

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
- Abteilung Münster -
Fachbereich Sozialwesen

Bachelor-Thesis im Studiengang Heilpädagogik

**Auswirkungen einer mütterlichen Borderline-
Persönlichkeitsstörung auf die Kindesentwicklung – Diskussion der
heilpädagogischen Begleitung in der stationären Jugendhilfe**

Erstprüferin: Prof. Dr. Barbara Ortland
Zweitprüferin: Prof. Dr. Sabine Schäper

vorgelegt von **Sandra Knoblich**

Matrikelnummer: 511705

am: 10.08.2017

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	2
2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	4
2.1 Begriffsbestimmung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	5
2.2 Diagnostik.....	6
2.3 An den Kriterien des DSM-5 orientierte Symptome	8
2.4 Verlauf und Folgen	13
2.5 Ursachen	14
2.6 Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung	15
2.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede und BPS bei Müttern	15
3 Entwicklung eines Kindes	16
3.1 Definition: Kindesentwicklung.....	17
3.2 Bindungstheorie und Mutter-Kind-Bindung	18
3.2.1 Grundlagen der Bindungstheorie.....	18
3.2.2 Klassifizierung in verschiedene Bindungsmuster.....	20
3.2.3 Bindungsstörungen	21
3.2.4 Kritische Würdigung der klassischen Bindungstheorie	22
3.3 Psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson	23
3.3.1 Grundlagen der psychosozialen Entwicklungstheorie.....	24
3.3.2 Entwicklungsaufgaben nach Erikson.....	24
3.3.3 Kritische Würdigung der psychosozialen Entwicklungstheorie.....	28
4 Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung	28
4.1 Der aktuelle Forschungsstand im Überblick	29
4.2 Auswirkungen im Hinblick auf die Bindungstheorie und die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung.....	31
4.3 Auswirkungen im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson.....	37
4.4 Auswirkungen einzelner Symptome der BPS	40
4.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Auswirkungen: Söhne und Töchter..	45
4.6 Diskussion der Kindeswohlgefährdungen	45
5 Diskussion der heilpädagogischen Begleitung in der stationären Jugendhilfe	48
5.1 Heilpädagogische Begleitungsbedarfe der Kinder	48
5.2 Heilpädagogische Begleitung	52
5.3 Heilpädagogisches Handlungskonzept	59
6 Fazit	60
Literaturverzeichnis	63
Abkürzungsverzeichnis	67
Anhang	

1 Einleitung

„Borderline“ – Als eine psychische Störung ist dieser Begriff bekannt und weit verbreitet. In Deutschland entwickeln rund fünf Prozent der Jugendlichen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zwischen ein bis zwei Prozent der Erwachsenen leben mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Rahn 2013, 11-30). Die Verhaltensweisen aller Betroffenen sind durch ihren individuellen Charakter geprägt, dennoch ist ein typisches Erscheinungsbild festhalten. Dies zeichnet sich durch eine fortlaufende Instabilität in verschiedenen Bereichen der Persönlichkeit aus, wie in dem Selbstbild, in der fehlenden oder geringen Impulskontrolle, im Affekt oder innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen (vgl. American Psychiatric Association 2005, 13). Laut der American Psychiatric Association (APA) ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit den genannten Merkmalen weltweit zudem „die häufigste Persönlichkeitsstörung im klinischen Umfeld“ (ebd.). Folglich bildet „Borderline“ heutzutage ein aktuelles sowie populäres Thema, mit welchem es sich zu befassen gilt.

Ist ein Familienmitglied von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffen, wird oft an die vielen Herausforderungen der Angehörigen aufgrund des dargestellten Erscheinungsbildes gedacht. Wird von diesen gesprochen, ist in den meisten Fällen von den Partner_innen¹, den Eltern, oder auch den Geschwistern die Rede, Kinder werden jedoch nicht in diesem Maße gedanklich eingeschlossen, obwohl auch Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Eltern sein können (vgl. Lenz 2014, 61). Die Kinder solcher Eltern werden somit auch als die vergessene Gruppe deklariert, da die Auswirkungen einer elterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Kindesentwicklung „noch wenig reflektiert und gar nicht beforscht“ (Armbrust, Link 2015, 98) sind, obwohl bereits bekannt ist, dass das erkrankte Elternteil den hohen Anforderungen an den Umgang mit Kindern oftmals nicht gerecht werden kann (vgl. Rahn 2013, 181). Diese Tatsache wirft die Frage auf, was eine Borderline-Persönlichkeitsstörung eines Elternteils für ein oder mehrere Kinder in der Familie explizit bedeutet, und welche negativen Auswirkungen dieses instabile Muster für die Kindesentwicklung hat. Diese Frage soll innerhalb des ersten Teils der Bachelor-Thesis, mit der Konzentrierung auf die mütterlichen Auswirkungen, thematisiert werden. Diese Beschränkung liegt in der Tatsache, dass die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vor allem bei

¹ In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird im weiteren Text aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei geschlechtsspezifischen Begriffen die maskuline Form verwendet. Diese Form versteht sich explizit als geschlechtsneutral. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

Frauen gestellt wird (vgl. American Psychiatric Association 2005, 69). Zudem liegt die Beschränkung einer entwicklungspsychologischen Sichtweise zugrunde, da meistens die Mutter für ihre Kinder die primäre Bezugsperson darstellt und so für eine dem Kindeswohl orientierte Entwicklung zuverlässig zur Verfügung stehen muss (vgl. Posth 2014, 141). Demnach ist es spannend, Auswirkungen herauszuarbeiten, wenn dies nicht gewährleistet werden kann. Anhand den dargelegten Informationen ergibt sich für den ersten Teil der Bachelor-Thesis folgende Forschungsfrage: *„Welche Auswirkungen hat eine Borderline-Persönlichkeitsstörung einer Mutter auf die Entwicklung ihres Kindes bzw. ihrer Kinder?“*

Die oben genannte Tatsache, dass die Mütter den hohen Anforderungen im Umgang mit ihren Kindern oftmals aufgrund ihrer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht gerecht werden können (vgl. Rahn 2013, 181), erklärt zudem, dass gemeinsame Angebote für Mütter und Kinder unerlässlich sind, um die weitere Entwicklung des Kindes bestmöglich zu fördern. Dennoch ist es in manchen Fällen nicht zu verhindern, dass Kinder „aus Dringlichkeitsgründen für eine mehr oder minder lange Zeit außerhalb ihrer eigenen Familie betreut werden müssen“ (Bowlby 2005, 100). Mit der Fokussierung auf das Setting der stationären Jugendhilfe wird sich der zweite Teil der vorliegenden Bachelor-Thesis auf die heilpädagogische Begleitung der Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beschäftigen. Der Frage danach, welchen besonderen Beitrag heilpädagogische Begleitungen der Kinder innerhalb der stationären Jugendhilfe für die Entwicklung der Kinder leisten können und wie heilpädagogisches Handeln mit diesen Kindern in dem genannten Setting aussehen kann, wird demnach im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit nachgegangen. Somit ergibt sich die zweite Forschungsfrage: *„Welche Möglichkeiten eröffnet die heilpädagogische Begleitung in der stationären Jugendhilfe Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung?“*

Die vorliegende Bachelor-Arbeit stellt die Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in den Mittelpunkt. Um die Forschungsfragen beantworten zu können, ist es notwendig, zunächst verschiedene Aspekte näher zu betrachten. Hierzu ist die Arbeit in verschiedene Kapitel geordnet. Kapitel 2 (Die Borderline-Persönlichkeitsstörung) fasst die wissenschaftlichen Befunde der Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammen. Die Notwendigkeit dieses Überblicks ergibt sich aus der Fragestellung, da nur mit dem Wissen über die Störung Auswirkungen im späteren Verlauf der Bachelor-Thesis herausgearbeitet werden können. Kapitel 3 (Entwicklung eines Kindes) thematisiert die durchschnittliche Entwicklung eines Kindes. Hierzu stehen vor allem die Bin-

dungstheorie nach Bowlby sowie die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson im Vordergrund. Diese entwicklungspsychologische Darstellung ist unabdingbar, da nur so erläutert werden kann, an welchen Stellen die Auswirkungen einer mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung schließlich sichtbar werden. In dem darauffolgenden Kapitel 4 (Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung) werden diese beiden Aspekte miteinander verknüpft und Auswirkungen auf die Kindesentwicklung unter anderem anhand der dargestellten Theorien sowie den Symptomen herausgearbeitet. Kapitel 5 (Diskussion der heilpädagogischen Begleitung in der stationären Jugendhilfe) stellt auf dieser Grundlage eine Diskussion der zweiten Forschungsfrage dar und schließt anhand dieser mit einem heilpädagogischen Handlungskonzept ab. In dem abschließenden Fazit werden schließlich die wichtigsten Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammengefasst, die Forschungsfragen im Rahmen der Möglichkeiten beantwortet und zukünftige Forderungen benannt. 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. Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf einer systematischen Literaturrecherche.

2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

„Um die Belastung und das Erleben von Kindern, welche mit einem Borderline-Elternteil konfrontiert sind, nachvollziehen zu können, ist es notwendig, das Störungsbild zu verstehen.“ (Rösel 2014, 167)

An dem aufgeführten Zitat ist erkennbar, wie wichtig es ist, einen Überblick in diesem Kapitel über die Borderline-Persönlichkeitsstörung darzulegen, um die erschwerte Lebenslage der Kinder verstehen zu können. Zunächst wird der Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung bestimmt, anschließend werden diagnostische Kriterien nach zwei Klassifikationssystemen genannt. Die Erläuterung der im Anschluss thematisierten Symptome ist unerlässlich, um die Auswirkungen dieser in dem späteren Verlauf der Thesis zu erarbeiten. Als weitere Unterkapitel folgen der Verlauf und Folgen sowie mögliche Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird im nächsten Unterkapitel thematisiert. Zuletzt soll spezifisch auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Müttern geschaut werden. Die Themenauswahl konzentriert sich auf die Beantwortung der Forschungsfrage, und hat somit keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Aufgrund der bereits ersichtlichen häufigen Verwendung des Terminus der Borderline-Persönlichkeitsstörung (kurz: BPS) wird im fortlaufenden Text die Abkürzung dieses Begriffs benutzt.

2.1 Begriffsbestimmung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im Jahr 1938 wurde der Begriff „Borderline“ das erste Mal verwendet, da bei den Klienten weder die Zuordnung zur Neurose noch zur Psychose als stimmig betrachtet wurde. Eine Neurose bezeichnete damals, ausgelöst durch einen neurotischen inneren Konflikt, eine vorhandene leichtgradige psychische Störung, während sich eine Psychose als eine schwere psychische Störung mit teilweise vorhandenem Realitätsverlust definieren ließ (vgl. Armbrust, Link 2015, 23). Das englische Wort „Borderline“ meint übersetzt Grenzlinie oder Grenzland (vgl. Schäfer, Rütger, Sachsse 2007, 13). Diese Grenzlinie zwischen den beiden Formen Neurose und Psychose entwickelte sich im Laufe der Jahre zum Namen eines eigenständigen Krankheitsbildes, der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Rohde-Dachser 2000, 36). Mit diesem eigenständigen Bild hat die damalige Bedeutung des Begriffes ihre Gültigkeit verloren (vgl. Rahn 2013, 38ff).

Aus der Tradition des Begriffes der BPS wurde so ein wissenschaftlich fundierter Begriff. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit auch der genannte Terminus verwendet. Durch diesen Begriff sollen die Klienten mit dem Störungsbild nicht abgewertet werden. Zudem wird in dieser Arbeit, um Abwechslung zu gewährleisten, der Begriff der Betroffenen sowie Patienten gleich mit dem der Klienten gesetzt, und ist nicht als eine Abwertung zu verstehen.

Um die BPS von anderen Diagnosen abzugrenzen, wurde sie im Jahr 1980 erstmalig in das Diagnostic and Statistical Manual-III (DSM-III), der amerikanischen Klassifikation für psychische Störungen der American Psychiatric Association (APA), unter dem Namen *borderline personality disorder* aufgenommen (vgl. Armbrust, Link 2015, 23). Unter dem Begriff der *Borderline-Persönlichkeitsstörung* ist sie auch heute noch in dem DSM-5, welche in Deutschland herausgegeben wurde, zu finden. Das DSM-5 weist fünf Achsen auf, in denen psychische Störungen einsortiert sind, um so einer multiaxialen Diagnosesystematik zu entsprechen. Die BPS ist der Achse II Persönlichkeitsstörungen zugeordnet (vgl. Fiedler 2007, 27). Im Laufe der Jahre wurde die Diagnose weiterentwickelt, und im Jahr 1997 in die International Classification of Diseases-10 (ICD-10), einer Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO), aufgenommen. In diesem System ist der „*Borderline-Typus*“ (F60.31) zusammen mit dem „*impulsiven Typus*“ (F60.30) der *emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung* (F60.3) zugeordnet. Diese ist dem wieder übergeordneten Begriff der *spezifischen Persönlichkeitsstörung* (F60) zugeordnet, welche zu dem Oberbegriff der *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) zählt (vgl. ebd., 29).

2.2 Diagnostik

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien nach den zwei bereits genannten Klassifikationssystemen, der ICD-10 und dem DSM-5, vorgestellt. Zudem werden allgemeine Informationen zur Diagnosestellung genannt, hierbei soll der Schwerpunkt auf dem DSM-5 liegen, da das Fachpersonal auch in den meisten Fällen diese Kriterien verwendet (vgl. Rahn 2013, 33) und sich die im nächsten Unterkapitel aufgeführten Symptome auch an diesen orientieren werden.

In der ICD-10 wird die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung umschrieben. Diese definiert Persönlichkeitsmerkmale wie eine vorhandene Impulsivität, mangelnde Kontrolle dieser, wechselhafte Stimmungen und eine vorhandene Präferenz zu Konflikten (vgl. Krollner, Krollner 2017). Der sogenannte impulsive Typ zeichnet sich neben seiner emotionalen Instabilität durch mangelnde Impulskontrolle aus, während sich der beschriebene Borderline-Typ zusätzlich durch weitere Charakteristika definiert. Diese werden beschrieben als „Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen“ (ebd.) sowie einer möglichen Tendenz zu selbstschädigenden Verhaltensweisen. Darunter verstehen sich gleichermaßen parasuizidale Handlungen wie Suizidversuche (vgl. ebd.). Die aufgeführten diagnostischen Kriterien entsprechen inhaltlich den des DSM-5 (vgl. Armbrust, Link 2015, 23).

Das DSM-5 ist als ein Handbuch psychischer Störungen zu verstehen, in dem bestimmte Verhaltensweisen aufgeführt und Störungsbildern zugeordnet sind (vgl. Kröger, Unckel 2006, 17). Auch nach diesem Klassifikationssystem wird die BPS als ein „tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“ (Schäfer, Rüter, Sachsse 2007, 19) beschrieben. Neun Kriterien, die das Verhaltensmuster Betroffener ausdrücken, werden in dieser Klassifikation für die BPS beschrieben. Erst wenn über den Mindestzeitraum von drei Monaten fünf von diesen Kriterien vollständig erfüllt sind, kann die Diagnose einer BPS gestellt werden (vgl. Kröger, Unckel 2006, 17).²

„Rechnerisch ergeben sich [...] 256 Kombinationsmöglichkeiten“ (Armbrust, Link 2015, 24), was deutlich werden lässt, wie vielfältig die Kriterien sind und wie heterogen letztendlich diese Störung ist (vgl. American Psychiatric Association 2005, 13). Dies erklärt auch, wieso sie als Persönlichkeitsstörung klassifiziert wird. Allgemein gibt es

² Die neun Kriterien einer BPS werden im nächsten Unterkapitel 2.3 (An den Kriterien des DSM-5 orientierte Symptome) ausführlich beschrieben.

keine abgrenzbare Erkrankung, manchmal sind die Symptome weniger, und manchmal mehr ausgeprägt. Durch dieses komplexe Störungsbild kann es unter Umständen sehr schwierig sein, eine BPS zu diagnostizieren, da beispielsweise nur eine Sucht, und nicht die dahinter liegende emotionale Instabilität, erkannt wird (vgl. Armbrust, Link 2015, 25). Deswegen ist es wichtig, dass die Patienten und die Fachkräfte eine gemeinsame Überprüfung der Kriterien vornehmen (vgl. Kröger, Unckel 2006, 17). Gleichzeitig ist zu beachten, dass sich die BPS häufig komorbid vor allem zu der Achse I Klinische Störungen verhält. Es ist also sinnvoll, auch diese Achse in der Diagnostik zu überprüfen, um mögliche Begleiterscheinungen herauszufinden oder auszuschließen (vgl. American Psychiatric Association 2005, 81).

Es gibt eine internationale Verständigung darüber, „Diagnosen [...] auf der Basis beobachtbarer Wahrnehmungs- oder Verhaltensmuster zu stellen“ (Kröger, Unckel 2006, 17). So ist das Verfahren für die Diagnosestellung der BPS ein klinisches Interview (vgl. American Psychiatric Association 2005, 80). Anhand von Kriterienkatalogen, die als Hilfe genutzt werden können, kann so von Psychotherapeuten oder anderen Fachkräften, mit einer hohen Sicherheit eine Diagnose gestellt oder eben nicht gestellt werden (vgl. Kröger, Unckel 2006, 17). Ein Interview zeichnet sich zudem durch seine vorhandene Struktur aus, so werden Fragen zu Verhaltensweisen sowie auch zu der Vergangenheit gestellt (vgl. Chapman, Gratz 2014, 15). Das bekannteste Instrument für ein Interview stellt das DSM-5 dar.

Von hoher Relevanz ist zudem die Frage, ab welchem Alter eine Diagnose gestellt werden kann. Nach der ICD-10 sollte die Diagnose einer BPS nur unter Vorbehalt gestellt werden, solange sich Jugendliche noch in ihrer Entwicklung befinden.³ Die Forscher sind sich jedoch in diesem Aspekt nicht ganz einig, so variiert die Altersgrenze für eine Diagnosestellung zwischen 13 und 18 Jahren (vgl. Armbrust, Link 2015, 103).

Fiedler umschreibt die Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen mit dem Ausdruck „Diagnose als Bumerang“ (Fiedler 2007, 8). Er benennt, dass viele Klienten nach einer gestellten Diagnose eine Art Bedrohung empfinden. Sie haben das Gefühl, dass die eigenen Ressourcen, die ihnen bislang noch dienten, gefährdet sind. So verwundert es nicht, dass viele Klienten sich gegen die Diagnosestellung wehren (vgl. ebd.). Die Diagnose einer BPS kann stigmatisierende und gravierende Folgen für den Einzelnen haben, dennoch ist die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose an dieser Stelle hervorzu-

³ Hierzu ist die Beachtung des unter 2.4 (Verlauf und Folgen) aufgeführten Verlaufs der Borderline-Persönlichkeitsstörung zielführend.

heben, da sie für den einzelnen als „der erste Schritt zur Behandlung“ (Lawson 2006, 56) verstanden werden kann. Zudem kann eine Diagnose auch Möglichkeiten zum besseren Verständnis der eigenen Erfahrungen bieten, sowie dazu beitragen, dass sich die Klienten weniger alleine fühlen (vgl. Chapman, Gratz 2014, 19). Des Weiteren kann nur anhand diagnostischer Kriterien die BPS weiter erforscht und als ein eigenständiges Krankheitsbild verstanden werden (vgl. Schäfer, Rüter, Sachsse 2007, 14). Laut Rahn sind die dargestellten Diagnosekriterien jedoch noch nicht präzise genug und bedürfen in Zukunft weiterem Forschungsbedarf (vgl. Rahn 2013, 10).

2.3 An den Kriterien des DSM-5 orientierte Symptome

Im Folgenden sollen die Symptome einer BPS ausführlich dargelegt werden. Hierzu sollen die diagnostischen Kriterien des DSM-5 als Grundlage dienen. Die Autoren Joachim Gneist, sowie Alexander L. Chapman und Kim L. Gratz legen in diesem Zusammenhang besonders die Stärken und positiven Seiten eines Klienten mit einer BPS dar. Auch diese sollen einen Einfluss finden. Wichtig ist, sich der erläuterten Tatsache bewusst zu sein, dass nicht alle Kriterien für eine diagnostizierte BPS vorliegen müssen (vgl. Kröger, Unckel 2006, 17).

Das *erste Kriterium* beschreibt das Bemühen um die Verhinderung des Verlassenwerdens (vgl. Rösel 2015, 19). Dieses tritt bei Klienten mit einer BPS auf, denn „[d]ie Angst vor dem Verlassenwerden ist das am stärksten hervortretende Symptom der Borderline-Störung, alle Borderline-Persönlichkeiten leiden daran“ (Lawson 2006, 23). Die Begründung dieser Angst liegt in der Tatsache, dass Klienten mit einer BPS vorkommendes Alleinsein als eine konstante Isolation, und diese als bedrohlich für die eigene Existenz erleben (vgl. Kröger, Unckel 2006, 17). Aus dieser Angst heraus unternehmen die Betroffenen vielerlei Anstrengungen, um ein mögliches Verlassenwerden zu vermeiden. Das Ausüben von Druck auf den Partner oder die Umgebung können beispielsweise diese Anstrengungen sein (vgl. ebd., 17f). Suizidale oder selbstverletzendes Verhaltensweisen aufgrund der benannten Angst sind nicht in dieser ersten Symptomengruppe beschrieben, sondern explizit unter dem fünften Kriterium aufgeführt (vgl. Rösel 2015, 19).

„Häufig kurze, sehr wechselhafte, intensive zwischenmenschliche Beziehungen“ (Kröger, Unckel 2006, 18), welche durch den wechselseitigen Prozess des Idealisierens und Entwertens geprägt sind, werden als das *zweite Kriterium* beschrieben (vgl. Rösel 2015, 19). In Kombination mit dem ersten Symptom kann vorkommen, dass sie ein Vermeidungsverhalten entwickeln, oder sich aus Beziehungen lösen, um ein mögliches Verlas-

senwerden zu vermeiden. Dies beschreibt ein paradoxes und ambivalentes Verhalten, da sie nicht verlassen werden wollen, sich aber aus Beziehungen zurückziehen, um nicht verlassen zu werden. Der benannte häufige Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung bedeutet, dass oft zu Beginn einer Partnerschaft der neue Partner als der eine richtige definiert und so idealisiert wird, während nach einer Trennung der Beziehung dieser entwertet wird. Zudem weist das Verhaltensmuster auf ein intolerantes Verhalten in Bezug auf Trennungen hin. Dieser Vorgang kann sich mehrmals wiederholen und markiert so einen Teufelskreislauf, der auf Angst vor dem Alleinsein, aber gleichzeitig auch vor dem Zusammensein, sowie einem Mangel an Selbstvertrauen, aber auch einem allgemeinen Vertrauensmangel, beruht (vgl. Gneist 2005, 26). Dieser Teufelskreislauf sowie die weiteren Merkmale dieses Symptoms finden nicht nur in Partnerschaften, sondern auch in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen statt. Ein schneller Umbruch von Nähe zu Distanz ist hier kennzeichnend (vgl. Kröger, Unckel 2006, 18). Für viele Betroffene kann es zu einem zentralen Merkmal werden, immer wieder zu versuchen diese beiden Pole auszubalancieren, dies jedoch nicht vollends zu schaffen (vgl. Gneist 2005, 110). Trotz des beschriebenen Beziehungsverhaltens sind Betroffene „immer wieder in der Lage andere Menschen für sich zu gewinnen und trotz aller Ambivalenzen stabile Beziehungen aufrechtzuerhalten“ (Kröger, Unckel 2006, 18). Zudem ist das Beziehungsverhalten typischerweise durch Witz, subtilen Humor sowie einer vorhandenen Sprachgewandtheit gekennzeichnet (vgl. Gneist 2005, 28).

Eine andauernde instabile Selbstwahrnehmung sowie ein negatives und/oder instabiles Selbstbild spiegeln das *dritte Kriterium* einer BPS wider (vgl. Rösel 2015, 19). So können Klienten „beträchtliche Probleme mit der Identitätsbildung und der Selbstwertregulation“ (Armbrust, Link 2015, 30) haben und von starken Selbstzweifeln betroffen sein. Folglich zeichnen sich von der BPS betroffene Klienten mit einem unsicheren oder keinem Identitätsgefühl sowie einer fehlenden grundlegenden Übereinstimmung mit sich selbst aus. Genauso wie sie oft anderen mit einem Schwarz-Weiß-Denken begegnen, erleben sie sich selbst immer unterschiedlich und sind so häufig im eigenen Selbst irritiert (vgl. Kröger, Unckel 2006, 19). Die eigenen Bedürfnisse der Klienten „nach Nähe, Zuwendung und Geborgenheit werden [von den Klienten] als Schwäche wahrgenommen und deshalb abgewertet“ (Armbrust, Link 2015, 19). Dieser Zustand erzeugt bei den Betroffenen Anspannungszustände mit dem Wunsch, diese zu beseitigen. Dies kann beispielsweise das unter dem fünften Kriterium aufgeführte selbstverletzende Verhalten erklären (vgl. ebd., 19f). Aufgrund des instabilen Selbstwertgefühls zeichnen sich die

Klienten durch eine „[s]tändige Überprüfung ihrer Selbstsicherheit“ (Gneist 2005, 27) aus und zeigen so vor allem Beständigkeit und Hartnäckigkeit, um ihre Unsicherheit zu kompensieren (vgl. Kröger, Unckel 2006, 19). Auch Spontanität kann als eine Stärke diesem Bereich zugeordnet werden (vgl. Gneist 2005, 28).

Das *vierte Kriterium* beschreibt die Impulsivität einer Person in Spannungszuständen in mindestens zwei Bereichen, die zur potenziellen Selbstschädigung führen kann. Diese umfassen jedoch explizit nicht die Symptome, die innerhalb des nächsten Kriteriums beschrieben sind (vgl. Rösel 2015, 20). Um den Begriff der Spannungsreduktion zu verstehen, ist es relevant, den Begriff der Spannung in den Fokus zu rücken. Diese wird als ein andauerndes Gefühl in Hochspannung beschrieben, mit dem Drang der Flucht ohne die Herkunft der Bedrohung zu kennen. Die Kontrolle von Impulsen in Spannungszuständen wird von den Betroffenen als schwierig erlebt (vgl. Kröger, Unckel 2006, 20). Beispiele für diese Bereiche sind süchtiges Essen, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren oder das Ausgeben von Geld (vgl. Gneist 2005, 26). So sind diese Handlungen als Versuche mit dem Ziel einer möglichen Spannungsreduktion (vgl. Rahn 2013, 21), und als „Verteidigungsmechanismen gegenüber Gefühlen von Einsamkeit und der Angst, verlassen zu werden“ (Kröger, Unckel 2006, 20) zu verstehen. Manchen Klienten kann es so gelingen, einen kurzen Augenblick das Gefühl einer Entspannung zu empfinden (vgl. ebd., 11). Teilweise entstehen so aber auch Verhaltensmuster, die den Klienten auf eine größere Zeitspanne schaden. Zudem kann auch hier ein Kreislauf einsetzen, da es zu einer Selbstabwertung kommen kann, welche „die Vermeidung von Konfliktlösungen verstärkt“ (ebd., 20). Dieses Verhaltensmuster ist somit angelernt und zeichnet sich durch impulsive Handlungen aus. Eine positive Sichtweise beschreibt, dass so immer wieder neue Ideen entstehen, um genau diese Gefühle zu vermeiden, und so oft eine hohe Kreativität vorhanden ist (vgl. Gneist 2005, 26). Gleichzeitig werden die Klienten als spontan und risikoreich beschrieben, da sie sich immer wieder spannenden Erfahrungen widmen. Da sich die Patienten oft nicht an die Folgen einer Verhaltensweise erinnern und so langfristige Folgen nicht kalkulieren können, wiederholen sie ihre Taten und Verhaltensweisen immer wieder (vgl. Chapman, Gartz 2014, 19-29).

Unter dem *fünften Kriterium* sind explizit „[w]iederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder –drohungen, selbstverletzendes Verhalten“ (Rösel 2015, 20) aufgeführt, die nicht im ersten oder vierten Kriterium zu finden sind. Diese explizit aufgeführten Handlungen sind ebenfalls als Versuche zur Spannungsreduktion zu verstehen (vgl. Rahn 2013, 21). Sie können auch als eine Folge der unter dem ersten Kriterium

aufgeführten Angst angesehen werden (vgl. Lawson 2006, 24). Diese Symptomgruppe unterscheidet verschiedene Formen. Manche Klienten mit einer BPS schneiden, schlagen oder verbrennen sich, um „keinen emotionalen Schmerz mehr zu spüren, die anderen versuchen gerade dadurch, wieder etwas zu spüren und aus der Isolation [...] herauszukommen“ (Kröger, Unckel 2006, 20). Es kann auch vorkommen, dass sich Betroffene selbst bestrafen wollen. Allgemein kann festgehalten werden, dass sich hinter den genannten Handlungen selten eine suizidale Absicht verbirgt. Für die Klienten selbst sind diese eine Art Lösungsmöglichkeit für ein Problem, weniger ein letzter Ausweg. Eher im Gegenteil, die aufgeführten Handlungen sind oft als ein Signal für den Wunsch nach Hilfe und Unterstützung oder als Versuch der Bindung an einen Partner zu verstehen (vgl. ebd., 20f).

Das *sechste Kriterium* umschreibt eine vorhandene Launenhaftigkeit mit raschen Stimmungsschwankungen, benannt mit dem Begriff der affektiven Instabilität (vgl. Lawson 2006, 42 sowie Rösel 2015, 20). Charakteristisch für dieses Merkmal ist der Vergleich mit einer Achterbahnfahrt der Emotionen. So können Betroffene in einem Augenblick gut gelaunt sein, während sie kurz darauf negativ gestimmt sind (vgl. Chapman, Gratz 2014, 27). Hierbei sind Verstimmungen einiger Stunden vorherrschend, es handelt sich selten um eine Zeitspanne mehrerer Tage. Stimmungsschwankungen können durch kleine, manchmal auch unbewusste Ursachen ausgelöst werden. In den meisten Fällen wird eine depressive Grundstimmung beschrieben, jedoch kann auch ein positives Gefühl wie Stolz und Freude als stark, euphorisch und fast rauschhaft erlebt werden (vgl. Kröger, Unckel 2006, 22). Solche Zeiten des Wohlfühlens sind jedoch weniger vorhanden (vgl. American Psychiatric Association 2005, 78), da vor allem Gefühle wie „Traurigkeit, Scham, Einsamkeit, Angst und Wut auf sich selbst“ (Chapman, Gratz 2014, 27) für diese Stimmungsschwankungen verantwortlich sind. Diese abrupten Wechsel der Grundstimmung werden auch von den Betroffenen oft als irritierend erlebt und können so zu einer Abwertung des Selbstbildes führen (vgl. Kröger, Unckel 2006, 22). Zusammen mit dem typischen Erscheinungsbild der BPS erklärt sich, wieso die BPS in der ICD-10 zu den emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen zählt.

Ein chronisches Gefühl der Leere ist unter dem *siebten Kriterium* genannt, und kann so Patienten mit einer BPS erfassen. Dieses als unerträglich beschriebene Gefühl kann in einer Zeitspanne, welche zwischen ein paar Minuten bis tagelang variiert, andauern. Durch Angst vor diesem Gefühl kann es zu einer besonders originellen Alltagsgestaltung sowie Urlaubsplanung kommen (vgl. Gneist 2005, 27).

Das *achte Kriterium* behandelt das Thema Wut und damit verbunden die Unangemessenheit sowie Heftigkeit dieser (vgl. Rösler 2015, 20). Beispiele sind, dass in Momenten, in denen intensive Wut gespürt wird, andere Menschen mit Gegenständen beworfen werden oder Streit angefangen wird. Auch körperliche Angriffe sind möglich. Die Wut der Betroffenen kann mit Zornesausbrüchen verglichen werden. Diese werden „häufig auf Menschen gerichtet, die den Betroffenen sehr nahe stehen“ (Kröger, Unckel 2006, 23). Es gibt auch Klienten, die an ihren Kindern körperlichen Missbrauch begehen. Betroffene schildern, dass in der jeweiligen Situation die eigene Wut oft nicht kontrollierbar ist. Demnach ist auch eine mangelnde Impulskontrolle unter diesen Punkt zu fassen (vgl. American Psychiatric Association 2005, 61). Die beschriebene intensive Wut und damit verbundene Gewalt wird häufig ohne Grund oder aufgrund eines Affektstaus ausgeübt. Hier spiegelt sich eine tiefe Verzweiflung der Klienten mit BPS wider. Mithilfe eines Wutanfalls versuchen die Betroffenen ebenfalls eine Spannungsreduktion zu erreichen. Dieser Versuch scheitert jedoch in den meisten Fällen (vgl. Gneist 2005, 87).

„Stressbedingte paranoide Gedanken oder Symptome der Dissoziation“ (Lawson 2006, 42) sind als *neuntes Kriterium* zu verstehen. Wenn Klienten mit einer BPS mit belastenden Situationen, wie beispielsweise dem Tod eines nahestehenden Menschen, konfrontiert werden, ist es möglich, dass sie paranoide Gedanken entwickeln oder den Kontakt zur Realität verlieren, an die zu einem späteren Zeitpunkt keinerlei Erinnerung geknüpft sind (vgl. Kröger, Unckel 2006, 24f). Dieser Verlust des Wirklichkeitsgefühls wird als Dissoziation verstanden. Besonders bei Klienten, die zu Alkohol- oder Drogenmissbrauch neigen, kann das Verhalten für sie und andere Menschen lebensbedrohlich werden (vgl. Lawson 2006, 33).

Nach der ausführlichen Beschreibung der Symptome wird der gemeinsame Kern der Instabilität in den Verhaltensmustern sichtbar. So kann sich Instabilität in den folgenden Bereichen konstatieren: Beziehungen, Gefühle, Selbstbild, Verhalten (vgl. Chapman, Gratz 2014, 27). Folglich „beeinflusst [...] die Borderlinestörung das Leben der Betroffenen umfassend“ (Rahn 2013, 11).

Abschließend ist es wichtig, die Individualität eines jeden Klienten zu betonen, wie bereits an den vielen verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten erkennbar ist. So weisen beispielsweise selbstverletzende Verhaltensweisen definitiv nicht direkt auf eine BPS hin, obwohl dies als Irrtum oft noch in der Gesellschaft kuriert (vgl. Schäfer, Rüter, Sachsse 2007, 14). Somit wird deutlich, dass „jede Borderline-Persönlichkeit ihre je einzigartige Kombination von Symptomen“ (Lawson 2006, 42) aufweist.

2.4 Verlauf und Folgen

Die genannten Merkmale einer BPS bilden sich in der Phase der Adoleszenz aus (vgl. American Psychiatric Association 2005, 13). Somit ist die BPS eine psychische Störung Heranwachsender sowie junger Erwachsener (vgl. Rahn 2013, 13). Sie entwickelt sich nicht von jetzt auf gleich. In dem meisten Fällen gehen dem Ausbruch der BPS viele unspezifische Vorsymptome voraus, die letztendlich in der Vielzahl zu einem bestimmten Zeitpunkt die BPS sichtbar werden lassen (vgl. ebd., 64). Dies erklärt den häufigen späten Zeitpunkt der Feststellung einer Diagnose. Somit liegt der Beginn einer BPS „im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen“ (Schäfer, Rüter, Sachsse 2007, 19).

Es gibt viele Möglichkeiten, eine BPS zu behandeln. Hierbei sind psychologische Behandlungsmethoden als besonders wirksam zu nennen. Es gibt speziell für die Behandlung der BPS die amerikanische Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT). Zudem kann eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein. Es ist empfehlenswert, neben dieser eine psychotherapeutische Behandlung, wie beispielsweise die DBT, aufzunehmen, und diese beiden Methoden miteinander zu kombinieren (vgl. Chapman, Gratz 2014, 51f sowie Armbrust, Link 2015, 144). Aufgrund der Forschungsfrage wird auf eine Erklärung dieser Methoden jedoch verzichtet.

Dank Studien zu dem Langzeitverlauf einer BPS konnte dargelegt werden, dass eine Besserung der Symptome möglich ist. So zeigen die Zahlen, dass bei 88% der Klienten mit einer BPS spätestens nach zehn Jahren die in dem DSM-5 aufgelisteten Kriterien nicht mehr als erfüllt angesehen werden können. So bestehen bei manchen Klienten einige Symptome weiterhin, während andere kaum mehr Symptome einer BPS aufzeigen. Aus diesem Grund ist der derzeitige Stand der Forschung, herauszufinden, was die genannten Ergebnisse zu der Fragestellung einer möglichen Gesundung bedeuten und wie dieser Begriff zu definieren ist (vgl. Armbrust, Link 2015, 25). Somit kann festgehalten werden, dass die „Erkenntnis der letzten Jahre ist, dass die Störung eine gute Prognose hat und sich bei vielen nach wenigen Jahren wieder zurückbildet“ (Rahn 2013, 12). Trotz der genannten guten Prognose spielen oft die individuellen Folgen der BPS eine Rolle, da sie weiterhin den individuellen Lebenslauf eines Klienten beeinflussen können (vgl. ebd., 13). Es bleibt unklar, in wie weit die Sicherung der jeweiligen Lebensqualität vorhanden ist (vgl. ebd., 30f). Schließlich kann also gesagt werden, dass „die Frage nach der Gesundung eine sehr persönliche, eine individuelle Betrachtung des eigenen Lebensweges“ (Armbrust, Link 2015, 208) ist.

2.5 Ursachen

Es gibt derzeit kein wissenschaftlich belegtes Modell, welches die Ursachen einer BPS mit allen Voraussetzungen darlegen und das Entstehen einer BPS erklären könnte. Dennoch gibt es zwei Erklärungsansätze, tiefenpsychologisch sowie neurobehavioral orientiert (vgl. Kröger, Unckel 2006, 26), die im Folgenden kurz erläutert werden sollen.

In der Tiefenpsychologie wird davon ausgegangen, dass die Klienten mit einer BPS eine Entwicklungsaufgabe nicht gemeistert haben. Hierbei handele es sich um die Tatsache, dass sie nicht gelernt haben, dass Bezugspersonen nicht nur positiv sind, sondern auch unangenehme Eigenschaften besitzen, oder in manchen Situationen nicht zur Verfügung stehen (vgl. ebd., 26f). Es wird angenommen, dass „diese fehlende Integration so genannter guter oder böser Anteile zu massiven inneren Spannungen führt, die von den Betroffenen nicht ausgehalten werden“ (ebd., 26) können. Dieser Ansatz beinhaltet somit die Sichtweise, dass bestimmte Verhaltensweisen im Erwachsenenalter vor allem anhand eines unbewältigten Prozesses in der Kindheit oder der Vergangenheit zu erklären sind. Neben diesem Ansatz wurde in letzter Zeit mit einer neurobehavioralen Sichtweise ein weiterer Erklärungsansatz erarbeitet. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass vor allem drei Hauptursachen für die Entstehung einer BPS markiert werden (vgl. ebd., 26f). Diese seien „eine angeborene stärkere Intensität der Gefühlsreaktionen, früh wirksame Störungen der Bindungserfahrungen sowie langjährige wirksame Erfahrungen von Invalidierung“ (Armbrust, Link 2015, 21). Diese Faktoren begünstigen die Entstehung einer BPS. Dies heißt jedoch nicht pauschal, dass wenn alle Hauptursachen erfüllt sind, in jedem Fall eine BPS entwickelt wird. Gleichzeitig ist auch herauszustellen, dass ein Klient eine BPS entwickeln kann, ohne alle drei, sondern beispielsweise nur zwei der genannten Merkmale zu erfüllen. Wichtig ist auch, dass die Patienten beispielsweise, wie oft fälschlicherweise angenommen, nicht zwangsweise ein Trauma erlebt haben müssen, um eine BPS herauszubilden (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, 13).

Zusammengefasst kann eindeutig festgehalten werden, dass die Frage, welche Bedingungen und Ursachen konkret zu einer BPS führen, (noch) keine eindeutige Antwort in der Forschung gefunden hat. Dennoch ergeben sich aus den zwei genannten Erklärungsansätzen bereits wichtige Erkenntnisse. Diese spiegeln sich vor allem darin wider, dass mehrere Aspekte zusammenkommen müssen, damit ein Individuum eine BPS entwickeln kann. Diese ist somit nicht angeboren, wenn auch aufgrund der Annahme von etwa 50% Erbllichkeit eine „gewisse familiäre Häufung der BPS zu beobachten“ (Chapman, Gratz 2014, 31) ist (vgl. ebd.).

2.6 Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Es wurde festgestellt, dass die BPS das Leben der Klienten umfassend beeinflusst (vgl. Rahn 2013, 11). Dies ist jedoch auch auf das individuelle Umfeld abzuleiten. So beeinflusst die psychische Störung auch Angehörige, wie etwa die Familie, Freunde oder die eigenen Kinder. Die Angehörigen „kommen vor allem über die zwischenmenschlichen Schwierigkeiten mit den Folgen der Borderlinestörung in Kontakt“ (ebd., 46). Im Folgenden soll sich auf diesen Personenkreis beschränkt werden, da nur sie die genannten Symptome des Patienten mit einer BPS gänzlich, bzw. am meisten wahrnehmen können. Zudem sind Angehörige und „Familienmitglieder die Ersten und manchmal für lange Zeit auch die Einzigen, die mit der Erkrankung konfrontiert sind“ (Dietzel 2014, 119). Eine Unterstützung sowie ein Rückhalt seitens dieser Menschen sind für viele Betroffene sehr entscheidend. So können sie bei ihren Angehörigen Kraft tanken, Hilfe oder Zuflucht finden (vgl. Chapman, Gratz 2014, 77). Die Schwierigkeiten darin liegen jedoch in einem erschwerten Beziehungsverhältnis zwischen den Betroffenen und ihren Angehörigen (vgl. Armbrust, Link 2015, 21). Das Verhalten der Personen mit BPS kann von Angehörigen meist nicht verstanden werden. Somit folgt eine große Unsicherheit und Überforderung seitens dieser, da die Klienten mit dem genannten Störungsbild in den meisten Fällen ihr Verhalten auch nicht erklären können und es so unverständlich für ihr Umfeld bleibt. Oft ahnen Nahstehende, dass „die Betroffenen große emotionale Probleme haben, wissen aber nicht zu helfen oder zu unterstützen“ (vgl. ebd.). Die vorherrschenden Reaktionen, die Angehörige am meisten beschäftigen, sind Sorge, Angst sowie Schuldgefühle (vgl. Chapman, Gratz 2014, 78). Ein „quälendes Gemisch“ (ebd.) dieser ergibt so das Reaktionsmuster von Angehörigen.

Mit dem Bewusstsein, welche Anforderung die Angehörigen als stabile Bezugspersonen der Klienten haben, ist es wichtig, dass sie sich intensiv mit der Thematik des Störungsbildes beschäftigen (vgl. Kröger, Unckel 2006, 158). So kann ein erfolgreicher Umgang versucht werden und vielleicht auch gelingen. Es gibt zahlreiche Ratgeber für Familienangehörige, die genau diesen Umgang trainieren und hilfreiche Kommunikationsstrategien vorschlagen (vgl. Schäfer, Rüther, Sachsse 2007, 108).

2.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede und BPS bei Müttern

Bezüglich der Frage der geschlechtsspezifischen Auftretenshäufigkeit ist zu sagen, dass die Diagnose einer BPS vor allem bei Frauen gestellt wird (vgl. American Psychiatric Association 2005, 69). Aufgrund mangelnder aktueller Zahlen können lediglich Pro-

zentzahlen von vor zehn Jahren benannt werden. In diesen wurde deutlich, dass von den gestellten Diagnosen einer BPS bundesweit 75% Frauen betroffen waren (vgl. Kröger, Unckel 2006, 13). In vielen Literaturwerken wird aus diesem Grund auch lediglich die weibliche Form benutzt. Die meisten Studien, Forschungen sowie literarischen Werke beziehen sich eher auf Frauen. Aus dieser Tatsache heraus besteht eine Forschungslücke, wie genau sich die BPS bei Männern im Gegensatz zu Frauen abspielt (vgl. American Psychiatric Association 2005, 69). Um auch Männer nicht zu vernachlässigen, wurden in dieser Arbeit bislang geschlechtsneutrale Definitionen vorgestellt. Um der Beantwortung der ersten Forschungsfrage näher zu kommen, werden jedoch im fortlaufenden Text Frauen, ganz spezifisch Mütter, mit einer BPS thematisiert.

„Auch wenn Frauen mit einer Borderline-Störung in anderen Rollen ausgezeichnet funktionieren können – die Rolle der Mutter ist die Aufgabe, die sie vor die allerhöchste Herausforderung stellt.“ (Lawson 2006, 15)

Aufgrund dieser Herausforderung ist die Mehrzahl der Fachleute kritisch gegenüber einem Kinderwunsch sowie einer möglichen Elternschaft, bzw. Mutterschaft, eingestellt. So sind sie der Auffassung, dass die Mutterrolle und die damit verbundene Fähigkeit, eine Mutter für ein Kind zu sein, bei einer Frau mit BPS nur stark eingeschränkt bis gar nicht erreicht werden kann. Dennoch ist es wichtig, auf eine individuelle Sichtweise hinzuweisen und hervorzuheben, dass Therapeuten von vielschichtigen Erfahrungen berichten (vgl. Armbrust, Link 2015, 98). Diese Tatsache ist von hoher Relevanz, da es laut Dietzel noch nicht lange her ist, als „man psychisch erkrankten Menschen das Recht absprach, Kinder zu bekommen und großzuziehen“ (Dietzel 2014, 121). Aus Angst vor dieser verinnerlichten Tatsache und dem Entzug der elterlichen Sorge, versuchen betroffene Mütter oft, so lang es ihnen möglich ist, ihre BPS zu verheimlichen. Dies erklärt, dass Frauen in vielen Fällen zu dem Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits Kinder haben (vgl. Reich 2013a). Allgemein stellt sich aus diesen Erkenntnissen heraus die Frage, inwieweit sich die dargestellte BPS dieser Frauen auf ihre Kinder auswirkt, und ob die benannte Sorge der Fachleute berechtigt oder unbegründet ist.

3 Entwicklung eines Kindes

Um aufzuzeigen, an welchen Stellen die Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung deutlich werden und wo Abweichungen zu durchschnittlichen Entwicklungsabläufen bestehen, muss zuerst die Entwicklung eines Kindes in den Vordergrund gerückt werden. Hierzu soll neben einer kurzen Begriffsdefinition der Kindesentwicklung die Bindungstheorie aufgeführt werden. Ergänzend soll die psychosoziale

Entwicklung nach Erikson als eine wichtige Grundlage für den weiteren Verlauf der Arbeit markiert und erläutert werden.⁴ Wichtig ist die Tatsache, dass es sich bei den dargelegten Theorien um Kurzdarstellungen handelt. Des Weiteren werden kritische Anmerkungen zu beiden Theorien aufgenommen, um den aktuellen Stand der Forschung zu gewährleisten und ein umfassendes Bild zu bieten.

3.1 Definition: Kindesentwicklung

Um den Begriff der Kindesentwicklung zu definieren, erfolgt zunächst die einzelne Betrachtung der Begriffe Kindheit und Entwicklung.

Die Kindheit wird heutzutage als eine eigenständige Phase angesehen und grenzt sich explizit von der Phase des Jugendalters sowie der Erwachsenen ab. Somit zeichnet sie sich durch eigene Entwicklungsaufgaben und -schritte aus (vgl. Albisser, Bieri Buschor, Keller-Schneider 2011, 18f), und beschreibt die Zeit ab der Geburt bis zum Eintritt der Geschlechtsreife (vgl. Hurrelmann 2011, 168). In der Entwicklungspsychologie wird bei dem Begriff der Kindheit zwischen dem Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter unterschieden. Das Säuglingsalter beschränkt sich in der Regel auf das erste Lebensjahr eines Kindes (vgl. Posth 2014, 33). Das Kleinkindalter wird zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr definiert. Schließlich folgt das Kindesalter, welches eine Zeitspanne zwischen dem dritten bis zum ca. zehnten bis zwölften Lebensjahr umfasst (vgl. Schwarzer 2015a, 11 und 24f). Hierbei kann zudem in die frühe, mittlere und späte Kindheit unterschieden werden. Die frühe Kindheit gliedert sich ungefähr zwischen dem vierten und dem sechsten Lebensjahr an, das mittlere Kindesalter zwischen dem siebten und zehnten Lebensjahr und die späte Kindheit bis zum Eintritt der Geschlechtsreife (vgl. Hurrelmann 2011, 168). An dieser Stelle ist jedoch hervorzuheben, dass sich die Kindesentwicklung durch die Individualität eines jedes Kindes auszeichnet. Zudem ist die Entwicklung eines Kindes auch immer abhängig von der Kultur, in der es aufwächst. Die genannte entwicklungspsychologische Alterseinordnung lässt sich der westlichen Kultur zuordnen.

Der Begriff der Entwicklung wird als die „Entfaltung eines inneren Bauplans“ (Albisser, Bieri Buschor, Keller-Schneider 2011, 20) verstanden. So erklärt sich, dass die Persönlichkeitsentwicklung sowohl abhängig von den genetischen Anlagen, den Lebenserfahrungen und dem individuellen Kind ist. Der Unterschied verschiedener entwicklungspsychologischer Theorien liegt in der Gewichtung und Fokussierung der Bedeu-

⁴ Die Erklärung der aufgenommenen Theorien findet sich in 3.1 (Definition: Kindesentwicklung).

tung dieser verschiedenen Faktoren (vgl. Schwarzer 2015b, 36f). Die Bindungstheorie beispielsweise erklärt, dass für die emotionale soziale Entwicklung des Kindes vor allem die unmittelbare Bezugsperson, welches meistens die Mutter darstellt, nach der Geburt im Vordergrund steht und so die Umwelt des Kindes abbildet. Die psychosoziale Entwicklung nach Erikson bildet eine Theorie, die besonders das Individuum als das Hauptbetrachtungsmerkmal auffasst (vgl. Schwarzer 2015a, 21). Beide Theorien beschreiben die emotionale soziale Entwicklung des Kindes, die in dieser Arbeit von hoher Relevanz ist. Dies erklärt die Darstellung und Verwendung der folgenden Theorien.

3.2 Bindungstheorie und Mutter-Kind-Bindung

In den folgenden Unterkapiteln sollen auf der Basis der Grundlagen der Bindungstheorie die Bindungsmuster sowie mögliche Bindungsstörungen beschrieben werden. Abgerundet wird dieses Kapitel mit der Aufnahme der kritischen Würdigung.

3.2.1 Grundlagen der Bindungstheorie

Auf der Grundlage von Untersuchungen und Beobachtungen von „elternlos gewordenen Heimkindern“ (Posth 2014, 21) entwickelte John Bowlby in den 1960er Jahren seine klassische Bindungstheorie. Er versteht die primäre Bindung als ein lang anhaltendes emotionales Band zwischen einem Kind und einer nicht auswechselbaren primären Bezugsperson, welches sich im Laufe des Säuglingsalters entwickelt (vgl. Lening, Lüpschen 2012, 7f). Bowlby beschreibt, welche Konsequenzen eine Bindung für weitere Beziehungen und die weitere soziale emotionale Entwicklung hat, und stellt aufgrund der Forschungsergebnisse die hohe Relevanz der frühkindlichen Bindung dar (vgl. Jovanovic 2015, 265). Neben Bowlby gibt es viele weitere Vertreter der Bindungstheorie. Hier sind unter anderem Mary Ainsworth, Karl-Heinz Brisch, Peter Fonagy oder Mary Target zu nennen (vgl. Poscheschnik 2016, 60).

In der klassischen Bindungstheorie wird typischerweise die Mutter als die primäre Bezugsperson beschrieben, da diese zweifellos die wichtigste Person in dem ersten Lebensabschnitt eines Kindes sei (Bowlby 2005, 13). Da die vorliegende Bachelor-Thesis die Auswirkungen einer mütterlichen BPS thematisiert, soll im weiteren Verlauf von einer Mutter als primäre Bezugsperson ausgegangen werden und somit von der Mutter-Kind-Bindung. Dennoch ist es wichtig an dieser Stelle zu betonen, dass ein Kind auch eine primäre Bindung mit einer anderen Person als der Mutter eingehen kann und dieses nicht auszuschließen ist. Die zentralen Grundlagen der Bindungstheorie werden oft mit einem Zitat Goethes beschrieben, welches besagt, dass ein Kind von seiner primären

Bezugsperson Wurzeln sowie Flügel geschenkt bekommen soll. Somit soll der Bindungstheorie zufolge die Bezugsperson dem Kind eine sichere Basis zur Verfügung stellen, die auf Vertrauen und Schutz aufgebaut ist, da sich das Kind nur so sicher genug fühlt, Neues zu erkunden und die Welt zu entdecken, also zu explodieren. Demnach ist insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter die Qualität der Bindung zur Mutter von entscheidender Wichtigkeit für die weitere Entwicklung des Kindes. Um eine Bindung aufzubauen, ist eine häufige Interaktion der Mutter mit dem Kind unabdinglich (vgl. Lengning, Lüpschen 2012, 7-10). Demnach bestimmt ihr Verhalten, insbesondere ihre mütterliche Feinfühligkeit in Bezug auf das Bindungsbedürfnis des Kindes, dessen bestimmte Bindungsqualität (vgl. Poscheschnik 2016, 60). Nach Mary Ainsworth beschreibt Feinfühligkeit die Art und Weise, wie die primäre Bezugsperson auf die Signale ihres Kindes reagiert. Die Fähigkeiten, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie folglich richtig zu interpretieren, schließlich angemessen und direkt zu reagieren sind somit charakteristische Merkmale für eine vorhandene Feinfühligkeit der Mutter (vgl. Grossmann 2014, 32). Dennoch hat auch das Kind selbst Einfluss auf die Bindungsqualität, vor allem aufgrund des eigenen Temperaments, welches sich als individuelle Besonderheiten eines Kindes bezüglich des emotionalen Verhaltens definiert. So kann auch eine Einschränkung seitens des Kindes, wie beispielsweise durch eine vorhandene Autismus-Spektrum-Störung, deutliche Einflüsse auf die Bindungsqualität hervorbringen. Bowlby setzt somit interne sowie externe Variablen voraus, welche ein Bindungsverhalten hervorbringen können (vgl. Bischof-Köhler 2011, 98).

Eine Bindung ist von einer Beziehung zu einer Bezugsperson klar abzugrenzen, da sich bei einer Bindung das Kind bemüht in der für das Kind schützenden Reichweite der Mutter zu bleiben. Fühlt sich das Kind also wohl, ist es fähig, seine Umwelt zu explodieren. So stehen sich Explorations- sowie Bindungsverhalten wechselseitig gegenüber, d.h. dass sich beispielsweise bei einer erfahrenen Unsicherheit das Explorationsverhalten des Kindes einstellt, das Bindungsverhalten jedoch erhöht gezeigt wird (vgl. Lengning, Lüpschen 2012, 11f). Für die weitere frühe Entwicklung ist das Kind auf eine Balance zwischen diesen beiden Polen angewiesen. Nur so kann es eigene Selbstwirksamkeitserfahrungen machen, Kompetenzen hinzugewinnen und sich schließlich zu einer autonomen Identität entwickeln (vgl. Hipp 2014, 76). Zuletzt ist zu benennen, dass die Bindungserfahrungen vom Kind in einer Form innerer Arbeitsmodelle gespeichert werden und so Auswirkungen auf weitere Beziehungsgestaltungen im Lebensverlauf haben können (vgl. Jovanovic 2015, 267).

3.2.2 Klassifizierung in verschiedene Bindungsmuster

„Kinder können sich in ihrer Bindungssicherheit voneinander unterscheiden.“ (Lenging, Lüpschen 2012, 14)

Ausgehend von dieser Heterogenität in der Bindungssicherheit ergeben sich verschiedene Bindungsmuster. In Anlehnung an Mary Ainsworth, ihre Ergebnisse im so genannten Fremde Situation-Test sowie dem Zusatz des desorganisierten Bindungsmusters in den 1980er Jahren, kann die Bindungssicherheit von Kindern in vier Bindungsmuster mit spezifischen Eigenschaften eingeteilt werden. In dem Fremde Situation-Test wurde das Verhalten eines Kindes in der Abfolge im Beisein der Mutter, alleine, mit einer fremden Person und schließlich wieder im Beisein der Mutter beobachtet. So kann die Bindung zwischen einem Kind und der Mutter als sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent oder desorganisiert klassifiziert werden (vgl. ebd., 14-20). Der Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis lässt es nicht zu, umfassender auf diesen Test einzugehen, jedoch werden die zentralen Ergebnisse innerhalb der Erläuterung der Bindungsmuster festgehalten. Diese sollen im Folgenden nacheinander erläutert werden. Durch die Darstellung aller Bindungsmuster bleibt der Blickwinkel für den weiteren Verlauf der Bachelor-Thesis offen, welches oder welche Bindungsmuster Kinder von Müttern mit einer BPS entwickeln können. Es handelt sich hier um kurze Erläuterungen.

Kinder mit einem *sicheren Bindungsmuster* zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Anwesenheit der Mutter als sichere Basis nutzen, um die eigene Umgebung zu erkunden. Es kann gesagt werden, „dass mütterliche Feinfühligkeit positiv mit der Entwicklung einer sicheren Bindung zusammenhängt“ (Jovanovic 2015, 268). Zudem zeichnen sich die Kinder durch emotionale Reaktionen auf eine Trennung von der Mutter, sowie durch Versuche aus, ihr zu folgen. Charakteristisch für das sichere Bindungsmuster ist ebenfalls, dass sich die Kinder selten von einer fremden Person trösten lassen, ist die Mutter jedoch wieder da, beruhigen sie sich in der Regel wieder schnell (vgl. ebd., 267). *Unsicher-vermeidend gebundene* Kinder zeichnen sich zumeist weder von einer äußeren Reaktion bei der Trennung noch bei der Wiederkehr aus (vgl. ebd.). „Gleichzeitig reagieren sie auf die fremde Person ähnlich wie auf die Bezugsperson“ (ebd.), so ist das Bindungs- und Beziehungsverhalten eher von Vermeidung geprägt. Das Explorationsverhalten der Kinder überwiegt, während sie sich emotional im Gegensatz zu der sicheren Bindung nicht an der Mutter orientieren (vgl. Gloger-Tippelt 2014, 87).

Die *unsicher-ambivalente Bindung* zeigt sich bei Kindern, die selbst im Beisein der Mutter lediglich bedingtes Explorationsverhalten zeigen, die teilweise heftig auf die

Trennung der Mutter reagieren, und bei denen das Bindungsverhalten eher als ambivalent, wie es auch dem Namen zu entnehmen ist, charakterisiert werden kann. So ist die Reaktion bei der Rückkehr der Mutter einerseits durch Nähesuchen, auf der anderen Seite durch Ärger geprägt (vgl. Jovanovic 2015, 267f).

Für das erst später hinzukommende *desorganisierte Bindungsverhalten* bei Kindern sind Verhaltensweisen typisch, die nicht in die anderen Muster einsortiert werden können. Die Kinder zeichnen sich so durch zum Teil sich widersprechenden, plötzlich aufhörenden oder stereotypen Verhaltensweisen sowie Bewegungen aus (vgl., ebd., 268). Auch das „Einfrieren der Bewegungen“ (ebd.) fällt unter dieses Muster.

Wichtig ist bei den dargestellten Bindungsmustern, dass immer das „Gesamtresultat der emotional-affektiven Interaktion“ (Posth 2014, 139) entscheidend ist. Dieses erlaubt ebenfalls Vorhersagen über die weitere soziale emotionale Entwicklung der Kinder. So kann beispielsweise gesagt werden, dass sicher gebundene Kinder später ein adäquateres Sozialverhalten zeigen oder Konflikte selbstständiger lösen können, als Kinder, die den anderen Bindungsmustern zugeordnet werden können (vgl. Lenging, Lüpschen 2012, 21). Zu beachten ist hierbei jedoch, dass neben der sicheren Bindung auch die beiden unsicheren Bindungsmuster als Normvarianten geltend gemacht werden können, lediglich die desorganisierte Bindung kann als anfänglich pathologisches Verhalten eingeordnet werden (vgl. ebd., 70). Ein typisches Bindungsverhalten zeigt sich somit meist schon im Säuglingsalter, und erweist sich gemäß der Bindungstheorie „relativ stabil über den Lebenslauf und in unterschiedlichen sozialen Kontexten“ (Poscheschnik 2016, 60). Bezüglich der Bindungsmuster ist zudem die intergenerationale Weitergabe der Bindungsmuster zu benennen. So zeigt die „Übereinstimmung von 68% zwischen der Bindungsrepräsentation der Mutter und der exakt entsprechenden Kategorisierung des Kindes“ (Jovanovic 2015, 270) deutliche Tendenzen.

3.2.3 Bindungsstörungen

Bindungsstörungen sind von den erläuterten Bindungsmustern klar abzugrenzen. Es handelt sich bei Bindungsstörungen „um gestörte Interaktionen und Kontaktaufnahmen, die beim Kind zu beobachten sind“ (Schwarzer 2015a, 29). Hierbei kann in zwei extreme Bindungsstörungen gemäß der ICD-10 unterschieden werden, die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1) und die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) (vgl. ebd.). Die Diagnosekriterien der DSM-5 sind mit diesen vergleichbar, so sind inhaltlich keine relevanten Unterschiede anzuführen (vgl. Jovanovic 2015, 290). Im Folgenden sollen beide Störungen kurz erläutert werden.

Charakteristisch für die *reaktive Bindungsstörung* sind Verhaltensweisen wie ambivalentes Sozialverhalten sowie Rückzug der Kinder (vgl. Schwarzer 2015a, 29). So weisen die Kinder mit einer reaktiven Bindungsstörung eher ein gehemmtes Verhalten auf, und bei schwierigen Situationen wird die Mutter so auch nicht als eine Quelle der Unterstützung genutzt (vgl. Lenging, Lüpschen 2012, 70). Die *Bindungsstörung mit Enthemmung* zeichnet sich charakteristisch durch eine wahllose Suche nach Beziehungen aus. Den Kindern mangelt es an einer selektiven Bindung. So ist diffuses sowie eher der Aufmerksamkeit suchendes Verhalten, teilweise anhängliches und auch distanzloses Verhalten typisch (vgl. Schwarzer 2015a, 29 sowie Lenging, Lüpschen 2012, 70).

Zusätzlich zu den zwei extremen Formen gibt es weitere klassifizierte Störungen in Bezug auf die Bindung. Hier sind unter anderem die *Störung mit sozialer Ängstlichkeit*, die *Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters* sowie die *Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen* zu benennen (vgl. Brisch 2011, 100). Der Rahmen der Bachelor-Thesis lässt jedoch einen genauen Einblick auf diese nicht zu.

Die Ursachen von Bindungsstörungen sind „vorwiegend im elterlichen Verhalten“ (Jovanovic 2015, 289) zu begründen. Demnach ist es bei allen Bindungsstörungen grundlegend, dass das vorhandene Bedürfnis nach Schutz und Nähe nicht ausreichend, nicht adäquat bzw. ambivalent beantwortet wurde (vgl. Brisch 2011, 60). Somit gehen Bindungsstörungen vor allem aus mangelnden Bindungserfahrungen, wie der Vernachlässigung, Verwahrlosung, usw. hervor (vgl. Posth 2014, 189). Dennoch ist zu beachten, dass Bindungsstörungen soziale, biologische sowie psychologische Ursachenfaktoren aufweisen können (vgl. Lenging, Lüpschen 2012, 78). Zudem ist an dieser Stelle zu betonen, dass eine unsichere Bindungsqualität keine Voraussetzung für das Vorliegen einer Bindungsstörung liefert (vgl. Brisch 2011, 102). Allgemein führen Bindungsstörungen zu Auffälligkeiten im Sozialverhalten, angängig von der Individualität eines jedes Kindes, wie stark diese ist (vgl. Jovanovic 2015, 293).

3.2.4 Kritische Würdigung der klassischen Bindungstheorie

Nach den dargestellten Kenntnissen über die Bindungstheorie ist der hohe Einfluss der Bindung an die primäre Bezugsperson für die weitere soziale emotionale Entwicklung kenntlich gemacht worden. Durch empirische Fundierungen sowie auch prospektive Längsschnittstudien ist die Bindungstheorie heutzutage zu den am besten wissenschaftlich begründeten Theorien zu zählen, welche die psychische Entwicklung eines Menschen zu erklären versuchen (vgl. Brisch 2011, 35). Die ersten empirischen Nachweise zur Transmission von Beziehungsmustern sowie des Einflusses frühkindlicher Bindun-

gen sind innerhalb der Bindungstheorie zu verorten, mit der der Blickwinkel innerhalb der Psychoanalyse geöffnet und erweitert wurde. Zudem ist sie nicht nur innerhalb, sondern auch außerhalb dieser bekannt (vgl. Poscheschnik 2016, 59f).

Trotz des großen Einflusses, der bedeutsamen Stellung und der positiv zu hervorheben- den Kritikpunkte gibt es auch einige Negative. So fokussiert die Bindungstheorie vor allem dyadische Beziehungen, klassischerweise die Mutter-Kind-Bindung. Trianguläre Beziehungen werden jedoch nicht thematisiert, obwohl sich besonders diese Sichtweise, mit besonderem Blick auf die Rolle des Vaters, als sehr lohnend erweisen kann (vgl. ebd., 64). So gibt es bereits Hinweise darauf, dass Väter wichtig für die Explorations- verhaltensweisen des Kindes sein können. Es ist möglich, dass ein Kind beispielsweise in Bezug auf die Mutter ein unsicheres, in Bezug auf den Vater jedoch ein sicheres Bin- dungsmuster aufweisen kann (vgl. Bischof-Köhler 2011, 227f). Des Weiteren wird die hohe Stabilität der Bindungsmuster zu hoch formuliert, so kann zwar in den ersten Le- bensjahren von einer Stabilität der Bindungsmuster ausgegangen werden. Bezüglich der lebenslangen Bindungsstabilität ist jedoch zu sagen, dass sich Kinder hinsichtlich dieser unterscheiden. Die erworbenen Bindungsmuster zeigen zwar eine stabile Tendenz, je- doch sind beispielsweise auch korrigierende Bindungserfahrungen, oder allgemein durch veränderte Lebensumstände auch veränderte Bindungsqualitäten und somit -muster längerfristig möglich (vgl. Jovanovic 2015, 269 sowie Lenging, Lüpschen 2012, 32f). Ein weiterer Kritikpunkt stellt dar, dass der Einfluss der mütterlichen Fein- fühligkeit in der Theorie zu bedeutsam dargestellt wird, so ist er zwar wichtig, jedoch sind auch andere Merkmale, wie beispielsweise eine positive Einstellung gegenüber dem Kind, relevant (vgl. Lenging, Lüpschen 2012, 27f). Zudem sind die Bindungsmus- ter in der Praxis eher als Prototypen anzusehen, und dienen eher der Veranschaulichung, als der wirklichen Einordnung, da die meisten Kinder eher als „Mischtypen“ anzusehen sind (vgl. Posth 2014, 139). Zuletzt soll darauf hingewiesen werden, dass die sichere Bindung keinesfalls normativ als die beste Bindung postuliert werden kann. So zeigen kulturvergleichende Studien, dass das als optimalste angesehene Bindungsmuster von Kultur zu Kultur variiert (vgl. Lenging, Lüpschen 2012, 22).

3.3 Psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson

Nach der Beschreibung der Bindungstheorie folgt die Darstellung der zweiten Theorie, der psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson. Um diese darzustellen, folgen nach einer ausführlichen Beschreibung der Grundlagen seiner Theorie und der Entwick- lungsaufgaben auch kritische Argumente und Sichtweisen hinsichtlich seiner Theorie.

3.3.1 Grundlagen der psychosozialen Entwicklungstheorie

Mit dem Fokus auf das Individuum und auf den Grundlagen der psychoanalytischen Theorie Sigmund Freuds entwickelte Erik H. Erikson im Jahr 1977 eine Theorie zu der Entwicklung von Identität (vgl. Albisser, Bieri Buschor, Keller-Schneider 2011, 26). Die psychosoziale Entwicklungstheorie Eriksons beinhaltet, dass Kinder in ihrer Entwicklung stets gefordert sind, Anforderungen der Umwelt und eigene biologische Triebe auszubalancieren und so eine Lösung zwischen Anlage und Umwelt zu finden, um sich individuell zu entwickeln (vgl. Schwarzer 2015b, 52). Seine Theorie beschreibt vor allem ein Phasenmodell, welches sich durch acht altersspezifische, aufeinander aufbauende Krisen auszeichnet, die jeweils durch Polaritäten charakterisiert sind und so die lebenslange psychosoziale Entwicklung von Kindern bis in das Erwachsenenalter hinein beschreiben (vgl. Köhn 2016, 37). So kann die Auseinandersetzung und Bewältigung jedes spezifischen Konflikts als eine Entwicklungsaufgabe angesehen werden, welche „Voraussetzung für das Meistern der sich daran anschließenden Entwicklungsaufgabe ist“ (Schwarzer 2015b, 54). Eine gelöste Entwicklungsaufgabe führe somit zu bestimmten Kompetenzen, abhängig von dem Grad der Bewältigung, die als eine Art Fundament für die folgende Entwicklung angesehen werden können (vgl. Poscheschnik 2016, 46). Auch das Scheitern einer Krise habe somit Einfluss auf die weiteren Stufen und somit auf die individuelle Identitätsentwicklung (vgl. Datler, Wininger 2016, 289).

3.3.2 Entwicklungsaufgaben nach Erikson

Das Krisenmodell samt der Entwicklungsaufgaben der psychosozialen Entwicklung nach Erikson soll im Folgenden dargestellt und erläutert werden. Hierbei ist jedoch die Beschränkung auf die Stufen der Kindheit aufgrund der Forschungsfrage zu benennen. Für die relevante Altersspanne der vorliegenden Thesis ergeben sich die ersten vier Stufen, da sich die weiteren vier Stufen im Jugendalter bis in ein hohes Alter hinein verorten lassen (vgl. Schwarzer 2015b, 54).

Der *erste Konflikt* der psychosozialen Entwicklung bei Kindern zeichnet sich durch den Erwerb von Urvertrauen gegen Urmisstrauen aus. Sich mit diesem Konflikt auseinanderzusetzen, ist Aufgabe eines Kindes im Säuglingsalter (vgl. Erikson 2012, 73). Ob Urvertrauen oder Urmisstrauen entsteht, ist ganz davon abhängig, ob die primären Bezugspersonen bzw. die Eltern ihrem Kind einfühlsam und fürsorglich entgegen treten oder ob sie sich eher fern halten, es vielleicht sogar vernachlässigen (vgl. Poscheschnik 2016, 46). Das daraus resultierende Urvertrauen oder Urmisstrauen „bestimmt das gan-

ze weitere Leben, mit welcher Einstellung der Mensch auf die Welt und seine Mitmenschen zugeht“ (Poscheschnik 2016, 46). So erklärt sich, dass durch das Kümmern der Eltern ein Kind Vertrauen generell, in die Umwelt unter besonderer Berücksichtigung der Eltern, und auch in sich selbst gewinnen kann. Dieses Vertrauen bildet eine grundlegende Voraussetzung für die weitere Entwicklung (vgl. Schwarzer 2015b, 54) und versteht sich somit als eine erfolgreiche Bewältigung des Konflikts. Die Faktoren Beständigkeit, Gleichförmigkeit und Kontinuität sind wesentlich für die Entwicklung von Urvertrauen (vgl. Lawson 2006, 16). Besonders eine Vernachlässigung oder der Verlust der gewohnten Mutterliebe in dieser Phase kann hohe negative Auswirkungen für die Identitätsentwicklung nach sich ziehen (vgl. Köhn 2016, 39). Wichtig ist hierbei der Aspekt, dass für eine erfolgreiche Bewältigung auch das Kennenlernen von Misstrauen für ein Kind trotzdem sinnvoll sein kann, solange dieses nicht zur dominierenden Gefühlslage umschlage. Denn so lerne das Kind, auch Gefahren kennen zu lernen (vgl. Schwarzer 2015b, 54).

Die *zweite Entwicklungsaufgabe* mit dem Titel „Autonomie gegen Scham und Zweifel“ (Erikson 1973, 75) lässt sich dem Kleinkindalter zuordnen. Ab ca. dem zweiten Lebensjahr expandieren die motorischen Fähigkeiten sowie Autonomiebestrebungen des Kindes. Diese beinhaltet auch die Sauberkeitskontrolle eines Kindes. Damit das Kind die genannte Autonomie erreichen kann, ist es an die Aufgabe der Eltern, das Setzen von Grenzen sowie Freiheiten auszubalancieren (vgl. Poscheschnik 2016, 46). Eine Autonomie in der Entwicklung beschreibt eine positive Bewältigung des Konfliktes, für diese ist zudem eine Unterstützung der Selbstbestimmung seitens des Umfeldes des Kindes von hoher Relevanz. Besonders bezüglich der Sauberkeitsentwicklung ist diese Unterstützung wichtig, damit das Kind Selbstkontrolle ohne den Verlust des Selbstwertes erlangen kann (vgl. Schwarzer 2015b, 54). Neben der Selbstkontrolle können folgende Merkmale Ergebnisse einer positiven Bewältigung sein: Selbstentfaltung, Kooperationsfähigkeit, Leistungsstolz, Gerechtigkeitsgefühl und somit eine sich entwickelnde Willenskraft (vgl. Köhn 2016, 39). Sind Eltern zu streng oder üben zu viel Kontrolle über das Kind aus, können bei dem Kind Gefühle wie Scham und Zweifel bezüglich des gezeigten Verhaltens aber auch zu sich selbst entstehen. Zweifel wird hierbei als eine Art des zweiten Misstrauens verstanden. Durch dieses wird die weitere Entwicklung erschwert und das Gefühlsleben des Kindes kann von Unsicherheiten oder auch Ängsten geprägt sein (vgl. Schwarzer 2015b, 54).

Erikson beschrieb die *dritte Phase* mit den beiden Polaritäten Initiative und Schuldgefühle (vgl. Erikson 1973, 87). Diese Phase liegt in der frühen Kindheit, die Kinder befinden sich somit im Spiel- sowie Kindergartenalter (vgl. Erikson 2012, 73). Das Spielen ist ab diesem Zeitpunkt „ein wesentlicher Bestandteil aller kommenden Phasen“ (ebd., 101). Somit sind eine erhöhte Wissbegier, das genannte Spiel mit Gleichaltrigen sowie der Ödipuskomplex typisch für diese Phase. Als Ödipuskomplex wird das Werben um den Elternteil des anderen Geschlechts verstanden (vgl. Poscheschnik 2016, 46). Nach Erikson möchte das Kind nun „herausfinden, was für eine Art von Person es werden will“ (Erikson 1973, 87). Hierzu sucht es nach Vorbildern sowie Erwartungen, Werten und Normen, auf welche das eigene Gewissen gebildet werden kann. Aufgrund der Tatsache, dass die primären Bezugspersonen oft genau diese vermitteln, spielen die Anforderungen, Erwartungen und Wertschätzungen seitens dieser eine große Rolle (vgl. Schwarzer 2015b, 54).

„Wenn die Eltern den Spielen des Kindes mit Wohlwollen begegnen, entsteht in ihm das Gefühl, dass seine Ideen und Initiativen etwas wert sind. Reagieren die Eltern aber ablehnend auf die Initiativen des Kindes, entsteht ein einengendes Über-Ich, das die Kreativität des Kindes fortan im Keim erstickt.“ (Poscheschnik 2016, 46)

An diesem Zitat wird sichtbar, wie wichtig das Spiel und die Reaktionen der Bezugspersonen für die Entwicklung des Kindes sind. Zudem ist innerhalb der dritten Krise zu beachten, dass ein Kind aufgrund der eigenen sich stets entwickelnden Fähigkeiten den korrelierenden Anforderungen versucht gerecht zu werden. Erfährt es jedoch in diesen Initiativen „zu oft Ablehnung, Beschämung und Zurückweisung, kann es sich schuldig fühlen“ (Datler, Wininger 2016, 289) und an diesem Schuldgefühl verzweifeln. So können weitere Initiativen durch übermäßige Schuldgefühle gehemmt oder blockiert werden (vgl. ebd.). Hieraus können Gefühle wie Resignation, Angst, Selbstbestrafung oder Übergehorsamkeit folgen (vgl. Köhn 2016, 39). Im Gegensatz dazu entsteht durch eine erfolgreiche Bewältigung ein „realistisches Ich-Ideal“ (Datler, Wininger 2016, 289) und damit verbunden Initiative, somit Merkmale wie Aktivität, Zielstrebigkeit, geistliche Beweglichkeit, Entscheidungskraft oder auch Verantwortlichkeit (vgl. Köhn 2016, 38f). Es lässt sich festhalten, dass ein Kind für eine erfolgreiche Bewältigung „immer wieder eine ausgewogene Balance zwischen einem sozial orientiertem Gewissen und seinem Mut, eigene Ziele zu verfolgen“ (Datler, Wininger 2016, 289) finden muss.

Die *vierte Stufe* und somit der letzte in der Kindheit zu verordnende Konflikt der psychosozialen Entwicklungstheorie nach Erikson zeichnet sich durch den Konflikt zwischen Werksinn und Minderwertigkeitsgefühl aus (vgl. Erikson 1973, 98). Somit spielt

sich dieser in der mittleren Kindheit bis zum Ende der hohen Kindheit ab, da sich die fünfte Phase in der Adoleszenz verordnen lässt (vgl. Poscheschnik 2016, 46). Ein Kind, welches diesen Konflikt versucht zu bearbeiten, befindet sich somit im Schulalter (vgl. Erikson 2012, 73). In der Schule wird es mit „Leistungsdruck und Konkurrenz konfrontiert“ (Poscheschnik 2016, 46). Zudem steigen die Berührungspunkte mit gesellschaftlichen Normen und Werten innerhalb außerschulischer Kontexte. Aus diesen Tatsachen heraus bildet sich „ein größeres Interesse am Erbringen von sinnvollen Leistungen und an Kooperationen mit anderen“ (Datler, Winingen 2016, 289). Anhand von Anerkennung seitens der Umwelt bezüglich der eigenen Leistungen und somit im Durchschnitt positiven, bzw. befriedigenden Erfahrungen kann ein Werksinn entstehen. Werksinn wird hierbei verstanden als eine Art Vertrauen oder Stolz bezüglich der eigenen Leistungen und Fähigkeiten, die für die weitere individuelle Entwicklung bestärkend wirken können (vgl. Poscheschnik 2016, 46 sowie Datler, Winingen 2016, 290). Später zeichnet sich das Kind durch Kompetenzen wie Leistungswilligkeit und -fähigkeit sowie einer positiven Arbeitshaltung aus (vgl. Köhn 2016, 39). Umgekehrt kann es aber auch zu einer erfolglosen Konfliktlösung kommen, was vor allem in einer immer wieder auftauchenden geringen oder fehlenden Wertschätzung seitens der Umwelt beispielsweise bei Misserfolgen des Kindes in der Schule zu begründen ist (vgl. Datler, Winingen 2016, 290). So kann sich ein konstant andauerndes Minderwertigkeitsgefühl bis hin zu einem Gefühl von Wertlosigkeit entwickeln (vgl. Schwarzer 2015b, 54). Durch dieses kann das Kind den Anforderungen der folgenden Entwicklungsphasen lediglich gehemmt sowie zögerlich entgegen treten (vgl. Datler, Winingen 2016, 290). Zudem kann es im späteren Verlauf zu Tugenden wie Leistungsunwilligkeiten, einem andauernden Pessimismus oder einer eingeschränkten Aufmerksamkeit führen (vgl. Köhn 2016, 39).

Nach der Darstellung der einzelnen Konflikte kann abschließend festgehalten werden, dass „Belastungs- und Bewältigungsmuster in der Kindheit [...] in der Regel für alle nachfolgenden Lebensphasen eine prägende Funktion“ (Hurrelmann 2011, 168) haben und dass das „Ergebnis der Lösung jeder Krise [...] in der Entstehung einer Grundstärke oder Ich-Qualität“ (Erikson 2012, 106) liegt. Die genannten Entwicklungsaufgaben der spezifischen Altersspanne in der Kindheit sind im Wesentlichen, „Vertrauen aufzubauen, Autonomie zu gewinnen, Vertrauen in die eigene Initiative zu erleben und den eigenen Wert und Vertrauen in eigene Leistungen zu erfahren“ (Schwarzer 2015a, 23) und finden sich in der jeweiligen erfolgreichen Bewältigung der Stufen wieder.

3.3.3 Kritische Würdigung der psychosozialen Entwicklungstheorie

Die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erik H. zeichnet sich bis heute durch eine hohe Anerkennung sowie Einfluss weit über die Psychoanalyse hinaus (vgl. Datler, Wininger 2016, 290) aus. Es ist positiv anzumerken, dass Erikson darlegt, welche spezifischen Besonderheiten einzelne Phasen in der Entwicklung haben können, sodass er ableitende Entwicklungsaufgaben gekennzeichnet hat und wie sich eine Lösung oder ein Misslingen dieser Phasen auf die eigene fortschreitende Entwicklung und Identität auswirken kann. So hat Erikson „erstmalig das ganze Leben von der Wiege bis zur Bahre als Entwicklungsprozess verstanden“ (Poscheschnik 2016, 47). Die Zusammenhänge zwischen den Entwicklungsphasen wurden folglich deutlich. So wurde der Grundstein für gegenwärtige Entwicklungsforschungen gelegt (vgl. Datler, Wininger 2016, 291).

Dennoch lassen sich einige Kritikpunkte an dem dargestellten Modell festhalten. Die für die Kindesentwicklung relevante Kritik soll im Folgenden kurz dargelegt werden. Laut Datler und Wininger sei in der Theorie Eriksons die Tatsache, dass Erikson die Entwicklungsstufen als „kulturunabhängige Meilensteine“ (ebd., 290) benennt nicht richtig ausgeführt und die Bedeutung soziokultureller Einflüsse sei in Realität wesentlich höher. Die Reichweite sei auf sich entwickelnde Kinder „einer bürgerlichen weißen Mittelschicht“ (ebd.) und die damit verbundenen Rahmenbedingungen begrenzt. Eine Entwicklung eines Kindes finde aber immer abhängig des kulturellen Kontextes statt. Zudem werden die Entwicklungsaufgaben als normativ beschrieben, welches ebenfalls aufgrund der individuellen Entwicklung eines jeden Kindes kritisch zu sehen ist (vgl. ebd., 290f). Innerhalb einer Altersspanne ist es jedoch nötig, ein hohes Maß an Heterogenität zu beachten.

4 Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung

Die beiden vorausgegangenen Kapitel haben grundlegende Informationen zu der BPS im Allgemeinen sowie zu der Kindesentwicklung mit den beiden dargestellten Theorien vorangestellt. So wurde die BPS mit seinem facettenreichen, individuellen Charakter beschrieben. Die Begründung der Beschränkung auf die Mutter sowie auf die beiden Theorien wurde ebenfalls genannt. Auf diese Kenntnisse aufbauend widmet sich dieses Kapitel den Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung. Zunächst folgt hierzu die Betrachtung des aktuellen Forschungsstandes. Auf dieses Wissen aufbauend werden die Auswirkungen auf die Kindesentwicklung mit Bezug auf die beiden Theorien erarbeitet, so können erste Antworten auf die erste Forschungsfrage ge-

funden werden. Des Weiteren werden in einem weiteren Unterkapitel Auswirkungen einzelner Symptome der BPS genannt, da „[e]ine Annäherung an diese wichtige Thematik [...] die Fragestellung [aufbringt], welche Symptome der Borderline-Störung sich auf ein Kind auswirken können“ (Armbrust, Link 2015, 98). Nach einer Thematisierung der geschlechtsspezifischen Unterschiede der Auswirkungen einer mütterlichen BPS bei Kindern, um die Heterogenität der Kinder in der ganzen Bandbreite zu thematisieren, folgt eine Diskussion der Kindeswohlgefährdungen. So wird anhand rechtlicher Grundlagen aufgezeigt, an welchen Faktoren Kindeswohlgefährdungen festzumachen sind, und ob diese aus den ausführlich beschriebenen Auswirkungen resultieren können. An dieser Stelle soll vorab darauf hingewiesen werden, dass es nicht nur um die Auswirkungen von Müttern mit einer diagnostizierten BPS geht, sondern dass der Begriff von Müttern mit BPS für die Mütter steht, die prinzipiell erstmal die typischen Symptome aufweisen, unabhängig von der Stellung der Diagnose.

4.1 Der aktuelle Forschungsstand im Überblick

Wie bereits in der Einleitung aufgeführt, sind die Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung „noch wenig reflektiert und gar nicht beforscht“ (Armbrust, Link 2015, 98). Weder bundesweit, noch weltweit gibt es zu diesem speziellen Thema empirische repräsentative Studien. Dennoch gibt es Publikationen, in denen die Autoren von ihren Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern von Müttern mit einer BPS berichten. Hier sind vor allem Ann Christine Lawson, Jana Reich und Manuela Rösel zu nennen, auf die sich in der vorliegenden Bachelor-Thesis konzentriert wird. Die amerikanische klinische Sozialarbeiterin Lawson stellte erstmals heraus, dass eine mütterliche BPS ein hohes Ausmaß an negativen Auswirkungen auf die Kindesentwicklung haben kann. Sie beschreibt beispielsweise, dass "[v]iele dieser Kinder [...] ihre Kindheit als ein emotionales Gefängnis" (Lawson 2006, 10) erleben und dass sie „ihre Kindheit hart am Abgrund einer Katastrophe“ (ebd., 53) verbringen müssen. Auf die Heterogenität der BPS sowie der Kindesentwicklung sei hier eindeutig hingewiesen. In Deutschland haben vor allem die Autoren Manuela Rösel sowie Jana Reich zu dem Thema aufgezeigt, welche Konsequenzen diese psychische Störung für das Kind haben kann und besonders Rösel geht „auf die [oftmals] zerstörerische, giftige, leise emotionale Misshandlung“ (Rösel 2015, 10) der Kinder ein. Rösel macht deutlich, dass von dieser Misshandlung nicht alle Kinder dieser Gruppe betroffen sind. Sie verallgemeinert nicht, sondern möchte auf die Lebenslage dieser Kinder aufmerksam machen und anhand ihrer Erfahrungen betonen, dass diese emotionale Misshandlung oft nicht wahrgenommen werde. Des Weiteren hat

in Deutschland Jowita Zick 2013 ihre Ergebnisse einer quantitativen Befragung sowie ihre Literaturrecherche zur „Transmission der elterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Entwicklungspotenziale der betroffenen Kinder“ (Zick 2013, 13) mit Berücksichtigung der Risiko- und Schutzfaktoren zusammengetragen. Zick hat nach mehr als einem halben Jahr intensiver Suche lediglich sieben erwachsene Kinder von Eltern mit einer BPS gefunden, die an ihrer Studie teilnahmen. Somit ist diese Studie aufgrund der kleinen Stichprobe nicht repräsentativ (vgl. ebd., 94-100). Zick hat die einzige empirische Studie in Deutschland aufgezeigt. Aufgrund der nicht vorhandenen Repräsentativität wird diese jedoch nur mit Bezug auf ihren Theorieteil in meinen weiteren Verlauf der Bachelor-Thesis einfließen.

Zusammengefasst ergibt sich, dass in der Forschung bislang die Auswirkungen einer mütterlichen BPS nicht ausreichend behandelt wurden und folglich eine Forschungslücke existiert. Dies stützt die Notwendigkeit, das Thema zu bearbeiten. Aufgrund der geringen empirischen und nicht vorhandenen repräsentativen Studien wird für die weitere Bearbeitung des Kapitels zusätzlich zu den genannten Ergebnissen auch Literatur und Forschungsergebnisse zu dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ aufgenommen, da hier umfangreiches Wissen sowie viele empirische Studien existieren. Aus diesen erklärt sich, dass das Aufwachsen von Kindern bei einem Elternteil mit einer psychischen Störung ein hohes Risikopotenzial für deren Entwicklung sich bringt (vgl. Lenz 2014, 23). Aufgrund der großen Vielfalt an psychischen Erkrankungen ist natürlich zu beachten, dass sich dieses Risiko unterscheidet. Bezüglich der BPS ist festzuhalten, dass „Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen das höchste Gefährdungsrisiko für psychische Störungen haben“ (ebd., 27). Demnach haben die Kinder von Müttern mit einer BPS eine erhöhte Wahrscheinlichkeit im Gegensatz zu Kindern von Müttern mit einer anderen psychischen Erkrankung, diese selbst zu entwickeln. Zudem sind die Auswirkungen einer mütterlichen psychischen Erkrankung auf die Kindesentwicklung je nach Alter des Kindes unterschiedlich. Je jünger ein Kind ist, desto schwerwiegender die Folgen (vgl. ebd., 29). Zusammengefasst ist also zu benennen, dass deutliche Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Kindesentwicklung zu benennen sind, sich diese jedoch hinsichtlich der Art und Schwere der Störung sowie des Kindesalters unterscheiden. Aufbauend und anhand dieser Erkenntnisse sollen nun Auswirkungen speziell einer mütterlichen BPS mit dem Blick auf die Kindesentwicklung erarbeitet werden.

4.2 Auswirkungen im Hinblick auf die Bindungstheorie und die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung

Die BPS einer Mutter hat eine Vielzahl an Auswirkungen auf die sozialen Bindungen der Mutter zufolge (vgl. Rahn 2013, 57), so auch hinsichtlich der Bindung an das eigene Kind. Bezüglich der Bindung zwischen Kind und Mutter ist es aufgrund der Heterogenität der BPS schwierig, dennoch anhand des typischen Erscheinungsbildes einer Mutter mit BPS möglich, generelle Schlüsse für die Entwicklung ihres Kindes anhand des bindungstheoretischen Hintergrundes zu nennen. So werden diese in Eigenarbeit erarbeitet. Aufgrund der geringen Forschungsergebnisse ergibt sich zudem die Schwierigkeit, Erkenntnisse zu belegen. Allgemein ergeben sich jedoch aus der Bindungstheorie eine Vielzahl an Konsequenzen bezüglich des Umgangs mit dem Kind, nach diesen muss die Mutter dem Kind als sichere Basis stets verfügbar sein. Die Kriterien, um als eine sichere Basis zur Verfügung zu stehen, sind vor allem in der Feinfühligkeit zu verordnen (vgl. Posth 2014, 141-247).

„Über alle Lebensphasen [...] hinweg besteht die Gefahr, dass Kinder von ihren psychisch kranken Eltern emotional nicht adäquat validiert werden, d.h. die emotionalen Reaktionen eines Kindes können von Eltern nicht adäquat wahrgenommen, verstanden und wertgeschätzt werden.“ (Lenz 2014, 31)

Die Erkenntnisse, welche in dem Zitat zu finden sind, lassen sich auf die Zielgruppe der vorliegenden Thesis beziehen, da Unberechenbarkeiten, Unbeständigkeiten sowie eine übermäßige Intensität als Merkmale einer BPS zu benennen sind (vgl. Lawson 2006, 16). Aus diesem Grund wird die These aufgestellt, dass es für eine Mutter mit einer BPS schwierig bis unmöglich ist, die Kriterien der mütterlichen Feinfühligkeit aufzuweisen. Wird die primäre Bezugsperson nicht als verlässlich erlebt, ist von einer ungünstigen Lage für die weitere Entwicklung auszugehen (vgl. Schwarzer 2015a, 21). Es stellt sich die Frage, welches bzw. ob es ein einhergehendes Bindungsmuster gibt, welches die Kinder von Müttern mit einer BPS entwickeln.

Festzuhalten ist, dass sich die vorhandene Instabilität der BPS auch in Bereiche, die das Kind betreffen, ziehen kann. So kann sich eine Mutter mit einer BPS, die sich durch das Symptom der affektiven Instabilität auszeichnet, aufgrund der deutlichen Stimmungsschwankungen nicht konstant in dem gleichen Maße um das Kind kümmern. Zudem können Mütter mit einer BPS in manchen Episoden ihre Kinder weder wahrnehmen noch versorgen (vgl. Hipp 2014, 74). Auch die Symptome der Wutanfälle oder der Tatsache, zu idealisieren und wieder abzuwerten, wirkt hier einem mütterlichen Fürsorgeverhalten entgegen. Aus den genannten Gründen kann das hohe Maß an Konstanz und

Zuverlässigkeit, welches Kinder brauchen, von Müttern mit einer BPS aufgrund ihrer Einschränkungen nicht gewährleistet werden (vgl. Rahn 2013, 181). Auch bei Müttern, die keine Kombination der genannten Symptome aufweisen, zeichnen sich durch das generelle Erscheinungsbild der Instabilität in den vier genannten Bereichen aus.⁵ So sind Faktoren wie „Sicherheit, Geborgenheit und Beständigkeit [...] für Kinder lebensnotwendige Bedürfnisse, für Kinder mit Borderline-Eltern [bleiben diese] aber unerfüllbar“ (Rösel 2015, 41), mit Blick auf den heterogenen Charakter zumindest weitestgehend. Aufgrund der nicht konstanten oder nicht vorhandenen Feinfühligkeit, der zumeist unerfüllten Bedürfnisse sowie dem widersprüchlichen Erleben der Mutter muss so davon ausgegangen werden, dass es für das Kind nicht möglich ist, eine sichere Bindung nach den Prinzipien der Bindungstheorie zu der primären Bezugsperson, der Mutter, aufzubauen. Auch Lawson sagt, dass die Kinder direkt zu Anfang keine sichere Bindung entwickeln (vgl. Lawson 2006, 11). Die genannte Erklärung, die in dem Werk Lawsons fehlt, lässt sich so aus den Symptomen einer BPS sowie den genannten Ergebnissen im Hinblick auf psychische Erkrankungen, ableiten. Im Folgenden sollen nun die letzten drei Bindungsmuster zusätzlich zu den genannten Ergebnissen des Fremde-Situations-Tests erklärt werden, um im Anschluss die Frage des Bindungsmusters eingehender beantworten zu können.

Bei Kindern mit dem Bindungsmuster einer *unsicher-vermeidenden Bindungsqualität* ist vor allem die ablehnende bzw. zurückweisende Haltung der Mutter in Situationen, in denen die Kinder Unterstützung suchen oder beispielsweise weinen, zu benennen. Aus diesem Grund „haben die Kinder die Bezugsperson als zurückweisend repräsentiert“ (Lenging Lüpschen 2012, 20). Aufgrund der elterlichen Zurückweisung kann so besagt werden, dass das kindliche Bedürfnis nach Zuwendung nicht erfüllt wird. Als Folge entwickelt das Kind ein vermeidendes Bindungsverhalten gegenüber der Mutter, aber auch anderen Bezugspersonen. Die Kinder suchen folglich nicht nach der Unterstützung der Mutter. So ist das eigene Verhalten eher von einer vermeidenden Haltung geprägt, und im späteren Verlauf der Entwicklung werden Beziehungen eher vermieden, oder schnell abgebrochen, der Umgang mit Emotionen ist als sehr geschlossen zu bezeichnen und negative Emotionen können seltener bis nicht gezeigt werden (vgl. ebd., 21). Aus den Beschreibungen einer mütterlichen BPS ist zwar vorstellbar, dass sich die Mütter aufgrund ihrer Einschränkung eher zurückweisend dem Kind gegenüber verhalten.

⁵ Die Bereiche sind am Ende der Auflistung der Symptome unter 2.3 (An den Kriterien des DSM-5 orientierte Symptome) erklärt.

Dennoch ist aufgrund des Erscheinungsbildes der BPS bei einer Mutter nicht unbedingt davon auszugehen, dass sich diese konstant zurückweisend verhält. Aufgrund der Instabilität in den verschiedenen Bereichen ist eher von Momenten, in denen sie zurückweisend ist, aber auch von Momenten, in denen sie das Gegenteil dem Kind gegenüber zeigt, auszugehen. Somit kann aus diesen Schlussfolgerungen die These aufgestellt werden, dass dieser Bindungstyp eher unwahrscheinlich ist und sich nicht aus dem typischen Erscheinungsbild der BPS und den damit verbundenen Auswirkungen auf das Kind ableiten lässt.

Bei dem *unsicher-ambivalenten Bindungsmuster* ist das nicht konstante sowie unberechenbare Verhalten in Bezug auf die kindlichen Bedürfnisse seitens der Mutter zu benennen. Demnach verhält sich die primäre Bezugsperson manchmal unterstützend und bietet Schutz, in anderen Situationen jedoch nicht. Die eigenen Strategien des Kindes bezüglich des eigenen Bindungsverhaltens sind somit unklar. Es ist auf der ständigen Suche nach der Nähe der Mutter und dessen Vergewisserung, während es sich auch widersetzt. Zudem sind auch bindungsbezogene Gefühle zu benennen, wie Trennungsängste, Wut oder auch Ärger (vgl. Lenging, Lüpschen 2012, 21). Dieser Bindungstyp ist bezüglich der Kinder von Müttern mit einer BPS vorstellbar, da die mütterlichen Verhaltensweisen aufgrund der affektiven Instabilität und der damit verbundenen Beziehungsgestaltung als ambivalent angesehen werden können, das Verhalten nicht konstant ist und auch unberechenbar, aber eben auch teilweise unterstützend sein kann.

In einer *desorganisierten Bindung* wird die primäre Bezugsperson entweder als verängstigend schwach oder als beängstigend bedrohlich erlebt. Das desorganisierte Bindungsverhalten bei einem Kind bedeutet, dass es einerseits durch traumatische Erfahrungen mit der Mutter verängstigt ist, während es andererseits durch sein angeborenes Bindungsverhaltenssystem Nähe und Schutz bei ihr suchen möchte. Diese paradoxe Situation verhindert ein zielgerichtetes Verhalten. Kinder in der Kategorie des desorganisierten Bindungsstils zeichnen sich zudem durch teilweise bizarre Verhaltensweisen aus, die sich widersprechen. Hierzu gehören auch stereotype Verhaltensweisen sowie das Einfrieren von Bewegungen (vgl. ebd.). Dieses widersprüchliche Verhalten der Kinder kann aufgrund der widersprüchlichen Verhaltensweisen der Eltern, wie einerseits den Kindern eine „potenzielle Quelle der Sicherheit“ (Jovanovic 2015, 289) zu bieten, andererseits aber auf sie auch bedrohlich zu wirken, begründet werden (vgl. ebd.). In diesem Bindungsmuster werden auch traumatische Erlebnisse des Kindes bezüglich der eigenen Mutter beschrieben. Anhand der Symptome einer BPS wird ersichtlich, dass dieses am-

bivalente Erleben der Mutter mit BPS möglich ist, so kann diese von einem Augenblick zum nächsten zwischen den genannten Polen schwanken. Vor allem die Beeinträchtigung in der affektiven Regulierung führt zu ambivalenten Verhaltensweisen und Spiegelungen der Mutter. So kann gesagt werden, dass ein Kind aufgrund der Verhaltensweisen der Mutter mit BPS eine „unsichere instabile emotionale Umgebung“ (Lawson 2006, 17) um sich hat. Durch diese erlangen häufig die Kinder zwei kontrastierende Wahrnehmungen von sich selbst, was auch zu diesem Bindungsmuster stimmig wäre. Die Möglichkeit dieser Bindungsqualität ergibt sich somit auch aus den theoretisch ableitenden Erkenntnissen.

Aufgrund des heterogenen Charakters der BPS, der Individualität der Kinder, sowie der nicht vorhandenen empirischen Grundlage wird sich an dieser Stelle dafür ausgesprochen, dass es nicht möglich ist, einen der genannten Bindungstypen klar zu benennen. So ist es an lediglich möglich, Tendenzen hinsichtlich der drei genannten Bindungsmuster zu formulieren. Bei der Beschreibung der unsicheren sowie des desorganisierten Bindungsmuster wird ersichtlich, dass vor allem die letzten beiden Bindungstypen bei Kindern und Müttern mit einer BPS aufgrund der aufgeführten Ambivalenz, die „zwischen Überbehütung und Vernachlässigung geprägt ist“ (Zick 2013, 61), die bei der BPS ein vorherrschendes Merkmal und Erscheinungsbild ist, in Frage kommen.

Aufgrund der belegten Wahrscheinlichkeit für die transgenerationale Weitergabe der Bindungsmuster ist es entscheidend, welches Bindungsmuster die eigene Mutter aufweist: Hier fasste Zick die bisherigen Studien zusammen und zeigte auf, dass Klienten mit einer BPS vor allem „unsichere und desorganisierte Arbeitsmodelle internalisiert“ (ebd.) haben. Da von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Weitergabe auszugehen ist, unterstützt dies die bereits dargelegte Annahme bezüglich der beiden Bindungsmuster.

„Kinder der psychisch kranken Eltern entwickeln aufgrund des beeinträchtigten elterlichen Fürsorgeverhaltens besonders häufig desorganisierte Bindungsverhaltensweisen.“ (Lenz 2014, 198)

Kann das Fürsorgeverhalten einer Mutter mit einer BPS auch als beeinträchtigt angesehen, und so folglich Tendenzen hinsichtlich des desorganisierten Bindungsmusters beschrieben werden? Abgeleitet von den oben dargelegten Inhalten ist davon auszugehen, dass ein beeinträchtigtes mütterliches Fürsorgeverhalten sowie das aufgeführte widersprüchliche Verhalten der Mutter aufgrund der vorhandenen Instabilität in verschiedenen Bereichen bei einer Mutter mit einer BPS in vielen Fällen vorliegt. Folglich kann aus der empirisch nachgewiesenen Erkenntnis der allgemeinen psychischen Erkrankung

die These gezogen werden, dass Kinder von Müttern mit einer BPS auch häufig ein desorganisiertes Bindungsmuster aufweisen. Bezüglich eines desorganisierten Bindungsmustern ist zu sagen, dass ein Kind mit dieser Bindungsqualität mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung sowie ein auffälliges Verhalten ausbildet (vgl. Jovanovic 2015, 289).

So wird zusammengefasst ersichtlich, dass anhand Schlussfolgerungen aus den genannten generellen Symptomen einer BPS sowie aus der aufgeführten Bindungstheorie die These gezogen werden kann, dass Kinder von Müttern mit einer BPS am wahrscheinlichsten eine unsicher-ambivalente oder desorganisierte Bindung an ihre Mutter eingehen. Zudem wurde aufgrund der Folgerungen der Erkenntnisse bezüglich psychischer Störungen ersichtlich, dass vor allem eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bezüglich des desorganisierten Bindungsmusters vorliegt. Nach der Darstellung der möglichen Bindungsmuster soll sich vor Augen gehalten werden, dass die Bindungstypen eher als ein theoretisches Konstrukt anzusehen sind. Für die dargelegte Ausführung ist Voraussetzung, dass die Mutter die primäre Bezugsperson bildet, was in der Praxis auch anders aussehen kann. Zudem wurden die Ergebnisse auf der Grundlage der bindungstheoretischen Erkenntnisse beschrieben. Aufgrund der auch aufgeführten Kritik ist jedoch zu beachten, dass lediglich die dyadische Mutter-Kind-Beziehung thematisiert wurde. Die Rolle des Vaters könnte beispielsweise dem Kind zu einem erhöhten Explorationsverhalten verhelfen. Des Weiteren wurden bislang Hilfesysteme, wie heilpädagogische Familienhilfen oder Angehörige ignoriert. Diese können durch viel Unterstützung zu einer verbesserten Mutter-Kind-Beziehung verhelfen. Zudem ist aufgrund der Kritik eindeutig zu sagen, dass sich die erworbenen Bindungsmuster auch verändern können, und so korrigierende Bindungserfahrungen möglich sind.

Es kann von einer vorhandenen Wahrscheinlichkeit einer Anfälligkeit der genannten Zielgruppe für Bindungsstörungen ausgegangen werden, da bei allen Bindungsstörungen grundlegend ist, dass das Bedürfnis nach Schutz und Nähe nicht ausreichend, adäquat bzw. ambivalent beantwortet wurde (vgl. Brisch 2011, 60), Da diese konkret aufgrund mangelnder Bindungserfahrungen, wie der Vernachlässigung, entstehen können, ist vorerst der Frage nachzugehen, ob mangelnde Bindungserfahrungen, wie beispielsweise der Vernachlässigung⁶ des Kindes vorliegen. Dies ist im Einzelfall abzuwägen, und somit vorerst an dieser Stelle nicht hinreichend zu beantworten.

⁶ Die Begriffsbestimmung des Terminus Vernachlässigung wird unter 4.6 (Diskussion der Kindeswohlgefährdungen) thematisiert. In Bezug auf die Bindungsstörungen wird die Argumentation dort ergänzt.

Da das prägnanteste Wahrnehmungsmuster bei Müttern mit einer BPS das sogenannte Schwarz-Weiß-Denken ist, kann es auch zu Zuschreibungen bezüglich der eigenen Kinder kommen. So können Rollen von gut und böse, bzw. schwarz und weiß, bei Geschwisterkindern aufgeteilt werden. Einem Einzelkind kann auch lediglich eine Rolle zugeschrieben werden (vgl. Rösel 2015, 71). Diese Zuschreibungen können dazu führen, dass es unter den eigenen Kindern ein sogenanntes „böse[s] Kind“ (ebd.) und/ oder ein sogenanntes „gute[s] Kind“ (ebd., 72) gibt, die Wahrnehmung der Kinder ist demnach gespalten. Zudem kann es auch vorkommen, dass einem Kind keine generelle Zuschreibung zugesprochen wird, und so teilweise positiv sowie in anderen Situationen negativ wahrgenommen wird, und so nicht diese eine Zuschreibung in sich hat (vgl. Lawson 2006, 143) Hierbei kann festgehalten werden, dass sich Kinder in der Art und Weise wahrnehmen, wie die Eltern dies tun (vgl. ebd., 145). Wichtig ist bei diesen Wahrnehmungen jedoch zu beachten, dass keine Mutter sich bewusst dafür entscheidet, „ein Kind mehr zu lieben als ein anderes“ (ebd.).

So werden dem „bösen Kind“ negative Eigenschaften zugeschrieben, die das Kind mit der Zeit oft verinnerlicht und sich selbst abwertend wahrnimmt. Das Kind dient zum „Ausagieren und somit dem Abbau von Aggressionen und Druck“ (Rösel 2015, 71) seitens der Mutter. Aufgrund der negativen und zerstörerischen Zuschreibung ist bei diesen Kindern von einer erhöhten Wahrscheinlichkeit selbst eine BPS zu entwickeln, auszugehen (vgl. ebd., 72). Das „gute Kind“ wird eher idealisiert, positiv projiziert und so als eine Verbündete bzw. Vertrauensperson seitens der Mutter angesehen. Als eine Art Retter ist es seine Aufgabe, die Familie zusammen zu halten. Im Zuge dessen kann es zu einer Rollenumkehr kommen (vgl. Reich 2013b). Die Rollenumkehr, nach Albert Lenz unter *Parentifizierung* aufgefasst, ist ebenfalls ein Zeichen einer Bindungsstörung, welche auftritt, wenn ein Kind eine Elternrolle übernimmt. In dieser müssen die Kinder ihren Eltern eine emotionale Sicherheit bieten. Dies führt dazu, dass die Ablösungsentwicklung gehemmt und verzögert wird (vgl. Lenz 2014, 210f). So fühlen sich Kinder von Müttern mit einer BPS für das Wohlergehen dieser verantwortlich und lassen die eigenen kindlichen Bedürfnisse in den Hintergrund rücken (vgl. Lawson 2006, 68). Während ihrer Kindheit wirken diese oft wie „kleine Erwachsene“ (Armbrust, Link 2015, 99), die Folgen dieser Parentifizierung werden jedoch erst später deutlich, wenn die Kinder beispielsweise im eigenen Leben immer Verantwortung für andere, jedoch nicht für sich selber, übernehmen (vgl. ebd.)

Abschließend soll das Zitat von Goethe noch einmal aufgegriffen werden: „Zwei Dinge sollen Kinder von ihren Eltern bekommen: Wurzeln und Flügel“ (Goethe zitiert nach Lenging, Lüpschen 2012, 7). Mütter mit einer BPS können aufgrund der dargelegten Begründungen keine sichere konstant zugängliche Basis bilden, um Kindern Schutz und Verlässlichkeit zu sichern. Da sich Kinder jedoch nur dann sicher fühlen und explodieren, kann die These gezogen werden, dass für Kindern von einer Mutter mit BPS die Haltung einer Balance zwischen dem Bindungs- und Explorationsverhalten schwierig bis unmöglich ist, und sie nicht im vollen Maße Wurzeln und Flügel von ihrer Mutter geschenkt bekommen können. Es ist anhand dieses Bildes eindeutig festzuhalten, dass auf dem Hintergrund bindungstheoretischer Ansichten negative Auswirkungen für die Entwicklung und Reifung des Kindes aufgrund der Krankheit der Mutter vorhanden sind. Diese spiegeln sich vor allem in den gezogenen Thesen wider.

4.3 Auswirkungen im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson

„Aus der Bindungstheorie ist bekannt, dass das Entwickeln von Urvertrauen unabdingbar für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung ist.“ (Zick 2013, 75)

Dieses Zitat bildet die Brücke zwischen beiden Theorien, da es zeigt, dass diese zusammenhängen und die Entwicklung eines Kindes nicht nur anhand einer Sichtweise beleuchtet werden kann. Auf eine Diskussion des Terminus ‚gesund‘ wird an dieser Stelle verzichtet. Ergänzend werden nun die Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung im Hinblick auf die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson benannt. Hierzu sollen die Auswirkungen auf die einzelnen Phasen konkret erarbeitet und beschrieben werden.

Ob die *erste psychosoziale Phase mit den Polaritäten Urvertrauen und Urmisstrauen* nach Erikson gelingt, ist vor allem von der Feinfühligkeit sowie Einfühlsamkeit der Mutter abhängig, die wie bereits beschrieben wurde, bei einer Mutter mit BPS dem Kind mit großer Wahrscheinlichkeit nur eingeschränkt zur Verfügung steht. Es ist den Müttern aufgrund ihrer Einschränkungen nicht möglich, den Kindern Beständigkeit sowie Stabilität zu vermitteln (vgl. Rösel 2015, 9). Vor allem der sogenannte „Umschlag“ (Lawson 2006, 124) kann sich auf die Kinder in dieser Phase, aber auch in allen weiteren, sehr deutlich auswirken. So wird dieser als ein plötzlicher Umschwung der Stimmung und somit der Tatsache, dass zärtliche Verhaltensweisen und Liebe gegenüber dem Kind abrupt entzogen werden, beschrieben (vgl. ebd., 125). Bezogen auf die erste psychosoziale Krise Eriksons wird deutlich, dass es für die Kinder von Müttern mit ei-

ner BPS schwierig bis tendenziell unmöglich sein kann, ein Urvertrauen zu entwickeln. Dieses wäre jedoch für das eigene Selbstvertrauen sowie das Vertrauen in andere, in das Leben und auch in die Welt von hoher Bedeutung (vgl. Rösel 2015, 12). Dadurch wird deutlich, dass die nicht vorhandene Basis des Urvertrauens nach der psychosozialen Entwicklungstheorie nach Erikson, und somit eine erfolglose Konfliktlösung, viele Probleme für die weitere Entwicklung und auch für die Entwicklungskrisen nach Erikson nach sich ziehen kann.

Ob die *Entwicklungsaufgabe mit den Polaritäten Autonomie sowie Scham und Zweifel* von Kindern mit Müttern mit einer BPS erfolgreich gemeistert werden kann, ist ebenfalls anhand des typischen Erscheinungsmusters fraglich. So sagt Rösel, dass sich die Kinder „permanent als mangelhaft [erleben] und [...] in der Konsequenz Schuld- und Schamgefühle, sowie die beständige Angst, auf Grund ihrer Unzulänglichkeit, verlassen zu werden“ (ebd., 9), entwickeln. Dies kann damit begründet werden, dass durch die BPS der Mutter, die Kinder immer wieder in verschiedene Konflikte geraten, die unlösbar erscheinen und denen sie nicht gewachsen sind. Hier ist beispielsweise das „nur gute“ Kind zu nennen, welches in den meisten Fällen den Ansprüchen der Mutter niemals gerecht werden kann (vgl. ebd., 73). Es wird deutlich, dass die Nichterfüllung der zweiten Krise bei den Kindern besonders Ängste vor Trennung und dem Verlassenwerden erklärt. Des Weiteren bildet die Tatsache, dass Mütter mit einer BPS aufgrund der nicht vorhandenen konstanten Verhaltensweise oftmals keine angemessenen sowie konstanten Grenzen setzen können (vgl. ebd., 15) können, eine Voraussetzung für die Bildung von Zweifelgefühlen, und wirkt dem Prozess der Autonomie entgegen. So sagt auch Rösel, dass von der BPS betroffene Mütter nicht in der Lage seien, ihre Kinder in der Autonomie zu stärken und sie so bei dem Prozess des Loslassens zu unterstützen (vgl. ebd., 9). Dennoch ist besonders in dieser Phase zu benennen, dass nicht nur die Mutter, sondern auch beispielsweise andere Familienangehörige, dem Kind zu der erfolgreichen Lösung dieser Krise verhelfen können, und so nicht pauschal zu benennen ist, dass Kinder diese Phase nicht erfolgreich bewältigen können.

Wie Rösel benennt, können sich bei den Kindern nicht nur Scham-, sondern auch Schuldgefühle, entwickeln. So ist sich anhand der *dritten Phase Eriksons* die Frage zu stellen, ob pauschalisiert werden kann, dass eine Mutter mit BPS ablehnend auf die Initiativen des Kindes reagiert. Für die Diskussion der Bewältigung der dritten Phase ist zudem auch das „negative[...] Bild von sich und der Welt, welches seine eigene Lebensfähigkeit massiv einschränkt“ (ebd., 63) des Kindes zu benennen, wenn es die ersten

beiden Phasen nicht erfolgreich meistern konnte. Dies stellt besonders für diese Phase eine ungünstige Voraussetzung da, wenn hinzukommend die Eltern das Kind auf seine Initiativen hin nicht unterstützen. Eine Mutter mit einer BPS kann ein Kind aufgrund der Instabilität in den Verhaltensweisen nicht adäquat konstant unterstützen. Dennoch kann nicht gesagt werden, dass deswegen die ablehnende Haltung überwiegt. Dies hängt ganz davon ab, wie die Mutter mit BPS auf Initiativen und das Spiel des Kindes in Phasen eingeht, wo sie es könnte. Zudem ist hinsichtlich der zweiten und dritten Entwicklungsaufgabe nach Erikson zu sagen, dass eine Mutter mit BPS ständig versucht, die Bezugspersonen zu kontrollieren und sie auch zu manipulieren, um der eigenen Angst nicht ausgeliefert zu sein. So erweist sich „für die Manipulation das Übertragen von Schuld- oder Schamgefühlen“ (Rösel 2015, 25) als besonders hilfreich aus Sicht der Patienten mit einer BPS (vgl. ebd.). Wird diese Manipulation auch bei den eigenen Kindern ausgeübt, kann sich besonders in diesen beiden Phasen das negative Selbstbild der Kinder verfestigen und Schuld- und Schamgefühle in sich integriert werden.

Bezüglich des *vierten Konfliktes zwischen Werksinn und Minderwertigkeitsgefühl* ist zu sagen, dass die Mutter aufgrund ihrer Erkrankung an der BPS weder den Hilfsbedarf des Kindes bezüglich der Lerninhalte der Schule konstant wahrnehmen sowie das Kind bei diesen unterstützen kann. Zudem ist von permissiven Verhaltensweisen der Mutter bezüglich des Schulschwänzens auszugehen (vgl. ebd., 15). Da zudem die Kinder von Müttern mit einer BPS oft damit beschäftigt sind, die Stimmungen der Mutter herauszufinden, um eine mögliche aufkommende Krise zu verhindern, kann es auch dazu kommen, dass es ihnen schwerfällt, sich generell aber auch in der Schule zu konzentrieren, da ihre Gedanken nicht bei dem Lernstoff liegen (vgl. Lawson 2006, 25). Diese beiden Tatsachen bilden das Risiko, dass auch die eigenen Leistungen eher abmildern und das Kind so nicht in eigene Leistungen vertraut. Bei dieser Entwicklungsaufgabe sind jedoch Anerkennungen seitens der Umwelt bezüglich der eigenen Leistungen und der damit verbundene Durchschnitt von positiven oder negativen Erfahrungen relevant. Somit ist die Mutter mit BPS ein Teil dieser Umwelt. In wie weit diese Phase gemeistert werden kann, ist also auch von Lehrern, Mitschülern, Geschwistern, etc. abhängig.

Zusammengefasst ist anhand der psychosozialen Entwicklungstheorie nach Erikson zu erkennen, dass eine Mutter aufgrund ihrer BPS viele Eigenschaften besitzt, die für die Entwicklung ihres Kindes nicht förderlich sind. So kann die These gezogen werden, dass eine Mutter mit einer BPS vor allem in der Säuglingszeit ihres Kindes nicht in vollem Maße das Bedürfnis nach Nähe, Schutz und Zuneigung erfüllen kann und sich so

aller Voraussicht nach bei dem Kind in dieser Dyade kein Urvertrauen entwickeln kann. So muss von der nicht erfolgreichen Bewältigung der ersten psychosozialen Krise ausgegangen werden. Alle weiteren Phasen hängen nicht allein von der Mutter ab, und somit ist es nicht möglich hier deutliche Aussagen zu treffen. Dennoch sind Tendenzen bezüglich der BPs der Mutter zu erkennen, die eher zu erfolglosen Krisenbewältigungen führen. Demnach ist zu erkennen, wieso die Auswirkungen einer mütterlichen BPS höher sind, je jünger das Kind ist. So ist vor allem in dem Säuglingsalter des Kindes die Mutter als primäre auch die wichtigste Bezugsperson. Die Bedeutung weiterer Bezugspersonen erhöht sich, je älter das Kind wird. Dies ist auch anhand der psychosozialen Phasen nach Erikson zu erkennen. Wichtig ist jedoch auch, aufgrund der kritischen Würdigung der psychosozialen Entwicklungstheorie, zu beachten, dass eine Bewältigung einer Krise auch von Hilfsmöglichkeiten, -personen und -systemen abhängt. So kann ein Partner viel dazu leisten, das Kind zu unterstützen und durch das trianguläre Verhältnis auch während der Säuglingszeit dem Kind zu mehr Sicherheit zu verhelfen. Des Weiteren können beispielsweise im Kindergarten Erfahrungen der Kinder dazu führen, dass eine Krise im Nachhinein nachgeholt wird. Zudem wird in der Kritik benannt, dass die Entwicklungsaufgaben als normativ beschrieben werden. So ist bei Kindern von Müttern mit einer BPS zu beachten, dass auch ohne die erfolgreiche Bewältigung einer Entwicklungsaufgabe sich das Kind erfolgreich entwickeln kann. Hier spielt zum Beispiel die Resilienzfähigkeit⁷ des Kindes eine hohe Rolle. Allgemein sind so die dargelegten Erkenntnisse immer aufgrund eines theoretischen Hintergrundes zu sehen.

4.4 Auswirkungen einzelner Symptome der BPS

Nachdem bereits deutlich wurde, welche negativen Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung anhand der zwei genannten Theorien bestehen, soll nun auf die Auswirkungen anhand der Darstellung der einzelnen Symptome der BPS eingegangen werden. So werden die Ergebnisse dahin gehend ergänzt, dass aufgezeigt wird, welche der neun Symptome sich bezüglich der Kindesentwicklung mehr, weniger, direkt, indirekt oder negativ auswirken können und so deutlich wird, dass die Schwere der Auswirkungen davon abhängt, welche Kombination der BPS eine Mutter in sich trägt.

⁷ „Im Konzept der Resilienz werden die Faktoren und Bedingungen untersucht, die dazu beitragen, dass Kinder trotz belastender Situationen gesund bleiben und sich umfassend und altersgemäß entwickeln“ (Esser 2014, 147), somit definiert die Resilienzfähigkeit eine psychische Widerstandsfähigkeit schwerer Lebensbedingungen durch Schutzfaktoren.

So sind als erstes die Auswirkungen der *Verhinderung des Verlassenwerdens der Mutter* zu thematisieren. Auch eine Mutter mit einer BPS versucht so viel sie kann, das Gefühl des Alleinseins zu vermeiden. Zudem geht aus Lawsons Erkenntnissen hervor, dass „[d]ie Angst der Borderline-Mutter vor dem Verlassenwerden [...] in permanentem Widerspruch zu dem Bedürfnis des Kindes [steht], sich abzugrenzen und von der Mutter zu lösen“ (Lawson 2006, 40). So kann es dazu kommen, dass sie teils deutliches Druck auf das Kind ausübt, anstatt es in dem eigenen Ablösungsprozess zu unterstützen, wie es auch in der zweiten Phase Eriksons bereits erklärt wurde.

Bezüglich des zweiten Symptoms der *Idealisierung und Entwertung* ist bereits das angeklungene Aufteilen von gut und böse, bzw. schwarz und weiß, zu markieren. Dies ist hinsichtlich der Behandlung der Geschwisterkinder sowie auch der Wahrnehmung untereinander zu ergänzen. „So spielt für die Geschwisterliebe die Gleichbehandlung der Kinder durch die Eltern eine wichtige Rolle, verbunden mit dem Respekt für die Individualität und Besonderheit jedes Einzelnen“ (Posth 2014, 213). Demnach kann es passieren, dass das „böse Kind“, wenn es Geschwister hat, von diesen genauso wie von der Mutter wahrgenommen wird, und so im schlimmsten Fall auch von den eigenen Geschwistern keine Liebe erfährt. Aus diesem Grund sind „Konflikte zwischen Geschwistern, die zu derselben Borderline-Mutter ganz unterschiedliche Beziehungen haben, [...] weit verbreitet“ (Lawson 2006, 46). Neben dieser Zuschreibung der Kinder wirkt sich das Idealisieren und Entwerten auch auf die Partnerwahl der Mutter aus. So sind wechselnde Beziehungen vorherrschend. So erleben die Kinder immer wieder Beziehungsabbrüche, obwohl sie eigentlich nach einer konstanten dritten Bezugsperson streben.

„Analysen von Akten der Kinder- und Jugendhilfe, die ich zwischen 2002 und 2012 durchgeführt habe, ergaben, dass ca. 80% der betroffenen Kinder alleine mit ihrer erkrankten Mutter leben. Sehr selten bleibt der Vater in der Familie oder nimmt bei einer Trennung das Kind zu sich.“ (Dietzel 2014, 122)

Wie in den Ausführungen bereits deutlich wurde, kann ein Vater oder Partner der Mutter dem Kind zu mehr Explorationsverhalten verhelfen, als Hilfe dienen und muss so als eine wichtige Quelle der Unterstützung angesehen werden. Das aufgeführte Zitat zeigt jedoch, dass dieser männliche Teil oft nicht existiert. Dies kann die Wahrscheinlichkeit des Kindes, die Phasen Eriksons nicht zu meistern sowie eine der beiden genannten Bindungsmuster zu entwickeln, erhöhen. Des Weiteren wäre es für die Entwicklung des Kindes von hoher Bedeutung, dass selbst bei getrennten Elternteilen der Vater als eine stabile Bezugsperson verfügbar bleibt, da die Mutter mit BPS aufgrund ihrer Einschränkungen nicht im konstanten Maße dem Kind zur Verfügung stehen kann. Hier ist jedoch

zu benennen, dass aufgrund der in diesem Kriterium genannten Idealisierung und Abwertung, die Mutter auch den Vater des Kindes, oder auch den eigenen Ex-Partner, zudem die Kinder vielleicht bereits eine positive Beziehung aufgebaut hatten, gegenüber den Kindern abwerten kann. Folglich wird es für die Kinder schwierig, ein einheitliches Bild der Beziehungsdynamik der Familie zu bilden, da es immer wieder von der Ambivalenz seitens der Mutter geprägt ist (vgl. Armbrust, Link 2015, 100). Des Weiteren fällt auch unter dieses Kriterium der schnelle Umbruch von Nähe zu Distanz (vgl. Kröger, Unckel 2006, 18), der wie bereits erwähnt als besonders gefährdend für die Kinder anzusehen ist, so stellen Kinder „weder die Auf- noch die Abwertung in Frage und glauben blind an deren Berechtigung“ (Rösel 2015, 33). Gleichzeitig ist vor allem in diesem Wechsel zwischen Annäherung und Distanz die Begründung für die erschwerte bis nicht vorhandene Möglichkeit, eine sichere Bindung zu erlangen, und somit die Begründung der benannten Bindungsmuster, zu finden (vgl. Armbrust, Link 2015, 99). So finden sich besonders innerhalb dieser Symptomengruppe deutliche, negative und direkte Auswirkungen auf die Kindesentwicklung.

Das dritte Symptom des *instabilen Selbstbildes sowie der Selbstwahrnehmung* hat keine direkte Auswirkung auf das Kind, da diese Tatsache das vorherrschende Gefühl der Mutter beschreibt. Dennoch hat die nicht liebenswerte Wahrnehmung der Mutter von sich selbst Auswirkungen auf ihr Handeln. So kann es sein, dass sie sich durch ihr instabiles Selbstbild verpflichtet fühlt, Leistungen zu bringen, um in irgendeiner Art und Weise eine Zuwendung ihrerseits gegenüber den Kindern zu sichern. Dies kann jedoch in einem Kreislauf enden, da daraus ein Druck sowie Wut der Mutter resultieren kann, der sich letztendlich gegen die Kinder richten kann (vgl. Rösel 2015, 37). Zudem sind Mütter mit einer BPS aufgrund der eigenen fehlenden Identität von der Reflexion anderer, so auch der eigenen Kinder abhängig (vgl. Rösel 2014, 191).

Die vorhandene *mangelnde Impulskontrolle* einer von der BPS betroffenen Mutter in mindestens zwei Bereichen kann für das Kind verheerende Folgen nach sich ziehen. Die Folgen dieses vierten Symptoms zeigen sich für die Kinder vor allem in unberechenbaren Verhaltensweisen (vgl. Armbrust, Link 2015, 98), die sich wiederholen, wie beispielsweise dem Substanzmissbrauch oder rücksichtslosem Autofahren. „Die Impulsivität eines Elternteils kann ein Kind erschrecken und in eine andauernde Habacht-Haltung versetzen“ (ebd., 99) und stellt so für das Kind eine große Gefahr dar, da das Kind nicht mehr die eigenen kindlichen Bedürfnisse vor Augen hat, sondern stets um

die eigene Mutter und sich selbst besorgt ist. Besonders der Missbrauch von Suchtmitteln kann eine hohe Gefährdung der Kinder nach sich ziehen (vgl. Hipp 2014, 74).

Die in dem fünften Kriterium der DSM-5 festgehaltenen *Selbstverletzungen, Selbstmorddrohungen sowie -versuche* können ebenfalls für die Kinder gravierende Auswirkungen haben. Fall diese es mitbekommen, ist das „Erleben von Szenarien, in denen sich Vater oder Mutter verletzen, bzw. mit Suizid drohen, [für die Kinder] schwer traumatisierend“ (Rösel 2015, 35). Diese Zeugenschaft von Gewalt kann somit starke Ängste, aber auch Überforderung und Hilflosigkeit auslösen. Des Weiteren spüren Kinder oft, dass etwas Schlimmes geschehen ist, selbst wenn die Mutter versucht, die Verletzungen zu verbergen. Die Kinder können dieses Gefühl dann weder einordnen, benennen, noch verarbeiten (vgl. Armbrust, Link 2015, 98). Es kann dazu kommen, dass die Mutter mit BPS den eigenen Kindern die Verantwortung für die Androhungen oder Verletzungen zuschreibt (vgl. ebd.). So wachsen die Kinder in einer konstant andauernden Angst auf, dass die Mutter sich selbst verletzen kann (vgl. Lawson 2006, 25).

Die Launenhaftigkeit mit raschen Stimmungsschwankungen bzw. die *affektive Instabilität*, welche sich in der sechsten Symptomengruppe findet, ist bereits in den vorausgegangenen Auswirkungen mehrfach genannt worden. Besonders diese Stimmungsschwankungen bzw. der sogenannte Umschlag ist für die Kinder irritierend. So sind die Kinder „aufgewühlt, sie fühlen sich manipuliert und provoziert“ (ebd., 35) aufgrund des ambivalenten Verhaltens der Mutter. Hinzukommt, dass die Mutter aufgrund der affektiven Instabilität sehr mit ihren eigenen Gefühlen beschäftigt sein kann, sodass sie ihre Kinder sowie deren Bedürfnisse weder verstehen noch wahrnehmen kann (vgl. Zick 2013, 61). Dies hat negative Auswirkungen auf die Kindesentwicklung zu Folge.

Das *chronische Gefühl der Leere* lässt Mütter mit BPS, die sich durch dieses Symptom auszeichnen, in bestimmten Situationen von anderen abhängig machen. „So lösen die Betroffenen oft starke Emotionen beim anderen aus“ (Rahn 2013, 77), dennoch lassen sich hieraus keine direkten negativen Auswirkungen ziehen. Erst in der Kombination mit anderen Symptomen kann gesagt werden, dass dieses siebte Symptom indirekte Auswirkungen auf die Kindesentwicklung haben kann.

Da die in dem achten Kriterium festgehaltene *Wut* besonders gegen Angehörige angewendet wird, fallen auch Kinder unter diese. Diese soll mit einem Zitat auf die Auswirkungen auf die Kindesentwicklung hinweisen.

„Für ein Kind heißt das, ohne jede Vorwarnung und unabhängig von seinen Verhaltensweisen, mit psychischer oder/und körperlicher Gewalt konfrontiert zu werden.“ (Rösel 2015, 30)

Dies zeigt, dass besonders Wutanfälle bzw. Gewalt gegen das Kind zusammen mit der nicht vorhandenen Vorhersehbarkeit extreme Auswirkungen auf das Kind haben können. Selbst wenn die Mutter ihre Wut, wenn sie vorhanden ist, nicht gegen das Kind richtet, fühlt sich das Kind in einer solchen Situation akut bedroht (vgl. Lawson 2006, 33). Das Ausmaß der Auswirkungen auf die Kindesentwicklung dieses Symptoms hängt von der Schwere der Wut ab, so muss deutlich zwischen Wut, Gewalt und körperlichem Missbrauch unterschieden werden.

Bezüglich des neunten Symptoms, der *Entwicklung von paranoiden Gedanken bzw. der Dissoziation*, sind kaum Erkenntnisse bezüglich der damit verbundenen Verhaltensweisen in der Literatur zu finden. Dennoch ist es denkbar, dass sich Kinder bei Müttern in einer solchen Situation bedrohlich fühlen und mit diesem Gefühl von Angst und Unsicherheit überfordert sind.

Zusammengefasst kann die These gezogen werden, dass vor allem das zweite und sechste Symptom konstante andauernde Auswirkungen auf die Kindesentwicklung haben, da das Muster zwischen Idealisieren und Abwerten sowie die affektive Instabilität permanent das Verhalten der Mutter mit einer BPS bestimmen. Das erste, vierte, fünfte und achte Symptom haben jedoch ebenfalls deutliche Auswirkungen, allerdings nicht in einer konstanten Laufbahn, sondern bei dem Auftreten oder in Kombination derer. So kann eine vorhandene Impulsivität verbunden mit Gewalt ein deutliches Risiko für eine schwerwiegende Traumatisierung des Kindes mit sich bringen, da beispielsweise die Mutter innerhalb eines Impulsausbruches die Kontrolle über ihr Handeln verlieren und so zu Gewalt greifen kann (vgl. Armbrust, Link 2015, 99). Auch Wutanfälle, bzw. Gewalt verbunden mit suizidalen Tendenzen können lebensgefährliche Auswirkungen auf die Kinder haben, da Kinder so in der Angst aufwachsen, „die Mutter könne entweder sich oder sie selbst verletzen“ (Lawson 2006, 25). Bezüglich des dritten, siebten und neunten Kriteriums ist zu sagen, dass diese keine direkten Auswirkungen auf die Kindesentwicklung haben, sodass Traumatisierungen oder normabweichende Entwicklungsschritte als Folge beschrieben werden könnten. Jedoch können auch diese in Kombination mit anderen negativ zu den Folgen beitragen. Die Auswirkungen von Müttern, die eine Kombination aus Symptomen der sechs benannten für Auswirkungen-prädestinierte-Symptome haben, besonders wenn das zweite sowie das sechste Symptom vorhanden ist, werden somit anhand der dargelegten Begründung als gravierender eingeschätzt als eine Kombination mit den drei Symptomen ohne direkte große Auswirkungen und zwei anderen Symptomen mit deutlichen Auswirkungen. Dennoch ist die-

ses Ergebnis nur ein theoretisches eigenerarbeitetes Konstrukt, es kann keinesfalls von einer automatisch höheren Gefährdung der Kindesentwicklung gesprochen werden. Hierfür braucht es eine empirische Begründung. So muss für die Auswirkungen einer BPS einer Mutter auf die Kindesentwicklung immer individuell und vor allem systemisch geschaut werden, wo in einer Familie auch positive Faktoren liegen. Des Weiteren spielt auch immer das Ausmaß der BPS eine Rolle.

4.5 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Auswirkungen: Söhne und Töchter

Auch wenn bereits die Heterogenität der Kinder von Müttern mit einer BPS betont wurde, soll in diesem Kapitel speziell auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Auswirkungen der Kinder geschaut werden. Bislang gibt es bezüglich dieser noch keine eindeutigen Forschungsergebnisse. „Ob sich eine psychische Erkrankung eines Elternteils bei Mädchen und Jungen unterschiedlich auswirkt, kann somit nicht endgültig beantwortet werden. Hier ist ein deutliches Forschungsdefizit festzustellen.“ (Lenz 2014, 31) Dennoch lässt sich anhand der Erkenntnisse Lawsons festhalten, dass Mädchen und Jungen aufgrund ihres Geschlechtsunterschieds anders mit dem Thema Wut umgehen, die in der eigenen Entwicklung bezüglich der Mutter auftreten kann. So neigen Mädchen von Müttern mit einer BPS weniger dazu, einen körperlichen Angriff an die eigene Mutter vorzunehmen, sondern eher ihre Wut gegen sich selbst zu richten. Da Jungen eher dazu tendieren, die Wut nach außen zu richten, sind körperliche Angriffe auf die Mutter eher zu beobachten, oder auf andere Gegenstände oder Lebewesen. So nennt Lawson beispielsweise das Aufschneiden kleiner Tiere (vgl. Lawson 2006, 27 und 123).

4.6 Diskussion der Kindeswohlgefährdungen

Resultieren aus den vielfach genannten Auswirkungen mögliche Gefährdungen des Kindeswohls von Müttern mit einer BPS? Für die Beantwortung dieser Frage ist zuerst die Rechtsgrundlage zu definieren. Allgemein kann gesagt werden, dass der Terminus der Kindeswohlgefährdung als unbestimmter Rechtsbegriff anzusehen ist. Die Kindeswohlgefährdung ist in dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) zu finden und von dieser ist die Rede, „wenn das elterliche Verhalten in einem solchen Ausmaß in Widerspruch zu [...] [den] Bedürfnissen des Kindes steht, dass mit großer Wahrscheinlichkeit erhebliche Beeinträchtigung oder gar Schädigungen in der Entwicklung des Kindes drohen“ (Lenz 2014, 45). So drohen Gefahren für die physische sowie psychische Gesundheit sowie für die soziale emotionale Entwicklung des Kindes (vgl. ebd., 44). Da dies noch sehr allgemein ist, können keine direkten Schlüsse bezüglich der Kinder von Müttern mit

einer BPS gezogen werden. Hier helfen die verschiedene Formen, bzw. Gefährdungsursachen, die für die Beurteilung von Kindeswohlgefährdungen dienen. So werden „körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch unterschieden“ (Lenz 2014, 46).

Die körperliche Misshandlung umfasst alle denkbaren Formen körperlicher Gewalt, während eine emotionale Misshandlung nicht auf der körperlichen Ebene ausgeführt wird, sondern bedeutet, dass ein Kind durch Terrorisierungen, Verängstigungen, Ablehnung, Drohungen oder Isolierung in der eigenen Entwicklung beeinträchtigt wird (vgl. ebd.). So ist vorstellbar, dass Mütter mit BPS mit dem Symptom der Wutausbrüche, wenn diese Gewalt anwenden, die Kinder körperlich missbrauchen, um eine Spannungsreduktion zu erreichen. Zudem ist die emotionale Misshandlung der Zielgruppe durchaus denkbar, wenn Mütter eine Symptomenkombination aus den genannten sechs Symptomen mit direkten Auswirkungen haben oder in einem solchen Maß von der BPS betroffen sind, dass die genannten Punkte zutreffen. So sagt auch Rösel, dass Kinder von Müttern mit einer BPS teilweise eine „zerstörerische, giftige, leise emotionale Misshandlung“ (Rösel 2015, 10) durchleben müssen. Besonders aufgrund ihrer Wortwahl wird deutlich, welche Konsequenzen eine solche für die Kindesentwicklung und somit auf das spätere Leben haben kann.

Unter Vernachlässigung wird vor allem ein Unterlassen des fürsorglichen elterlichen Handelns verstanden, und wird als ein schleichender Prozess definiert, der meist einen langen Zeitraum unbemerkt bleibt. Es kann nur von einer Vernachlässigung gesprochen werden, wenn diese zu erheblichen Folgen in der Kindesentwicklung führt. Hierbei kann zwischen körperlichen, erzieherischen und emotionalen Auswirkungen unterschieden werden (vgl. Lenz 2014, 47). Kinder von Müttern mit einer BPS können auch einer Vernachlässigung ausgesetzt sein, wenn die Mutter immer wieder aufgrund ihrer Instabilität in verschiedenen Bereichen ihr mütterliches Verhalten unterlässt, und dieses dem Kind deutlich schadet. Hier ist besonders die emotionale Vernachlässigung zu nennen, die sich in allen emotionalen Bereichen definiert. So sind emotionale Signale, die Beaufsichtigung oder die Zuneigungsbedürfnisse des Kindes davon betroffen (vgl. ebd.). Nach der Diskussion über die Feinfühligkeit einer Mutter mit BPS ist deutlich geworden, dass diese nur in eingeschränktem Maße vorhanden ist. Fehlt sie ganz, ist von einer emotionalen Vernachlässigung auszugehen. Bezüglich der reaktiven Bindungsstörung sowie der Bindungsstörung mit Enthemmung, welche vor allem aus der Vernachlässigung des Kindes resultieren, wurde bislang noch keine ausreichende Antwort gefunden.

So kann gesagt werden, dass wie dargelegt, bei Kindern von betroffenen Müttern ein erhöhtes Risiko besteht, Vernachlässigungen, besonders die emotionale, zu erleiden. Somit ist auch die Wahrscheinlichkeit, eine der beiden Bindungsstörungen zu entwickeln, erhöht.

Sexuelle Handlungen, denen ein Kind nicht zustimmen oder nicht widersprechen kann, werden unter den Begriff des sexuellen Missbrauchs gezählt (vgl. Lenz 2014, 47). Hier gibt es keine Anhaltspunkte bei einer mütterlichen BPS.

Gemäß den Ausführungen wurde deutlich, dass aufgrund der BPS einer Mutter das Risiko für das Kind, eine oder mehrere dieser Gefährdungsursachen durchleben zu müssen, erhöht ist. Hierbei sind vor allem die emotionale Misshandlung, die emotionale Vernachlässigung und aufgrund des genannten Symptoms die körperliche Misshandlung zu nennen. Dieses Ergebnis ist auch für Kinder von psychisch kranken Eltern zu finden, da im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung von diesen gesagt werden kann, dass sie „eine bis zu fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigungen und Misshandlung“ (Dietzel 2014, 123f) haben. Welche Auswirkungen sich konkret für eine Kindeswohlgefährdung ergeben, ist immer abhängig von dem Ausmaß der BPS und damit verbunden den Fähigkeiten der Mutter, sowie auch des Umfeldes. So ist an dieser Stelle ergänzend auf die Kritik der Bindungstheorie hinzuweisen, dass nicht nur die Mutter Auswirkungen auf ihr Kind hat, sondern beispielsweise auch der Vater eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielt. Zudem können „Auswirkungen des Verlassens durch die Eltern, von Missbrauch und Vernachlässigung [...] gemildert werden, wenn die Kinder die Möglichkeit einer Beziehung zu einem ihnen liebevoll zugewandten Erwachsenen haben, [...] der fähig ist, sich empathisch auf die Gefühle des Kindes einzulassen“ (Lawson 2006, 48). Dies zeigt, wie wichtig das Umfeld des Kindes ist oder wie bereits eine Person, wie der Nachbar oder ein Lehrer, dem das Kind seine Gefühle und Gedanken anvertrauen kann, helfen kann. Des Weiteren ist die Tatsache zu erwähnen, dass viele Mütter mit einer BPS eine Behandlung anfangen, wenn sie die Destruktivität ihres eigenen Verhaltens auf die Kinder und deren Entwicklung feststellen (vgl. ebd., 53). So können in manchen Fällen Gefährdungen eventuell vermieden werden. So ist zusammengefasst bei der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung immer die individuelle und systemische Perspektive zu beachten. Eine Kindeswohlgefährdung kann nur im Einzelfall gesehen werden, und „allein die Tatsache einer psychischen Erkrankung [kann] keinen direkten Rückschluss auf eine fehlende elterliche Erziehungsfähigkeit“ (Dietzel 2014, 119) nach sich ziehen.

5 Diskussion der heilpädagogischen Begleitung in der stationären Jugendhilfe

Sind Ansatzpunkte einer Kindeswohlgefährdung bekannt, muss das Jugendamt diesen nachgehen, und Maßnahmen einleiten. Diese reichen von Ermahnungen über den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts bis zum letzten Schritt dem Entzugs des elterlichen Sorgerechts (vgl. Lenz 2014, 45).

„Ist die Familie nicht mehr in der Lage, eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung zuhause zu gewährleisten, müssen zeitweise oder dauerhaft Lebensorte außerhalb der eigenen Familie gefunden werden.“ (Plass, Wiegand-Grefe 2012, 164)

Solche Lebensorte können im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) gefunden werden, welches dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) zugeordnet ist. In diesem gibt es nach den Hilfen zur Erziehung (HzE) ambulante, teilstationäre sowie stationäre Hilfen. Die stationären familienersetzenden Hilfen finden sich in §33-34 SGB VIII und variieren zwischen Pflegefamilien (§33 SGB VIII), der Heimerziehung oder sonstigen betreuten Wohnformaten (§34 SGB VIII). Zudem existiert nach §35a SGB VIII eine Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen, wie es dort heißt, welche eine Sonderform bildet (vgl. Jugendrecht 2015, 27-30). In der vorliegenden Diskussion soll sich auf die stationäre Jugendhilfe im Heimkontext nach §34 SGB VIII aufgrund einer Kindeswohlgefährdung beschränkt werden. Zudem wird die Zielgruppe auf die Altersspanne zwischen dem siebten und zehnten Lebensjahr gelegt, somit entsprechend dem mittleren Kindesalter und ungefähr dem Grundschulalter. Demnach soll innerhalb dieses Kapitels diskutiert werden, welche Möglichkeiten speziell die heilpädagogische Begleitung der Kinder von Müttern mit einer BPS in diesem Setting eröffnen kann. Hierzu werden zuerst heilpädagogische Begleitungsbedarfe der Kinder aufgrund der dargestellten Auswirkungen der mütterlichen BPS erarbeitet und erläutert. Aufbauend auf die somit vorhandene Legitimation eines heilpädagogischen Angebotes, folgt die Thematisierung der konkreten heilpädagogischen Begleitung. Darin wird das vorliegende heilpädagogische Verständnis sowie Ziele, Aufgaben, Inhalte und Methoden der Heilpädagogik erläutert, und schließlich direkt mit den Kindern in dem genannten Alter im Heimkontext in Verknüpfung gesetzt. Schließlich wird so ein heilpädagogisches Handlungskonzept dieser Kinder in diesem Setting erarbeitet.

5.1 Heilpädagogische Begleitungsbedarfe der Kinder

Um Kinder von Müttern mit einer BPS im Grundschulalter heilpädagogisch in der stationären Jugendhilfe zu begleiten, stellt sich zuerst die Frage, ob ein solches heilpädagogisches Angebot notwendig ist. Ausgangspunkt ist die Aufnahme in eine Einrichtung

der stationären Jugendhilfe, was die Nutzung des Präteritums erklärt. Diese ist für viele Kinder von Müttern mit einer BPS ein adäquater Lebensort, da sie dort ein hohes Maß an Förderung erfahren können und Bezugspersonen haben, welche sie in ihrer weiteren Gestaltung ihrer Bindungsfähigkeit begleiten. Ist innerhalb dieses Lebensortes eine heilpädagogische Begleitung notwendig? „Die Notwendigkeit für die Einleitung eines förderdiagnostischen Prozesses ergibt sich [...] aus der Situation und aus den speziellen Bedürfnissen“ (Bundschuh 2005, 161). Die Frage nach der Notwendigkeit soll nun, resultierend aus den dargestellten Auswirkungen, in Eigenarbeit auf die theoriegestützten Ergebnisse, aufbauen und so Beantwortung finden.

„Es gibt keine spezifischen Verhaltensstörungen, die auf die jeweilige Erkrankung der Eltern zurückzuführen sind.“ (Dietzel 2014, 125)

Als erstes ist an dieser Stelle also zu sagen, dass sich jedes Kind individuell entwickelt und eine Vielzahl an verschiedenen Verhaltensweisen sowie Charaktereigenschaften im mittleren Kindesalter vorzufinden sind. Dies erschwert die Erklärung der Notwendigkeit, dennoch lassen sich für eine Vielzahl der Kinder Schlüsse ziehen, welche im Folgenden unter anderem auch anhand der dargestellten Theorien erklärt werden.

Aufgrund der geringen bis fehlenden mütterlichen Feinfühligkeit, den ambivalenten Verhaltensweisen der Mütter mit einer BPS und somit einer nicht vorhandenen sicheren zuverlässigen Basis, wurden die letzten beiden Bindungsqualitäten als wahrscheinlich für Kinder betroffener Mütter herausgearbeitet. Besonders Kinder mit einem desorganisierten Bindungsmuster können aufgrund des widersprüchlichen Verhaltens der Mutter mit einer BPS zwei kontrastierende Wahrnehmungen von sich selbst entwickelt haben, welches hohe Folgen auf der sozialen emotionalen Entwicklung sowie Beziehungsebene zu anderen Kindern nach sich ziehen kann. So hat die bereits genannte „unsichere instabile emotionale Umgebung“ (Lawson 2006, 17) durch die Mutter zur Folge, dass das vorhandene Bedürfnis nach Schutz und Nähe nicht ausreichend und eher ambivalent beantwortet wurde. Aufgrund der erhöhten Zahl an einer nicht vorhandenen dritten Bezugsperson und den Schwierigkeiten in Partnerschaften seitens der Mutter und der so oft nicht vorhandenen triangulären Beziehungsgestaltung ist davon auszugehen, dass viele Kinder keine erwachsenen Bindungs- sowie Bezugspersonen innerhalb der Familie hatten, die sie in einer gesunden Autonomieentwicklung begleiten und gefördert haben. So konnte das Bedürfnis nach Bindung für eine hohe Anzahl der Kinder oft in dem eigenen Herkunftssystem aufgrund mangelnden sicheren Bindungen und Schutzes nicht befriedigt werden. Durch ein vorhandenes Gefährdungsrisiko einer emotionalen

Vernachlässigung sowie emotionalen Misshandlung, und einer möglichen Entwicklung einer Bindungsstörung, wird die Bandbreite der Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung deutlich. Zudem kann es bei den „guten Kindern“ zu einer Parentifizierung gekommen sein. Diese Kinder fühlen sich oftmals durch ihre parentifizierte Rolle seit frühester Kindheit darin bestärkt, sich unauffällig, unterstützend sowie helfend zu verhalten. Durch diese Rolle bildete sich letztendlich eine unsichere, instabile Identitätsstruktur heraus. Bei diesen Kindern ist ebenfalls durch die parentifizierte Rolle von einer erschwerten Ablösung auszugehen. Die Kinder haben so gelernt, die eigenen Bedürfnisse zurück zu stecken und eher Verantwortung für die Mutter und andere zu übernehmen, was in der weiteren Entwicklung zu erheblichen Schwierigkeiten führen kann. Bei den „bösen Kindern“ ist davon auszugehen, dass sich durch diese Zuschreibung eine destruktive Selbstwahrnehmung festigte, in der die Kinder oft kein positives Erleben ihrer Mutter geschenkt bekommen haben. So erlebten sich die Kinder durch die Mutter nicht wertgeschätzt und verinnerlichten mit der Zeit möglicherweise selbst diese Wahrnehmung. Durch die Tatsache, dass auch die Geschwisterkinder möglicherweise diesen Kindern keine Liebe entgegen brachten, wird dies noch verstärkt. Rösel verdeutlicht zudem, dass es zu den kindlichen Überlebensmechanismen gehört, „dass Kinder eher sich infrage stellen, als ihr Elternteil“ (Rösel 2014, 172). So schlussfolgerten die Kinder eine eigene Unzulänglichkeit, um die eigene Mutter nicht als mangelhaft oder unzulänglich erleben zu müssen. Zusammenfassend kann gesagt werden, einschließlich der Kinder, die in teilweise als „gut“ und teilweise als „böse“ wahrgenommen wurden, dass Zuschreibungen seitens der Mutter zu einem erheblichen Problem der eigenen Selbstwahrnehmung sowie Identitätsstruktur führten und dass viele Kinder aufgrund der fehlenden konstanten Zuwendung sowie der instabilen Affektivität und den damit verbundenen Stimmungsschwankungen verunsichert sind.

Bedeutende Ursachen für die Entstehung von desorganisierten Bindungsmustern sowie von Bindungsstörungen ist zudem unter anderem die Zeugenschaft von häuslicher Gewalt (vgl. Brisch 2011, 60f). War diese vorhanden, können folglich Verunsicherungen entstanden sein, aus denen sich tiefgreifende Ängste bildeten. Die benannten Ängste können sich zudem auch ohne eine Zeugenschaft von Gewalt herausbilden. So leben die Kinder laut Lawson „in einem chronischen Angstzustand“ (Lawson 2006, 16), und viele wachsen in steter Unsicherheit bezüglich des Verhaltens der Mutter auf. Besonders die im vierten Symptom aufgeführten unberechenbaren Verhaltensweisen, aber auch die Umbrüche sowie ambivalenten Taten führten zu den Ängsten, die Kinder in Bezug auf

sich selbst oder/ und in Bezug auf die Mutter mit BPS entwickelten. Diese Ängste konnten sie jedoch nicht offen anderen mitteilen, da sie aufgrund der im Vordergrund stehenden mütterlichen Bedürfnisse gelernt haben, die eigenen Gefühle zu verstecken. Zu den dargelegten möglichen Emotionen ist die Wut zu ergänzen. So kann es vorkommen, dass Kinder von Müttern mit einer BPS so extrem verzweifelt sind, dass sie in manchen Situationen wütend werden. Auch herausfordernde Verhaltensweisen sind möglich. So gibt es Kinder, die beispielsweise zur Selbstzerstörung neigen (vgl. Lawson 2006, 30). Herausfordernde Verhaltensweisen stellen dementsprechend eine für sie sinnvolle Anpassungsleistung an ihre Umgebung dar (vgl. Baumann 2009, 8). So kann gesagt werden, dass viele der Kinder von Gefühlen wie Angst oder Wut geplagt sind, diese jedoch nicht zu verarbeiten wissen.

Anhand der ersten Phase der psychosozialen Entwicklungstheorie nach Erikson konnte die deutlich erschwerte Entwicklung eines Urvertrauens festgehalten werden. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass viele Kinder von Müttern mit einer BPS aufgrund eines mangelnden Urvertrauens ein negatives Bild von sich selbst sowie der Welt entwickelt haben und so über mangelndes Selbstvertrauen sowie Vertrauen in andere verfügen. Diese Tatsache schränkt diese Kinder in eigenen Prozessen sowie Initiativen deutlich ein. Je nachdem, wie die beiden weiteren Phasen erlebt wurden und wie andere Bezugspersonen den Kindern dabei zur Seite standen, ist abhängig, ob die Kinder Schuld- sowie Schamgefühle oder, Ängste vor dem Verlassenwerden entwickelten. Wurde die zweite Phase jedoch nicht gemeistert, konnten sich deutliche Zweifel bei den Kindern ausbilden, die zu einer Art des zweiten Urmisstrauens führen und so das bereits erlangte negative Bild von sich selbst und der Welt sowie Ängste verstärken konnten. Wie bereits erwähnt, sind auch negative Auswirkungen der Mutter mit BPS, besonders innerhalb der dritten Entwicklungsaufgabe, auf das Spielverhalten des Kindes möglich. Hat ein Kind immer wieder Abweisungen, Kontrolle sowie Ablehnungen seiner Mutter erfahren, ist von diesen deutlich auszugehen.

Aufgrund der ambivalenten sowie nicht konstanten Verhaltensweisen einer Mutter mit BPS kann die Konsequenz folgen, dass es für die Kinder von Bedeutung sein konnte und weiterhin kann, alles für sie kontrollierbar zu machen. So kann durch eine vorhandene Kontrolle ein Gefühl von Sicherheit und ein Gleichgewicht zwischen innerer und äußerer Kontrolle erreicht werden. Diese Maßnahme versteht sich also als eine Art Selbstschutz.

Die erklärten Verhaltensweisen zeigen, dass Kinder von Müttern mit einer BPS auf unterschiedlichsten Ebenen einen heilpädagogischen Begleitungsbedarf aufweisen können, dies aber nicht müssen. So kann die Entwicklung eines Kindes durch die Auswirkungen der BPS der Mutter durch Verunsicherungen, mangelnder Konstanz sowie einem nicht ausreichenden Bedürfnis nach Schutz und Bindung geprägt gewesen sein. Das verwirrende emotionale Erleben der Kinder kann sich in tief liegenden Ängsten sowie wutanbahnenden Verhaltensweisen aufzeichnen. Durch eine instabile Identitätsstruktur sowie eine möglich destruktive Wahrnehmung von sich selbst, ist ein mangelndes Selbstwertempfinden möglich. Besonders die kindlichen Selbstwirksamkeitserfahrungen kommen durch die ambivalenten Verhaltensweisen der Mutter mit BPS und die damit verbundenen nicht konstant wahrgenommenen kindlichen Bedarfe zu kurz. In Anlehnung an Erikson wird deutlich, dass zudem Schuld- sowie Schamgefühle auftauchen können und ein fehlendes Urvertrauen deutliche Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Kinder hat. So können sich die Kinder ständig für die Phasen schuldig fühlen, in denen es der Mutter krankheitsbedingt schlechter geht und sich für ihre Wut oder auch teilweise negativen Gefühle bezüglich der Mütter schämen. Des Weiteren sind mögliche Auswirkungen auf das Spiel des Kindes zu benennen. Dieses subjektive Erleben der Kinder sowie die Verhaltensweisen sind von vielen Faktoren abhängig, beispielsweise von den bereits erwähnten Resilienzfaktoren oder auch der Tatsache, ob innerhalb der Familie offen über die Erkrankung der Mutter gesprochen wird sowie von vielen anderen Faktoren, die in dieser Arbeit mehrfach benannt wurden. Dennoch kann an dieser Stelle gesagt werden, dass Kinder von Müttern mit einer BPS mit einer hohen Wahrscheinlichkeit aufgrund der Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung einen heilpädagogischen Begleitungsbedarf aufweisen. Folglich liegt eine Legitimität eines heilpädagogischen Angebotes aufgrund der benannten Einschränkungen, den resultierenden Bedürfnissen und der Situation der Kinder vor.

5.2 Heilpädagogische Begleitung

Welche heilpädagogisch relevanten Zielsetzungen lassen sich für eine heilpädagogische Begleitung des genannten Personenkreises der Kinder im Grundschulalter von Müttern mit einer BPS in dem gewählten Heimkontext ableiten? Welche besondere Sichtweise bringen Heilpädagogen in diese Arbeit mit? Wie oder mit welchen Methoden können diese Ziele erreicht werden? Welchen Beitrag kann so heilpädagogisches Handeln in der stationären Jugendhilfe einnehmen? Diese Fragen sollen innerhalb dieses Unterkapitels Antworten finden.

Der hermeneutisch-pragmatische Ansatz von Gröschke und somit die geisteswissenschaftlich orientierte Heilpädagogik anhand der Grundsätze Paul Moors sollen der vorliegenden Arbeit zugrunde liegen und so das heilpädagogische Verständnis der heilpädagogischen Begleitung umfassen. Innerhalb der nächsten Seiten wird dieses Verständnis deutlicher erläutert und direkt mit der Praxis verbunden. Dieses Verständnis ist aufgrund der Tatsache, dass es nicht die eine Heilpädagogik gibt und sich heilpädagogisches Handeln immer auf der Grundlage der eigenen Haltung vollzieht, unabdingbar.

Nach dem benannten Ansatz ist es wichtig, den Klienten, seine Lebensgeschichte und seine Bedürfnisse zuerst zu verstehen, bevor der Heilpädagoge anfangen kann, heilpädagogisch zu begleiten (vgl. Gröschke 1997, 105f). Diese Grundlage ist auch in der ersten Grundregel Paul Moors, einer der bedeutendsten Vertreter der modernen Heilpädagogik, dargelegt: „Wir müssen das Kind verstehen, bevor wir es erziehen.“ (Moor 1994, 17) Um die Verhaltensweisen von Kindern von Müttern mit einer BPS zu verstehen, ist wichtig, sich deren Subjektlogik vor Augen zu führen. So ist „jedes menschliche Verhalten als eine individuelle, subjektiv sinnvolle und aus dem Erleben heraus logische Anpassungsleistung“ (Baumann 2009, 8) anzusehen, die zuerst verstanden werden muss. Hierzu bilden der Blick der Verhaltensweisen der Mütter mit einer BPS und die damit verbundenen Auswirkungen eine große Rolle. Sind die Kinder von Müttern mit einer BPS sowie deren Lebensgeschichte und daraus resultierende Bedürfnisse in Ansätzen verstanden, kann ein heilpädagogisches Angebot erarbeitet werden. So stellt sich die Frage: „In der Praxis muss gehandelt werden - aber wie?“ (Gröschke 2007, 69) Heilpädagogisch zu begleiten bedeutet somit gleichzeitig heilpädagogisch zu handeln. Das Handeln in der Heilpädagogik wird immer als ein zielgerichtetes Handeln mit einer Intention beschrieben (vgl. Greving 2013, 23). Allgemein kann gesagt werden, dass die heilpädagogische Begleitung nicht nur ein Ziel, sondern viele verschiedene Ziele hat. Als übergeordnetes Ziel steht in der Heilpädagogik die Integration von Menschen mit Beeinträchtigungen. Die UN-Behindertenrechts-konvention steht hierfür als Grundsatz. Als untergeordnetes Ziel steht die individuelle personen- und ressourcenorientierte heilpädagogische Begleitung (vgl. Köhn 2016, 37).

„Wo immer ein Kind versagt, haben wir nicht nur zu fragen: Was tut man dagegen? - Pädagogisch wichtiger ist die Frage: Was tut man dafür? - nämlich für das, was werden sollte und werden könnte.“ (Moor 1994, 17)

Demnach verdeutlicht Paul Moor dies und benennt klar, dass der heilpädagogischen Begleitung kein defizitärer Blick zugrunde liegt. Die benannten Einschränkungen und

Schwierigkeiten von Kindern von Müttern mit einer BPS sind demnach nicht irrelevant, aber der Fokus und die Zielsetzung sollten auf den entwicklungsförderlichen Handlungen liegen. Bezogen auf den Personenkreis solcher Kinder im mittleren Kindesalter sind hier ableitend aus den Begleitungsbedarfen verschiedene Ziele denkbar. So können vor allem Impulse und Anregungen zum Selbstkonzept im Vordergrund stehen. Besonders der Fokus auf die Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen und der Stärkung eines positiven Selbstbildes ist bei diesen Anregungen sinnvoll, da sich eine Vielzahl der Kinder aufgrund der Auswirkungen der mütterlichen BPS wenig selbstwirksam, eher negativ oder lediglich in einer parentifizierten Rolle als selbstwirksam erleben konnten. Dies hat zur Folge, dass sie sich oft niedrigere Ziele setzen und oft größere Schwierigkeiten haben, diese zu erreichen. Selbstwirksamkeit ist also das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz, und die Stärkung dieser ist für die Kinder von zentraler Bedeutung (vgl. Greving, Ondracek 2009, 104). Zudem ist die Stärkung der Selbstwirksamkeit und des Selbstbildes förderlich für die vierte Phase Eriksons, in der sich die Kinder momentan befinden, in der immer mehr das Vertrauen in die eigenen Leistungen wichtig wird. Ein stets an den Bedürfnissen der Klienten orientiertes Arbeiten ist bei Heilpädagogen zentral (vgl. Köhn 2016, 17). Besonders bei Kindern von Müttern mit BPS ist dies wichtig, um die kindlichen Bedürfnisse zu bewahren, die die Kinder in ihrer Vergangenheit gelernt haben zu ignorieren, und so aufzuzeigen, dass diese wahrgenommen, verstanden und behandelt werden. Zudem liegt der heilpädagogischen Arbeit eine ganzheitliche Betrachtungsweise zugrunde (vgl. ebd., 43f). Diese Sichtweise ermöglicht den Kindern zusammen mit der Subjektlogik viele Chancen, da nicht nur ihre Verhaltensweisen, sondern auch der Grund und Systeme dahinter gesehen werden.

Um die genannten Ziele erreichen zu können, ist ein weiteres Ziel relevant, der Aufbau einer Beziehung. Demnach leistet eine geplante Beziehungsgestaltung einen wichtigen Beitrag in der heilpädagogischen Arbeit und muss gleichzeitig als eine Grundlage für die weitere Begleitung angesehen werden (vgl. Greving, Ondracek 2009, 36f). Nach Flosdorf ist es wichtig, eine professionelle Beziehungsgestaltung bewusst zu planen und an den Klienten anzupassen (vgl. Flosdorf 2009, 21f). Mit den Kindern von Müttern mit einer BPS ein auf sie angepasstes Angebot zur Beziehungsgestaltung zu erarbeiten, ist somit von hoher Bedeutung. Aus einer tragfähigen Beziehung, in der sich das Kind angenommen und verstanden fühlt und somit einer positiven Beziehungserfahrung, stärkt das Kind seine Kompetenzen, welche es dann in das eigene Selbstbild integrieren kann (vgl. ebd.). Besonders bedingt durch das wahrscheinlich unsicher-ambivalente oder des-

organisierte Bindungsmuster sowie der Tatsache eines geringen oder fehlenden Urvertrauens ist diese bewusste Beziehungsgestaltung wichtig, um den benannten Fokus der Selbstwirksamkeit später gut erreichen zu können. Eine Beziehung, die positiv erfahren wurde, bildet so die Grundlage für weitere Beziehungen und Herausforderungen im Leben. So können auch korrigierende Bindungserfahrungen, wie auch in der Kritik der Bindungstheorie ersichtlich, möglich sein. Dies bringt viele Chancen für die Kinder mit sich. Aus diesem Grund sollte dem Aufbau einer Beziehung zwischen dem Heilpädagogen und dem Kind zu Beginn einer Begleitung ausreichend Zeit gegeben werden.

Neben den benannten Zielen ist in der Heilpädagogik auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von hoher Relevanz. So sind neben der Heilpädagogik noch viele andere Professionen wichtig (vgl. Köhn 2016, 20). Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist auch bei Kindern von Müttern mit einer BPS innerhalb der stationären Jugendhilfe notwendig. Besonders die Zusammenarbeit mit der Profession der Psychologie kann bei Kindern von Müttern mit einer BPS von hoher Bedeutung sein, da davon auszugehen ist, dass manche Kinder aufgrund ihrer vorherigen massiven Erfahrungen einer psychologischen Hilfe bedürfen. Somit lässt sich festhalten, dass eine alleinige heilpädagogische Begleitung in manchen Fällen nicht zielführend, sondern die Vernetzung mit anderen Professionen von hoher Bedeutung für die weitere positive Entwicklung sein kann. Interdisziplinär zu handeln bedeutet auch, mit dem Herkunftssystem und so mit der Mütter der Kinder zusammenzuarbeiten, denn: „Wir haben nie nur das [...] Kind als solches zu erziehen, sondern immer auch seine Umgebung“ (Moor 1994, 17). Demnach ist es nach Paul Moor wichtig, mit der Mutter bzw. der Familie der Kinder zusammenzuarbeiten und sie in den Prozess der weiteren Entwicklung zu integrieren. In einer Einrichtung der stationären Jugendhilfe ergibt sich so die Wichtigkeit, Besuchskontakte sowie Hilfeplangespräche her- und sicherzustellen, die Familie in diese einzubeziehen, um auf institutioneller Ebene besonders mit der Mutter zusammenarbeiten zu können sowie den Kindern die Erhaltung und Pflege der Bindung an die Mutter zu bewahren. Dies ist sehr wichtig für die weitere kindliche Entwicklung, da die Mutter weiterhin die primäre Bezugsperson ist.

„Um die Belastung und das Erleben von Kindern, welche mit einem Borderline-Elternteil konfrontiert sind, nachvollziehen zu können, ist es notwendig, das Störungsbild zu verstehen.“ (Rösel 2014, 167)

Das Zitat, welches bereits am Anfang des zweiten Kapitels auftauchte, gilt besonders für die heilpädagogische Arbeit, um die Lebenslange der Kinder bestmöglich, auch im

Sinne der ganzheitlichen Betrachtungsweise sowie der Subjektlogik, verstehen zu können, aber auch um die Arbeit mit der Mutter bestmöglich zu gestalten. So ist es wichtig, der Mutter mit BPS sensibel gegenüber zu treten, da aufgrund der affektiven Instabilität, den ambivalenten Verhaltensweisen und einem erschwerten Beziehungsverhalten die Zusammenarbeit erschwert verlaufen kann. Dennoch ist es von zentraler Bedeutung, diese zu erhalten. Das Wissen über die psychische Störung der Mutter ist ebenfalls wichtig, um dem Kind auch innerhalb der heilpädagogischen Begleitung eventuell aufkommende Fragen bezüglich der Verhaltensweisen der Mutter zu beantworten. Somit kann der Heilpädagoge dem Kind als Ansprechpartner dienen. Hier ist eine empathische und feinfühligke Arbeit von hoher Relevanz, da sich viele Kinder schwer tun, sich anderen bezüglich der psychischen Störung der Mutter anzuvertrauen. Dies kann möglicherweise in einer Tabuisierung dieses Themas innerhalb der Familie begründet sein (vgl. Homeier 2012, 115). Demnach ist es wichtig, die Sorge, Ängste und Fragen der Kinder ernst zu nehmen. Eine positive Bestätigung ihrer Wut und Trauer ist dabei von hoher Bedeutung. Zudem kann Psychoedukation als sinnvolle Methode in die Arbeit der heilpädagogischen Begleitung integriert werden. So ist das Wissen des Heilpädagogen über die Auswirkungen einer mütterlichen BPS von hoher Relevanz. Psychoedukativ zu arbeiten bedeutet hier, dem Kind die Krankheit der Mutter zu erklären. Hierzu gibt es viele Ansätze und illustrierte Bücher, in denen die BPS der Mutter erklärt wird. So gibt es beispielsweise ein Buch mit der Metapher einer Waschmaschine, in der die BPS und die damit verbundenen Stimmungsschwankungen mit der Wäsche in einer Waschmaschine verglichen werden. Erst wenn diese stillsteht, können die Gefühle, Ängste, Gedanken der Mutter sortiert werden, bis sie wieder in die Waschmaschine kommen (vgl. Tilly, Offermann 2013). Demnach kann es für viele Kinder von enormer Bedeutung sein, ihnen anhand einzelner Symptome einer BPS zu verdeutlichen, dass die Gründe hierfür nicht in ihrer Person zu suchen sind, sondern Ausdruck der Lebens- und Krankheitssituation ihrer Mutter sind (vgl. Lenz 2014, 48). So können sich auch gebildete Schuld- sowie Sorgegefühle verringern.

Neben der Möglichkeit der Psychoedukation, gibt es eine Auswahl an Methoden sowie speziell heilpädagogischen Methoden. Bei diesen ist es wichtig, dass der Heilpädagoge eine Auswahl dieser abwägt und sich schließlich für eine oder die Kombination mehrerer entscheidet. Bei der Auswahl kann auch das Kind mitentscheiden, um stets ressourcen- und personenzentriert zu arbeiten. Die oben erwähnten Ziele und Bedürfnisse der Kinder nach Selbstwirksamkeitserfahrungen, oder generell der Stärkung des Selbstbil-

des können durch eine Auswahl folgender Methoden erreicht werden: Psychomotorik, Resilienzförderung, Traumatherapie, Hippotherapie, Kunsttherapie, Heilpädagogische Spieltherapie. Wichtig ist zu beachten, dass neben den passenden Methoden bezüglich der Bedürfnisse der Kinder, eine Methode danach ausgesucht werden muss, ob sie zudem stimmig zu dem Kind und dem Heilpädagogen ist. Der Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis lässt nicht zu, alle diese möglichen Methoden darzulegen, so soll sich im Folgenden auf die psychomotorische Begleitung beschränkt werden und diese exemplarisch dargelegt werden.

In der psychomotorischen Arbeit wird "die Verbindung und Wechselwirkung zwischen dem Körperbereich und der Psyche [genutzt], um alle grundlegenden Fähigkeitsbereiche des Individuums zu fördern" (Greving, Ondracek 2014, 438). Innerhalb der psychomotorischen Begleitung hat das Kind so die Möglichkeit, eine positive Einstellung zu seinem eigenen Körper zu entwickeln und ein positives Selbstbild und Selbstbewusstsein zu erlangen, was bei Kindern von Müttern mit einer BPS auch als ein Ziel benannt wurde. Zudem kann Psychomotorik dazu verhelfen, eigene Schwächen und Stärken kennenzulernen und sie zu akzeptieren. Es gibt kein festes Übungsprogramm, sondern die Förderung richtet sich ganz individuell nach den Bedürfnissen des Klienten. Besonders diese Tatsache ermöglicht den Kindern, sich als wichtig zu erleben und zu spüren, dass ihre eigenen Bedürfnisse einen Raum bekommen. Zudem kann die eigene Kontrolle über die Aktivität den Kindern verhelfen, sich sicher zu fühlen. Psychomotorik umfasst Körperbewegungen, Massagen oder gemeinsame Bewegungsaktivitäten. Über diese Bewegungserlebnisse kann so ein Beitrag für Kinder von Müttern mit einer BPS zur Stabilisierung der Persönlichkeit erbracht, das Vertrauen in eigene Fähigkeiten gestärkt und die Auseinandersetzung mit sich selbst ermöglicht werden (vgl. Zimmer 2013, 184ff). So wird letztendlich das Erleben von Selbstwirksamkeit in den Vordergrund gerückt, welches im Gegensatz zu den in der Familie möglichen Erfahrungen steht. Um das beschriebene fehlende Urvertrauen weiterhin zu kompensieren, ist es wichtig, dass den Kindern während der heilpädagogischen Begleitung, auch innerhalb der psychomotorischen Arbeit Sicherheit und Kontinuität geboten wird. Es ist wünschenswert, dass die Kinder von Müttern mit BPS die Erfahrungen, die sie innerhalb der psychomotorischen Förderung erleben, in ihr Selbstbild integrieren, und so für die weitere Entwicklung gestärkt werden. So können sich auch aufgrund der Stärkung der Selbstwirksamkeit und des Selbstbildes neue Potenziale der Kinder zeigen.

Wichtig ist jedoch zu beachten, dass bei einer heilpädagogischen Begleitung immer auch Grenzen vorhanden sind. Diese können die Grenzen des Heilpädagogen, des Kindes, seines Herkunftssystems oder der Einrichtung sein. Organisatorische Grenzen können beispielsweise die nicht vorhandene Finanzierung eines heilpädagogischen Angebotes oder der nicht vorhandene psychomotorische Raum sein, während Grenzen des Herkunftssystems sein können, dass eine die Mutter bei Besuchskontakten nicht erscheint. Zusammengefasst wurde deutlich, welche Chancen eine heilpädagogische Begleitung der Kinder innerhalb der stationären Einrichtung den Kindern und ihrer weiteren Entwicklung ermöglichen kann. So erklärt sich, dass sich der Heilpädagoge „als [...] Begleiter auf dem Lebensweg“ (Köhn 2016, 238) der Kinder versteht. Es wurde sich vor allem auf die heilpädagogische Begleitung im Sinne einer Einzelfallbegleitung konzentriert und die psychomotorische Arbeit als eine exemplarische Methode angewandt, um die Forschungsfrage im Mittelpunkt zu behalten. Natürlich können Heilpädagogen auch innerhalb des Alltagsgeschehens die Kinder von Müttern mit BPS fördern und sie so in ihrer Entwicklung begleiten, auch die Kinder, die keinen speziellen Begleitungsbedarf aufweisen. Die interdisziplinäre Arbeit kann natürlich auch von anderen Mitarbeitenden der stationären Einrichtung geleistet werden. Ist der Heilpädagoge jedoch zu einer wichtigen Vertrauensperson des Kindes geworden, macht es Sinn, dass dieser die Besuchskontakte oder Hilfeplangespräche begleitet, um dem Kind eine sichere Basis zu gewährleisten.

Um die dargelegte heilpädagogische Begleitung optimal umzusetzen, ist die Qualifizierung des Heilpädagogen von hoher Relevanz. So braucht dieser für eine individuelle geeignete heilpädagogische Begleitung spezifisches Wissen bezüglich der BPS, Bindungs- sowie entwicklungstheoretische Grundlagen und eine Grundhaltung, die auf der dargelegten Haltung begründet ist. Zudem ist es für die heilpädagogische Arbeit wichtig, neue Erfahrungen in das eigene Repertoire einzuschließen und so dazuzulernen. Folgender Grundsatz ist folglich zentral: „Heilpädagogisch zu handeln heißt, immer auch dazuzulernen.“ (Greving, Ondracek 2014, 344)

„In der Praxis muss gehandelt werden - aber wie?“ (Gröschke 2007, 69) – diese heilpädagogische Grundfrage wurde zu Beginn aufgeführt. Auch wenn auf diese Frage keine zufriedenstellende Antwort gegeben werden kann, wurde deutlich, dass ein zielgerichtetes heilpädagogisches Handeln unabhängig von der Methode einen wichtigen Baustein in der Heilpädagogik darstellt. Mit der Methode kann sich ein heilpädagogisches Handlungskonzept ergeben. Hierzu ist zunächst zu klären, wie sich ein solches definiert.

5.3 Heilpädagogisches Handlungskonzept

Der Begriff setzt sich zusammen aus drei Einzelbegriffen: Heilpädagogik, Handeln und Konzept. Konzepte werden als die Einheit von Expertise und Kompetenz verstanden. Sie sind immer an Personen gebunden. Zudem implizieren Konzepte das Denken und Verstehen sowie das darauffolgende Handeln. Diese wissenschaftstheoretischen und systematischen Konzepte werden dann zu heilpädagogischen Handlungskonzepten, wenn sich heilpädagogische Tätigkeiten in der jeweiligen Praxis konkret vollziehen. Somit dienen sie dazu, Theorie und Praxis zu verbinden. Die individuelle Person ist dabei das wichtigste Element und steht für ihre Einmaligkeit. Ohne Personen ist heilpädagogisches Handeln generell und im Sinne eines heilpädagogischen Handlungskonzeptes nicht möglich. Allgemein kann gesagt werden, dass Konzepte das praktische Handeln nicht bestimmen, sondern es orientieren (vgl. Gröschke 2007, 69). Handlungskonzepte werden auch als „Einheit von Person, Milieu und Methodik“ (ebd., 71-73) verstanden, eingebettet in eine ethische Grundhaltung. Diese drei Elemente müssen gegeben sein. Die Struktur ist auch in dem Aufbau der vorliegenden Bachelor-Thesis zu erkennen. So wurde zuerst die Situation der Kinder von Müttern mit einer BPS ausführlich erarbeitet. Mit der vorangehenden Diskussion wurde der Kontext auf die stationäre Jugendhilfe beschränkt und die Vorstellung genereller Methoden und schließlich die Konkretisierung der Methode der Psychomotorik benannt. Ein Handlungskonzept ist durch seine Praxisverbundenheit immer an gewisse Rahmenbedingungen gebunden (vgl. ebd., 73), hier sind beispielsweise die organisatorischen Grenzen zu nennen. Um ein heilpädagogisches Handlungskonzept vollends zu verstehen, ist es wichtig, sich das „trialogische [...] Beziehungsverhältnis“ (ebd.) der Heilpädagogik näher anzuschauen. Handeln in der Heilpädagogik steht auf dem Gerüst dreierlei Beziehungen: Der Heilpädagoge, der Klient, in diesem Fall das Kind von einer Mutter mit BPS, und dessen System (vgl. ebd.). Innerhalb des vorangehenden Unterkapitels wurde deutlich, dass dieses trialogische Beziehungsverhältnis immer wieder thematisiert wurde. So kann zusammengefasst festgestellt werden, dass sich die Methode der Psychomotorik innerhalb der heilpädagogischen Begleitung, welche sich nach dem hermeneutisch-pragmatischen Ansatz von Gröschke und somit der geisteswissenschaftlich orientierten Heilpädagogik anhand der Grundsätze Paul Moors orientiert, mit Kindern von Müttern mit BPS innerhalb einer Wohngruppe der stationären Jugendhilfe als ein heilpädagogisches Handlungskonzept benennen lässt. Nur mit einem individuell erarbeiteten geeigneten heilpädagogischen Handlungskonzept ist eine geeignete Unterstützung zu gewährleisten.

6 Fazit

„*Welche Auswirkungen hat eine Borderline-Persönlichkeitsstörung einer Mutter auf die Entwicklung ihres Kindes bzw. ihrer Kinder? Welche Möglichkeiten eröffnet die heilpädagogische Begleitung in der stationären Jugendhilfe Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung?*“, so lauteten die beiden Forschungsfragen der vorliegenden Bachelor-Thesis. Um diese Fragen zu beantworten, wurden die Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie die Entwicklung eines Kindes generell dargestellt. Hierbei lag der Fokus auf den Informationen, die schließlich für die Auswirkungen der mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung relevant waren. So sind folgende bedeutende Ergebnisse zu benennen: Die BPS bildet mit ihrem facettenreichen Charakter, dem instabilen Erscheinungsbild und den stets auftauchenden ambivalenten Verhaltensweisen eine heterogene psychische Störung ab. Besonders aufgrund der verschiedenen, individuellen Symptome kann das Leben von Müttern mit einer BPS nicht pauschalisiert dargestellt werden, jedoch beeinflusst die Störung umfassend ihr Leben (vgl. Kapitel 1). Mit dem Blickwinkel auf die Entwicklung eines Kindes wurde deutlich, dass die beiden dargestellten Theorien als Erklärungsgrundlagen für die kindliche Entwicklung dienen. Innerhalb der Erklärung der Bindungstheorie wurde der Einfluss der primären Bezugsperson, der sich in dieser Arbeit auf die Mutter beschränkt, während des ersten Lebensjahres deutlich. Für eine sichere Bindungsqualität ist eine mütterliche Feinfühligkeit in Verbindung mit einer konstant verlässlichen Fürsorge unerlässlich (vgl. Kapitel 2). Die psychosoziale Entwicklungstheorie nach Erikson mit der Beschränkung auf die ersten vier Phasen verdeutlicht zudem, dass den ersten Lebensjahren von Kindern eine elementare Bedeutung der Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung sowie der Fähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen, zugeschrieben werden muss (vgl. Kapitel 3).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse sowie des dargelegten Forschungsstandes wurden Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung erarbeitet. Diese Erarbeitung ist als ein Versuch anzusehen, trotz der Heterogenität einer jeden Mutter, ihrer BPS, der Kinder und deren Entwicklung sowie des unterstützenden Umfeldes, Ergebnisse zu ziehen: Wie in der Arbeit aufgezeigt kann davon ausgegangen werden, dass die kindliche Entwicklung eines Urvertrauens als erschwert bis unmöglich angesehen werden muss und die Entwicklung einer sicheren Bindungsqualität für Kinder an eine Mutter mit BPS nicht möglich ist. Vor allem die Entwicklung eines unsicher-ambivalenten sowie besonders eines desorganisierten Bindungsmusters sind bei Kindern an die Mutter mit einer BPS wahrscheinlich. Auch Bindungsstörungen können auftre-

ten. Bezüglich der drei weiteren Krisen Eriksons innerhalb der Kindheit können keine deutlichen Auswirkungen aufgrund der BPS der Mutter benannt werden, da immer mehr auch andere Bezugspersonen in den Vordergrund rücken. Dies erklärt, wieso negative Auswirkungen einer mütterlichen BPS höher sind, je jünger das Kind ist. Dies wurde bereits empirisch herausgestellt, jedoch bislang ohne eine Erklärung an den beiden Theorien. Die beschriebenen Thesen sind theoretische Konstrukte und wurden auf dem Hintergrund der Bindungs- sowie nach Eriksons entwicklungstheoretischen Annahmen und Feststellungen entwickelt. Wichtig ist folglich die Tatsache, dass die beiden Theorien nicht die Gesamtheit einer Kindesentwicklung umfassen und Helfersysteme in der Darstellung nur am Rande bearbeitet wurden, besonders ein unterstützender Partner der Mutter oder ein anderes Familienmitglied kann jedoch viel für die Entwicklung der Kinder beitragen. Dennoch wurde deutlich, dass negative Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung existieren, und diese im Extremfall zu einer Kindeswohlgefährdung führen können. Zudem kann herausgestellt werden, dass die Schwere der Auswirkungen auch von der Kombination der Symptome abhängt. So weisen das zweite und sechste Symptom direkte konstante andauernde negative Auswirkungen auf. Das erste, vierte, fünfte und achte Symptom können ebenfalls als gravierend angesehen werden, jedoch lediglich bei dem Auftreten oder in Kombination derer, während das dritte, siebte und neunte Symptom keine direkten negativen Auswirkungen auf die Kindesentwicklung haben (vgl. Kapitel 4).

So konnte im Rahmen der Möglichkeiten die erste Forschungsfrage Beantwortung finden. Folglich geht ein deutlicher Bedarf hervor, die Auswirkungen einer mütterlichen BPS in dem gesamten Ausmaß auf die Kindesentwicklung in Zukunft zu erforschen, die Thesen zu validieren und empirisch zu begründen und in der Literatur die Auswirkungen nicht nur innerhalb einer Generation zu behandeln. Es ist wichtig, das Bewusstsein über die quantitativen sowie qualitativen Risiken einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung in der Öffentlichkeit zu erreichen, um die Kinder zu stärken und ihnen so, auch präventiv, zu helfen. Hier geht es nicht darum, den Müttern das Recht auf Kinder abzuspreehen, sondern den Kindern zu einer bestmöglichen Entwicklung zu verhelfen, was auch die Stärkung der Mutter-Kind-Bindung einbezieht. Erst wenn das Thema der vorliegenden Bachelor-Thesis zunehmend Interesse in der Forschung findet, können auch Hilfen adäquater angeboten werden, so vielleicht auch positive Beispiele aufgezeigt werden, die zu einem positiveren Bild in der Gesellschaft führen können.

Die genannten Auswirkungen einer mütterlichen BPS auf die Kindesentwicklung bildeten die Grundlage für die Thematisierung der zweiten Forschungsfrage. So kann gesagt werden, dass heilpädagogische Begleitungsbedarfe bei vielen dieser Kinder existieren können. Das beschriebene Reaktionsmuster von Angehörigen, welches sich zwischen Sorge, Schuldgefühlen und Angst ausdrückt, lässt sich auch auf die Kinder von Müttern mit BPS übertragen. Das Kind kann so die ambivalenten Verhaltensweisen und Reaktionen der Mutter nicht vereinen und wächst in einer emotional instabilen Umgebung auf, die es dem Kind nicht möglich macht, sich bestmöglich zu entfalten. Dies hat Auswirkungen auf viele Verhaltensweisen. In dem Handlungsfeld der stationären Jugendhilfe kann eine heilpädagogische Begleitung den Kindern im Grundschulalter viele Möglichkeiten eröffnen. So ergeben sich in Bezug auf die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage Chancen auf korrigierende Bindungserfahrungen, Stärkungen des Selbstbildes und Selbstwirksamkeitserfahrungen, die bei einer Integration dieser in das eigene Selbstkonzept wiederum Chancen auf zukünftige erfolgreiche Bewältigungen der Entwicklungsphasen eröffnen können. Dies wurde anhand eines heilpädagogischen Handlungskonzepts, mit der Methode der Psychomotorik, aufgezeigt. Besonders der ganzheitliche Blick und die Subjektlogik, die in der heilpädagogischen Arbeit zentral sind, eröffnen den Kindern diese Chancen. So können Heilpädagogen innerhalb dieses Settings den Kindern im besten Fall dazu verhelfen, doch noch Flügel und aufgrund korrigierender Bindungserfahrungen nachträgliche Wurzeln zu erlangen (vgl. Kapitel 5).

Zuletzt kann also gesagt werden, dass die genannte Zielgruppe der vorliegenden Bachelor-Thesis momentan „Kinder[.], die gesehen werden müssen und doch oft übersehen werden“ (Rösel 2015, 9) abbildet. Mit der vorliegenden Arbeit konnte aufgezeigt werden, an welchen Stellen negative Auswirkungen einer mütterlichen BPS existieren und wie diese im Sinne der beiden Theorien zu verstehen sind. Zudem konnte die Wichtigkeit und der Bedarf von qualifizierten Heilpädagogen innerhalb der stationären Jugendhilfe, um diese Kinder in diesem Setting bestmöglich zu begleiten, erkennbar werden. Für die Zukunft ist die Bearbeitung des Themas anhand weiterer empirischer Studien notwendig, damit die Kinder eine gesehene Gruppe werden, und keine vergessene Gruppe bleiben. Auch wenn dies ein langer Weg sein wird, ist er von hoher Relevanz.

Literaturverzeichnis

- Albisser, Stefan; Bieri Buschor, Christine; Keller-Schneider, Manuela (2011):** *Entwicklungsaufgaben und Bildungsgang*, in: Albisser, Stefan; Bieri Buschor, Christine (Hg.) (2011): *Sozialisation und Entwicklungsaufgaben Heranwachsender. Professionswissen für Lehrerinnen und Lehrer*, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 17-59.
- American Psychiatric Association (2005):** *Leitlinien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung*, Bern: Hans Huber Verlag.
- Armbrust, Michael; Link, Anja (2015):** *Borderline im Dialog. Miteinander reden – voneinander lernen*, Paderborn: Junfermann Verlag.
- Baumann, Menno (2009):** *Verstehende Subjektlogische Diagnostik bei Verhaltensstörungen. Ein Instrumentarium für Verstehensprozesse in pädagogischen Kontexten*, Hamburg: tredition.
- Bischof-Köhler, Doris (2011):** *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend. Bindung, Empathie, Theory of Mind*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Bowlby, John (Hg.) (⁵2005):** *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*, München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Brisch, Karl Heinz (¹¹2011):** *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bundschuh, Konrad (2005):** *Grundlagen behindertenpädagogischer Diagnostik*, in: Irblich, Dieter; Stahl, Burkhard (Hg.) (2005): *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch*, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Chapman, Alexander L.; Gratz, Kim L. (2014):** *Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Wegweiser für Betroffene*, Paderborn: Junfermann Verlag.
- Datler, Margit; Winger, Michael (2016):** *Kindheit und Schulalter*, in: Poscheschnik, Gerald; Traxl, Bernd (Hg.) (2016): *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen*, Gießen: Psychosozial-Verlag, 287-310.
- Dietzel, Andrea (2014):** *Psychisch belastete Familien im Jugendamt. Was brauchen die Familien, was brauchen die Helfer(innen)?*, in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren (Hg.) (2014): *Hilfen für psychisch belastete Familien. Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe*, Köln: Die Kinderschutz-Zentren, 119-142.
- Erikson, Erik H. (1973):** *Identität und Lebenszyklus*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Erikson, Erik H. (⁸2012):** *Der vollständige Lebenszyklus*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.

- Esser, Klaus (2014):** *Bindungsaspekte in der stationären Jugendhilfe - Lernen aus der Erfahrung ehemaliger Kinderdorfkinder*, in: Trost, Alexander (Hg.) (2014): *Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen - Forschungsergebnisse - Anwendungsbereiche*, Dortmund: Borgmann, 145-156.
- Fiedler, Peter (⁶2007):** *Persönlichkeitsstörungen*, Weinheim: Beltz Verlag.
- Flosdorf, Peter (²2009):** *Heilpädagogische Beziehungsgestaltung*, Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Gloger-Tippelt, Gabriele (2014):** *Individuelle Unterschiede in der Bindung und Möglichkeiten ihrer Erhebung bei Kindern*, in: Ahnert, Lieselotte (Hg.) (³2014): *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*, München: Ernst Reinhardt Verlag, 82-109.
- Gneist, Joachim (⁴2005):** *Wenn Haß und Liebe sich umarmen. Das Borderline-Syndrom*, München: Piper Verlag.
- Greving, Heinrich (2013):** *Heilpädagogisches Handeln in kontingenten Handlungsfeldern*, in: Greving, Heinrich; Schäper, Sabine (Hg.) (2013): *Heilpädagogische Konzepte und Methoden. Orientierungswissen für die Praxis*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Greving, Heinrich; Ondracek, Petr (2009):** *Heilpädagogisches Denken und Handeln. Eine Einführung in die Didaktik und Methodik der Heilpädagogik*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Greving, Heinrich; Ondracek, Petr (³2014):** *Handbuch Heilpädagogik*, Köln: Bildungsverlag EINS.
- Gröschke, Dieter (²1997):** *Praxiskonzepte der Heilpädagogik*, München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gröschke, Dieter (2007):** *Konzept*, in: Greving, Heinrich (Hg.) (2007): *Kompodium der Heilpädagogik. Band 2*, Troisdorf: Bildungsverlag EINS.
- Grossmann, Klaus E. (2014):** *Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung*, in: Ahnert, Lieselotte (Hg.) (³2014): *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*, München: Ernst Reinhardt Verlag, 21-41.
- Hipp, Michael (2014):** *Kriterienkatalog zur Einschätzung der Erziehungsfähigkeit bei psychisch beeinträchtigten Eltern*, in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren (Hg.) (2014): *Hilfen für psychisch belastete Familien. Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe*, Köln: Die Kinderschutz-Zentren, 69-82.
- Homeier, Schirin (⁵2012):** *Sonnige Traurigtage. Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern*, Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Hurrelmann, Klaus (2011):** *Sozialisations- und Entwicklungsprobleme von Kindern und Jugendlichen*, in: Albisser, Stefan; Bieri Buschor, Christine (Hg.) (2011): *Sozialisation und Entwicklungsaufgaben Heranwachsender. Professionswissen für Lehrerinnen und Lehrer*, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 167-181.
- Jovanovic, Bianca (2015):** *Soziale Entwicklung*, in: Schwarzer Gudrun; Jovanovic, Bianca (Hg.) (2015): *Entwicklungspsychologie der Kindheit*, Stuttgart: Kohlhammer, 264-293.
- Jugendrecht (³⁵2015):** *SGB VIII: Kinder- u. Jugendhilfe. JugendschutzG. Jugendmedienschutz-Staatsvertrag. JugendarbeitsschutzG. BAföG. BerufsbildungsG (Auszug)*, München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Köhn, Wolfgang (⁵2016):** *Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE). Ein Handlungskonzept*, Heidelberg: Edition S.
- Kröger, Christoph; Unckel, Christine (Hg.) (2006):** *Borderline-Störung. Wie mir die dialektisch-behaviorale Therapie geholfen hat*, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Krollner, Björn; Krollner, Dirk M. (2017):** *ICD-Code. F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*, in: <http://www.icd-code.de/icd/code/F60.3-.html>, Stand: 07.08.2017.
- Lawson, Christine Ann (2006):** *Borderline-Mütter und ihre Kinder. Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung*, Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lenging, Anke; Lüpschen, Nadine (2012):** *Bindung*, München: Ernst Reinhard Verlag.
- Lenz, Albert (²2014):** *Kinder psychisch kranker Eltern*, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Moor, Paul (³1994):** *Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch*, Bern: Hans Huber Verlag.
- Plass, Angela; Wiegand-Grefe, Silke (2012):** *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*, Weinheim: Beltz Verlag.
- Poscheschnik, Gerald (2016):** *Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Geschichte, Paradigmen, Grundprinzipien*, in: Poscheschnik, Gerald; Traxl, Bernd (Hg.) (2016): *Handbuch Psychoanalytische Entwicklungswissenschaft. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen*, Gießen: Psychosozial-Verlag, 27-80.
- Posth, Rüdiger (³2014):** *Vom Urvertrauen zum Selbstvertrauen. Das Bindungskonzept in der emotionalen und psychosozialen Entwicklung des Kindes*, Münster: Waxmann Verlag.
- Rahn, Ewald (⁴2013):** *Borderline verstehen und bewältigen*, Köln: BALANCE buch + medien verlag.

- Reich, Jana (2013a):** *Mütter mit Borderline*, in: <http://www.borderline-muetter.de/cms/muettermitborderline>, Stand: 07.08.2017.
- Reich, Jana (2013b):** *Gute Kinder, böse Kinder*, in: <http://www.borderline-muetter.de/cms/kindermitborderlinemuettern/gutekinderboesekinder>, Stand: 27. 07.2017.
- Reich, Jana (³2014):** *Übersehene Kinder. Biografien erwachsener Töchter von Borderline-Müttern*, Hamburg: Marta Press Verlag.
- Rösel, Manuela (2014):** *Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Konsequenzen für involvierte Kinder*, in: Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren (Hg.) (2014): *Hilfen für psychisch belastete Familien. Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe*, Köln: Die Kinderschutz-Zentren, 167-198.
- Rösel, Manuela (²2015):** *Mit zerbrochenen Flügeln. Kinder in Borderline-Beziehungen*, München: Starks-Sture Verlag.
- Rohde-Dachser, Christa (⁶2000):** *Das Borderline-Syndrom*, Göttingen: Hans Huber Verlag.
- Schäfer, Ulrike; Rütger, Eckart; Sachse, Ulrich (²2007):** *Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwarzer, Gudrun (2015a):** *Kernthemen und Anwendungsfelder der Entwicklungspsychologie der Kindheit*, in: Schwarzer Gudrun; Jovanovic, Bianca (Hg.) (2015): *Entwicklungspsychologie der Kindheit*, Stuttgart: Kohlhammer, 11-35.
- Schwarzer, Gudrun (2015b):** *Theorien der Entwicklungspsychologie der Kindheit*, in: Schwarzer Gudrun; Jovanovic, Bianca (Hg.) (2015): *Entwicklungspsychologie der Kindheit*, Stuttgart: Kohlhammer, 36-57.
- Tilly, Christiane; Offermann, Anja (²2013):** *Mama, Mia und das Schleuderprogramm*, Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- Zick, Jowita (2013):** *Kinder von Borderline-Eltern. Entwicklung, Risiko- und Schutzfaktoren*, Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Zimmer, Renate (¹²2013):** *Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis*, Freiburg: Herder Verlag.

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual in der dritten Revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual in der fünften Revision
HzE	Hilfen zur Erziehung
ICD-10	International Classification of Diseases in der zehnten Revision
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Studienarbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt, die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Münster, den

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Bewertung meiner Bachelor-Thesis ab einschließlich 1,3 (sehr gut) oder besser diese in der Bibliothek der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) Abteilung Münster eingestellt werden kann.

Münster, den