

Borderline-Störungen bei Jugendlichen

Annette Streeck-Fischer
Carola Cropp
Ulrich Streeck
Simone Salzer

Die psychoanalytisch-
interaktionelle Methode

Praxis der psychodynamischen
Psychotherapie – analytische
und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

 **hogrefe**

Borderline-Störungen bei Jugendlichen

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

Borderline-Störungen bei Jugendlichen

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

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred E. Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering,
Prof. Dr. Falk Leichsenring, Prof. Dr. Günter Reich

Annette Streeck-Fischer
Carola Cropp
Ulrich Streeck
Simone Salzer

Borderline-Störungen bei Jugendlichen

Die psychoanalytisch-
interaktionelle Methode



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

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

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

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

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

Copyright-Hinweis:

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

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel.: +49 551 999 50 0
Fax: +49 551 999 50 111
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2016

© 2016 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2701-0; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2701-1)

ISBN 978-3-8017-2701-7

<http://doi.org/10.1026/02701-000>

Nutzungsbedingungen:

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

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

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

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

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

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

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

Anmerkung:

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

Inhaltsverzeichnis

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

3.1.4	Strukturdiagnostik/OPD-KJ-Diagnostik	47
3.1.5	Lern- und Leistungsdiagnostik	55
3.1.6	Somatische Differenzialdiagnosen	56
3.2	Indikation	56
4	Behandlung	59
4.1	Allgemeine behandlungstechnische Aspekte der PIM	59
4.1.1	Besonderheiten der psychotherapeutischen Behandlung von Jugendlichen	59
4.1.2	Die Haltung des Therapeuten	61
4.1.3	Der Umgang mit Übertragung und implizitem Beziehungswissen	63
4.1.4	Der antwortende Modus	64
4.1.5	Der Therapeut als realer und als virtueller Interaktions- teilnehmer	71
4.1.6	Zum Primat der Selbstregulierung	73
4.1.7	Zum therapeutischen Umgang mit Affekten	74
4.1.8	Die Hierarchisierung therapeutischer Schritte	76
4.2	Die stationäre Behandlung mit der PIM	77
4.2.1	Allgemeine Rahmenbedingungen	77
4.2.2	Besonderheiten bei der stationären Behandlung von Jugendlichen mit Borderline-Pathologie	82
4.2.3	Die drei Phasen der stationären Behandlung mit der PIM	84
4.2.3.1	Behandlungsphase 1: Stabilisierung und Aufbau der therapeutischen Allianz	86
4.2.3.2	Behandlungsphase 2: Auf- und Ausbau von Ressourcen	93
4.2.3.3	Behandlungsphase 3: Soziale Reintegration	96
4.2.4	Die Elternarbeit	100
4.2.5	Traumamodul	102
5	Wirksamkeit der Methoden	106
5.1	Wirksamkeit von Psychotherapie bei der Borderline- Persönlichkeits(entwicklungs)störung im Jugendalter	106
5.2	Wirksamkeit des dargestellten Behandlungskonzepts	107
6	Varianten der PIM: Therapie von erwachsenen Patienten mit strukturellen Störungen	110
7	Weiterführende Literatur	113
8	Literatur	114

Vorwort

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

**Ein anderes
Störungsmodell
als das Konflikt-
modell war
erforderlich**

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

**Modifikationen
der psycho-
analytischen
Behandlungs-
technik wurden
entwickelt**

schen Versorgung. Anders jene Psychoanalytiker, welche die therapeutische Versorgung dieser Patientengruppen als ihre zentrale Aufgabe betrachteten. Die Erkenntnis, dass es sich bei den Beeinträchtigungen der Patienten nicht in erster Linie um Folgen von Konflikten handelte, die vom bewussten Erleben ferngehalten – mit anderen Worten: abgewehrt – wurden, veranlasste sie dazu, die psychoanalytische Behandlungstechnik mehr oder weniger weitgehend zu modifizieren und so auch für diese Patientengruppen psychoanalytische Erfahrungen nutzbringend einzusetzen. Aus solchen Bemühungen ist auch die psychoanalytisch-interaktionelle Methode hervorgegangen, die zuerst als Gruppentherapie, seit der Mitte der 1980er Jahre als Einzelbehandlung insbesondere für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und in der Folge auch als Gruppen- und Einzeltherapie für schwer gestörte Patienten im Jugendalter weiterentwickelt wurde.

**PIM als besonders
hilfreicher
Bezugsrahmen
in der Behand-
lung jugend-
licher Patienten**

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

Der im Rahmen der evidenzbasierten Medizin favorisierte Ansatz einer Störungsorientierung in der Behandlung psychischer Erkrankungen, der mit der Logik der klassifikatorischen Diagnostik korrespondiert, wird auch in dieser Manualreihe verfolgt. Dabei fassen wir unter dem gewählten Manualtitel „Borderline-Störungen“ mehrere Patientengruppen zusammen, nämlich sowohl Patienten, die bereits im Jugendalter symptomatisch das Vollbild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweisen, als auch Patienten, die unter sogenannten Vorläuferdiagnosen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Von Kernberg (1967) als Borderline-Persönlichkeitsorganisation beschrieben, fand die Borderline-Pathologie Eingang in die Diagnosesysteme und wird seither als Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Neben der grundsätzlichen Frage, ob die Vergabe einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose im Jugendalter sinnvoll und angemessen ist (Kap. 1), lassen sich im Kindes- und Jugendalter bereits Vorläuferdiagnosen, beispielsweise die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92 in der ICD-10), identifizieren. Patienten mit dieser Diag-

nose erfüllen (noch) nicht das Vollbild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach ICD oder DSM, weisen aber dennoch ausgeprägte Beeinträchtigungen in mehreren Lebensbereichen mit der Tendenz zur Chronifizierung auf und sollten ebenfalls möglichst frühzeitig behandelt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass wir die Borderline-Störung generell vorrangig als Entwicklungsstörung (Kap. 2) verstehen – wir verwenden daher auch gelegentlich den Terminus der Borderline-Persönlichkeits(entwicklungs)störung –, die sich in der Regel im Jugendalter zu manifestieren beginnt und zu diesem Zeitpunkt auch adäquat behandelt werden sollte. Wir beziehen uns in diesem Manual also auf mehrere Patientengruppen mit ähnlichen Charakteristika und fokussieren mit dem Störungs- und Behandlungsmodell der PIM insbesondere auf die den Patienten gemeinsamen Schwierigkeiten in ihrem Bezug zu sich selbst und zu anderen. Diese Schwierigkeiten werden oftmals unter dem diagnostischen Begriff der strukturellen Störung beschrieben. Dass es sich bei diesen Beeinträchtigungen der Selbst- und der Beziehungsregulierung um zentrale Aspekte der Persönlichkeitspathologie handelt, findet gegenwärtig auch im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013, 2015) im sogenannten alternativen Modell der Persönlichkeitsstörungen seinen Niederschlag: Dort wird unter Kriterium A das Funktionsniveau der Persönlichkeit in den beiden Kategorien Selbst und interpersonelle Beziehungen beschrieben und diagnostisch beurteilt. Auf die Bearbeitung dieser beiden so wesentlichen Aspekte hebt die PIM ab, die in diesem Manual insbesondere für das stationäre Setting ausführlich beschrieben wird (Kap. 4).

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

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

Kommunizieren ist soziales Handeln

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

Göttingen und Berlin, im Frühjahr 2016

*Annette Streeck-Fischer
Carola Cropp
Ulrich Streeck
Simone Salzer*

1 Beschreibung der Störung

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

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

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

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

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

Von diesem Zeitpunkt an nahmen sowohl der Gebrauch der Diagnose in der klinischen Praxis als auch die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu

Die PIM betrachtet die Borderline-Persönlichkeitsstörung insbesondere unter dem Aspekt der „strukturellen Störung“

PIM, TFP, DBT, MBT und Schematherapie zur Behandlung von Borderline-Störungen

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

1.2 Persönlichkeitsstörungen im Kindes- und Jugendalter?

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist auch im Jugendalter reliabel erfassbar

Sechs Persönlichkeitskomponenten zur Beschreibung verschiedener Persönlichkeitsentwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter

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