

Streeck-Fischer, Annette

Grenzgänger - Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 3, S. 105-112

urn:nbn:de:bsz-psydok-34715

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/

INHALT

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTHHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Aus dem Funktionsbereich Klinische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Leiterin: Dr. med. A. Streeck-Fischer) am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn (Leiter: Prof. Dr. med. U. Streeck)

Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Von Annette Streeck-Fischer

Zusammenfassung

Zerstörerisches und selbstschädigendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Störungen führt kinderpsychotherapeutische Einrichtungen und ihre Mitarbeiter an persönliche und institutionelle Belastungsgrenzen. Um mit diesen „Grenzgängern“ therapeutisch fruchtbar arbeiten zu können, bedarf es einer kritischen Überprüfung stationärer Psychotherapie. Die vorliegende Arbeit untersucht die Hintergründe und Auswirkungen des destruktiven Verhaltens anhand von zwei zentralen Kurzschlußmechanismen, der „Spaltung“ und dem „Erledigen durch Agieren“. An den verschiedenen Therapiefällen wie Agieren von Spaltungsprozessen (Ausstoßung, therapeutische Einkreisung), Perpetuierung früher Beziehungsmuster und maligne Regression, wird deutlich gemacht, wie wichtig gerade bei diesen Störungen eine klare Behandlungsorganisation und bestimmte therapeutische Einstellungen sind.

1 Einleitung

Grenzgänger – gemeint sind hier solche Kinder und Jugendliche, die infolge ihrer Probleme an einer Grenze gehen, sei es an einer gesellschaftlichen Grenze, indem sie Gefahr laufen, kriminell zu werden, süchtig oder zu verwahrlosen, sei es, daß sie sich an einer existentiellen

Grenze bewegen zur Psychose, zur chronischen psychischen Krankheit oder zum Tod. Mit ihrem zerstörerischen Verhalten gegen sich selbst, gegen andere oder gegen die Umwelt gerichtet, sind sie manchmal schwer erträglich, bisweilen sogar unerträglich. Herausgefallen aus familiären und sozialen Bezügen eilt ihnen des öfteren der Ruf eines schwer erziehbaren, nicht eingliederungsfähigen, hoffnungslosen Falles voraus, was nicht selten dazu führt, sie abzuschieben, statt sich ihrer anzunehmen. So sehr sie behandlungsbedürftig erscheinen und in der Kinderpsychiatrie, dann oft als letzte Station nach einer langen Odyssee von wechselnden Aufenthalten in Heimen, Pflegefamilien o.ä. aufgenommen werden, so sehr stellen sie engagierte Therapeuten mit ihren therapeutischen Mitteln infrage, und führen sie an persönliche und institutionelle Belastungsgrenzen. Gemeint sind Kinder und Jugendliche mit Störungen auf Borderline-Niveau. Andere Erkrankungen mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten, wie z.B. auch Psychosen, autistische und geistige Behinderungen sollen im folgenden nicht berücksichtigt werden (vgl. BERNHARD-OPITZ 1988).

Oft ist die stationäre Behandlung die einzige mögliche Therapie überhaupt, um die tiefgreifende Störung zu bearbeiten (vgl. HOFFMANN 1982; IPPEN ET AL. 1990). Denn sie bedürfen zumeist einer über heilpädagogische Maßnahmen hinausgehenden Psychotherapie. Jedoch konfrontieren sie jene, die sich um eine stationäre Psychotherapie mit ihnen bemühen, mit eigener Ohnmacht und

Hilflosigkeit. In Antwort auf diese Ohnmacht werden sie im klinischen Alltag zuweilen eingesperrt, festgebunden oder isoliert; schließlich wird die Therapie abgebrochen. Heime werden gesucht, die vermeintlich besser sind. Gelegentlich werden diese Kinder oder Jugendlichen in einem schlechteren Zustand als vor der Aufnahme entlassen, oder das therapeutische Scheitern und die Resignation werden verleugnet und die Kranken werden nur noch verwahrt (vgl. TRIMBORN 1983, 1989; LOHMER 1988, S. 64; SMALDINO 1984).

Dennoch sind therapeutischer Pessimismus, Hoffnungslosigkeit und Perspektivlosigkeit, Gefühle, zu denen diese Patienten uns immer wieder verleiten – auch wenn wir gelegentlich unser Scheitern schlußendlich feststellen müssen – nicht angezeigt. Es ist vielmehr notwendig, das therapeutische Rüstzeug stationärer Psychotherapie kritisch zu beleuchten und zu überprüfen. Kinder und Jugendliche mit destruktiven und selbstverstümmelnden Verhaltensweisen zerstören nicht nur sich selbst und positive Lebensperspektiven, sie neigen auch dazu die therapeutische Beziehung (vgl. HINZ 1989) und das therapeutische Milieu zu zerstören (vgl. TRIMBORN 1983). Um von der Destruktivität dieser Kinder und Jugendlichen nicht überwältigt zu werden, benötigen wir ein besseres Verständnis von ihrer inneren Situation. Erst dann können wir Bedingungen herstellen, mit denen wir vorbereitet und gewappnet sind, ihren Zerstörungen therapeutisch zu begegnen.

In dieser Arbeit soll zunächst auf die grundlegende Pathologie der Borderline-Störung bei Kindern und Jugendlichen eingegangen werden sowie auf die Auswirkungen dieser Pathologie auf das Umfeld der Station. Dann wird beleuchtet, welche Bedeutung die Behandlungsorganisation für den Umgang mit solchen Störungsbildern hat. Schließlich sollen bestimmte Rahmenbedingungen und therapeutische Einstellungen im alltäglichen Umgang mit fremd- und selbstdestruktivem Verhalten auf der Station, dem „realtherapeutischen Raum“, dargestellt werden¹. Der Umgang mit Borderline-Störungen in der Einzeltherapie soll hier ausgeklammert bleiben.

2 Die zentrale Störung

Borderline-Störungen liegen verschiedene Erscheinungsformen destruktiven Verhaltens zugrunde (vgl. KERNBERG, 1979, 1981, 1988; ROHDE-DACHSER 1979). Hier finden sich – um nur einige zu nennen – Kinder und Jugendliche mit relativ ungebremstem, aggressiv-provozierendem Verhalten, aber auch solche mit einer vordergründig guten Anpassung bei Entwicklung eines falschen Selbst und abgespaltenen, oft verborgen gehaltenen destruktiven Anteilen im Sinne des wahren Selbst (WINNI-

COTT 1984, S. 173), oder solche, die nur flache oder flüchtige Beziehungen aufzunehmen scheinen und durch kriminelle oder tatsächliche Durchbrüche auffallen. Borderline-Störungen sind gekennzeichnet durch ein niedriges Ich-Organisations-Niveau mit charakteristischen Teil-Objekt-Beziehungen. Gegensätzliche bzw. unvereinbare Aspekte (z. B. Gut-Böse) und Teilidentifikationen bestehen nebeneinander her und können nicht miteinander integriert werden, bzw. müssen aktiv voneinander getrennt gehalten werden (vgl. KERNBERG 1979, 1981, 1984; STEINER 1987).

Als Folge von frühen und anhaltenden Traumatisierungen durch ein präambivalentes, willkürliches mütterliches Objekt haben Kinder und Jugendliche mit Borderline-Störungen eine hinreichend gute Bemmutterung nie erlebt und dadurch keine konstant guten inneren Objekte entwickelt. Diese defizitären Bedingungen haben zu tiefgreifenden Störungen in ihrer Ich-Organisation und Selbstentwicklung geführt. Zwar sind sie im Gegensatz zu psychotisch Kranken in der Lage zwischen Selbst und Nicht-Selbst zu differenzieren. Da sie jedoch die gegensätzlichen Aspekte von sich und von anderen nicht integrieren können, befinden sie sich in einem zerrissenen inneren Zustand. In diesem Zustand ist beides für sie gefährlich, sowohl die Nähe zu anderen, wie auch das Alleinsein. Nähe birgt die Gefahr von regressiver Wiederverschmelzung; Alleinsein geht mit der Gefahr einher, verloren zu gehen in einer feindlichen, bösen Welt. Um nicht psychotisch zu werden oder zu sterben, müssen Wege gefunden werden, um dieser Bedrohung zu entgehen (KERNBERG 1979, 1981; LOHMER 1988; TRIMBORN 1983).

Das schwache Ich findet Möglichkeiten der Stabilisierung in verschiedenen Grund- und Kurzschlußmechanismen. GREEN (1975) nennt 4 solcher Mechanismen, die der Stabilisierung dienen und die Symptomatik, bzw. das Verhalten maßgeblich bestimmen:

- a) die somatische Erledigung
- b) die Erledigung durch Agieren
- c) die Spaltung und
- d) die Entziehung der Besetzung.

Von diesen vier Kurzschlußmechanismen erscheinen mir für das fremd- und selbstdestruktive Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Störungen zwei Grund- und Kurzschlußmechanismen besonders bedeutsam: Die Erledigung durch Agieren und das Spalten. Auf sie gehe ich im folgenden genauer ein.

3 Spaltung

An zwei kasuistischen Vignetten, dem Beispiel eines 14jährigen Jungen (er soll hier Till genannt werden), mit vorwiegend gegen Personen und Sachen gerichtetem zerstörerischem Verhalten, und dem eines 15jährigen Mädchen (hier Astrid genannt), mit vorwiegend gegen sich selbst gerichtetem zerstörerischen Verhalten, soll dieser Bewältigungs- bzw. Kurzschlußmechanismus veranschaulicht werden.

¹ Ursprünglich wurde der Bereich der pädagogischen und sozialtherapeutischen Aktivitäten „Realraum“ (vgl. ZAUNER 1972, 71, 75) benannt. Dieser Begriff wird zugunsten des treffenderen Begriffs „realtherapeutischer Raum“ aufgegeben.

Till wurde zur stationären Psychotherapie aufgenommen wegen schwerem, z.T. mutwilligem Einnässen, sowohl nachts wie tagsüber, und heftigen aggressiven Durchbrüchen mit Zerstören von eigenem und fremdem Eigentum, tätlichen Angriffen gegenüber seinem Pflegevater und Entwendungen. Wie häufig bei solchen Entwicklungsstörungen, erschien Till in den ersten Tagen als ausgesprochen lieber, netter Kerl, angepaßt und bemüht einen guten Eindruck zu machen. Seine uns bekannte Problematik erschien zunächst – spontan betrachtet – wie nicht wahr, was zu Fragen verleitete, ob die Pflegeeltern sich ihm gegenüber vielleicht besonders feindselig, unnachtsichtig und unfähig verhalten hatten.

Bald bekam dieses positive Bild Risse: Der eine oder andere Erzieher fühlte sich „gelinkt“, eine Erzieherin sich durch seine Blicke und Gebärden gar bedroht. Es fiel auf, daß im Haus einige Dinge kaputt gingen, z.B. Steckdosen zertrümmert, Pflanzen zerstört und Bilder bespuckt wurden. Der Therapeut kam im Feierabendverkehr auf dem Weg von der Arbeit in eine bedrohliche Situation, weil die Bremsen seines Fahrrades ausgebaut waren. Ereignisse, die mit Till in Zusammenhang gebracht wurden. Man begann jetzt die Pflegeeltern mit ihrer ablehnenden, rigiden und ausstoßenden Haltung besser zu verstehen, entdeckte man doch ähnliche Gefühle bei sich selbst.

Ähnlich und doch anders waren die Bedingungen bei Astrid. Astrid kam aufgrund einer schweren Eßproblematik und wegen Selbstverletzungen, die sie sich durch Blauschlagen und Schneiden mit Schere und Rasierklingen beibrachte sowie wegen schwerer Depersonalisationszustände zur stationären Psychotherapie. Mit ihrem erwachsenhaften, angepaßten Verhalten und ihren Bekräftigungen sich an die vereinbarten Absprachen zu halten, erweckte sie den Eindruck, eine pflegeleichte Patientin zu sein. Die spontane Einstellung ihr gegenüber war wohlwollend, aber eher flüchtig. Nach 14 Tagen wurde eine Gewichtsabnahme festgestellt. Bei der Kontrolle ihrer Arme wurden blaue Flecke und Hautverletzungen festgestellt. Es zeigte sich, daß sie einen wesentlichen Teil von sich selbst – wie eh und je in ihrer Lebensgeschichte – abgespalten und verheimlicht hatte (vgl. auch SACHSSE 1987; SMALDINO 1984).

Bei beiden, Till und Astrid, ist deutlich, daß jeweils nur ein Teil sowohl von ihnen selbst, als auch von den therapeutischen Mitarbeitern erlebt wurde, während der andere Teil abgespalten, im Erleben nicht existent, erst mit der Zeit sichtbar wurde. Entsprechend gegensätzliche Teile können aber auch von Anfang an nebeneinander bestehen (vgl. DE FOLCH 1987).

Auf seiten der Therapeuten und des Pflegepersonals ist die Verleugnung der Spaltung als Gegenübertragungsreaktion typisch und ein häufiges Phänomen. Gerade zu Beginn der stationären Behandlung ist man gerne bereit sich von dem „initialen Honeymoon“, wie SMALDINO (1984, S.177) diese scheinbar harmonische Anfangszeit treffend benennt, täuschen zu lassen – zumeist spielen hier gemeinsam geteilte Größenphantasien eine Rolle –, die anamnestischen Daten nicht ernst zu nehmen oder den abgespaltenen Teil nicht wahrzunehmen (vgl. MEYER ZUR CAPELLEN 1989). Groß ist die Verführung und Bereitschaft, die jeweils andere, zumeist die bedrohliche Seite auszublenken und zu verleugnen, und ebenso groß ist die Enttäuschung, wenn der andere abgespaltene Teil, die schwer destruktiven Seiten, sichtbar werden. Werden diese destruktiven Seiten deutlich, dann ist dies oft der Zeitpunkt, zu dem die Therapie abgebrochen wird, das

Team das Kind oder den Jugendlichen ausstößt und entläßt, weil das Zusammenleben und Arbeiten unerträglich geworden ist. Die therapeutische Arbeit geht dann nicht über die Feststellung im therapeutischen Team hinaus, daß Spaltungsprozesse vorliegen, derer man sich allenfalls noch entledigen kann (vgl. TRIMBORN 1983; LOHMER 1988, S.69).

4 Erledigen durch Agieren

Dieser zweite Kurzschlußmechanismus der Erledigung durch Agieren hebt sich nach meinem Dafürhalten von den entwicklungsspezifischen Bedingungen der Konfliktbewältigung bei Kindern und Jugendlichen ab. Die Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen sich selbst wahrzunehmen, zu erkennen und Konflikte zu verbalisieren, ist altersabhängig noch unzureichend entwickelt. Kinder und Jugendliche erkennen sich selbst mit Hilfe der Externalisierung von Konflikten auf Eltern und Umwelt, von wo sie entsprechende Rückmeldungen bekommen. Das heißt, sie erfahren sich in vielen Bereichen statt durch Selbstreflexion eher als Personen, die handeln in der Begegnung mit anderen. Anders als Bloss (Bloss 1964), der ganz allgemein dem Agieren in der Adoleszenz eine besondere Funktion beimißt, nämlich die Funktion zeitliche oder historische Kontinuität innerhalb des Ichs herzustellen, erscheint es mir wichtig, das Agieren im Dienste des Ichs und der Entwicklung von dem spannungsabführenden Agieren abzugrenzen. Im Gegensatz zum Agieren oder Handeln im Dienst der Selbsterkenntnis dient der Mechanismus der Erledigung durch Agieren in erster Linie der Entleerung der psychischen Realität, der Spannungsabfuhr, bzw. Abfuhr von zerreißen inneren Gefühls- oder Leerezuständen. Frühe traumatische Erfahrungen werden zwar wiederholt, aber nicht erkannt. Die identitätsbildende Kontinuität kann damit nicht hergestellt werden. Vielmehr ist psychische Blindheit die Folge (vgl. GREEN 1975).

Bei Till zeigte sich der Mechanismus der Erledigung durch Agieren folgendermaßen: Das ursprünglich gemäßigte Klima auf der Station ging mit der Aufnahme von Till in relativ kurzer Zeit verloren. Eine Atmosphäre von Unruhe und Anspannung wurde durch ihn verbreitet. Überlaute Musik, lautes Gelächter, Übergriffe auf fremdes Eigentum, kleinere und immer erheblicher werdende Regelverstöße, Streiche und zunehmend aggressives und provozierendes Verhalten gingen von ihm aus, und machten sich immer mehr in der Jugendlichengruppe breit. Bisher unauffällige Jugendliche wurden durch seine ständigen Provokationen in Unruhe versetzt. Eine Art Notfallatmosphäre entstand in der Gruppe, die daran deutlich wurde, daß Erzieher und Pflegekräfte immer häufiger Feuerwehr- und Steuerungsfunktionen übernehmen mußten.

Tills unruhiges und unberechenbares Verhalten, seine aggressiven Übergriffe waren vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte gut zu verstehen. Er war von früh an tätlichen Angriffen, Willkür und Unberechenbarkeit ausgesetzt. Indem er selbst jetzt aktiv solche Situationen herstellte – aktiv von sich aus herbeiführte, was er einst passiv hatte erleben müssen – erlangte er die Kontrolle über solche Traumatisierungen. Gleichzeitig rein-

szenierte er die frühen traumatischen Erfahrungen, abgelehnt, weggeschickt und fallengelassen zu werden.

Solche Zusammenhänge blieben ihm jedoch verschlossen. In erster Linie versuchte er durch seine ständigen Aktionen unerträgliche Leere- und Verlassenheitsgefühlen zu entgehen und erreichte gleichzeitig Aufmerksamkeit und Zuwendung, wenn auch negative.

Der Mechanismus der Erledigung durch Agieren stellt sich bei Astrid anders dar: Gefragt, wie man ihr helfen könne, klagte sie zunehmend, daß sie ihre ständige Unruhe und Anspannung nicht ertragen könne und sich schlagen oder schneiden müsse. Untergründig veränderte sich auch durch sie mit der Zeit das Stationsklima. Sie schien die Jugendlichen insofern zu mobilisieren, als Konkurrenz darum entstand, wer kränker wäre. Ihr selbstschädigendes Verhalten steckte an, trat auch bei anderen auf, und bis dahin positive Therapieverläufe gerieten ins Wanken.

Astrid erschien vordergründig genügsam. Wenn sie alleine war, wurde sie jedoch von unerträglichen Leere-, Spannungs- und Depersonalisationszuständen überwältigt, die sie mit selbst zugefügten Schmerzen überwand. Auch sie wiederbelebte damit ihr tiefes Trauma, verlassen und schmerzhaft mißhandelt worden zu sein (sie war u. a. auch sexuell mißhandelt worden), und verwandelte diese passiv erlittene Szene, verlassen und verletzt worden zu sein, in eine aktiv-kontrollierte Handlung, von der andere ausgeschlossen wurden.

Sie war hier zugleich verlorenes kindliches Objekt oder Selbstobjekt und Schmerzen zufügendes mütterliches Selbstobjekt. Auch hier steht die Notsituation und ihre Überwindung durch Agieren im Vordergrund. Die Reinszenierung bleibt unerkannt. Fast immer hat selbstverletzendes Verhalten eine hohe „interaktionelle Potenz“ und ruft erhebliche Aufmerksamkeit und Zuwendung bei und von anderen hervor.

Fassen wir zusammen: Fremd- und selbstdestruktive Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Störungen sind Ausdruck von Notstandsmaßnahmen bei innerer Bedrohung durch unerträgliche Gefühlszustände. Frühe traumatische Beziehungsszenen werden wiederbelebt, wiederholt und nicht erkannt. Die Verbindung, daß jemand bedrohlich wird, weil er selbst bedroht ist (vgl. LEMPP in bezug auf jugendliche Mörder) ist mir hier wichtig hervorzuheben. Dieser Verständniszugang geht oft verloren.

5 Zum Behandlungssetting in der Klinik

Die Behandlung von Borderline-Störungen in der Klinik wirft viele Fragen auf. Dies ist verständlich vor dem Hintergrund der Beobachtung, daß im „stationären Reizklima“ (MÖHLEN und HEISING 1980) ohne entsprechende strukturierende therapeutische Angebote destruktives und selbstschädigendes Verhalten oft noch zunimmt, und daß solches Verhalten bei Mitpatienten, besonders bei Kindern und Jugendlichen, ansteckend wirkt (vgl. GRUNEBaum und KLERMAN 1967). Dieses Setting kann u. U. ein ideales Klima sein, um primitive Objektbeziehungsmuster und Abwehrmechanismen zu reaktivieren, was dann zu weiterer Desintegration führt. Das ursprünglich therapeutisch wirksame Klima wird durch Patienten wie

Till und Astrid zerstört, und bedroht Mitpatienten und Mitarbeiter gleichermaßen.

Therapieabbrüche, Verlegungen und ungünstige Therapieverläufe sind die Folge. Das therapeutische Team zerreibt sich z. B. in Machtkämpfen um die „richtige“ Wahrnehmung. Einzelne Mitarbeiter, die sich bedroht fühlen, werden möglicherweise im Stich gelassen oder zum Sündenbock oder Bösewicht gemacht. Rollendiffusionen und Parteinahmen sind eventuell die Folge (vgl. TRIMBORN 1983, S. 207; KERNBERG 1988). Vermehrte Anstrengungen auf seiten des therapeutischen Teams, die Situation in den Griff zu nehmen und unter Kontrolle zu bekommen, bewirken oft nichts. Vielmehr kann der verstärkte therapeutische Einsatz das therapeutische Team in die Rolle von verfolgenden Objekten, von Polizisten oder Gefängniswärtern treiben, die z. B. versuchen durch Dauerüberwachung destruktives Agieren im Keim zu ersticken. Auf der anderen Seite reagieren die Mitarbeiter auf die Bedrohung, Ohnmacht und Hilflosigkeit mit selbstrettenden Maßnahmen, wie Rückzug und Ausstoßung des unerträglichen Kindes oder Jugendlichen. Diese therapeutische Einkreisung auf der einen Seite und Ausstoßung auf der anderen Seite sind typische Gegenübertragungsreaktionen im Umgang mit Borderline-Störungen (vgl. TRIMBORN 1983, SADAVOY ET AL. 1979).

Was läßt sich tun, um zu verhindern, daß im klinischen Setting ein Borderline-Milieu entsteht, in dem die externalisierte Beziehungsstörung gelebt wird, statt verstanden und bearbeitet zu werden? Wie kann ein therapeutisches Milieu hergestellt werden?

Ein therapeutisches Milieu entsteht nicht von allein, sondern erst durch aktive, zielgerichtete Gestaltung (vgl. CUMMING 1979). „Milieuthherapie“ umfaßt „alle Gesichtspunkte in der Organisation eines umfassenden Therapiesystems, die der Besserung des Patienten dienen. Milieuthherapie ist zugleich übergeordnet als auch komplementär: Übergeordnet insofern als alle therapeutischen Verfahren der Klinik in der Milieuthherapie abgestimmt und koordiniert werden sollen, komplementär insofern als alle Geschehnisse, die örtlich und zeitlich neben den klassischen Therapieverfahren, wie z. B. analytisch orientierte Einzeltherapie, Gruppentherapie, ablaufen, als therapeutisch wirksam verstanden werden.“ (HEIM 1984, S. 3). Milieuthherapie kommt zum Ausdruck in der Behandlungsorganisation der stationären Psychotherapie und der Gestaltung des realtherapeutischen oder alltagstherapeutischen Raumes.

Die Behandlungsorganisation hat in der klinischen, insbesondere der analytisch-orientierten Therapie von Erwachsenen in den letzten Jahren mehr und mehr Interesse gefunden (HEIGL ET AL. 1981; HEIM 1984, HILPERT ET AL. 1981; HOFFMANN 1982; LOHMER 1984; JANSEN 1987; SCHEPANK 1988). Aus ehemals custodialen Strukturen wurden vorrangig Modelle mit Aufteilung der klinischen Arbeit in Therapie- und Realitätsräume entwickelt (vgl. HEIGL 1981; ZAUNER 1972, 1979). Heute ist man zumeist um integrierte Behandlungskonzeptionen bemüht, bei denen milieutheraeutische Gesichtspunkte mehr oder weniger stark berücksichtigt werden. Unterschied-

lich und z.T. auch strittig ist – wenn darüber nachgedacht wird – in welcher Form und wie weitgehend die verschiedenen therapeutischen Handlungsebenen in der klinischen Psychotherapie abgestimmt werden können und sollen. So kommt es vielfach zu einem additiven Nebeneinander von methodenzentrierten Behandlungsformen, custodialen Strukturen und partiellen Versuchen verschiedene Ebenen therapeutischen Handelns zu integrieren.

Obwohl man von custodialen Behandlungsbedingungen abgerückt ist, schleichen sie sich insbesondere im Umgang mit Kindern und Jugendlichen leicht wieder ein: So geht man oft wie selbstverständlich davon aus, daß ein Kind oder Jugendlicher behandelt werden könne, ohne selbst aktiv daran beteiligt zu sein, was seine krankheitsbedingte Neigung zum Agieren und zur Ichregression noch bestärkt. Dies korrespondiert mit einer eher schützenden, bewahrenden oder verwaltenden Haltung des Pflegepersonals (vgl. HEIM 1984, S.86). Damit werden Vorstellungen beim Kind oder Jugendlichen unterstützt, es könnte möglich sein, einfach gesund gemacht zu werden, wie das bei körperlichen Erkrankungen der Fall ist. Demgegenüber ist es gerade wichtig, daß das Kind und der Jugendliche lernen zu den aktiven Mitgestalter und Bündnispartner seiner Therapie zu werden, z.B. indem sie an der Behandlungsgestaltung beteiligt werden (vgl. STREECK-FISCHER 1985; O'MALLY 1990).

Der zentrale Raum, von dem abhängt, ob die klinische Psychotherapie von Borderline-Störungen möglich ist, ist der Raum der Alltagstherapie bzw. der Realtherapie, in dem der Alltag stattfindet, mit Schule, Arbeitsversuch, Gruppenaktivitäten u. a. Er wird in der Regel vom Stationsarzt zusammen mit den pädagogischen und sozialtherapeutischen Mitarbeitern gestaltet. Von der Gestaltung dieses Raumes hängt ab, inwieweit die Ich-Organisation des Borderline-Gestörten gestützt oder aber destabilisiert wird (vgl. CUMMING 1979), und inwieweit die Kurzschlußmechanismen wie Spalten und Agieren in Grenzen gehalten werden, oder aber sich ausweiten.

Es wird bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen meistens viel Zeit darauf verwendet, die vielfältigen Probleme des Kindes oder Jugendlichen gemeinsam in einem interdisziplinär besetzten Team zu verstehen. Dies ist wichtig um die Konflikte des Kindes oder Jugendlichen umfassend zu verstehen, die zumeist ja externalisiert sind. Jedoch kommt es häufig nicht zu dem Schritt, die Probleme auf den jeweiligen Grundkonflikt zu beziehen und danach die verschiedenen therapeutisch-pädagogischen Bereiche auszurichten und zu gestalten. Der therapeutisch-pädagogische Umgang beschränkt sich dann darauf, Probleme und Verhaltensweisen darzustellen, ohne über ihre post-hoc-Begründungen hinauszugehen. Wichtig ist das gemeinsame Verstehen! Noch wichtiger ist aber die gemeinsame therapeutische Ausrichtung auf der Basis des Grundkonfliktes. Erst beides zusammen wirkt als organisierendes und integrierendes Element für das Behandlungskonzept.

Ich komme nochmal zurück auf Till und Astrid: Wir haben verstanden auf welchem intrapsychischen Hinter-

grund ihr gegen sich und andere gerichtetes zerstörerisches Verhalten zu verstehen ist. Von Nähe- und Objektverlust bedroht, sind sie zu Grenzgängern zwischen Beziehung und Ausstoßung geworden. Wenn wir therapeutisch mit ihnen daran arbeiten, heißt das, genau an dieser Problematik der mangelnden Selbst-Objekt-Differenzierung und den daraus resultierenden Kurzschlußmechanismen (Agieren und Spalten) anzusetzen, und die Arbeit genau darauf zu fokussieren, also Bedingungen zu schaffen, mit denen sie weniger bedroht sind zu Grenzgängern werden.

Zentraler Ansatzpunkt bei Till war deshalb – und dies wurde ihm auch so gesagt –, mit ihm einen Weg zu finden, nicht wie bisher überall vor die Tür gesetzt zu werden; d.h. anders gesagt, in der Klinik Bedingungen herzustellen, die für ihn und andere erträglich sind (vgl. BLEIBERG 1990, S.213: „establish an effektiv limit setting, holding environment“).

Der zentrale Ansatzpunkt bei Astrid war ähnlich: Sie sollte darauf achten, weder durch andere noch durch sie selbst, sich quälen und mißhandeln zu lassen, sondern gemeinsam mit unserer Unterstützung erträgliche Bedingungen zu finden.

Um beiden Kurzschlußmechanismen, der Erledigung durch Agieren und der Spaltung entgegenzuwirken, die die therapeutische Beziehung und das therapeutische Milieu zerstören, bedarf es nach meinem Dafürhalten bestimmter therapeutischer Angebote, auf die ich abschließend eingehen möchte.

6 Therapeutische Einstellungen

Zwischen bedrohlicher Nähe einerseits und bedrohlicher Distanz andererseits können im Alltag erträgliche Räume, bzw. Rahmenbedingungen das zerstörerische und selbstverstümmelnde Agieren eingrenzen. In einer früheren Arbeit habe ich solche erträglichen oder auch entwicklungsförderlichen Räume „Laufställe“ genannt. Mit ihren haltenden und grenzziehenden Funktionen schützen sie vor Gefahren und bieten Entwicklungsräume an (STREECK-FISCHER 1986). Um den pathologischen Beziehungsmustern und Spaltungsprozessen entgegenzuwirken ist es sinnvoll bestimmte therapeutische Einstellungen anzubieten.

Zur Herstellung von erträglichen Räumen: KERNBERG hebt im Hinblick auf die Behandlung von Borderline-Störungen hervor, daß es wichtig ist, das Ich in die Lage zu versetzen, die Kontrolle über die Grenze zwischen Innenwelt und Außenwelt effektiv wahrzunehmen. Eine solche Kontrolle über diese Grenzen wird dem Kind oder dem Jugendlichen mit einer Borderline-Störung beispielsweise vermittelt, wenn es/er lernt, einen erträglichen Abstand zwischen sich und der Umwelt herzustellen und aufrechterhalten zu können. Abstand ist hier nicht nur im räumlichen, besonders auch im interpersonellen Sinne zu verstehen.

Die Abstandsregulierung zwischen bedrohlicher Nähe und bedrohlicher Distanz sowie die Herstellung von erträglichen Räumen waren auch zentrale pädagogische Aufgaben der Arbeit mit Till im Alltag. Das bedeutete für Till Bedingungen zu schaffen, die soziale Distanz ermöglichen. Es wurde ihm z.B. ein Einzelzimmer gegeben und feste schriftliche Regelungen darüber getroffen, wie und wann sein Zimmer betreten werden durfte und wann nicht!

Um „Ansteckungseffekte“ in der Gruppe der Jugendlichen zu verhindern, wurde Tills Aufenthaltszeit in der Gruppe geregelt. Konfliktfreie Bereiche zur Regulierung von Nähe/Distanz wurden aufgegriffen und ausgebaut. Handwerkliche Interessen oder sportliche Betätigungen wurden hierbei unterstützt. Feste Tagesplanung und ein Arbeitspraktikum halfen bei der Herstellung eines mittleren Abstands.

Feste und verlässliche Vereinbarungen waren für Till wichtig, weil diese ihn vor befürchteten Übergriffen und Willkür schützten. Beziehungen nach überschaubaren Regeln wirkten auf ihn deutlich entängstigend.

Im allgemeinen ist es günstig, solche Vereinbarungen schon zur „Honeymoonzeit“ zu treffen, noch ehe es zu Gewalttätigkeiten und zerstörerischen Verhaltensweisen gekommen ist, in einer Zeit also, in der Steuerungen und Kontrollmechanismen noch nicht infolge regressiver Prozesse aufgegeben wurden und die soziale Distanz noch reguliert werden kann. Es war notwendig, Till auf diese Fähigkeiten hinzuweisen: *„Du kannst Dich steuern – wenn Du genügend Abstand hältst und Du weißt, wie unerträglich die Bedingungen für Dich und uns sind, wenn er verloren geht.“*

Notfalls muß eine zeitlich befristete Beurlaubung erfolgen, die Abstand herstellt, wenn Grenzen und Steuerungen verloren gehen. Diesen zeitweiligen Abstand braucht nicht nur das Kind oder der Jugendliche, sondern auch das pädagogisch-therapeutische Team. Auf jeden Fall ist es wichtig, Bedingungen zu vermeiden, unter denen als ultima ratio nur noch die Entlassung erfolgen kann.

Bei Astrid war der vordergründige Beziehungsmodus zwar ein anderer, aber die zugrundeliegende Problematik ähnlich. Auch bei ihr stand die Regulierung von Abstand, die Entwicklung der interpersonellen Fähigkeit, Grenzen zu erkennen, zu ziehen und destruktive Impulse steuern zu können, im Vordergrund. Ziel war es, mit ihr einen Zwischenraum zu finden zwischen Nähe und Distanz. Z.B. Situationen zu finden, in denen das Zusammensein mit anderen erträglich war, ohne sich zu verlieren; oder Beschäftigungen zu finden, die Alleinsein ermöglichten, z.B. Zeichnen und Tagebuchschreiben. Derartige Zwischenbereiche entsprechen der Fähigkeit intrapsychische und interpersonelle Übergangsräume zu entwickeln (WINNICOTT 1984, S.51, 71; TRIMBORN 1983). Ähnlich hilfreich ist eine feste Tagesstrukturierung mit geplanten Aktivitäten und die Unterstützung vorhandener Hobbies und Interessen.

Zu den primären therapeutischen Einstellungen: Um nicht in die z.T. sehr massiven Spaltungsprozesse hineingezogen und davon überwältigt zu werden, erscheint es mir hilfreich, sich bestimmte therapeutische Einstellungen anzueignen, die das Kind, den Jugendlichen und das Team schützen, in die „passenden“ bedrohlichen Rollen hineinzugeraten. Ich meine damit komplexere Einstellun-

gen, die wichtige frühe elterliche Funktionen aufgreifen – etwa die Funktion des Mothering, des Containing² und des Triangulierens.

Da Kinder und Jugendliche mit Borderline-Störungen nicht ausreichend Sorge für sich selbst tragen können, Grundbedürfnisse nicht erkennen können, sich von Reizen überfluten lassen und Belastungsgrenzen nicht wahrnehmen, ist es erforderlich, daß solche *Mothering-Funktionen* im Alltag von den pädagogischen Betreuern übernommen werden. WINNICOTT (1984, S.33) hat diese Funktionen des Holding, Handling und Objectpresenting als grundlegend für die therapeutische Arbeit mit diesen Kindern und Jugendlichen beschrieben. Diese Kinder und Jugendlichen können nicht wahrnehmen, geschweige denn sagen, „das ist mir zu viel, das überfordert mich“. Sie brauchen jemanden, der ihnen hilft Notfall- und Überforderungssituationen zu erkennen, zu vermeiden oder zu bewältigen. Astrid z.B. fing verschiedene Arbeitsversuche an und erkannte erst über die Dekompensationen ihre Belastungsgrenzen.

Es wird von verschiedenen Seiten betont, wie wichtig die *Containing-Funktion* im Umgang mit Borderline-Patienten ist. Es handelt sich hier um eine therapeutische Einstellung, die die gespaltenen, dissoziierten Anteile von Patienten mit Borderline-Störungen aufnimmt, hält und integriert, und damit ein Gefühl von Sicherheit und haltenden Grenzen vermittelt. Um Tills Diffamierungen überhaupt zu ertragen, war es beispielsweise nötig, diese Spaltungsprozesse immer wieder zu registrieren und nicht nur eine Seite, die diffamierende, als die einzig wahre anzusehen, die zur Ausstoßung führen würde. Hier kann es sich als wichtigste Aufgabe erweisen, Mitarbeiter dabei zu unterstützen, diese Funktion noch übernehmen zu können (vgl. SMALDINO 1984, S.177).

Bei Astrid z.B. war zunächst vorrangig, zu ihren abgespaltenen Zuständen in Kontakt zu kommen, in denen sie ihr zentrales Trauma reinszenierte und herauszufinden, wann und nach welchen Ereignissen sie sich mißhandelte. Es sollte ihr deutlich werden, daß sie sich mißhandelte, wenn sie zuvor real sich von anderen schlecht behandelt fühlte. Sie sollte dies wiederum in Beziehung setzen lernen und nicht ständig abgespalten müssen. Weiterhin sollten mit ihr Wege gefunden werden, sich mit anderen auseinandersetzen zu können. Die Kritik an den Behandlungsbedingungen von seiten dieser Patienten – so auch von Astrid – wird oft nicht als Reinszenierung dieser Problematik verstanden, d.h. als Versuch einem schädigenden mütterlichen Objekt zu entgehen, und es ggf. scheitern zu lassen. Diese Problematik wird dann nicht Teil therapeutischer Arbeit, weil die Entlassung erfolgt.

Daß Borderline-Patienten spalten, z.B. in gute und böse Erzieher oder gute und böse Gleichaltrige, ist für sie eine vorübergehend wichtige und notwendige Bewältigungsform (vgl. ROHDE-DACHSER 1987). Das bedeutet aber nicht, daß sich die therapeutischen Mitarbeiter den Diffamierungen, Abwertungen oder Zerstörungen gegenüber indifferent verhalten sollten. Ebenso wenig ist es

² Anders als bei BION wird hier die Containingfunktion nur auf die therapeutische Einstellung und nicht auf die Rahmenbedingungen bezogen.

hilfreich dahingehend zu wirken, die Ausbrüche von Wut, Abwertung und Verachtung zu unterstützen, etwa gemäß der Vorstellung, es sei gut, die ganze „Wut herauszulassen“. Hilfreich ist vielmehr, mit dem Kind oder dem Jugendlichen herauszufinden, was jeweils kränkend, was verletzend, was als Willkür oder Übergriff erlebt wurde. Angezeigt sind hier oftmals Dreiergespräche, an denen der Patient, der „böse“ Erzieher und ein als relativ „gut“ angesehener Erzieher teilnehmen. Die „guten“ Personen haben dabei die Funktion, das diffamierte Objekt – den „bösen“ Erzieher – durch die Vermittlung des guten Objekts – den relativ „guten“ Erzieher – aus dieser massiven Spaltung zu entlassen! Das Kind oder der Jugendliche lernen hier sich besser zu schützen, insbesondere grenzziehende Funktionen zu entwickeln. In solchen Dreiergesprächen werden *Triangulierungsangebote* gemacht, indem das scheinbar nur gute Objekt auch verweigernde Züge hat, z.B. indem es Bündnisse nicht mitagiert, sondern aufdeckt.

Kinder und Jugendliche mit fremd- und selbstdestruktivem Verhalten bringen uns nicht selten an Grenzen unserer eigenen Belastbarkeit. Um diesen Grenzgängern zwischen Beziehung und Ausstoßung gegenüber therapeutisch gewappnet zu sein, brauchen wir Konzepte vor allem für den klinischen Alltag, die uns dabei helfen, mit den Kranken hilfreich umzugehen. Auf den therapeutischen Umgang mit Borderline-Störungen in der Einzeltherapie einzugehen, habe ich hier verzichtet, nicht weil ich die Therapie in diesem relativ geschützten Rahmen nicht für wichtig halte, sondern weil sich zumeist im alltagstherapeutischen Rahmen entscheidet, ob wir scheitern oder Behandlungsbedingungen herstellen können, mit denen diese Patienten behandelbar werden. Es soll nicht verhehlt werden, wie anstrengend, belastend und schwierig der Umgang mit diesen Kindern und Jugendlichen ist, und wie häufig die bange Frage solche Therapien begleitet, ob ein therapeutisch fruchtbarer Weg gefunden werden kann.

Summary

Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during in-patient Child and Juvenile Psychotherapy

Destructive and self-injurious behavior among children and juveniles with borderline disturbances has brought institutions and staff members involved in child psychotherapy up against the limits of personal and institutional ability to deal with the situation. In order to be able to conduct productive therapy with these "borderline" cases, there is a need for critical examination of inpatient psychotherapy. The present study examines the background and effects of destructive behavior by means of two central types of psychological breakdown, "division" and "working off reactions". In different cases requiring therapy, such as the acting out of processes of division (expulsion, therapeutic isolation), the perpetuation of early behavior patterns, and malign regression, the

study shows how important a clear organization of therapy and certain therapeutic attitudes are, particularly where these disturbances are concerned.

Literatur

- BERNARD-OPITZ, V. (1988): Interventionsmethoden bei Selbstverletzungsverhalten. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 16, 20-26. – BION, W.R. (1977): *Learning from experience*. New York: Jason Aronson – BION, W.R. (1977): *Attention and interpretation*. New York. – BLEIBERG, E. (1987): Treatment of severely disturbed children. *Bull. Menninger* 51, 296-299. – BLOS, P. (1964): Die Funktion des Agierens im Adoleszenzprozeß. *Psyche* 18, 120-138. – CUMMING, J./CUMMING, E. (1979): *Ich und Milieu*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – DE FOLCH, T.E./DE FOLCH, P. (1987): Negative Übertragung. *Psyche* 41, 689-708. – GREEN, F. (1975): Analytiker, Symbolisierung und Abwesenheit im Rahmen der psychoanalytischen Situation. *Psyche* 29, 503-540. – GRUNEBaum, H./KLERMANN, G. (1967): *Wrist slapping*. *Am.J. Psychiatry*, 124, 524-534. – HEIGL, F. (1981): Psychotherapeutischer Gesamtbehandlungsplan. In: BAUMANN, U. (Hrsg.): *Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung*. München: Urban-Schwarzenberg. – HEIGL, F./NEUN, H. (1981): *Psychotherapie im Krankenhaus*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – HEIM, E. (1984): *Praxis der Milieu-therapie*. Berlin: Springer. – HINZ, H. (1989): Projektive Identifizierung und psychoanalytischer Dialog. *Psyche* 43, 609-631. – HILPERT, H./SCHWARZ, R./BEESE, F. (1981): *Psychotherapie in der Klinik*. Berlin: Springer. – HOFFMANN, S.O. (1982): Stationäre Psychotherapie bei Patienten mit Borderlinesyndromen. In: HELMCHEN (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer. – IPPEN, M./HEBBORN-BRASS, U./SCHMIDT, M.H. (1990): Indikation zu unterschiedlichen Therapieformen bei stationärer Langzeitbehandlung. *Acta Pädopsychiat.* 53, 23-34. – JANSEN, P.L. (1987): *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett. – KERNBERG, O. (1979): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. – KERNBERG, O. (1981): *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta. – KERNBERG, O. (1988): *Innere Welt und äußere Realität*. München: Verl. Internat. Psychoanalyse. – LOHMER, M., (1988): *Stationäre Psychotherapie von Borderlinepatienten*. Berlin: Springer. – O'MALLY, F. (1990): Developing a therapeut. alliance in Hospital treatment of disturbed adolescents. *Bull. Menn.* 54, 13-24. – MEYER ZUR CAPELLEN, R. (1980): Empathiestörung, Perversion und Übergangsphänomene bei Borderlinepatienten. *Psyche* 34, 246-264. – MÖHLEN, K./HEISING, H.G. (1980): Integrative stationäre Psychotherapie. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 16, 16-31. – ROHDE-DACHSER, C. (1979): *Das Borderline-Syndrom* Bern: Huber. – ROHDE-DACHSER, C. (1987): *Ausformungen der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzißistischen und Borderline-Störungen*. *Psyche* 41, 733-799. – SACHSSE, U. (1987): Selbstschädigung als Selbstfürsorge. *Forum Psychoanal.* 3, 51-70. – SADAVOY, J./SILVA, D./BOOK, H.E. (1979): Negativ responses of the borderline to inpatient treatment. *Am.J.Psychother.* 33, 404-417. – SCHEPANK, H./TRESS, W. (1988): *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Berlin: Springer. – SMALDINO, C. (1984): Out from under: Countertransference in the treatment of masochistic Youngster. *Child and Adolescent Social Work Journal*, S. 168-180. – STEINER, S. (1987): Patienten auf einer Psychotherapiestation. *DSM III-Diagnostik und ihre Auswirkungen für die Therapie*. *Psychother. med. Psychol.*, S.211-218. – STREECK-FISCHER, A. (1986): Rahmensetzende und bündnisbildende thera-

peutische Funktionen in der klinischen Psychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 35, 50-55. - TRIMBORN, W. (1983): Die Zerstörung des therapeutischen Rahmens. Das Dilemma der stationären Psychotherapie bei Borderline-Patienten. *Psyche* 37, 204-236. - TRIMBORN, W. (1989): Ambulantes oder stationäres Setting. Überlegungen zum Behandlungsrahmen früher Störungen. *Sozialpsychiatr. Informationen* 1/89, 11-18. - WINNICOTT, D.W. (1984): Familie und individuelle Entwicklung. Frankfurt/M.: Fischer. - ZAUNER, J. (1972): Analytische Psychotherapie und soziales Lernen in Klinik und Heim. *Prax.*

Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 20, S. 166 ff. - ZAUNER, J. (1979): Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen in der Klinik. Probleme und Möglichkeiten ihrer Anwendung. In: PUSTKA, F./SPIEL, W. (Hrsg.): Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kongreßbericht des V. Kongreß der Union Europäischer Pädopsychiater in Wien 1979.

Anschr.d.Verf.: Dr.med. Annette Streeck-Fischer, Niedersächsisches Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, 3405 Rosdorf 1.