



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Paulina F. Kernberg
Alan S. Weiner
Karen K. Bardenstein

Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Aus dem Amerikanischen
von Sabine Mehl und
Katrin Grommek

Klett-Cotta

Die Autoren:

Dr. med. *Paulina F. Kernberg* war Professorin für Psychiatrie an der Cornell University New York, Direktorin des Kinder- und Jugendlichenprogramms am New York Presbyterian Hospital, Supervisorin und Psychoanalytikerin und Fakultätsmitglied des Psychoanalytischen Forschungs- und Ausbildungszentrums der Columbia University. Sie verstarb im Frühjahr 2006.

Dr. phil. *Alan S. Weiner* ist Klinischer Psychologe in privater Praxis und Assistant Professor für Psychologische Psychiatrie an der Cornell University.

Dr. phil. *Karen K. Bardenstein* ist niedergelassene Psychotherapeutin und Ausbilderin für Psychologie und Psychiatrie an der Case-Western Reserve University.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel

»Personality Disorders in Children and Adolescents«

© 2000 Basic Books

Für die deutsche Ausgabe

© 2001 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659,

Stuttgart

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: heffedesign, Rodgau

Gesetzt aus der Adobe Garamond von Lihs GmbH, Medienhaus, Ludwigsburg

Auf säure- und holzfreiem Werkdruckpapier gedruckt und gebunden

von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-94943-8

Dritte Auflage, 2015

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet

über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Für Isaac S. Fischer

Inhalt

Vorwort	9
1. Kapitel	
Entwicklungsperspektive	
Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: ein Überblick	13
Komponenten der Persönlichkeit	27
2. Kapitel	
Erfassen von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen	
Einführung	45
Erfassen beschreibender Merkmale: Entwicklungsgeschichte ..	48
Erfassen von Abwehrmechanismen	70
Erfassen der Fähigkeit zur Realitätsprüfung	81
Erfassen struktureller Merkmale: psychologische Tests	82
3. Kapitel	
Die neurotische Persönlichkeitsstruktur	
Einführung	97
Hysterische (und histrionische) Persönlichkeitsstörungen	98
Die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	124
Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung	135
4. Kapitel	
Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation	
Einführung	147
Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	148
Die narzißtische Persönlichkeitsstörung	200
Die antisoziale Persönlichkeitsstörung	216

5. Kapitel

Die psychotische Persönlichkeitsorganisation

Einführung	253
Schizotypische, paranoide und schizoide Persönlichkeitsstörungen	254

6. Kapitel

Spezielle Probleme und Forschungsperspektiven

Einführung	275
Persönlichkeitsstörungen und kulturelle Einflüsse	275
Persönlichkeitsstörungen und Geschlecht	276
Persönlichkeitsstörungen und Scheidung	277
Grenzen des <i>DSM-IV</i>	280
Forschungsrichtungen	284
Faktoren einer optimalen Persönlichkeitsentwicklung	287
Schlußfolgerung	288

Literatur	289
Autorenregister	313
Sachregister	317

Vorwort

Von Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen ist bekannt, daß sie tiefe und dauerhafte Auswirkungen auf den betroffenen Menschen und seine Familie, aber auch auf die Gesellschaft haben (Ruegg und Frances, 1995). Die epidemiologische Forschung in diesem Bereich zeigt jedoch, daß es auch in der Altersstufe der 9–19jährigen eine hohe Prävalenz für Persönlichkeitsstörungen gibt (Bernstein et al., 1993), doch wurde bislang der Tatsache, daß auch bei jungen Menschen Persönlichkeitsstörungen auftreten, nicht die nötige Aufmerksamkeit geschenkt.

Unser Ziel ist es, die wachsende und überzeugende Evidenz für Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorzustellen, damit diese leichter erkannt und behandelt werden können. Zu den Begleiterscheinungen einer Persönlichkeitsstörung in dieser Altersgruppe gehören erhöhte Suizidalität, delinquentes Verhalten, Schulversagen, schlechte soziale Anpassung und Substanzmißbrauch. Bei Patienten, die unter anderen Störungen leiden (Angst-, Eß- oder affektive Störung), verschlechtert die Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung die Prognose.

Forschungsergebnisse und klinische Befunde über Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen verweisen nachdrücklich darauf, daß eine Persönlichkeitsstörung sich bereits in frühen Entwicklungsstadien ankündigt, doch wurde das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen im eigentlichen Sinn bei Kindern und Jugendlichen in Frage gestellt. Die praktische Behandlung einer Persönlichkeitsstörung ist langwierig und verursacht mehr Kosten, als die Kostenträger zu übernehmen bereit sind. Deshalb wird ein Konzept, das davon ausgeht, ein Kind, das sich in Entwicklung befindet, könne eine so ausgeprägte Störung haben, daß davon seine Beziehungen zu seiner Umwelt und zu sich selbst betroffen sind, mit Zurückhaltung aufgenommen.

Dieses Thema ist seit einiger Zeit in der Diskussion (P. Kernberg, 1990; Shapiro, 1990), und es scheint uns geboten, diese Fragen systematischer zu behandeln. Wir wollen verdeutlichen, wie sinnvoll und nützlich die Entwicklungsperspektive ist, wenn es darum geht, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung und die damit zusammenhängenden pathologischen Persönlichkeitsmerkmale in den für das jeweilige Entwicklungsstadium typischen

Manifestationen zu erkennen. In diesem Buch wollen wir den Nachweis führen, daß die klinische Praxis und die Forschung uns die Möglichkeit geben, Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Sicherheit zu diagnostizieren.

Im ersten und zweiten Kapitel befassen wir uns mit den Themen Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung unter dem Blickwinkel der Entwicklung. Wir berichten über epidemiologische Befunde und werfen einen kritischen Blick auf die Nosologie des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (*DSM*) und deren Einfluß auf die Forschung und klinische Praxis im Bereich Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Im Anschluß daran diskutieren wir grundlegende Komponenten der Persönlichkeit wie Temperament, Identität, Geschlecht und Abwehrmechanismen. Wir stellen Methoden zum Erfassen von Verhaltensmustern bei Kindern vor, desgleichen Befunde, die die psychische Verfassung betreffen und in denen sich Persönlichkeitsmerkmale spiegelt; zu diesem Zweck erheben wir Informationen über die Vorgeschichte und verwenden strukturierte und unstrukturierte Interviews, psychologische Tests und physiologische Techniken.

Im zweiten bis zum fünften Kapitel stellen wir die verschiedenen Arten von Persönlichkeitsstörungen vor, die wir je nach Niveau der Persönlichkeitsorganisation in Untergruppen aufgeteilt haben, wobei wir die Störungen entsprechend ihrem Schweregrad in eine Rangfolge gebracht haben: von der neurotischen Persönlichkeitsstruktur mit geringem Schweregrad über die Borderline-Organisation zur psychotischen Persönlichkeitsorganisation mit hohem Schweregrad.

Das sechste Kapitel beginnt mit speziellen Fragen nach dem Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und Geschlechtsidentität, Suizidalität und Substanzmißbrauch sowie bestimmten sozialen Faktoren wie der Zugehörigkeit zu einer Ethnie oder Scheidung der Eltern. Außerdem werden Probleme der Nomenklatur im *DSM-IV* angesprochen, soweit sie sich auf Syndrome beziehen, die in der Kindheit und in der Jugend auftreten. Den Abschluß bildet ein Überblick über die verschiedenen Forschungsrichtungen.

Die unterschiedliche Länge der Kapitel korreliert einerseits mit den unterschiedlichen Erfahrungen, die die Autoren bei ihrer Arbeit mit den verschiedenen Kategorien von Persönlichkeitsstörungen gesammelt haben, andererseits damit, daß die Forschungsbereiche, über die wir berichten, im Wandel begriffen sind. Wir hoffen, daß der gemeinsame Rahmen, den wir den Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen einerseits und bei Kindern und Jugendlichen andererseits gegeben haben, sich positiv auf Längsschnittuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen auswirkt und daß dadurch – und durch vermehrte

klinische Ergebnisse – neue Erkenntnisse und Kategorien zu den bisherigen hinzukommen. Auf diesem Weg kann dieses Buch ein erster Schritt sein, so wie die Tabelle des periodischen Systems.

Wir danken unseren Kollegen für ihre Unterstützung bei unserem Bemühen; unser Dank gilt auch den Kollegen, die das ganze Unternehmen in Frage stellten. John Newman begleitete die Arbeit in ihren Anfängen und stellte die ursprünglichen Manuskripte zusammen. Ihm und Raquel Reid-McFarlane, die in mühsamer Arbeit die ersten Versionen transkribierte, gebührt unser Dank. Ein besonderer Dank gilt Lois Macri, die sich durch das Dickicht der verschiedenen Versionen der einzelnen Kapitel hindurchkämpfte und das Kommunikationsnetz zwischen den Autoren und den Verlegern knüpfte. Hohes Lob für Nina Gunzenhausen, die mit ihren herausgeberischen Kommentaren unsere Arbeit besser – viel besser – machte; ebenso auch für Cindy Hyden und ihre durch nichts zu erschütternde Unterstützung, mit der sie uns ans Ziel der Reise brachte.

Wir drei Autoren hoffen, daß dieses Buch andere dazu anregt, auf der Grundlage der hier vorgestellten Konzepte weiterzuforschen; wir hoffen auch, daß dieses Buch zur Weiterentwicklung der klinischen Arbeit und Ausbildung in den hier angesprochenen Bereichen beiträgt.

1. Kapitel

Entwicklungsperspektive

Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: ein Überblick

Historisch gesehen haben Persönlichkeitsstörungen weniger Beachtung von seiten der Kliniker und Forscher gefunden als andere psychische Störungen wie etwa Depression oder Schizophrenie. Doch ein beträchtlicher Anteil der Erwachsenen – Schätzungen sprechen von bis zu 10–11 Prozent der Gesamtbevölkerung (Weissman, 1993) bzw. 50 Prozent der Menschen, die in psychotherapeutischer Behandlung sind – leidet unter Beeinträchtigungen, die der einen oder anderen Persönlichkeitsstörung zugeschrieben werden können. Ihre Beeinträchtigung ist fortdauernd und nicht leicht zu heilen, und wenn eine Persönlichkeitsstörung zusammen mit einer anderen psychischen Störung auftritt, dann bleibt fast kein Funktionsbereich des menschlichen Lebens, ob auf individueller, familiärer oder gesellschaftlicher Ebene, davon unberührt. Eine Studie besagt, daß

Persönlichkeitsstörungen in engem Zusammenhang stehen mit Verbrechen, Substanzmißbrauch, Arbeitsunfähigkeit, erhöhtem Bedarf an medizinischer Versorgung, Selbstmordversuchen, selbstschädigendem Verhalten, Vergewaltigungen, langsamerer Genesung nach Achse I* – Störungen oder somatischen Krankheiten, Institutionalisierung, Leistungsdefiziten, Unterbeschäftigung, zerrütteten Familien, Kindesmißbrauch und -vernachlässigung, Obdachlosig-

* Das DSM-IV als ein multiaxiales Klassifikationssystem psychischer Störungen erfordert eine Beurteilung auf verschiedenen Achsen, von denen sich jede auf einen anderen Bereich von Informationen bezieht, die dem Untersucher bei der Behandlungsplanung und Prognose helfen können. Die multiaxiale Klassifikation des DSM-IV umfaßt 5 Achsen:

- Achse I Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme
- Achse II Persönlichkeitsstörungen, Geistige Behinderung
- Achse III Medizinische Krankheitsfaktoren
- Achse IV Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
- Achse V Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

keit, Illegalität, Armut, durch Sexualverkehr übertragenen Krankheiten, Fehldiagnosen und -behandlungen medizinischer und psychischer Störungen, Gerichtsverfahren, Rückfälligkeit bei Krankheiten und nach Delikten, Unzufriedenheit mit psychotherapeutischer Behandlung und Behandlungsabbruch sowie Abhängigkeit von Sozialhilfe. Diese psychische Krankheit bewirkt ein Maß an sozialen Schäden, das in keinem Verhältnis zu der geringen Aufmerksamkeit steht, die ihr im Bewußtsein der Öffentlichkeit, bei der Verteilung staatlicher Forschungsmittel oder sogar im Rahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Ausbildung zuteil wird (Ruegg und Francis 1995, S. 16 f.).

Noch weniger Aufmerksamkeit wird der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen geschenkt. In aller Regel suchen die meisten epidemiologischen Studien zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter nicht nach Persönlichkeitsstörungen (siehe dazu beispielsweise Cohen et al., 1993, Kashani et al., 1983). Es entbehrt nicht einer gewissen Ironie, daß aufgrund eben dieses Mangels an empirischer Forschung manche Wissenschaftler oder Kliniker es vermeiden, eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren.

Sucht man jedoch bei Kindern und Jugendlichen nach Persönlichkeitsstörungen, dann findet man eine beachtliche Prävalenz. So stellten zum Beispiel Golombek und Kollegen (1986) fest, daß 46 Prozent der von ihnen evaluierten 13jährigen Kinder den Kriterien für eine Achse II-Diagnose des *DSM-III* entsprachen. Eine andere Studie (Bernstein et al., 1993) wandte die *DSM-III-R*-Kriterien bei der Längsschnitt-Evaluation von 733 Jugendlichen im Alter zwischen 9 und 19 Jahren aus einer Zufallsstichprobe von Familien an. Als das Durchschnittsalter der Gruppe 11,3 Jahre betrug (Altersgruppe 11–21), entsprachen 31,2 Prozent den Kriterien für eine geringe Persönlichkeitsstörung, 17,2 Prozent zeigten eine schwere Störung. Die Prävalenz für geringe und schwere Persönlichkeitsstörungen erreichte bei 12jährigen Jungen und 13jährigen Mädchen einen Höhepunkt. Einzelfallstudien in anderen Untersuchungen zeigten ebenfalls, daß manche Störungen wie beispielsweise eine narzißtische Persönlichkeitsstörung sich vom Grundschulalter an als recht zeit- und situationsstabil erweisen (Egan und Kernberg, 1984) und eine Kontinuität vom Vorschulalter bis zur späten Adoleszenz aufweisen (Broussard, 1983).

Immer häufiger werden überdauernde Persönlichkeitsmuster beschrieben, die am Ende der Vorschulzeit auftreten. Zu diesen Verhaltensmustern gehören Aggressivität, unflexible Coping-Strategien und unsicheres Bindungsverhalten, die sich zu überdauernden Verhaltensweisen während der Kindheit entwickeln

und sich später zu Merkmalen von Störungen wie Depression oder Drogenmißbrauch sowie antisozialem oder kriminellem Verhalten verfestigen (National Advisory Mental Health Council, 1995).

Für einen jungen Menschen können die Auswirkungen einer Persönlichkeitsstörung auf alle Funktionsbereiche ebenso belastend sein wie für einen Erwachsenen. So erhöht sich beispielsweise die Wahrscheinlichkeit für Selbstmord bei Jugendlichen mit einer impulsiv-dramatischen oder einer vermeidend-dependenten Persönlichkeitsstörung (Brent et al., 1994); suizidales Verhalten tritt in massiverer Form bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf, die sowohl unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch unter einer Major-Depression leiden.

Persönlichkeitsstörungen in neuer Sicht

Forscher und Kliniker interessieren sich schon seit langem für das Thema Persönlichkeit und Persönlichkeitsveränderungen, sie haben aber verständlicherweise ihre Aufmerksamkeit mehr auf Achse I-Störungen gerichtet als auf Persönlichkeitsstörungen. Ein Grund dafür mag darin liegen, daß die Auswirkungen einer Persönlichkeitsstörung weniger deutlich in Erscheinung treten als etwa eine chronische Schizophrenie oder Affektstörungen, die durch beobachtbare, meß- und beschreibbare Anzeichen und Verhaltensweisen gekennzeichnet sind. Es ist leichter, eine Befragung über Halluzinationen durchzuführen, als Verhaltensmuster zu erfragen, die auf eine Identitätsstörung hinweisen.

Da Persönlichkeitsstörungen weitreichende Aspekte der individuellen Funktionsfähigkeit betreffen, ist ein Konsens über die Kriterien ihres Auftretens schwer zu erreichen. So erbrachten zwei Langzeitprojekte, die beide mit Gemeindestichproben arbeiteten und dabei verschiedene, jedoch anerkannte Meßmethoden (Tests) mit unterschiedlichen Kriterien verwendeten, zwei sehr unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Die bereits angeführte Studie von Bernstein et al. (1993) erzielte ihre Ergebnisse (31,2 Prozent mäßige und 17,2 Prozent starke) mit einer Reihe von Meßmethoden, während die andere Untersuchung (Lewinsohn et al., 1997) den Personality Disorder Examination-Test verwendete, ein für Erwachsene entwickeltes strukturiertes Interview (Loranger, 1988). Bei 3,3 Prozent der jungen Erwachsenen seiner Stichprobe stellte er Persönlichkeitsstörungen fest.

Darüber hinaus haben die Forschungen über Achse I-Störungen den Weg für Untersuchungen der Gehirnfunktionen freigemacht; das führte zur ständigen Weiterentwicklung der Möglichkeiten pharmakologischer Intervention.

Bei Persönlichkeitsstörungen ist jedoch die Rolle der medikamentösen Intervention weniger deutlich; das gilt auch für mögliche Beziehungen zwischen Gehirn und Verhalten. Obgleich die Behandlung mit Psychopharmaka aller Charakteristika von Persönlichkeitsstörungen, bei denen ein Zusammenhang mit Achse I-Störungen besteht, möglich ist und relativ kurz sein kann, ist für die interpersonellen Aspekte einer Persönlichkeitsstörung häufig eine intensive Psychotherapie erforderlich. Vermutlich würden die Krankenkassen oder andere Kostenträger, die Wert auf kostengünstigere, kürzere und gezieltere Behandlungsformen legen, die Kosten dafür nicht übernehmen.

Trotz all dieser Schwierigkeiten stößt die Erforschung von Persönlichkeitsstörungen bei Erwachsenen auf zunehmendes Interesse: 1987 wurde eigens eine Zeitschrift für Persönlichkeitsstörungen ins Leben gerufen (*The Journal of Personality Disorders*), und Forschungsberichte aus dem Bereich Persönlichkeitsstörungen erscheinen heute regelmäßig in verschiedenen psychotherapeutischen und psychologischen Fachzeitschriften. Dazu trug zweifellos auch die Neuformulierung der Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen in *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Livesley, 1995) bei. Die dritte Ausgabe (*DSM-III*, 1980) brachte für jede Persönlichkeitsstörung eigene Diagnosekriterien und führte das multiaxiale System ein, das die Differenzierung von Persönlichkeitsstörungen (Achse II) von allen anderen psychischen Störungen (Achse I) ermöglichte. Dieses im *DSM-III-Revised* (1987) und im *DSM-IV* (1994) durch kontinuierliche Reliabilitäts- und Validitätsstudien weiter verfeinerte Klassifikationssystem erlaubte es, einen Patienten allein im Hinblick auf eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen zu untersuchen, und erleichterte die Identifizierung von Persönlichkeitsstörungen, die parallel zu anderen Störungen auftreten.

Das *DSM-IV* definiert Persönlichkeitszüge als »überdauernde Muster des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und des Denkens über die Umwelt und über sich selbst. Sie kommen in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen und Zusammenhänge zum Ausdruck« (dt. Ausgabe S. 712). Eine Persönlichkeitsstörung wird dagegen definiert als ein andauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. [...] Dieses überdauernde Muster ist in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen unflexibel und tiefgreifend und führt zu Leiden oder zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Das Muster ist stabil und langdauernd, und sein Beginn kann zumindest bis zur Adoleszenz oder bis zum frühen Erwachsenenalter zurückverfolgt werden (S.712).

In Übereinstimmung mit Forschungs- und klinischen Befunden geht man

demnach davon aus, daß eine Persönlichkeitsstörung gravierende Auswirkungen auf die meisten Bereiche des persönlichen Lebens, einschließlich des Verhaltens am Arbeitsplatz oder in der Schule, bei der Interaktion mit der Familie oder mit Gleichaltrigen, auf die kognitiven und emotionalen Funktionen der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie ganz allgemein auf die Beziehung zur Realität hat. Diese Beschreibung macht deutlich, daß für die Erfassung und die Integration der Erkenntnisse ein komplexes und umfassendes Verfahren benötigt wird.

Das Konzept der Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Die Änderungen in der Systematik des *DSM* förderten zwar das klinische Interesse und die Forschungstätigkeit bezüglich Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter, aber dies hatte nicht die gleiche Auswirkung auf die Erforschung von Beginn und Verlauf der Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Aus persönlichen und theoretischen Gründen sträubten sich die Kliniker, bei Kindern und Jugendlichen die Diagnose »Persönlichkeitsstörung« zu stellen.

Ein Grund für dieses Widerstreben liegt darin, daß jeder, der beruflich mit Kindern zu tun hat, sich scheut, Kinder mit Diagnosen abzustempeln, die auf schwere und unbeeinflußbare Probleme hindeuten. Wird ein Kind mit dem Etikett »Persönlichkeitsstörung« versehen, dann könnte sich das, ebenso wie die Diagnose anderer schwerwiegender psychologischer Störungen, negativ auf das Selbstkonzept des Kindes (oder seiner Familie) auswirken oder die Zukunft des Kindes dadurch beeinträchtigen, daß diese Diagnose irgendwo in den persönlichen Unterlagen auftaucht. Doch auch das Versäumnis, eine Persönlichkeitsstörung bereits im Kindesalter zu diagnostizieren, kann die Zukunft des Kindes gefährden, weil es ihm dadurch erschwert oder sogar unmöglich gemacht wird, die notwendige und angemessene Behandlung zu bekommen. Ironischerweise führt die Definition des *DSM-IV* dazu, daß die Versicherungsgesellschaften in einer Zeit der Kostendämpfung im Gesundheitswesen nicht immer willens sind, eine Persönlichkeitsstörung bei Kindern anzuerkennen. Kliniker, die diese Diagnose stellen, bekommen dann zu hören, daß »diese Diagnose für Patienten dieses Alters nicht im Computer aufgeführt ist«. Deshalb kann es geschehen, daß die Behandlung einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung von den Kostenträgern nicht übernommen wird. Generell ist eine Persönlichkeitsstörung kein gutes Argument für eine Krankenkassenbewilligung.

Manche Kliniker und Forscher vertreten die Ansicht, daß sich die Persön-

lichkeit im Kindes- und Jugendalter noch nicht herausgebildet habe; deshalb ergibt ihrer Meinung nach die Diagnose »Persönlichkeitsstörung« für diese Altersgruppe keinen Sinn. Andere (wie beispielsweise Shapiro, 1990) stellen lediglich die Frage, ob eine Persönlichkeitsstörung bereits vor Beginn der Adoleszenz diagnostiziert werden kann, also vor dem Zeitpunkt, von dem man annimmt, daß sich eine Identität herausbildet, die bereits gewisse Ähnlichkeiten mit der eines Erwachsenen aufweist (Blos, 1967; Erikson, 1968). Dieser Ansatz ist nicht entwicklungsorientiert, denn er läßt den Prozeß außer acht, demzufolge sich in jeder Entwicklungsphase eine altersgemäße Identität und Persönlichkeit bilden. Werden jedoch die Entwicklungslinien der Identitätsstrukturierung nicht beachtet, dann werden auch die Faktoren übersehen, die auf jeder Altersstufe die Persönlichkeitsentwicklung nachteilig beeinflussen können.

Persönlichkeitsstörungen und Entwicklung

In der Definition des *DSM-IV* ist das Konzept »Entwicklung« ganz klar impliziert, obwohl es nicht direkt angesprochen wird. Offensichtlich kämpft das System mit Themen wie dem ersten Auftauchen oder Entstehen eines Verhaltens oder Charakterzugs, dessen Beziehung zu seiner endgültigen (d. h. erwachsenen) Form sowie mit der Frage, ob dieses Verhalten oder dieses Merkmal über die Zeit hinweg stabil bleibt oder sich kontinuierlich an später auftretende Verhaltensweisen oder Merkmale anschließt. Seit langem beschäftigen sich Wissenschaftler, deren Interesse dem Entwicklungsprozeß gilt, mit diesen Themen.

Erste Anzeichen von Persönlichkeitsmerkmalen in der Kindheit

In den letzten Jahrzehnten hat die Forschung ihr Wissen über die sich entwickelnde Persönlichkeit des Kindes beträchtlich erweitert; dazu gehören das erste Auftreten eines Identitätsgefühls, Affektmodulation, Denkstil und Beziehungen zur Außenwelt; all diese Themen stehen in Zusammenhang mit der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung bei Kindern. So stellte man bei den Untersuchungen zum Selbstkonzept fest, daß ein Kind mit drei Jahren sich selbst im Spiegel erkennen und benennen kann; außerdem das Schamgefühl, das vor dem zweiten Lebensjahr auftritt und ein Bewußtsein seiner selbst impliziert (Lewis, 1993). Ein weiteres Beispiel bietet die Impulsivität mit ihrer biologisch-charakterlichen Grundlage: Dieses Merkmal läßt sich schon zu einem frühen Zeitpunkt der Entwicklung erkennen, verändert sich jedoch mit zuneh-

mendem Alter (Achenbach et al., 1995, Bernstein et al., 1993). Paßt sich dieses Merkmal schlecht an die Umwelt an, dann stellt es eine intrinsische Komponente der Borderline-Persönlichkeitsstörung (*DSM-IV*) dar. Auch die Empathie ist ein gutes Beispiel dafür: Aufgrund ihrer Bedeutung für die Beziehung zwischen dem Selbst und den anderen entwickelt sich die Empathie bereits sehr früh (Hoffman, 1977); die ersten deutlichen Zeichen von Empathie sind bereits bei Zweijährigen zu erkennen. Abweichungen im empathischen Verhalten gehören zum Bild mehrerer Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der narzißtischen und der antisozialen Persönlichkeitsstörung (Selzer et al., 1987).

Ein weiteres Persönlichkeitsmerkmal – Denkstil und die Fähigkeit zu konkreten Operationen (Piaget, 1950) – zeigt sich in der mittleren Kindheit und bleibt bis ins Erwachsenenalter bestehen. Bei Schulkindern wurden Unterschiede im sprachlichen Ausdruck gefunden, etwa der Unterschied zwischen »sharpeners« (Akzentuierern), deren Ausdrucksweise eher analytisch und detailliert ist, und »levelers« (Nivellierern), die sich eher global und affektgeladen ausdrücken (Gardner und Moriarty, 1968). Eine Denkstörung kann auch durch ein Interview zuverlässig festgestellt werden und ist in diesem Alter von diagnostischer Bedeutung (Caplan, 1994).

Realitätsprüfung, Denkprozesse und -störungen können bei Schulkindern mit dem Rorschach-Test zuverlässig gemessen werden (Exner und Weiner, 1995). Die Rorschach-Maße zeigen Stabilität über die Zeit und sind valide Prädiktoren für Beeinträchtigungen grundlegender Funktionen der Persönlichkeit. So berichtet eine Studie über Rorschach-Befunde bei 9–13jährigen Kindern aus konfliktreichen Scheidungssituationen: Einige Jahre nach der Scheidung zeigten fast 100 Prozent der Kinder, die eine konfliktreiche Scheidung erlebt hatten (gegenüber 10 Prozent der Kinder einer Kontrollgruppe), Rorschach-Antworten, die auf erhöhtes Mißtrauen, geringes Selbstwertgefühl, Verhaftetsein im Konkreten, eingeschränkte Spontaneität, übermäßige Anspannung sowie Zeichen der Entfremdung in Verbindung mit überzogenem Selbstvertrauen (Roseby et al., 1995) hinweisen.

Kontinuität und entwicklungsbedingte Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen

Sowohl die Beständigkeit psychologischer Merkmale als auch die Möglichkeiten einer in geordneten Bahnen verlaufenden, systematischen Veränderung dieser Merkmale über Entwicklungsstadien hinweg sind seit vielen Jahren Gegenstand von Untersuchungen (siehe dazu beispielsweise Achenbach et al.,

1995; Bloom, 1964; Brim und Kagan, 1980; Kagan und Moss, 1962). Kagan (1969) führte das Konzept der heterotypischen Kontinuität ein, um Situationen zu beschreiben, in denen eine signifikante Korrelation zwischen zwei scheinbar unterschiedlichen Variablen vorliegt, die an weit auseinanderliegenden Zeitpunkten gemessen werden. Als Beispiel führt er die Unempfindlichkeit gegenüber Strafe und Belohnung in der Kindheit an, die mit dem Fehlen von Schuldgefühlen und Empathie korrelieren, einem Merkmal der antisozialen Persönlichkeit. Tritt eine solche Korrelation auf, dann führt der Forscher irgendeine theoretische Erklärung für diesen Zusammenhang ein, weil man von der Annahme ausgeht, es müsse zwischen den Variablen eine Verbindung bestehen.

Das Konzept der heterotypischen Kontinuität war wichtig und hilfreich bei Längsschnitt-Verhaltensanalysen. Man kann nicht dieselbe Variable auf dieselbe Weise zu verschiedenen Zeitpunkten der Entwicklung messen und nach Stabilität über die Entwicklungsperioden hinweg suchen, denn ein Verhalten drückt sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien unterschiedlich aus und hat jeweils unterschiedliche Bedeutungen. Die Persönlichkeitskomponente »Intelligenz« kann beispielsweise nicht in verschiedenen Entwicklungsstadien mit den gleichen Test-Items gemessen werden. Die üblichen Intelligenztests für Kleinkinder sind kein Prädiktor für spätere Intelligenz (McCall, 1997). Werden jedoch Informationsverarbeitung und Aufmerksamkeit mit Tests gemessen, die für das jeweilige Entwicklungsstadium angemessen sind, dann zeigt sich eine Beziehung zwischen den kognitiven Funktionen des Kleinkindes und der Intelligenz in der späten Kindheit (Slater, 1995).

Bindungsverhalten

Für die Untersuchungen zur Kontinuität über Entwicklungsstadien hinweg ist das Bindungsverhalten (attachment) von grundsätzlicher Bedeutung, denn die Bindungsmuster bestimmen über die frühe Kindheit hinaus die Art und Weise der interpersonellen Beziehungen sowie die innere Repräsentation anderer Menschen. Nach unserer Auffassung sollten die Klassifikationen des Bindungsverhaltens auch als Deskriptoren für Persönlichkeitsstile betrachtet werden, denn der Persönlichkeitsstil eines Individuums beeinflusst seine Verhaltensmuster in der Interaktion mit anderen; in der Beziehung zwischen Bindungsverhalten einerseits und Interaktionsmustern andererseits tritt der Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten und späterer Funktionsfähigkeit zutage.

Erstaunlicherweise war bei Untersuchungen eine Entsprechung zwischen der Klassifizierung des Bindungsverhalten einer Untergruppe von Kleinkindern

im Fremde-Situation-Test (Ainsworth et al., 1978) und dem im Interview erfragten Bindungsstatus von Erwachsenen festzustellen. Das Adult Attachment Interview (AAI) (Main and Goldwyn, 1994) verwendet man, um die innere Repräsentation der Bindungsbeziehung eines Menschen zu erfassen. Den Fremde-Situation-Test wie auch das AAI hat man entwickelt, um das Bindungsverhalten zu messen, von dem man annimmt, daß es ein zeitstabiles Persönlichkeitsmerkmal ist, das sich im Verlauf der Entwicklung auf unterschiedliche Weise manifestiert und offenbar von einer Generation an die andere weitergegeben wird (Benoit and Parker, 1994).

Die Kohärenz des Konstrukts »Bindungsverhalten« wird gestützt durch die Befunde der Längsschnittuntersuchungen, die Sroufe und Mitarbeiter durchgeführt haben (Sroufe, 1997). Kleinkinder, die gegenüber ihrer Pflegeperson ein Vermeidungsverhalten zeigen, sind möglicherweise als Kinder nur zu oberflächlichen Beziehungen fähig und können aufgrund ihrer mangelnden Fähigkeit zur Empathie in der späteren Kindheit aggressives und brutales Verhalten sowie Verhaltensstörungen entwickeln. Kleinkinder, die vermeidendes Bindungsverhalten zeigen und den angebotenen Trost zurückweisen, zeigen später nicht, wie man erwarten könnte, ein mißtrauisches und widerspenstiges Verhalten, sondern entwickeln das Persönlichkeitsmerkmal »chronische Wachsamkeit«, verbunden mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung irgendeiner Form von Angststörung.

In einer anderen Studie (1993) berichten Sroufe und Mitarbeiter gleichfalls über deutliche Zusammenhänge zwischen Bindungsmustern, die bei 12–18 Monate alten Kindern mit dem Fremde-Situation-Test im Labor gefunden wurden, und verschiedenen sozialen Verhaltensweisen (Interaktionen mit Gleichaltrigen und Selbstvertrauen) in der mittleren Kindheit und Adoleszenz. Mit diesen Ergebnissen konnte Sroufe heterotypische Kontinuität über längere Zeitabschnitte hinweg nachweisen und die Bedeutung der dyadischen Beziehung als Prädiktor hervorheben, in der die Konstruktion des Selbst und der Umgebung vorhersehbare Reaktionen bewirkt, wodurch internalisierte Modelle und Verhaltensweisen aufrechterhalten und verstärkt werden.

Dieser Ansatz unterscheidet sich von einem anderen, der die offensichtliche Kontinuität von bindungsrelevanten Verhaltensweisen der Stabilität der Umgebung zuschreibt, in der das Kind aufwächst (Magai und Hunziker, 1993). Sroufe dagegen postuliert, daß das Kind seine Umgebung konstruiert und mitbestimmt. Kindliche Charakterzüge wie beispielsweise Temperament können zur Ausbildung und Ausübung von sadomasochistisch oder narzißtisch geprägten Erziehungsstrategien beitragen.

Drei Interaktionsmuster

Caspi (Caspi und Bern, 1990; Caspi und Moffitt, 1995) beschreibt drei Muster von Interaktionen zwischen Individuum und Umwelt (die temperamentsbedingt oder genetischen Ursprungs sein können); sie sind hilfreich, wenn man darüber nachdenkt, auf welche Weise Persönlichkeitsmerkmale erhalten bleiben und die Kontinuität ihres Ausdrucks über Zeit und Situationen hinweg beibehalten. Man kann Persönlichkeitsmerkmale durchaus als Interaktionsmuster betrachten, mit denen ein Individuum bei anderen Menschen Reaktionen erzeugt und Erfahrungen mit anderen Menschen sammelt.

Mit evokativen Interaktionen ruft ein Individuum spezielle Reaktionen bei anderen hervor. So wird zum Beispiel ein impulsives, unaufmerksames Kind eher strafendes und einschränkendes Verhalten von seiten der Erwachsenen provozieren als ein »pflegeleichtes« Kind. Im Zuge der Persönlichkeitsbildung veranlaßt zum Beispiel ein Masochist andere, so zu reagieren, daß beide Seiten sein Persönlichkeitsmerkmal (Masochismus) verstärken.

Bei reaktiven Interaktionen interpretieren Jugendliche die gleiche Situation auf jeweils unterschiedliche Weise und reagieren entsprechend unterschiedlich. Dodge und Mitarbeiter (1986) beschreiben, wie aggressive Jungen im Grundschulalter neutrale Handlungen anderer als aggressiv und feindselig wahrnehmen. Dagegen reagieren ängstliche Kinder auf ein Ereignis so, als hätte es eine furchterregende Komponente.

Bei den proaktiven Interaktionen schafft oder sucht das Individuum Situationen, die zum eigenen Interaktionsstil und zu seiner Persönlichkeit passen; dazu gehören auch die Muster, nach denen Freundschaften geknüpft werden. Caspi und Bern (1990) vermuten, daß mit dem Alter und mit wachsender Autonomie die proaktiven Interaktionen zunehmen und damit die mit dem zunehmendem Alter der Versuchspersonen einhergehende positive Veränderung der Stabilität der Korrelationen über die Zeit hinweg zu erklären ist.

Stabilität und Psychopathologie in der Kindheit

Praktiker gehen im allgemeinen davon aus, daß Kinder sich verändern und formbar sind und daß der Entwicklungsprozeß sie zu Veränderungen drängt, deren Ergebnis vielleicht sogar ein gesundes Kind ist. Im Verlauf dieses Prozesses – so die Annahme – würden sich viele psychische Probleme und problematische Verhaltensweisen von selbst erledigen. Dennoch gibt es Kinder, die alle *DSM-IV*-Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllen und bei denen die unangepaßten Persönlichkeitsmerkmale offensichtlich zahlreich und un-

veränderlich sind. Doch das *DSM-IV* legt den Beginn einer Persönlichkeitsstörung in die Zeit der Adoleszenz und des frühen Erwachsenenalters, nicht jedoch in die frühe Kindheit.

Viele Probleme aus der Vorschulzeit lösen sich zwar von selbst, doch es ist verfehlt anzunehmen, bei Kindern seien alle Probleme nur vorübergehender Natur, vor allem nicht bei Kindern im Schulalter. Angesichts der hohen Komplexität von Entwicklung ist es erstaunlich, daß eine Psychopathologie im Erwachsenenalter überhaupt in der Kindheit vorhergesagt werden kann (Kagan, 1997). Viele Beispiele aus verschiedenen Funktionsbereichen belegen eine Fortdauer des Problemverhaltens.

Kagan und Zentner (1996) untersuchten anhand von Längsschnittstudien den möglichen Zusammenhang zwischen Problemen, die im 4. Lebensjahr auftreten, und einer Psychopathologie im Erwachsenenalter. Sie kamen zu dem Schluß, daß extreme Impulsivität im Vorschulalter ein Vorläufer für antisoziales Verhalten beim Jugendlichen sein kann und daß Schüchternheit möglicherweise ein Indikator für eine spätere vermeidende Persönlichkeit ist. Nach Kagan und Zentner gehören zu den Faktoren, die die Beziehung zwischen Problemen in der frühen Kindheit und späteren Achse I- und -II-Störungen bedingen, Temperament (Veranlagung), eine Umgebung, die eine veranlagungsbedingte Vulnerabilität verstärkt, sowie symptomverursachende Stressoren.

Unsere klinische Erfahrung zeigt, daß bei den meisten Kindern, die als ambulante Patienten im klinischen Setting behandelt wurden, die Störung bereits seit mehr als zwei Jahren vorlag. So wird zum Beispiel selektiver Mutismus – ein relativ seltenes Symptom, das die Manifestation des Persönlichkeitsmerkmals Schüchternheit und/oder soziale Ängstlichkeit sein kann – meist erst im Kindergarten oder bei der Einschulung diagnostiziert, obwohl dieses Verhalten schon sehr früh auftritt. Die Eltern berichten, daß das Kind dieses Verhalten schon immer gezeigt hat (Dow et al., 1995). Black und Uhde (1995) berichten, daß bei den von ihnen untersuchten selektiv stummen Kindern die durchschnittliche Dauer dieser Störung bei 5,7 Jahren lag.

Als ein weiteres Beispiel sei angeführt, daß man eine deutliche und reliable Unterscheidung zwischen dem Beginn von antisozialem Verhalten in der Kindheit und dem in der Adoleszenz treffen kann. Die Kindheitsvariante hat einen Langzeitverlauf, tritt zusammen mit spezifischen Veranlagungs- und neuropsychologischen Faktoren (z. B. Impulsivität oder Sprache und Gedächtnis) auf und steht in Zusammenhang mit der späteren Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (Moffitt et al., 1996). Wir können annehmen, daß eine anomale Entwicklung auch anomal fortschreitet und Kinder tenden-

ziell ihre psychischen Störungen beibehalten, vor allem wenn diese nicht behandelt werden. Damit entsprechen solche Störungen den Kriterien für Dauer und Ausmaß von unangepaßten Persönlichkeitsmerkmalen.

Cohen und seine Kollegen (Cohen et al., 1993) untersuchten die Persistenz von Störungen in der Kindheit und kamen anhand ihrer epidemiologischen Daten zu dem Ergebnis, daß psychische Störungen bei Kindern ebenso beständig sein können wie später bei Erwachsenen. Desgleichen zeigten Costello und Angold (1995) in einer Literaturübersicht zur Entwicklungsepidemiologie, daß es eine Kontinuität in der Vulnerabilität des Kindes gibt und daß eine Störung in der Kindheit die Wahrscheinlichkeit einer Störung in der Adoleszenz signifikant erhöht. Bei Durchsicht der Isle of Wight-Studien fanden sie beispielsweise eine Prävalenz von 46 Prozent für eine psychische Störung bei Jugendlichen, die als Kinder eine Affektstörung gezeigt hatten; eine Prävalenz von 75 Prozent unter den Jugendlichen, die eine Verhaltensstörung gezeigt hatten, verglichen mit einer Prävalenz von 21 Prozent bei Jugendlichen, die in der Kindheit keine psychische Störung hatten. Kestenbaum (1983) berichtet, daß von den acht Borderline-Kindern, die sie sorgfältig untersucht und deren Entwicklung sie verfolgt hatte, bei sieben Kindern keine Remission auftrat. Eine andere Studie (Lewinsohn et al., 1997) besagt, daß eine frühe Achse I-Störung, vor allem wenn zwei derartige Diagnosen vorliegen, die Wahrscheinlichkeit einer Persönlichkeitsstörung in der späten Adoleszenz oder auch im frühen Erwachsenenleben beträchtlich erhöht.

Das typische Kennzeichen von Persönlichkeitsstörungen sind mangelnde Flexibilität und mangelhafte Anpassung, und nach unserer Ansicht sind es genau diese Qualitäten der Funktionsfähigkeit eines Menschen, die über die Zeit hinweg stabil bleiben. Auch wenn ein spezifisches Verhalten sich im Verlauf der Entwicklung verändert – und davon kann man ausgehen –, so bleibt doch die unzureichende Anpassung aufgrund der Persönlichkeitsstörung mit ihren Auswirkungen auf das Selbst und auf andere bestehen. Diese fehlende Fähigkeit zur Anpassung tritt wahrscheinlich am wenigsten in Erscheinung, wenn das Kind oder der Erwachsene sich in einer strukturierten Situation befindet, die durchschaubar ist oder keine Herausforderung darstellt; in Phasen von Veränderungen und Streß ist die Wahrscheinlichkeit, daß dieses Merkmal auftritt, höher.

In solche Phasen können Aktivitäten fallen, die größere zwischenmenschliche Anforderungen stellen (neue Freundschaften schließen oder in einer Beziehung eine neue Stufe der Intimität erreichen), Konkurrenz oder die Gefahr von Versagen und Demütigung mit sich bringen (eine Prüfung machen, Wettkampf im Mannschaftssport oder eine Arbeit öffentlich darstellen) oder neue

Anforderungen an die Autonomie stellen (bei einem Freund/einer Freundin übernachten, ins Gymnasium kommen oder ohne die Hilfe einer Autorität eine Tätigkeit finden und diese ohne Aufsicht ausführen).

Auch im klinischen Setting fällt auf, daß das deutliche Zutreten eines Merkmals von der Situation beeinflusst wird. So treten beispielsweise antisoziale Menschen in unstrukturierten Gruppensituationen wegen ihrer Omnipotenzgefühle als Anführer auf. Die Berichte des Pflegepersonals über Beobachtungen bei stationären Patienten in gering strukturierten Situationen können mehr Informationen über Persönlichkeitsmerkmale enthalten als Beobachtungen auf der Grundlage eines strukturierten Interviews (P. Kernberg et al., 1997).

Wenn von seiten der Umgebung nicht eingegriffen wird, muß man damit rechnen, daß die Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung bei entwicklungsbedingten neuen Anforderungen mit jeder Entwicklungsstufe deutlicher hervortreten und schwerer zu behandeln sind und das Anpassungsdefizit sich verstärkt. Livson und Peskin (1967) berichteten, daß in der frühen Adoleszenz (11–13 Jahre) gemessene Verhaltensweisen bessere Prädiktoren für die Funktionsfähigkeit des Erwachsenen waren als ähnliche Verhaltensweisen, die erfaßt wurden, als die Kinder jünger oder in der mittleren Adoleszenz waren. Daraus kann man schließen, daß die Art, wie ein Kind mit dem Übergang von der Grundschule zum Gymnasium oder zur Realschule fertigwird, mehr Vorhersagekraft für den Umgang mit Übergangssituationen im späteren Leben besitzt als Verhaltensweisen, die in ruhigeren Entwicklungsphasen erfaßt werden. Erklären lassen sich diese Befunde mit den jeweils charakteristischen Coping- und Abwehrmechanismen, die in solchen Situationen herangezogen werden, wenn das Kind oder der Jugendliche mit den Ängsten fertigzuwerden versucht, die mit Übergangssituationen in der Entwicklung verbunden sind.

Doch was ist mit den Situationen, die keine Kontinuität aufzuweisen scheinen? Was ist zu tun, wenn ein Kind zu einem bestimmten Zeitpunkt seiner Entwicklung die anerkannten Diagnose-Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung zeigt, diese Diagnose jedoch keine Langzeitstabilität in späteren Entwicklungsstadien zeigt? Wie wir bereits angemerkt haben, warnt uns das *DSM-IV* geradezu, daß wir auf eine solche Situation gefaßt sein müssen. Bernstein und seine Kollegen (Bernstein et al., 1996) berichten, daß bei 43 Prozent der Jugendlichen einer Längsschnittstudie die Persönlichkeitsstörungen nicht persistierend waren. Bedeutet das, daß die Ausgangsdiagnose falsch war oder daß das Verhalten des Kindes weiterhin instabil ist und damit bewiesen wäre, daß das Konzept der Persönlichkeitsstörung unhaltbar ist?

Wir müssen einräumen, daß Persönlichkeitsfaktoren und Persönlichkeitsstörungen sich verändern können und dies auch tun, nicht nur in der Kindheit

und Jugend, sondern auch im Erwachsenenalter. Perry (1993) überprüfte Längsschnittstudien von Erwachsenen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung und stellte fest, daß nach 10 Jahren 52 Prozent der ursprünglichen Patientengruppe weiterhin eine »eindeutige oder wahrscheinliche« Borderline-Diagnose hatten, wobei jedes Jahr 3,7 Prozent Remissionen zu verzeichnen waren. Darüber hinaus ist es nicht ungewöhnlich, daß Erwachsene eine Komorbidität mehrerer Persönlichkeitsstörungsdiagnosen aus unterschiedlichen Achse II-Clustern aufweisen. Außerdem liegt in der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung eine beträchtliche Heterogenität: Zwei Menschen mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung können völlig verschiedene Züge dieser Störung zeigen (Widiger und Trull, 1992). Der »reine Typus« ist demnach nicht leicht zu identifizieren, und Erwachsene sollten bei Untersuchungen zur Stabilität von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern nicht die Norm darstellen. Es wäre nicht hilfreich, über diese Heterogenität bei Erwachsenen hinwegzusehen, sie jedoch dazu zu benutzen, das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern anzuzweifeln.

Wir befürchten, daß der *DSM-IV*-Standard unbeabsichtigt die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern erschwert und damit die Wahrscheinlichkeit verringert, daß Kliniker und Wissenschaftler diese Diagnose stellen. Eine solche Tendenz würde die Grundannahmen des *DSM* bestätigen, aber nicht die für eine angemessene Evaluation dieser Position erforderlichen Informationen liefern. Wir sind der Ansicht, daß es viele wichtige Aspekte im Verhalten eines Kindes gibt, die über die Zeit hinweg stabil und kohärent und vermutlich für die Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung von Bedeutung sind.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt würden wir der Anwendung der Kriterien für Erwachsene auf Kinder zustimmen. Wir sind der festen Überzeugung, daß wichtige Teile dieser Kriterien bei Kindern reliabel identifiziert werden können. Das könnte ein erster Ansatz sein, von dem aus man weiter arbeiten und forschen müßte, um mit der Zeit entwicklungspezifische Kriterien festzulegen, die Entwicklungsschübe berücksichtigen und damit zu einer präziseren Psychopathologie der Persönlichkeitsentwicklung und der Persönlichkeitsstörungen führen könnten.

Ein Vergleich von persönlichkeitsgestörten Kindern mit symptomfreien Kindern wäre wahrscheinlich fruchtbarer als der Vergleich von Erwachsenen mit Kindern. Der Unterschied zwischen dem normalen Narzißmus des Kindes und der pathologischen Form mag als Illustration dafür gelten: Im ersten Fall wünscht das Kind, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, akzeptiert aber gleichzeitig seine Abhängigkeit und bringt Dankbarkeit zum Ausdruck.

Ein Kind mit pathologischem Narzißmus verlangt ebenfalls, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, gibt jedoch nicht zu, abhängig zu sein, und drückt auch keine Dankbarkeit aus.

Wir meinen, daß eine Persönlichkeitsstörung bei Kindern zuverlässig identifiziert werden kann, daß sie mit anderen Achse I- und Achse II-Störungen korreliert und die Persistenz aufweist, die sie zu einer schweren, alle Lebensbereiche beeinträchtigenden Störung macht.

Komponenten der Persönlichkeit

Die Persönlichkeitsforschung befaßt sich mit individuellen Unterschieden. Bei diesen Studien spielen zwar experimentelle Befunde aus Biologie, Psychologie und Psychiatrie eine wesentliche Rolle, doch das eigentliche Ziel liegt darin, zeitstabile Unterschiede, die ein Individuum – oder eine Gruppe von Individuen – charakterisieren und durch die sie sich voneinander unterscheiden, zu erkennen und zu erklären. Dieses Wissen kann dann dazu beitragen zu verstehen, wie das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen durch diese Unterschiede beeinflusst wird.

In diesem Kapitel beschreiben wir die wichtigsten Variablen, die in der kindlichen Entwicklung eine Rolle spielen und zum Verständnis von Persönlichkeitsstörungen sowie zu deren Beschreibung und Behandlung beitragen können.

- *Temperament*: eine genetisch determinierte Disposition, die die Interaktion des Kindes mit seiner Umwelt beeinflusst, und zwar sowohl die Art und Weise, wie sich das Kind anderen Menschen nähert, als auch die Reaktionsbereitschaft der Umgebung.
- *Identität*: ein internes mentales Konstrukt, dessen Inhalt das sich entwickelnde Gefühl des Kindes für das über Zeit und Situationen hinweg gleichbleibende eigene Selbst ist.
- *Geschlecht*: eine fundamentale Dimension, ihrerseits eine Komponente des sich entwickelnden Identitätsgefühls. Durch diese Dimension definiert sich ein Individuum in allen Kulturen und Gesellschaften, und sie verkörpert bestimmte Verhaltenserwartungen. Auf dieser Dimension variieren die Art und die Häufigkeit psychopathologischer Störungen.
- *Neuropsychologische Entwicklungsstörungen*: Defizite bei den auf neuropsychologischen Prozessen beruhenden kognitiven und Ich-Funktionen, die die Art und Weise beeinflussen, wie das Kind Informationen verarbeitet, speichert und abrufen.

- *Affekt*: die emotionalen Reaktionen des Kindes sowie die mentale »Klammer«, die die inneren Selbst- und Fremdrepräsentationen miteinander verbindet.
- *Abwehrmechanismen*: die für ein Kind charakteristischen Bewältigungs- und Anpassungsstrategien hinsichtlich interner und externer Stressoren. Diese Variable ist ein wichtiges Element bei der Diagnose und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Diese Persönlichkeitsvariablen werden einerseits durch die Erfahrungen beeinflusst, die das Kind mit seiner Umwelt macht, sind aber andererseits auch Faktoren, die selbst bestimmte Reaktionen in der Umwelt des Kindes hervorrufen. Damit beeinflussen sie die Art, wie ein Kind seine Erfahrungen verarbeitet und interpretiert.

Diese Variablen dienen auch als Basis für die Definition einer normalen Persönlichkeit. Ein normales Kind oder ein normaler Jugendlicher kann als ein Individuum beschrieben werden, das sich den Entwicklungsnormen – unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechtsrollenerwartung – entsprechend verhält, dessen Identitätsgefühl seinem Alter entspricht und dessen Abwehrmechanismen sich auf der für dieses Alter als Norm akzeptierten Stufe bewegen. Dies zeigt sich in der Auswahl an angemessenen und flexiblen Abwehr- und Bewältigungsstrategien, die diesem Kind oder Jugendlichen zur Verfügung steht. Ein solches Kind ist fähig, Beziehungen zu anderen einzugehen, Ereignisse zu antizipieren, schulische und außerschulische Aufgaben zu übernehmen und auszuführen, es verfügt über Humor und über die Fähigkeit zur Sublimierung. Die sozialen Beziehungen dieses Kindes spiegeln seine Fähigkeit zur Empathie und zur Gegenseitigkeit, es hat ein tieferes Interesse an anderen Kindern und ist in der Lage, echte »Kumpel« und nicht nur bloße Zufallsbekanntschaften zu finden. Das Kind muß impulsiven Reaktionen nicht unmittelbar nachgeben, sondern kann sie aufschieben; es verfügt über die Fähigkeit zur Selbstreflexion und zur Realitätsprüfung; sein Realitätsgefühl ist seinem Alter entsprechend entwickelt. Zu seinem Identitätsgefühl gehört ein gut funktionierendes Über-Ich, das sich in der Fähigkeit zeigt, Regeln zu internalisieren, aus Fehlern zu lernen, Reue zu empfinden und Wiedergutmachung zu leisten.

Die weiter unten näher beschriebenen Persönlichkeitskomponenten kann man am ehesten als interaktiv bezeichnen; sie tragen wesentlich zur Entwicklung der Persönlichkeit aber auch zur Entstehung von Persönlichkeitsstörungen bei.