störungen im Bereich der Wahrnehmung, der Koordination und der sensumotorischen 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 in jedem Fall anlagebedingt sind.

5 Borderline-Entwicklung als Folge von Traumatisierung

Kernberg, der den Folgen traumatischer Belastungen für die Entwicklung von Borderlinestörungen ursprünglich keine Bedeutung beigemessen hat, stellt sich Bestrebungen entgegen, die Folgen früher Traumatisierung in der Entwicklung von Borderlinestörungen übermäßig zu gewichten bzw. die Borderlinestörung als komplexe traumatische Belastungsstörung zu sehen. Körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch oder das Miterleben körperlicher und sexueller Gewalt sind für Kernberg (1999) als schmerzhaft erlebte Ereignisse relevant, die reaktive Aggression auslösen und zu einem Vorherrschen primitiver Aggression als zentralem Element für die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen führen. Chronische Aggression und traumatische Erfahrungen miteinander zu verbinden, heißt aus Kernbergs Sicht, ätiologische Faktoren zu verwischen. Kernberg lehnt das Konzept chronischer und komplexer Traumata ab (vgl. van der Kolk, 1998). Die posttraumatische Belastungsstörung geht – so Kernberg – ausschließlich auf einmalige, intensiv überwältigende und desorganisierende Erfahrungen zurück.

In der Regel sind die traumatischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen jedoch nicht einmalig, sondern vielfältig und komplex und stellen oft eine Kombination aus emotionaler Vernachlässigung sowie sexueller und gewalttätiger Misshandlung dar. 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).

Bevor die Bedeutung traumatischer Belastungen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt ist, wurde versucht, die Reizoffenheit von „Borderline-Kindern“, ihre Neigung, in jeglichem Umfeld überwältigende Erfahrungen zu wiederholen, anders zu erklären. So hat Khan (1963) vom kumulativen Trauma gesprochen, Keilson (1979) vom sequentiellen Trauma, Kris (1956) vom Straintrauma. Fraiberg (1982) hat bei Säuglingen frühe Antwortmuster auf Misshandlung durch ihre Mütter untersucht. Sie beschrieb Kampf/Flucht/Erstarrungs-Reaktionen (*flight/fight/freeze*), die für traumatische Belastungen charakteristisch sind und durch dissoziative Phänomene zu einer inadäquaten wechselnden Reizaabschirmung und Reizoffenheit führen (Spitzer et al., 2005).

Frühe und komplexe Traumatisierungen haben weit reichende Folgen für die 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: Der Jugendliche gerät – ausgelöst durch äußere Trigger – in verschiedene Zustände (States). Er kippt gleichsam in Verbindung mit bedrohlichen, beängstigenden Auslösern, die mit verzerrten Wahrnehmungen verbunden sind, aus altersentsprechenden Zuständen in Verhaltensweisen, die früheren Entwicklungsphasen entsprechen. 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 gegenwärtig (vgl. Fonagy et al., 2004). Infolge ausgeprägter Mentalisierungsstörungen wird gehandelt, statt sich mit Worten mitzuteilen. Die verschiedenen dissoziativen Phänomene erklären Beeinträchtigungen dieser Kinder und Jugendlichen wie affektive Blindheit, Lernstörungen und Körperwahrnehmungsstörungen. Unter peritraumatischer Dissoziation werden dabei die mit der Traumatisierung zeitlich assoziierten Phänomene verstanden, unter posttraumatischer Dissoziation die zeitlich versetzt auftretenden Prozesse, die eine hohe Generalisierungstendenz aufweisen (Spitzer et al., 2005).

Schore (1994) geht davon aus, dass es zur Entwicklung einer Borderlinestörung dann 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 repräsentionale Fähigkeiten und viso-affektive interaktive Repräsentationen wie Gesichtseindrücke einer passend regulierenden Mutter entwickelt werden. Stress konfrontiert mit überwältigender Wut oder untererregter 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 als Steuerungsorgan zu fehlen scheint und die Fähigkeit zu sprechen verloren gegangen ist. Dieser Zustand reflektiert ein sehr frühes Schema des Selbst vor Beginn der Sprachfähigkeit.

6 Bindung und Borderline-Entwicklung

Frühe Bindungen lassen eine innere Landkarte von der Welt entstehen (Bowlby, 1980). Die daraus resultierenden Arbeitsmodelle entscheiden darüber, welche Bilder das Kind von sich selbst und seinen Pflegepersonen hat und von der Art, wie es in der Welt zugeht. Diese inneren Bilder der Welt sind zusammengesetzt aus kognitivem und affektivem Wissen (Crittenden, 1995). Gefühle fungieren als Übersetzer für die gegenwärtige Situ-

ation, indem sie dabei helfen, die gegenwärtige 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 Kognitionen. Kinder, die nur kognitive Schemata benutzen und keine Verbindung 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 beispielsweise bei Kindern der Fall ist, die familiärer Gewalt ausgesetzt sind, wird das Kind unfähig sein, Erfahrungen in einer kohärenten Weise zu organisieren und zu kategorisieren. Ohne die Erfahrung, sich auf ihre Pflegepersonen verlassen zu können, erleben diese kleinen Kinder exzessive Angst, Wut und intensive Bedürfnisse nach Zuwendung. Diese Gefühle können so extrem sein, dass sie zunächst funktionale dissoziative Zustände zur Reizminimierung und später dysfunktionale generalisierende, nicht mehr stimulusabhängige dissoziative Phänomene oder auch autoaggressives Verhalten in Gang setzen.

7 Therapeutische Ansätze

Als störungsspezifische psychodynamisch orientierte Therapieverfahren liegen derzeit die übertragungsfokussierte (TFP: Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2002), die mentalisation based therapy (MbT: Bateman u. Fonagy, 2006), die strukturbezogene Psychotherapie (Rudolf, 2004) und die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie (PiM: Streeck, 2007) vor. Für die Therapie von Kindern und Jugendlichen wurden die Methoden bisher nur teilweise adaptiert.

Die Bedeutung psychodynamischer Behandlungsansätze bei Borderline-Störungen ist in qualitativer Hinsicht durch zahlreiche psychoanalytische Arbeiten belegt worden. Es gibt umfassende Darstellungen von behandelten Fällen in der Fachliteratur (Kernberg, 2001; Fonagy, 1995; Hurry, 2002; Diepold, 1995; Streeck-Fischer, 1995 u. a.). Dies entspricht der Evidenzstufe 5. Allerdings fehlen bislang methodisch qualifizierte Studien, die Aussagen darüber machen, wie wirksam psychoanalytische bzw. psychodynamische Behandlungen von Borderlinestörungen im Kindes- und Jugendalter kurz- und langfristig sind. Dass die Therapie von BPES im Kindes- und Jugendalter bislang kaum beforscht wurde, hat zum einen damit zu tun, dass die Diagnose im Kindes- und Jugendalter nach wie vor umstritten ist (vgl. Kernberg u. Shapiro, 1990), zum anderen damit, dass in kinderpsychiatrischen Arbeiten und in der kinderpsychiatrischen Forschung die diagnostische Kategorie „Borderlinestörung“ in der Regel nicht verwendet wird. Um Vergleichbarkeit sicherzustellen, wird es deshalb erforderlich sein, andere diagnostische Einordnungen zu verwenden.

Bateman und Fonagy (1999) haben unter tagesklinischen Bedingungen deutlich bessere Behandlungsergebnisse für die analytische Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu „treatment as usual“ gefunden. In einer Metaanalyse von Leichsenring (2003), bei der drei randomisierte und kontrollierte psy-

chodynamische und fünf entsprechende kognitiv-behaviorale Therapiestudien erfasst wurden, hat sich gezeigt, dass sowohl die CBT (Effektgröße 1.00, 1.20 und 0.87) als auch die psychodynamische Therapie (Effektgröße 1.46) wirksam sind. In der Studie von Clarkin (Levy et al., 2006) haben sich CBT, TFP und dynamisch-supportive Therapie als wirksam erwiesen, wobei CBT und TFP beide zu einer deutlichen Reduktion der Suizidalität, die TFP und die supportive Therapie zu einer Minderung von Wut und Ärger führten. Insbesondere die TFP hatte darüber hinaus deutliche Auswirkungen auf die Reduzierung von Impulsivität, Reizbarkeit, verbale und physische Attacken.

Grundsätzlich werden auch bei Jugendlichen mit Borderlinestörungen therapeutische Konzepte verwendet, die sich auf die Bearbeitung gestörter Objektbeziehungen, struktureller Störungen und unbewusster neurotischer Konflikte richten. Dabei steht die Arbeit an gespaltenen oder brüchigen Objektbeziehungen im Vordergrund (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2002), die Entwicklung sowie die Verbesserung von Regulierungsvorgängen (Beebe u. Lachmann, 2004; Schore, 2001) in den Bereichen des Selbst, der Affekte und der Impulse mit der Entwicklung der Fähigkeit zur therapeutischen Ich-Spaltung bzw. um die Fähigkeit zur Mentalisierung (Fonagy u. Target, 2002) im Sinne von Dezentrierung (Piaget u. Inhelder, 1952; vgl. auch Leichsenring, 2003). Das beinhaltet bei Kindern und Jugendlichen das Ziel, Verhaltensbereitschaften in Worten ausdrücken und reflektieren zu können bzw. bis dahin gehandelte Botschaften (Streeck-Fischer, 2006) sprachlich und/oder im Spiel zu symbolisieren.

In der Klinik Tiefenbrunn werden seit mehreren Jahrzehnten aufbauend auf Behandlungskonzepte der stationären Psychotherapie (Zauner, 1972; Streeck-Fischer, 1986, 1991, 1992, 1995, 2000, 2002, 2006) Jugendliche behandelt, bei denen heute die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nahe liegen würde. Die psychodynamische Therapie, die multimodale therapeutische Ansätze einbezieht, wurde in den letzten Jahren weitgehend manualisiert (PiM bei Jugendlichen) und wird derzeit hinsichtlich ihrer Wirksamkeit über bis dahin vorliegende breite klinische Erfahrungsberichte hinaus systematisch geprüft. Die psychodynamische Therapie basiert auf der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie (Heigl-Evers u. Streeck, 1985; Heigl-Evers u. Ott, 1998; Streeck-Fischer, 1989; Streeck, 1980, 2007) und wurde unter Berücksichtigung von entwicklungsorientierten und – soweit erforderlich – traumaspezifischen Ansätzen (Streeck-Fischer, 2006) weiterentwickelt. Einzelne Interventionen aus der Mentalisierungs-basierten Therapie (Bateman u. Fonagy, 2006), die sich vor allem auf die Entwicklung von Selbstreflexivität beziehen, sind mit den Konzepten der psychoanalytisch interaktionellen Psychotherapie gut vereinbar (Bolm, 2007).

8 Borderline-Therapie von Jugendlichen

8.1 Grundsätzliche Fragen zur Indikation

Vor Beginn der Behandlung eines jugendlichen Patienten im stationären Rahmen bedarf es einer genauen Abklärung seiner psychischen und sozialen Situation. Das

umfasst ein breites Spektrum von Fragen und Themen wie das Ausmaß des selbstverletzenden und suizidalen Verhaltens des Jugendlichen, seine Neigung zu kriminellen Handlungen, Drogen und Gewalt, die Frage, ob er sich davon zumindest partiell distanzieren kann und ob er absprachefähig und in der Lage ist, seine Problematik zumindest partiell zu reflektieren und sprachlich zu fassen.

Dazu gehört weiter, die familiäre Situation des jugendlichen Patienten abzuklären, ob es ausreichend stabile Beziehungen gibt, wie ausgeprägt eventuell noch anhaltende traumatisierende Belastungen wie beispielsweise der Alkoholmissbrauch des Vaters oder dessen Gewaltneigung sind oder wie labil die familiären Verhältnisse etwa angesichts wechselnder Partner der Mutter sind usw. Auch die Beziehungen innerhalb der Peer-Gruppe bedürfen genauer Abklärung, insbesondere dann, wenn es Hinweise dafür gibt, dass der Jugendliche Kontakt zu einer Gewalt- und Drogenmissbrauch fördernden Gleichaltrigengruppe hatte oder noch hat.

Ob eine Behandlung überhaupt möglich ist und eine Indikation zu einer Psychotherapie vorliegt, hängt nicht zuletzt von diesen Verhältnissen ab. Dabei muss immer auch berücksichtigt werden, dass für eine stationäre Behandlung ein therapeutischer Fokus gefunden werden muss, der eine Therapie innerhalb eines gebotenen Zeitrahmens aussichtsreich erscheinen lässt. Nicht selten müssen bei der Behandlung der jugendlichen Patienten zunächst Interventionen im Vordergrund stehen, die darauf ausgerichtet sind, äußere stabile Verhältnisse zu schaffen.

8.2 Besonderheiten der Psychotherapie von Jugendlichen

Jugendliche kommen häufig nicht aus freien Stücken in die Behandlung; sie werden von den Eltern oder von Lehrern geschickt, haben selber aber oft keinen Leidensdruck und verlangen eher selten von sich aus nach einer Therapie. Umschriebene Konflikte gibt es kaum. Jugendliche können häufig über ihre Konflikte nicht ohne weiteres sprechen. Ihre Mitteilungen, insbesondere die von Jugendlichen mit schwereren Störungen, sind oft vage und ausweichend, und die Tragweite ihrer Problematik bleibt häufig eigenartig ungewiss.

Im Kontakt mit Erwachsenen wiederholen Jugendliche ihre aktuellen und wiederbelebten infantilen Beziehungserfahrungen mit den Eltern. Spontane Übertragungen eines bösen, bedrohlichen, abwertenden, vernichtenden, eindringenden, vereinnahmenden oder Eigenständigkeit verhindernden Objekts behindern die Herstellung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung.

Im Umgang mit jugendlichen Patienten ist es hilfreich, sich an Konzepten zu orientieren, die an der therapeutischen Beziehung eine Real-, eine Arbeits- und eine Übertragungsbeziehung (Greenson, 1965; Müller-Pozzi, 1980) unterscheiden. Angesichts der Zwangsläufigkeit, mit der man als Therapeut in eine unguete Übertragungsbeziehung hineingerät, ist es besonders wichtig, sich als Person zu erkennen zu geben, die anders ist als die realen und verinnerlichten Eltern, und dies dem Jugendlichen zu verdeutlichen. Der Therapeut muss dem Jugendlichen *zeigen*, dass er eine andere Person

ist, auch wenn er hier und dort wie Vater oder Mutter erlebt wird, Es reicht nicht aus, dass der Therapeut die Übertragung als Übertragung lediglich mit Worten benennt und interpretiert. Dabei geht es nicht um eine Zurückweisung der Übertragung, sondern um deren Relativierung. Erst durch Dezentrierung bzw. Distanzierung von der unmittelbar hergestellten Übertragungsszene, die eine andere Beziehung verhindert, kann der Jugendliche arbeitsfähig werden und sich seiner eigenen, darin verborgenen Problematik stellen. Darum verlangt die therapeutische Arbeit ein grundsätzlich aktiveres Vorgehen mit dem Ziel, dass der Jugendliche die Therapie als hilfreiche und weiterführende Option sehen kann und der Therapeut eine bessere Alternative bietet.

8.3 Das stationäre Setting

8.3.1 Stationärer Rahmen und Alltagstherapie

Bei der stationären psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen (Streeck-Fischer, 2003, 2006) sind die Aufgaben innerhalb des interdisziplinären Teams klar aufgeteilt. Grundsätzlich findet die Therapie vor dem Hintergrund eines Umweltrahmens statt, der so alltagsnahe und normal wie möglich gestaltet und strukturiert ist (Schule, Praktikum, Sport, kreative Angebote, lebenspraktische Trainings u. a.). Es wird zwischen Psychotherapie im engeren Sinn und Alltagstherapie unterschieden. Dem Stationsleiter (z. B. Arzt, Psychologe) als Manager der Behandlung kommen dabei – zusammen mit dem Pflege- und Erziehungssteam – verschiedene Funktionen zu (vgl. Tab. 1).

Zunächst muss dem Jugendlichen vermittelt werden, dass er willkommen ist und dass seine Probleme angenommen werden; er sollte sich unter den stationären Bedingungen gesehen fühlen können. Unabdingbar ist sowohl im Alltag als auch in der Therapie die Entwicklung von ausreichend sicheren und verlässlichen Beziehungen, die sich von traumatisierenden, überwältigenden Erfahrungen der Vergangenheit abheben.

Dabei sollte nach Bedingungen gesucht werden, unter denen sich der Jugendliche stabilisieren kann (z. B. Einzelzimmer, Tagesstruktur, ggf. Psychopharmaka). Der Aufbau einer gemeinsamen Arbeitsbeziehung ist von zentraler Bedeutung (Livesley, 2005).

Um die Problematik des Jugendlichen ausreichend zu erfassen, ist eine genaue Verhaltensbeobachtung erforderlich. Mehr noch als erwachsene Borderline-Patienten das tun, handeln bzw. agieren die jugendlichen Patienten ihre Problematik, ohne einen reflexiven Zugang dazu zu haben. Besondere Aufmerksamkeit gilt den unterschiedlichen States, den Zuständen von Regulierungsverlust, ebenso wie der Gefahr eines drohenden Therapieabbruchs.

Im therapeutischen Team ist eine gute Abstimmung hinsichtlich des Vorgehens wichtig, um Unberechenbarkeiten, Willkür und Spaltungsprozesse zu vermeiden. Darüber hinaus bedarf es der Supervision des Teams, um manchmal unbemerkte, oft heftige Gegenübertragungsreaktionen zu beleuchten. Zur Regulierung eines ausreichenden inneren Abstands und der Aufrechterhaltung von Professionalität von Pflegekräften und Erziehern sind intensive Fortbildungen unverzichtbar.

Tabelle 1: Funktionen des Stationsleiters sowie des Pflege- und Erziehungsteams

<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung der Behandlungsmotivation, insbesondere bei Übertretungen • Diagnostik ich-struktureller Fähigkeiten im Alltag und bei Belastung • Gestaltung des Alltags, Unterstützung von Ressourcen, gezielte Hilfen, ggf. Übungsangebote zum Umgang mit Symptomen und Problemen im Alltag (zusammen mit pädagogischem Personal) • Überprüfung räumlicher und zeitlicher Arrangements im Alltag (z. B. Anordnung von Einzelbetreuung, Einzelzimmer) • Besserungs- und Verschlechterungstendenzen 	Arbeitsbündnis Ichfähigkeiten Umwelt als Stützkorsett für das Ich
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik von gehandelten Botschaften • Prüfung der Belastbarkeit und Änderungsmotivation der Familie (zusammen mit Therapeut) • Erneuern von Absprachen, ggf. Kontrolle (zusammen mit pädagogischem Personal) • Stellung in der Gruppe, ggf. gezielte Intervention u. U. medikamentöse Unterstützung und Begleitung 	Konkretisierung statt Verbalisierung
<ul style="list-style-type: none"> • überwachende und steuernde Funktion: Erinnern an Behandlungsziel, an Fokus, an Absprachen, Überprüfen, ob der Jugendliche „in Therapie“ ist oder „zockt“, Fokus des Abschnitts, Fokus des Tages • wegweisende Funktion: „Das gehört in die Therapie, da geht es weiter.“ • disziplinierende Funktion: Verwarnungen, Sanktionen, Abstandsbeurlaubungen • reflexive Funktion: „hier tust du das“, „das ist eine Wiederholung“, „das spricht für Trauma“ 	Regulations- stütze Arbeitsbündnis Therapie statt Handeln
<ul style="list-style-type: none"> • grenzziehende Funktion: „So geht das nicht weiter!“, Angebot von übenden Verfahren, Erarbeitung von Programmen, verhaltensmodifikatorische Ansätze, Anordnung, Erarbeitung gezielter Trainings (z. B. Achtsamkeit, Selbstregulation) • integrierende Funktion: Botschaften aus den verschiedenen Bereichen müssen integriert werden, z. B. Schule, Körpertherapie, Gruppe 	Training von Ichfähigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • väterliche Funktion: Vertreter des Realitätsprinzips, „im normalen Leben wird das erwartet“, beispielsweise Aufstehen, Ordnung, Schule u. a. • Triangulierungsfunktion • Eltern- und Familienarbeit zusammen mit Therapeut, Elterninformation • Krisenmanagement, notfalls Verlegung • Integration der Elternarbeit 	Dezentrierung

In der Behandlung werden gezielte Angebote zur Stabilisierung bereitgehalten wie der so genannte Notfallkoffer², Achtsamkeitstraining und Skillstraining, die der Entwicklung von Spannungstoleranz, Impulsregulation und der Verbesserung des Selbstwertgefühls dienen. Darüber hinaus wird verfügbaren Ressourcen und vorhandenen Interessen immer eine wichtige, die Therapie begleitende Bedeutung zugemessen.

Klare Paktabsprachen sind sowohl für den Alltag als auch für die Therapie erforderlich. Haben Absprachen den Charakter von „Gummizäunen“, kommen Entwicklungen nicht in Gang. Paktabsprachen werden im Hinblick auf Suizidneigungen getroffen, die

² Den Notfallkoffer stellt sich der/die Jugendliche selbst zusammen mit Mitteln, die Schmerz oder andere unangenehme Sensationen hervorrufen.

Neigung, sich selbst zu verletzen, auf selbst- und fremdgefährdende Handlungen wie Drogen und Alkohol, im Hinblick auf Tendenzen, die Therapie abrupt abbrechen zu wollen, auf traumatisierende Verhaltensweisen, die eventuell fortgeführt werden u. a. Ein stabiler Rahmen ist entscheidend: Am Rahmen werden häufig Konflikte ausgetragen, was dazu herausfordert, klare Grenzen zu ziehen und ggf. auch Verbote zu erteilen bzw. mit angemessenen Sanktionen zu antworten. Dabei ist es wichtig, dass die Einzeltherapie davon entlastet bleibt, weil nur unter dieser Voraussetzung die aktuelle Thematik, die dem Verhalten zu Grunde liegt, dort bearbeitet werden kann. Andernfalls ist die Behandlung unweigerlich von Abbruch bedroht.

Entsprechende Absprachen sind ggf. auch mit den Eltern oder den Betreuern der Einrichtung, in der der Jugendliche gelebt hat und wieder leben wird, erforderlich.

Wenn durch die Eltern plötzliche Trennungen drohen, Umzüge, Alkoholmissbrauch oder Gewalt, wechselnde Beziehungen oder die Wiederholung von traumatischen Inszenierungen (vgl. Wiederholungszwang; Freud, 1920), Suizidalität oder schwere Unfälle, muss das Bemühen dahin gehen, die Eltern fest in die Therapie einzubinden und ihnen zu verdeutlichen, dass der Jugendliche in seiner Entwicklung bedroht ist, wenn sie selbst sich nicht ändern.

Grundsätzlich kann man bei den Jugendlichen und ihren Eltern nicht davon ausgehen, dass sie sich an Vereinbarungen auch halten. Gleichwohl ist es unabdingbar, mit ihnen daran zu arbeiten, dass sie sich an die Absprachen erinnern, Grenzen zu ziehen und zu bekräftigen und an dem Bemühen festzuhalten, verlässliche und berechenbare Beziehungen zu schaffen – im Gegensatz zu den willkürlichen, unberechenbaren Beziehungen, die sie bis dahin gewohnt waren.

Ein Arbeitsbündnis kommt nur dann zustande, wenn der Rahmen verbindlich ist und daran festgehalten wird – von beiden Seiten. Angriffen auf den Rahmen, muss Stand gehalten werden, ohne dass der Rahmen zu einem irrationalen Ordnungsinstrument wird (Streeck, 2007). In besonders schwierigen Fällen ist eine zeitweilige medikamentöse Therapie mit einem Psychopharmakon als unterstützende Maßnahme erforderlich (z. B. atypische Neuroleptika). Für die Therapie von jugendlichen Borderline-Patienten fehlen allerdings bislang ausreichende empirische Wirksamkeitsnachweise; zudem ist zu bedenken, dass der Einsatz von psychopharmakologischen Substanzen mit der Gefahr einhergeht, das Erleben von Selbstwirksamkeit zu senken.

In der Arbeit mit jugendlichen Borderline-Patienten werden im Team und bei den Therapeuten initial leicht Rettungs-, Größen- und Helferphantasien aktiviert, die zum Teil eine wichtige Funktion haben, indem sie das schwierige Therapie-Unternehmen überhaupt beginnen lassen. Sie werden allerdings dann zum Problem, wenn ein Teammitglied die Fähigkeit zur kritischen Distanzierung und die Realität des Jugendlichen und dessen massive Beeinträchtigungen aus dem Auge verliert. Zudem kann sich ein „furor sanandi“ entwickeln, der bereits Ausdruck eines malignen Prozesses im Team ist und mit dem traumatisierende Erfahrungen reinzeniert werden, statt überwunden zu werden (vgl. Streeck-Fischer, 2000, 2006). Bei Tendenzen zu maligner Regression kann es sinnvoll sein, dem Jugendlichen zu vermitteln, dass eine Therapie nur dann

möglich ist, wenn damit nicht eine erhebliche Verschlechterung seines Zustandes einhergeht (Absprachen zur Vermeidung von maligner Regression). Hilfreich kann auch frühzeitiges Ansprechen einer zeitlichen Begrenzung der Therapie sein.

Spezifische Gefährdungen in der Behandlung, die angesprochen werden sollten, sind:

- suizidale, selbstschädigende Verhaltensweisen
- fremddestruktives Verhalten
- Therapieabbruch
- Lügen, Zurückhalten von wichtigen Informationen
- die Behandlung ohne eigene Vorstellungen über sich ergehen lassen
- anhaltender Alkohol-, Drogen- oder Missbrauch von anderen Substanzmitteln
- hohe Verschuldung durch Telefonate, Handyrechnungen
- Stalking, Versuche beim Therapeuten ein reales Zuhause zu finden

8.3.2 Einzeltherapie

In der Einzeltherapie kommen dem Therapeuten folgende Aufgaben zu:

- Beziehungsaufnahme,
- Psychotherapeutische Diagnostik (Anamnese mit psychopathologischem Befund, Genese des Jugendlichen und der Eltern, projektive Diagnostik, Genogramm) mit Jugendlichen und Eltern
- Angebot und Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung; Abholen des Jugendlichen bei seinen vorhandenen Fähigkeiten, (z. B. Veränderung im Zeitrahmen, Spaziergänge bei Bedrohung)
- Erarbeitung des Behandlungsauftrags und Behandlungsziels orientiert an der zentralen neurotischen bzw. entwicklungspsychopathologischen Dynamik, bei struktureller Störung psychoanalytisch interaktionelles Vorgehen, Angebot von speziellen und phasenspezifischen Techniken (z. B. Trauma: Stabilisierungsphase, Ausbau von Ressourcen, spezielle Traumatherapie)
- falls erforderlich Angebot von Notterminen
- Eltern- oder Familientherapie, soweit indiziert und vom Jugendlichen akzeptiert, ggf. Elterntraining zusammen mit dem Pfltegeam
- Allgemeine Information des Stationsteams über den Stand der Therapie und Kenntnis über Entwicklungen im Alltag zur Integration

Waldinger (1987) hat bereits vor 30 Jahren auf basale Voraussetzungen für die Therapie von Borderlinestörungen hingewiesen, die auch heute noch ihre Gültigkeit haben. Dazu gehören neben der Stabilität des Behandlungsrahmens die verstärkte Aktivität des Therapeuten, Toleranz gegenüber der Feindseligkeit des Patienten, die besondere Beachtung selbstzerstörerischen Verhaltens und zusammenhängender Folgen, Verbindungen herzustellen zwischen Handlungen und Gefühlen, Grenzen zu setzen zur Vermeidung von ausagierendem Verhalten, die Arbeit im Hier und Jetzt statt in der Vergangenheit und die sorgfältige Beachtung der Gegenübertragung,

Auch für die Einzeltherapie sind gezielte Paktabsprachen erforderlich. Dazu gehört, dass tätliche Angriffe gegen andere oder den Therapeuten ebenso verlässlich unterbleiben müssen wie selbstdestruktive Handlungen. Wie die folgende Aufzählung verdeutlicht, hält Rohde-Dachser (1995) es für einen Kunstfehler, wenn der Therapeut sich der Aggression des Patienten unterwirft.

1. Besonders schwer gestörte Patienten brauchen eine besonders intensive Beziehung
2. Identifikation mit den Omnipotenzzuschreibungen der Patienten
3. Kein klarer Eingangskontrakt
4. Unterwerfung unter die Aggression des Patienten anstatt Konfrontation
5. Vergangenheitsorientierung, Verleugnung der Gegenwart
6. Abtreten der Beziehungskontrolle an den Patienten anstelle von Konfrontation
7. Verlust der Zeitperspektive in der Therapie

Kommt es dennoch zu Angriffen gegen die Person des Therapeuten, muss dies als erheblicher Regelverstoß mit einer neuerlichen unmissverständlichen Grenzsetzung beantwortet werden.

Die Behandlungsstunden finden regelmäßig statt in einem festen und nicht dehnbaren Zeitrahmen. Grenzen setzende Interventionen auch gegenüber dem Versäumen von Terminen, selbstverletzendem Verhalten, Drogen, Gewalt, Abbruch des Schulbesuchs oder traumatischen Inszenierungen haben eine realitätsbezogene, entwicklungsfördernde Funktion, die der Regressionsneigung entgegenwirken.

Die *psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (PiM)*, die in der Einzeltherapie zur Anwendung kommt, trägt den entwicklungs- und altersspezifischen Bedingungen der Adoleszenz in besonderem Maße Rechnung. Mit ihrer Entwicklungsorientierung, dem antwortenden Modus, mit dem sich der Therapeut selektiv erkennbar macht, und der Fokussierung auf die Beziehungsgestaltung und -regulation wird vor allem die instabile Situation hinsichtlich der Affekte und der Wahrnehmung von sich selbst und anderen ins Zentrum der Arbeit gesetzt. Bedingungen des Miteinander-verstrickt-Seins in der Interaktion werden durch die mit dem antwortenden Modus einhergehende Betonung der Trennung von Selbst und Anderem vermieden (zur ausführlichen Darstellung der Methode s. Streeck-Fischer u. Streeck, in Vorbereitung).

Die Arbeit an der immer wieder von Instabilität bedrohten therapeutischen, aber auch anderer Beziehungen steht im Mittelpunkt. Initiale negative Übertragungen werden nicht angenommen („Ich bin nicht so, wie Du das bisher erfahren hast“). Infolge häufig heftiger Gegenübertragungsreaktionen, in denen sich der Therapeut zur ‚Unperson‘ gemacht fühlt, ist dies mitunter nicht einfach. Bisherige Beziehungen hatten meist einen beängstigenden, bedrohlichen und/oder misshandelnden Charakter. In der therapeutischen Beziehung muss der Jugendliche sich sicher fühlen können. Durch Überaktivität oder rasches Pendeln zwischen unterschiedlichen „Zuständen“ hält der Jugendliche den Therapeuten unter Kontrolle. Ein freundliches Beziehungsangebot kann die Angst vor dem Therapeuten nicht aufheben – im Gegenteil, wird die Beziehung zu nahe und zu intensiv, bekommt

sie im Erleben des Jugendlichen leicht perverse Züge als Zuwendung und Zerstörung zugleich. Um eine initiale destruktive Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung zu vermeiden, kann der Spaziergang außerhalb des Zimmers (Eissler, 1978: Parameter) hilfreich sein. Sicherheit wird auch dadurch gewährleistet, dass Destruktivität unmissverständlich begrenzt wird (z. B. Therapeut: „Ich möchte nicht, dass hier etwas kaputt geht“). Sobald der Jugendliche in der Übertragung Qualitäten bedrohlicher und beängstigender Objektbeziehungen wiederbelebt, besteht die Gefahr, dass sich überwältigende Beziehungserfahrungen wiederholen, die zu einem frühen Zeitpunkt noch nicht bearbeitet werden können. Unter diesen Umständen ist es wichtig, das Miteinander-verstrickt-Sein frühzeitig zu erkennen und durch das auf das interpersonelle Geschehen fokussierende interaktionelle Vorgehen Schritte der Distanzierung und der Triangulierung zu betonen (Streeck-Fischer, 2007). Dabei geht es um 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.

Zentrale Merkmale der Behandlung von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind:

- Arbeit am Behandlungsbündnis
- Klare Paktabstimmungen (z.B. Pakt gegen maligne Regression)
- Therapeut gibt sich aktiv als anderes Objekt zu erkennen
- Dezentrierung
- Mentalisierung
- Beachtung nichtverbaler Botschaften
- Kritische Distanz zu Rettungsphantasien
- Fester Zeitrahmen
- Grenzen gegenüber Regelverstößen
- Arbeit im Hier und Jetzt

Zumeist ist die Symbolisierungsfunktion bei den Jugendlichen unzureichend, so dass es wichtig ist, dass diese Fähigkeiten nachentwickelt werden. Die Mentalisierung durch Markierung und Versprachlichen von bis dahin gehandelten Gefühlen, Gedanken und Absichten hat einen zentralen Stellenwert in der Behandlung.

Ein zentrales Merkmal von Jugendlichen mit BPES ist ihre Unfähigkeit zu erkennen, dass es verschiedene Betrachtungsweisen der Realität geben könnte. Sie funktionieren häufig auf dem Niveau des Äquivalenzmodus (Fonagy u. Target, 2004), der zur Folge hat, dass der Jugendliche seine innere Realität in der gegenwärtigen äußeren Realität wiederfindet bzw. diese entsprechend manipuliert. Der Therapeut ist dann genauso wie die Mutter oder der Vater. Eine Distanzierung („du erlebst mich so wie“) oder eine andere objektive Sicht (der dritten Person) kann ggf. eine

Katastrophe darstellen (Britton, 2004). „Ich sehe es so, Du siehst es anders“, bedeutet eine Relativierung, die den Jugendlichen nicht möglich ist. Infolge mangelnder Grenzen zwischen innerer und äußerer Realität und der Tendenz des Jugendlichen, seine innere Realität in der Interaktion mit dem Therapeuten wiederzufinden, ist es wichtig, die Wahrnehmungen und Eindrücke in der unmittelbaren Interaktion zu sortieren. Die verzerrten Wahrnehmungen, die der Therapeut in der Gegenübertragung mitunter nur schwer ertragen kann, sind nicht korrigierbar, indem der Therapeut vermittelt, dass er „jetzt wohl wie der Vater“ erlebt werde; vielmehr gilt es in solchen Situationen zu erkennen, was den Jugendlichen zu seiner Wahrnehmung geführt hat und ihm zu verdeutlichen, was den Therapeuten tatsächlich zu seinem Verhalten veranlasst hat. Die Blickabwendung des Therapeuten im Gespräch, in dem der Jugendliche das Desinteresse des Vaters zu erkennen meint, muss damit beantwortet werden, dass der Therapeut sich dem Jugendlichen in seiner eigenen Realität partiell erkennbar macht und ihm zeigt, dass das Wegblicken ein Ausdruck von Nachdenklichkeit war und nicht mit Abweisung zu tun hat. Es gibt keine Arbeit während einer überwältigenden Szene zwischen Jugendlichen und Therapeut – nur nachträglich und dann in der Betrachtung der gemeinsam hergestellten Szene lässt sich die doppelte Perspektive einnehmen: „Ich habe etwas getan, und du hast etwas getan“. Ist der Raum zwischen dem Therapeuten und dem jungen Patienten kollabiert und entspricht die innere Realität der äußeren, ist es wichtig davon auszugehen, dass der Therapeut z. B. zu jemandem geworden ist, der etwas Schlechtes gemacht hat. Die realen Konkretisierungen früher pathologischer Beziehungserfahrungen (projektive Identifizierungen) müssen erkannt und im nächsten Schritt relativiert, nicht interpretiert werden.

Die Bearbeitung von Vergangenheit ist zumindest am Anfang der Therapie kontraindiziert, weil ausreichende Ich-Fähigkeiten zu deren Bewältigung noch fehlen. Würde das dennoch versucht werden, werden maligne Prozesse in Gang gesetzt, die nur schwer rückgängig gemacht werden können. Gleiches 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 mit dem Ziel der Bewältigung der Gegenwart, die von der Vergangenheit durchdrungen ist, unter Beachtung der oben dargestellten Wege erfolgen.

8.4 Phasen der Behandlung

Die Behandlung von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen verläuft in Phasen, die in der folgenden Übersicht (Tab. 2) zusammengefasst sind. Diese Phasen finden sich sowohl bei der ambulanten wie bei der stationären Psychotherapie. Erfolgt die Therapie zunächst im stationären Rahmen, ist ab der Phase 3 auch eine Fortsetzung der Behandlung unter ambulanten Bedingungen möglich.

Tabelle 2: Phasen der Behandlung von Jugendlichen mit Borderlinestörungen

Jugendlicher Beginn	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Von der Bedrohung ...	... zur Sicherheit im Rahmen	... zur Sicherheit in der Beziehung	... zur Triangulierung	... zur Dezentrierung von der pathologischen Objektbeziehung
Vom Erleben von Spannungszuständen ...	... zur Mitteilung in der Handlung	... zur Gefühlswahrnehmung	... zur Benennung	... zur Symbolisierung in Sprache und/oder Spiel
Von Gut/Böse-Konfusionen ...	... zur Aufspaltung in Gut zu Böse	...zur Objektverwendung	... zur Objekt Konstanz	... zur (symbolischen) Objektvernichtung
Von desorganisierten Zuständen der Erregung und mangelnden Impulssteuerung ...	... zur Erfahrung einer ongoing Regulation (bei ausreichender Sicherheit und Halt)	...zur Reparatur der Unterbrechungen in der Regulation (mismatch Reparation)	... zur Fähigkeit die gesteigerten affektiven Momente zu regulieren	... zur Entwicklung einer organisierenden Wirkung auf die Kognition und die Affekte
Von der Realitäts- und Affektverleugnung ...	... zur Anerkennung der eigenen Sicht bzw. Affekte	... zur Wahrnehmung der anderen als Begrenzung	... zur Wahrnehmung von sich selbst und anderen	
Therapeut Beginn	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Behandlungsvertrag, gemeinsame Ziele(J/ El) Vorgehen: interaktiv, einfühlend, vorhersehbar, entängstigtend. Krisenmanagement	Zunehmendes Bündnis auf Beziehungsebene. Vorgehen: mentalisieren, begrenzen, stützen, beständigen	Zunehmende Abhängigkeit vom Therapeuten. Übergangsobjekte und -räume, Entwicklung von Sprache und Spiel	Themen werden zunehmend ansprechbar, symbolisierbar Eventuell Angebot einer Traumatherapie <i>Eventuell Angebot einer Traumatherapie</i>	Sichere Bindung. Vorgehen zunehmend analytisch/tiefenpsychologisch Konflikt aufarbeitend
Station Beginn	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Krisenmanagement Suche nach sicheren Orten	Containment, erträgliche Räume, Tagesstruktur, Achtsamkeitsübungen, Notfallkoffer	Ressourcenaufbau, Lerntraining, Üben von Kontrolle und Regulationsfähigkeiten	Zunehmende Belastungen und Konfrontation, Schule, Hobbies, Üben, zunehmende Konsolidierung	Integration

9 Ausblick

Die Behandlung von Jugendlichen mit einer Borderline-Persönlichkeit(entwicklungs) störung im stationären Rahmen stellt für Therapeuten und therapeutisches Team eine besondere Herausforderung dar. Eine ambulante Therapie ist bei schwer gestörten Jugendlichen in der Regel dann nicht möglich, wenn, wie so häufig, ihr alltägliches Umfeld voller pathogener Einflüsse ist, von denen sie zunächst Abstand benötigen. Die Borderlinepathologie wird durch adoleszenzspezifische Umgestaltungen im Cortex verschärft. Die affektive Instabilität – ohnehin Teil der Adoleszenzproblematik – beherrscht die Therapie jugendlicher Borderlinepatienten in besonderem Maße. Therapeutische Techniken, die weniger mit Übertragungsaspekten konfrontieren, sondern stattdessen die Selbstbetrachtung und das Mentalisieren aktivieren, und den Therapeuten als eine andere Person in Erscheinung bringen, die als andere Person für den Jugendlichen partiell erkennbar ist, haben Vorrang. Sie reduzieren die Amygdalaaktivität und unterstützen die Aktivierung des präfrontalen Cortex (Hummelen u. Rokx, 2007). Dabei geht es weniger um den Erwerb von kognitiven Strategien, sondern um die Fähigkeit, innere Strukturen der Selbst- und Beziehungsregulierung zu entwickeln.

Literatur

- Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Mentalisation-based treatment for Borderline Personality Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Beebe B, Lachmann F. (2002). *Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bemporad, J. R., Smith, H. F., Hanson, G., Cicchetti, D. (1982). Borderline-Syndromes in Childhood: Criteria for Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 139, 596-602.
- Bemporad, J. R., Smith, H. F., Hanson, G. (1987). The Borderline Child. In J. Noshpitz (Hrsg.), *Basic Handbook of Child Psychiatry* (S. 305-311, Vol 5). New York: Basic Books.
- Bolm, T. (2007). Mentalization-based Treatment – eine wirksame Methode bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und chronifizierten Traumafolgeerkrankungen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 8, 336–341.
- Bowlby, J. (Hrsg.) (1980). *Attachment and loss*. Vol 3. New York: Basic Books.
- Bleiberg, E. (1994). Borderline Disorders in Children and Adolescents – The Concept, the Diagnosis and the Controversis. *Bulletin of the Menninger-Clinic*, 58, 169-196.
- Britton, R. (2004). Subjectivity, Objectivity and the triangular space. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 47-61.
- Chethik, M. (1986). Levels of Borderline-Functioning in Children: Etiological and Treatment Considerations. *American Orthopsychiatric Association*, 56,109-119.
- Chethik, M. (1989). *Techniques of Child Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (Hrsg.) (2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.

- Crittenden, P. (1995). Attachment and Psychopathology. In F Goldberg, R Muir, J Kerr (Hrsg.), *Attachment Theory* (S. 367-406). New York: The Analytic Press.
- Dahl, R. J. (2004). Adolescent Brain Development. *Annals of the New York Academy of Science*, 1021, 1-22.
- Diepold, B. (1995). Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 270-279.
- Eissler, K. R. (1958/1966). Bemerkungen zur Technik der psychoanalytischen Behandlung Pubertierender nebst einigen Überlegungen zum Problem der Perversion. *Psyche*, 20, 837-852.
- Ekstein, R., Wallerstein, J. (1954). Observations on the Psychology of Borderline and Psychotic Children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 9, 344-369.
- Erikson, E. H. (1976). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fend, H. (1990). *Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken. Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Bd 1*. Stuttgart: Huber.
- Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J., Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fraiberg, S. (1982). Psychological defences in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612-635.
- Freud, A. (1960). Die Diagnose von Borderline-Fällen. 1952. In *Die Schriften der Anna Freud*. München: Kindler.
- Freud, S. (1920/1976). Jenseits des Lustprinzips. *GW XIII* (S. 1-69). Frankfurt: Fischer.
- Geleerd, E. R. (1958). Borderline states in childhood and adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 8, 279-295.
- Giovacchini, P. (1978). The Borderline Aspects of Adolescence and the Borderline State. In S. Feinstein, P. Giovacchini (Hrsg.), *Adolescence psychiatry* (S. 320-338). Chicago: University of Chicago Press.
- Greenson, R. (1965). *Die Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gunderson, J., Kolb, J. (1978). Discriminating Features of Borderline-Patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.
- Heigl-Evers, A., Streeck, U. (1985). Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 35, 176-182.
- Heigl-Evers, A., Ott, J. (1998). *Die psychoanalytisch interaktionelle Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hummelen, J. W., Roks, T. A. (2007). Individual-contaxt interaction as a guide in the treatment of personality disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 42-55.
- Hurrelmann, K., Albert, M. (2006). *Jugend 2006. 15. Shell Jugendstudie: Eine pragmatische Generation unter Druck*. Frankfurt: Fischer.
- Hurry, A. (2002). Psychoanalyse und Entwicklungstherapie. In A. Hurry (Hrsg), *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern* (S. 43-89). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Keilson, H. (1979). *Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Kernberg, O. (1978). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kernberg, O. (1999). *Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. Persönlichkeitsstörungen Theorie und Praxis*, 1, 5-15.
- Kernberg, P., Shapiro, T. (1990). Resolved: Borderline Personality exists in children under Twelve. *Debate Forum. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478-483.
- Kernberg, P., Weiner, A., Bardenstein, K. (2000). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Khan, M. M. R. (1963/1974). *The Concept of Cumulative Trauma*. In M. M. R. Khan, *The Privacy of the Self*. London: Hogarth.
- Klein, M. (2000). *Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen*. In R. Cycon (Hrsg.), *Melanie Klein. Gesammelte Schriften. Band 3 Schriften 1946-1963*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Kris, F. (1956). *The Recovery of Trauma in Psychoanalysis*. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 54-88.
- Leichsenring, F. (2003). *Borderline-Stile. Fühlen. Denken, Abwehr und Objektbeziehungen von Borderline-Patienten (2. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Leichsenring, F. (2003). *The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the treatment of Personality Disorders. A Meta-Analysis*. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. (2006). *Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference. Focused psychotherapy of borderline personality disorder*. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Livesley, W. J. (2005). *Principles and Strategies for Treating Personality Disorder*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 432-460.
- Masterson, J. F. (Hrsg.) (1972). *The Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York: Wiley.
- Müller-Pozzi, H. (1980). *Zur Handhabung der Übertragung in der Analyse von Jugendlichen*. *Psyche*, 34, 339-364.
- Nelson, E. E., Leibenluft, E., McClure, E. B., Pine, D. S. (2005). *The social re-orientation of the process and its relation to psychopathology*. *Psychological Medicine*, 35, 163-174.
- Piaget, J., Inhelder, B. (1977). *Die Psychologie des Kindes*. Frankfurt: Fischer.
- Pine, F. (1986). *On the Development of the Borderline-Child-to-be*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 450-457.
- Resch, F., Parzer, P., Haffner, J., Stehen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, M. (2008). *Prävalenz und psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen*. In R. Brunner, F. Resch (Hrsg.), *Borderlinestörungen und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen (S. 85-94)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rohde-Dachser, C. (1995). *Das Borderline-Syndrom*. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schore, A. N. (Hrsg.) (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. (2001). *The effects of early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health*. *Infant Mental Health*, 22, 221-268.
- Spitzer, C., Stieglitz, R. D., Freyberger, H. J. (2005). *FDS – Fragebogen zu dissoziativen Symptomen. Ein Selbstbeurteilungsverfahren zur syndromalen Diagnostik dissoziativer Phänomene. Testmanual zur Kurz- und Langform*. Bern: Huber.
- Streeck-Fischer, A. (1986). *Rahmensetzende und bündnisbildende therapeutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 35, 367-383.
- Streeck-Fischer, A. (1991). *Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 39, 366-376.

- Streeck-Fischer, A. (1992). Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40, 328-333.
- Streeck-Fischer, A. (1995). Stationäre Psychotherapie von frühgestörten Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 2, 79-87.
- Streeck-Fischer, A. (1989). Zwang, Ich-Organisation und Behandlungsvorgehen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 38, 236-241.
- Streeck-Fischer, A. (2000). Zur Behandlung von Borderline-Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 67-72.
- Streeck-Fischer, A. (2000). Jugendliche mit Grenzenstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 497-510.
- Streeck-Fischer, A. (2006). Trauma und Entwicklung. Folgen früher Traumatisierung in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Streeck-Fischer, A. (2007). Borderlinerisiken. In H. Hopf, E. Windaus (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie 5. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 483-504). München CIP Medien.
- Streeck, U. (1980). „Definition der Situation“, soziale Normen und interaktionelle Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 16, 209-221.
- Streeck, U. (2007). *Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- van der Kolk, B. A. (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In A Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Waldinger, R. J. (1987). Intensive Psychodynamic Therapy with Borderline Patients: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 267-274.
- Zauner, J. (1972). Analytische Psychotherapie und soziales Lernen in Klinik und Heim. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 20, 166-171.

Korrespondenzanschrift: PD Dr. Annette Streeck-Fischer, Abteilung Klinische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Krankenhaus Tiefenbrunn, 37124 Rosdorf