Borderline-Störungen bei Jugendlichen

Annette Streeck-Fischer Carola Cropp Ulrich Streeck Simone Salzer Die psychoanalytischinteraktionelle Methode

Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie





Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Band 10

Borderline-Störungen bei Jugendlichen

Prof. Dr. Annette Streeck-Fischer, Dipl.-Psych. Carola Cropp,

Prof. Dr. Ulrich Streeck, Prof. Dr. Simone Salzer

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred E. Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering,

Prof. Dr. Falk Leichsenring, Prof. Dr. Günter Reich

Annette Streeck-Fischer Carola Cropp Ulrich Streeck Simone Salzer

Borderline-Störungen bei Jugendlichen

Die psychoanalytischinteraktionelle Methode



Prof. Dr. med. Annette Streeck-Fischer, geb. 1946. 1983–2013 Chefärztin der Abteilung "Psychiatrie und Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen" des Asklepios Fachklinikums Tiefenbrunn bei Göttingen. Seit 2009 Hochschullehrerin an der International Psychoanalytic University Berlin (IPU).

Dipl.-Psych. Carola Cropp, geb. 1980. Seit 2006 Mitarbeiterin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Asklepios Fachklinikums Tiefenbrunn.

Prof. Dr. med. Ulrich Streeck, geb. 1944. 1985–2011 ärztlicher Direktor des Asklepios Fachklinikums Tiefenbrunn. Apl. Professor für Psychotherapie und psychosomatische Medizin an der Georg-August-Universität Göttingen.

Prof. Dr. rer. nat. Simone Salzer, geb. 1976. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen. Seit April 2016 Professorin für Klinische Psychologie und Psychoanalyse an der International Psychoanalytic University Berlin (IPU).

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Merkelstraße 3 37085 Göttingen Deutschland

Tel.: +49 551 999 50 0 Fax: +49 551 999 50 111 E-Mail: verlag@hogrefe.de Internet: www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar

Format: PDF

1. Auflage 2016 © 2016 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen (E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2701-0; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2701-1) ISBN 978-3-8017-2701-7 http://doi.org/10.1026/02701-000

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	t	1
1	Beschreibung der Störung	5
1.1	Zu den Begrifflichkeiten "Persönlichkeitsstörung",	
	"Borderline-Persönlichkeitsorganisation" und	_
1.0	"strukturelle Störung"	5
1.2	Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter?	6
1.3	Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	7
1.4	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und	15
1.5	der Emotionen	17
1.6	Komorbidität	21
1.7	Differenzialdiagnose	22
1.8	Epidemiologie	24
1.9	Verlauf und Prognose	24
1.10	Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	25
2	Störungstheorien und Störungsmodelle	28
2.1	Allgemeine Modelle der Borderline-Persönlichkeits-	
	störung	28
2.1.1	Modelle aus der Entwicklungsperspektive	28
2.1.2	Das Borderline-Modell des Kindes- und Jugendalters	
	aus der Sicht von Ich-Psychologie, Objektbeziehungs-	20
2.1.3	psychologie und Selbstpsychologie	29
2.1.3	tisierung	32
2.1.4	Die Rolle von Bindung und Mentalisierung in der	32
2.1.1	Borderline-Entwicklung	33
2.2	Das Störungsmodell und der Behandlungsansatz	
	der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (PIM)	35
2.3	Weitere psychodynamische Behandlungsansätze	39
3	Diagnostik und Indikation	41
3.1	Diagnostik	41
3.1.1	Exploration der Symptomatik	41
3.1.2	Entwicklungsgeschichte inklusive Elternanamnese	43
3.1.3	Psychischer und psychopathologischer Befund	45

V

8	Literatur	114
7	Weiterführende Literatur	113
6	Varianten der PIM: Therapie von erwachsenen Patienten mit strukturellen Störungen	110
5.2	Wirksamkeit des dargestellten Behandlungskonzepts	
5.1	Wirksamkeit von Psychotherapie bei der Borderline- Persönlichkeits(entwicklungs)störung im Jugendalter	
5	Wirksamkeit der Methoden	106
4.2.5	Traumamodul	102
4.2.4	Die Elternarbeit	100
4.2.3.2 4.2.3.3	Behandlungsphase 2: Auf- und Ausbau von Ressourcen Behandlungsphase 3: Soziale Reintegration	93 96
	der therapeutischen Allianz	86
4.2.3 4.2.3.1	Jugendlichen mit Borderline-Pathologie	82 84
4.2.2	Besonderheiten bei der stationären Behandlung von	
4.2.1	Allgemeine Rahmenbedingungen	77
4.2	Die stationäre Behandlung mit der PIM	77
4.1.8	Die Hierarchisierung therapeutischer Schritte	76
4.1.7	Zum therapeutischen Umgang mit Affekten	74
4.1.6	teilnehmer	71 73
4.1.4 4.1.5	Der antwortende Modus	64
4.1.3	Der Umgang mit Übertragung und implizitem Beziehungswissen	63
4.1.2	von Jugendlichen	59 61
4.1.1	Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung	
4 4.1	Behandlung Allgemeine behandlungstechnische Aspekte der PIM	59 59
3.2	Indikation	56
3.1.6	Somatische Differenzialdiagnosen	56
3.1.5	Lern- und Leistungsdiagnostik	55
3.1.4	Strukturdiagnostik/OPD-KJ-Diagnostik	47

Vorwort

Beginnend in den 1970er Jahren bemühten sich Psychoanalytiker und Psychotherapeuten, die in psychiatrischen Kliniken mit der therapeutischen Versorgung von schwer gestörten Patienten im Erwachsenenalter betraut waren, die Psychoanalyse für die Behandlung dieser Patienten zu nutzen. Dabei mussten sie bald die Erfahrung machen, dass für viele der Patienten der Versuch, ins Unbewusste abgewiesene Erfahrungen und Konflikte bewusst zu machen und zu analysieren, ins Leere lief. Anderen Patienten fehlten die Voraussetzungen, die erforderlich sind, um mit ihnen psychoanalytisch zu arbeiten. Die Patienten konnten sich zu ihrem eigenen Erleben kaum äußern. Für seelisches Befinden, Gefühle und spontane Einfälle aufmerksam zu sein, war ihnen weitgehend verschlossen; sie waren vielfach nicht in der Lage, gleichsam in sich selbst hineinzuhorchen und sich selbst zum Objekt eigenen Nachdenkens zu machen. Vielen dieser Patienten war, was psychische Realität genannt wird, fremdes Territorium, wirklich war für sie nur, was materiell vorhanden und in diesem Sinn sinnlichkonkret erfahrbar war. Jegliche Bemühungen auf therapeutischer Seite, derartige Einschränkungen als Abwehr zu deuten, verfehlten die Patienten, sie konnten mit solchen und anderen Deutungsversuchen nichts anfangen. Vor diesem Hintergrund stellte sich zum einen die Frage, ob die psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen dieser Patienten ähnlich wie die der neurotischen Patienten auf unbewusste Konflikte zurückzuführen sind und im Rahmen einer Psychoanalyse potenziell aufgedeckt werden können oder ob zum Verständnis der Störungen dieser Patientengruppen ein anderes Störungsmodell erforderlich ist; zum anderen stellte sich aber auch die Frage, ob die Erkenntnisse der Psychoanalyse nicht dennoch für die therapeutische Versorgung dieser Patienten nutzbar zu machen sind und wie das ggf. mit welchen Modifikationen realisiert werden könnte.

Ein anderes Störungsmodell als das Konfliktmodell war erforderlich

Die weiteren Entwicklungen angesichts dieser Problematik bewegten sich in unterschiedliche Richtungen. Für die überwiegende Mehrzahl der Psychoanalytiker war und ist die therapeutische Versorgung von Patienten mit schweren Beeinträchtigungen wie gravierenden Entwicklungsstörungen der Persönlichkeit, psychosenahen Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, erheblichen psychosomatischen Beeinträchtigungen, antisozialen Verhaltensstörungen u. v. a. kein bedeutsames Thema. Für sie steht oftmals die Analyse der Psyche im Vordergrund, weniger Fragen der therapeuti-

Modifikationen der psychoanalytischen Behandlungstechnik wurden entwickelt Patienten nicht in erster Linie um Folgen von Konflikten handelte, die vom bewussten Erleben ferngehalten – mit anderen Worten: abgewehrt – wurden, veranlasste sie dazu, die psychoanalytische Behandlungstechnik mehr oder weniger weitgehend zu modifizieren und so auch für diese Patientengruppen psychoanalytische Erfahrungen nutzbringend einzusetzen. Aus solchen Bemühungen ist auch die psychoanalytisch-interaktionelle Methode hervorgegangen, die zuerst als Gruppentherapie, seit der Mitte der 1980er Jahre als Einzelbehandlung insbesondere für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und in der Folge auch als Gruppen- und Ein-

PIM als besonders hilfreicher Bezugsrahmen in der Behandlung jugendlicher Patienten Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) wurde in den vergangenen Jahrzehnten in ihrer Wirksamkeit zunächst im naturalistischen Setting überprüft, weiter ausgearbeitet und auch gelehrt. In der Behandlung jugendlicher Patienten hat sich das Störungs- und Behandlungsmodell der PIM als besonders hilfreicher Bezugsrahmen bewährt. Jugendliche mit ungünstigen entwicklungspsychologischen Voraussetzungen und traumatisierenden Erfahrungen in der Vorgeschichte, die oftmals trotz ihres jungen Alters bereits eine "Karriere" von Behandlungsabbrüchen aufweisen, die jeweils auch als ein weiterer Beziehungsabbruch in der Biografie dieser Patienten verstanden werden können, können mit der PIM erfolgreich behandelt und stabilisiert werden. Mittlerweile liegen zur Wirksamkeit der PIM erste Wirksamkeitsnachweise aus randomisiert-kontrollierten Studien sowohl in der Behandlung von Jugendlichen als auch von Erwachsenen vor (Kap. 5).

zeltherapie für schwer gestörte Patienten im Jugendalter weiterentwickelt

schen Versorgung. Anders jene Psychoanalytiker, welche die therapeutische Versorgung dieser Patientengruppen als ihre zentrale Aufgabe betrachten. Die Erkenntnis, dass es sich bei den Beeinträchtigungen der

Der im Rahmen der evidenzbasierten Medizin favorisierte Ansatz einer Störungsorientierung in der Behandlung psychischer Erkrankungen, der mit der Logik der klassifikatorischen Diagnostik korrespondiert, wird auch in dieser Manualreihe verfolgt. Dabei fassen wir unter dem gewählten Manualtitel "Borderline-Störungen" mehrere Patientengruppen zusammen, nämlich sowohl Patienten, die bereits im Jugendalter symptomatisch das Vollbild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen, als auch Patienten, die unter sogenannten Vorläuferdiagnosen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Von Kernberg (1967) als Borderline-Persönlichkeitsorganisation beschrieben, fand die Borderline-Pathologie Eingang in die Diagnosesysteme und wird seither als Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Neben der grundsätzlichen Frage, ob die Vergabe einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose im Jugendalter sinnvoll und angemessen ist (Kap. 1), lassen sich im Kindes- und Jugendalter bereits Vorläuferdiagnosen, beispielsweise die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92 in der ICD-10), identifizieren. Patienten mit dieser Diagnose erfüllen (noch) nicht das Vollbild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD oder DSM, weisen aber dennoch ausgeprägte Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen mit der Tendenz zur Chronifizierung auf und sollten ebenfalls möglichst frühzeitig behandelt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass wir die Borderline-Störung generell vorrangig als Entwicklungsstörung (Kap. 2) verstehen – wir verwenden daher auch gelegentlich den Terminus der Borderline-Persönlichkeits(entwicklungs)störung –, die sich in der Regel im Jugendalter zu manifestieren beginnt und zu diesem Zeitpunkt auch adäquat behandelt werden sollte. Wir beziehen uns in diesem Manual also auf mehrere Patientengruppen mit ähnlichen Charakteristika und fokussieren mit dem Störungs- und Behandlungsmodell der PIM insbesondere auf die den Patienten gemeinsamen Schwierigkeiten in ihrem Bezug zu sich selbst und zu anderen. Diese Schwierigkeiten werden oftmals unter dem diagnostischen Begriff der strukturellen Störung beschrieben. Dass es sich bei diesen Beeinträchtigungen der Selbst- und der Beziehungsregulierung um zentrale Aspekte der Persönlichkeitspathologie handelt, findet gegenwärtig auch im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2015) im sogenannten alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen seinen Niederschlag: Dort wird unter Kriterium A das Funktionsniveau der Persönlichkeit in den beiden Kategorien Selbst und interpersonelle Beziehungen beschrieben und diagnostisch beurteilt. Auf die Bearbeitung dieser beiden so wesentlichen Aspekte hebt die PIM ab, die in diesem Manual insbesondere für das stationäre Setting ausführlich beschrieben wird (Kap. 4).

Alternatives Modell der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5: Beeinträchtigungen der Selbst- und Beziehungsregulierung als zentrale Aspekte der Persönlichkeitspathologie

Wenn in der Psychotherapie Begriffe wie beispielsweise Behandlungsmethode, Intervention oder Therapiedosis verwendet werden, kann das leicht verdecken, dass es sich dabei im Grunde um metaphorische Begriffe handelt, die den Umstand vergessen lassen, dass Psychotherapie zuallererst ein Gespräch ist. Dabei sind neben Worten nichtsprachliches und körperliches Verhalten integraler Teil der kommunikativen Mittel, mit denen sich Jugendlicher und Therapeut verständigen und das Geschehen im Behandlungszimmer einschließlich ihres Verhältnisses zueinander gestalten. Wenn der Psychotherapeut "interveniert", dann heißt das erst einmal, dass er etwas gesagt hat; wenn er den Jugendlichen "konfrontiert", dann bedeutet auch das, dass er in einem bestimmten interpersonellen Kontext in bestimmter Weise mit dem Jugendlichen gesprochen hat. Insofern ist es gerechtfertigt zu sagen, dass der Psychotherapeut letztlich nicht eine Methode an einem Jugendlichen anwendet, sondern Jugendlicher und Psychotherapeut einen Dialog miteinander führen. Was sie in der Beziehung zueinander tun, realisieren sie durch die Art und Weise, wie sie miteinander kommunizieren. Kommunizieren ist soziales Handeln. Dieses soziale Handeln anhand der auch in diesem Manual verwendeten Termini wie Behandlungstechnik, Interventionen usw. in seiner ganzen Bedeutung erfassen zu wollen, greift zwangsläufig kurz. Wir hoffen, unseren Lesern mit

Kommunizieren ist soziales Handeln diesem Manual dennoch eine anschauliche Darstellung der PIM für die hier beschriebenen jugendlichen Patienten mit strukturellen Störungen vorlegen zu können.

Göttingen und Berlin, im Frühjahr 2016

Annette Streeck-Fischer Carola Cropp Ulrich Streeck Simone Salzer

1 Beschreibung der Störung

1.1 Zu den Begrifflichkeiten "Persönlichkeitsstörung", "Borderline-Persönlichkeitsorganisation" und "strukturelle Störung"

Die Persönlichkeitsstörungen – und damit auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung – wurden erstmals 1980 als eigenständige Diagnosen in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980) aufgenommen. Die Aufnahme in die ICD-Klassifikation erfolgte gut zehn Jahre später (ICD-10; WHO/Dilling et al., 1991). In der Fachliteratur hatte man sich allerdings schon Jahrzehnte vorher mit dieser Patientengruppe auseinandergesetzt.

Die Psychiater Stern (1938) und Knight (1953) beschrieben als "borderline" solche Patienten, die symptomatisch zwischen neurotischen und psychotischen Klassifikationen anzusiedeln waren. Eine umfassendere Theorie zu Persönlichkeitsstörungen entwarf dann in den 1960er Jahren Otto Kernberg. In seiner Theorie der Persönlichkeitsorganisation wurden Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation von solchen mit einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation und solchen mit einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation unterschieden. Eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation zeichnet sich laut Kernberg durch primitive Abwehrmechanismen und Identitätsdiffusion bei (partiell) funktionierender Realitätsprüfung aus (Kernberg, 1967). In diese Definition fallen allerdings nicht nur Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, sondern alle Patienten mit Cluster-B-Persönlichkeitstörungen (Borderline-, Narzisstische, Histrionische und Antisoziale Persönlichkeitsstörung) sowie auch Patienten mit Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen (Paranoide, Schizoide und Schizotype Persönlichkeitsstörung) nach DSM.

Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg umfasst alle Cluster-B- und Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen

Es folgten in den 1970er und 1980er Jahren eine Reihe weiterer psychoanalytischer Theorien zu Borderline-Störungen, u. a. die von Masterson (1972). Basierend auf dem ersten standardisierten diagnostischen Interview für Borderline-Persönlichkeitsstörungen von Gunderson und Kollegen (DIB; Gunderson et al., 1981) begann auch eine systematische empirische Forschung, die letztlich zur Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung in das DSM-III beitrug.

Von diesem Zeitpunkt an nahmen sowohl der Gebrauch der Diagnose in der klinischen Praxis als auch die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu Die PIM betrachtet die Borderline-Persönlichkeitsstörung insbesondere unter dem Aspekt der "strukturellen Störung"

PIM, TFP, DBT, MBT und Schematherapie zur Behandlung von Borderline-Störungen dieser Patientengruppe exponenziell zu (vgl. Gunderson, 2005). Die diesem Manual zugrunde liegende psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) entstand zunächst als gruppentherapeutisches Verfahren und fand dann auch zunehmend in der Einzeltherapie Anwendung. Die PIM betrachtet die Borderline-Persönlichkeitsstörung insbesondere unter dem Aspekt der "strukturellen Störung" und sieht bei Patienten mit Borderline-Störung die Beziehungspathologie im Vordergrund (Heigl-Evers & Heigl, 1973; Heigl-Evers & Heigl, 1978). Die Störung wird bei diesem Ansatz psychodynamisch verstanden, die Therapie ist allerdings primär auf das interaktive Geschehen und die interpersonellen Beziehungen des Patienten ausgerichtet (Streeck & Leichsenring, 2015). Neben der PIM entstanden als weitere Therapieverfahren sowohl die auf dem Modell von Kernberg basierende übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP: Clarkin et al., 2001) als auch die dialektischbehaviorale Therapie (DBT) und kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (Linehan, 1993; Turner, 1987). In den 1990er Jahren entwickelte eine Forschergruppe um Peter Fonagy eine weitere psychodynamische Therapie für Borderline-Störungen, die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT: Bateman & Fonagy, 2008). Zudem ist als ein weiterer Ansatz noch die Schematherapie zu nennen, die eine verstehensorientierte Klärungsarbeit mit handlungsorientierter, strukturierter Veränderungsarbeit verbindet (Roediger, 2009).

1.2 Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter?

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist auch im Jugendalter reliabel erfassbar

Sechs Persönlichkeitskomponenten zur
Beschreibung
verschiedener
Persönlichkeitsentwicklungsstörungen im
Kindes- und
Jugendalter

Zur Symptomatik von Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter gibt es mittlerweile ebenfalls mehrere Untersuchungen (Becker et al., 1999; Bernstein et al., 1993; Chanen et al., 2007; Grilo et al., 1996; Ha et al., 2014; Levy et al., 1999; Mattanah et al., 1995). Diese kommen größtenteils zu dem Ergebnis, dass sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung auch im Jugendalter reliabel erfassen lässt. Allerdings scheinen die Symptome in diesem Altersbereich noch weniger stabil zu sein als bei Erwachsenen (vgl. Miller et al., 2008). Eine Theorie zur Persönlichkeitsstörung im Kindesund Jugendalter stammt von P. Kernberg (Kernberg et al., 2000). Sie bezieht sich dabei auf die Störungsbilder, die O. Kernberg als Störungen auf dem Niveau einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation bezeichnet hat. Kernberg et al. (2000) verwenden sechs Persönlichkeitskomponenten (basic six: Kognition, Affekt, Selbstrepräsentation, Objektrepräsentation, das beobachtende Ich und Empathie) und beschreiben mit deren Hilfe verschiedene Persönlichkeitsentwicklungsstörungen. Diese sechs Komponenten der Persönlichkeit bestimmen die weitere Entwicklung als überdauernde Muster, wie sie auch im DSM-5 als diagnostische Kriterien für die Persönlichkeitsstörungen benannt werden. Anhand von klinischen Evaluationen verdeutlicht P. Kernberg, dass auch im Kindes- und Jugendalter zuverlässige

6

Kriterien für diese Störungsbilder gefunden werden können. P. Kernbergs Aussagen bestätigen psychodynamische Konzepte, die ungünstige frühe Entwicklungsbedingungen als Ursache von Persönlichkeitsstörungen proklamieren (vgl. Kernberg et al., 2000). Auch Diepold (1994) hat unter Verwendung von DSM-III-R-Kriterien versucht, für das Kindes- und Jugendalter vergleichbare Kategorien wie für erwachsene Patienten zu entwickeln. Sie nennt in diesem Zusammenhang die diskrepante Entwicklung, die Selbstwertstörung, Wut und Destruktion, Vernichtungs- und Trennungsangst, eingeschränkte Kontakte und Bindungen sowie Selbstschädigungen.

Nach einer Phase der intensiven Verwendung von und Auseinandersetzung mit der Borderline-Diagnose im Kindes- und insbesondere im Jugendalter wurde eine Zeitlang allerdings wieder sehr zurückhaltend mit der frühen Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung umgegangen. Diese Zurückhaltung ging einher mit einer kontroversen Diskussion, in deren Rahmen Kritiker insbesondere die Stigmatisierung durch eine in den Klassifikationssystemen als dauerhaft charakterisierte Störung hervorhoben. Seit einigen Jahren ist nun aber wieder ein deutlich stärkeres Interesse an Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter festzustellen (z. B. Foelsch et al., 2013; Taubner et al., 2010; Rossouw & Fonagy, 2012; Kernberg et al., 2008), was u.a. auf dem Hintergrund neuerer Befunde der Temperament-, Persönlichkeits- und neurobiologischen Forschung zu verstehen ist (z.B. Schmeck & Schlüter-Müller, 2009; Roth & Strüber, 2015). Dimensionale Modelle der Persönlichkeitsentwicklung sollen der Gefahr entgegentreten, dass etwa Adoleszenzkrisen fälschlich als Borderline-Persönlichkeitsstörungen klassifiziert werden. Gleichzeitig wird zunehmend der präventive Aspekt der Behandlung von potenziellen Borderline-Entwicklungen bereits im Kindes- und Jugendalter propagiert. Frühzeitige Interventionen können dazu beitragen, eine Verfestigung und Chronifizierung der Symptomatik zu verhindern (Chanen et al., 2007; Salzer et al., 2014b).

Adoleszenzkrisen werden zum Teil fälschlich als Borderline-Persönlichkeitsstörung klassifiziert

1.3 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist laut DSM-5 (APA, 2013) gekennzeichnet durch ein tiefgreifendes und überdauerndes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Selbstbild und Affekten sowie häufige impulsive Verhaltensweisen. Damit einhergehend treten eine Reihe assoziierter Symptome auf (vgl. Kasten 1). Die Kriterien für dieses Störungsbild im DSM-5 wurden im Vergleich zu Vorauflage, DSM-IV-TR (APA, 2000), unverändert beibehalten. Ein alternatives Modell der Persönlichkeitsstörung wird im DSM-5 allerdings diskutiert, und wurde in Teil III des Manuals ("In Entwicklung befindliche Instrumente und Modelle") mit aufgenommen. In diesem Modell wird zum einen das Ausmaß der Persönlich-

keitsstörung dimensional erfasst und zum anderen werden Symptomkriterien nicht direkt spezifischen Persönlichkeitsstörungen zugerechnet. Mit Letzterem soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass sich empirisch oftmals große Überschneidungen zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen zeigen. Im alternativen DSM-5-Modell für Persönlichkeitsstörungen wird unter Kriterium A das Funktionsniveau der Persönlichkeit in den beiden Kategorien Selbst (Identität, Selbststeuerung) und interpersonelle Beziehungen (Empathie, Nähe) beschrieben, in Kriterium B werden problematische Persönlichkeitsmerkmale erfasst. In Kasten 2 sind die vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung im alternativen Modell für Persönlichkeitsstörungen aufgeführt (APA, S. 1053 f.).

Kasten 1: Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2015; Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)

Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5

- A. Ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und das Muster zeigt sich in verschiedenen Situationen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:
 - 1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
 - 2. Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
 - 3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
 - 4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, "Essanfälle"). (*Beachte:* Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.)
 - 5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
 - 6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).

- 7. Chronische Gefühle von Leere.
- 8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- 9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.
- Kasten 2: Vorgeschlagene diagnostische Kriterien des alternativen Modells für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (American Psychiatric Association, 2013, 2015; Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)
 - A. Mittelgradige oder stärkere Beeinträchtigung im Funktionsniveau der Persönlichkeit, die sich durch typische Schwierigkeiten in mindestens zwei der folgenden Bereiche manifestiert:
 - 1. *Identität:* Deutlich verarmtes, wenig entwickeltes oder instabiles Selbstbild, oft mit exzessiver Selbstkritik; chronische Gefühle von innerer Leere; durch Belastung ausgelöste dissoziative Symptome.
 - 2. *Selbststeuerung:* Instabilität in Zielsetzungen, Vorlieben, Wertvorstellungen und beruflichen Plänen.
 - 3. *Empathie:* Eingeschränkte Fähigkeit, die Gefühle und Bedürfnisse anderer Personen zu erkennen, verbunden mit zwischenmenschlicher Überempfindlichkeit (beispielsweise eine Neigung, sich geringgeschätzt oder beleidigt zu fühlen); die Wahrnehmung anderer fokussiert auf negative Eigenschaften oder Vulnerabilitäten.
 - 4. *Nähe:* Intensive, aber instabile und konfliktreiche enge zwischenmenschliche Beziehungen, die durch Misstrauen, Bedürftigkeit und ängstliche Beschäftigung mit tatsächlichem oder vermeintlichem Verlassenwerden gekennzeichnet sind; nahe Beziehungen werden oftmals in Extremen von Idealisierung und Abwertung erlebt und alternieren zwischen Überinvolviertheit und Rückzug.
 - B. Mindestens vier der folgenden sieben problematischen Persönlichkeitsmerkmale, mindestens eines davon ist (5) Impulsivität, (6) Neigung zu riskantem Verhalten oder (7) Feindseligkeit:
 - 1. *Emotionale Labilität* (eine Facette der Domäne *Negative Affektivität*): Instabiles emotionales Erleben und häufige Stimmungswechsel; heftige Emotionen bzw. Affekte sind leicht stimulierbar, hochgradig intensiv und/oder unangemessen hinsichtlich situativer Auslöser und Umstände.

Alternatives Modell der Persönlichkeitsstörungen im DSM-5

- 2. Ängstlichkeit (eine Facette der Domäne Negative Affektivität): Intensive Gefühle von Nervosität, Anspannung oder Panik, oft ausgelöst durch zwischenmenschliche Spannungen; häufige Sorge über negative Auswirkungen vergangener unangenehmer Erlebnisse und über mögliche negative Entwicklungen in der Zukunft; ängstliche Gefühle, Besorgnis oder Bedrohungsgefühl bei Unsicherheit; Angst vor psychischem Zerfall oder Verlust der Kontrolle.
- 3. *Trennungsangst* (eine Facette der Domäne *Negative Affektivität*): Angst vor Zurückweisung und/oder Trennung von wichtigen Bezugspersonen, begleitet von Furcht vor übermäßiger Abhängigkeit und komplettem Autonomieverlust.
- 4. *Depressivität* (eine Facette der Domäne *Negative Affektivität*): Häufige Niedergeschlagenheit, Sich-elend-Fühlen und/oder Hoffnungslosigkeit; Schwierigkeit, sich von solchen Stimmungen zu erholen; Pessimismus hinsichtlich der Zukunft; tiefgreifende Schamgefühle; Gefühl der Minderwertigkeit; Suizidgedanken und suizidales Verhalten.
- 5. *Impulsivität* (eine Facette der Domäne *Enthemmtheit*): Handlungen erfolgen Hals über Kopf als unmittelbare Reaktion auf Auslöser; sie sind vom Augenblick bestimmt, ohne Plan oder Berücksichtigung der Folgen; Schwierigkeiten, Pläne zu entwickeln und zu verfolgen; Druckgefühl und selbstschädigendes Verhalten unter emotionalem Stress.
- 6. Neigung zu riskantem Verhalten (eine Facette der Domäne Enthemmtheit): Ausübung gefährlicher, risikoreicher und potenziell selbstschädigender Handlungen ohne äußere Notwendigkeit und ohne Rücksicht auf mögliche Folgen; Mangel an Bewusstsein für die eigenen Grenzen und Verleugnung realer persönlicher Gefahr.
- 7. Feindseligkeit (eine Facette der Domäne Antagonismus): Anhaltende oder häufige Gefühle von Ärger; Ärger oder Gereiztheit bereits bei geringfügigen Kränkungen und Beleidigungen.

In der ICD-10-Klassifikation werden die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ und vom impulsiven Typ unterschieden (WHO/Dilling & Freyberger, 2013, S. 240). Die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung wird folgendermaßen charakterisiert:

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und

mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

Die diagnostischen Kriterien ähneln insgesamt aber sehr denen des DSM (vgl. Kasten 3).

Kasten 3: Diagnostische Kriterien der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10: F60.3 (WHO/Dilling & Freyberger, 2013)

F60.30 impulsiver Typ

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter Item 2.:
 - 1. deutliche Tendenz unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
 - 2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
 - 3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
 - 4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
 - 5. unbeständige und launische Stimmung

F60.31 Borderline-Typ

- A. Die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens drei der oben unter F60.30 B. erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
 - 1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller)
 - 2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
 - 3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
 - 4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
 - 5. anhaltende Gefühle von Leere

Im Jugendalter wird die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – insbesondere vor dem 16. Lebensjahr – nur ungern vergeben. Tatsächlich ist die Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen vielfältig und wechselhaft. Ein verbindliches Symptommuster gibt es für Kinder und Jugendliche

Diagnostische Kriterien der emotionalinstabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 noch nicht. Darüber hinaus ist es oftmals nicht leicht, zwischen schweren Adoleszenzkrisen und Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörungen zu unterscheiden, da beide sehr ähnliche Charakteristika aufweisen (vgl. Kap. 1.5). Folgende Merkmale sind aber für das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung in der Adoleszenz typisch (vgl. Streeck-Fischer, 2008):

Typische Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsentwicklungsstörung in der Adoleszenz

- Oszillation zwischen verschiedenen Entwicklungsniveaus und unterschiedlichen Ich- bzw. Selbstzuständen,
- Störungen der Realitätsprüfung,
- Störungen der Selbst-, Affekt- und Impulsregulation,
- autoaggressives Verhalten,
- multiple, frei flottierende und diffuse Ängste bzw. Ausschaltung von Angst,
- pathologische Identitätsdiffusion,
- Spaltungstendenzen in Bezug auf das Selbst und die Objekte,
- Dominanz primitiver Abwehrmechanismen.

Im Falle früher Bindungstraumatisierungen treten zusätzlich meist ähnliche Symptome wie bei einer posttraumatischen Belastungsstörung auf, etwa Übererregung, Betäubung, Dissoziation und traumatische Reenactments.

Die Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichentherapeuten in Deutschland e. V. (VaKJP) hat ebenfalls im Rahmen ihrer Leitlinie zu Persönlichkeitsentwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter (Bauers et al., 2007) Merkmale aufgelistet, die Jugendliche mit Borderline-Entwicklungen in der Regel aufweisen (vgl. Kasten 4).

Kasten 4: Merkmale von Jugendlichen mit Borderline-Entwicklungen gemäß der Leitlinie Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter der VaKJP (Bauers et al., 2007, S. 576–578; Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Verlags Brandes & Apsel)

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

Störung der Realitätsprüfung: Borderline-Jugendliche neigen zu projektiven Verzerrungen (bis ins Wahnhafte), Realitätsverleugnungen und -abblendungen. Die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme mit der Realität bleibt aber trotz regressiver und mikropsychotischer Episoden bestehen. Die Regression auf psychotischem Niveau ist kein passiver Zerfall, sondern