Evangelische Hochschule Nürnberg
Erziehung, Bildung und Gesundheit im Kindesalter
Dual

Bachelor-Thesis
Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und mögliche Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung

Lisa Pohl

ErstgutachterIn: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm
ZweitgutacherIn: Prof. Dr. Michael Bayer

Abgabetermin: 15.08.2022

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

2 Die Borderline – Persönlichkeitsstörung 3

2.1 Geschichtlicher Hintergrund des Begriffs „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ . 4

2.2 Diagnostik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem ICD-10 5

2.3 Symptomatik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem ICD-10 7

2.3.1 Störung der Emotionsregulation 7

2.3.2 Störung der Identität 9

2.3.3 Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Interaktion 10

2.3.3 Komorbiditäten 12

2.4 Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung 12

3 Theoretischer Hintergrund zur Entwicklung und Bindung in der Kindheit 15

3.1 Entwicklung eines Kindes 15

3.1.1 Die Entwicklung eines Kindes in der Kindheit 15

3.1.2 Das Stufenmodell nach Erikson mit Fokus auf die Entwicklung bis zur frühen Kindheit 16

3.2 Die Bindung zwischen Mutter und Kind 19

3.2.1 Die Bindungstheorie nach John Bowlby 20

3.2.2 Einteilung in Bindungsmuster nach Mary Ainsworth 22

3.2.3 Bindungsstörungen 24

3.3 Allgemeine Risiko- und Schutzfaktoren eines Kindes und seiner Umwelt 25

4 Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung 27

4.1 Verhaltensweisen von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Lawson 27

4.1.1 Das „verwahrloste Kind“ 28

4.1.2 Die „Einsiedlerin“ 29

4.1.3 Die „Königin“ 31

4.1.4 Die Hexe 32

4.2 Gemeinsamkeiten der Verhaltensweisen von Borderline-Müttern 33

5 Mögliche Auswirkungen auf das Kind und die Mutter-Kind-Bindung 34

5.1 Auswirkungen der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Mutter-Kind-Bindung 35

5.2 Bedeutung der Schutz- und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung 40

6 Fazit 41

7 Literaturverzeichnis 44

Tabellenverzeichnis 48

Abbildungsverzeichnis 48

Abkürzungsverzeichnis

BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten
DSM	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen

Gender Erklärung

Im folgenden Verlauf dieser Arbeit wird die gewohnte männliche Schreibweise bei personenbezogenen Substantiven sowie Pronomen verwendet. Dadurch sollen eine bessere sprachliche Lesbarkeit und ein höheres Textverständnis gewahrt bleiben. Sämtliche Personen und Bezeichnungen beziehen sich dabei gleichermaßen auf alle Geschlechter und sollen keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts implizieren.

Vorwort

Zu Beginn dieser Arbeit möchte ich mich bei denjenigen bedanken, die mir in dieser wichtigen Zeit den Rücken freigehalten und mich unterstützt haben. Der Dank geht an meine Eltern, meinem Freund sowie meinen gesamten Freundeskreis ohne deren Verständnis und Unterstützung wäre diese Bachelorarbeit nicht möglich gewesen.

Besonderer Dank gewährt meinem Erstprüfer Herrn Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm für die stetige Unterstützung und seine wertvollen Tipps. Zudem bedanke ich mich bei meinem Zweitprüfer Herrn Prof. Dr. Michael Bayer für seine angebotene Hilfe und Durchführung der Zweitkorrektur.

Des Weiteren geht ein besonderer Dank an meine ehemaligen Arbeitskollegen in der Mutter-Kind-Gruppe, in der ich über ein Jahr gearbeitet habe. Wir hatten interessante Gespräche, welche mich angeregt haben über das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung, mit Bezug auf die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung, zu schreiben. In dieser Einrichtung durfte ich Klientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betreuen, welche unglaublich unterschiedliche Erscheinungsformen des Krankheitsbildes darstellten. Sie und ihr Umgang mit ihren Kindern inspirierte mich über diese Thematik meine Abschlussarbeit zu verfassen.

1 Einleitung

„Annähernd 10% der erwachsenen Gesamtbevölkerung sind von einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Form einer Persönlichkeitsstörung betroffen (Köhler-Saretzki, 2021, S.31). Eine der häufigsten diagnostizierten und damit bekanntesten ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Krankheitsbild betrifft ungefähr 2-3% der deutschen Gesellschaft. Davon betroffen sind sowohl Männer als auch Frauen gleichermaßen und 15-20% aller Borderline-Betroffenen befinden sich in ambulanten oder stationären Behandlungen (vgl. Theodor Wenzel Werk e.V., 2022).

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden an einer grundlegenden Instabilität in Bereichen der Emotionsregulation, zwischenmenschlichen Beziehungen sowie einem gestörtem negativen Selbstbild. Zusätzlich zu diesen Merkmalen leiden Betroffene häufig an Begleiterkrankungen, sogenannten Komorbiditäten, „[…] die zum Teil den Verlauf der Borderline-Störung beeinflussen und einer spezifischen Behandlung bedürfen“ (Bohus & Reicherzer, 2020, S.24). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist für betroffene Person höchst belastend und führt bei 5-10% zu selbstverletzendem Verhalten oder bis hin zu Suizidversuchen. Ihr Alltag ist geprägt von enormen Stimmungsschwankungen, plötzlich aufsteigender Wut und unkontrollierbaren, impulsiven Gefühlsausbrüchen (vgl. Theodor Wenzel Werk e.V., 2022).

Ist ein Mitglied der eigenen Familie von diesem Krankheitsbild betroffen, hat das zunehmend Auswirkungen auf das Familiensystem und bringt eine Vielzahl von Herausforderungen mit (vgl. Wiegand-Grefe et al., 2011, S.13). „Zahlreiche Studien untersuchen betroffene Borderliner und deren Partner. Kinder in diesen Beziehungskonstellationen werden kaum oder nur am Rande erwähnt“ (Zick, 2013, S.13). Forschungsergebnisse ergaben: „Etwa 3.000.000 Kinder erleben im Verlauf eines Jahres einen psychisch kranken Elternteil“, meistens die Mutter (Köhler-Saretzki, 2021, S.9). Demnach haben viele Betroffene einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Kinder, auf welche sich das Störungsbild in vielfältigen Bereichen auswirken kann. Lange wurde wenig über die Herausforderungen auf Kinder und deren subjektives Erleben von Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erforscht. Daher sind Kinder psychisch kranker Eltern immer mehr in den Mittelpunkt von Forschenden, wie unter anderen Silke Wiegand-Grefe, Albert Lenz, und Dr. Thomas Köhler-Saretzki gerückt, um herauszufinden, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die Entwicklung des Kindes und deren Bindung hat.

Zusätzlich wurde festgestellt, dass bei Kindern von Borderline-Betroffenen „[…] ein signifikant erhöhtes Risiko, ebenfalls an Borderline und/oder Alkoholismus, affektiven Störungen und dissozialem Verhalten zu erkranken […]“ vorliegt, sofern die individuellen, zusätzlichen Risiko- und Schutzfaktoren dies begünstigen (Zick, 2013, S.14). Genauso gibt es eine Vielzahl an

Kindern, die sich zu gesunden und leistungsfähigen Erwachsenen, ohne bedeutsame Auswirkungen der vielfältigen familiären Belastungen, entwickeln.

Diese Arbeit beschäftigt sich unter dem Titel „Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und mögliche Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung“ mit dem Störungsbild und damit zusammenhängend mit der aktuellen Datenlage bezüglich der möglichen Auswirkungen auf deren Kinder. Hierbei wird gänzlich auf eine Borderline-Erkrankung seitens der Mutter eingegangen, da sie in den meisten Fällen, die erste Bezugsperson im Leben eines Kindes sind und seine Bindungserfahrungen signifikant beeinflussen. Zudem kommt es aufgrund des Störungsbildes zu häufigen Partnerwechseln oder Beziehungsabbrüchen, jedoch die Beziehung zwischen Mutter und Kind bleibt und wird beeinflusst. Bewusst wurde die väterliche Rolle in dieser Arbeit vernachlässigt. Jedoch ist anzumerken, dass Väter in vielen Fällen gleichermaßen eine direkte Bezugsperson darstellen können. Für diese Arbeit wird von alleinerziehenden Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgegangen.

Das Zitat am Beginn der Einleitung verdeutlicht, dass erst die Charakteristik des Störungsbildes verstanden werden müsse, um die Belastung der Kinder nachvollziehen zu können. Aus diesem Grund wird im ersten Teil dieser Arbeit auf das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit geschichtlichem Hintergrund, Diagnostik und den vielfältigen Symptomen der Störung eingegangen. Ein weiterer Abschnitt handelt von Komorbiditäten, welche begleitend zu der Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten und zusätzliche Herausforderungen im persönlichen Erleben mit sich bringen. Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nicht vererbbar, doch welche Gründe es gibt an dieser Störung zu erkranken, wird abschließend unter den Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erklärt.

Nachdem ein grundlegendes Verständnis des Störungsbildes vermittelt wurde, wird im zweiten Gliederungspunkt auf entwicklungs- und bindungstheoretische Grundlagen eingegangen, um anschließend die Auswirkungen in Bezug auf die kindliche Entwicklung und die Mutter-Kind-Bindung zu erläutern. Aus diesem Grund beinhaltet der zweite Abschnitt Inhalte zu der Entwicklung in der Kindheit mit Blick auf die Entwicklungsaufgaben nach Erik H. Erikson. Anschließend wird genauer auf die Bindung zwischen Mutter und Kind mit theoretischen Grundlagen, wie der Bindungstheorie und den Bindungsklassifikationen nach Mary Ainsworth, eingegangen und erklärt was unter Bindungsstörungen zu verstehen ist. Abschließend von Gliederungspunkt 3 werden allgemeine Schutz- und Risikofaktoren eines Kindes und seiner Umwelt aufgezeigt, welche die kindliche Entwicklung bedeutend lenken.

Unter Gliederungspunkt 4 wird auf mögliche Verhaltensweisen von Müttern mit einer Borderline-Störung eingegangen. Anfangs werden Inhalte nach Christine A. Lawson angeführt, welche eine Einordnung der Verhaltensweisen von Borderline-Müttern in vier Typen

veröffentlichte. Diese werden mit Folgen für deren Kinder erläutert und anschließend die Gemeinsamkeiten der vier Typen nach Lawson zusammenfassend aufgeführt.
Darauf aufbauend wird anschließend unter Gliederungspunkt 5 Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung genommen und inwiefern sich das Störungsbild darauf auswirkt. Da der Titel dieser Arbeit ‚mögliche' Auswirkungen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf Kinder beinhaltet, wird anschließend auf die Bedeutung von Schutz- und Risikofaktoren in Bezug auf Kinder mit einer Borderline-Mutter Bezug genommen. Der Begriff ‚mögliche' wurde bewusst hinzugefügt, um zu verdeutlichen, dass aufgrund der Heterogenität des Störungsbildes und individuellen Schutz- und Risikofaktoren die Einflüsse auf das Kind enorm variieren können.
Ein Fazit fasst die gesammelten Informationen in Bezug auf den Titel dieser Arbeit abschließend zusammen.
Ziel dieser Arbeit ist es, Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und vor allem die Auswirkungen dieser Erkrankung auf deren Kinder zunehmend in den Fokus zu rücken. Denn die Datenlage zu psychisch kranken Eltern ist vielfältig, allerdings in Bezug auf das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung relativ schwach.
In dieser Arbeit wurde eine Auswahl an Aspekten zu den Themen der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Entwicklung des Kindes und des theoretischen Hintergrunds von Bindung dargestellt. Dabei ist zu erwähnen, dass die einzelnen Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben, denn es wurde sich lediglich auf Inhalte konzentriert, welche zum Verständnis dieser Arbeit beitragen. Die Begrifflichkeit ‚Borderline-Persönlichkeitsstörung wird im Folgenden häufig verwendet, weshalb im weiteren Verlauf der Terminus stellenweise mit BPS abgekürzt wird.

2 Die Borderline – Persönlichkeitsstörung

„Um die Belastung und das Erleben von Kindern, welche mit einem Borderline-Elternteil konfrontiert sind, nachvollziehen zu können, ist es notwendig, das Störungsbild zu verstehen" (Rösel, 2014, S.167). Anhand dieses Zitats wird deutlich, wie wichtig es ist, das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Grundlage für diese Arbeit zu erläutern. Erst mit den Hintergrundinformationen können die Auswirkungen auf das Kind und die Mutter-Kind-Bindung dargestellt werden. Im Folgenden werden neben einem geschichtlichen Überblick die Ursachen und Diagnostik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dargelegt sowie zugehörige Symptome und damit zusammenhängende Komorbiditäten. Zu erwähnen ist hierbei, dass der Gliederungspunkt der Borderline-Persönlichkeitsstörung lediglich zum Verständnis der darauf aufbauenden Inhalte dient, weshalb die Informationen kurz und prägnant dargestellt werden und dementsprechend kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

2.1 Geschichtlicher Hintergrund des Begriffs „Borderline-Persönlichkeitsstörung“

Die Geschichte der Borderline – Persönlichkeitsstörung geht weit in das 19. Jahrhundert zurück. Zu dieser Zeit existierte kein Ausdruck für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, da die auftretenden Symptome bei Patienten so vielseitig waren, dass eine systematische Einordnung schwierig erschien. Doch im Jahr 1884 beschäftigte sich ein englischer Psychiater namens Charles H. Hughes mit einer Patientengruppe, die solch eine Vielseitigkeit an Symptomen aufwiesen. Er wählte aufgrund des Spektrums an Symptomen den Begriff „borderland“, auf deutsch „Grenzgebiet“. Damit verdeutlichte Hughes die unklare Zuordnung der auftretenden Symptome zu einem bestimmten Krankheitsbild (vgl. Riffer, 2019, S. 30f).

1938 änderte der Psychoanalytiker Adolf Stern die Begrifflichkeit zu „Borderline“, um eine Patientengruppe zu beschreiben, „[…] die sich an der Grenze zwischen psychotischen und neurotischen Symptomen bewegten und weder einer Psychose noch einer Neurose zugeordnet werden konnten“ (Zick, 2013, S. 18). Beide Namensgebungen zeigen, wie unerforscht das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu dieser Zeit war. Adolf Stern veröffentlichte mehrere Werke, in denen die BPS dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet und auch als Randpsychose oder Pseudoschizophrenie beschrieben wurde (vgl. Reinert, 2004, S.63).

1967 veröffentlichte der amerikanische Psychoanalytiker Otto Kernberg sein Werk „Borderline Personality Organization“, in dem er „[…] von einer ‚Borderlinepersönlichkeitsorganisation‘ aus[geht], die zwischen der neurotischen und psychotischen Persönlichkeitsorganisation abgrenzbar ist“ (Zick, 2013, S.18). Damit griff er von Adolf Stern gewonnene Erkenntnisse auf, differenzierte diese und veröffentlichte in Zuge dessen drei zentrale Charakteristika der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Störung der Identität, Prozesse der Abwehr und der Grad einer Fähigkeit der Realitätsprüfung (vgl. Bohus, 2019, S. 3).

Unter anderem waren die Publikationen von Otto Kernberg ein Grund für die Aufnahme in das weltweit geltende Werk, das „diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen“ (DSM). Infolgedessen wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung zusätzlich in das Werk der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD) aufgenommen, welches alle medizinischen Erkrankungen mit zugehörigen Kodierungen beinhaltet. Das DSM ist ein diagnostischer, statistischer Leitfaden und bezieht sich speziell auf psychische Störungen. Beide Veröffentlichungen sind Grundlage für Diagnosestellungen und werden stetig revidiert, um den aktuellen Forschungsstand abzubilden. Aktuell gilt die fünfte revidierte Auflage des DSM und im Jahr 2022 wurde die ICD-11 veröffentlicht (vgl. Hogrefe Verlag, 2016). In den folgenden Kapiteln wurde sich auf Inhalte der 10. Revidierten „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10) beschränkt.

2.2 Diagnostik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem ICD-10

Im ICD-10 gehört die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und ist unter der Kodierung F60 zu finden. Hierunter sind sämtliche spezifische Persönlichkeitsstörungen aufgelistet, bei denen es „[…] sich um schwere Störungen der Persönlichkeit und des Verhaltens der betroffenen Person [handelt], die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder -krankheit oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen sind“ (DIMDI, 2019).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist unter der Kodierung F60.3 bei den emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen zu finden. Hierunter wird das Störungsbild der BPS in zwei Erscheinungsformen unterschieden: Impulsiver Typ (F60.30) und Borderline-Typ (F60.31). Der impulsive Typ ist gekennzeichnet durch einen Mangel an Impulskontrolle, eine grundsätzliche emotionale Instabilität und eine Neigung zu aggressivem, reizbarem Verhalten. Beim Borderline-Typus gehören zusätzlich zu den genannten Kriterien beispielsweise Störungen des Selbstbildes und der Gefühlsregulation sowie „[…] eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen“ (DIMDI, 2019). Zusätzlich leidet ein Großteil der Borderline-Betroffenen an Komorbiditäten, wozu Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch oder andere Persönlichkeitsstörungen zählen (vgl. Heedt, 2019, S.17).

Bei der Diagnostik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird auf zwei Ebenen geprüft. Nach dem ICD-10 gibt es allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung, welche bei der betroffenen Person vorliegen müssen, um im nächsten Schritt auf die spezifischen Kriterien einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit den jeweiligen Typen getestet zu werden. Die folgende Aufzählung beinhaltet die allgemeinen Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach Heedt:

- Dauerhafte Abweichung von Normen in Bezug auf Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung, Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen
- Allgemein unflexibles, unangepasstes, unzweckmäßiges Verhalten
- Hoher Leidensdruck und nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt
- Stabile Abweichung von langer Dauer mit Beginn im späten Kindesalter oder Adoleszenz
- Nicht erklärbar durch andere psychische Störungen, aber Überlagerung durch andere Störungsbilder möglich
- Nicht bedingt durch organische Erkrankung, Verletzung oder anderweitige Funktionsstörung (2019, S.5f)

Soweit alle aufgezählten Aspekte einer allgemeinen Persönlichkeitsstörung zutreffen, wird anschließend auf den Subtypus der emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen untersucht. Hierbei wird das Erleben des Patienten mit den Symptomen des impulsiven Typus und

Borderline Typus nach dem ICD-10 verglichen. Diese sind im Folgenden als Überblick dargestellt, genauere Informationen zu den einzelnen Symptomen gibt es unter dem gleichnamigen Gliederungspunkt.

F60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – impulsiver Typus
Unerwartetes Handeln ohne Berücksichtigung der Konsequenzen
Streitereien und Konflikte mit anderen, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt sind
Wut-/Gewaltausbrüche mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
Schwierigkeiten bei Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
Unbeständig-unberechenbare Stimmung
F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung – Borderline Typus
Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“
Neigung, sich auf intensive/instabile Beziehungen einzulassen
Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
Häufig Drohungen/Handlungen mit Selbstschädigung
Anhaltendes Gefühl der Leere

Tabelle 1: Kriterien der Subtypen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (vgl. Heedt, 2019, S. 6f)

Für die Feststellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung müssen mindestens drei der Verhaltensweisen des impulsiven Typus und dazu mindestens zwei Verhaltensweisen des Borderline-Typus vorliegen (vgl. Heedt, 2019, S.2).

Der Prozess einer Diagnosestellung ist komplex und benötigt diverse Untersuchungen, da die Symptome vielseitig und mit unterschiedlichen Intensitäten ausgeprägt sind. Ärzte benötigen eine Vielzahl an Informationen des Patienten wie die lebenslange Krankengeschichte oder Unterlagen zu bisherigen Untersuchungen. Im besten Fall Erzählungen oder Nachweise aus unterschiedlichen Datenquellen wie behandelnde Ärzte, Angehörige oder weitere Dritte aus dem sozialen Umfeld des Patienten (vgl. Freyberger & Stieglitz, 2018, S.77).

Ein Instrument ist das Diagnostische Interview „DIB-R“, bei dem mit einem Punktesystem gearbeitet wird, um das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Der individuelle Schweregrad des persönlichen Erlebens des Störungsbildes kann mit einem Selbstbeurteilungsbogen, welcher eine Borderline-Symptom-Liste beinhaltet, bestimmt werden. Sofern Komorbiditäten vorhanden sind, werden diese mit einem strukturierten klinischen Interview (SKID) festgestellt. Diese Instrumentarien sind eine Auswahl der vorhandenen Möglichkeiten für die Diagnosestellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und gehören zum aktuellen wissenschaftlichen Standard. Die Forschung ist trotz dessen stetig auf der Suche nach weiteren Instrumenten, um unter anderem auch Subgruppen der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzudecken (vgl. Sendera & Sendera, 2016, S.11). Die

aufgezeigten spezifischen Instrumente sind elementar wichtig, um individuell auf die Erkrankung der Person eingehen zu können und dementsprechend diverse Unterstützungsmöglichkeiten wie Therapien in die Wege zu leiten.

2.3 Symptomatik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem ICD-10

Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nicht heilbar, doch die Häufigkeit und Intensität der Symptome können im Verlauf des Lebens variieren und sich reduzieren (vgl. Sendera & Sendera, 2016, S. 9). Leitsymptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind Störungen der Emotionsregulation und der Identität sowie Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen. Unter diesen lassen sich diverse weitere Merkmale aufzählen. Die häufigsten finden sich in der Übersicht unter Tabelle 1 wieder, wo sie in den impulsiven Typus und den Borderline Typus untergliedert sind. Dazu zählen beispielsweise Wutausbrüche mit Unfähigkeit zur Kontrolle des Verhaltens, unbeständig-unberechenbare Stimmungsschwankungen, Unsicherheiten bezüglich des Selbstbildes, anhaltendes Gefühl der Leere sowie übertriebene Bemühungen, ein Verlassenwerden zu vermeiden. Alle Symptome beeinflussen sich wechselseitig und jede Krankheitsgeschichte verläuft individuell, wobei einige Merkmale in erhöhter Intensität auftreten können sowie andere Merkmale kaum bis gar nicht (vgl. Bohus, 2019, S. 5). Betrachtet man den Forschungshintergrund und die Heterogenität der Verhaltensweisen und Symptome, wird deutlich, wie herausfordernd eine klare Darstellung des Krankheitsbildes ist. Dementsprechend kann keine einheitliche Auflistung von Symptomen, die auf jeden Borderline-Patienten zutreffen, erstellt werden. Im Folgenden werden die Merkmale einer BPS nach den drei genannten Leitsymptomen erläutert, worunter die Symptome in Tabelle 1 fallen.

2.3.1 Störung der Emotionsregulation

Grundsätzlich können Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ihre „[…] Emotionen differenzieren und modulieren, mit zunehmender Anspannung geht diese Fähigkeit aber verloren“ (Heedt, 2019, S.9). Grund dafür ist eine Störung der neurobiologischen Selbstregulation. Das bedeutet, dass Emotionen oder Impulse kaum oder gar nicht reguliert werden können und demnach starke Stimmungsschwankungen auftreten. Dies geschieht aufgrund der raschen und hochempfindlichen Reaktionen der Amygdala. Dabei sind „[d]ie Verbindungen zu den vorderen Arealen, die normalerweise als ‚Bremsen‘ dienen, […] nicht gut ausgeprägt […]“, weshalb Emotionen intensiver, impulsiver und unberechenbarer von betroffenen Menschen erlebt werden (Bohus, 2019, S.7). Für Betroffene sind diese hohen Spannungszustände, aus welchen die Stimmungsschwankungen resultieren, eine enorme Belastung, weshalb sie in solchen Situationen meist heftig und aggressiv reagieren und keine Kontrolle mehr über ihre eigenen Verhaltensweisen haben. Für das soziale Umfeld sind diese

impulsiven Reaktionen oftmals nicht nachvollziehbar. Auch die betroffene Person selbst empfindet Stress intensiver als ein gesunder Mensch und sie besitzt eine höhere Grundanspannung. Sie sind zudem höchst sensibel für äußere Reize und weisen eine niedrige Reizschwelle auf, wobei schon alltägliche Situationen als Auslöser genügen (vgl. Bohus & Reicherzer, 2020, S.15). Doch so schnell wie die Spannungszustände bei einem Borderline-Betroffenen ansteigen, flachen sie bedauerlicherweise nicht ab. „Das heißt, sie können sich nicht so gut wieder aus diesem Gefühlszustand herausregulieren wie Gesunde. Oft haben sie dabei auch Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu benennen und zu differenzieren“ (Schneider, 2013, S.27).

Um die unterschiedlichen Anspannungszustände zu verdeutlichen, stellt die folgende Abbildung die Spannungszustände einer gesunden Person und eines Borderline-Patienten über 24 Stunden gegenüber. In dieser finden sich auf der x-Achse die Uhrzeiten der Messung und auf der y-Achse die Werte von 0-9 der inneren Anspannung wieder. Dabei bedeutet der Wert von 0 die niedrigste und der Wert 9 das höchste an innerer Spannung.

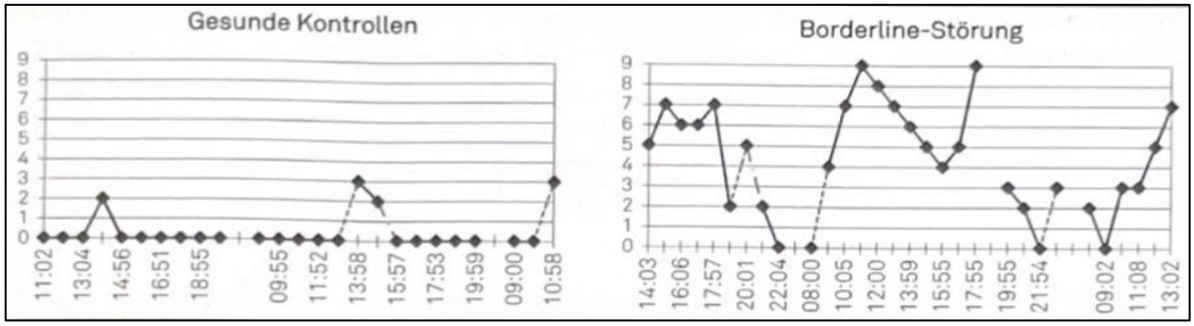

Abbildung 1: Spannungszustände einer gesunden Person und eines Borderline-Patienten über 24 Stunden (Bohus, 2019, S.7)

Erkennbar ist, wie plötzlich die innere Anspannung des Borderline-Patienten ansteigt, allerdings kaum wieder absinkt. Betrachtet man die jeweilige Grundanspannung der Personen, sieht man bei der gesunden Kontrolle eine Grundanspannung des Wertes null. Bei der Person mit BPS ist keine durchgängig gleiche Grundanspannung sichtbar. Doch grundsätzlich liegen die Werte in der rechten Abbildung höher und bei einem Erregungszustand gibt der Patient mit BPS eine empfundene Höchstanspannung von neun an. Diese wiederum liegt bei der gesunden Person beim Wert drei und sinkt schnell wieder zurück zu einer Grundanspannung mit dem niedrigsten Wert null.

Dieser fortwährende Wechsel von Spannungszuständen stellt für Menschen mit BPS eine enorme Belastung dar, denn unter Stress empfinden sie eine Flut an Gefühlen, welche sie nicht kontrollieren können. Betroffene berichten, dass in solchen Momenten kein klarer Gedanke mehr möglich ist und eine plötzliche Wut in ihnen aufsteigt. Begleitet von einem starken Gefühl der inneren Unruhe und intensiven Angstgefühlen, kommt es zu impulsiven Wutausbrüchen oder ähnlichen unangemessenen Verhaltensweisen. Im Nachhinein sind

Scham- und Schuldgefühle ebenfalls sehr intensiv und Betroffene versinken in Selbsthass (vgl. Sendera & Sendera, 2016, S.17).
Folglich suchen sich Menschen mit Borderline wirksame Methoden, um die innere Unruhe zu reduzieren. „Hierzu gehören Selbstverletzungen, regelrechte ‚Fressattacken' und/oder selbst herbeigeführte Brechanfälle, übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum oder auch aggressives Verhalten gegen Gegenstände oder andere Personen […]" (Schneider, 2013, S.28).
Das Ziel des selbstverletzenden Verhaltens ist meist der Abbau der hohen Anspannung, Selbstbestrafung sowie das Spüren der Kontrolle über den eigenen Körper. Borderline-Patienten fällt es schwer sich ihrem Körper verbunden zu fühlen, wobei in diesen Situationen Selbstverletzungen eine für sie persönlich positive Lösungsstrategie darstellen. Patienten berichten, „dass sich durch Selbstverletzungen Stimmung, Konzentration und Kreativität verbessern, bis hin zu lustvollem Erleben" (Bohus, 2019, S.9). Es wird deutlich, dass das autoaggressive Verhalten nicht primär suizidal ausgerichtet ist. Sie befinden sich zum Zeitpunkt der Selbstverletzung in einem analgetischen Zustand und empfinden ein Gefühl der Entspannung (vgl. ebd., S.8).
Allerdings sind die genannten Methoden selbstangelegte und vor allem kurzfristige Lösungsstrategien, welche für den Moment wirksam erscheinen und den inneren Druck reduzieren. Das Gehirn lernt schnell und merkt sich die selbstschädigenden Verhaltensmuster für zukünftige Spannungszustände, um eine positive Konsequenz herbeizuführen. Auf Dauer sind Methoden wie selbstverletzendes Verhalten oder exzessiver Substanzmissbrauch schädigend für den Körper und die Psyche der betroffenen Person. Im Sinne der Lerntheorien zur Konditionierung erfolgt hier eine negative Verstärkung, welche ohne Hilfe von außenstehenden Fachkräften sich zu einer Sucht entwickeln kann (vgl. Bohus & Reicherzer, 2020, S.15).

2.3.2 Störung der Identität

Die Störung der Identität hängt direkt mit der emotionalen Instabilität und den Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen der betroffenen Person zusammen. In der Definition des Wortes „Identität" spricht man von der „[…] Art und Weise, wie Menschen sich selbst aus ihrer biografischen Entwicklung […] heraus in der ständigen Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt wahrnehmen und verstehen" (Lucius-Hoene, 2021).
Personen mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind ständig auf der Suche nach ihrer eigenen Identität und empfinden dabei tiefe Unsicherheit gegenüber ihres Selbstbildes. Charakteristisch dafür ist eine Instabilität in ihrem Denken, Fühlen oder Verhalten. Ihre Ansichten, persönlichen Ziele oder Wertvorstellungen machen sie abhängig von Reaktionen ihrer Umwelt und vergangenen biografischen Erfahrungen. Sie besitzen ein

niedriges Selbstwertgefühl und die schwächste Kritik empfinden Borderline-Betroffene als Abwertung ihrer gesamten Persönlichkeit (vgl. Schneider, 2013, S.28; Dammann et al., 2011, S.282). Diese Richtungslosigkeit in den Lebensbereichen und in der eigenen Identität wird zudem von der jeweilig täglichen emotionalen Verfassung der Person beeinflusst. Zu den Störungen im Selbstbild sowie Selbstwert kommt zusätzlich eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers hinzu. Sie spüren sich nicht, fühlen sich nicht mit dem eigenen Körper verbunden und bewerten sich selbst als hässlich. Dadurch entstehen eine tiefgreifende Einsamkeit und ein grundsätzliches Gefühl der inneren Leere (vgl. Schneider,2013, S.28f; Bohus, 2019, S.11).

Eine große zusätzliche Angst ist, dass ihre Umwelt die eigene Minderwertigkeit sieht und dementsprechend abwertet. Zudem kommen die impulsiven, teils aggressiven Handlungen aufgrund ihrer emotionalen Dysregulation, welche Scham- und Schuldgefühle auslösen und somit das negative Selbstbild verstärken. Folgen dieser gestörten Selbstwahrnehmung und extremen Schwankungen können kurzweilige Partnerschaften oder ständige Berufswechsel und Ausbildungsabbrüche sein, wodurch das negative Selbstbild verstärkt wird, und ein Teufelskreis entsteht (vgl. Schneider, 2013, S.9; Dammann et al., 2011, S.282).

2.3.3 Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen und sozialen Interaktion

„Menschen mit [einer] Borderline-Störung haben oft kurze, wechselhafte, aber dennoch sehr intensive Beziehungen“ (Zick, 2013, S.23). Sowohl partnerschaftliche als auch freundschaftliche Beziehungen sind von destruktiven und ambivalenten Handlungen geprägt (vgl. Sendera-Sendera, 2016, S.20).

Die größte Angst einer Borderline-Betroffenen ist Verlassen zu werden oder die Kontrolle über sich zu verlieren, weshalb sie sich übertrieben bemühen dies zu vermeiden. Die Meinungen, Reaktionen oder Verhaltensweisen anderer sind für sie richtungsweisend, aufgrund ihrer Unsicherheit in Bezug auf eigene Emotionen und Gedanken (vgl. Chapman & Gratz, 2014, S.29f). Um die innere Einsamkeit zu bekämpfen, verbringen Personen mit einer BPS viel Zeit mit ihrem sozialen Umfeld. Hierfür sind jedoch soziale Kompetenzen nötig, welche manche aufgrund ihres biografischen Hintergrunds nicht erlernten. Oftmals wurden ihnen in der Kindheit Gefühle der Wertlosigkeit vermittelt, worin ihr mangelndes Vertrauen in sich selbst gründet (vgl. Bohus & Reicherzer, 2020, S.16f; Schneider, 2013, S.30).

Menschen mit einer Borderline-Störung haben eine negative Selbstwahrnehmung und sind der Auffassung, allein nicht überleben zu können. Daraus entsteht eine Abhängigkeit von zwischenmenschlichen Beziehungen und die Suche nach einem Partner, welcher Stabilität vermittelt, einen akzeptiert und umsorgt (vgl. Sendera & Sendera, 2016, S.20). In einer Beziehung verhält sich die betroffene Person ambivalent, orientiert an ihrer wechselhaften Gefühlswelt. In glücklichen Zeiten ist die Beziehung von intensiver Nähe mit hoher Sexualität

und Körperlichkeit geprägt. Zudem nutzen sie ihre starke Beobachtungsfähigkeit, um die Gefühle des anderen wahrzunehmen und lieben ihn leidenschaftlich (vgl.ebd., 2016, S.20; Heedt, 2019, S.9). Allerdings haben Menschen mit BPS eine verzerrte Nähe-Distanz Wahrnehmung und schwanken somit ständig zwischen Idealisierung sowie starkem Klammern und Entwertung des Partners begleitet von tiefem Hass bei Konflikten. Auslöser können dafür niedrigschwellige Meinungsverschiedenheiten oder Fehlinterpretationen seines Verhaltens sein. Denn oftmals werden schon neutrale Aussagen, Haltungen oder Verhaltensweisen von anderen als negativ und provokativ interpretiert. Trotz allem versuchen Menschen mit BPS krampfhaft die Balance zwischen gewünschter Nähe und plötzlicher Angst vor Intimität zu erhalten, aufgrund der enormen Angst vor dem Verlassenwerden (vgl. Zick, 2013, S.23; Sendera & Sendera, 2016, S.22).

Ein weiteres Merkmal bei Beziehungen von Menschen mit einer BPS ist ein unausgeglichenes Machtverhältnis. Sie unterwerfen sich in jeglichen Bereichen dem Partner, aufgrund der Angst Verlassen zu werden. Somit definieren die Ansichten und Handlungen des Partners das aktuelle Selbstbild des Borderline-Betroffenen. Daraus schließt sich die Abhängigkeit der aktuellen Emotionen von der Lage ihrer Beziehung und den Kontakten im sozialen Umfeld (vgl. Chapman & Gratz, 2014, S.28). Ein anderes Extrem in Beziehungen ist die Ausübung totaler Kontrolle über den Partner aufgrund enormer Angst vor einem Kontrollverlust. Dabei drohen Betroffene mit selbstverletzendem Verhalten oder Suizid, um eine vermeintliche Trennung zu vermeiden (vgl. Sendera & Sendera, 2016, S.21).

Menschen mit Borderline-Störung haben ein Schwarz-Weiß-Erleben, was bedeutet, dass Personen in ihrem Umfeld entweder als nur gut oder absolut schlecht angesehen werden (Rösel, 2014, S.171). Diese Spaltung ereignet sich in allen Lebensbereichen, weshalb auch Beziehungen in sozialen Gruppen ambivalent verlaufen. Im sozialen Umfeld fühlen sie sich meistens als Außenseiter und bemühen sich sehr, ihre vermeintlichen Schwächen zu verbergen, doch gelingt dies nicht über einen längeren Zeitraum (vgl. Schneider, 2013, S.30; Sendera & Sendera, 2016, S.21).

Betrachtet man das gesamte Umfeld eines Borderline-Patienten, gehören Schwierigkeiten im Beruf sowie der Umgang mit Freunden oder Ämtern zum Alltag. Für den Partner oder enge Bezugspersonen sind die abrupt wechselnden Gefühle herausfordernd und nicht einschätzbar. Sie nehmen eine Achterbahn an Gefühlen wahr „[…] und reagieren oft intolerant. Sie vermitteln den Betroffenen, dass Gefühle und Reaktionen nicht stimmig […] seien“ (Sendera & Sendera, 2016, S.22). In vielen Fällen entwickeln sich Freundschaften eher unter Borderline-Betroffenen, aufgrund des gegenseitigen Verständnisses und den zu erwartenden Verhaltensweisen (vgl. Bohus & Reicherzer, 2020, S.20).

2.3.3 Komorbiditäten

Komorbiditäten sind begleitend zur Borderline-Persönlichkeitsstörung auftretende Erkrankungen, welche sich teilweise in der Kindheit oder im Verlauf der Krankheit entwickeln. Das Vorliegen dieser Begleiterkrankungen kann zusätzliche Symptome hervorrufen, wofür weitere individuelle, unterstützende Therapiemaßnahmen nötig sind (vgl. Schneider, 2013, S. 24). Zu den häufigsten Komorbiditäten zählen Schlafstörungen, Angststörungen, Drogen- / Alkoholmissbrauch, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörung, Essstörungen oder eine Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung. Letztere wird oftmals in der Kindheit festgestellt, bevor im Jugendalter die Borderline-Erkrankung diagnostiziert wird. Bei 60% der Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Diese begleitende Diagnose ist auf Traumata in der Kindheit zurückzuführen, wie beispielsweise sexuelle Übergriffe, körperliche Misshandlungen oder weitere andere Gewalterfahrungen. Symptome sind unter anderem Flashbacks, bei denen die negativen Erlebnisse als Albträume erneut wiedererlebt werden, und daraus resultierend vermeidendes Verhalten für Situationen, bei denen die sogenannten Flashbacks ausgelöst werden können (vgl. Bohus & Reicherzer, 2020, S.25f). Angst- und Schlafstörungen gehören mit zu den häufigsten Komorbiditäten bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nach Bohus und Reicherzer liegen bei 75% der Betroffenen ausgeprägte Schlafstörungen vor. Sie haben Schwierigkeiten einzuschlafen oder unerträgliche Albträume. Vor dem Schlafen gehen liegt meist eine hohe Anspannung vor und sie haben viele Gedanken, die Betroffene nicht einschlafen lassen. Auslöser dafür ist des Öfteren Alkohol- oder Drogenkonsum, welcher bei den meisten regelmäßig zum Alltag gehört (vgl. ebd., S.25). Substanzmissbrauch ist einer der eigens eingeführten Lösungsstrategien bei unerträglichen Spannungszuständen. „Die kurzzeitig als positiv erlebte Wirkung der Droge hält […] nicht lange an […]. Daher wird erneut zur Droge gegriffen, um den als positiv erlebten Zustand wieder herbeizuführen […]“ (Schneider, 2013, S.102). Dies ist ein Grund dafür, dass mehr als die Hälfte von Borderline-Betroffen an einer Alkohol- sowie Drogensucht leidet (vgl. ebd., S.99).

2.4 Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der Ursachenforschung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden biologische, genetische sowie psychosoziale Aspekte untersucht. Die Entstehung ist bei jeder Person abhängig von deren individuellen Eigenschaften und vergangenen Erfahrungen. Hierbei wird bei der Ursachenforschung von einem biopsychosozialen Entstehungsmodell gesprochen. Dabei sind sich Wissenschaftler einig, dass für eine BPS vielfältige Risikofaktoren vorliegen und nur eine Kombination der Faktoren zu der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führt (Chapman & Gratz, 2014, S.31). „Schätzungen gehen davon aus, dass bei der Entstehung der Borderline-Erkrankung zu etwa einem Drittel genetische Faktoren

eine Rolle spielen und zu etwa zwei Dritteln Umweltfaktoren“ (Schneider, 2013, S.42). Im Bereich der Genetik wurde lange geforscht, ob eine Borderline-Persönlichkeitsstörung vererbt wird. Hierzu wurde eine Zwillingsstudie sowohl mit eineiigen als auch mit zweieiigen Zwillingen durchgeführt. Grundsätzlich stimmen bei eineiigen Zwillingen 100% der Gene überein und bei zweieiigen lediglich 50%. Somit konnte anhand dieser Studie erforscht werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit genetische Faktoren für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bedeutend sind. Ergebnis war, dass bei eineiigen Zwillingen eine höhere Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer BPS vorliegt (vgl. Chapman & Gratz, 2014, S. 31). Hierbei ist zu betonen, dass nicht die Erkrankung vererbt wird, sondern die Vulnerabilität, um bestimme Merkmale einer BPS zu entwickeln (vgl. Schneider, 2013, S.42).
Die Ursachen des Krankheitsbildes gehen zudem auf Auffälligkeiten im Gehirn der betroffenen Person zurück. „Relevante Hirnstrukturen sind zum einen die *präfrontalen Hirnregionen* direkt hinter der Stirn, die für die Verhaltenssteuerung, Planung und Kontrolle von Emotionen zuständig sind, und zum anderen das sogenannte *limbische System*, unser ‚Gefühlszentrum‘ […]“ (ebd., S.43). Letzteres beinhaltet die Amygdala und den Hippocampus, wobei Untersuchungen zeigten, dass deren beider Volumina bei Borderline-Patienten kleiner als bei gesunden Personen ist. Zudem kommt, dass die Amygdala bei diversen emotionalen Reizen während der Verarbeitung überaktiv ist und zugleich der präfrontale Kortex weniger aktiv arbeitet. Dieses gestörte Zusammenspiel erklärt die schnell hochschießenden Emotionen von BPS-Patienten und demnach auch die Schwierigkeiten beim Herunterregulieren zu einem Grundspannungszustand. Das geringe Volumen des Hippocampus ist nach Untersuchungen unter anderem eine Folge der übermäßigen Ausschüttung des Stresshormons Kortisol. Aufgrund mehrerer negativen, traumatisierenden Ereignisse häufen sich Stressreaktionen, wodurch unverhältnismäßig viel Kortisol produziert wird (vgl. ebd., S.46).
Zudem ist in diesem Zusammenhang noch eine weitere Gehirnstruktur von Bedeutung: die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, welche als Kontrollsystem des Körpers für Stressreaktionen gilt. Durch Studien wurde bekannt, dass diese Achse „[…] bei Menschen mit BPS erhöhte Aktivität zeigt. […] Das heißt, der Körper schaltet oft schon bei schwachen Gefahrenanzeichen in den Kampf-oder-Flucht-Modus“ (Chapman & Gratz, 2014, S.33). Nach Schneider lassen sich bei psychischen Symptomen auch Veränderungen bei den Botenstoffen im Gehirn feststellen: „Eine Störung im Serotoninhaushalt wird häufig mit impulsivem, aggressivem Verhalten und emotionaler Instabilität in Verbindung gebracht, also mit Symptomen, die gerade für die Borderline-Erkrankung kennzeichnend sind“ (Schneider, 2013, S.45).
Eine weitere Annahme ist, dass bei Menschen mit BPS nicht nur der Serotoninhaushalt gestört sei, sondern mehrere Botenstoffe aus dem Gleichgewicht geraten. Hierfür werden den

Patienten Medikamente als psychotherapeutische Interventionen verschrieben, um das Gleichgewicht des Botenstoffhaushaltes wiederherzustellen (vgl. ebd.).

Abgesehen von den biologischen und genetischen Faktoren beeinflussen bestimmte psychosoziale Aspekte die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Menschen mit BPS sind hochsensibel und geringe Anlässe genügen, um große Reaktionen auszulösen. Dementsprechend sind Ereignisse im Umfeld der Person prägend für den weiteren Krankheitsverlauf. „Sehr intensive Emotionen erzeugen ein sehr starkes Bedürfnis nach Verständnis aufseiten der anderen, und selbst wenn dieses Verständnis beim Gegenüber völlig normal entwickelt ist, kann es sein, dass es als nicht ausreichend erlebt wird“ (Bohus & Reicherzer, 2020, S.30). Das heißt, stressreiche, belastende sowie sich wiederholende Ereignisse in der frühkindlichen Lebensgeschichte können eine große Bedeutung bei der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben – sofern genannte biologische Faktoren dies zusätzlich begünstigen. In diesem Zusammenhang spricht die amerikanische Psychologieprofessorin Marsha M. Linehan „[…] von einer ‚invalidierenden Umgebung‘, einer Umgebung, die sich auszeichnet durch einen Mangel an Einfühlungsvermögen und fehlende Akzeptanz der Bedürfnisse und Gefühle des Kindes. Das Kind macht in einer solchen Umgebung die Erfahrung, dass seine Bedürfnisse, Gefühle und Gedanken sowie seine Einschätzung der Dinge und der eigenen Person […] nicht valide sind“ (Schneider, 2013, S.47). Dadurch vermittelt ihm die primäre Bezugsperson ein Gefühl der Unsicherheit sowie, dass das Zeigen von Empfindungen wie Traurigkeit ein Zeichen für Schwäche sei. Daraus lernt das Kind, seine Gefühle anzupassen und zu unterdrücken, wodurch eine positive emotionale Entwicklung verhindert wird. Eine gestörte Mutter-Kind-Bindung stellt einen zentralen Risikofaktor in der Kindheit dar und wenn zudem eine zweite Bezugsperson, welche Sicherheit und Schutz vermittelt, fehlt, steigt das Risiko der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung erheblich (vgl. Sendera & Sendera, 2016, S.34f).

Zudem sind viele Betroffene geprägt durch traumatisierende Ereignisse wie körperlicher, sexueller oder psychischer Misshandlung und Vernachlässigung. Untersuchungen zeigen, dass 50% aller BPS-Patienten, welche sich in Behandlung befinden, über körperliche oder sexuelle Missbrauchs- und Gewalterfahrungen in der frühen Kindheit berichten (vgl. Bohus & Reicherzer, 2020, S. 30.). Diese traumatisierenden Erlebnisse in einer invalidierenden Umgebung haben erhebliche Folgen für zukünftige soziale Beziehungen und emotionale Bindungen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aufgrund von biologischen Faktoren eine Vulnerabilität für die Entwicklung einer BPS vorliegen kann. Hinzu kommen psychosoziale Aspekte, welche Stressoren darstellen und das Durchbrechen der Borderline-Persönlichkeitsstörung bewirken können.

3 Theoretischer Hintergrund zur Entwicklung und Bindung in der Kindheit

„Menschliche Entwicklung findet immer in engen zwischenmenschlichen Beziehungen statt. Dabei nimmt die frühe Interaktionserfahrung innerhalb des Familiensystems, vor allem zur primären Person […], einen besonderen Stellenwert ein“ (Zick, 2013, S.40). Das Zitat verdeutlicht, dass für die Entwicklung eines Kindes die Mutter-Kind-Bindung einen zentralen Faktor darstellt. Das heißt, um die Auswirkungen der mütterlichen BPS auf ihr Kind und die Bindung zu ihm zu beschreiben, werden theoretische Grundlagen sowohl aus dem Bereich der kindlichen Entwicklung als auch zu Bindung ausgeführt.

Dafür werden primär die Begriffe Entwicklung und Kindheit kurz beschrieben, um anschließend auf die Entwicklung in der Kindheit nach dem Stufenmodell der Entwicklungsaufgaben nach Erik H. Erikson einzugehen. Anschließend werden bindungstheoretische Grundlagen nach John Bowlby und Mary Ainsworth thematisiert, um eine weitere Grundlage für die Verknüpfung des Störungsbildes der Mutter mit der Entwicklung sowie Bindung zum Kind herzustellen. Zuletzt werden unter Punkt 3.3 Risiko- und Schutzfaktoren eines Kindes und seiner Umwelt aufgezeigt. Diese beinhalten persönliche, familiäre sowie soziale Aspekte, welche die kindliche Entwicklung zum positiven oder negativen beeinflussen können.

Auch unter diesem Gliederungspunkt dienen die Inhalte zum Verständnis der Hauptthematik, weshalb eine prägnante Darstellung der für diese Arbeit relevanten Aspekte erfolgt.

3.1 Entwicklung eines Kindes

3.1.1 Die Entwicklung eines Kindes in der Kindheit

Um genauer auf die kindliche Entwicklung eingehen zu können, benötigt es eine kurze Darstellung des Begriffes Kindheit. Gemeint ist damit die Lebensphase von Geburt bis zum Eintritt der Geschlechtsreife, wobei die Kindheit eine eigenständige Phase mit bestimmten Entwicklungsaufgaben darstellt (vgl. Albisser, 2011, S.18f). Die Entwicklungspsychologie unterteilt die Phase der Kindheit zusätzlich in das Säuglingsalter, Kleinkindalter und das Kindesalter. Das Säuglingsalter umfasst die Geburt eines Kindes mit dem ersten Lebensjahr und daran angeschlossen folgt das Kleinkindalter bis zum dritten Lebensjahr. Ab dem dritten Lebensjahr bis circa zum 10-12. Lebensjahr befindet sich das Kind im Kindesalter, welches zusätzlich in frühe, mittlere und späte Kindheit untergliedert wird (vgl. Jovanovic & Schwarzer, 2015, S. 24f). Um die kindliche Entwicklung genauer betrachten zu können, wird zusätzlich der Begriff der Entwicklung dargestellt.

Unter Entwicklung versteht man einen inneren, individuellen Bauplan, mithilfe welchem das Kind schon im Säuglingsalter beginnt, seine Persönlichkeit zu formen (vgl. Albisser, 2011, S.20). In der Vergangenheit wurde der Begriff mehrfach in verschiedenen Theorieansätzen definiert und erweitert. Doch in einem Ergebnis waren sich alle Theoretiker einig, nämlich, „[…], dass Entwicklung das Produkt des Zusammenwirkens von Anlange, Umwelt und dem

aktiven Kind ist“ (Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.36). Zudem wurden der Entwicklung konkrete Aufgaben zugeteilt, welche in den jeweiligen Lebensphasen zu bewältigen sind, um in die anschließende Phase aufzusteigen. Dieses Stufenmodell beschreibt eine feste Abfolge der Aufgaben, in dem einzelnen Stufen nicht übersprungen werden können, da jede einzelne zu der Entwicklung der Persönlichkeit beiträgt. Mittlerweile wird der Entwicklungsbegriff offener betrachtet und auch mögliche Rückschritte in einer Lebensphase, aufgrund negativer Ereignisse in der Umwelt, werden miteinbezogen (vgl. ebd., S.14).

Sowohl die negativen als auch positiven Faktoren im Umfeld eines Kindes beeinflussen seine Entwicklung. Sie sind vielfältig und individuell, weshalb „[…] eine enorme interindividuelle Variabilität an *normalen* Entwicklungsverläufen beobachtet werden kann“ (Pauen et al., 2014, S.22). Zudem kommt, dass sich ein Kind durch sein aktives Handeln in seine persönliche Entwicklung einbringt und diese in seinem individuellen soziokulturellen Kontext selbst mitgestaltet. Somit ist keine allgemeingültige Definition von kindlicher Entwicklung möglich und auch die Geschwindigkeit von zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben ist individuell zu betrachten. Diese Aufgaben finden sich in verschiedenen Entwicklungsbereichen wieder, welche miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen. Dazu zählen Bereiche wie Sprache, Grob- und Feinmotorik, Wahrnehmung, Denken oder soziale Kompetenzen (vgl. Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.23).

Für die Aufgaben in den einzelnen Lebensphasen eines Menschen veröffentlichte der Theoretiker Erik H. Erikson eine psychosoziale Entwicklungstheorie, welche ein Stufenmodell der Entwicklungsaufgaben beinhaltet. Im folgenden Gliederungspunkt wird dieses Modell dargestellt und auf die ersten drei Stufen genauer eingegangen.

3.1.2 Das Stufenmodell nach Erikson mit Fokus auf die Entwicklung bis zur frühen Kindheit

Im Jahr 1977 stellte der deutsch-amerikanische Psychoanalytiker Erik H. Erikson eine psychosoziale Entwicklungstheorie auf, in der verschiedene Entwicklungsaufgaben zur Identitätsentwicklung eines Menschen beschrieben werden. Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben wird in einem Stufenmodell aufgeführt, welches auf vorherigen Erkenntnissen des Phasenmodells von Sigmund Freud gründet (vgl. Flammer, 1988, S.92). Erikson erweiterte Freuds‘ Modell auf den gesamten Lebenszyklus eines Menschen und unterteilte diesen in acht Phasen, in denen ein Mensch bestimmte Konflikte und Lebensaufgaben zu bewältigen hat. Zudem beschränkt sich der Theoretiker nicht nur auf den Fakt, dass Entwicklung ausschließlich abhängig von dem eigenen inneren Bauplan ist, sondern geht davon aus, dass Menschen in ihrem Entwicklungsverlauf „[…] auf immer wieder andere Weise vor die Aufgabe gestellt sind, eine Lösung zwischen ihren biologischen Trieben und den Anforderungen der Umwelt zu finden“ (Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.52).

Demnach spielen nach Erikson die äußeren Einflüsse aus dem soziokulturellen Umfeld des Kindes, eine zentrale Rolle in seinem Entwicklungsverlauf. Der Theoretiker beschreibt dies als einen lebenslangen Prozess, wobei die Form der Bewältigung der einzelnen Phasen entscheidend für die Richtung der individuellen Entwicklung ist (vgl. Poscheschnik, 2016, S.46).

Das Stufenmodell beinhaltet in den acht Phasen aufeinander aufbauende Entwicklungskonflikte als Aufgaben. Mit diesen muss sich der Mensch in der jeweiligen Lebensphase auseinandersetzen, um durch das positive Bewältigen in die nächsthöhere Stufe aufzusteigen. Durch das Meistern einer Entwicklungsstufe entstehen seitens des Kindes Kompetenzen und Fähigkeiten, welche die Basis für die anschließenden Aufgaben bilden, wobei ein Scheitern wiederum negative Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Kindes hat (ebd.). Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Entwicklungsaufgaben in den einzelnen Lebensphasen des gesamten Lebenszyklus‘ eines Menschen (vgl. Flammer 1988, 92).

Lebensphase / Alter	**Entwicklungsaufgabe**
1. Lebensjahr	Urvertrauen vs. Misstrauen
2. und 3. Lebensjahr	Autonomie vs. Scham und Zweifel
4. und 5. Lebensjahr	Initiative vs. Schuldgefühle
Ab 6. Lebensjahr bis Pubertät	Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl
Adoleszenz	Identität vs. Rollendiffusion
Junges Erwachsenenalter	Intimität vs. Isolation
Mittleres Erwachsenenalter	Generativität vs. Stagnation
Spätes Erwachsenenalter	Integrität vs. Verzweiflung

Tabelle 2: Darstellung des Stufenmodells der Entwicklungsaufgaben nach Erik H. Erikson (vgl. Flammer 1988, S:94f)

Aus Tabelle 2 wird ersichtlich, dass jede Altersstufe eine eigene Entwicklungsaufgabe beinhaltet, welche in eine angemessene oder unangemessene Richtung bewältigt werden kann. Die ersten drei Lebensphasen erstrecken sich auf das Säuglings- und Kleinkindalter sowie die frühe Kindheit. In diesen spielen Bezugspersonen eine zentrale Rolle für die Entwicklung eines Kindes, weshalb diese Stufen im Folgenden genauer erläutert werden.

Im ersten Lebensjahr durchläuft ein Säugling den ersten Konflikt in seiner Entwicklung mit dem Erwerb von Urvertrauen oder Misstrauen. Eine zentrale Auswirkung hat hierfür das Verhalten der primären Bezugspersonen und, „[…] ob es von seiner Umwelt willkommen geheißen oder abgelehnt wird“ (Poscheschnik, 2016, S.46). Als Neugeborenes reagiert das Kind noch undifferenziert auf Stimmen oder Gesichter, doch mit der Zeit werden die Reaktionen auf die primäre Bezugsperson intensiver und zielgerichteter. Das Kind nimmt sich noch nicht als

eigenständiger Mensch wahr, versteht sich in einer symbiotischen Beziehung mit seiner Mutter (Rösel, 2014, S.168). In dieser Anfangsphase ist wichtig, intensiv Nähe zum Kind zu suchen, viel zu sprechen und seine Bedürfnisse zu befriedigen. Die Bindung zur Mutter entwickelt sich mit der Geburt des Kindes, wobei es im ersten Lebensjahr auch sozial-emotional vollkommen von ihr abhängig ist (Zick, 2013, 43). Inwieweit sich die Bindung entwickelt, entscheidet sich mit der Ausbildung des Vertrauens zur primären Bezugsperson. Dabei steht für das Neugeborene seine Bedürfnisbefriedigung im Vordergrund und damit zusammenhängend der Grad an Responsivität der Mutter. Durch die Fürsorge und das angemessene Reagieren, entwickelt sich bei dem Kind ein Gefühl der Sicherheit, welches Voraussetzung für die weitere Entwicklung ist. Demzufolge entsteht beim Kind Misstrauen, sofern die primäre Bezugsperson kaum oder falsch auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert oder nicht im Stande ist, ihm Liebe und Fürsorge zu geben. Hier entwickelt sich beim Kind eher eine unsichere Basis für die weiteren Entwicklungsaufgaben und die spätere Zeit der Exploration. Jedoch sind unangenehme Erfahrungen unumgänglich, bei denen das Kind enttäuscht werden kann. Dabei lernt es das Gefühl von Misstrauen kennen, doch wichtig ist, dass die positiven Erfahrungen im Säuglingsalter überwiegen, um ein Urvertrauen auszubilden (vgl. Flammer, 1988, S.94).

Ende des ersten Lebensjahres hat das Kind die ersten Grundlagen erlernt, um sich in der nahen Umgebung durch Robben oder Krabbeln fortzubewegen und sich an Gegenständen hochzuziehen. Ab diesen Zeitpunkt erkennt man deutlich die Entwicklung von Urvertrauen oder Misstrauen, denn ein Kind, das seiner Mutter vertraut, geht eher auf Erkundungstour als ein Kind, welches seinem eigentlichen sicheren Hafen nicht vertraut. Sofern die erste Lebensphase positiv gemeistert wurde, ist die erste erlernte Fähigkeit, „[…] die Abwesenheit der Mutter ohne übermäßige Angst zu ertragen, weil diese zu einer inneren Gewissheit geworden ist“ (Zick, 2013, S.16).

Ab dem zweiten Lebensjahr entwickeln sich bei dem Kind motorische, kognitive und sprachliche Fähigkeiten sowie ein egozentrisches Weltbild. Zudem fängt es an Laufen zu lernen, was einen weiteren Schritt zur eigenen Autonomie ist. In dieser Lebensphase befindet sich das Kind im Konflikt zwischen seiner Autonomie und Scham begleitet von Zweifel. Aufbauend auf der gebildeten Vertrauensbasis möchte das Kind zunehmend mehr selbst machen und die Umgebung erkunden (vgl. Flammer, 1988, S.95). Die Exploration des Kindes ist nur möglich, sofern seine sichere Basis in der Nähe erreichbar ist. Oftmals kommt es zu widersprüchlichen Verhaltensweisen des Kindes, wie Klammern sowie Beanspruchen der mütterlichen Hilfe oder plötzliches Umschwenken zu „selber machen wollen“. Diese Ambivalenz zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr ist eine wichtige Erfahrung für das Kind, für seine Individuation und emotionale Entwicklung (vgl. Zick, 2013, S.45). In dieser Phase benötigt das Kind eine unterstützende Umgebung, um Selbstkontrolle zu erlernen und seine Autonomie zu üben. Dabei kann eine zu strenge Kontrolle sowie viele Verbote von

außen sich auf das Unabhängigkeitsbestreben des Kindes auswirken und Gefühle von Scham oder Zweifel am eigenen Verhalten verursachen. Um die Entwicklung dieser Gefühle zu vermeiden, benötigen die Bezugspersonen eine Balance zwischen einer gesunden Grenzsetzungen und gewissen Freiheiten, um die Umgebung selbstständig zu erkunden (vgl. Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.54; Poscheschnik, 2016, 46).

Um das dritte Lebensjahr des Kindes sucht es Erklärungen, stellt zunehmend mehr Fragen und drückt im Rollenspiel seine persönlichen Wünsche aus. An dieser Stelle endet die egozentrische Denkweise des Kindes und Eltern können diese Entwicklung durch eine Vielzahl von verbalen Erklärungen und Vermittlung von Wissen unterstützen, so dass das Kind seine Umwelt verstehen lernt (vgl. Zick, 2013, S.45). Die Bewältigung dieses Konflikts basiert auf der vorherigen Phase, ob Urvertrauen ausgebildet wurde und das Kind sich traut seine Umwelt zu erkunden. Meistert das Kind diesen zweiten Konflikt, hat es die nächste Grundlage geschaffen, um ein autonom handelndes Individuum mit eigener Persönlichkeit zu werden.

Der anschließende Konflikt zwischen Initiative und Schuldgefühl fällt ab dem vierten Lebensjahr in die Kindergartenzeit und erstreckt sich bis Ende des fünften Lebensjahres. Ab diesem Zeitpunkt wird die erlernte Autonomie zunehmend geübt und neben sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten, bildet sich die Kreativität aus. Das Kind möchte etwas bewirken, entwickelt einen eigenen Willen und zeigt dies verstärkt im Spiel mit Gleichaltrigen. In dieser Phase werden im Spiel zunehmend Helden, wie Polizisten oder Superhelden, thematisiert. Außerdem haben die Bezugspersonen des Kindes eine besondere Vorbildfunktion, denn ihre Normen, Werte und Umgangsformen werden beobachtet und übernommen (vgl. Flammer, 1988, S.96). Das Kind möchte seine Initiative im Spiel ausleben und nicht gehemmt werden. Seine Ideen sollen umgesetzt und die Neugierde durch viele Fragen gestillt werden (vgl. Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.54; Poscheschnik, 2016, S.46). Eine ablehnende Haltung seitens der Bezugspersonen kann dazu führen, dass das Kind diesen Konflikt unangemessen löst und sich Scham sowie Schuldgefühle entwickeln. Dementsprechend bildet das Kind eine negative Grundhaltung seiner Persönlichkeit gegenüber und empfindet eigene Ideen oder Vorlieben als schlecht oder wertlos (vgl. Poscheschnik, 2016, S.46). Aus diesem Grund ist umso wichtiger, dass Elternteile in dieser Phase die Ideen des Kindes wertschätzen, fördern und in das kreative Spiel einsteigen.

3.2 Die Bindung zwischen Mutter und Kind

Die Qualität von Bindung ist wichtig für die ganzheitliche Entwicklung des Kindes und beeinflusst aktiv den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung. Die Entwicklung eines Bindungssystems hängt maßgeblich mit den primären Bindungspersonen zusammen, welche in der Regel meist die Mutter und / oder der Vater des Kindes darstellen. Dennoch ist zu betonen, dass primäre Bindungspersonen auch andere Menschen im Umfeld des Kindes sein

können. Um auf die Bindung zwischen dem Kind und seiner primären Bezugspersonen einzugehen, werden die Bindungstheorie nach John Bowlby, die Bindungsklassifikationen nach Mary Ainsworth und mögliche Bindungsstörungen beim Kind erläutert.
In Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit wird sich unter diesem Gliederungspunkt auf die Mutter als primäre Bezugsperson bezogen, um in darauffolgenden Abschnitten die Auswirkungen der mütterlichen Borderline – Persönlichkeitsstörung auf die Bindung zum Kind darzustellen.

3.2.1 Die Bindungstheorie nach John Bowlby

Der britische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby gilt als Pionier der Bindungsforschung und versteht Bindung als ein psychisches, langanhaltendes und emotionales Band, welches immer den Kontakt zur primären Bindungsperson des Kindes hält und somit Sicherheit vermittelt. „Evolutionär verstanden, schützt Bindung vor Raubtieren und ist damit in der Umwelt frühzeitlicher Menschen lebensnotwendig. Wollen sie nicht gefressen werden, müssen Säuglinge und kleine Kinder ständig in der Nähe ihrer Mütter bleiben und eine Trennung signalisieren“ (Goddemeier, 2015). Diese kindlichen Signale bei einer vermeintlichen Trennung von der Bindungsfigur definiert John Bowlby als das Bindungsverhalten, welches nur durch Nähe, Zuwendung oder Bedürfnisbefriedigung gelindert werden kann. Bindungsverhalten zeigt sich unter anderem auch in für das Kind unbekannten Situationen, bei Anwesenheit von fremden Menschen, körperlichen Schmerzen sowie Situationen, welche Angst auslösend erscheinen (vgl. Brisch, 2015, S.36; Holmes, 2002, S.88). Klassisch sieht der Theoretiker Bindung als monotrop an, bedeutet, dass dieses intensive Band zu einer Person hergestellt wird – in der Regel zur Mutter – welche ab der Geburt des Kindes als dessen Hauptversorger anwesend ist. Dabei „betrachtet [er] Mutter und Säugling als Teilnehmer an einem selbstregulierenden System, dessen Teile einander wechselseitig bedingen“ (Brisch, 2015, S.35). In diesem Bindungssystem wird das Kind als ein aktiver Interaktionspartner angesehen, welcher im ersten Lebensjahr hauptsächlich auf direkte Bedürfnisbefriedigung aus ist.
Mary Ainsworth, eine langjährige Mitarbeiterin von Bowlby und Entwicklungspsychologin, hat anhand von Forschungsarbeiten ein sogenanntes Konzept der Feinfühligkeit erstellt. Die Aufgabe der Mutter besteht darin, die kindlichen Signale wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und prompt aktiv darauf zu reagieren. Durch das umgehende, feinfühlige und empathische Beantworten des Bindungsverhaltens vom Kind investiert die Bindungsperson in deren Beziehung. Die Qualität dieser Bindung hat weitreichende Auswirkungen für die weitere soziale Entwicklung und zukünftige Beziehungen des Kindes (vgl. Stegmeier, 2008).
John Bowlby und Mary Ainsworth beschäftigten sich intensiv mit der Entwicklung von Bindung und dem Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten und Fürsorgeverhalten der primären

Bindungsperson. Die Intensität des feinfühligen Verhaltens der Mutter prägt demnach die Qualität der Bindung zwischen ihr und dem Kind. Demzufolge unterscheiden die Theoretiker Bowlby und Ainsworth zwischen sicherer und unsicherer Bindung. Erstere entwickelt sich sofern die Bezugsperson Schutz, Sicherheit und emotionale Nähe vermittelt und die Bedürfnisse des Kindes wahrnimmt, angemessen interpretiert und zufriedenstellt (vgl. Brisch, 2015, S.36f). Eine sichere Bindung bildet die Basis für selbstständiges Explorieren des Kindes und Ausleben seiner Neugierde. Das erwähnte emotionale Band stellt die Verbindung zur Mutter dar, welche bei negativen Gefühlen oder Ereignissen als sicherer Hafen empfunden wird. Durch diesen Kontakt kann das Kind immer wieder zu der Bezugsperson zurückkehren, um sich Trost und Schutz abzuholen (vgl. Holmes, 2005, S.91). Erlebt das Kind also eine ungewohnte beängstigende Situation, zeigt es Bindungsverhalten und sucht die Nähe der Mutter. Das Explorationsverhalten des Kindes stellt sich ein und Bindungsverhalten wird aktiviert, somit stehen sich diese beiden Verhaltensweisen wechselseitig gegenüber (vgl. Lengning & Lüpschen, 2012, S.12).

Bei einer unsicheren Bindung „[…] [w]erden dagegen die Bedürfnisse in den Interaktionen mit der Bezugsperson gar nicht, nur unzureichend oder inkonsistent – etwa in einem für den Säugling nicht vorhersagbaren Wechsel zwischen Verwöhnung oder Überstimulation und zu großer frustrierender Versagung – beantwortet […]“ (Brisch, 2015, S.37). In solchen Fällen ist die Mutter für das Kind als Empfänger seiner Signale nicht erreichbar und Bedürfnisse wie Sicherheit bleiben unerfüllt. Die nötige körperliche Nähe und Zuverlässigkeit der Mutter werden dementsprechend nicht dauerhaft erfahren, weshalb das Kind seine Mutter als emotional unerreichbar einschätzt. Oftmals spielen persönliche Erfahrungen und Emotionen der Mutter, wie Angst vor dem Verlassen werden, eine Rolle bei der Interaktion mit ihrem Kind, weshalb sie nur eingeschränkt kindliche Signale wahrnehmen und angemessen interpretieren. Zudem ist möglich, dass sich aufgrund der Angst vor dem Verlassen werden eine extreme Bindung zu dem Kind aufbaut, welche das Kind wiederum in seinem Explorationsverhalten einschränkt (vgl. ebd., S.39).

Die Qualität der Bindung ergibt sich in immer wiederholenden Situationen, woraus sich bei dem Kind interne Arbeitsmodelle ausbilden, welche Reaktionen der Bindungsperson vorhersagbar machen. „Ein solches Arbeitsmodell ist anfangs noch flexibel, im weiteren Verlauf der Entwicklung wird es zunehmend stabiler und entwickelt sich zu einer psychischen Repräsentanz […]“ (Brisch, 2015, S.38). Umso älter das Kind wird, desto autonomer und selbstwirksamer möchte es sich erleben, spüren welche Ziele mit eigenem Handeln erreicht werden können. An diesem Punkt ist wichtig als Mutter eine Balance zwischen dem Zulassen von Explorationsverhalten und einer klaren Grenzsetzung zu halten, um dem Kind Spielraum für das Entwickeln seines Autonomiegefühls zu geben (vgl. ebd., S.39).

3.2.2 Einteilung in Bindungsmuster nach Mary Ainsworth

Die inneren Arbeitsmodelle, welche sich in den frühen Jahren des Kindes entwickeln, machen Reaktionsweisen der Mutter vorhersagbar. Dies entwickelt sich je nach Grad der mütterlichen Responsivität auf das kindliche Bindungsverhalten, beispielsweise beim Wunsch der Bedürfnisbefriedigung oder bei Trennungen. Ausgehend davon, beschäftigte sich Mary Ainsworth intensiv mit dem Verhältnis des kindlichen Bindungsverhaltens und seinem Explorationsverhaltens in Trennungssituationen, um anhand der Verhaltensweisen des Kindes unterschiedliche Bindungsmuster zur Mutter herauszufinden. Dafür führte sie den sogenannten „Fremde-Situation"-Test mit Kleinkindern in einem standarisierten Laborraum durch. Mitte des ersten Lebensjahres entwickeln Kinder die Fähigkeit, „[…] seine Bindungsperson zu vermissen und nach ihr zu suchen" (Stegmeier, 2008). Aus diesem Grund wählte Ainsworth mit Kollegen mehrere Kinder im Alter von 12-18 Monaten für die Laborsituation aus. An der „Fremde-Situation" nehmen die Mutter, das Kind und eine für beide fremde Person teil. Die Balance zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten der Kinder wird in acht festgelegten Episoden zu je ungefähr drei Minuten untersucht (vgl. ebd.). Der Ablauf in den Episoden der „Fremde-Situation" ist im Folgenden kurz dargestellt.

Episode 1	Mutter und Kind betreten das fremde Spielzimmer gemeinsam.
Episode 2	Mutter sitzt auf einem Stuhl, Kind erkundet selbstständig den Raum mit den unbekannten Spielsachen.
Episode 3	Eine fremde Person betritt den Raum. Sie spricht erst mit der Mutter und anschließend nimmt sie zu dem Kind über das Spiel Kontakt auf.
Episode 4	Die Mutter verlässt den Raum und die fremde Person bleibt mit dem Kind in dem Spielraum zurück.
Episode 5	Die Mutter kommt zurück, begrüßt ihr Kind, tröstet es (bei Bedarf). Gleichzeitig verlässt die fremde Person den Raum.
Episode 6	Die Mutter verlässt ebenfalls den Raum, somit bleibt Kind allein zurück.
Episode 7	Die unbekannte Person betritt den Raum und kümmert sich um das Kind.
Episode 8	Die Mutter kehrt in den Raum zurück, begrüßt ihr Kind und tröstet es (bei Bedarf). Die fremde Person verlässt wieder den Raum.

Tabelle 3: Überblick über den Verlauf der „Fremde-Situation" nach Mary Ainsworth

Bei der Auswertung der beobachteten Reaktionen des Kindes ergaben sich demnach drei unterschiedliche Bindungsmuster: sicher, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent (vgl. ebd.). Bei sicher gebundenen Kindern stellt die Anwesenheit der Mutter eine sichere Basis dar, um ungestört im fremden Raum zu explorieren. Bei Trennungen reagiert das Kind emotional mit Bindungsverhalten und scheint beunruhigt. Das Kind lässt sich von der anwesenden fremden Person nicht trösten, differenziert deutlich zwischen dieser und seiner

Mutter. Bei der Rückkehr seiner Bezugsperson zeigt das Kind Freude, sucht körperlichen Kontakt und lässt sich beruhigen, um anschließend wieder entspannt die Umwelt zu erkunden. Die Mutter wird im inneren Arbeitsmodell des Kindes als zuverlässig repräsentiert (vgl. Stegmeier, 2008).

Mary Ainsworth unterscheidet die unsicheren Bindungsmuster in unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent. Unsicher-vermeidend gebundene Kinder zeigen kaum Bindungsverhalten bei einer Trennung und explorieren, unabhängig von der An- oder Abwesenheit der Mutter, mit geringer Neugierde im fremden Raum. Bei der Anwesenheit der unbekannten Person lässt das Kind die Kontaktaufnahme zu. Trotz keinerlei Anzeichen der Beunruhigung erscheint das Kind innerlich aufgewühlt, als wolle es sein Bindungsverhalten unterdrücken. Bei der Rückkehr der Mutter meidet das Kind die Nähe und jegliche Kontaktaufnahme (vgl. Brisch, 2015, S.52). Bei diesem Bindungsmuster hat das Kind die Mutter als zurückweisend verinnerlicht und erwartet eine Handlung der Zurückweisung. „Infolge dessen unterdrückt das Kind seine Annährungsneigung, um zumindest in einer tolerierbaren Nähe zur Mutter zu bleiben […]“ und ist innerlich hohen emotionalen Belastungen ausgesetzt (Stegmeier, 2008).

Bei der unsicher-ambivalenten Bindungsklassifikation ist das Kind auf die Bezugsperson fixiert, somit ist sein Bindungssystem durchgehend aktiviert und das Explorationsverhalten eingeschränkt. Auf die Abwesenheit der Mutter reagiert das Kind heftig, zeigt Stressreaktionen und lässt sich von der unbekannten Person nicht beruhigen. Allerdings zeigt das Kind bei der Rückkehr ein ambivalentes Verhalten, sucht im ersten Moment die Nähe der Mutter, „[…] nur um sich dann gegen die tröstenden Bemühungen des Elternteils zu wehren“ (Siegler et al. 2016, S.402). Im inneren Arbeitsmodell des Kindes ist die Bezugsperson als unberechenbar repräsentiert und machte mit ihr unvorhersagbare Interaktionserfahrungen in der Vergangenheit (vgl. Stegmeier, 2008).

Zu diesen drei Klassifikationen der Bindung wurde eine weitere Kategorie hinzugefügt: das unsicher-desorganisierte Bindungsmuster. Bindungsforscher haben bei Durchläufen des Verfahrens der „Fremde-Situation“ festgestellt, dass sich Reaktionen eines kleinen Anteils von Kindern in keine der bestehenden Kategorien einordnen lässt (vgl. Siegler et al., 2016, S.403). Bei Trennungssituationen reagiert es innerlich mit erhöhtem Stress und bleibt bei der Rückkehr ambivalent zwischen dem Suchen der Nähe der Bezugsperson und dem Abwenden von ihr. Charakteristisch für unsicher-desorganisierte Kinder ist ein emotional-widersprüchliches und inkonsistentes Bindungsverhalten. Darunter fällt das abrupte Abbrechen von Handlungen und oftmals erstarrt das Kind, hält in seiner Position inne – sogenanntes „freezing“ (vgl. Stegmeier, 2008). Dieses Bindungsmuster zeigt sich häufig bei Kindern, deren Bezugsperson unverarbeitete Traumata wie Missbrauch oder psychische Störungen haben. Oftmals stehen der Mutter eigene emotional belastende Gefühle und Erinnerungen im Weg, um gänzlich auf

die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen. Dadurch erlebt das Kind „[…] eine Unterbrechung seiner Bindungsstrategie; trotz realer Anwesenheit ist die Bindungsperson emotional unerreichbar“ (ebd.).

3.2.3 Bindungsstörungen

Neben den beschriebenen Bindungsklassifikationen können bei Kindern ab dem Ende des ersten Lebensjahres Formen einer Bindungsstörung festgestellt werden. Diese sind klar abzugrenzen zu den Bindungsmustern, vor allem zum unsicher-desorganisierten Bindungstyp (vgl. Hédervári-Heller, 2014, S.62). Bindungsstörungen stellen eine eigenständige psychiatrische Diagnose dar und sind im Klassifikationssystem ICD-10 unter zwei Formen von Bindungsstörungen zu finden: die reaktive Bindungsstörung im Kindesalter (F94.1) und die Bindungsstörung mit Enthemmung im Kindesalter (F94.2) (vgl. Lengning & Lüpschen, 2020, S.70). Kennzeichnend für die Entstehung von Bindungsstörungen sind Probleme in der Interaktion und Kontaktaufnahme des Kindes, aufgrund von schweren sozial-emotionalen Beeinträchtigungen durch traumatische Erfahrungen sowie unzureichender Fürsorge durch die primäre Bezugsperson. Durch genannte negative Ereignisse, wie Deprivation, Misshandlung oder Gewalterfahrungen, wird dem Kind die Möglichkeit für einen stabilen Bindungsaufbau genommen (vgl. König, 2020, S.113f).

Bei der reaktiven Bindungsstörung im Kindesalter handelt es sich grundsätzliches Abweichen der altersgerechten Entwicklung, vor allem im sozial-emotionalen Bereich und kann ab dem neunten Monat diagnostiziert werden (vgl. ebd., S.115; Lengning & Lüpschen, 2020, S.70). Diese Form „[…] äußert sich in einer andauernden sozialen und emotionalen Störung als auch einem durchgehenden Muster von gehemmten, emotional zurückgezogenen Verhaltensweisen gegenüber erwachsenen Bezugspersonen“ (ebd.). Das Kind zeigt in Trennungssituationen oder Momenten der Beunruhigung kein Bindungsverhalten und sucht nicht die Nähe bei der primären Bezugsperson (vgl. König, 2020, S. 115). Die reaktive Bindungsstörung ist oftmals ein Resultat mangelnder Bindungserfahrungen in den ersten Lebensmonaten aufgrund von Vernachlässigung, Misshandlung oder ähnlichen traumatisierenden Ereignissen (vgl. Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.29).

Die Diagnose einer Bindungsstörung mit Enthemmung bezieht sich beim Kind vor allem auf den Bereich des Sozialverhaltens. Diese Form kommt eher bei Kindern im Kontext der Pflege und Heimunterbringung vor, da ein häufiger Wechsel an Bezugspersonen vorliegt (vgl. ebd.). Das Kind mit dieser Diagnose zeigt ein distanzloses, übermäßig vertrautes sowie aufmerksamkeitssuchendes Sozialverhalten gegenüber fremden Personen. Mögliche Folge dieses Verhaltens ist das wahllose Mitgehen mit unbekannten Personen. Allerdings kann dieser Typ der Bindungsstörungen parallel zu unsicheren Bindungsklassifikationen vorliegen

und wird ab dem neunten Monat diagnostiziert (vgl. König, 2020, S.115; Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.29).

Abschließend ist zu sagen, dass nach aktuellen Zahlen weniger als 1% in der Normalbevölkerung eine diagnostizierte Bindungsstörung haben (vgl. Köhler-Saretzki, 2021, S.44). Demnach ist nicht auszuschließen, „[…] dass im Kontext von Misshandlung, Vernachlässigung und sexualisierter Gewalt gewisse Überschneidungen zwischen dem Konzept der Bindungsstörung und Desorganisation bestehen […]“, aufgrund von ähnlichen Kriterien beider (König, 2020, S.116). Folglich ist die These zu wagen, dass bei Kindern mit einem unsicher-desorganisierten Bindungsmuster die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Bindungsstörung vorliegt.

3.3 Allgemeine Risiko- und Schutzfaktoren eines Kindes und seiner Umwelt

Schutzfaktoren sind für das Kind entwicklungsfördernd und risikomildernd, sofern die Belastungsquellen frühzeitig erkannt und die protektiven Merkmale gestärkt werden. Sie können in personale, familiäre oder soziale Faktoren eingeordnet werden (vgl. Zick, 2013, S.64). Diese werden im Folgenden prägnant dargestellt, um einen Überblick zu geben und später unter Gliederungspunkt 5 den Bezug auf Kinder von Borderline-Müttern zu nehmen. In der folgenden Tabelle 4 wird eine Auswahl von möglichen personalen, familiären sowie sozialen Ressourcen gegeben, welche bei einem Kind und seiner Umgebung vorliegen können.

Personale Ressourcen	Familiäre Ressourcen	Soziale Ressourcen
Optimistische, zuversichtliche Lebenseinstellung	Positives Familienklima	Wertschätzendes, unterstützendes Klima
Stabiler körperlicher Gesundheitszustand	Sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson	Verlässliche und bedeutsame Freunde
Talente und Hobbies	Unterstützendes Erziehungsklima	Ressourcen auf kommunaler Ebene
Positives Selbstkonzept	Körperliche, psychische Gesundheit der Eltern	Integration in Gruppen, wie Vereine
Kognitive Kompetenzen, mindestens durchschnittliche Intelligenz	Unterstützendes innerfamiliäres Netzwerk	Prosoziale Rollenmodelle, mit Normen und Werten der Gesellschaft

Tabelle 4: Übersicht zu Schutzfaktoren des Kindes und seiner Umwelt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.76; Zick, 2013, S.65)

In der Übersicht sind vielfältige Schutzfaktoren eines Kindes und seiner Umwelt dargestellt, welche individuell zutreffen können. Vor allem die familiären sowie sozialen Ressourcen tragen zu einem positiven Bindungsverhalten des Kindes bei und ermöglichen ihm seine Umgebung mit stabilem Selbstvertrauen zu erkunden. Denn „[e]ine stabile, emotional warmherzige Bindung zu einem Elternteil kann eine protektive Funktion haben […]“ und die kindliche Entwicklung positiv beeinflussen (Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.74). Dabei ist zu erwähnen, dass auch ein Mitglied aus dem engeren Familienkreis im Laufe der ersten Lebensjahre zu einer wichtigen Bezugsperson werden kann. Demnach begünstigt ein stabiles und unterstützendes Umfeld die Entwicklung einer psychischen Widerstandsfähigkeit beim Kind, um mögliche Belastungen in seinem Umfeld positiv zu meistern (vgl. ebd., S.75).

Die kindbezogenen Schutzfaktoren und die in seiner Umwelt sind Teil eines transaktionellen Prozesses, welcher die psychische Widerstandsfähigkeit des Kindes stärkt, so dass es sich zu einem resilienten sowie stabilen Individuum entwickelt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.71). Das bedeutet, dass das Kind einerseits seine Umwelt steuert, und die Umwelt sich dementsprechend auf das Kind auswirkt, so dass sie miteinander in Wechselwirkung stehen (ebd.). Vor allem den außerfamiliären Schutzfaktoren wird eine maßgebliche Bedeutung zugeschrieben. Denn in diversen Studien wurde nachgewiesen, „[…], dass soziale Unterstützung, Begleitung, Entlastung, Hilfe bei der Lösung von Problemen, aber auch bei der Versorgung des Kindes sehr zur Entspannung der Eltern-Kind-Beziehung beitragen und ebenso die Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes fördern können“ (Brisch, 2014, S.38f).

Diese vielfältigen Merkmale sind bei jedem Kind individuell und müssen im Gegensatz zu den belastenden Einflüssen überwiegen, so dass sich das Kind trotz der Risikofaktoren zu einer leistungsstarken, stabilen Persönlichkeit entwickelt (vgl. Zick, 2013, S.63). Doch auch die risikoerhöhenden Belastungen sind vielfältig und können in unterschiedlichen Intensitäten vorliegen. Risikofaktoren wirken gefährdend auf die kindliche Entwicklung und finden sich genauso wie protektive Faktoren im persönlichen Bereich als auch in der Umwelt des Kindes wieder. Zu den kindbezogenen biologischen und psychischen Belastungsfaktoren gehören:

- Prä-, Peri- sowie Postnatale Schäden
- Chronische Erkrankungen
- Unsichere Bindung an primäre Bezugspersonen
- Geringe kognitive Fähigkeiten
- Geringes Selbstwertgefühl, geringe Selbstwirksamkeit
  (vgl. Hobmair, 2017, S.341)

Mögliche risikoerhöhende Umweltfaktoren treten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in das Leben des Kindes und können sowohl die Bindung als auch Entwicklung des Kindes erheblich lenken. Negative Faktoren, welche aus dem Umfeld des Kindes kommen, sind:

- Psychische, körperliche Erkrankung eines Elternteils
- Disharmonisches Familienklima
- Niedriges Bildungsniveau der Eltern
- Negative sozioökonomische Rahmenbedingungen, wie finanzielle Armut
- Fehles eines sozialen, unterstützenden Netzwerks
- Traumata, Gewalterfahrungen
  (vgl. Bolten et al., 2021, S.13; Hobmair, 2017, S.341)

Die aufgeführten Schutz- und Risikofaktoren können einzeln aber auch mehrere zugleich vorliegen. Sie beeinflussen sich wechselseitig, wobei für eine positive Entwicklung des Kindes wichtig ist, dass die protektiven Faktoren in seinem Leben überwiegen. Ansonsten ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass das Kind Schwierigkeiten in seiner weiteren Entwicklung hat oder beispielsweise an psychischen Beschwerden erkrankt (vgl. Zick, 2013, S.64).

4 Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

„Das erste, was wir im Leben verstehen müssen, ist unsere Mutter“ (Lawson, 2021, S. 9). Mit diesem Zitat steigt Christine Ann Lawson in ihrem Buch „Borderline-Mütter und ihre Kinder“ ein. Die primäre Bezugsperson ist die elementare Basis für die Entwicklung eines Kindes und doch stehen dieser Beziehung vielfältige Herausforderungen bevor. Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind aufgrund des Krankheitsbildes in ihren Verhaltensweisen und persönlichem Erleben stark beeinträchtigt. Dies wirkt sich dementsprechend auf ihre Kinder aus, vor allem in deren Kindheit. Ziel dieses Gliederungspunktes ist es, die möglichen Facetten der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzuzeigen und diese im Kontext einer Mutterschaft zu verdeutlichen.

4.1 Verhaltensweisen von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Lawson

Um das Jahr 2000 hat sich die amerikanische Sozialarbeiterin Christine Ann Lawson mit den Auswirkungen auf Kinder, deren Mütter an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, beschäftigt. Ausgehend von ihren Untersuchungen benannte Lawson vier Muster von Borderline-Müttern: Das „verwahrloste Kind“, die „Einsiedlerin“, „Königin“ und „Hexe“. Diese Rollen beinhalten unter anderem reale Erzählungen und Tagebucheinträge von Patientinnen, welche Lawson in ihrer Arbeit als klinische Sozialarbeiterin in ihrer Praxis behandelte (vgl. Lawson, 2021, S.9). Allerdings ist anzumerken, dass jede Betroffene einen individuellen

Krankheitsverlauf aufweist und somit nicht jede Mutter exakt in ein Muster einzuordnen ist. Einzelne Eigenschaften, Verhaltensweisen oder Auswirkungen auf die Kinder können sich mit anderen Typen überschneiden und dementsprechend besteht die Möglichkeit, dass Borderline-Mütter in mehrere Muster einzugruppieren sind. Es folgt eine Kurzdarstellung der Muster von Borderline-Müttern nach Lawson und damit zusammenhängende Auswirkungen auf deren Kinder. Die Inhalte wurden aus ihrem gleichnamigen Buch „Borderline-Mütter und ihre Kinder“ und einem Sammelband von Jowita Zick mit dem Titel „Kinder von Borderline-Eltern“ erschlossen.

4.1.1 Das „verwahrloste Kind“

Für den Typ des „verwahrlosten Kindes“ ist ein Gefühl von innerer Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit beschreibend. Personen in diesem Muster sind geprägt von innerlicher Trauer, Verletzlichkeit und einem tiefen negativen Selbstwertgefühl. Sie fühlen sich wertlos, inkompetent und machen ihre eigene Persönlichkeit abhängig von Meinungen oder Zustimmung anderer. In zwischenmenschlichen Beziehungen werden sie einerseits als liebenswürdig und humorvoll wahrgenommen, können sich aber plötzlich als unberechenbare Persönlichkeiten verwandeln, was sich in Wutausbrüchen und provozierenden Handlungsweisen äußert (vgl. Lawson, 2021, S. 59f). Menschen mit Borderline in diesem Muster verdeutlichen ihre Hilflosigkeit regelmäßig in lautem Beklagen und Betonen ihre Unfähigkeit, doch lassen keine Hilfsangebote zu (vgl. ebd., S.62). Ihnen ist bewusst, dass sie zerbrechlich und hilflos wirken, jedoch haben sie eine grundsätzliche Abwehrhaltung in Bezug auf Nähe sowie eine starke Angst vor Kontrollverlust und nehmen aufgrund dessen keine Hilfe an. Aus dem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit resultiert auch die Annahme, dass sie die Liebe ihres Kindes oder anderer Personen nicht verdienen. Hinter diesen Verhaltensweisen versteckt sich eine tiefe Traurigkeit, aufgrund von traumatisierenden Erfahrungen aus der Kindheit, wie Vernachlässigung oder Missbrauch (vgl. ebd., S.60). Die Person im Typ des „verwahrlosten Kindes“ erlernte eine Opferhaltung mit der Grundaussage, sie sei unfähig und ihre Bedürfnisse nichts wert. Daraus resultierten Versagens- und Verlustängste, die sich zukünftig auf die eigenen Kinder projizieren (vgl. ebd.). Demnach haben sie Schwierigkeiten, ihre eigenen Bedürfnisse auszudrücken und identifizieren sich mit schwachen, verwahrlosten Tieren oder Opfern von Verbrechen jeglicher Art (vgl. ebd., S. 66). Dadurch, dass sie ihre vermeintliche Hilflosigkeit und Wertlosigkeit resigniert haben, ziehen sie sich oftmals zurück aufgrund depressiver Verstimmungen, begleitet von Drogen- oder Alkoholmissbrauch und selbstverletzendem Verhalten, wovon oftmals die eigenen Kinder Zeugen sind (vgl. ebd., 63). Die Verzweiflung der Mutter wirkt sich enorm auf die Entwicklung des Kindes aus. Für die Borderline-Mutter stehen die eigenen Probleme im Fokus, weshalb kindliche Bedürfnisse oftmals nicht wahrgenommen oder aktiv ignoriert werden. Prozesse, wie Zurückweisung oder

vermeintliches Verlassenwerden, „[…] lösen Wut und Depression aus“ (Lawson, 2021, S.63). Das Gefühl der Zurückweisung kann sich darin zeigen, dass die Mutter nicht die volle Aufmerksamkeit des Kindes hat, weil es eventuell eigene Bedürfnisse äußert oder über Schmerzen klagt und folglich zieht sich die Mutter zurück. Zu diesen Zeitpunkten fehlt jegliche Zuwendung und Bedürfnisbefriedigung, weshalb die Kinder erlernen, für sich selbst zu sorgen und ohne jegliche Unterstützung auszukommen (vgl. ebd., S. 179). Ihnen fehlt ein positives Vorbild, welches beispielsweise die tägliche Hygieneversorgung mit ihnen übt und dementsprechend entwickeln sie kein Gefühl für sich zu sorgen und achtsam mit der eigenen Gesundheit umzugehen Zudem kommt es oft zu häuslichen Unfällen aufgrund der fehlenden Aufmerksamkeit seitens der Mutter (vgl. ebd., 67).

Aufgrund dessen fühlt sich das Kind häufig mutterlos und als kleiner Erwachsener, dem die eigene Autonomie aufgezwungen wird (vgl. ebd., S.179). Das Kind erlernt die Unterdrückung seiner Gefühle und Bedürfnisse, um für die Mutter keine Belastung darzustellen. Das Wohlbefinden der Mutter steht für das Kind im Mittelpunkt, wobei es zugleich seine eigene innere Verzweiflung und Wut verdrängt (vgl. ebd., S.181). Diese negativen Gefühle gehören für das Kind der Borderline-Mutter in diesem Typ zu den normalen Gefühlszuständen, weshalb es auch Schmerz als etwas Natürliches empfindet. Selbst das Erleben von positiven Ereignissen erzeugt keine Glücksgefühle aufgrund einer mütterlichen Missgunst und das Kind empfindet schon im Kleinkindalter kaum Lebensfreude (vgl. Zick, 2013, S.69). Hinzu kommen die Stimmungsschwankungen der Mutter, welche das Kind zunehmend verwirren. Gegenteilig zu den vernachlässigenden Verhaltensweisen ist die Mutter in guten Zeiten liebevoll, überschüttet das Kind mit Zuneigung und gibt ihm kaum Raum, seine eigenen Grenzen auszutesten. Das Verwöhnen des Kindes folgt meist auf die Verlustangst der Mutter, weshalb sie das Risiko minimieren möchte, verlassen zu werden. Das mütterliche Bindungsverhalten zeigt sich in einer verwöhnenden Art, wodurch sie erhofft, die Kinder fest an sich zu binden. Dadurch hindert sie das Kind wiederum auch gesunde Beziehungen zu anderen aufzunehmen. Dieses ambivalente Verhalten der Mutter macht ihre Reaktionen für das Kind unvorhersehbar. Jede Handlung des Kindes kann eine plötzliche Wut seitens der Mutter auslösen. Dadurch lernen Kinder schon im Säuglingsalter ihre Signale zu unterdrücken und hüten sich vor der mütterlichen Zurückweisung (vgl. Lawson, 2021, S.72). Die fehlende Balance zwischen positiver Zuneigung, Bedürfnisbefriedigung und Raum für kindliches Explorationsverhalten hindert das Kind, einen gesunden Umgang mit seinen Fähigkeiten zu erlernen sowie seinen Selbstwert auszubilden.

4.1.2 Die „Einsiedlerin“

Bei der „Einsiedlerin“ dominiert das starke Gefühl, die Kontrolle über ihr Leben zu verlieren. Sie hegt ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber ihrem Umfeld und nimmt jegliche

Situationen negativ und belastend wahr. Ihre Angst hindert die „Einsiedlerin“, positive Ereignisse zu genießen, da sie eine drohende Gefahr oder negative Folgen erwartet. Aus diesem Grund bevorzugt sie, allein zu sein und fühlt sich meistens mit ihrer Einsamkeit wohler. Oftmals erlebte die Borderline-Betroffene in der Kindheit eine Bedrohung ihrer psychischen Gesundheit durch frühe Erfahrungen mit Verlust, Trennungen oder eine Form der Vernachlässigung (vgl. Lawson, 2021, S.80f). Im sozialen Kontext wird die „Einsiedlerin“ vermehrt als starke, unabhängige und selbstständige Persönlichkeit wahrgenommen. Allerdings meidet sie viele Kontakte, um nicht Gefahr zu laufen, ihr wahres Gesicht mit der inneren Angst preisgeben zu müssen. Aus diesem Grund definiert die Betroffene sich durch überdurchschnittliche Leistungen, Erfolg in der Arbeit oder herausstechende Interessen. Jegliche Kritik an ihren Handlungen oder Ablehnung von Ideen ihrerseits vernichten das Selbstwertgefühl der „Einsiedlerin“. „Kleine Missverständnisse können heftige Beschuldigungen zur Folge haben, sie fühlt sich verraten, vernachlässigt oder verlassen“ (ebd., S.85).

Gefühle, die sie in der Kindheit schon erlebt hatte, finden sich an solchen Punkten ihres Lebens wieder. Dementsprechend hat sie Angst vor Menschen, die eine gewisse Macht haben, fühlt sich von diesen bedroht und sieht in ihrem Umfeld überall Intrigen oder Verschwörungen (vgl. ebd., S.82f). Oftmals verlieren sich Betroffene dieses Typs in diversen Phobien, leben in Fantasiewelten und sind abergläubisch. Ihre vermeintlichen übersinnlichen Kräfte bieten für die Person Schutz und Sicherheit vor drohenden Gefahren in der Umwelt. Dazu gehört, dass die „Einsiedlerin“ an stetiger Schlaflosigkeit und extremen Panikattacken leidet (ebd., S.80f). Ihre ständige Angst vor Kontrollverlust und zusätzliche akute Verfolgungsangst lassen oftmals keine Form von Unterstützungsmöglichkeiten wie Therapien zu. Sobald die Person sich jemanden wie Therapeuten öffnet, greift ihre Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren und ein Therapieabbruch folgt. Demnach ist auch die Wahrscheinlichkeit, Suizid zu begehen, erhöht. Dieser ist für die „Einsiedlerin“ oftmals ein angenehmer Ausweg von dem ständigen Erleben der Angst (vgl. ebd., S.84f).

Ihr starkes Sicherheitsbedürfnis überträgt die „Einsiedlerin“ auf ihre Familie und schränkt deren alltägliches Leben mit vermeintlich drohenden Ereignissen enorm ein. Die eigene Gesundheitsfürsorge wird mit übertriebener Vorsicht aufgrund der Angst vor Krankheiten durchgeführt. Dementsprechend wirkt sich ihr Verhalten auf die Gesundheitsfürsorge der eigenen Kinder aus. Sie reagiert bei den geringsten Verletzungen oder leichten Erkrankungen über und wird von ihrer Angst überrollt. Diese übertriebenen mütterlichen Verhaltensweisen schränken das Kind indessen beim Lernen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, enorm ein. Zukünftig reagiert es entweder genauso ängstlich und übertrieben, wie seine Mutter oder versucht Verletzungen vor der Mutter zu verheimlichen, um Überreaktionen zu umgehen (vgl. ebd., S.83). Der Erziehungsstil einer Mutter als „Einsiedlerin“ ist geprägt von Überbehütung

und einer übertriebenen Kontrolle. Demnach werden Wünsche und Interessen des Kindes meist zurückgewiesen, da nach der mütterlichen Wahrnehmung diverse Gefahren eintreten können. Daraufhin wird das Kind entweder kaum explorieren oder umso stärker erkunden, ohne ein gesundes Gefahrenbewusstsein zu entwickeln (vgl. Lawson, 2021, S.87f). Die Einschränkungen des kindlichen Autonomiestrebens wirken sich auf seine zukünftige Entwicklung aus, beispielsweise bildet das Kind kaum eigenes Selbstvertrauen und die Angst der Mutter projiziert sich auf das eigene kindliche Erleben. Ihm wird die Botschaft vermittelt, dass es allein nicht fähig ist, sein Leben zu bewältigen und dass Angst zu den normalen Gefühlen hinzugehört (vgl. ebd., S.94).

4.1.3 Die „Königin“

Die Mutter im Typ der „Königin“ ist im Gegenteil zu den vorherigen extrovertiert, laut und möchte immer im Mittelpunkt stehen. Ihre Bedürfnisse und ihr Wille müssen schnellstmöglich erfüllt werden, ohne Rücksicht auf ihr Umfeld (vgl. Lawson, 2021, S.97f). Trotz ihrer exzentrischen Verhaltensweisen fühlt sie sich innerlich leer und hat unstillbare Sehnsucht, etwas Besonderes zu sein. In ihrer Kindheit erlebte sie einen Mangel an emotionaler Zuwendung, positiver Aufmerksamkeit und lernte durch negative Handlungen beachtet zu werden. Sie ist stetig auf der Suche nach Beachtung aufgrund der emotionalen Deprivation in ihrer Kindheit. Wie bei Borderline-Patienten typisch, führen bei der „Königin“ unter anderem das Gefühl der Leere zu inneren Anspannungen, welche sich in impulsiven Handlungen sowie als psychosomatische Beschwerden, wie Migräne oder Störungen des Immunsystems, äußern (vgl. ebd., S.101). Öffentlich überspielt sie ihre Emotionen und wirkt auf andere als ehrgeizige, willensstarke Persönlichkeit. Doch das soziale Umfeld ist ihr nur von Bedeutung, solange sie dieses zu ihrem Vorteil nutzen kann. Beziehungen sind oberflächlich und „[sie] glaubt das Recht zu haben, die Grenzen anderer zu missachten und sich zu nehmen, was sie braucht“ (ebd., S.100). Für die „Königin“ sind nur Befriedigung ihrer Bedürfnisse und vollständige Kontrolle bedeutsam, wobei auch Methoden der Einschüchterung, Wutanfälle oder Lügen zu ihren Verhaltensweisen zählen. Sie manipuliert Menschen in ihrem Umfeld zu ihren Gunsten, wobei diese wenig Widerstand leisten aufgrund der Kenntnis der möglichen aggressiven Verhaltensweisen. „Ein Mangel an Empathie für emotionale Bedürfnisse der anderen ist […] für Borderline-Mütter dieses Typs normal und alltäglich“ (Zick, 2013, S.79).
Selbst in Bezug auf die Bedürfnisse ihrer eigenen Kinder kann sich die „Königin“ nicht zurücknehmen. Das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Bewunderung ist bei der Mutter so stark, dass sie sich mit ihrem Kind in einem rivalisierenden Verhältnis befindet, wessen Interessen und Bedürfnisse relevanter sind. „Wenn sie ihre Bewunderung und Liebe gewinnen wollen, müssen die Kinder der Mutter ihre Interessen, ihre Werte, ihren Geschmack und ihre Vorlieben spiegeln“ (Lawson, 2021, S.103). Doch stehen die kindlichen Interessen im Vordergrund, zeigt die Mutter Verhaltensweisen wie Schmollen oder impulsive Handlungen.

Ihre Reaktionen verängstigen das Kind und es entwickelt sich eine Distanz zwischen ihnen. Beginnend im Säuglingsalter benötigen Kinder Zuwendung und Bedürfnisbefriedigung, um eine positive Bindung zur Mutter aufzubauen. Im Muster der „Königin“ zeigt das Kind oftmals regressive Verhaltensweisen, um die Aufmerksamkeit und Anerkennung der Mutter zu bekommen. Damit beginnt eine konfliktreiche, distanzierte Mutter-Kind-Beziehung, welche geprägt von Kämpfen um Selbstständigkeit seitens des Kindes ist. Es fühlt sich von der eigenen Mutter emotional aufgeopfert, missbraucht und manipuliert (vgl. ebd., S.111).
Im Typ der „Königin“ geben die Kinder alles, um der Mutter zu gefallen und sie zufrieden zu stellen. Doch das Streben nach der mütterlichen Anerkennung schadet lediglich der weiteren emotionalen und psychischen Entwicklung des Kindes. Dementsprechend lernt das Kind, dass die Bedürfnisse der Mutter nicht zu erfüllen und eigene Bedürfnisse wertlos sind (vgl. Zick, 2013, S.81).

4.1.4 Die Hexe

Die „Hexe“ ist die folgenschwerste Form von Borderline-Müttern mit einer sadomasochistischen[1] Charakterstruktur. Innerlich ist sie von Trennungsängsten und Kontrollverlust gequält. Die Borderline-Hexe möchte nicht hilflos oder verletzlich wirken und vertraut niemanden. Kontrolle gibt ihr Sicherheit, welche sie durch die Demütigung und Unterwerfung ihrer Kinder erreicht (vgl. Lawson, 2021, S.113). Außerdem ist die „Hexe“ geprägt von tiefem Selbsthass, aufgrund der schlimmen Erfahrungen in der eigenen Kindheit. Meist lebte sie mit sadistischen Bezugspersonen, denen sie sich vollständig unterwarf, um zu überleben. Diese Gefühle projiziert sie auf ihre eigenen Kinder und verlangt ebenfalls völlige Unterwerfung (vgl. ebd., S.122).
Das Gefühl der Angst veranlasst die Mutter zu schrecklichen Verzweiflungstaten, wie sadistischen Handlungen, Missbrauch oder Kindsmord (vgl. ebd., S.129).
Ein Beispiel für die leichtfertige Opferung deren Kinder führt Christine A. Lawson in ihrem Buch an. „[Eine] Borderline-„Hexe“, die entdeckt, dass ihr Mann ihre Tochter sexuell belästigt hat, [wird] in den meisten Fällen die Tochter bestrafen und *sie* aus dem Hause jagen. Den Ehemann bestraft sie dadurch, dass sie ihm das Objekt seines Begehrens entzieht“ (ebd., S.119). Das kindliche Leiden sieht die „Hexe“ in diesem Fall nicht, sie opfert ihr Kind, um sich selbst zu retten und zu rechtfertigen, dass ihr selbst Unrecht widerfuhr. In diesem Bezug ist der „Hexe“ lediglich wichtig, das Objekt des Begehrens, ihr eigenes Kind, zu beseitigen. Ihre eiskalte Art sichert der Mutter das psychische Überleben und verstärkt ihr Gefühl von Kontrolle und Macht. „Die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Macht und Kontrolle und die Lust, andere in Angst und Schrecken zu versetzen, ist für Borderline - ‚Hexen‘ eine Quelle des Stolzes.“ (ebd., S.119). Kommt es zu Kindsmord, erfindet die „Hexe“ ein umfangreiches

[1] Empfinden von Lust bei Gewaltanwendungen beim Gegenüber (vgl. Arztsuche24.at, 2015)

Lügenkonstrukt, um ihre Logik aufrechtzuerhalten und einer Strafe zu entgehen (vgl. ebd., S.116). Kinder dieser Mütter leben in ständiger Angst um ihr Leben und fürchten die Rolle der „Hexe“. Statt intensiver Liebe und positiver Zuwendung, provoziert die Borderline-Mutter bewusst Ängste ihres Kindes. Sie handelt gegen Bedürfnisse und Interessen und hat Gefallen daran, das Leiden des Kindes zu spüren. Selbst bei Verletzungen oder Krankheiten des Kindes sieht die „Hexe“ keinen Bedarf an medizinischer Versorgung. Kindliche Bedürfnisse werden von Geburt an aktiv vernachlässigt und die „Hexe“ empfindet dies als das Beste für ihr Kind (vgl. Lawson, 2021, S.134). Dementsprechend lernt das Kind, seine Gefühle und Bedürfnisse zu unterdrücken, um Konsequenzen wie Zurückweisung oder sadistische, gewaltvolle Reaktionen zu umgehen. Das Kind entwickelt eine Erwartungshaltung, von der Person verletzt zu werden, welche es liebt. Innerlich ist dieses Gefühl unerträglich, doch schmerzhafte Erfahrungen werden verdrängt und die Mutter als positive Bezugsperson erhalten, um das eigene psychologische Überleben zu sichern (vgl. ebd., S.129). Das Kind leugnet schreckliche Taten der Mutter und sucht Fehler bei sich, entwickelt Schuldgefühle. Innerlich spürt es unerträgliche Wut und Angst, welche das kindliche Erkunden der Umwelt völlig einschränkt. Durch die Unterdrückung kindlicher Bedürfnisse entwickelt das Kind kein positives Gefühl der Selbstwirksamkeit oder eigenes Selbstvertrauen, denn jegliche Autonomiehandlung führt bei der Mutter zu unerträglichen Ausbrüchen der Wut und sadistischen Handlungen. Menschen in ihrem Umfeld sollen sich inkompetent und ohnmächtig fühlen, so dass für sie keine Gefahr von ihnen ausgeht. Die „Hexe“ empfindet die Autonomie des Kindes als Widerstand und fürchtet einen eigenen Kontrollverlust (vgl. ebd., S.133).

4.2 Gemeinsamkeiten der Verhaltensweisen von Borderline-Müttern

Christine A. Lawson beschreibt in ihrem Buch „Borderline-Mütter und ihre Kinder“ vielfältige Gefühlszustände und Charakterzüge, welche sie in vier Typen einordnet. Dabei fällt auf, dass jeder beschriebene Typ typische Merkmale und Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beinhaltet. Bei allen vier Verhaltensweisen sind Störungen der Emotionsregulation anhand von Stimmungsschwankungen erkennbar. Impulsive Wutausbrüche sind charakteristisch für das Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung und in den Typen nach Lawson zu finden. Alle Borderline-Mütter empfinden innerliche Leere und Hilflosigkeit, wobei jedes Muster nach außen seine eigenen Verhaltensweisen beinhaltet.

Zum Beispiel verhält sich die „Königin“ zum sozialen Umfeld hin extrovertiert und steht gerne im Mittelpunkt (vgl. Lawson, 2021, S.97). Auch Gefühle, wie Angst vor dem Verlassen werden sowie vor Kontrollverlust, finden sich in allen Typen wieder. Zusätzlich sind viele Borderline-Mütter auch geplagt von Komorbiditäten, wie Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Panikattacken, Schlafstörungen oder anderen psychosomatischen Beschwerden. Diese Überschneidungen

resultieren aus den grundsätzlichen Störungen der Emotionsregulation, der eigenen Identität sowie Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen. In der Beschreibung der Verhaltenstypen nach Lawson liegt der Fokus auf den charakteristischen Merkmalen des Typs und den Auswirkungen auf das Kind. Allerdings können auch Konsequenzen für zwischenmenschliche Beziehungen wie Partnerschaften oder das familiäre Umfeld abgeleitet werden. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten, unter anderem aufgrund ihres starken Drangs nach Kontrolle und impulsiver Handlungen. Daraus resultierende stetige Wechsel an Beziehungen schaden zusätzlich dem Kind, eine Bindung zu einer sekundären Bezugsperson aufzubauen. Die Mutter in allen vier Verhaltenstypen stellt sich und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt, wodurch kindliche Signale verdrängt werden. Einzig die „Einsiedlerin“ hat einen immer überbehütenden Erziehungsstil, aufgrund ihrer Angst vor vermeintlichen negativen Ereignissen.

Betrachtet man die Verläufe in der Kindheit bei den jeweiligen Typen, ist zu erkennen, dass die Verhaltensweisen der Borderline-Mutter oftmals die ihrer Bezugspersonen spiegeln. Hierbei ist wiederum die „Hexe“ anzuführen, welche Gewalt, Missbrauch oder ähnliche sadistische Handlungen erlitt und sich gänzlich ihren Bezugspersonen unterwerfen musste. In der Beschreibung des Erziehungsstils der Borderline-„Hexe“ finden sich die frühkindlichen Erfahrungen im Umgang mit den eigenen Kindern wieder. Der Großteil aller Borderline-Mütter hat in der Kindheit ausschließlich unsichere Bindungen zu ihren primären Bezugspersonen aufgebaut und aus diesem Grund kaum positive Erfahrungen mit mütterlicher Liebe, Zuwendung und aktiver Bedürfnisbefriedigung gemacht. Dies überträgt sich auf die eigene Bindung zum Kind und beeinflusst die kindliche Entwicklung ab der Geburt.

In jedem Typ wurden Auswirkungen auf das Kind beschrieben, welche zusammenfassend größtenteils durch die ambivalenten Verhaltensweisen der Mutter und ihre fehlende Feinfühligkeit gegenüber dem Kind entstehen. Dieser Teufelskreis ist ohne jegliche Interventionen, in Form von Therapie oder sozialer Unterstützung, nicht zu unterbrechen und kann sich auf weitere Generationen ausweiten. Doch ist zu erwähnen, dass die Auswirkungen auf Kinder von Borderline-Müttern auch abhängig von den jeweiligen Schutz- und Risikofaktoren der Kinder sind, welche zusätzlich dazu beitragen, ob der Teufelskreis unterbrochen oder weitergeführt wird.

5 Mögliche Auswirkungen auf das Kind und die Mutter-Kind-Bindung

Unter diesem Kapitel werden die vorherigen grundlegenden Informationen zum Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie die bindungstheoretischen und entwicklungstheoretischen Inhalte miteinander verknüpft, um die Auswirkungen der

mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf das Kind und die Mutter-Kind-Bindung darzustellen.
Allerdings wurde bei den Recherchen zu aktuellen Studien und Forschungsergebnissen deutlich, dass die Datenlage für die Borderline-Persönlichkeitsstörung in Bezug zu den Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung schwach ist. Eine Vielzahl von Publikationen behandelt allgemein psychisch erkrankte Eltern und die Auswirkungen auf deren Kinder. Aus diesem Grund wurden stellenweise Inhalte in Eigenarbeit auf das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung übertragen sowie mit den bisherigen Informationen aus dieser Arbeit verbunden.
Der Ausdruck ‚mögliche' Auswirkungen lässt erkennen, dass die Folgen einer mütterlichen BPS nicht einheitlich und auf jede betroffene Familie anwendbar sind. Ob sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Entwicklung des Kindes sowie die Bindung zwischen Mutter und Kind auswirkt, ist zusätzlich abhängig von gewissen, individuellen Schutz- und Risikofaktoren. Denn neben des mütterlichen Störungsbildes als Risikofaktor, bestehen vielfältige protektive Faktoren des Kindes und seiner Umgebung, welche seine Entwicklung maßgeblich lenken können. Aus diesem Grund wird nach der Darstellung von Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Mutter-Kind-Bindung die Bedeutung von Schutz- und Risikofaktoren erläutert.

5.1 Auswirkungen der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Mutter-Kind-Bindung

Beginnend ist anzuführen, dass aufgrund der geringen empirischen Datenlage zu der Bindung zwischen Kindern und ihren Borderline-Müttern nur einzelne Aussagen über Bindungsmuster gegeben werden können. Jedoch gibt es Auswirkungen von Verhaltensweisen, welche gewisse Tendenzen zu Bindungsmustern zulassen. Im vorherigen Kapitel wurden Verhaltensweisen von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und damit mögliche damit zusammenhängende Auswirkungen auf deren Kinder beschrieben. Zudem wurde klar, dass die Verhaltensweisen einer Borderline-Mutter auf den Symptomen des Störungsbildes gründen. Nun werden unter diesem Unterkapitel die gewonnen Ergebnisse miteinander verknüpft und mögliche Auswirkungen auf die Bindung erläutert. Doch ist es schwierig, die Bindung zwischen einer Borderline-Mutter und ihrem Kind darzustellen, aufgrund der Heterogenität des Störungsbildes und sowohl individueller familiärer Geschichten als auch unterschiedlicher, persönlicher Entwicklungsverläufe.
Die Bindungstheorie besagt, dass eine sichere Bindung an eine primäre Bezugsperson, wie die Mutter, und deren Feinfühligkeit zu einer gesunden seelischen Entwicklung führen kann (vgl. Brisch, 2014, S.32). Bei Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen vielfältige Störungsbereiche vor, welche die Mutter hindern, adäquat auf das Kind und seine

Bedürfnisse einzugehen. Oft verhält sich die Mutter „[…] irritierend oder sogar angstauslösend, wenn die Kinder sich mit ihren Bedürfnissen an sie wenden“ (Köhler-Saretzki, 2021, S.19). Dazu kommt, dass eigene Bindungserfahrungen aus der Kindheit transgenerational auf die eigenen Kinder weitergegeben werden. Die meisten Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben selbst traumatische Erlebnisse in der Kindheit durchlebt, welche ihre Entwicklung bis in das Erwachsenenalter beeinflussten. Aus diesem Grund hatten sie kein Vorbild für einen emotionale gesunde Beziehungsgestaltung mit mütterlicher Liebe und intensiver Bedürfnisbefriedigung. Aus den Entwicklungsaufgaben nach Erik H. Erikson wird deutlich, dass die primären Bedürfnisse eines Kindes im Säuglingsalter Sicherheit, Geborgenheit und direkte Beantwortung von kindlichen Signalen sind, um die erste Entwicklungsaufgabe zu meistern. In dieser Zeit ist das Kind vollständig auf die mütterliche Unterstützung angewiesen und von ihr abhängig. Im Zuge dessen entwickelt sich eine Form der Bindung, welche auf den Reaktionen der Mutter basiert (vgl. Jovanovic & Schwarzer, 2015, S.268). Von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind diese relevanten Verhaltensweisen hinsichtlich ihrer Symptome nicht erfüllbar. Ihre Stimmungsschwankungen aufgrund der gestörten Emotionsregulation lassen keine konstante, beständige Befriedigung der kindlichen Signale zu (vgl. Lawson, 2021, S.16). Oftmals werden diese vollkommen ignoriert oder nicht wahrgenommen, da der Fokus der Mutter auf ihren eigenen Befindlichkeiten liegt. Sie ist nicht im Stande, diese zurückzustellen und stattdessen auf das Bindungsverhalten des Kindes einzugehen, um seine Suche nach Nähe und Zuwendung zu befriedigen. Für die Borderline-Mutter stellen diese primären Aufgaben überfordernde Situationen dar, welche aufgrund ihrer instabilen Emotionsregulation oftmals in impulsiven Ausbrüchen der Wut und Verzweiflung enden. In solchen Momenten kann sich das Kind nicht vollkommen auf die Mutter verlassen und speichert in seinen inneren Arbeitsmodellen eine unzuverlässige primäre Bezugsperson mit unvorhersehbaren Reaktionen ab. Aufgrund der ständigen affektiven Instabilität der Mutter und zugehörigen ambivalenten Verhaltensweisen entwickelt sich beim Kind, nach den theoretischen Inhalten der Bindungstheorie, eine unsichere Bindung, da die Borderline-Mutter meistens nicht fähig ist, die kindlichen Bedürfnisse zu befriedigen und feinfühlig auf das Kind einzugehen. Hierbei ist zu erwähnen, dass sich Bindungsmuster im Laufe der Entwicklung eines Kindes korrigieren können, unter anderem aufgrund von späteren positiven Erfahrungen im sozialen Umfeld oder diversen Schutzfaktoren seitens des Kindes oder des Umfeldes. Im Folgenden werden die unsicheren Bindungsmuster mit Bezug auf die mütterliche Borderline-Persönlichkeitsstörung erläutert. Anschließend werden einzelne Erkenntnisse aus Studien dargestellt, welche teilweise aus den Publikationen über allgemeine psychische Erkrankungen von Eltern entnommen und auf das Thema dieser Arbeit bezogen wurden.

Im unsicher-vermeidenden Bindungsmuster zeigt das Kind in der „Fremde-Situation“ nach Mary Ainsworth in Trennungssituationen kein Bindungsverhalten und spielt ungestört weiter. Auch bei der Rückkehr sucht das Kind nicht die mütterliche Nähe und zeigt keine Kontaktaufnahme (vgl. Brisch, 2015, S.52; Zick, 2013, S.41). Dieses Verhalten gründet in vorherigen Erfahrungen aus dem Säuglingsalter, als die Mutter nicht ausreichend auf die emotionalen und physischen Bedürfnisse des Kindes eingegangen ist. Die Haltung der Mutter war durchgehend zurückweisend und ablehnend, weshalb das Kind sie in seinen inneren Arbeitsmodellen als nicht erreichbar abspeichert. Die „[f]ehlende kontinuierliche emotionale Unterstützung und wiederholte Zurückweisung von eigenen Bedürfnissen führen beim Kind zum dauerhaften Rückzug aus seiner Umwelt“ (Zick, 2013, S.41). Demzufolge unterdrückt es seine Bedürfnisse und die mütterliche Zuneigung wird nicht mehr gesucht. Dies wirkt sich auf die spätere Entwicklung des Kindes und seine zwischenmenschlichen Beziehungen aus, indem Emotionen kaum gezeigt werden sowie eigene Stärken beziehungsweise Schwächen nicht bewusst sind sowie Beziehungen abgebrochen oder gar vermieden werden (vgl. Lengning & Lüpschen, 2012, S.21). In Bezug auf Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führt ihre Instabilität in der affektiven Emotionsregulation zu ambivalenten Verhaltensweisen gegenüber dem Kind. Anhand der Erläuterung der Verhaltenstypen nach Christine A. Lawson wurde deutlich, dass die emotionalen Schwankungen der Mutter sich deutlich in ihrer Interaktion mit dem Kind äußern. „Die Stimmung der Mutter kann urplötzlich von Zärtlichkeit in Wut umschlagen und schafft so eine unsichere, instabile emotionale Umgebung“ (Lawson, 2021, S.17).

Demnach ist zu vermuten, dass das unsicher-vermeidende Bindungsmuster nicht unbedingt auf die Bindung zwischen einer Borderline-Mutter und ihrem Kind zutrifft, da ihr Verhalten nicht konstant durchgehend abweisend sowie vermeidend gegenüber ihrem Kind ist.

Beim unsicher-ambivalenten Bindungsmuster ist das Bindungssystem des Kindes durchgehend aktiv und das Kind reagiert auf Trennungssituationen mit heftigen Gefühlen, wodurch sein Explorationsverhalten enorm eingeschränkt wird. Bei der Rückkehr der Mutter zeigt das Kind widersprüchliche Verhaltensweisen, kann sich nicht entscheiden, ob die Nähe der Mutter nötig ist, oder es zeigt starke Verärgerung und wehrt sich gegen Nähe (vgl. Siegler et al., 2016, S.402). Dieses ambivalente Verhalten hat das Kind im Säuglingsalter von der Mutter übernommen. Sie zeigte unbeständige und nicht berechenbare Reaktionen gegenüber den kindlichen Signalen. In einem Moment verhält die Mutter sich unterstützend „[…] und biete[t] ihrem Kind Schutz, während sie es in anderen bedeutenden Situationen nicht [tut]“ (Lengning & Lüpschen, 2012, S.20). Zukünftig entwickeln Kinder des unsicher-ambivalenten Bindungsmusters ein negatives Selbstbild und geringes Selbstvertrauen. Zusätzlich schafft das Kind es nicht, seine Emotionen zu integrieren und negative Gefühle zu unterdrücken (vgl. ebd., S.21). In Bezug auf Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wäre dieses

Bindungsmuster passend zu den mütterlichen Verhaltensweisen. Aufgrund ihrer Instabilität in unterschiedlichen Bereichen zeigt die Mutter wechselnde Verhaltensweisen, wodurch das Kind sie als unberechenbar repräsentiert und ihre Reaktionen nicht vorhersehbar sind. Diese sind abhängig von der aktuellen psychischen, emotionalen Stabilität der Mutter und davon, ob sie sich fähig fühlt, auf die kindlichen Bedürfnisse einzugehen und seine Entwicklung zu unterstützen. Aufgrund dessen kann eine unsichere-ambivalente Bindung zwischen der Borderline-Mutter und ihrem Kind bestehen, da die Mutter kein konstantes Verhalten gegenüber dem Kind zeigen kann.

Ein weiteres Bindungsmuster ist die unsicher-desorganisierte Bindung, bei welchem festgestellt wurde, dass Kinder, die in dieses Muster eingestuft werden, „[…] später mit höherer Wahrscheinlichkeit Problemverhalten entwickeln oder sogar psychopathologisch auffällig werden“ (Jovanovic & Schwarzer, 2015, S. 289). Das Bindungsverhalten in diesem Muster hat Ähnlichkeiten mit den Beschreibungen aus dem unsicher-ambivalenten Typ. Demnach zeigt das Kind widersprüchliche Verhaltensweisen bei Trennungs- und Rückkehrsituationen begleitet von erhöhtem innerem Stress. Oftmals zeigen sie Verhaltensweisen wie abruptes Erstarren oder Abbrechen von Handlungen. Diese Kinder haben mehrfach traumatische Erfahrungen mit ihrer primären Bezugsperson gemacht oder leiden an den Auswirkungen von negativen Erfahrungen der Mutter in ihrer persönlichen Kindheit. Aufgrund ihrer impulsiven Handlungen und aggressiven Verhaltensweisen wird die Mutter als bedrohlich wahrgenommen. In den inneren Arbeitsmodellen des Kindes wird die Mutter als Gefahr gespeichert und keine klaren vorhersehbaren Reaktionen repräsentiert (vgl. Zick, 2013, S.41). Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben in den meisten Fällen eigene traumatische Erfahrungen, wie Missbrauch oder Gewalthandlungen, erlebt und nicht ausreichend verarbeitet. Führt man die Verhaltenstypen nach Christine A. Lawson an, kann aus jeder Beschreibung eine schwierige Kindheit mit teils traumatischen Ereignissen beschrieben werden. Infolgedessen wäre eine unsicher-desorganisierte Bindung zwischen Mutter und Kind denkbar, weil, wie unter dem unsicher-ambivalenten Bindungsmuster geschrieben, die Borderline-Mutter dem Kind gegenüber stets ambivalentes Verhalten zeigt und sie für ihr Kind nicht berechenbar erscheint.

Eine weitere mögliche Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes stellt eine Bindungsstörung seitens des Kindes dar. Diese kann aufgrund von negativen Bindungserfahrungen im Säuglingsalter entstehen und zeichnet sich durch eine gestörte Interaktion und Kontaktaufnahme im sozial-emotionalen Bereich aus (vgl. König, 2020, S. 113f). Wie unter dem gleichnamigen Gliederungspunkt erklärt, kann bei Bindungsstörungen zwischen einer reaktiven und enthemmenden Form unterschieden werden. Beide gründen auf negativen Ereignissen, wie Trauma oder unzureichendem Fürsorgeverhalten. Aufgrund der aufgeführten Symptomatiken und Verhaltensweisen von Müttern mit einer Borderline-

Persönlichkeitsstörung, kann behauptet werden, dass die Möglichkeit einer sich entwickelnden Bindungsstörung beim Kind besteht. Aufgrund der gestörten Emotionsregulation oder der Probleme in zwischenmenschlichen Interaktionen, kann die Mutter ein unzureichendes Fürsorgeverhalten gegenüber ihrem Kind aufweisen. In Verbindung mit traumatisierenden mütterlichen Handlungen ist die Wahrscheinlichkeit einer Bindungsstörung als Auswirkung durch die BPS denkbar hoch.

Die beschriebenen Vermutungen und Tendenzen zu Bindungsmustern können im Störungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend belegt werden. Allerdings wird in Publikationen angeführt, dass die psychische Erkrankung der Eltern zu den Belastungsfaktoren eines Kindes zählen, wovon unter anderem auch die Bindungsqualität beeinflusst wird (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.21f). Sofern eine Mutter schon vor der Geburt an der Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet, sind die Wahrscheinlichkeiten einer gesunden seelischen Entwicklung des Kindes minimiert. Somit ist die Beziehung zwischen Mutter und Kind schon im Säuglingsalter geprägt von ambivalenten Verhaltensweisen und permanenten Wechsel zwischen Idealisierung des Kindes mit erstickender Zärtlichkeit oder der Entwertung des Kindes mit impulsiver Ablehnung (vgl. Köhler-Saretzki, 2021, S.31). Aus dem widersprüchlichen mütterlichen Verhalten gegenüber dem Kind und der Unvorhersehbarkeit von Reaktionen resultiert ein vermehrt unsicheres Bindungsmuster. Durch die Borderline-Erkrankung der Mutter liegt eine chronische Überforderung mit allen Erziehungs- und Betreuungsaufgaben vor. Dies ist keine Basis für die Entwicklung einer sicheren Bindung für das Kind. Schlussfolgernd kann festgestellt werden, dass die mütterliche psychische Erkrankung erhebliche Auswirkungen auf das entstehende Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind hat (vgl. ebd., S.52).

Dr. Thomas Köhler-Saretzki beschäftigt sich in einem Forschungsprojekt intensiv mit den Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankungen auf die Bindung zum Kind und seine Lebensqualität. Er schreibt über den Zusammenhang des Erziehungsverhaltens und Bindung folgendes: „Das Erziehungs- und Beziehungsverhalten von Eltern mit einer Borderlinestörung ist permanent geprägt durch eine Über- bzw. Unterstimulation […]. Intensive Wünsche nach Beziehung wechseln sich ab mit großer Angst davor. Häufig finden sich in der Mutter-Kind-Bindung ambivalente oder desorganisierte Bindungsstile bei Kindern, mit Folgen für die weitere Entwicklung […]“ (2021, S. 32). Das wiedergegebene Zitat bestätigt die Tendenzen, welche in Eigenarbeit getroffen wurden. Doch spielen protektive Faktoren des Kindes und in seiner Umgebung eine enorme Rolle und können die kindliche Entwicklung noch positiv beeinflussen. Im nächsten Gliederungspunkt wird genauer auf die Risiko- und Schutzfaktoren des Kindes einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen.

5.2 Bedeutung der Schutz- und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

„Psychisch kranke Eltern machen sich […] große Sorgen darüber, dass ihre Kinder wegen eines erhöhten genetischen Risikos selbst psychisch erkranken könnten“ (Köhler-Saretzki, 2021, S.21). Doch, ob ein Kind ebenfalls erkrankt, hängt von unterschiedlichen Schutz- und Belastungsfaktoren des Kindes persönlich, der Umwelt als auch von den Eltern ab. Wichtig ist dabei, dass Belastungsquellen frühzeitig erkannt und Schutzfaktoren des Kindes gestärkt werden.

Kinder einer Mutter, welche an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet, leben in den meisten Fällen von Geburt an mit einem erheblichen Risikofaktor seitens der primären Bezugsperson. Neben der psychischen Erkrankung treffen oftmals mehrere Belastungsfaktoren auf ihre Lebenssituation zu. Aufgrund des Störungsbildes ist es der Betroffenen oftmals nicht möglich, eine regelmäßige Reinigung des eigenen Haushalts oder den Wocheneinkauf durchzuführen. Demnach spiegelt der Haushalt das innere Chaos der Mutter wider, wozu noch depressive Phasen hinzukommen, in denen sie sich gänzlich zurückzieht.

Diese und weitere sozioökonomische Aspekte belasten die Mutter sowohl im emotionalen als auch materiellen Sinne, wozu die elterlichen Herausforderungen zusätzlich hinzukommen. Dies führt oftmals zu einer chronischen Überforderung durch die vielfältigen Belastungsquellen (vgl. Köhler-Saretzki, 2021, S.52).

Die mütterlichen Belastungen wirken sich dementsprechend negativ auf den Umgang mit dem Kind aus, denn die Kombination aus der Überforderung und dem Mangel an Zuwendung ist keine Basis für die Entwicklung einer sicheren Bindung zur Mutter. Dementsprechend speichert das Kind die Mutter als unerreichbar ab und dies wiederum wirkt sich auf das kindliche Bindungsverhalten aus, indem es seine Bedürfnisse unterdrückt. Daraus resultiert vermeidendes Explorationsverhalten und die kindliche Neugier wird nicht ausgelebt (vgl. ebd., S.31). Betrachtet man in diesem Zusammenhang das Säuglingsalter stehen Bedürfnisse, wie Nahrung, Schlaf sowie mütterliche Liebe und Wärme im Vordergrund. In dieser Phase wird nach Erik H. Erikson das Urvertrauen gebildet, welches die Basis für die weitere Entwicklung und das kindliche Explorationsverhalten darstellt. Vor allem in diesem Lebensabschnitt ist das Kind ausschließlich umgeben von seiner primären Bezugsperson. Stellt diese aufgrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Belastung für das Kind dar, überwiegen in diesem Lebensalter die negativen Faktoren. In vielen Fällen kommen weitere Risikofaktoren wie Abbruch von Partnerschaften, seelischer oder sexueller Missbrauch oder mütterlicher Substanzmissbrauch hinzu. Diese für das Krankheitsbild der BPS typischen Verhaltensweisen beeinflussen die kindliche Lebensqualität und Entwicklung maßgeblich, sofern keine positiven Schutzfaktoren vorliegen. Positive Einflüsse aus dem sozialen Umfeld des Kindes, sei es der Vater, Angehörige oder eine öffentliche Einrichtung, können das Kind aus diesem Teufelskreis

herausholen und die Vorstellung einer unbeschwerten Welt als sicherem Ort und helfenden Menschen stärken (vgl. ebd., S.20). Doch in 30% der Fälle, haben Kinder aufgrund der jahrelangen Belastung „[…] deutlich niedrigere intellektuelle Leistungen, neigen zu erhöhter Drogen- und Alkoholgefährdung, zu geringerem Selbstwertgefühl und zu vorzeitiger sexueller Betätigung“ (Zick, 2013, S.59).

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die Chancen einer gesunden, stabilen Entwicklung mit einer Borderline-Mutter als einzige primäre Bezugsperson in den ersten Lebensjahren des Kindes gering sind und die Lebenssituation durch die Erkrankung, einen Hochrisikofaktor für das Kind darstellt. Solange die Belastungsfaktoren im Leben des Kindes überwiegen, können nicht ausreichend protektive Faktoren ausgebildet werden. Das Kind bräuchte in den ersten Jahren sowohl personale als auch soziale Ressourcen, um die teils angsteinflößenden Verhaltensweisen im Lebensalltag einer Borderline-Mutter zu meistern.

6 Fazit

„Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und mögliche Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung“ lautet der Titel dieser Abschlussarbeit, mit dem Ziel die Konsequenzen des Störungsbildes in Bezug auf die Bindung zwischen Mutter und Kind in den Fokus zu rücken. Auch, wenn die BPS zu den mit am häufigsten diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen gehört, wurden die Konsequenzen für deren Umfeld, vor allem für deren Kinder lange vernachlässigt. Doch Fachleute, wie Jowita Zick und Christine A. Lawson, beschäftigten sich intensiv mit den Auswirkungen der BPS auf die kindliche Entwicklung. Dabei wurde stets deutlich, wie elementar wichtig die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind in den ersten Lebensjahren für die weitere Entwicklung ist. Aufgrund der vielfältigen Verhaltensweisen und Symptome einer Borderline-Mutter erscheint es unmöglich eine stabile und sichere Bindung zu ihrem Kind aufzubauen – auch wenn sich die Mutter phasenweise die größte Mühe gibt. Ihre gestörte Emotionsregulation, die Angst vor Kontrollverlust und dem Verlassenwerden dominiert neben den anderen Leitsymptomen im Umgang mit den eigenen Kindern.

Das Kapitel 2 beginnt mit dem Zitat von Manuela Rösel: „Um die Belastung und das Erleben von Kindern, welche mit einem Borderline-Elternteil konfrontiert sind, nachvollziehen zu können, ist es notwendig, das Störungsbild zu verstehen“ (2014, S.167). Dieses begründet den Aufbau dieser Abschlussarbeit. Erst muss das Störungsbild verstanden werden, um anschließend die Folgen auf die Kinder formulieren zu können. Aus der Darstellung der BPS wird deutlich wie facettenreich das Störungsbild und jede einzelne Borderline-Persönlichkeit ist. Das Ausmaß der Symptome und Verhaltensweisen ist für außenstehende kaum nachvollziehbar genauso wie das eigene Erleben dieser Personen. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt für die betroffenen Mütter eine erhebliche Belastung dar, welche

sie, während ihrem ganzen Leben begleitet, sofern keine Hilfsmaßnahmen wie Therapien in Anspruch genommen werden.

Für die Verknüpfung der BPS mit den Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung wurden in Kapitel 3 theoretische Grundlagen in Bezug auf die Entwicklung des Kindes, Bindung und allgemeine Schutz- sowie Risikofaktoren erläutert. Diese Inhalte verdeutlichen die Relevanz der ersten Lebensjahre eines Kindes für seine gesamte Persönlichkeitsentwicklung. Doch anhand der anschließend dargestellten Verhaltensweisen nach Lawson wird deutlich, dass für eine Borderline-Mutter die eigenen Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Die vier Typen nach Christine A. Lawson sollten die facettenreichen Charaktereigenschaften einer Borderline-Persönlichkeit veranschaulichen, um anschließend die möglichen Auswirkungen auf deren Kinder zu beschreiben. Hierbei wird deutlich, dass sich die unterschiedlichen Typen von Borderline-Müttern in diversen Bereichen aufgrund der Symptomatiken überschneiden und vor allem das Störungsbild ein Auslöser für die mütterlichen Schwierigkeiten im Erziehungs- und Betreuungsverhalten ist. Aus der chronischen Überforderung und dem Störungsbild der Mutter resultiert ein ambivalentes und vernachlässigendes Verhalten gegenüber ihrem Kind in der wichtigsten Zeit seiner Entwicklung. In Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung ist es unmöglich für das Kind ein sicheres Bindungsmuster auszubilden und auf dessen Basis die Welt zu erkunden. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass aufgrund der fehlenden mütterlichen Feinfühligkeit und ihrer widersprüchlichen, impulsiven Verhaltensweisen ein unsicher-ambivalentes oder unsicher-desorganisiertes Bindungsmuster vorhanden ist. Dabei spielen die traumatischen Erfahrungen von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aus ihrer eigenen Kindheit meist eine bedeutsame Rolle. Wie bei den Verhaltenstypen nach Lawson erkennbar, spiegeln die Mütter oftmals die eigens erlebten Handlungen ihrer persönlichen, primären Bezugspersonen. Daraus ist abzuleiten, dass das Kind, geprägt von Zurückweisung und Unsicherheit, die Mutter akzeptiert und sich ihr vollkommen anpasst. Kindliche Bedürfnisse werden verdrängt und das Explorationsverhalten eingestellt. Lediglich durch spätere wichtige Bezugspersonen erhält das Kind die Chance sich aufgrund von deren unterstützendem Verhalten in eine stabile, leistungsfähige Persönlichkeit zu entwickeln. Ansonsten wird das Kind in seiner eigenen Zukunft ein vermeidendes Verhalten in Bezug auf Beziehungen sowie Freundschaften entwickeln und sich womöglich vor der Welt verschließen. Dies geht auf die Entwicklungsaufgabe, nach Erik H. Erikson, im ersten Lebensjahr zurück: Urvertrauen vs. Misstrauen.

Die Verknüpfungen des Störungsbildes und der bindungstheoretischen Grundlagen für die Hauptthematik dieser Arbeit wurden in Eigenarbeit ausgeführt und anschließend mit Inhalten aus Quellen zu psychisch kranken Elternteilen verglichen. Diese kamen zum gleichen Ergebnis, dass Kinder von erkrankten Eltern ohne positive Faktoren eher eine unsicher-ambivalente oder unsicher-desorganierte Form der Bindung aufbaut. Zudem können sich

Bindungsstörungen entwickeln, wobei diese in den meisten Fällen nicht diagnostiziert werden. Aufgrund der ‚möglichen' Auswirkungen wurde anschließend in Punkt 5.2 noch Bezug zu den Schutz- und Risikofaktoren eines Kindes Bezug genommen. Diese spielen eine elementare Rolle für die Entwicklung des Kindes und können auch in späteren Lebensjahren maßgeblich lenken. Letztendlich konnte festgestellt werden, dass enorme Auswirkungen auf das Leben des Kindes durch eine Mutter mit BPS vorliegen. Demnach ist die Entwicklung des unsicheren Bindungsverhaltens und zusätzliche traumatische Erfahrungen ein Hauptrisikofaktor für das Kind und ohne äußere Interventionen, ist keine völlige gesunde Entwicklung möglich. Unterstützende Hilfssysteme, die präventiv in den ersten Lebensjahren Mütter mit einer psychischen Erkrankung begleiten, wurden in dieser Arbeit nicht thematisiert, haben jedoch eine positive Wirkung sowohl auf die Mutter als auch auf die Betreuung sowie Erziehung des Kindes.

Mit dieser Arbeit wurde verdeutlicht, wie wichtig die weitere Erforschung der Auswirkungen einer mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf deren Kinder ist.

7 Literaturverzeichnis

Albisser, S., et al. (2011). *Entwicklungsaufgaben und Bildungsgang*. In: S. Albisser, Ch. B. Buschor (Hrsg.), *Sozialisation und Entwicklungsaufgaben Heranwachsender* (S. 17-59).

Arztsuche24.at (2015): *Sadismus & Masochismus: Qual als Lustgewinn*. https://arztsuche24.at/ratgeber/psyche-nerven/sadismus-masochismus-qual-als-lustgewinn/. Zugegriffen am 05.08.2022.

Bolten M., & Equit M., & Schanz Ch. G. (2021). *Bindungsstörungen.*

Bohus, M. (2019). *Borderline-Störung* (2., überarbeitete Aufl.).

Bohus, M., & Reicherzer, M. (2020). *Ratgeber Borderline-Störung. Informationen für Betroffene und Angehörige* (2., überarbeitete Aufl.).

Brisch, K. H. (2014). *Säuglings- und Kleinkindalter. Bindungspsychotherapie – Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie*.

Brisch, K. H. (2015). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*.

Chapman A. L., & Gratz, K. L. (2014). *Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Wegweiser für Betroffene.*

Dammann, G. et al. (2018). *Identität und Identitätsstörungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen.* In B. Dulz et al., *Handbuch der Borderline-Störungen* (S.275-286).

DIMDI (2019). *ICD-10-GM Version 2020. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen*. https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f60-f69.htm. Zugegriffen am 06.08.2022

Flammer, A. (1988). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung.*

Freyberger H. J., & Stieglitz, R. (2018): *Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in ICD-10/-11 und DSM-5*. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 66 (2), S.71-83.

Goddemeier, Ch. (2015): *John Bowlby: Pionier der Bindungsforschung*. https://www.aerzteblatt.de/archiv/172529/John-Bowlby-Pionier-der-Bindungsforschung. Zugegriffen am 05.08.2022.

Hédervári-Heller, É. (2014). *Bindung und Bindungsstörungen.* In M. Cierpka, *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S.57-66).

Heedt, T. (2019). *Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Kurzlehrbuch*.

Hobmair H. (2017). *Mensch – Psyche – Erziehung. Studienbuch zur Pädagogik und Psychologie* (2. Aufl.).

Hogrefe Verlag (2016). *DSM und ICD*. https://www.hogrefe.com/ch/thema/dsm-und-icd. Zugegriffen am 05.08.2022.

Holmes, J. (2002). *John Bowlby und die Bindungstheorie*.

Jovanovic, B., & Schwarzer, G. (2015). *Entwicklungspsychologie der Kindheit*.
Köhler-Saretzki, T. (2021). *Psychische Erkrankung und Elternsein in der Familienberatung. Eine Untersuchung zu den Auswirkungen elterlicher Belastung auf Bindung und Lebensqualität der Kinder.*

König, L., (2020). *Trauma und Bindung in der Kindheit. Grundwissen für Fachkräfte der frühen Bindung.*

Lawson, Ch. A. (2021). *Borderline-Mütter und ihre Kinder. Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung* (9.Aufl.).

Lengning A., & Lüpschen N. (2020). *Bindung* (2. Aufl.).

Lucius-Hoene, G. (2021). *Identität*. In M. A. Wirtz (Hrsg.). *Dorsch Lexikon der Psychologie*. https://dorsch-hogrefe-com.evhn.idm.oclc.org/stichwort/identitaet. Zugegriffen am 06.08.2022.

Pauen, S. et al. (2014). *Entwicklungspsychologie in den ersten drei Lebensjahren.* In M. Cierpka, *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 21-35).

Plass, A., & Wiegand-Grefe S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln.*

Poscheschnik, G. (2016). *Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft – Geschichte, Paradigmen, Grundprinzipien.* In G. Poscheschnik & B. Traxl (Hg.), *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen* (S.27-67).

Reinert, T. (2004). *Therapie an der Grenze: die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen.*

Riffer, F. (2019). *Die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ausgewählte Konzepte zur Ätiologie, Pathogenese und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* In F. Riffer et al. (Hrsg.), *Mensch-Beziehung-Störung. Aktuelle Konzepte zu Borderline und strukturell verwandten Störungen* (S.29-37).

Rösel, M. (2014). *Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Konsequenzen für involvierte Kinder*. In J. Hofmeister (Hrsg.), *Hilfen für psychisch belastete Familien* (S.167-198).

Schneider, F. (2013). *Borderline: Der Ratgeber für Patienten und Angehörige: Erkenne. Verstehen. Helfen*.

Sendera A., & Sendera M. (2016). *Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben* (2. Aufl.).

Siegler R., et al. (2016). *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter* (4. Aufl.).

Stegmeier, S. (2008): *Grundlagen der Bindungstheorie*. https://www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/psychologie/1722/. Zugegriffen am 05.08.2022.

Theodor Wenzel Werk e.V. (2022). *Borderline: Symptome, Ursachen, Therapieformen. Wie die Gefühle außer Kontrolle geraten.* https://tww-berlin.de/kliniken/krankheitsbilder/borderline. Zugegriffen am 06.08.2022.

Wiegand-Grefe S, et al. (2011). *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung.*

Zick, Jowita (2013): *Kinder von Borderline-Eltern. Entwicklung, Risiko- und Schutzfaktoren* (Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag, Bd.57).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien der Subtypen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (vgl. Heedt, 2019, S. 6f) 6
Tabelle 2: Darstellung des Stufenmodells der Entwicklungsaufgaben nach Erik H. Erikson (vgl. Flammer 1988, S:94f) 17
Tabelle 3: Überblick über den Verlauf der „Fremde-Situation“ nach Mary Ainsworth 22
Tabelle 4: Übersicht zu Schutzfaktoren des Kindes und seiner Umwelt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S.76; Zick, 2013, S.65) 25

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spannungszustände einer gesunden Person und eines Borderline-Patienten über 24 Stunden (Bohus, 2019, S.7) 8

Eidesstaatliche Erklärung

Ich, Lisa Pohl, versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegeben Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten habe.

Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in der Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen und in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 11. August 2022

Lisa Pohl