



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

## **Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung  
und unterstützende Hilfeangebote

### **BACHELORARBEIT**

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Art (B. A.)

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0464-5

Vorgelegt von: *Catarina Maaß*

Betreuer: *Dipl.-Soz.-Päd. Kristine Waack*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Britta Tammen*

Tag der Einreichung: *22.07.2020*

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	3
1.1 Geschichte des Borderline-Begriffs.....	3
1.2 Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	4
1.2.1 Diagnostische Kriterien nach dem ICD-10.....	4
1.2.2 Diagnostische Kriterien nach dem DSM-5.....	5
1.3 Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien des DSM-5.....	6
1.3.1 Gefühlsregulationsstörung.....	6
1.3.2 Identitätsstörung.....	8
1.3.3 Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen.....	9
1.4 Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	10
1.4.1 Biologische Faktoren.....	11
1.4.2 Psychosoziale Faktoren.....	12
2 Die Mutter-Kind-Bindung.....	13
2.1 Bindungstheoretische Grundlagen nach John Bowlby.....	14
2.1.1 Phasen der Bindungsentwicklung.....	14
2.1.2 Bindungs- und Explorationsverhalten.....	15
2.1.3 Bindungsmuster nach Mary Ainsworth.....	16
2.1.4 Internale Arbeitsmodelle.....	18
3 Die mütterliche BPS im Kontext der Mutter-Kind-Bindung.....	19
3.1 Das subjektive Erleben von Kindern psychisch kranker Eltern.....	19
3.2 Auswirkungen der Verhaltensweisen von Borderline-Müttern auf die Entwicklung des Kindes.....	23
3.2.1 Das „verwahrloste Kind“.....	25
3.2.2 Die „Einsiedlerin“.....	26
3.2.3 Die „Königin“.....	27
3.2.4 Die „Hexe“.....	29
3.3 Resilienzen und Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern.....	31

4	Unterstützende Hilfeangebote für Mutter und Kind .....	33
4.1	Hilfe zur Erziehung als Aufgabe der Sozialen Arbeit.....	34
4.2	Sozialpädagogische Hilfeangebote .....	35
4.2.1	<i>Kinderbezogene Hilfeangebote</i> .....	36
4.2.2	<i>Familienorientierte Hilfen</i> .....	37
4.2.3	<i>Außerfamiliär orientierte Hilfen</i> .....	38
4.3	Beispiel aus der Praxis „Borderline und Mutter sein“ .....	38
5	Fazit.....	41
	Literaturverzeichnis.....	43

## Einleitung

---

Gerade eben war die Welt noch in Ordnung. Aber von einem Moment auf den nächsten steht diese Welt auf dem Kopf. Das Leben von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, im Folgenden BPS genannt, ist geprägt von extremen Gefühls- und Stimmungsschwankungen und selbstverletzenden Verhaltensweisen.<sup>1</sup>

Schätzungen zur Folge leiden rund 2 Prozent der deutschen Bevölkerung an einer BPS. Das sind ca. 1,6 Millionen Menschen (Stand 2018). In stationär psychiatrischen Einrichtungen sind ca. 15 Prozent der Patienten Borderline-Betroffene. Circa 20 Prozent lassen sich ambulant behandeln.<sup>2</sup>

Männer und Frauen sind zwar im gleichen Maße von einer BPS betroffen, allerdings tendieren Frauen eher dazu, sich professionelle Unterstützung zu suchen, da viele von ihnen Mütter sind. Genau wie andere Mütter, möchten diese Frauen, dass es ihren Kindern an nichts fehlt. Die krankheitsbedingten Verhaltensweisen von Borderline-Müttern erschweren allerdings eine gesunde Mutter-Kind-Interaktion.

Das Ziel dieser Arbeit soll es daher sein, die Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Mutter-Kind-Bindung aufzuzeigen und einen Einblick über mögliche Hilfeangebote im Kontext der Sozialen Arbeit zu geben.

Im ersten Kapitel wird die BPS anhand der beiden diagnostischen Klassifikationssysteme des ICD-10 und des DSM-5 erläutert. Anschließend erfolgt eine ausführliche Beschreibung der Leitsymptome der BPS. Des Weiteren werden biologische und psychosoziale Faktoren für die Entstehung einer BPS erklärt.

Das zweite Kapitel befasst sich mit den bindungstheoretischen Grundlagen nach John Bowlby. Im Mittelpunkt steht dabei die Mutter-Kind-Bindung. Dazu werden insbesondere die unterschiedlichen Bindungsmuster von Kindern in den Blick genommen.

Im dritten Teil dieser Arbeit wird der Fokus auf die Auswirkungen der mütterlichen BPS auf die Mutter-Kind-Bindung gelegt. Zunächst wird das subjektive Erleben von Kindern psychisch kranker Eltern beschrieben. Danach erfolgt eine Kategorisierung nach Christine Ann Lawson. Dort werden Borderline-Mütter mit bekannten Märchenfiguren verglichen. Durch die Beschreibung der verschiedenen Märchenfiguren gewinnt man sowohl einen Einblick in die Charakteristik der Borderline-Mütter, als auch in die Gefühls- und Gedankenwelt der Kinder.

Abschließend werden im vierten Kapitel verschiedene Hilfeangebote für Borderline-Mütter und ihre Kinder aufgezeigt, die im Kontext der Sozialen Arbeit geleistet werden können.

---

<sup>1</sup> vgl. Schneider 2013, S. 10

<sup>2</sup> vgl. Theodor Wenzel Werk e. V. 2020

In dem abschließenden Fazit werden schließlich die wichtigsten Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst und die Forschungsfrage im Rahmen der Möglichkeiten beantwortet. Die einzelnen Ausführungen in den Kapiteln haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es wurde lediglich eine Auswahl getroffen, um Aspekte darzustellen, die für die Beantwortung der Fragestellung wichtig sind

**Hinweis:** Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Bachelorarbeit die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

# 1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

---

## 1.1 Geschichte des Borderline-Begriffs

Die Geschichte der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist lang und verworren. Es benötigte fast 100 Jahre, bis sich die BPS zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickelte.

Bereits im Jahr 1884 schrieb der englische Psychiater C. H. Hughes in seinem Artikel „Borderland Psychiatric Records“ über „borderland patients“. Diese Patienten wurden als „Grenzgänger“ bezeichnet, da sie zwar auffällige psychische Störungen aufzeigten, diese aber weder als Neurose noch als Psychose klassifiziert werden konnten.<sup>3</sup>

Erst im Jahr 1938 etablierte der Psychoanalytiker Adolf Stern den Begriff „Borderline“ in Fachkreisen. Adolf Stern benutzte diesen für Patienten, die einerseits unter neurotischen Verhaltensstörungen litten, andererseits eine gestörte Realitätswahrnehmung aufwiesen, wie sie bei Psychosen vorkommen. Er begründete somit eine der ersten psychoanalytischen Borderline-Pathologien aufgrund seiner Erkenntnisse.<sup>4</sup>

In den 1960er Jahren konzipierte der amerikanische Psychoanalytiker Otto Kernberg das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Nach Kernberg unterteilen Borderline-Betroffene Objekte in gut oder böse, sie leiden unter einer Identitätsstörung und weisen primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Verleugnung und Projektion auf.<sup>5</sup>

Im Jahr 1980 wurde die BPS unter dem Namen „borderline personality disorder“ in das Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) aufgenommen. Dieses Klassifikationssystem beinhaltet diagnostische Kriterien psychischer Erkrankungen.<sup>6</sup>

1997 erfolgte die Übernahme in das International Classification of Diseases-10 (ICD-10). Dort werden alle medizinischen Diagnosen bzw. Erkrankungen aufgelistet und kodiert.<sup>7</sup>

Seitdem wurden die Klassifikationssysteme DSM-III und ICD-10 stetig aktualisiert. Im Jahr 2013 wurde das DSM-5 (5. Auflage) herausgegeben. Im Mai 2019 wurde auf der 72. Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA72) das ICD-11 verabschiedet. Allerdings wird es erst am Jahr 2022 in Kraft treten.<sup>8</sup>

---

<sup>3</sup> vgl. Riffer 2019, S. 30-31

<sup>4</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 6

<sup>5</sup> vgl. Bohus 2019, S. 2

<sup>6</sup> vgl. Knoblich 2017, S. 5

<sup>7</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 6f

<sup>8</sup> vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2020

## 1.2 Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

### 1.2.1 Diagnostische Kriterien nach dem ICD-10

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ist das derzeit wichtigste Klassifikationssystem weltweit und wird auch in Deutschland für die Diagnoseerstellung verwendet. Alle medizinischen Krankheiten werden hier aufgeführt und kodiert. Das ICD-10 wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben. Im Kapitel V werden die psychischen Erkrankungen expliziert beschrieben.<sup>9</sup>

Die BPS wird hier zunächst den spezifischen Persönlichkeitsstörungen mit der Kodierung F.60 untergeordnet. Bei diesen spezifischen Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen einer Person, die nicht auf direkte Hirnschädigungen oder -krankheiten oder auf andere psychische Störungen zurückzuführen sind. Sie betreffen verschiedene Lebensbereiche und gehen beinahe immer mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Störungen der Persönlichkeit entwickeln sich meistens in der frühen Kindheit oder während der Adoleszenz bis ins Erwachsenenalter und bestehen dort weiterhin.<sup>10</sup>

Somit liegt eine Persönlichkeitsstörung erst dann vor, wenn die Lebensbereiche und die damit verbundene Lebensqualität der Betroffenen durch die problematischen Verhaltensweisen, über einen länger anhaltenden Zeitraum, negativ beeinflusst werden.<sup>11</sup>

Die BPS wird der Untergruppe der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (F.60.3) zugeordnet. Dabei wird zwischen zwei Erscheinungsformen unterschieden:

Der *impulsive Typus* (F.60.30) ist durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle gekennzeichnet. Er agiert unerwartet und ohne jegliche Berücksichtigung der Konsequenzen, tendiert zu Streitigkeiten und Konflikten mit anderen, wenn er in seinen impulsiven Handlungen unterbrochen oder kritisiert wird und neigt zu Wut- oder Gewaltausbrüchen, da er keine Kontrolle über sein impulsives Verhalten hat. Handlungen, die nicht direkt belohnt werden, werden oftmals nicht beibehalten. Zudem unterliegt er extremen Stimmungsschwankungen.<sup>12</sup>

Zum *Borderline-Typus* (F.60.31) gehören neben den bereits genannten Kriterien des impulsiven Typus weitere Störungen in der Gefühlsregulation, der Identität und in zwischenmenschlichen Beziehungen.<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 6)

<sup>10</sup> vgl. ICD-10 2020

<sup>11</sup> vgl. Schneider 2013, S. 18f.

<sup>12</sup> vgl. Giertz 2013, S. 13

<sup>13</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 11

### 1.2.2 Diagnostische Kriterien nach dem DSM-5

Das DSM-5 ist ein diagnostischer und statistischer Leitfaden für psychische Störungen in den USA. Er wird seit 1952 von der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA) veröffentlicht. In Deutschland wird das DSM-5 nicht für die Diagnosestellung einer BPS verwendet. In Fachkreisen wird es aber aufgrund der ausführlichen Kriterienbeschreibungen angewandt. Darüber hinaus wird die BPS im DSM-5 als ein eigenständiges Krankheitsbild angesehen.<sup>14</sup>

Nach dem DSM-5 ist die BPS durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutlicher Impulsivität gekennzeichnet. Der Beginn liegt oftmals im frühen Erwachsenenalter bzw. in der Adoleszenz und zeigt sich in verschiedenen Lebensbereichen. Dabei müssen mindestens fünf von insgesamt neun Kriterien über einen längeren Zeitraum erfüllt sein, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können.<sup>15</sup>

In der folgenden Tabelle werden alle neun Kriterien des DSM-5 dargestellt.

**Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach dem DSM-5<sup>16</sup>**

1. Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes **Verlassen werden** zu vermeiden.
2. Ein Muster **instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen**, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde **Instabilität des Selbstbildes** oder der Selbstwahrnehmung.
4. **Impulsivität** in mindestens zwei potenziell **selbstschädigenden Bereichen** (z. B. Substanzmissbrauch, Kaufsucht, Sexualität).
5. Wiederholte **suizidale Handlungen**, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. **Affektive Instabilität** infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Ein chronisches **Gefühl der Leere**.
8. **Unangemessene, heftige Wut** oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste **paranoide Vorstellungen** oder schwere **dissoziative Symptome**.

<sup>14</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 21)

<sup>15</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 10

<sup>16</sup> zit. nach Bohus 2019, S. 4f.



Beide Klassifikationssysteme ähneln sich in ihren Definitionen und Ausführungen. Das ICD-10 und das DSM-5 sind allerdings nur zwei von zahlreichen weiteren Instrumenten, um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Die oben aufgezeigten Kriterien können unterschiedlich stark auftreten. Aufgrund der vielfältigen und komplexen Symptomatiken kann eine Diagnosestellung erschwert werden. Hinzukommt das die BPS oft mit anderen psychischen oder körperlichen Erkrankungen (Komorbiditäten) einhergeht. Depressionen, Essstörungen, Suchterkrankungen oder andere Persönlichkeitsstörungen sind keine Seltenheit in Verbindung mit einer BPS.<sup>17</sup>

Um also eine sorgfältige Differenzialdiagnose zu ermöglichen, bedarf es weiterer Untersuchungen und psychologischen Tests. Liegt eine eindeutige Diagnose der BPS vor, können im weiteren Verlauf die Therapie- und Unterstützungsmöglichkeiten für die Borderline-Betroffenen organisiert werden.<sup>18</sup>

### 1.3 Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach den Kriterien des DSM-5

Anhand der in Tabelle 1 genannten Kriterien des DSM-5 lassen sich eine Vielzahl von Symptomen einer BPS erkennen. Es wird deutlich, dass sich die Kriterien gegenseitig beeinflussen und ineinander übergehen. Daraus leiten sich insgesamt drei Leitsymptome für eine BPS ab:

- Störung der Gefühlsregulation,
- Identitätsstörung und
- eine Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen.<sup>19</sup>

Im Folgenden wird ausführlicher auf die drei Leitsymptome einer BPS eingegangen.

#### *1.3.1 Gefühlsregulationsstörung*

Borderline-Persönlichkeiten erleben Gefühle stärker und intensiver als andere. Kleine Streitigkeiten, die für Außenstehende belanglos wirken, führen oftmals schon zu extremen Gefühlsschwankungen. Zudem brauchen Betroffene viel länger, um von diesem hohen Erregungsniveau auf eine neutrale emotionale Ebene zu kommen.<sup>20</sup>

Unter Stress können sich diese Emotionen der Betroffenen verstärken und nicht mehr differenziert und kontrolliert wahrgenommen werden. Es kommt zu einer Art Überflutung von Gefühlen.

---

<sup>17</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 14

<sup>18</sup> vgl. Schneider 2013, S. 52ff.

<sup>19</sup> vgl. Bohus 2019, S. 5

<sup>20</sup> vgl. Koller 2017, S. 4

Gedanken rasen, extreme Wut steigt in ihnen auf, sie verspüren eine innere Unruhe und Angst. Die Emotionen werden als sehr belastend, widersprüchlich und schmerzhaft empfunden. Borderline-Betroffene erleben diese Spannungszustände mehrmals täglich. Oftmals halten diese Zustände mehrere Stunden oder sogar Tage an. Ein rationales und selbstreflektiertes Verhalten ist in dieser Zeit nicht möglich.<sup>21</sup>

Um diese Spannungszustände abzubauen, nutzen 70 – 80 Prozent der Borderline-Persönlichkeiten selbstschädigende Verhaltensweisen. Sie dienen als eine Art Kompensationsmechanismus. Viele der Betroffenen verletzen sich dabei selbst. Sie fügen sich Schnittverletzungen mit Rasierklingen oder Messern zu. Die Wunden verteilen sich oftmals über den ganzen Körper, bis hin zu den Geschlechtsorganen. Andere schlagen mit dem Kopf gegen Wände (Head-Banging), verbrennen sich mit Zigaretten oder einem Bügeleisen. In dieser Zeit verspüren die Betroffenen keine Schmerzen. Das Körper- und Schmerzgefühl kehrt erst nach ungefähr 20 Minuten wieder zurück. Während der Selbstverletzung setzt ein Gefühl der Entspannung ein. Die innere Anspannung und das damit häufig empfundene Ohnmachtsgefühl sind für einen kurzen Moment nicht spürbar. Andere Borderline-Persönlichkeiten nutzen die Selbstverletzung als eine Art Bestrafung für sich selbst, da sie glauben sie hätten es verdient.<sup>22</sup>

Wieder andere konsumieren Alkohol oder sonstige Drogen, essen bis zum Erbrechen, balancieren auf Brückengeländern oder setzen sich auf Bahngleisen und warten darauf, dass sie die Vibration des Zuges spüren.<sup>23</sup> All diese selbstschädigenden Verhaltensweisen dienen zum Abbau der inneren Spannungszustände. Bei einigen verbessert sich nach der Selbstschädigung die Stimmung und sie erleben sich als kreativer und konzentrierter.<sup>24</sup>

Borderline-Betroffene können sich häufig nicht mehr an ihre Handlungen oder ihr Verhalten erinnern. Dadurch wird es ihnen erschwert längerfristige Konsequenzen zu erkennen und ein Lernprozess wird dadurch verhindert.<sup>25</sup> Kommt es zu einer extrem belastenden Stresssituation für den Borderline-Betroffenen und kann er diese nicht mit anderen Handlungen kompensieren, kann dies zu vorübergehenden dissoziativen Symptomen oder paranoiden Vorstellungen führen.<sup>26</sup> Unter einer Dissoziation versteht man eine kurzzeitige Störung der Raum-, Zeit- und Selbstwahrnehmung. Betroffene berichten z. B. von einem anfänglichen Kribbeln in den Beinen, Hörstörungen bis hin zu einem „out-of-body-Erleben“. Dabei haben Betroffene das Gefühl, dass

---

<sup>21</sup> vgl. Bohus 2019, S. 5f.

<sup>22</sup> vgl. Bohus 2019, S. 7f

<sup>23</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 25

<sup>24</sup> vgl. Bohus 2019, S. 9

<sup>25</sup> vgl. Knoblich 2017, S. 10

<sup>26</sup> Düsterdick 2017, S. 25

sie ihren Körper verlassen und eine Beobachterposition einnehmen. Nach einer Dissoziation haben die Betroffenen häufig keine Erinnerung daran, aber sie wissen das etwas passiert sein muss. Es kann auch zu sogenannten Pseudohalluzinationen kommen. Diese sind allerdings sehr selten und von kurzer Dauer. Betroffene sind sich den akustischen und optischen Täuschungen bewusst.<sup>27</sup>

Erleben die Betroffenen Gefühle oder Situationen als so überwältigend und unerträglich, kann dies zu suizidalen Handlungen führen. Der Entschluss sich zu töten, hat für einige Borderline-Patienten eine beruhigende und entlastende Wirkung. Wenn sie glauben, dass nichts mehr geht, gibt es für sie noch immer die Möglichkeit des Suizids, um dem Gefühl des Verlassen seins und dem Ohnmachtsgefühls zu entkommen.<sup>28</sup>

Einige Borderline-Persönlichkeiten berichten von einem starken Bedürfnis nach Ruhe. Der Suizid ist für sie oftmals die einzige Lösung Ruhe zu finden. Es besteht eigentlich kein direkter Todeswunsch, aber der Betroffene kann sich keine andere Möglichkeit vorstellen, um ewige Ruhe zu finden.<sup>29</sup>

### *1.3.2 Identitätsstörung*

Menschen mit einer BPS leiden unter einer tief verankerten Unsicherheit gegenüber ihrem eigenen Selbstbild. Es gibt keine Beständigkeit. Sie selbst bewerten sich von Tag zu Tag aufs Neue und können sich nicht differenziert betrachten. Ein kleiner Misserfolg führt zu sofortiger Abwertung der eigenen Person.<sup>30</sup>

Die beruflichen und persönlichen Lebensbereiche der Betroffenen sind von ständigen Selbstzweifeln, Unsicherheiten und Selbsthass geprägt. Es kommt häufig zu Ausbildungsabbrüchen, Stellenwechseln und kurzweiligen Partnerschaften, da die eigenen Ziele oder Wertvorstellungen extremen Schwankungen unterliegen.<sup>31</sup>

Ständig sind sie auf der Suche nach ihrer eigenen Identität und empfinden sich oftmals als fremdartig gegenüber anderen. Das führt dazu, dass Borderline-Betroffene sich selbst als Außenseiter ansehen. Einsamkeit, ein anhaltendes Gefühl der inneren Leere, Misstrauen gegenüber anderen und Verunsicherung sind die Folgen. Diese Gefühle begleiten sie meistens schon von Kindes- und Jugendalter an.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> vgl. Giertz 2013, S. 12

<sup>28</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 28

<sup>29</sup> vgl. Reinert 2004, S. 232

<sup>30</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 21ff.

<sup>31</sup> vgl. Schneider 2013, S. 29

<sup>32</sup> vgl. Bohus 2019, S. 10

Des Weiteren zeigen Borderline-Betroffene eine Wahrnehmungsstörung gegenüber ihrem eigenen Körper. Sie ertragen ihr eigenes Spiegelbild nicht, da sie sich hässlich und abstoßend finden. Dass andere Personen sie als schön und liebenswert betrachten, ist für sie unvorstellbar.<sup>33</sup>

### *1.3.3 Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen*

Der ständige Wechsel zwischen den Gefühlen ist nicht nur schwer für den Betroffenen auszuhalten, auch das soziale Umfeld ist diesen extremen Schwankungen ausgesetzt. Aufgrund des Schwarz-Weiß-Denkens gibt es für die Betroffenen nur Gut oder Böse, Freund oder Feind, Idealisierung oder Abwertung. Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind dadurch von Unsicherheit, Instabilität und Misstrauen geprägt.<sup>34</sup>

Beziehungen werden anfänglich als etwas Schicksalhafter angesehen, alles scheint perfekt. Der Partner wird zum Lebensmittelpunkt und auf ein Podest gestellt. Negative Eigenschaften werden einfach ausgeblendet. Das löst ein Gefühl der Sicherheit, Stabilität und Kontrolle aus, da der Betroffene glaubt zu wissen, woran er ist. Für Borderline-Persönlichkeiten gibt es nur das eine oder andere Extrem. Es gibt nichts dazwischen, keine Graustufen und schon gar keine Neutralität. Sie können die positiven und negativen Wesenszüge eines anderen Menschen nicht miteinander kombinieren. Sie fürchten sich davor, dass das Gute an dieser Person verloren geht und das Böse vorherrscht. Stellen sie dann etwas an der Person fest, was nicht ihren Vorstellungen entspricht oder distanziert sich jemand von ihnen, gilt dies als Verrat und Herabsetzung gegenüber der eigenen Person. Falsche Blicke oder eine unüberlegte Bemerkung genügen, um die gesamte Beziehung zu hinterfragen. Die anfängliche Begeisterung des Betroffenen verwandelt sich dann oftmals in Abwertung und Hass. Beziehungen sind aufgrund des ständigen Misstrauens oftmals kurzweilig und durch Kontrolle, Klammern, ständigem Hinterfragen und Aufmerksamkeitssucht geprägt. Die Beziehung wird immer aufs Neue überprüft und getestet.<sup>35</sup>

Borderline-Persönlichkeiten haben große Schwierigkeiten eine ausgewogene Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden. Auf der einen Seite verspüren sie eine unglaubliche Angst vor dem Alleinsein und sehnen sich nach Nähe, Wärme und Geborgenheit. Die kurzzeitige Abwesenheit des Partners wird oftmals schon mit Verlassen werden verbunden. Deshalb versuchen Betroffene wichtige Bezugspersonen an sich zu binden. Auf der anderen Seite stoßen sie Personen von sich weg, da sie befürchten von diesen enttäuscht, verletzt und verlassen zu werden.<sup>36</sup> Eine Trennung bedeutet für den Betroffenen auch sich selbst zu verlieren und nichts wert zu sein. Sie haben das

---

<sup>33</sup> vgl. Schneider 2013, S. 29

<sup>34</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 22f.

<sup>35</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 22f.

<sup>36</sup> vgl. Sendera/Sendera 2010, S. 80

Gefühl in einen Abgrund zu stürzen und versuchen mit allen Mitteln die Beziehung aufrechtzuerhalten oder zurückzugewinnen.<sup>37</sup> Dabei haben Langzeitverläufe gezeigt, dass Borderline-Beziehungen selten ganz aufgelöst und sie oft viele Jahre turbulent weitergeführt werden.<sup>38</sup> Die Angst vor dem Verlassen werden resultiert nach Forschern daraus, dass die Betroffenen selbst in ihrer Kindheit schwere zwischenmenschliche Verluste erlebt haben oder in unsicheren Beziehungen aufgewachsen sind.<sup>39</sup>

Borderline-Betroffene gehen stetig davon aus, dass sie von Mitmenschen zwangsläufig abgewertet werden. Aufgrund dieser Erwartungshaltung sind sie oftmals unkooperativ und misstrauisch gegenüber anderen. Zudem haben empirische Daten ergeben, dass Menschen mit einer BPS positive Signale ihrer Mitmenschen nicht angemessen deuten können. Das führt zwangsläufig zu weiteren Problemen im sozialen Miteinander. Das Berufsleben, Familienangehörige oder der Freundeskreis sind davon betroffen.<sup>40</sup> Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wechseln ständig zwischen den Extremen hin und her, da sie über kein stabiles Selbstbild verfügen.<sup>41</sup>

Die Symptome einer BPS können bei Borderline-Persönlichkeiten sehr unterschiedlich in Erscheinung treten. Viele von ihnen nutzen keine selbstverletzenden Verhaltensweisen oder drohen mit Suizid. Manche wiederum richten ihre Wut nicht gegen andere, sondern nur gegen sich selbst. Die Symptome sind daher bei jedem einzelnen Borderline-Betroffenen sehr individuell ausgeprägt.<sup>42</sup>

#### 1.4 Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

So individuell und vielfältig die Symptome einer BPS sein können, desto unterschiedlich können die Ursachen für die Entstehung einer BPS sein. Zwar konnten einige Risikofaktoren empirisch belegt werden, allerdings sind sich Forscher einig, dass erst das Zusammenspiel von biologischen und psychosozialen Faktoren für die Entwicklung einer BPS verantwortlich sind. Es wird daher von einem „multifaktoriellen Entstehungsmodell“ gesprochen.<sup>43</sup>

---

<sup>37</sup> vgl. Lawson 2006, S. 23

<sup>38</sup> vgl. Sendera/Sendera 2010, S. 20

<sup>39</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 21

<sup>40</sup> vgl. Bohus 2019, S. 10

<sup>41</sup> vgl. Reinert 2004, S. 167

<sup>42</sup> vgl. Lawson 2017, S. 42

<sup>43</sup> vgl. Schneider 2013, S. 50

### *1.4.1 Biologische Faktoren*

Medizinische Untersuchungen haben gezeigt, dass Borderline-Betroffene sowohl Auffälligkeiten in der Hirnstruktur als auch in verschiedenen Hirnregionen aufweisen. Zu den Hirnstrukturen gehören die präfrontalen Hirnregionen und das limbische System. Die präfrontalen Hirnregionen befinden sich direkt hinter der Stirn und sind für die Planung und Kontrolle von Gefühlen zuständig. Das limbische System ist das sogenannte Gefühlszentrum eines Menschen. Zu diesem gehören die Amygdala (Mandelkern) und der Hippocampus. Mediziner fanden heraus, dass im Vergleich zu gesunden Menschen, die Amygdala als auch der Hippocampus von Borderline-Patienten ein kleineres Volumen aufweisen und dass die Amygdala während der Verarbeitung emotionaler Reize viel aktiver ist. Die präfrontalen Hirnregionen hingegen sind weniger aktiv. Bei Menschen mit einer BPS liegt somit eine Dysfunktion zwischen dem limbischen System und den präfrontalen Hirnregionen vor. Dies führt dazu, dass Menschen mit einer BPS ihre Emotionen nur schwer regulieren können.<sup>44</sup> Zudem können Botenstoffe des Gehirns eine wichtige Rolle bei der Entstehung einer BPS spielen. Eine serotonerge Unterfunktion im Orbitallappen könnte eine mögliche Ursache der übersteigerten Impulsivität von Borderline-Betroffenen sein.<sup>45</sup>

Außerdem hat auch das Stresshormon Kortisol dauerhafte Auswirkungen auf das Gehirn. Studien mit traumatisierten Menschen konnten belegen, dass bei ihnen eine Volumenminderung im Hippocampus vorliegt. Dies begründen Forscher damit, dass während der erlebten Traumatisierung übermäßig viel Kortisol ausgeschüttet wird. Je öfter eine Person traumatischen Erlebnissen ausgesetzt ist, desto mehr gelangt das Stresshormon Kortisol ins Gehirn. Dies wirkt sich dann schädlich auf den Hippocampus aus.<sup>46</sup>

Forscher sind der Frage nachgegangen, ob und mit welcher Wahrscheinlichkeit die BPS oder bestimmte Merkmale vererbt werden können. Nach den aktuellen Erkenntnissen haben Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen eine starke genetische Komponente. Das bedeutet, dass Vererbung an der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung beteiligt ist. Bei der BPS dagegen ist man sich uneinig.<sup>47</sup> Allerdings haben bestimmte Symptome der BPS, wie Identitätsinstabilität, Stimmungswechsel oder aber auch aggressive Impulsivität eine stark erbliche Komponente.<sup>48</sup>

---

<sup>44</sup> vgl. Schneider 2013, S. 42f.

<sup>45</sup> vgl. Scheuch 2009, S. 23

<sup>46</sup> vgl. Schneider 2013, S. 46

<sup>47</sup> vgl. Niklewski 2011, S. 53

<sup>48</sup> vgl. Kreisman u. a. 2008, S. 42

Diese Erkenntnisse konnten anhand von Zwillingsstudien an ein- und zweieiigen Zwillingen belegt werden. Es wurde festgestellt, dass die impulsive Aggression als auch die emotionale Instabilität der BPS vererbbar ist.<sup>49</sup>

Weiterhin stellte der Psychiater Samuel Pfeiffer fest, dass innerhalb der Familie von Borderline-Persönlichkeiten ungefähr fünfmal so viele Personen unter Persönlichkeitsstörungen oder anderen schweren psychischen Krankheiten leiden, als im Vergleich zur restlichen Bevölkerung.<sup>50</sup>

Anhand dieser Befunde ist davon auszugehen, dass genetische Faktoren an der Entstehung einer BPS beteiligt sind.<sup>51</sup>

#### *1.4.2 Psychosoziale Faktoren*

Schätzungen zur Folge sind jedoch ein Drittel genetische Faktoren und zwei Drittel psychosoziale Faktoren für die Entstehung einer BPS verantwortlich.<sup>52</sup>

Zahlreiche Interviews mit Borderline-Betroffenen ergaben, dass frühe Erfahrungen von sexueller, körperlicher und emotionaler Gewalt durch primäre Bezugspersonen, aber auch Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, Risikofaktoren für die Entwicklung einer BPS darstellen. Zudem steigt das Risiko an einer BPS zu erkranken, wenn eine zweite Bezugsperson fehlt, die Schutz und Sicherheit gewährleistet, indem sie die Wahrnehmung des Betroffenen teilt und deren Emotionen versteht und bekräftigt.<sup>53</sup>

Wenn Kinder in einer Umgebung aufwachsen, in denen ihre Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse nicht wahrgenommen und respektiert werden, spricht man von einem non-validierenden Umfeld. Dabei werden die Emotionen des Kindes von den primären Bezugspersonen bagatellisiert oder als maßlos übertrieben, beziehungsweise als falsch dargestellt. Die kindlichen Gefühlsäußerungen werden zudem häufig bestraft.<sup>54</sup>

Kinder, die in einem solchen Umfeld aufwachsen, können ernste Persönlichkeitsstörungen entwickeln. Denn es bleibt ihnen verwehrt, die eigenen Gefühle adäquat wahrzunehmen, sie zu äußern und angemessen auf sie zu reagieren. Dadurch wird die gesunde emotionale Entwicklung des Kindes verhindert. Das Kind lernt die eigenen Gefühle und Wahrnehmungen zu unterdrücken und passt diese an seine Umgebung an. Kinder, die sich so verhalten müssen, entwickeln ein sensibleres Gespür für die Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse ihrer Mitmenschen.<sup>55</sup>

---

<sup>49</sup> vgl. Niklewski 2011, S. 53

<sup>50</sup> vgl. Bretzner 2014, S. 11

<sup>51</sup> vgl. Hecker 2019, S. 11

<sup>52</sup> vgl. Schneider 2013, S. 42

<sup>53</sup> vgl. Bohus 2019, S. 14

<sup>54</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 40

<sup>55</sup> vgl. Lawson 2018, S. 52, Sendera/Sendera 2016, S. 41

Die amerikanische Psychologin Marsha Linehan erklärt, dass eine Umgebung, die die eigene emotionale Erfahrung für ungültig erklärt, der Schlüsselfaktor für die Entwicklung einer BPS ist.<sup>56</sup>

## 2 Die Mutter-Kind-Bindung

---

Jeder Mensch hat das Grundbedürfnis nach Bindung. Dieses angeborene Bedürfnis nach Nähe, Schutz und Geborgenheit, sichert das Überleben und die weitere emotionale Entwicklung eines Säuglings. Dabei ist es zunächst irrelevant ob diese Bindungserfahrungen positiv oder negativ sind. Ein Kind muss sich auf die Eltern oder andere primäre Bezugspersonen verlassen können, da es sonst nicht überleben kann. Somit tragen die Eltern eine große Verantwortung, da ihr Verhalten die spätere seelische Gesundheit und weitere Beziehungsgestaltung ihres Kindes beeinflusst.<sup>57</sup>

Dieses Kapitel befasst sich mit den bindungstheoretischen Grundlagen nach John Bowlby. Er gilt als Begründer der Bindungstheorie. Die Bindungstheorie setzt sich mit der Frage auseinander, warum Menschen eine emotionale Beziehung zu anderen aufbauen und welche Auswirkungen diese auf die psychische Gesundheit einer Person haben, wenn diese Beziehungen gestört, unterbrochen oder beendet werden.<sup>58</sup>

In der klassischen Bindungstheorie wird in der Regel die Mutter als primäre Hauptbezugsperson betrachtet. Nach Bowlby ist sie für die ersten Lebensjahre eines Kindes von zentraler Bedeutung, da sie in erster Linie das Kind intensiv versorgt.<sup>59</sup>

Da in dieser Bachelor-Thesis die Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Mutter-Kind-Bindung thematisiert werden soll, wird im weiteren Verlauf von der Mutter als Hauptbindungsperson ausgegangen. Allerdings ist es wichtig zu betonen, dass das Kind auch primäre Bindungen mit anderen Bezugspersonen eingehen kann und der Vater, als auch andere Bezugspersonen, einen großen Einfluss auf die weitere Entwicklung eines Kindes haben.<sup>60</sup>

---

<sup>56</sup> vgl. Lawson 2018, S. 51

<sup>57</sup> vgl. Heinschke 2017, S. 17, vgl. Bowlby 2010, S. 3

<sup>58</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 9

<sup>59</sup> vgl. Bowlby 2010, S. 13

<sup>60</sup> vgl. Bowlby 2010, S. 9



## 2.1 Bindungstheoretische Grundlagen nach John Bowlby

Bereits im Jahr 1951 machte der Psychoanalytiker und Kinderarzt John Bowlby in seinem Bericht „Frühe Bindung und kindliche Entwicklung“ auf die Nachteile unzureichender mütterlicher Zuwendung für die kindliche Persönlichkeitsentwicklung aufmerksam.<sup>61</sup>

Im Jahr 1958 konzipierte er die Bindungstheorie. Bowlby vertritt die Ansicht, dass ein Säugling in den ersten Jahren seines Lebens, aufgrund eines biologisch angelegten Bindungssystems, eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson aufbaut.<sup>62</sup>

Nach Bowlby setzt *Bindung* ein durch spezifische Faktoren gesteuertes starkes Kontaktbedürfnis gegenüber bestimmten Personen voraus und stellt ein dauerhaftes, weitgehend stabiles und situationsabhängiges Merkmal des Bindungssuchenden dar.<sup>63</sup> Weiterhin beschreibt er Bindung als eine Art emotionales langanhaltendes Band, durch das ein Kind mit seiner primären Bezugsperson verbunden ist.<sup>64</sup>

### 2.1.1 Phasen der Bindungsentwicklung

Bowlby ist der Auffassung das nach der Geburt zunächst keine Bindung zwischen dem Kind und der Mutter besteht. Demnach entwickelt sich erst eine emotionale Beziehung durch die nonverbale und verbale Interaktion von Mutter und Kind.<sup>65</sup>

Die kanadische Psychologin Mary Ainsworth und ihre Kollegen wollten diese Aussage Bowlbys wissenschaftlich belegen. Anhand von Studien konnten sie in der Bindungsentwicklung insgesamt vier Bindungsphasen bei Kindern beobachten.<sup>66</sup>

Die *Vorbindungsphase* eines Kindes beginnt mit der Geburt bis zum Ende des zweiten Lebensmonats. Das Kind fühlt sich nicht unwohl oder verängstigt, wenn es von fremden Personen versorgt wird.<sup>67</sup> Durch angeborene Verhaltensweisen, wie weinen, anklammern oder Blickkontakt kann es mit seiner Mutter in Interaktion treten.<sup>68</sup>

In der *beginnenden Bindungsphase* reagiert das Kind, ab dem zweiten Lebensmonat bis zum 6.-8. Lebensmonat, auf seine Bezugspersonen anders als auf fremde Menschen. Das Kind zeigt vermehrtes Bindungsverhalten, daher könnte es als, an die Mutter, gebunden angesehen werden.

---

<sup>61</sup> vgl. Bowlby 2010, S. 17

<sup>62</sup> vgl. Brisch 2008, S. 90

<sup>63</sup> vgl. Bowlby 2010, S. 22

<sup>64</sup> Brisch 2008, S. 89

<sup>65</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 28

<sup>66</sup> ebd., S. 14

<sup>67</sup> ebd.

<sup>68</sup> vgl. Bowlby 2010, S. 7

Ob dieses Verhalten allerdings aktiv dafür genutzt wird, um die Nähe zu einer bestimmten Person herzustellen, kann nicht eindeutig geklärt werden.<sup>69</sup>

Bei der *eigentlichen Bindungsphase* sind die kognitiven und motorischen Fähigkeiten des Kindes (ab dem sechsten Lebensmonat bis zum dritten Lebensjahr) bereits so weit entwickelt, dass es jetzt ganz bewusst die Nähe zu seiner Mutter suchen kann und bemüht ist diese aufrechtzuhalten. Durch Bindungsverhalten wie Weinen, Rufen oder Hinkrabbeln kann das Kind mit der Mutter interagieren.<sup>70</sup>

Die *zielkorrigierte Partnerschaft* entsteht durch eine aufeinander bezogene, wechselseitige Beziehung zwischen Mutter und Kind (ab dem zweiten Lebensjahr). Kinder können nun auch die Sichtweise der Eltern einnehmen und verstehen jetzt, dass das mütterliche Verhalten durch bestimmte Emotionen und Motiven geleitet wird. In dieser Phase gewinnen auch anderen soziale Beziehungen an Bedeutung. Die Mutter wird als sichere Basis genutzt, um von dort aus spielerisch das Umfeld zu erkunden.<sup>71</sup>

### 2.1.2 Bindungs- und Explorationsverhalten

Damit das Kind mit seiner Mutter in Interaktion treten kann, ist es mit angeborenen Verhaltensweisen ausgestattet, die es ihm ermöglichen die psychische oder physische Nähe zur Mutter herzustellen oder aufrechtzuhalten.<sup>72</sup>

John Bowlby differenziert das *Bindungsverhalten* in der Kindheit in Signalverhalten im frühen Säuglingsalter und Annäherungsverhalten im Kleinkindalter. Das Signalverhalten ist von Verhaltensweisen wie Schreien oder Lächeln gekennzeichnet. Der Säugling versucht so die Nähe und den Kontakt zu seiner primären Bezugsperson herzustellen, um seine emotionalen Bedürfnisse zu befriedigen. Sind die motorischen und geistigen Fähigkeiten und Fertigkeiten so weit entwickelt, dass es die Nähe aktiv aufsuchen kann, also durch Hinkrabbeln oder Rufen, spricht man von Annäherungsverhalten.<sup>73</sup>

Wird die Mutter als eine sichere, vertrauensvolle und sicherheitsgebende Basis erlebt, kann das Kind seine Umwelt spielerisch und frei explorieren. Das *Explorationsverhalten* wird bei Gefahr und Unsicherheit unterbrochen und das Kind zeigt vermehrtes Bindungsverhalten. Es wird zu seiner Mutter zurückkehren, um dort ein Gefühl von Schutz und Unterstützung zu erfahren.<sup>74</sup>

---

<sup>69</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 14

<sup>70</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 14f.

<sup>71</sup> ebd., S. 15

<sup>72</sup> ebd., S. 11

<sup>73</sup> vgl. Hédervári-Heller 2011, S. 58

<sup>74</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 11f.

Je älter das Kind wird, desto mehr entfernt es sich von der mütterlichen Basis. Damit das Kind eine stabile Persönlichkeit und Selbstsicherheit entwickeln kann, benötigt es bei seinem Streben nach Autonomie die Unterstützung seiner Mutter. Das Kind braucht die Gewissheit, dass die Mutter bei Problemen immer wieder zur Verfügung steht.<sup>75</sup>

Die Mutter kann also nur als sichere Basis verstanden werden, wenn sie das Bindungsverhalten des Kindes intuitiv versteht, es anerkennt und als ein angeborenes Merkmal akzeptiert.<sup>76</sup>

### 2.1.3 Bindungsmuster nach Mary Ainsworth

Mary Ainsworth versuchte anhand des „Fremde-Situations-Test“, das Bindungs- und Explorationsverhalten von Kindern zwischen dem elften und zwanzigsten Lebensmonat empirisch zu belegen.<sup>77</sup>

Ziel dieses Tests war es, herauszufinden wie sich Kinder verhalten, wenn sie sich gemeinsam mit der Mutter in einem für sie unbekanntem Raum mit Spielmaterialien befinden. Dabei setzt sich die Mutter auf einen Stuhl, während das Kind von dort aus seine Umgebung explorieren kann. Nach einiger Zeit betritt eine fremde Person den Raum. Ainsworth wollte so herausfinden, wie sich das Kind verhält, wenn es mit der unbekanntem Person allein gelassen wird und wie es reagiert, wenn die Mutter wieder in den Raum hereinkommt.<sup>78</sup>

Aus den unterschiedlichen Reaktionen (Bindungsverhalten) der Kinder, konnte Ainsworth folgende organisierte Bindungsmuster herausarbeiten.<sup>79</sup>

- *Die sichere Bindung*
- *Die unsicher-vermeidende Bindung*
- *Die unsicher-ambivalente Bindung*

Bei *sicher gebundenen* Kindern besteht eine Balance zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten.<sup>80</sup> Bei Anwesenheit der Mutter nutzt das Kind sie als sichere Basis und erkundet von ihr aus seine Umgebung. Verlässt die Mutter den Raum, unterbricht das Kind sein Spiel und reagiert mit angemessenem Bindungsverhalten. Es weint, ruft nach der Mutter oder versucht ihr zu folgen. Das Kind lässt sich in der Regel nicht von der fremden Person trösten.

---

<sup>75</sup> vgl. Bowlby 2010, S. 9f.

<sup>76</sup> ebd., S. 10

<sup>77</sup> vgl. Lengnin/Lüpschen 2019, S. 46

<sup>78</sup> vgl. Ehmke 2013, S. 39

<sup>79</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 86

<sup>80</sup> vgl. Ehmke 2013, S. 40

Betritt die Mutter wieder den Raum, sucht das Kind aktiv ihre Nähe und lässt sich von ihr beruhigen. Danach setzt es wieder seine Exploration in der Umgebung fort.<sup>81</sup>

Die Mutter wird von ihrem Kind als liebevoll, fürsorglich und unterstützend wahrgenommen. Sie erkennt die Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes, kann diese interpretieren und adäquat darauf reagieren. Dies vermittelt dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrautheit. Das Kind kann seine Emotionen und Wünsche offen formulieren und es weiß, dass es sich auf die Mutter verlassen kann.<sup>82</sup>

Die *unsicher-vermeidende Bindung* ist durch ein auffälliges Explorationsverhalten des Kindes gekennzeichnet, während das Bindungsverhalten kaum in Erscheinung tritt.<sup>83</sup> Weder bei der Trennung, noch bei der Rückkehr der Mutter zeigt das Kind Bindungsverhalten. Verlässt die Mutter den Raum, wirkt das Kind nicht verängstigt. Es setzt sein Spiel anscheinend unbekümmert fort und es bindet die fremde Person mit ein. Dabei wirkt die Interaktion zwischen dem Kind und der fremden Person oft energischer, als bei der eigenen Mutter.<sup>84</sup>

Bei der Wiedervereinigung werden der Blickkontakt und die Nähe zur Mutter vermieden und das Kind erkundet weiter seine Umgebung.<sup>85</sup> Allerdings haben Messungen des Herzschlages und des Cortisolspiegels ergeben, dass Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung enormen Stress ausgesetzt sind, da auch sie unter der Trennung der Mutter leiden.<sup>86</sup>

Die Mutter wird von ihrem Kind als abweisend erlebt. Da das Kind immer wieder die Erfahrung gemacht hat, dass dessen Bedürfnisse und Gefühle nicht wahrgenommen werden, unterdrückt es diese aus Angst vor weiterer Zurückweisung. Es konnte keine vertrauensvolle, sichere Basis zwischen Mutter und Kind aufgebaut werden. Allerdings ist das Kind weiterhin bemüht Nähe und Sicherheit zwischen beiden herzustellen, indem es zum Beispiel besonders gute Leistungen erbringt, um ein Lob zu erhalten.<sup>87</sup>

Kinder aus einer *unsicher-ambivalenten Bindung* zeigen ein starkes Bindungsverhalten, dafür aber kaum Explorationsverhalten. Verlässt die Mutter den Raum, ist das Kind einem auffallend hohen Stress ausgesetzt. Es fängt stark an zu weinen und fühlt sich verunsichert. Von der fremden Person lässt es sich nicht trösten. Bei Wiederkehr der Mutter kann das Kind nur schwer beruhigt werden. Dabei verhält es sich sehr widersprüchlich. Auf der einen Seite sucht es die Nähe zur Mutter und

---

<sup>81</sup> vgl. Knoblich 2017, S. 20

<sup>82</sup> vgl. Köhler-Saretzki 2016, S. 16

<sup>83</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 87

<sup>84</sup> vgl. Ehmke 2013, S. 40

<sup>85</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 18

<sup>86</sup> vgl. Heinschke 2017, S. 8

<sup>87</sup> vgl. Köhler-Saretzki 2016, S. 16f.

möchte auf dem Arm genommen werden und im nächsten Moment, möchte es losgelassen werden und es reagiert aggressiv.<sup>88</sup>

Die Verhaltensweisen der Mutter sind für das Kind unvorhersehbar. Die eigenen Befindlichkeiten der Mutter führen dazu, dass sie nicht angemessen auf die kindlichen Emotionen und Bedürfnisse reagieren kann. Während die Mutter in einem Moment sehr fürsorglich erscheint, kann sie sich plötzlich wieder abweisend zeigen.<sup>89</sup> Das Bindungsverhalten des Kindes ist daher immer aktiv. Es weiß nie, wie die Mutter in bestimmten Situationen reagiert.<sup>90</sup> Nur durch andauerndes Weinen oder Anklammern an die Mutter, kann sich das Kind der mütterlichen Unterstützung gewiss sein.<sup>91</sup>

Neben diesen drei organisierten Bindungskategorien fügten Main und Solomon ein weiteres Bindungsmuster hinzu.<sup>92</sup>

#### ➤ *Die desorganisierte/desorientierte Bindung*

Ein Kind mit einer *desorganisierten/desorientierten Bindung* zeigt ein hochwidersprüchliches Verhalten, was oftmals sehr bizarr wirkt und auf eine beginnende Psychopathologie hinweist. Nach der Rückkehr der Mutter läuft es beispielsweise auf die Mutter zu, bleibt dann stehen und blickt ins Leere. Das Kind erscheint desorganisiert, da es keine eindeutige Strategie entwickeln konnte, um mit Stresssituationen umzugehen.<sup>93</sup>

Die Mutter wird von ihrem Kind als bedrohlich empfunden und es hat Angst vor ihr. Für das Kind ist das Verhalten der Mutter unvorhersehbar und unberechenbar. Zunächst vermittelt die Mutter ein Gefühl von Sicherheit und kümmert sich fürsorglich um das Kind, im nächsten Moment reagiert die Mutter mit Wut oder Aggressivität und lehnt das Kind ab. Dadurch entsteht eine unlösbare Situation für das Kind, denn es fürchtet sich am meisten vor der Person, an die es gebunden ist.<sup>94</sup>

Kinder aus einer desorganisierten/desorientierten Bindung berichten oftmals über psychische Erkrankungen der Eltern, Vernachlässigung und von körperlicher und sexueller Gewalt.<sup>95</sup>

### 2.1.4 *Internale Arbeitsmodelle*

Anhand der verschiedenen Bindungsmuster wird ersichtlich, dass das Verhalten der Mutter die Bindungsrepräsentationen des Kindes beeinflusst. So wird zum Beispiel die Mutter von einem

---

<sup>88</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 87

<sup>89</sup> vgl. Schleiffer 2009, S. 45

<sup>90</sup> vgl. Köhler-Saretzki 2016, S. 17

<sup>91</sup> vgl. Schleiffer 20019, S. 45

<sup>92</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 48

<sup>93</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 87f.

<sup>94</sup> vgl. Sendera/Sendera 2016, S. 87f.

<sup>95</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 20

sicher-gebundenen Kind als fürsorglich und verständnisvoll repräsentiert, während ein Kind aus einer unsicher-ambivalenten Bindung seine Mutter als unberechenbar repräsentiert.<sup>96</sup>

Diese Bindungsrepräsentationen nennt Bowlby *internale Arbeitsmodelle* (Inner Working Model). Aufgrund von erlebten Beziehungserfahrungen – positive als auch negative – verinnerlicht das Kind unterbewusst bestimmte Erwartungen gegenüber seiner Mutter, anderen Personen und auch an sich selbst.<sup>97</sup> Ein Kind, was sich beim Spielen verletzt hat und von der Mutter getröstet wurde, wird die Erwartungshaltung entwickeln, dass die Mutter in belastenden Situationen zur Verfügung steht und Sicherheit gewährleistet.<sup>98</sup> Dadurch kann das Kind das Verhalten der Mutter vorhersagen und kann es dementsprechend bewerten.<sup>99</sup>

Verinnerlichte Beziehungsmuster haben eine starke Tendenz zu Stabilität. Allerdings ist eine Neugestaltung dieser nicht vollständig auszuschließen. Diese Möglichkeit besteht, wenn sich die Lebenssituation des Kindes innerhalb der ersten drei Lebensjahre verändert. Wenn sich die Feinfühligkeit der Mutter verbessert, kann sich aus einer unsicher-ambivalenten Bindung eine sicher-gebundene Beziehung entwickeln. Dies ist auch andersherum möglich, wenn zum Beispiel ein sicher-gebundenes Kind einen schmerzlichen Verlust erleidet, z. B. durch Scheidung der Eltern oder Tod eines Elternteils. Die Bindungsmuster und internalen Arbeitsmodelle gelten auch noch im Erwachsenenalter und haben einen großen Einfluss auf spätere Beziehungen mit anderen Personen.<sup>100</sup>

### 3 Die mütterliche BPS im Kontext der Mutter-Kind-Bindung

Die beiden vorangegangenen Kapitel haben grundlegende Informationen zu der BPS im Allgemeinen sowie zu der Bindungstheorie nach John Bowlby vorangestellt. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen befasst sich das folgende Kapitel mit den Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Mutter-Kind-Bindung.

#### 3.1 Das subjektive Erleben von Kindern psychisch kranker Eltern

Zum besseren Verständnis wird zunächst das subjektive Erleben von Kindern psychisch kranker Eltern beschrieben. Dies ermöglicht einen Einblick in die kindliche Gefühls- und Gedankenwelt

---

<sup>96</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 20

<sup>97</sup> vgl. Grossmann/Grossmann 2008, S. 79

<sup>98</sup> vgl. Seiffge-Krenke 2009, S. 59

<sup>99</sup> vgl. Grossmann 2008, S. 79

<sup>100</sup> vgl. Lengning/Lüpschen 2019, S. 31f.

und zeigt, wie Kinder mit den alltäglichen Belastungen innerhalb der Familie umgehen. Diese Erkenntnisse können helfen, die Mechanismen der Weitergabe psychischer Belastungen innerhalb der Familie zu erfassen.<sup>101</sup>

Durch verschiedene Interviewstudien konnte das subjektive Erleben von Kindern qualitativ analysiert werden. Die Interviews wurden zudem mit Erwachsenen geführt, die selbst in ihrer Kindheit bei einem psychisch kranken Elternteil aufgewachsen sind. Aufgrund dieser Studie und den daraus resultierenden Ergebnissen wurden verschiedene Bereiche subjektiver Belastungsfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern ersichtlich:<sup>102</sup>

- *Elterliche Erkrankung*
- *Tabuisierung*
- *Fehlende soziale Unterstützung*
- *Familiärer Alltag*
- *Parentifizierung*
- *Gefühlslagen der Kinder*

Im Folgenden werden diese Belastungsfaktoren ausführlich dargestellt.

### *1. Elterliche Erkrankung*

Kinder nehmen krankheitsbedingte Veränderungen der Eltern bereits sehr früh wahr. Das Belastungsleben der Kinder wird durch die Symptome, Dauer, den Krankheitsverlauf und die damit verbundene Persönlichkeitsveränderung bestimmt. Aufgrund der starken Wesensveränderung des erkrankten Elternteils erlebt das Kind diesen oftmals als fremdartig oder unheimlich.<sup>103</sup>

Für Kinder ist es eine enorme Belastung, wenn sie in das Wahnerleben ihres erkrankten Elternteils miteinbezogen werden. Als besonders traumatisierend beschreiben Kinder die Klinikeinweisungen des erkrankten Elternteils, da sie diese mit dem Gefühl des alleingelassen Werdens verbinden.<sup>104</sup>

Das Miterleben des Verlustes von Autonomie und Autorität des erkrankten Elternteils führt bei dem Kind zu einer Erschütterung seines Elternbildes und beeinflusst die Beziehung zum erkrankten Elternteil nachhaltig. Viele Kinder berichten allerdings davon, dass sie die

---

<sup>101</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 3f.

<sup>102</sup> ebd., S. 4

<sup>103</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 5

<sup>104</sup> vgl. Lenz 2014, S. 102

Klinikeinweisung als Entlastung empfinden, insbesondere dann, wenn die Krankheitsphase über einen längeren Zeitraum stattfand.<sup>105</sup>

## 2. *Tabuisierung*

Kinder haben oft das Gefühl mit niemandem über die Probleme innerhalb der Familie reden zu dürfen. Die elterliche Erkrankung wird eine Art Familiengeheimnis, welches es zu bewahren gilt. Oftmals wird dies auch von den Eltern gefordert.<sup>106</sup>

Das Loyalitätsgefühl der Kinder gegenüber ihren Eltern ist groß. Sie glauben sie würden ihre Eltern verraten oder ihnen etwas Böses antun, falls sie sich an außenstehende Personen wenden.<sup>107</sup> Darüber hinaus versuchen Eltern die psychische Erkrankung vor dem Kind zu verheimlichen. Sie glauben, dass sie ihr Kind beschützen können, insbesondere jüngere Kinder. Vor allem der gesunde Elternteil versucht die psychische Erkrankung zu verbergen. So umschreibt er die Erkrankung, erklärt, dass dieser Zustand nicht lange anhalten wird oder, dass diese Erkrankung nur eine Reaktion auf besondere Umstände sei.<sup>108</sup> Viele Eltern befürchten zudem, dass sich das Kind vom psychisch kranken Elternteil abwenden könnte, wenn es von der Krankheit erfährt. Die krankheitsbedingten elterlichen Verhaltensveränderungen sind für das Kind sehr irritierend, da die psychische Erkrankung nicht thematisiert wird.<sup>109</sup>

Die Gründe der Tabuisierung können sehr unterschiedlich sein. Neben dem Schutz des Kindes, fürchten sich Eltern vor allem vor Stigmatisierungen und haben Angst, dass ihre Elternqualitäten angezweifelt werden könnten, was insbesondere mit dem Verlust des Sorgerechtes assoziiert wird.<sup>110</sup> Allerdings verhindert die Tabuisierung eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung. Dadurch wird eine Aufdeckung möglicher Ressourcenmobilisierungen bei den Kindern erschwert.<sup>111</sup>

## 3. *Fehlende soziale Unterstützung*

Rückblickend hätten sich erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern mehr soziale Unterstützung gewünscht. In Familien, wo eine Tabuisierungstendenz vorhanden ist, fällt es Kindern besonders schwer außenstehende Personen um Unterstützung zu bitten. Andersherum können diese Personen keine Hilfe leisten, wenn sie keinerlei Informationen über die Familiensituation haben. Neben der oftmals fehlenden sozialen Unterstützung, fällt es Kindern psychisch kranker Eltern schwer,

---

<sup>105</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 5

<sup>106</sup> vgl. Hecker 2019, S. 30

<sup>107</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 5

<sup>108</sup> vgl. Hecker 2019, S. 30

<sup>109</sup> ebd.

<sup>110</sup> vgl. Lenz 2014, S. 99

<sup>111</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 6



soziale Beziehungen außerhalb der Familie aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Aufgrund der psychischen Erkrankung fühlt sich das Kind verpflichtet zu Hause zu bleiben, da sie befürchten, dass während ihrer Abwesenheit etwas Schlimmes geschehen könnte. Außerfamiliäre Aktivitäten und Kontakte sind für diese Kinder nur zweitrangig.<sup>112</sup>

#### *4. Familiärer Alltag*

Das alltägliche Familienleben ist aufgrund der psychischen Erkrankung oft unstrukturiert und wird von Kindern als besonders belastend beschrieben. Gerade während einer akuten Krankheitsphase können Strukturen und Abläufe nicht beibehalten werden. Wenn psychisch kranke Eltern alleinerziehend sind, übernehmen Kinder häufig die Aufgaben im Haushalt. Sie kochen, putzen oder versorgen ihre Geschwister. Es wird alles getan, um den erkrankten Elternteil zu entlasten, in der Hoffnung, dass sich deren Gesundheitszustand verbessert.<sup>113</sup>

Diese Aufgaben überfordern das Kind maßlos. Es fokussiert sich nur noch auf den psychisch kranken Elternteil und stellt seine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse in den Hintergrund. Während eines stationären Klinikaufenthalts des erkrankten Elternteils nehmen diese Belastungen weiter zu. Die Eltern können ihrem Kind oftmals nicht die gewünschte Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegenbringen, daher geht die psychische Erkrankung eines Elternteils oft mit einem Betreuungsdefizit einher.<sup>114</sup>

#### *5. Parentifizierung*

Wie bereits erwähnt, übernehmen Kinder psychisch kranker Eltern häufig die Aufgaben ihrer Eltern, um diese zu unterstützen. Die Rollenverteilungen innerhalb der Familie verschwimmen daher und das System Familie gerät ins Wanken. Wenn Kinder die Eltern- oder Partnerfunktion einnehmen, spricht man von einer Parentifizierung (Rollenumkehr). Beide Elternteile – sowohl der psychisch kranke als auch der gesunde – signalisieren dem Kind ihre Bedürftigkeit. Das Wohlbefinden der Eltern wird dem Kind auferlegt, dadurch trägt es die ganze Verantwortung für die Familie. Neben den Aufgaben im Haushalt, fungieren Kinder psychisch kranker Eltern auch als Ratgeber, Schiedsrichter und Friedensstifter. Beide Elternteile suchen Trost und Unterstützung bei ihrem Kind. Bestimmte Aufgaben erlebt das Kind als sehr widersprüchlich, insbesondere dann, wenn die Bedürfnisse der Eltern nicht miteinander vereinbar sind. Dadurch befindet sich das Kind oftmals in einen kaum auflösbaren Loyalitätskonflikt.<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 6

<sup>113</sup> vgl. Brockmann, Lenz 2013, S. 34

<sup>114</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 6

<sup>115</sup> ebd., S. 7f.

Da die Bedürfnisse der Eltern im Fokus stehen, verdrängt das Kind seine eigenen. Dies hat schwerwiegende Folgen für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Sie lernen, dass sie den elterlichen Wünschen und Bedürfnissen nicht genügen. Es ist möglich, dass sich manche Eltern, aufgrund der Enttäuschung über die Nichterfüllung ihrer Bedürfnisse, wütend abwenden oder sich sogar gegen das Kind verbünden. Daher geraten die Kinder oftmals in die Rolle des Sündenbocks. Diese Kinder werden für die Problematiken und Streitigkeiten innerhalb der Familie verantwortlich gemacht. Diese Zuschreibung lässt das Kind glauben, es sei unwichtig, nicht liebenswert und es fühlt sich ausgestoßen.<sup>116</sup>

### 6. *Gefühle der Kinder*

Gefühle, die von Kindern mit psychisch kranken Eltern am häufigsten genannt werden, sind Ängste, insbesondere Verlustängste gegenüber dem erkrankten Elternteil, Schuldgefühle und Trauer.<sup>117</sup>

Das Gefühl der Angst ist für Kinder, mit einem psychisch kranken Elternteil, ein ständiger Begleiter. Sie fürchten sich davor, dass dem erkrankten Elternteil etwas zustoßen könnte oder dieser nicht die richtige Hilfe erhält und sich die Krankheit verschlimmert.<sup>118</sup>

Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln häufig Schuldgefühle. Sie glauben, dass sich der erkrankte Elternteil nur so verhält, weil sie nicht artig genug waren oder sich nicht ausreichend um diesen gekümmert haben.<sup>119</sup>

Je länger die Krankheitsphase des psychisch erkrankten Elternteils anhält, desto hoffnungsloser und resignierter fühlt sich das Kind. Es reagiert mit depressivem Rückzug, da es glaubt niemandem helfen zu können.<sup>120</sup>

## 3.2 Auswirkungen der Verhaltensweisen von Borderline-Müttern auf die Entwicklung des Kindes

Die Kindererziehung stellt Mütter mit einer BPS vor großen Herausforderungen, da ihr Alltag häufig von emotionalen Krisen und Instabilitäten beeinflusst wird. Dies wiederum beeinträchtigt eine gesunde Mutter-Kind-Interaktion.<sup>121</sup> Die symptomatisch bedingten Verhaltensweisen der Mutter reichen von übertriebener Wachsamkeit, Argwohn, Negativität und geringer

---

<sup>116</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 7

<sup>117</sup> vgl. Lenz 2014, S. 106

<sup>118</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 9

<sup>119</sup> vgl. Mattejat/Remschmidt 2008, S. 416

<sup>120</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 9

<sup>121</sup> vgl. Renneberg/Rosenbach 2018, S. 53

Frustrationstoleranz über Kontrollzwang bis hin zu vorherrschender Eifersucht und Verursachung von Schuld-, Scham- und Angstgefühlen.<sup>122</sup>

Kinder von Borderline-Müttern können sich diesen Verhaltensweisen nicht entziehen und schon gar nicht dagegen wehren, da sie von ihnen abhängig sind.<sup>123</sup>

Die Emotionen und die daraus resultierenden Reaktionen der erkrankten Mütter werden von Kindern oftmals als widersprüchlich und bedrohlich empfunden. Das Verhalten der Mutter wechselt zwischen Idealisierung und Abwertung, Nähe und Distanz sowie Überbehütung und Autonomieforderung. Zudem werden die Bedürfnisse und Emotionen des Kindes für ungültig erklärt.<sup>124</sup>

Kinder, die mit einer Borderline-Mutter aufwachsen, zeigen entweder eine unsicher-ambivalente Bindung oder eine desorganisierte Bindung. Bei der unsicher-ambivalenten Bindung ist die Beziehung zwischen Mutter und Kind geprägt von einem andauernden Wechsel zwischen Sicherheit und Verunsicherung. Die Mutter kann nicht als sichere Basis wahrgenommen werden.<sup>125</sup>

Die desorganisierte Bindung ist ein ständiges Suchen nach Nähe und Distanz, sich binden und den anderen wegstoßen zu wollen und die unkontrollierte Angst vor dem Verlassen werden.<sup>126</sup>

Kinder aus desorganisierten Bindungen, erleben sehr ambivalente Gefühle gegenüber ihren Müttern. Der Mensch, der Geborgenheit, Nähe und Schutz gewährleisten soll, ist die größte Bedrohung.<sup>127</sup>

Die Gefühlswelten der Mütter werden eine unvorhersehbare Gefahrenzone, die für die Kinder kaum auszuhalten sind. Der kindliche Alltag gleicht einem psychischen Überlebenskampf.<sup>128</sup>

Um eine Vorstellung davon zu entwickeln, welche Auswirkungen eine mütterliche Borderline-Störung auf das Kind haben kann, hat die klinische Sozialarbeiterin Christine Ann Lawson verschiedene ineinander übergreifende Symptome und Verhaltensweisen der BPS mit bekannten Märchenfiguren verglichen. Diese Kategorisierung ermöglicht Einblicke in die Beziehungsdynamiken und Gefühlswelten von Kindern, die mit einer Borderline-Mutter aufwachsen.<sup>129</sup>

---

<sup>122</sup> vgl. Deutsch 2017, S. 43

<sup>123</sup> vgl. Rösel 2011, S. 24

<sup>124</sup> vgl. Hipp/Kleinz 2014, S. 317

<sup>125</sup> vgl. Rahn 2007, S. 34

<sup>126</sup> Niklewski, Riecke-Niklewski 2011, S. 49

<sup>127</sup> vgl. Niklewski, Riecke-Niklewski 2011, S. 49

<sup>128</sup> vgl. Deutsch 2017, S. 43

<sup>129</sup> vgl. Deutsch 2017, S. 43

Lawson erklärt, dass zwar alle Borderline-Persönlichkeiten Hilflosigkeit, Angst, Leere und Wut erleben, jedoch nur einer dieser emotionalen Gefühlszustände stark dominiert. Dieser Zustand bestimmt die Beschaffenheit oder die Befindlichkeit des Individuums und prägt dessen Charakter. Allerdings können Borderline-Mütter Merkmale von mehr als einem Charaktertypus aufweisen.<sup>130</sup>

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Typen von Borderline-Müttern nach Christine Ann Lawson detaillierter erläutert.

### 3.2.1 Das „verwahrloste Kind“

Das „verwahrloste Kind“ entspricht der Märchenfigur *Aschenputtel*. Ihr Gefühlszustand ist geprägt von Hilflosigkeit. Dieser Typ ruft bei anderen, aufgrund ihrer Zerbrechlichkeit, eine fürsorgliches Verhalten hervor. Sie fühlt sich wie eine Hochstaplerin und glaubt unwürdig zu sein, auch wenn sie zu einem Ball eingeladen ist. Wie Aschenputtel wurde sie Opfer von Misshandlung oder Vernachlässigung, verstoßen oder emotional gedemütigt.<sup>131</sup>

Die Hilflosigkeit wird als ein Abwehrmechanismus genutzt, um Nähe und Verluste zu regulieren. Zudem fühlt sich diese Borderline-Mutter wertlos und isoliert sich oftmals von anderen. In der Phase des Rückzugs neigt sie zu Selbstverstümmelung oder Alkohol- und Drogenmissbrauch, um ihre Ängste zu kontrollieren. Aufgrund ihres zögerlichen Auftretens fällt es dem „verwahrlosten Kind“ schwer Bedürfnisse und Wünsche zu äußern. Wird ihr Unterstützung angeboten, lehnt sie diese ab. Sie muss hilflos bleiben, damit sie sich sicher fühlen kann. Sie befürchtet einen Kontrollverlust, wenn sie Hilfe in Anspruch nimmt.<sup>132</sup>

Das „verwahrloste Kind“ braucht immer wieder die Bestätigung von anderen Personen. Erhält sie die benötigte Aufmerksamkeit, kann sie sich von denen, die sie gerade braucht, augenblicklich und ohne Rücksicht abwenden. Erlebt sie wiederum Zurückweisung reagiert sie oftmals mit Wut und Depressionen. Aufgrund ihres geringen Selbstwertgefühls ist sie nicht in der Lage Fehler, Misserfolge oder Enttäuschungen zu ertragen, mögen sie noch so unbedeutend für Außenstehende erscheinen.<sup>133</sup>

Die Borderline-Mutter dieses Typs vermittelt ihrem Kind, dass das Leben überwältigend schwer ist und es hoffnungslos ist Ziele erreichen zu wollen. Oft übernimmt ihr Kind diese Hoffnungslosigkeit und glaubt nicht an die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Es verinnerlicht die Botschaft der Mutter, nicht gut genug zu sein.<sup>134</sup>

---

<sup>130</sup> Lawson 2018, S. 42

<sup>131</sup> ebd., S. 43

<sup>132</sup> ebd., S. 62f.

<sup>133</sup> ebd.

<sup>134</sup> ebd., S. 67

Das Kind erlebt seine Mutter als sehr passiv. Es versucht sich dagegen aufzulehnen oder nutzt dies aus. Aufgrund der Opferrolle des „verwahrlosten Kindes“ übernimmt das Kind häufig eine Beschützerrolle. Es fühlt sich für die Mutter verantwortlich und unterdrückt die eigenen Wünsche und Bedürfnisse. Oftmals kümmert sich das Kind auch noch im Erwachsenenalter um die Mutter.<sup>135</sup>

Zudem besteht die Gefahr, dass das Kind selbst zum Opfer wird. Dies kann passieren, wenn die Mutter aufgrund ihres mangelnden Urteilsvermögens ihr Kind zu einem fragwürdigen Betreuer gibt, da sie selbst die Gefahr nicht abschätzen kann. Mögliche Folgen sind Vernachlässigung, körperliche oder sexuelle Gewalt. Insbesondere bei Zurückweisung oder Trennung zieht sich diese Borderline-Mutter emotional zurück. In dieser Phase „vergisst“ sie ihr Kind und scheint unerreichbar zu sein. Daher kann es zu Unfällen im Haushalt kommen. Das Kind muss in diesen Zeiten selbst für sich sorgen und seine eigene Sicherheit gewährleisten, falls keine schutzgebende, zweite Bezugsperson vorhanden ist.<sup>136</sup>

### 3.2.2 Die „Einsiedlerin“

Sie ist, wie Schneewittchen, sehr wachsam, da sie sich als Kind ausgebeutet und misshandelt gefühlt hat. Ihre Gefühlswelt ist geprägt von Angst. Die „Einsiedlerin“ leidet unter Verfolgungsangst und versucht ihr Leben lang einen namenlosen Angreifer abzuwehren. Sie wirkt daher in sich gekehrt. Zudem tendiert sie zu Paranoia und glaubt, dass ganze Personengruppen gefährlich oder böse sind, insbesondere solche, die nicht ihre Meinung und ihre Werte vertreten. Die Betroffene sucht Bestätigung, kann sie aber gleichzeitig nicht akzeptieren. Ihre Angst ist es entweder unterdrückt oder verlassen zu werden. Nähe wird von ihr als genauso gefährlich empfunden wie das Verlassen werden. Sie verbindet das Alleinsein mit einem Gefühl von Sicherheit.<sup>137</sup>

Die „Einsiedlerin“ ist allem und jedem gegenüber sehr misstrauisch. Sie unterstellt anderen böswillige Absichten, sieht überall Intrigen, Betrug und Katastrophen und hinterfragt alles. Ihre Angst verbreitet sich dabei über die ganze Familie. Ihre Beziehungen zu anderen schwanken zwischen „Du und ich gegen den Rest der Welt“ oder „Du bist gegen mich“.<sup>138</sup>

Diese Borderline-Mutter zeigt ihrem Kind, wie gefährlich das Leben ist. Die Ängste der Mutter werden von ihrem Kind übernommen und verinnerlicht und als etwas Reales aufgenommen. Für das Kind wird die Angst etwas Alltägliches. Die Botschaft „Das Leben ist gefährlich“ kann das

---

<sup>135</sup> vgl. Lawson 2018, S. 68

<sup>136</sup> ebd., S. 66f.

<sup>137</sup> ebd., S. 79ff.

<sup>138</sup> ebd., S. 81f.

Selbstvertrauen des Kindes stark beeinträchtigen. Die Autonomieentwicklung des Kindes wird somit eingeschränkt, da diese von Angst bestimmt wird. Es hat dadurch nicht die Möglichkeit seine Umgebung zu erkunden, Fehler zu machen und aus Erfahrungen zu lernen. Die Mutter verursacht bei ihrem Kind das Gefühl von Unfähigkeit, das Leben zu bewältigen. Aufgrund des kontrollierenden und besitzergreifenden Erziehungsstils dieser Mutter fühlt sich das Kind wie gelähmt und erdrückt. Häufig zeigen diese Kinder im Erwachsenenalter körperliche Symptome, die mit ihrer Angst in Verbindung gebracht werden (z. B. Übelkeit, Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen). Ihre traumatischen Erlebnisse aus der Kindheit werden verdrängt und führen zu körperlichen Schmerzen.<sup>139</sup>

Die übertriebene Sorge der Mutter in Bezug auf die Gesundheit ihres Kindes führt häufig dazu, dass das Kind sein eigenes Wohlbefinden nicht abschätzen kann. Es lernt die Schmerzsignale des eigenen Körpers zu unterdrücken. Besonders Jugendliche von Borderline-Müttern des Typs „Einsiedlerin“ versuchen sich häufig gegen die übertriebene Vorsicht zu wehren und begeben sich absichtlich in Gefahrensituationen.<sup>140</sup>

Die „Einsiedlerin“ differenziert zwischen ihren Kindern. Das „nur gute“ Kind wird idealisiert und wird behütet. Das „nur böse“ Kind wiederum nur gedemütigt. Es fühlt sich von den negativen, paranoiden Projektionen der Mutter ständig verfolgt und ist der unbarmherzigen Kritik der Mutter ausgesetzt. Damit kompensiert die Mutter die eigenen Gefühle von Scham und Schande. Allerdings hat die Differenzierung nicht nur negative Auswirkungen auf das „nur böse“ Kind, sondern auch auf das „nur gute“ Kind. Die „Einsiedlerin“ klammert sich regelrecht an das „nur gute“ Kind und sieht es als Verbündeten an, um den Partner oder das „nur böse“ Kind abzuwerten. Dies löst beim Kind extreme Schuldgefühle gegenüber den anderen aus und es kommt zu schweren Loyalitätskonflikten.<sup>141</sup>

### 3.2.3 Die „Königin“

Der emotionale Zustand der „Königin“ ist die Leere. In ihrer Kindheit hatte sie das Gefühl beraubt worden zu sein, daher glaubt sie die Berechtigung zu haben sich alles zu nehmen, was sie braucht. Ihr Motto ist: „Alles dreht sich um mich!“. Für sie gelten keine Regeln oder Grenzen und ein „Nein“ wird nicht akzeptiert. Sie ist ständig mit sich selbst beschäftigt und wirkt auf andere egoistisch, maßlos und tyrannisch. Bekommt die „Königin“ nicht die erwartete Aufmerksamkeit wird sie extrem wütend, rachsüchtig und versucht andere emotional zu erpressen oder zu bestechen. Ihre geringe Frustrationstoleranz und ihr Mangel an Geduld führen zu destruktiven und

---

<sup>139</sup> vgl. Lawson, S. 94f., 86

<sup>140</sup> ebd., S. 82

<sup>141</sup> ebd., S. 86

impulsiven Handlungen. Da die Leere ihr ständiger Begleiter ist, sucht sie Befriedung und Kontrolle. Sie entwertet andere Personen, die ihre Bedürfnisse nicht befriedigen können oder dazu nicht bereit sind, sie als etwas Besonderes zu behandeln. Das Problem besteht allerdings darin, dass nichts und niemand die innere Leere der „Königin“ füllen kann.<sup>142</sup>

Das Kind der „Königin“ wird als Bedrohung für das eigene Überleben empfunden, wenn es nicht die eigenen Bedürfnisse zu Gunsten der Mutter aufgibt. Zudem konkurriert sie mit ihrem Kind, sei es um Zeit, Aufmerksamkeit oder Liebe. Sie zeigt nur oberflächliches Interesse an ihrem Kind. Ein mangelndes Einfühlungsvermögen für die kindlichen emotionalen Bedürfnisse ist bei der „Königin“ keine Seltenheit. Wenn das Kind die Liebe seiner Mutter bekommen will, muss es ihre Interessen, Werte und Vorlieben widerspiegeln, da die „Königin“ sich nur für ihr eigenes Selbstbild interessiert.<sup>143</sup> Sie versucht Anerkennung, Aufmerksamkeit oder Bewunderung über ihr Kind zu erlangen. Dadurch kann es passieren, dass sie dessen Fähigkeiten und Fertigkeiten überschätzt und es bestärkt, sich in gefährliche oder demütigende Situationen zu begeben.<sup>144</sup> Die Möglichkeit über Gegenstände oder anderen Personen, insbesondere ihren Kindern, zu verfügen, ermöglicht ihr eine kurzzeitige Erleichterung von dem Gefühl der Leere.<sup>145</sup>

Das Kind einer Borderline-Mutter des Typs „Königin“, fühlt sich von ihr emotional missbraucht und manipuliert, da es von ihr benutzt wird, wie es ihr gerade beliebt. Der Wert des Kindes kann von einer auf die nächste Sekunde steigen oder fallen. Es lebt im Schatten seiner Mutter, da es seine eigenen Vorlieben, Wünsche und Bedürfnisse nicht formulieren darf, um die Mutter nicht zu enttäuschen.<sup>146</sup>

Die „Königin“ reagiert in Situationen oftmals hysterisch, da sie selbst von ihrer Angst überwältigt wird. Manchmal sind es nur Kleinigkeiten, die die Mutter in so eine Panik versetzen. Das Kind versteht nicht, warum die Mutter sich so verhält und fürchtet sich vor ihr oder der Situation.<sup>147</sup>

Das Kind der „Königin“ kann den Ansprüchen seiner Mutter nie genügen. Es hat Angst die Mutter zu enttäuschen und sie zu verlieren. Hat das Kind in den Augen der Mutter versagt, wendet sie sich von ihrem Kind ab. Das kleine Kind versucht die Aufmerksamkeit der „Königin“, durch ständiges Geplapper, klägliches Weinen oder Wutanfällen, auf sich zu lenken. Je selbstständiger das Kind im Laufe seiner Entwicklung wird, desto mehr kommt es zu Konflikten zwischen der

---

<sup>142</sup> vgl. Lawson 2018, S. 103ff.

<sup>143</sup> ebd., S. 103

<sup>144</sup> ebd., S. 106

<sup>145</sup> ebd., S. 109

<sup>146</sup> ebd., S. 105f.

<sup>147</sup> ebd., S. 106

Mutter und dem Kind, da beide um Aufmerksamkeit konkurrieren. Im Erwachsenenalter distanziert sich das Kind häufig von der Mutter oder die Beziehung bleibt konfliktbehaftet.<sup>148</sup>

#### 3.2.4 Die „Hexe“

Die „Hexe“ ist der gefährlichste Typ von Borderline-Müttern, allerdings auch der seltenste. Nur wenige Borderline-Mütter sind ständig „Hexen“ und manche von ihnen sind es niemals. Es ist die kindliche Wahrnehmung, die eine Mutter als „Hexe“ definiert. Sie zeigt einen Ich-Zustand, der durch Kritik, Verrat oder Verlassen werden ausgelöst wird.<sup>149</sup>

Die Borderline-Mutter des Typs „Hexe“ ist voller Selbsthass. Dies liegt in ihrer Kindheit begründet, in der sie sich vollständig, auf Verlangen einer feindseligen oder sadistischen Bezugsperson, unterwerfen musste. Ihre Feindseligkeit gegenüber anderen nutzt sie dazu, um ihre Feinde als schwach, inkompetent oder unwürdig darzustellen, um die erlebte Bedrohung von sich abzuwenden. Daher empfindet sie Befriedigung, wenn andere sich klein, verletzlich und ohnmächtig fühlen. Ihre größte Angst besteht darin, sich selbst schwach und verletzlich zu zeigen und die Kontrolle zu verlieren, daher vertraut sie niemandem. Widersetzt sich jemand ihrem Willen, ist ihr Überleben bedroht. Ihr Motto lautet daher: „Wer nicht für mich ist, ist gegen mich!“<sup>150</sup> Die „Hexe“ zeigt vermehrt antisoziales Verhalten. Sie lügt, beutet andere Menschen aus und neigt zu starker emotionaler Gewalt. Oftmals bringt sie ihr Kind in peinliche oder demütigende Situationen, um sich dann über dieses lustig zu machen. In allen Situationen glaubt sie, dass ihr Verhalten gerechtfertigt ist.<sup>151</sup>

Die „Hexe“ lässt ihr Kind in dem Glauben, dass das Leben ein Krieg sei, in dem es kämpfen muss, um zu überleben. Das Kind fürchtet nicht die Gefahr, ist aber ständig auf der Suche nach ihr. Es will selbst die Kontrolle über andere ausüben, es merkt, wo andere verwundbar sind und nutzt diese Schwäche für sich aus, da es zum einem, selbst nicht verletzt werden will und zum anderen unfähig ist zu lieben, zu vertrauen und zu fühlen. Das Gefühl am Leben zu sein erhält das Kind nur, wenn es selbst leidet oder anderen Leid zufügt.<sup>152</sup>

Das Bedürfnis der „Hexe“ nach Kontrolle und Macht führt beim Kind zu Wut, Angst und Selbsthass. Es lernt, in Anwesenheit der Mutter, keinerlei Emotionen zu zeigen. Jede

---

<sup>148</sup> vgl. Lawson 2018, S. 111

<sup>149</sup> Lawson 2018, S. 121f.

<sup>150</sup> ebd., S. 122ff.

<sup>151</sup> ebd., S. 122

<sup>152</sup> ebd., S. 138



Gefühlsregung oder -äußerung kann schlimme Strafen mit sich bringen. Sich der Kontrolle zu unterwerfen ist der sicherste Weg, um zu überleben.<sup>153</sup>

Die Angriffe dieser Borderline-Mütter kommen unerwartet und sind völlig unvorhersehbar, dies löst bei dem Kind eine massive Unsicherheit aus. Deshalb ist es ständig wachsam und versucht noch jede kleinste Veränderung im Verhalten der Mutter wahrzunehmen.<sup>154</sup>

Kinder die von ihrer Mutter misshandelt werden verdrängen, dass sie der Grund für ihre Schmerzen ist. Um emotional überleben zu können, müssen sie das positive Bild der Mutter aufrechterhalten. Die Konsequenz daraus ist, dass diese Kinder glauben, dass es der Mutter zusteht, sie zu verletzen. Körperliche, sexuelle oder emotionale Gewalt vermitteln den Kindern die Botschaft "Du bist böse!".<sup>155</sup>

Die beschriebenen Borderline-Typen sollen Mütter mit einer BPS nicht als unfähige und grausame Bezugspersonen darstellen. Die meisten Borderline-Mütter möchten dass es ihren Kindern gut geht und entscheiden sich oftmals erst durch ihr Kind, für eine Therapie. Ungeachtet dessen können bestimmte Verhaltensweisen von Borderline-Müttern das Kindeswohl gefährden. Jedoch ist die BPS zunächst kein ausreichender Risikofaktor für eine Kindeswohlgefährdung. Um beurteilen zu können, ob eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt, helfen spezifische Gefährdungsursachen. Dazu gehören körperliche und emotionale Misshandlungen, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch.<sup>156</sup>

Zu den körperlichen Misshandlungen zählen alle Formen der körperlichen Gewalt (z. B. Schlagen, Schütteln, Stoßen). Emotionale Misshandlungen sind der Kern aller Misshandlungsformen, da jede dieser Formen psychische Gewalt beinhaltet. Dazu zählen Ablehnung, Verängstigung, Drohung oder Isolierung. Bei der Vernachlässigung handelt es sich um das Fehlen fürsorglicher Verhaltensweisen von Eltern gegenüber ihres Kindes. Es ist ein schleichender Prozess, der lange Zeit unbemerkt bleibt. Sexueller Missbrauch reicht von anzüglichen Bemerkungen, bis hin zu versuchten oder vollzogenen oralen, analen oder vaginalen Vergewaltigung.<sup>157</sup>

Kinder, die mit einer Borderline-Mutter aufwachsen, haben allerdings ein erhöhtes Risiko den oben genannten Misshandlungen ausgesetzt zu sein, insbesondere der emotionalen Gewalt. Jedoch muss immer der Einzelfall betrachtet werden. Das bedeutet, dass der Schweregrad der Borderline-

---

<sup>153</sup> vgl. Lawson 2018, S. 123, 138

<sup>154</sup> ebd., S. 127

<sup>155</sup> ebd., S. 130

<sup>156</sup> vgl. Lenz 2014, S. 46

<sup>157</sup> ebd.

Erkrankung und die damit verbundenen Fähigkeiten der Mutter berücksichtigt werden müssen, aber auch das soziale Umfeld.<sup>158</sup>

### 3.3 Resilienzen und Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern

Untersuchungen zeigen, dass Kinder von Müttern mit einer Borderline-Störung, ein deutlich erhöhtes Risiko haben, ebenfalls an einer BPS oder an einzelnen störungsspezifischen Symptomen zu erkranken.<sup>159</sup>

Doch viele Kinder, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufgewachsen sind, entwickeln keine BPS oder andere psychische Erkrankungen. Die Resilienzforschung befasst sich daher mit der Frage, warum sich diese Kinder, trotz ihrer belastenden Lebensumstände, gesund entwickeln.<sup>160</sup>

Unter Resilienz versteht man die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychischen oder sozialen Entwicklungsrisiken. Resilienten Kindern gelingt eine funktionale Anpassung an widrige und oftmals traumatische Lebensumstände in eine Weise, die langfristig ein kompensiertes, gesundes Funktionsniveau ermöglicht.<sup>161</sup>

Die Resilienz ist nicht angeboren, sondern entwickelt sich erst durch ein komplexes Zusammenspiel von Merkmalen des Kindes und seiner Lebensumwelt (Kind-Umwelt-Interaktion). Allerdings gibt es allgemeine Schutzfaktoren, die die Entwicklung kindlicher Resilienzen fördern. Dazu gehören *personelle, familiäre* und *soziale Schutzfaktoren*.<sup>162</sup>

- *Personelle Schutzfaktoren des Kindes*
  - Temperamenteigenschaften (flexibel, aktiv, offen)
  - Fähigkeit zur Selbstregulation
  - Problembewältigungs- und Kommunikationsfähigkeit
  - Hohe Sozialkompetenz (Einfühlungsvermögen, Kontaktfähigkeit)
  - Selbstvertrauen und hohes Selbstwertgefühl
- *Familiäre Schutzfaktoren*
  - Sichere Bindung (mindestens eine stabile Bezugsperson, die Vertrauen und Autonomie fördert)
  - Elterlicher Erziehungsstil (emotional positives, unterstützendes Erziehungsverhalten)

---

<sup>158</sup> vgl. Knoblich 2017, S. 47

<sup>159</sup> vgl. Renneberg/Rosenbach 2018, S. 54

<sup>160</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 35

<sup>161</sup> Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 71)

<sup>162</sup> vgl. Brockmann, Lenz 2013, S. 50f., Plass, Wiegand-Grefe 2012, S. 76

- Gute Qualität der elterlichen Paarbeziehung
- Konstruktive familiäre Überzeugungen, wie Optimismus und Zuversicht
- *Soziale Schutzfaktoren*
  - Fürsorgliche und zuverlässige Erwachsene außerhalb der Familie (z. B. Lehrer, Erzieher)
  - Einbindung in unterstützende und anregende Freundschaftsbeziehungen
  - Positive Erfahrungen in der Schule
  - Integration in Gruppen oder Vereinen

Die oben genannten Resilienzfaktoren gelten für alle Kinder. Bei Kindern mit psychisch kranken Eltern haben sich neben den generellen Faktoren (personelle, familiäre und soziale) zwei weitere Schutzfaktoren bewährt, die die Kinder bei Belastungen stärken können. Dazu gehören:

- Das Krankheitswissen und Krankheitsverstehen der Kinder und
- ein offener und aktiver Umgang mit der Krankheit.<sup>163</sup>

#### *1. Krankheitswissen und Krankheitsverstehen der Kinder*

Kinder müssen über die Erkrankung ihrer Eltern altersgerecht aufgeklärt werden. Dies ermöglicht ein besseres Verständnis der elterlichen Verhaltensweisen, für die Auswirkungen der Krankheit auf die Familie und für die Belastungen, die sich im Alltag ergeben können. Dabei sollte auf die Fragen, Sorgen und Ängste der Kinder eingegangen werden, die sich im Laufe der Krankheit und Behandlung immer wieder verändern. Das Verstehen und Wissen, über die elterliche Erkrankung helfen den Kindern die Situation zu erfassen, Ressourcen zu aktivieren und Belastungen zu minimieren.<sup>164</sup>

Die Erklärungen und Informationen vermitteln den Kindern Hoffnung, Mut und positive Zukunftserwartungen. Dadurch können den Kindern neue Perspektiven und Wege aufgezeigt werden mit der Erkrankung umzugehen und sie haben das Gefühl der Beeinflussbarkeit, Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Die Vermittlung von Wissen und das Verstehen der Erkrankung unterstützt die betroffenen Kinder in ihrer Selbstgestaltung und Autonomie, da sie als aktiv handelnde Subjekte ihre Stärke, Energie und Fantasie, zur Gestaltung ihrer eigenen Lebensverhältnisse, entwickeln können.<sup>165</sup>

---

<sup>163</sup> vgl. Brockmann, Lenz 2013, S. 69

<sup>164</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 38f.

<sup>165</sup> ebd.

## *2. Offener und aktiver Umgang mit der Krankheit*

Da Kinder ihre Eltern im täglichen Miteinander sehr genau beobachten bemerken sie sehr schnell wie innerhalb der Familie mit der psychischen Erkrankung umgegangen wird und richten ihr Verhalten danach aus. Eltern, die mit der psychischen Erkrankung offen umgehen, erleichtern es ihren Kindern mit den Belastungen im Alltag besser umzugehen und diese zu bewältigen. Ein offener Umgang mit der psychischen Erkrankung ist dann möglich, wenn sowohl der psychisch kranke Elternteil als auch der gesunde die Krankheit akzeptieren und offen darüber reden. Zudem darf die Krankheit nicht verleugnet werden, aber auch nicht überbewertet. Sätze wie: „Das geht schnell wieder vorbei“ oder „Nichts wird wie früher sein“, gilt es zu vermeiden. Es muss daher eine ausgewogene Balance gefunden werden. Zusätzlich kann es dem erkrankten Elternteil helfen, wenn Familienmitglieder sie in alltäglichen Situationen unterstützen. Dabei dürfen der erkrankte Elternteil und als auch andere Familienmitglieder nicht überfordert werden. Es darf jedoch auch keine Unterforderung des erkrankten Elternteils stattfinden. Alle Familienmitglieder müssen zudem die Möglichkeit haben, mit anderen Bezugspersonen offen über die Erkrankung zu sprechen.<sup>166</sup>

## **4 Unterstützende Hilfeangebote für Mutter und Kind**

---

Die Auswirkungen der mütterlichen Borderline-Erkrankung haben aufgezeigt, welchen alltäglichen Herausforderungen Mutter und Kind ausgesetzt sind. Aufgrund der vielfältigen, störungsbedingten Verhaltensweisen können Mütter mit einer BPS eine Gefahr für ihre Kinder darstellen.

Häufig haben Borderline-Mütter Angst, Hilfe in Anspruch zu nehmen oder sie aufzusuchen. Sie befürchten, dass man ihnen die Kinder wegnehmen könnte, sobald das Jugendamt von der Borderline-Störung erfährt. Doch wie bereits erwähnt wurde, ist die Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ noch kein alleiniger Grund für die Inobhutnahme eines Kindes. Daher werden in diesem Kapitel Hilfemöglichkeiten aufgezeigt, wie Mütter mit einer Borderline-Erkrankung und ihre Kinder unterstützt werden können.

---

<sup>166</sup> vgl. Lenz, Wiegand-Grefe 2017, S. 39f.

## 4.1 Hilfe zur Erziehung als Aufgabe der Sozialen Arbeit

Borderline-Mütter und ihre Kinder haben, wie andere Familien auch, ein Anspruch auf Hilfe zur Erziehung. Diese Hilfeangebote sind im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) geregelt.

Im § 1 Absatz 3 SGB VIII werden die grundlegenden Aufgaben der KJH aufgeführt:

1. Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung von jungen Menschen und Abbau und Vermeidung von Benachteiligungen,
2. Beratung und Unterstützung von Eltern und anderen Erziehungsberechtigten bei der Erziehung,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen,
4. positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Sind Eltern oder andere Erziehungsberechtigte nicht in der Lage eine, zum Wohl des Kindes, entsprechende Erziehung zu gewährleisten, haben sie einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII. Die Leistungen sind in den §§ 28-35 SGB VIII geregelt und richten sich nach Art und Umfang der Hilfe an den erzieherischen Bedarf im Einzelfall.<sup>167</sup>

Die Erbringung der Leistungen kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen. Zu den ambulanten Hilfeformen gehören die Erziehungsberatung, die soziale Gruppenarbeit, der Erziehungsbeistand oder auch die sozialpädagogische Familienhilfe.

Die *Erziehungsberatung* richtet sich an Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte. Dabei unterstützen Erziehungsberatungsstellen und Beratungsdienste die Betroffenen bei individuellen und familienbezogenen Problemen und bieten Lösungen bei Erziehungsfragen an.<sup>168</sup>

*Soziale Gruppenarbeit* kann älteren Kindern und Jugendlichen bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen.<sup>169</sup>

Der *Erziehungsbeistand* oder *Betreuungshelfer* unterstützt Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung von Entwicklungsproblemen unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und unter Erhaltung des Lebensbezugs zur Familie, sodass ihre Verselbstständigung gefördert werden kann.<sup>170</sup>

---

<sup>167</sup> vgl. § 27 Abs. 2 S. 2 SGB VIII

<sup>168</sup> § 28 Satz 1 SGB VIII

<sup>169</sup> § 29 Satz 1 SGB VIII

<sup>170</sup> § 30 SGB VIII

Die *sozialpädagogische Familienhilfe* unterstützt durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen und hilft den Familien bei der Kontaktaufnahme zu Ämtern und Institutionen, um Hilfe zur Selbsthilfe zu ermöglichen. Dieses Angebot ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.<sup>171</sup>

Eine Möglichkeit der teilstationären Hilfe ist die *sozialpädagogische Tagesgruppe*. Sie soll die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen durch soziales Lernen in der Gruppe, Begleitung der schulischen Förderung durch Elternarbeit unterstützen und dadurch den Verbleib des Kindes oder des Jugendlichen in seiner Familie sichern.<sup>172</sup>

Zu den stationären Hilfen gehören die Vollzeitpflege, die Heimerziehung und sonstige Wohnformen. Die Hilfe zur Erziehung in der *Vollzeitpflege* bietet Kindern und Jugendlichen eine zeitlich befristete Erziehungshilfe oder eine auf Dauer angelegte Lebensform an. Dabei werden sowohl das Alter und der Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt als auch ihre persönlichen Bindungen und die Möglichkeiten zur Verbesserung der Erziehungskompetenzen der Eltern.<sup>173</sup>

*Heimerziehung und sonstige Wohnformen* sind Einrichtungen über Tag und Nacht, in denen Kinder und Jugendliche, durch eine Verbindung von Alltagserleben mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten, in ihrer Entwicklung gefördert werden. Zudem können Jugendliche in Fragen der Ausbildung und Beschäftigung sowie der allgemeinen Lebensführung beraten und unterstützt werden.<sup>174</sup>

Die *intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung* nach § 35 SGB VIII wird den Jugendlichen gewährt, die einer intensiven Unterstützung zur sozialen Integration und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung bedürfen.

## 4.2 Sozialpädagogische Hilfeangebote

Um die Lebensumstände von Borderline-Müttern und ihren Kindern zu verbessern, gibt es verschiedene Möglichkeiten der sozialpädagogischen Unterstützung. Allerdings können diese nur greifen, wenn die Mutter ihre Erkrankung anerkennt und gewillt ist, etwas an ihrer Situation zu verändern.<sup>175</sup>

---

<sup>171</sup> vgl. § 31 SGB VIII

<sup>172</sup> § 32 SGB VIII

<sup>173</sup> § 33 Satz 1 SGB VIII

<sup>174</sup> vgl. § 34 SGB VIII

<sup>175</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 47

Die BPS gilt als nicht heilbar. Jedoch können Borderline-Mütter lernen ihr Verhalten zu kontrollieren. Mütter sollten daher neben den sozialpädagogischen Hilfeangeboten eine individuelle Psychotherapie in Anspruch nehmen. Oftmals können Borderline-Patienten nach einer erfolgreichen Therapie ihr Verhalten besser kontrollieren, die Konsequenzen ihres Handelns besser beurteilen und ihre selbstzerstörerischen Tendenzen reduzieren. Dadurch kann ihre Lebensqualität und die ihrer Kinder deutlich verbessert werden.<sup>176</sup>

Nachfolgend werden Möglichkeiten aufgezeigt, die durch sozialpädagogische Fachkräfte im Kontext der mütterlichen BPS gewährleistet werden können.

#### 4.2.1 Kinderbezogene Hilfeangebote

Bei kinderbezogenen Interventionen werden die Risikofaktoren reduziert und die individuellen Schutzfaktoren von Kindern gestärkt. Relevant dafür sind die bereits erwähnten Begriffe Krankheitsaufklärung und Psychoedukation von Kindern.<sup>177</sup>

Sozialpädagogische Fachkräfte können die betroffenen Kinder unterstützen indem sie ihnen einen „Raum“ geben Fragen zur Erkrankung ihrer Mütter zu stellen. Diese gilt es altersgerecht zu beantworten. Zusätzlich können auch Kinderbücher, die die Erkrankung thematisieren, genutzt werden (z. B. *Mama, Mia und das Schleuderprogramm: Kindern Borderline erklären.*). Das Wissen über die Erkrankung kann Kinder emotional entlasten. Somit kann der Tabuisierung, Desorientierung und den kindlichen Schuldgefühlen entgegengewirkt werden.<sup>178</sup>

Eine weitere Möglichkeit von Aufklärungsarbeit sind sogenannte Betroffenen-Gruppen. Kinder lernen, dass sie mit ihren Sorgen, Ängsten und täglichen Herausforderungen nicht allein sind, da sie sich mit Gleichaltrigen austauschen können. Durch das gemeinsame Spielen mit anderen Kindern erfahren sie ein Stück Normalität. Es vermittelt ihnen ein Zugehörigkeits- und Solidaritätsgefühl, welches sich positiv auf die kindliche Entwicklung auswirkt. Beratungsstellen sind für diese Arbeit gut geeignet.<sup>179</sup>

Kindern, von Müttern mit einer BPS fällt es oftmals schwer die eigenen Gefühle zu erkennen und zu äußern. Diese haben sie für eine lange Zeit unterdrückt. Hier können beispielsweise Emotionskarten dabei helfen, die eigenen kindlichen Emotionen neu zu entdecken und diese konkret zu benennen. Der Umgang mit den eigenen Gefühlen muss trainiert werden. Achtsamkeits- und Entspannungsübungen, aber auch Rollenspiele können Kinder dabei

---

<sup>176</sup> vgl. Lawson 2018, S. 55

<sup>177</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 43f.

<sup>178</sup> ebd., S. 44

<sup>179</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 44

unterstützen. Dadurch lernen Kinder insbesondere mit ihren negativen Gefühlen, wie Wut oder Angst umzugehen. Diese zu äußern, kann für Kinder emotional befreiend sein. Sie lernen ihre Gefühle zu erkennen und diese äußern zu dürfen, dadurch werden sie im Umgang mit ihren Emotionen sicherer.<sup>180</sup>

Für ältere Kinder eignet sich ein Problemlösungstraining. Hier werden Strategien erlernt, um mit den alltäglichen Belastungen effektiv und effizient umzugehen. Der Fokus wird dabei auf die Wünsche, Zielen und vorhandenen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen gelegt. Lösungsorientierte Bewältigungsstrategien können dabei helfen, das Selbstwertgefühl dieser Kinder zu stärken.<sup>181</sup> Ebenfalls besteht die Möglichkeit, gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen, einen Notfallplan für mögliche Krankenhausaufenthalte der Mutter zu entwickeln. Darin werden die genauen Vorgehensweisen in Krisensituationen beschrieben.<sup>182</sup>

#### *4.2.2 Familienorientierte Hilfen*

Bei diesen Angeboten wird das System Familie berücksichtigt. Kinder sollten in die psychotherapeutische Behandlung der Mutter miteinbezogen werden. Im ambulanten Bereich gibt es eine Vielzahl von Mutter-Kind-Therapien. Dort können mitunter Erziehungsfragen besprochen werden. Außerdem gibt es Trainingsprogramme für Mütter. Hier besteht die Möglichkeit die mütterlichen Erziehungs Kompetenzen zu fördern (siehe Kapitel 4.3). Verbessert sich das Erziehungsverhalten der Mutter, reduzieren sich auch die Entwicklungsrisiken für das Kind.<sup>183</sup>

Ebenfalls gibt es Mutter-Kind-Therapien im stationären Bereich. Während dieser Zeit kann die Beziehungskontinuität zwischen Mutter und Kinder gefördert werden. Erlebt die Mutter die gemeinsame Zeit mit ihrem Kind in der Klinik als positiv, wäre es möglich, dass sie die Angst vor eventuell nachfolgenden stationären Behandlungen überwinden könnte.<sup>184</sup>

Zusätzlich müssen sozialpädagogische Fachkräfte Ressourcen auf familiärer Ebene fördern. Geschwisterbeziehungen könnten durch erlebnispädagogische Angebote gestärkt werden. Zudem können Familienangehörige durch Selbsthilfegruppen emotional entlastet werden. Dadurch kann einer Parentifizierung entgegengewirkt werden.<sup>185</sup>

---

<sup>180</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 44

<sup>181</sup> ebd., S. 46

<sup>182</sup> ebd.

<sup>183</sup> vgl. Renneberg/Rosenbach 2018, S. 54, vgl. Düsterdick 2017, S. 47

<sup>184</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 48

<sup>185</sup> ebd., S. 49



### 4.2.3 *Außerfamiliär orientierte Hilfen*

Institutionen wie Kindergärten und Schulen müssen über die Lebensumstände der betroffenen Kinder aufgeklärt werden. Fachkräfte können Eltern dabei unterstützen, mit diesen Einrichtungen Kontakt aufzunehmen und entsprechende Treffen vorbereiten. Durch die Zusammenarbeit von sozialpädagogischen Fachkräften, Eltern und Institutionen können Verhaltensauffälligkeiten des Kindes rechtzeitig erkannt und die negativen Folgen für die weitere Entwicklung reduziert werden.<sup>186</sup>

Außerfamiliäre Ressourcen können zusätzlich Stabilität, Kontinuität und Identifikation ermöglichen, beispielsweise durch übernommene Patenschaften. Geschulte Personen übernehmen freiwillig die Betreuung des Kindes, zu einer vereinbarten Zeit oder in Krisensituationen. Dieses Angebot kann ergänzend zu bereits bestehenden sozialpädagogischen Hilfen genutzt werden. Die Kinder lernen, dass es auch einen anderen Familienalltag geben kann. Sie können sich auf andere Sachen konzentrieren, müssen in diesen Momenten keine Verantwortung tragen und haben eine weitere Vertrauensperson, mit denen sie ihre Gefühle und Erfahrungen teilen können.<sup>187</sup>

Darüber hinaus kann eine Eingliederung in Sportvereine oder gemeinsame Spielenachmittage und Tagesausflüge mit einer Gruppe von Gleichaltrigen dazu führen, dass das Selbstwertgefühl der betroffenen Kinder gestärkt wird, aufgrund der erlebten Wertschätzung, die sie dort erfahren.

### 4.3 Beispiel aus der Praxis „Borderline und Mutter sein“

Das Trainingsprogramm „Borderline und Mutter sein“ ist ein Elterntrainingsprogramm speziell für Borderline-Mütter und ihren Kindern. Ziel dieses Programms ist es, dass Mütter Erziehungskompetenzen erlernen und weiterentwickeln. Dies wirkt sich positiv auf das mütterliche Stresserleben aus und ermöglicht dadurch eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens von Mutter und Kind.<sup>188</sup>

Dieses Trainingsprogramm beinhaltet insgesamt 11 Themen. Diese verteilen sich auf zwölf zweistündige Sitzungen. Im Idealfall begleiten zwei Trainerinnen die Gruppe von vier bis acht Müttern mit Kindern im Alter bis sechs Jahren. Jede Gruppensitzung wird in zwei Abschnitte gegliedert.<sup>189</sup>

---

<sup>186</sup> vgl. Düsterdick 2017, S. 50f.

<sup>187</sup> ebd., S. 52

<sup>188</sup> vgl. Renneberg, Rosenbach 2018, S. 54

<sup>189</sup> vgl. Renneberg, Rosenbach 2018, S. 54

Der erste Abschnitt beginnt mit einer Achtsamkeitsübung und danach werden die „Hausaufgaben“ der vorherigen Woche abgehandelt. Im späteren Verlauf der Sitzung werden vereinfachte wissenschaftliche Grundlagen des zu besprechenden Themas vermittelt. Um diese zu verinnerlichen werden praktische Übungen (z. B. Rollenspiele) durchgeführt, neue „Hausaufgaben“ für die folgende Sitzung aufgeben und zusätzlich erhalten die Mütter Arbeitsblätter.<sup>190</sup>

Folgende Themen werden im Laufe der Sitzungen behandelt:

- Psychoedukation (Darstellung der wichtigsten Zusammenhänge zwischen der Borderline-Störung der Mutter und der Kindesentwicklung),
- Achtsamkeit,
- Kindliche Grundbedürfnisse,
- Stress und Stressbewältigung,
- Struktur und Flexibilität,
- Umgang mit Konflikten,
- Umgang mit Emotionen,
- die Bedeutung des Körpers für die Kindererziehung,
- Grundannahmen über das Elternsein und
- Selbstfürsorge der Mutter.<sup>191</sup>

Zusätzlich werden Fertigkeiten gefördert, die Verlässlichkeit und Stabilität bei der Beaufsichtigung der Kinder gewährleisten. Zudem sollen die Mütter lernen Routine und Rituale in ihren Alltag zu integrieren. In diesem Training geht es darum, dass Mütter mit einer BPS mehr Empathie, Mitgefühl und Feinfühligkeit für ihre Kinder entwickeln und sich von den eigenen Konzepten und inneren Bildern distanzieren. Die erlernten Fertigkeiten ermöglichen es diesen Müttern, Wärme und Geborgenheit in sich selbst zu entfalten und diese an ihre Kinder weiterzugeben. Die Teilnehmerinnen des Programms haben hier die Möglichkeit offen über ihre alltäglichen Schwierigkeiten zu reden, ohne Angst vor Stigmatisierungen haben zu müssen. Der Austausch zwischen den Borderline-Müttern vermittelt ihnen das Gefühl, mit ihren Ängsten und Sorgen, nicht allein zu sein.<sup>192</sup>

---

<sup>190</sup> ebd.

<sup>191</sup> ebd.

<sup>192</sup> vgl. Renneberg 2017, S. 21f

Mütter, die das Trainingsprogramm absolviert haben berichten davon, dass sie weniger Wutausbrüche haben, sich besser in ihre Kinder einfühlen können und sich ihnen näher fühlen. Manche sind in ihrer Erziehung konsequenter und ruhiger geworden.<sup>193</sup>

---

<sup>193</sup> vgl. Renneberg 2017, S. 23

## 5 Fazit

---

Bei der BPS handelt es sich um eine komplexe Erkrankung. Dysfunktionale Gefühlsregulation, Identitätsstörung und eine Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen sind die zentralen Merkmale einer BPS.

Die Frage nach den Ursachen zur Entstehung einer BPS scheinen noch nicht komplett geklärt zu sein. Allerdings gehen Forscher von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell aus, welches die biologischen, als auch die psychosozialen Faktoren berücksichtigt. Insbesondere das non-validierende Umfeld scheint bei der Entstehung einer BPS eine wichtige Rolle zu spielen.

Die Erkrankung der Mutter hat einen großen Einfluss auf die kindliche Entwicklung, insbesondere auf die Beziehungsmuster, welche das spätere Leben und die Beziehungsgestaltung des Kindes nachhaltig beeinflussen. Aufgrund der Erkrankung weisen Kinder von Borderline-Müttern unsicher-ambivalente oder desorganisierte Bindungsmuster auf. Diese haben eine starke Tendenz zu Stabilität und gelten oftmals noch im Erwachsenenalter.

Der Alltag von Müttern mit einer BPS ist geprägt von emotionalen Krisen, Ambivalenzen, aggressiven und impulsiven Verhaltensweisen. Diese reichen von übertriebener Wachsamkeit, Misstrauen und Negativität bis hin zu emotionaler und körperlicher Gewalt.

Um die Beziehungsdynamiken und Gefühlswelten von Müttern mit einer BPS und ihren Kindern besser zu verstehen, hat die Sozialarbeiterin Christine Ann Lawson Borderline-Mütter in Märchenfiguren kategorisiert. Dazu gehören das „verwahrloste Kind/Aschenputtel“, die „Einsiedlerin/Schneewittchen“, die „Königin“ und „die Hexe“. Anhand der Ausführungen konnte gezeigt werden, wie sich die Verhaltensweisen der Borderline-Mütter auf die kindliche Lebenswelt und Entwicklung auswirken.

Die Gefühlswelt der Kinder mit Borderline-Müttern sind geprägt von Angst, Schuldgefühlen, Unsicherheit, Trauer, Wut und Desorientierung. Sie versuchen sich ständig an die Bedürfnisse und Gefühle ihrer Mütter anzupassen und verdrängen dabei ihre eigenen. Kinder von Borderline-Müttern haben zudem selbst ein erhöhtes Risiko an einer BPS oder einzelnen Symptomen zu erkranken.

Es kann daher festgehalten werden, dass bei Kindern mit einer an der BPS erkrankten Mutter grundsätzlich negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder zu vermuten sind und diese daher eine Gefährdung darstellen. Die Borderline-Erkrankung ist aber noch kein ausreichender Grund für eine Kindeswohlgefährdung. Hier müssen die Schwere der BPS und die damit verbundenen Erziehungskompetenzen der Mütter, aber auch die Schutzfaktoren (Ressourcen) des Kindes berücksichtigt werden. Denn es gibt Kinder, die sich trotz der emotionalen Belastungen

und Schwierigkeiten gesund entwickeln können. Dazu gehören personelle, familiäre und soziale Schutzfaktoren. Bei Kindern psychisch kranker Eltern haben sich noch zwei weitere Faktoren bewährt. Die altersgerechte Aufklärung über die Erkrankung und der offene Umgang mit dieser, können sich positiv auf die Entwicklung eines Kindes auswirken.

Diese Aspekte (Schweregrad der Erkrankung, Erziehungskompetenz und Schutzfaktoren) müssen bei der Kindeswohlgefährdung daher immer miteinbezogen und geprüft werden. Daher gilt es jeden Fall individuell zu betrachten

Um Borderline-Mütter und ihre Kinder zu unterstützen gibt es verschiedene Hilfeangebote im Kontext der Sozialen Arbeit. Diese Hilfen können in Form von ambulanten, teilstationären oder stationären Angeboten erbracht werden. Zu den ambulanten Hilfen zur Erziehung gehören die Erziehungsberatung, soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft und Betreuungshelfer sowie die sozialpädagogische Familienhilfe. Zu den teilstationären und stationären Hilfeformen zählen die Erziehung in einer Tagesgruppe, Vollzeitpflege, Heimerziehung und sonstige Wohnformen sowie die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung. Sozialpädagogische Hilfeangebote können allerdings nur ermöglicht werden, wenn Mütter mit einer BPS gewillt sind, etwas an ihrer Situation zu verändern. Zusätzlich sollten sie sich in psychotherapeutischer Behandlung begeben.

Kinderbezogene Hilfeangebote leisten Aufklärungsarbeit. Sie bieten altersgerechte Informationen über die Erkrankung der Mutter. Dadurch können Kinder emotional entlastet und den Entwicklungsrisiken entgegengewirkt werden. Zudem helfen sogenannte Betroffenen-Gruppen, dass Kinder sich mit Gleichaltrigen über ihre Sorgen und Ängste austauschen können. Dort erlernen Kinder verschiedene Strategien, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Dadurch kann ihr Selbstwertgefühl gestärkt werden.

Familienorientierte Hilfe berücksichtigen das System Familie. Im Kontext der mütterlichen BPS sollten Kinder in die psychotherapeutische Behandlungen der Mutter miteinbezogen werden. Hier bieten sich Mutter-Kind-Therapien an. Ziel ist es die Erziehungskompetenzen der Mütter zu fördern und um die Beziehungskontinuitäten zwischen Müttern und ihren Kindern zu stärken. Andere Familienangehörige oder weitere Bezugspersonen der Kinder müssen unbedingt berücksichtigt werden. Es gilt auch diese Personen emotional zu entlasten.

Angebote im außerfamiliären Bereich müssen die lebensweltrelevanten Institutionen der Kinder für deren Situation sensibilisieren. Dabei können sozialpädagogische Fachkräfte als Vermittler zwischen Eltern und Einrichtungen fungieren. Durch die Zusammenarbeit und Sensibilisierung der verschiedenen Akteure können Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern rechtzeitig erkannt und Entwicklungsrisiken entgegengewirkt werden.

## Literaturverzeichnis

---

- Bohus**, Martin: Borderline-Störung. 2. Aufl. Göttingen 2019.
- Bohus**, Martin/Schmahl, Christian: Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Deutsches Ärzteblatt. 103 (2006), H. 49, S. A3345-A3346.
- Bowlby**, John: Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 2. Aufl. München 2010.
- Bowlby**, John: Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 6. Aufl. München 2010.
- Bretzner**, Damaris: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit. Ein Überblick über Ursachen, Verlaufsformen und Interventionsmöglichkeiten. Hamburg 2014.
- Brockmann**, Eva/Lenz, Albert: Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen u. a. 2013.
- Brisch**, Karl-Heinz: Bindung und Umgang. In: Deutscher Familiengerichtstag (Hrsg.): Siebzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 12. bis 15. September 2007 in Brühl. (Brühler Schriften zum Familienrecht, Band 15). Verlag Giesecking Bielefeld, S. 89-135.
- Bundesinstitut** für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.): Wann kommt die ICD-11? URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/#:~:text=Sie%20wurde%20im%20Mai%202019,der%20ICD%20%2D11%20kodiert%20werden.> [Stand 23.06.2020]
- Chapman**, Alexander L.; Gratz, Kim L. Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Wegweiser für Betroffene. Paderborn 2014.
- Deutsch**, Gerda: Die Borderline-Störung bei Müttern. Einflüsse auf die Mutter-Kind-Beziehung und die Selbstentwicklung des Kindes. Wien 2017.
- Deutsches** Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BGMG unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (Hrsg.): ICD-10.GM Version 2018. Kapitel V F.60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, 10. Revision. URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F60.3-.html> [Stand 04.06.2020]

- Deutsches** Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BGMG unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (Hrsg.): ICD-11 – 11. Revision der ICD der WHO. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> [Stand 06.06.2020]
- Düsterdick**, Tobias: Kindheit im Kontext einer mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung. Kindorientierte Betrachtungs- und Handlungsmöglichkeiten klinischer Sozialarbeit, Hamburg 2017.
- Ehmke**, Jenny: Das Konzept der Bindungstheorie und seine Bedeutung für die Soziale Arbeit. Hamburg 2013.
- Gerber**, Sabine/Maag, Diana: Borderline-Persönlichkeitsstörung. Entwicklung eines Therapiekonzeptes der Körperzentrierten Psychotherapie IKP unter Berücksichtigung von Diagnostik, Ätiologie- und Therapiekonzepten. Zürich 2007.
- Giertz**, Karsten: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und Sozialen Psychiatrie. Notwendigkeiten und Möglichkeiten für einen psychodynamisch orientieren Ansatz in der psychosozialen Versorgung von Borderline-Klienten. Neubrandenburg 2013.
- Grossmann**, Karin/Grossmann, Klaus: Bindung: Das Gefüge psychischer Sicherheit. 4. Aufl. Stuttgart 2008.
- Hédervári-Heller**, Éva: Emotionen und Bindung bei Kleinkindern. Weinheim/Basel 2011.
- Hecker**, Franziska: Die Kinder von Borderline-Müttern. Erziehungshilfe und andere Unterstützungsmöglichkeiten. München 2019.
- Heinschke**, Franziska: Der Einfluss auf frühe Bindungserfahrungen auf die pädagogische Arbeit von Fachkräften. Neubrandenburg 2017.
- Hipp**, Michael/Kleinz, Petra: Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und unterstützende Angebote Früher Hilfen. In: Kindschaftsrecht und Jugendhilfe. 8 (2014), S. 316-319.
- Knoblich**, Sandra: Auswirkungen einer mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Kindesentwicklung. Diskussion der heilpädagogischen Begleitung in der stationären Jugendhilfe. Münster 2017.

- Koller, Livia:** Gesunde Kinder aus brüchigen Bindungen. Unterstützende Netzwerke oder störungsspezifische Fallstricke bei Borderline-Struktur. Augsburg 2017.
- Köhler-Saretzki, Thomas:** Sichere Kinder brauchen starke Wurzeln. Umgang mit bindungsbeeinträchtigten Kindern und Jugendlichen. Idstein 2016.
- Kreisman, Jerold/Straus, Hal/ Petersen, Karin:** Zerrissen zwischen Extremen. Leben mit einer Borderline-Störung. Hilfen für Betroffene und Angehörige. 8 Aufl. München 2008.
- Lawson, Christine Ann:** Borderline-Mütter und ihre Kinder. Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung. 7. Aufl. Gießen 2018.
- Lengning, Anke/Lüpschen, Nadine:** Bindung. 2. Aufl. München 2019.
- Lenz, Albert:** Kinder psychisch kranker Eltern. 2. Aufl. Göttingen 2014.
- Lenz, Albert/Wiegand-Grefe, Silke:** Kinder psychisch kranker Eltern. In: Döpfner, Manfred/Holtmann, Martin/Petermann, Franz (Hrsg.): Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie Band 23. Göttingen 2017.
- Mattejat, Fritz/Remschmidt, Helmut:** Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt. 105 (2008), H. 23, S. 413-418.
- Niklewski, Günter; Riecke-Niklewski, Rose:** Leben mit einer Borderline-Störung. 3. Aufl. Stuttgart 2011.
- Plass, Angela/Wiegand-Grefe:** Resilienzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Resch, Franz (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim 2012, S. 67-77.
- Rahn, Ewald:** Basiswissen. Umgang mit Borderline-Patienten. 4.Aufl. Bonn 2007.
- Reinert, Thomas:** Therapie an der Grenze. Die Borderline-Persönlichkeit. Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen. Stuttgart 2004.
- Renneberg, Babette:** Borderline und Mutter sein – wie kann das gelingen? Ein Gruppentraining für Mütter mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung. Berlin 2017.
- Renneberg, Babette/Rosenbach, Charlotte:** Borderline und Mutter sein – Wie kann das Gelingen? Ein Gruppentraining für Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Sozial Extra. 42 (2018), H. 5, S. 53-55.



- Riffer**, Friedrich: Ausgewählte Konzepte zur Ätiologie, Pathogenese und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Riffer, Friedrich u. a. (Hrsg.): Mensch-Beziehung-Störung. Aktuelle Konzepte zur Borderline und strukturell verwandten Störungen. Berlin 2019, S. 30-37.
- Rösel**, Manuela: Mit zerbrochenen Flügeln, Kinder in Borderline-Beziehungen. 2. Aufl. München 2011.
- Scheuch**, Verena: Vergleich der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) und der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Graz 2009.
- Schleiffer**, Roland: Konsequenzen unsicherer Bindungsqualität. Verhaltensauffälligkeiten und Schulleistungsprobleme. In: Julius, Henri/Gasteiger-Klicpera, Barbara/Kißgen Rüdiger (Hrsg.): Bindung im Kindesalter. Diagnostik und Intervention. Göttingen u.a. 2009. S. 39-63.
- Schneider**, Frank: Borderline. Der Ratgeber für Patienten und Angehörige. Erkennen. Verstehen. Helfen. 2013 München.
- Schäfer**, Ulrike/Rüther, Eckart/Sachsse, Ulrich: Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 3. Aufl. Göttingen 2010.
- Seiffge-Krenke**, Inge: Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken. 2. Aufl. Heidelberg 2009.
- Sendera**, Alice/Sendera, Martine: Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. 2. Aufl. Trausdorf/Wulka. 2016.
- Sendera**, Alice: Persönlichkeitsstörungen. In: Riffer, Friedrich u. a. (Hrsg.): Mensch-Beziehung-Störung. Aktuelle Konzepte zur Borderline und strukturell verwandten Störungen. Berlin 2019, S. 4-11.
- Theodor** Wenzel Werk e. V.: Borderline: Symptome, Diagnose, Therapieformen. URL: <https://tww-https://tww-berlin.de/kliniken/krankheitsbilder/borderline#:~:text=von%20Borderline%2DPatienten-,Das%20Borderline%2DSyndrom%20in%20Zahlen,Menschen%20leiden%20unter%20der%20Krankheit.> [Stand 01.07.2020]

## **Eidesstattliche Erklärung**

---

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Neubrandenburg, 22.07.2020

---

Catarina Maaß