

Borderline-Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Der gestörten Persönlichkeit von Heranwachsenden wurde bisher kaum Aufmerksamkeit geschenkt

Susanne Schlüter-Müller, Klaus Schmeck und Marc Schmid

Es gibt nur wenige psychiatrische Diagnosen, die so viele Vorbehalte oder Ablehnung hervorrufen wie diejenige einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter. Die Diagnose ist umstritten und findet gegenwärtig noch keine ausreichende Akzeptanz, obwohl es wohl kaum einen erfahrenen Kliniker gibt, der nicht schon mit Kindern und Jugendlichen mit diesem Störungsbild konfrontiert war.

Umstrittene Diagnosestellung

In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird festgehalten, dass laut ICD-10 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung – trotz des Entwicklungsaspekts bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter – vor Abschluss der Pubertät (d.h. vor dem 16. bis 17. Lebensjahr) sehr wohl schon möglich ist, allerdings nur, wenn

- ◆ die geforderte Mindestzahl der Kriterien erfüllt ist und
- ◆ die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten.

Dennoch herrscht weitverbreitet die Meinung vor, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht vor dem 18. Lebensjahr, und wenn überhaupt im Jugendalter, dann erst mit frühestens 16 Jahren, gestellt werden darf (Schmid und Schmeck, 2007). Bemerkenswert ist dies vor allem, da es zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung unabdingbar ist, dass die Persönlichkeitsauffälligkeiten schon seit der Kindheit oder Jugend bestehen und sich in diesem Zeitraum wenig oder gar nicht verändert haben (ICD-10: «Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt. ... Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.») Diese Diagnosekriterien gehen also davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen einen kontinuierlichen Verlauf von der Kindheit über die Jugend ins Erwachsenenalter nehmen, was bedeutet, dass bei einem Erwachsenen, der unter einer Persönlichkeitsstörung leidet, diese Probleme schon zu einem frühen Zeitpunkt der Entwicklung bestanden haben. Die Empirie zeigt eine Verteilung mit zwei Gipfeln für die erste stationäre Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung, wovon einer im Jugendalter

(15–16 Jahre) und einer im jungen Erwachsenenalter (23–24 Jahre) liegt (Jerschke et al., 1997). Der Erkrankungsbeginn in einer Phase, in der wichtige Entwicklungsaufgaben wie der Abschluss der Schul- und Berufsausbildung anstehen, führt häufig zu einer massiven und langfristigen Teilhabebeeinträchtigung bei den Betroffenen.

Bei Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Psychologen, die diese Diagnose nicht ablehnen, findet sich jedoch häufig eine Konzentration auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die leider gar nicht so selten mit dem gesamten Störungsbild gleichgesetzt werden. Dies bildet auch der derzeitige Forschungsstand ab, da die überwiegende Zahl von wissenschaftlichen Untersuchungen zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen durchgeführt wurde, obwohl von der Prävalenz her diese einseitige Ausrichtung nicht gerechtfertigt ist (Schmeck und Schlüter-Müller, 2009).

Vor allem psychoanalytisch orientierte Autoren befürworten die Diagnose von Borderline-Persönlichkeitsstörungen auch schon im Kindesalter (Kernberg, 1990; Kernberg et al., 2000; Bürgin und Meng, 2000). Paulina Kernberg vertrat zum Beispiel die Position, dass Kinder unbestreitbar eine eigenständige und von anderen abgrenzbare Persönlichkeit hätten und es von daher auch nicht ungewöhnlich wäre, wenn es Kinder gäbe, bei denen die Persönlichkeit gestört sei (P. Kernberg, persönliche Mitteilung, Ulm 2004). Andere Autoren wie etwa T. Shapiro (1990) stellen den Entwicklungsaspekt der Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen in den Vordergrund, weshalb für sie die Voraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung – nämlich eine stabile Persönlichkeitsentwicklung – bei Kindern und Jugendlichen noch nicht gegeben ist.

Der Kompromissvorschlag von Spiel und Spiel (1987) versucht mit dem Begriff «Persönlichkeitsentwicklungsstörung» dem Entwicklungsgedanken bei Kindern und Jugendlichen vor dem 18. Lebensjahr Rechnung zu tragen.

Die Debatte um die Verwendung der Diagnose im Kindes- und Jugendalter wird zum Teil sehr heftig und ideologisch geprägt geführt und erinnert in manchen Punkten an die Diskussion über die Diagnosestellung einer schizophrenen Psychose im Kindes- und Jugendalter in den Siebziger- und Achtzigerjahren (Schmeck, 2008). Auch in dieser Diskussion wurde damals (ähnlich wie heute) angeführt, dass den Kindern oder Jugendlichen eine lebenslange Stigmatisierung drohen würde, wenn ihnen schon vor dem Erwachsenenalter ein solches «Label» verpasst wird. Zudem wird häufig angeführt, dass gerade bei Kindern und Jugendlichen die Personifizierung eines interaktionellen Problems schwierig sein könnte, insbesondere wenn man bedenkt, dass viele Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus vernachlässigenden und misshandelnden Elternhäusern kommen (Schmid, Schmeck, Petermann, 2008).

Bei der Debatte um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter werden zwei grundlegende Irrtümer begangen (Schmeck, 2008):

- ◆ Es wird von der Vorstellung ausgegangen, dass sich die Entwicklung in Kindheit und Jugend abspielt und mit dem 18. Lebensjahr weitgehend abgeschlossen ist. Dies trifft nicht zu, da man heute sehr wohl weiss, dass die Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist und es sich dabei um ein Charakteristikum jeden Lebensalters handelt. Daher ist auch die Verwendung des Begriffs «Persönlichkeitsentwicklungsstörung» im Kindes- und Jugendalter nicht unproblematisch, da er die unzutreffende Begrenzung der Entwicklung auf diesen Lebensabschnitt manifestiert. Weiterhin muss beachtet werden, dass die Altersgrenze von 18 Jahren eine vorwiegend juristisch geprägte Perspektive darstellt (Wahlrecht, Führerschein etc.). In früheren Zeiten und in anderen Kulturen liegt der Beginn des Erwachsenenalters deutlich früher, während sich heutzutage (vor allem in akademischen Kreisen) die Adoleszenz immer weiter zu verlängern scheint und sich 18-Jährige noch längst nicht erwachsen fühlen.
- ◆ Der zweite grundlegende Irrtum besteht in der Annahme, dass Persönlichkeitsstörungen nicht veränderbar seien, somit also auch nicht therapierbar, und deshalb ein lebenslanges Schicksal für den Betroffenen darstellen. Wenn dem so wäre, könnte eine Diagnose tatsächlich zu einer nachhaltigen Stigmatisierung führen, wodurch die Möglichkeiten der privaten und beruflichen Entwicklung des betroffenen Patienten erheblich eingeschränkt würden. Da es aber zunehmend störungsspezifische Behandlungskonzepte für Erwachsene gibt und solche nun auch für das Jugendalter entwickelt werden, weiss man von der Veränderung durch Therapie auch bei Persönlichkeitsstörungen.

Borderline-Persönlichkeitsstörung im klinischen Alltag

Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen sind charakterisiert durch schwerwiegende Probleme der Impuls- und Affektregulation, die sich in rasch wechselnden Stimmungen, Gefühlen tiefer Leere oder explosiven aggressiven Durchbrüchen manifestieren können, sowie deutlichen Auffälligkeiten in der Gestaltung von Beziehungen, die häufig sehr intensiv, in der Regel aber auch sehr unbeständig ablaufen. Diese Symptomkonstellation kann bei stationären Behandlungen zu einer erheblichen Belastung von Mitpatienten und Stationspersonal führen, wodurch Patient und Symptomatik häufig in den Fokus der Aufmerksamkeit gelangen. Dies mag einer der Gründe dafür sein, dass emotional instabile Persönlichkeitsstörungen auch schon im Jugendalter keine seltene klinische Diagnose darstellen.

Das klinische Bild einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Jugendalter ähnelt sehr stark demjenigen im Erwachsenenalter. In einer Phase, die für alle Jugendlichen mit der Suche nach ihrer eigenen Identität verbunden ist, fällt es ihnen bedeutend schwerer als ihren Altersgenossen, ein kohärentes und stabiles Bild von sich selbst zu entwickeln. Diese Identitätsstörung geht einher mit multiplen psychopathologischen Auffälligkeiten wie klinisch bedeutsamen Ängsten, Zeichen für posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziativen Zuständen, Selbstverletzungen, depressiven Verstimmungen bis hin zu akuter Suizidalität und Alkohol- oder Substanzmissbrauch. Hoch auffällig zeigt sich weiterhin eine mangelnde Fähigkeit zum Lösen von Problemen, die mit dem Einsatz von pathologischen Abwehrmechanismen wie Spaltung oder projektiver Identifizierung einhergeht (Kernberg et al., 2000).

Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht heraus entwickelte M. Linehan (1989) ein «affektives Vulnerabilitätskonzept» der Borderline-Persönlichkeitsstörungen, wonach die grundlegende Störung in einer dysfunktionalen Affektregulation liegt mit hoher Sensitivität gegenüber emotionalen Reizen, heftigen Reaktionen auch auf

schwache Reize und einer verzögerten Rückkehr der Affektlage zum Ausgangsniveau. Pathogenetisch bedeutsam sollen die «invalidierenden Ursprungsfamilien» mit gehäuft auftretendem physischem und/oder sexuellem Missbrauch sein, in denen Kinder eine emotionale Fehlregulation entwickeln, sodass sie emotionale Erregungen weder richtig wahrnehmen noch steuern oder aushalten können.

In der Vorgeschichte von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen fällt immer wieder die grosse Zahl von Kontakten zu psychosozialen Hilfesystemen verschiedenster Art auf, da diese Jugendlichen in ihrer Vorgeschichte in aller Regel multiple Probleme aufwiesen, die üblicherweise schon in der frühen Kindheit zu Problemen führten. Auch kinder- und jugendpsychiatrische Vorbehandlungen sind gehäuft zu finden, verschiedene Arten von Diagnosen wurden in der Vorgeschichte gestellt: hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens oder oppositionelle Störungen, Angststörungen, Bindungsstörungen, affektive Störungen, Essstörungen, somatoforme Störungen und weitere. Plötzliche und abrupte Stimmungsschwankungen in der Kindheit werden ebenso beschrieben wie eine schlechte Beruhigbarkeit in der Säuglings- und Kleinkindzeit. Impulsives Verhalten, das sich in aggressiven Durchbrüchen, aber auch in einer Tendenz zu Selbstverletzungen zeigen kann, ist häufig.

Familiärer Hintergrund

Bei Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen findet sich in aller Regel (aber nicht immer!) eine erhebliche familiäre Pathologie. Bei keinem anderen Störungsbild zeigen epidemiologische Untersuchungen ein so hohes Ausmass an abnormen psychosozialen Lebensbedingungen einschliesslich schwerwiegender Vernachlässigungen, Misshandlungen oder Missbrauchserfahrungen. Die Wahrscheinlichkeit für eine Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter steigt dabei mit den psychosozialen Belastungen der Familie und traumatischen Erfahrungen in der Kindheit um ein Vielfaches an. Bei Kindern ohne maladaptive Erziehungspraktiken war die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen sehr gering (< 0,5%), bei denen mit sechs oder mehr problematischen Erziehungsmethoden entwickelten über 25 Prozent eine Persönlichkeitsstörung (Johnson et al., 2006).

Frühe Trennungserfahrungen vor dem Hintergrund von nicht ausreichend stabilen Beziehungen sind anamnestisch ebenfalls häufig zu finden. Alkohol und/oder Drogenmissbrauch, Dissozialität, schwere Störungen der Impulskontrolle, Essstörungen, aber auch schizophrene und affektive Störungen sind anamnestisch bei Familienmitgliedern gehäuft zu finden. Dennoch sind einseitige Schuldzuweisungen nicht nur falsch, sondern auch wenig sinnvoll, da die unabdingbare Zusammenarbeit mit den Eltern nur gelingen kann, wenn diese nicht als die Verursacher der Krankheit verteufelt werden. Unser Anliegen ist es deshalb, den Blick auch auf das Leid der Angehörigen von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen zu lenken, um zu beachten, welche grosse Belastung es für Eltern bedeutet, ein so schwer gestörtes Kind zu haben (Schmeck und Schlüter-Müller, 2009).

Komorbidität

Bei Jugendlichen mit diesem Störungsbild findet sich eine gehäufte Komorbidität mit Alkohol- und Substanzmissbrauch, Essstörungen, Angststörungen (insbesondere soziale Ängste und posttraumatische Belastungsstörung) und depressiven Störungen. Beim Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Wahrscheinlichkeit massiv erhöht, dass gleichzeitig Kriterien für eine dissoziale, histrionische oder narzisstische Persönlichkeitsstörung erfüllt sind (Schmid und Schmeck, 2008).

Kriterien für die Diagnose nach ICD-10

Mindestens fünf der folgenden neun Kriterien müssen erfüllt sein:

1. verzweifeltes Bemühen, Alleinsein zu verhindern
2. intensive, aber instabile zwischenmenschliche Beziehungen; Wechsel zwischen Überidealisierung und Entwertung
3. Identitätsstörung
4. Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten
5. wiederholte Suiziddrohungen oder -versuche, Selbstverletzungen
6. affektive Instabilität
7. chronisches Gefühl der Leere
8. übermässig starke Wut; Unfähigkeit, Wut zu kontrollieren
9. dissoziative Symptome; stressabhängige paranoide Fantasien.

Fallbeispiel

Eine knapp 16-jährige Patientin wurde mit eindrucksvoller Dringlichkeit und grosser Aufgeregtheit von der Hausärztin in die ambulante jugendpsychiatrische Behandlung überwiesen mit der Diagnose einer fraglich akuten Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten, starken Impulsdurchbrüchen, einer bulimischen Problematik, starken Stimmungsschwankungen und massiven innerfamiliären Problemen.

Das Mädchen befand sich zum damaligen Zeitpunkt bereits seit zwei Jahren in psychoanalytischer Psychotherapie, eine Verbesserung der Symptomatik konnte bis dato nicht erreicht werden. Aufgrund des selbstverletzenden Verhaltens und der suizidalen Äusserungen der Patientin bestanden die Eltern auf einer stationären Behandlung der Tochter, die drei Monate dauerte. Trotz der eindeutigen Borderline-Symptomatik wurde von der behandelnden Psychologin der Station keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, sondern die Patientin mit folgenden Diagnosen entlassen:

- ◆ Angst und depressive Störung gemischt (F41.2)
- ◆ soziale Phobie (F40.1)
- ◆ somatoforme Störung (F45)
- ◆ Derealisation (F48.1)
- ◆ Polytoxikomanie (F19.2).

In der anschliessenden ambulanten Behandlung bestanden die oben genannten Symptome unverändert fort. Ein Gespräch mit der Mutter ergab, dass die Patientin schon von klein auf zu Pseudologien neigte, immer schon alle Menschen ihrer Umgebung gegeneinander ausspielte und extrem manipulativ war. Dadurch habe sie schon immer instabile Freundschaften gehabt und viele Probleme mit Gleichaltrigen. Sie habe «mit und ohne Freunde nicht gekonnt» und sich dadurch übermässig an die Eltern gebunden, mit denen sie jedoch auch in ständige Auseinandersetzung verwickelt gewesen sei. Einerseits habe sie deren Nähe eingefordert, da sie Alleinsein kaum ertrage, andererseits ständig um ihre Selbstständigkeit gerungen. Bei kleinsten Anforderungen oder bei Kritik würde die Patientin total «ausrasten» oder sich selbst verletzen. Sie habe die gesamte Familie damit «im Griff».

Die Patientin selbst beschrieb starke Gefühle von Einsamkeit und unerträgliche Spannungszustände, die sie nur in Form von selbstverletzendem Verhalten unterbrechen könne. Andere (auch die bisherige Therapeutin) erlebte sie als feindselig und aggressiv. Es gelang ihr nicht, Eigenanteile an ihren vielfältigen und immer wiederkehrenden Beziehungsproblemen zu sehen.

Spezifische Behandlungskonzepte

Einzeltherapie

Der weit überwiegende Teil der Behandlungskonzepte für Persönlichkeitsstörungen wurde für die Therapie von emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen (also Borderline-Störungen) entwickelt. Dabei wurden von verschiedenen Therapierichtungen grundlegende Modifikationen des üblichen therapeutischen Vorgehens erarbeitet, um mit den speziellen Störungsmustern von Patienten mit Borderline-Störungen umgehen und diese behandeln zu können, da sich zeigte, dass ein «treatment as usual» für diese Patientengruppe nicht hilfreich war. Folgende spezifische Therapieverfahren zur Behandlung von emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen liegen in manualisierter Form vor:

- ◆ Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) (Linehan, 1993)
- ◆ Übertragungsfokussierte psychodynamische Therapie (TFP) (Clarkin et al., 1999)
- ◆ Mentalisierungsgestützte Therapie (MBT) (Bateman und Fonagy, 2001)
- ◆ Schemafokussierte Therapie (SFT) (Young et al., 2005)
- ◆ Strukturbezogene Therapie (Rudolf, 2004).

Gruppentherapie

Eines der Hauptmerkmale aller Persönlichkeitsstörungen ist eine Störung der Interaktion mit anderen Menschen. Besonders in der Adoleszenz ist die Interaktion mit Gleichaltrigen sowie die Fähigkeit, Freundschaften zu schliessen und zu halten eine zentrale Entwicklungsaufgabe, die den Selbstwert bei Jugendlichen reguliert sowie stabilisiert und eine Loslösung von den primären Bezugspersonen ermöglicht. Die Beschreibung von Seiffge-Krenke (2004) «Freunde sind Entwicklungshelfer» zeigt diesen Sachverhalt besonders zutreffend auf. So ist die Verbesserung der Kontakte zu Gleichaltrigen ein zentrales therapeutisches Anliegen, das besonders gut durch gruppentherapeutische Behandlungen unterstützt werden kann.

Oft gelingt es unter dem Schutz des anwesenden Therapeuten, sich den anderen Jugendlichen in der Gruppentherapie anzunähern, Kritik und Lob von ihnen anzunehmen, deren Normen zu überprüfen und mit den eigenen abzugleichen. Dies gelingt oft mit Gleichaltrigen besser als mit Erwachsenen, da die Beziehungen zu ihnen auf egalitären Machtstrukturen und denselben Entwicklungsanforderungen beruhen (Seiffge-Krenke, 2004).

Elterntarbeit

Bei allen psychischen Störungen – und somit auch bei der Behandlung der Persönlichkeitsstörungen – geht die Entwicklung dahin, ambulante Behandlungsmethoden den stationären vorzuziehen. Allein schon deshalb ist es von grosser Bedeutung, Eltern in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen, da die Adoleszenten in den meisten Fällen noch bei ihren Herkunftsfamilien leben. Johnson et al. (2004) zeigen, dass fast 90 Prozent der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit 27 Jahren noch fast täglich Kontakt zu ihren Eltern hatten, und dies, obwohl die Familieninteraktion von den Patienten als nicht unproblematisch erlebt wurde. Die Gruppe, die den intensivsten Kontakt mit ihrer Familie hatte und sich nicht aus ihren pathologischen Familienbeziehungen lösen konnte, hatte auch den schlechtesten Ausbildungsstand und das niedrigste Einkommen. Jugendliche mit ähnlichen Familienverhältnissen, denen eine Ablösung gelang, erreichten einen höheren sozialen Status.

Dies ist der bedeutsamste Unterschied zu allen Therapieformen im Erwachsenenalter. Das Heraushalten der Eltern aus der Therapie würde die Bedeutung familiärer Interaktionen für das Fortbestehen der Probleme unterschätzen. Die Arbeit mit den Eltern gelingt jedoch nur, wenn diese nicht als die Verursacher der Krankheit verurteilt werden (s.o.) und in der Arbeit mit ihnen kein notwendiges Übel, sondern eine Voraussetzung für das Gelingen der Therapie gesehen wird (Novick und Kelly Novick, 2003; Fruzzetti et al., 2005). Eine Untersuchung von Hooley und Hoffman (1999) hat gezeigt, dass eine anhaltende ablehnende Haltung der Eltern mit negativem Emotionsausdruck Rückfälle begünstigte, während ein höherer Grad an emotionaler Involviertheit der Eltern den Therapieerfolg nach einem Jahr positiv beeinflusste. Ausserdem gibt es deutliche Hinweise dafür, dass eine bessere Kenntnis des Störungsbilds in Kombination mit einem nachvollziehbaren Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Angehörigen ebenfalls einen positiven Einfluss auf den Therapieverlauf hat (Fruzzetti et al., 2007). Die folgenden Gründe sprechen dafür, Eltern in die Behandlung einzubeziehen:

- ◆ Die Vorstellung erfolgt meist während einer Krisensituation, in der Regel durch die Eltern, bei denen der Adoleszente auch vorwiegend lebt. Diese Angehörigen haben einen ganz erheblichen Leidensdruck und wünschen sich selbst Unterstützung (Sheirs und Bok, 2007).
- ◆ Das Bündnis mit den Eltern stellt einen wesentlichen Teil der Therapie dar. Erst wenn es dem Therapeuten gelingt, die Eltern davon zu überzeugen, dass sie gebraucht werden sowie hilfreich sind und sie in ihrem Handeln angeleitet werden, kann die Schuldfrage verbannt und die Gefahr, dass die Eltern die Behandlung sabotieren, vermindert werden. Dies kann gelingen, indem man den Eltern den heutigen Kenntnisstand mitteilt, nämlich dass die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen ein komplexes Zusammenwirken verschiedener Faktoren voraussetzt. So kann mit dem nötigen Abstand von der Vergangenheit alle Energie darauf verwendet werden, sich den aktuellen Problemen zu stellen, um eine Veränderung der Situation zu erreichen (Ruiz-Sancho, Gundersen, 2000; Fruzzetti et al., 2007).
- ◆ Um nicht nur die pathogenen Beziehungsmuster der Familie zu betrachten, ist es wichtig, auf die Ressourcen der Familien zu achten und sich den besonderen Stärken dieser Familien zuzuwenden, um diese zu mobilisieren. Ebenso ist die Zuwendung zu dem Leid, das diese Familie erfährt, da sie ein psychisch schwer und chronisch erkranktes Kind hat, dringend erforderlich (s.o.). Durch das Einnehmen einer Mehrgenerationenperspektive ist es oft möglich, zu erarbeiten, warum viele soziale und pädagogische Fertigkeiten und insbesondere der oft so vermisste emotional validierende Dialog den Eltern der Patienten derart schwerfallen. Sie hatten in ihrer Kindheit und Jugend oft selbst keine Modelle für ein erfolgreiches soziales Problemlösen. Zudem schützt eine Mehrgenerationenperspektive davor, den Eltern in einer vorwurfsvollen Haltung zu begegnen (Schmid und Libal, in press).
- ◆ Man kann Eltern darin schulen, die besonderen Empfindsamkeiten ihres Kindes gegenüber emotionalen Reizen, besonders zwischenmenschlichen Stressoren wie Kritik, Zurückweisung und Trennung, zu berücksichtigen. Ziel ist es, den Eltern immer wieder die kleinen Schritte der Veränderung aufzuzeigen und damit unrealistische Erwartungen und somit Enttäuschung zu vermeiden. Durch eine Verringerung der negativen Gefühlsäusserungen und Eskalationsspiralen in der Familie lassen sich Rückfälle deutlich reduzieren (Fruzzetti et al., 2007).

Literatur:

1. Bateman, A., Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: A 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36–40.
2. Clarkin, J.F., Yeomans, F., Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy of Borderline-Personality*. New York: John Wiley.
3. Fruzzetti, A.E., Shenk, C., Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007–1030. Rom 2003.
4. Fruzzetti, A.E., Santisteban, D.A., Hoffman, P.D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. In: L. A. Dimeff and K. Koerner (Eds.), *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice. Applications across disorders and settings* (pp. 222–244). New York: Guilford Press.
5. Hooley, J.M., Hoffman, P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1557–1562.
6. Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. (1998). Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*, 66(12), 545–552.
7. Johnson, J.G., Chen, H., Cohen, P. (2004). Personality disorder traits during adolescence and relationships with family members during the transition to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 923–932.
8. Johnson, J.G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., Brook, J. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579–587.
9. Kernberg, P. (1990). Resolved: borderline personality exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(3), 478–482.
10. Kernberg, P., Weiner, A. S. & Bardenstein, K.K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books. (Deutsch: Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001.)
11. Kernberg, P. (2004). Persönliche Mitteilung im Rahmen einer Gastprofessur an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm.
12. Linehan, M. (1989). Cognitive and behavior therapy for borderline personality disorders. In: Tasman, A., Hales, R., Frances, A. (Hrsg.). *Review of psychiatry*, Vol. 8. Washington: American Psychiatric Press, 84–102.
13. Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
14. Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., von Cranach, M., Gighlhuber, O., von Bose, M. (1996). *International Personality Disorder Examination. ICD-10 Modul – Deutschsprachige Ausgabe im Auftrag der WHO*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
15. Novick, J., Kelly Novick, K. (2003). How to involve parents of deeply disturbed adolescents. Workshop auf dem Internationalen Kongress der International Society of Adolescent Psychiatry (ISAP).
16. Rudolf G.T. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
17. Ruiz-Sancho und Gunderson (2000). Familien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: ein Literaturüberblick. In: Kernberg, O., Dulz, B., Sachsse, U. (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer. 771–791.
18. Scheirs, J.G., Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195–203.
19. Schmeck, K. (2008). Konzeptuelle Fragen und Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(8–9), 625–640.
20. Schmeck, K., Schlüter-Müller, S. (2009). *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Heidelberg Berlin New York Wien.
21. Schmid, M. (2007). Stationärer Kontext – Kooperation zwischen stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und stationärer Jugendhilfe bei Adoleszenten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In R. Brunner und F. Resch (Eds.), *Borderline-Störung und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen. Ätiologie, Diagnostik und Therapie* (pp. 195–229). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
22. Schmid, M., Schmeck, K. (2007). Persönlichkeitsstörungen. In: Petermann, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. 6. Aufl.
23. Schmid, M., Schmeck, K., Petermann, F. (2008). Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter? *Kindheit und Entwicklung*, 17(3), 190–202.
24. Schmid, M., Libal, G. (in press). Einige Gedanken zur familientherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, die unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. *Kontext – Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie*.
25. Shapiro, T. (1990). Resolved: borderline personality exists in children under twelve. *Negative. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(3), 480–482.
26. Spiel, W., Spiel, G. (1987). *Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie*. München Basel: Verlag Ernst Reinhardt.
27. Seiffge-Krenke, I. (2004). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie*. Berlin.
28. Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

◆ Das Arbeiten mit den Eltern ermöglicht unter Umständen ein Verbleiben des Jugendlichen in der Familie oder zumindest eine gute Ablösung aus dem Elternhaus. Auch bei heftig gestörten Eltern gibt es eine intensive Bindung des Kindes an diese. Eine forcierte Trennung oder Ablösung könnte zu Loyalitätskonflikten sowie Dekompensation und somit zu Therapieabbrüchen oder heftigen Krisen führen. Deshalb ist es wichtig, diese Loyalitätsbindungen gerade auch dann zu beachten, wenn ein Verbleib in der Ursprungsfamilie nicht mehr möglich ist und nur eine Jugendhilfe-einrichtung den notwendigen pädagogischen Rahmen bieten kann. Hier sollten die Übergänge transparent gestaltet und mit den Jugendlichen intensiv vorbereitet werden (Schmid, 2007).

Abschliessende Betrachtungen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen können wir einen faszinierenden Einblick in die Entwicklung von Persönlichkeitsstrukturen und ihren Störungsmöglichkeiten gewinnen. Von daher wundert es, wie wenig Aufmerksamkeit bisher der Entwicklung einer gestörten Persönlichkeit im Kindes- und Jugendalter geschenkt wurde (Schmeck und Schlüter-Müller, 2009). Eine Diagnose, deren Existenz umstritten ist, kann auch nicht Gegenstand wissenschaftlicher Forschung (z.B. Schwierigkeiten beim Einwerben von Drittmitteln und bei Multizenterstudien) sein, weshalb bis anhin noch zu wenige wissenschaftliche Daten zu Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter zur Verfügung stehen. Dieser bedauerliche Mangel an empirischen Studien kann nur dadurch behoben werden, dass das Konzept einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter zumindest als Arbeitsdiagnose verwendet wird. Es muss von daher der Frage nachgegangen werden, wie sich die Symptomatik im Vergleich zu derjenigen von Erwachsenen unterscheidet, um daraus entwicklungsgerechte Diagnosekriterien abzuleiten. Auch die Behandlungsmöglichkeiten von Störungen der Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter müssen vorangetrieben werden. Für die Behandlung von Erwachsenen entwickelte Therapiekonzepte können nicht einfach übernommen werden, sondern müssen an die Bedürfnisse und die andersartige soziale Situation von Kindern und Jugendlichen adaptiert werden, wie es inzwischen für DBT (DBT-A) und TFP (AIT) erreicht wurde.

Im Erwachsenenalter hat sich gezeigt, dass die therapeutischen Möglichkeiten bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen besser sind als lange Zeit angenommen. Wegen der grösseren Veränderbarkeit kindlicher Persönlichkeitsstrukturen ist davon auszugehen, dass bei einem therapeutischen Eingreifen zu einem frühen Zeitpunkt der Entwicklung die Ausbildung einer manifesten Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter (zumindest in einem Teil der Fälle) verhindert werden kann. Dies wird jedoch nur dann möglich sein, wenn wir auch schon im Kindes- und Jugendalter bereit sind, schwerwiegende und komplexe psychische Störungen entsprechend zu konzeptualisieren und zu diagnostizieren, um adäquate Behandlungsmassnahmen einleiten zu können. ◆



Für die Autoren:
 Prof. Dr. med. Susanne Schlüter-Müller
 Leuphana Universität Lüneburg
 Institut für Sozialpädagogik,
 Schwerpunkt «Psychiatriebezogene Sozialpädagogik»
 Scharnhorststrasse 1
 D-21335 Lüneburg

Interessenkonflikte: keine