



Buck-Horstkotte • Renneberg • Rosenbach

# Mütter mit Borderline- Persönlichkeitsstörung

Das Trainingsmanual  
»Borderline und Mutter sein«



**BELTZ**

Buck-Horstkotte • Renneberg • Rosenbach

**Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung**



Sigrid Buck-Horstkotte • Babette Renneberg • Charlotte Rosenbach

# Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Trainingsmanual »Borderline und Mutter sein«

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

Unter Mitarbeit von Johanna Gabriel

**BELTZ**

*Anschrift der Autorinnen:*

Dipl.-Psych. Sigrid Buck-Horstkotte  
Südenstraße 58  
12169 Berlin  
sigridbuck@othernet.de

Prof. Dr. Babette Renneberg  
Freie Universität Berlin  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin  
b.renneberg@fu-berlin.de

Dr. Charlotte Rosenbach  
Freie Universität Berlin  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Habelschwerdter Allee 45  
14195 Berlin  
c.rosenbach@fu-berlin.de

Dipl.-Psych. Johanna Gabriel  
Mutter-Kind-Projekt PROWO e. V.  
Grimmstraße 14  
10967 Berlin  
johanna.gabriel@gmx.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich  
(ISBN 978-3-621-28260-4).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



1. Auflage

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015  
Werderstr. 10, 69469 Weinheim  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Charlotte Schwesinger  
Herstellung: Uta Euler  
Illustration und Umschlagbild: Lukasz Buda, Berlin  
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28284-0

# Inhaltsübersicht

Vorwort	9
<b>1</b> Hintergrund	11
<b>2</b> Das Gruppentraining »Borderline und Mutter sein«	28
<b>3</b> Aus der Praxis: Behandlungskontext und erste Rückmeldungen	74
<b>Anhang</b>	101
Verzeichnis der Arbeits- und Infoblätter	102
Literatur	182
Weiterführende Literatur	186
Sachwortverzeichnis	187



# Inhalt

Vorwort	9
<b>1 Hintergrund</b>	11
1.1 Einleitung	11
1.2 Wissenschaftlicher Hintergrund	14
1.2.1 Die Symptomatik der Borderlinestörung und mögliche Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten	14
1.2.2 Ätiologische Faktoren der Borderlinestörung und ihre Bedeutung für Mutterschaft	17
1.2.3 Ressourcen und protektive Faktoren	20
1.2.4 Forschungsergebnisse zu Kindern von Müttern mit Borderlinestörung	21
1.2.5 Bestehende Elterntrainings und Unterstützungsangebote	23
1.2.6 Grundlagen des Trainings »Borderline und Mutter sein«	25
<b>2 Das Gruppentraining »Borderline und Mutter sein«</b>	28
2.1 Rahmenbedingungen des Gruppentrainings	28
2.2 Aufbau des Trainings	29
2.3 Interventionsstrategien in speziellen oder schwierigen Situationen	34
2.4 Einzelne Sitzungen	39
2.4.1 Sitzung 1: Borderline und Mutterschaft – Risiken und Chancen für Mutter und Kind	39
2.4.2 Sitzung 2: Achtsamkeit	43
2.4.3 Sitzung 3: Kindliche Grundbedürfnisse	48
2.4.4 Sitzung 4: Stress	52
2.4.5 Sitzung 5: Stressbewältigung	55
2.4.6 Sitzung 6: Struktur und Flexibilität	57
2.4.7 Sitzung 7: Umgang mit Konflikten	59
2.4.8 Sitzung 8: Umgang mit Gefühlen	62
2.4.9 Sitzung 9: Die Bedeutung des Körpers in der Kindererziehung	65
2.4.10 Sitzung 10: Grundannahmen in der Kindererziehung	68
2.4.11 Sitzung 11: Selbstfürsorge für Mütter	70
2.4.12 Sitzung 12: Abschluss	72
<b>3 Aus der Praxis: Behandlungskontext und erste Rückmeldungen</b>	74
3.1 Begleitende Einzeltherapie	74
3.1.1 Diagnostische Phase	74
3.1.2 Commitmentphase	78

3.1.3	Therapieplanung	79
3.1.4	Behandlungsphase	80
3.1.5	Abschlussphase	82
3.2	Väter und Partner	82
3.3	Der institutionelle Kontext	84
3.3.1	Faktoren, die für gelingende Hilfeprozesse wichtig sind	88
3.3.2	Aufgaben einzelner Berufsgruppen und Einrichtungen	93
3.4	Erfahrungen und Rückmeldungen aus der Praxis	95
<b>Anhang</b>		101
Verzeichnis der Arbeits- und Infoblätter		102
Literatur		182
Weiterführende Literatur		186
Sachwortverzeichnis		187

# Vorwort

Dieses Buch entstand aus Not und Freude. Die Not bestand darin, dass es über lange Zeit wenig Orientierung gab in der Arbeit mit Müttern mit Borderlinestörung und ihren Kindern, das Leid der Betroffenen aber offensichtlich war. Die Freude entwickelte sich in der praktischen Arbeit mit den Müttern und wuchs mit der Erkenntnis, dass es Wege aus der Not gibt.

Ungünstige Erziehungsstile gelten als ein Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen. Charakteristisch für die Borderlinestörung sind extreme Schwierigkeiten der Emotionsregulation, die sich auch im Erziehungsverhalten niederschlagen. Viele der Betroffenen sind nur eingeschränkt in der Lage, kindliche Bedürfnisse zu erkennen und auf sie einzugehen, konsistentes Erziehungsverhalten zu zeigen und adäquat Grenzen zu setzen. Um den Teufelskreis der Weitergabe von Schwierigkeiten der Emotionsregulation zu unterbrechen und die Mütter zu unterstützen, haben wir dieses Manual entwickelt.

Kenntnisse und Erfahrungen aus der praktischen Tätigkeit trafen dabei auf wissenschaftliche Forschungsergebnisse und die Idee, das vorhandene Wissen zu nutzen und weiterzugeben.

Immer wieder mussten wir Schwerpunkte bei der Themenauswahl setzen und auf die praktische Umsetzbarkeit achten. Das Programm wurde in mehreren Gruppen durchgeführt und kritisch geprüft. Wir haben fortlaufend Anpassungen vorgenommen und die Rückmeldungen der teilnehmenden Mütter berücksichtigt. Das vorliegende Manual mit zwölf Sitzungen ist das Ergebnis dieses Prozesses und beinhaltet die aus unserer Sicht wichtigsten Themen für die Mütter und ihre Kinder. Die Teilnahme am Training legt eine erste Grundlage, die zu einem gelingenden Erziehungsprozess beiträgt.

Wir haben das Training für Mütter kleiner Kinder (0–6 Jahre) entworfen, weil wir es für sinnvoll halten, frühzeitig Unterstützung zu geben. Aus pragmatischen Gründen – die meisten Patienten mit Borderlinestörung in der psychotherapeutischen Versorgung sind weiblich, häufiger leben die Frauen mit ihren Kindern zusammen, als dass die Kinder mit den Vätern leben – wurde dieses Training für Mütter, und nicht für Väter, konzipiert. Wir schließen nicht aus, dass es auch Väter mit Borderlinestörung mit kleinen Kindern gibt, die von einem solchen Training profitieren können. Aus den genannten Gründen verwenden wir im Manualteil ausschließlich die weibliche Form<sup>1</sup>.

Wir möchten nicht zuletzt noch das wohlwollende und hilfreiche Umfeld erwähnen, in dem viele Kolleginnen und Kollegen mit ihrer Anteilnahme und ihren

---

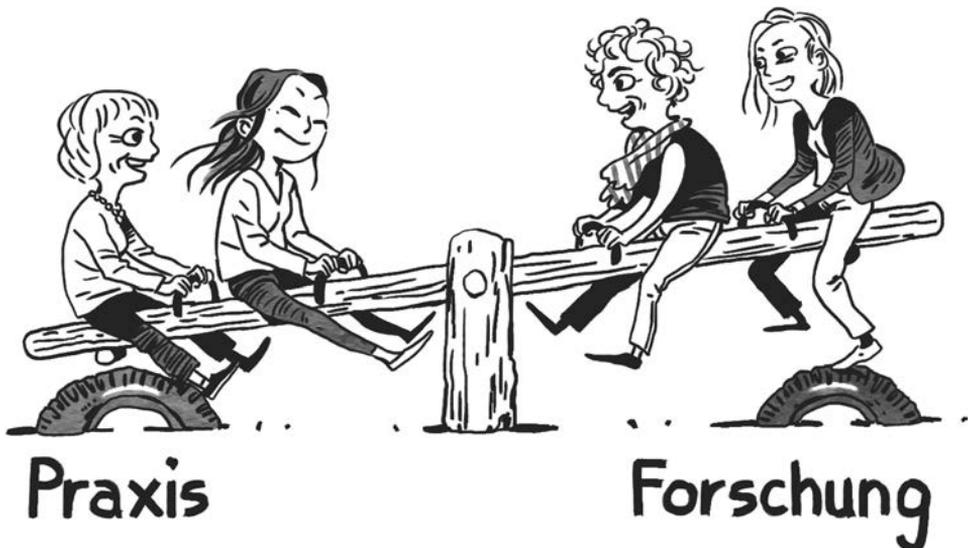
<sup>1</sup> Ein weiterer Hinweis zum Sprachgebrauch: In Kapitel 3 verwenden wir abwechselnd die männliche und weibliche Form, dabei schließen wir jeweils beide Geschlechter ein.

kritischen, kompetenten, konstruktiven und ermutigenden Beiträgen einen förderlichen Einfluss auf die Entwicklung des Buches genommen haben.

Unser besonderer Dank gilt allen teilnehmenden Müttern für ihre Offenheit, ihr Interesse und ihre aktiven Beiträge zur Verbesserung des Trainings. Bei Anja Sellin und Karin König, die in ihren psychologischen Abschlussarbeiten die Durchführung und die erste Evaluation der Gruppen begleitet haben, möchten wir uns ebenfalls bedanken. Wir danken Claudia Kertzsch für ihr Engagement als Trainerin und dem Mutter-Kind-Projekt von PROWO e. V. für die gute Kooperation. Besonders geschätzt haben wir den prüfenden Blick und die konstruktiven Hinweise von Marina Benoit und Christina Wirz beim Korrekturlesen des Manuskripts.

Wir hoffen, vielen Müttern mit Borderlinestörung, ihren Kindern und den professionellen Helfern mit diesem Manual Unterstützung geben zu können, und sind zuversichtlich, dass das Trainingsmanual andere bereichern und von ihnen wiederum bereichert werden wird.

Berlin, im März 2015



*Sigrid Buck-Horstkotte, Johanna Gabriel, Babette Renneberg und Charlotte Rosenbach*

# 1 Hintergrund

## 1.1 Einleitung

Kinder zu haben und zu erziehen, bedeutet Freude und Belastung zugleich. Auch für Eltern, die psychisch gesund sind, sind die ersten Jahre der Kindererziehung häufig mit Umstellungen verbunden, die nicht immer leicht zu bewältigen sind: Sie müssen in der Regel mit deutlich weniger Schlaf auskommen und gleichzeitig alle anderen Aufgaben – im Beruf, im Haushalt, Zusammenleben etc. – bewältigen. Es ist eine Herausforderung, wenn nicht die eigenen Bedürfnisse, sondern die des Kindes den Alltag bestimmen. Bei aller Freude sind junge Eltern in den ersten Jahren häufig deutlich angestrengter als sonst.

### **Borderlinestörung und Kindererziehung**

Der Alltag von Menschen mit einer Borderlinestörung ist geprägt von wiederkehrenden Krisen und extremen Schwankungen in der Stimmung, dem Selbstwert und der Identität. Die Betroffenen handeln in Stresssituationen oft sehr impulsiv und selbstschädigend, reagieren gereizt, trinken zu viel Alkohol oder verletzen sich selbst, um die für sie nicht aushaltbare Situation zu verändern. Gleichzeitig haben sie große Schwierigkeiten, stabile Partnerschaften und Beziehungen zu führen. Sie handeln in Situationen, die sie überfordern, sehr emotional, schnell und heftig. Diese Instabilität ist dabei in der Regel sehr stabil (Renneberg, 2003).

Was geschieht nun, wenn Personen, die unter solchen Stimmungsumbrüchen und Problemen leiden, mit der Aufgabe konfrontiert sind, für die Entwicklung eines Kindes verantwortlich zu sein? Stabilität und Zuverlässigkeit sind für eine gesunde kindliche Entwicklung sehr wichtig. Wie können Frauen, die sich nie sicher sind, geliebt zu werden, und die ein schlechtes Selbstbild haben, ihren Kindern Liebe, Geborgenheit und Halt vermitteln?

### **Fallbeispiel einer Mutter mit Borderlinestörung**

Um die Lebenssituation von Müttern mit einer Borderlinestörung und ihren Kindern besser zu verstehen, schildern wir im Laufe des Buches immer wieder anhand eines Fallbeispiels, welche Probleme bei einer Mutter mit einer Borderlinestörung auftreten können.

#### **Fallbeispiel**

Anja wurde als Kleinkind von ihren Eltern, die beide alkoholabhängig waren, oft tagelang ohne Essen alleine eingesperrt, bis sie schließlich in einer Pflegefamilie untergebracht wurde. Seit ihrer frühen Kindheit litt Anja unter heftigen Wutanfällen. Ihre Wut richtete sie gegen Gegenstände, andere Menschen und sich

selbst. Während des Aufenthaltes in einer Tagesklinik lernte sie ihren Freund kennen und wurde nach kurzer Zeit ungeplant schwanger. Ein Abbruch der Schwangerschaft kam für sie nicht in Frage, jedoch hatte sie große Angst, ihrem Kind eines Tages durch ihre unkontrollierten Wutanfälle Schaden zuzufügen. Oft dachte sie, das Schreien ihres Sohnes und seine ständigen Ansprüche nicht mehr aushalten zu können. Sie war jedoch nicht bereit, sich an das Jugendamt zu wenden, um Hilfe zu bekommen: »Die kennen mich noch von früher, die nehmen mir sofort mein Kind weg.« Sie begann eine Therapie, fest entschlossen, ihre Probleme in den Griff zu bekommen und zu lernen, dem Kind eine gute Mutter zu sein.

### **Kindliche Bedürfnisse**

Es herrscht weitgehende Übereinstimmung darüber, was Kinder durch alle Entwicklungsphasen hinweg für ihre gesunde Entwicklung brauchen. Allgemein gesagt kann man von drei Bedürfniskategorien sprechen: Kinder haben vitale Bedürfnisse (Nahrung, Pflege, Kleidung, Obdach, Sicherheit und Schutz vor Gewalt), soziale Bedürfnisse (Liebe, Zuneigung, Anerkennung, Fürsorge, Gemeinschaft) sowie das Bedürfnis nach Kompetenz und Selbstbestimmung (Bildung, Aktivität, Selbstachtung). Je kleiner die Kinder sind, desto stärker sind sie zur Kommunikation und vor allem zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse auf ihre primären Bezugspersonen angewiesen.

Auch wenn es Gesetze und Regelungen gibt, welche die Rechte von Kindern verankern und sicherstellen sollen, liegt die Hauptverantwortung für die Befriedigung dieser Bedürfnisse in der Regel bei den Eltern. Ihnen obliegt es, ein adäquates, förderndes und gesundes Umfeld zu schaffen, in dem das Kind sich entwickeln kann. Institutionen und Bildungseinrichtungen übernehmen ergänzende, kompensatorische und kontrollierende Funktionen. Sind die Eltern aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage, diese Bedürfnisse zu befriedigen, kann dies eine Vielzahl negativer Folgen für die Entwicklung der Kinder mit sich führen (s. z. B. Plass & Wiegand-Grefe, 2012).

### **Wo ist der Platz für die Kinder in der Psychotherapie der Borderlinestörung?**

In der psychotherapeutischen Behandlung der Borderlinestörung wurden in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte erzielt, auch wenn es weiterhin noch viel Raum für Verbesserung der Therapieergebnisse gibt (Stoffers et al., 2012). In der Psychotherapie der Borderlinestörung gibt es eine klare Hierarchie der Therapieziele (Leitlinie Persönlichkeitsstörungen, DGPPN). An erster Stelle steht der Abbau der Suizidalität und des selbstverletzenden und selbstschädigenden Verhaltens. Das Überleben und das Wohl der Patientin stehen im Vordergrund. Therapeutinnen sind daher mit den aktuellen Krisen der Patientinnen oft so beschäftigt, dass das Thema, wie es den Kindern geht, zunächst häufig sekundär ist.

Auch wissen die Behandelnden teilweise nicht, was sie in solchen Situationen tun sollen oder wie sie die Kinder schützen können. Sie sind ja »eigentlich« für die Mutter zuständig. Oft sind die Kinder kein Thema in der Psychotherapie, und es wird das

behandelt, was die Mutter als dringlich präsentiert: in der Regel an erster Stelle das eigene Leid und die Konflikte mit dem Partner oder bei der Arbeit. Die Unterstützung bei der Bewältigung aktueller Krisen ist eine herausfordernde und schwierige Aufgabe in der Therapie der Borderlinestörung. Probleme, Misshandlungen und Vernachlässigung der eigenen Kinder werden von den Müttern oft aus Angst oder Scham verschwiegen oder zunächst nicht thematisiert, weil sie weniger dringlich erscheinen. Ängste vor Stigmatisierung und vor dem Verlust des Sorgerechts führen nicht selten dazu, dass sich betroffene Eltern scheuen, bei den zuständigen Stellen Hilfe zu suchen und Probleme anzusprechen.

Auf diese Weise kommen Mütter mit einer Borderlinestörung und ihre Kinder häufig erst dann mit dem Jugendamt in Kontakt, wenn es für eine sinnvolle Prävention zu spät ist: bei akuter Kindeswohlgefährdung sowie in schweren Krisensituationen. Doch auch bei rechtzeitiger Intervention fehlt auf Seiten der Institutionen oft das Wissen über die Störung. Dies kann dazu beitragen, dass Hilfeprozesse ausbleiben oder misslingen und dass das Misstrauen gegenüber den Institutionen, die für das Kind zuständig sind, wächst.

Psychotherapeutinnen werden in der Regel anders wahrgenommen als Ämter und offizielle Stellen. Die in den Sitzungen besprochenen Inhalte unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Müttern ermöglicht der geschützte Rahmen der Psychotherapie, offen über ihre Probleme zu sprechen und so Wege zu finden, das Kind trotz eigener psychischer Defizite zu schützen und zu fördern. Die Erfahrung, nicht verurteilt zu werden und Verständnis zu finden, öffnet Türen, eigene Schwächen anzunehmen.

**Kinder als Ressource.** Kinder können dazu beitragen, dass Eltern Sinn und Halt im Leben finden. Sie helfen unter Umständen, die eigene Lebensgeschichte in einem neuen Licht zu sehen und – oft das erste Mal im Leben – Zugehörigkeit und Verantwortung zu erleben. Mütter und Väter werden damit konfrontiert, die eigene Situation und die des Kindes verantwortlich gestalten zu müssen. Die Aktivierung eigener Ressourcen und Kompetenzen ist erforderlich, um dem ihnen anvertrauten Wesen gerecht zu werden. Die Sorge um das Kindeswohl kann dadurch in einem nicht zu unterschätzenden Maß für die Aufnahme einer Therapie motivieren sowie Katalysator für notwendige Entwicklungsschritte der Mutter sein. Viele Mütter mit einer Borderlinestörung sind sich ihrer Verantwortung für ihre Kinder durchaus bewusst und würden alles dafür tun, um sie von der eigenen psychischen Problematik fernzuhalten und zu verhindern, dass die Kinder Ähnliches durchmachen müssen wie sie selbst.

Frauen, die in ihrer eigenen Lebensgeschichte kaum Erfahrungen von Sicherheit, Liebe, Schutz, Zugehörigkeit und Geborgenheit machen konnten, verbinden die Vorstellung von Elternschaft oft mit dem dringenden Wunsch nach einem Menschen, der zu ihnen gehört und der sie vorbehaltlos akzeptiert. So erleben Frauen häufig in der Schwangerschaft und der ersten Zeit der Mutterschaft eine innige Nähe zu ihrem Kind, die dazu beiträgt, dass Mutter und Kind sich glücklich und zufrieden fühlen, besonders dann, wenn das Kind sich ausgeglichen und ruhig verhält.

**Kinder als Herausforderung.** In aller Regel jedoch zeigen Kinder, die sich gesund entwickeln, spätestens gegen Ende des Säuglingsalters Autonomiebestrebungen. Sie haben unaufschiebbare Bedürfnisse und nehmen wenig »Rücksicht« auf die psychische Verfassung ihrer Eltern. Sie spenden nicht nur Trost, sondern sind auch eine Belastung. Die Mütter kommen immer wieder in einen Konflikt zwischen ihrem Anspruch, eine gute Mutter zu sein, und ihren eigenen Bedürfnissen nach Ruhe, Zeit für sich und Treffen mit Freunden. Häufig entsteht aus solchen Konflikten ein Teufelskreis aus kindlicher Verhaltensauffälligkeit und mütterlicher Frustration.

### **Was erwartet Sie in diesem Buch?**

Dieses Buch möchte Hintergrundwissen, Orientierung und vor allem Anleitung für die praktische Arbeit mit Müttern mit einer Borderlinestörung bieten und gleichzeitig dazu ermutigen, sich dieser Thematik stärker zu öffnen.

Das in diesem Buch vorgestellte Gruppentherapieprogramm wurde auf Basis klinischer Erfahrungen und des aktuellen Stands der Forschung entwickelt.

In Kapitel 1 werden zunächst aktuelle Forschungsbefunde zusammengefasst, die die Lebenssituation und mögliche Schwierigkeiten von Müttern mit einer Borderlinestörung und ihren Kindern beleuchten. Es wird das Hintergrundwissen erläutert, auf dem das Gruppentraining aufbaut. Kapitel 2 enthält das Therapiemanual; Kapitel 3 liefert weitere Informationen zu der begleitenden Einzeltherapie, dem Umgang mit Vätern und Partnern, den institutionellen Rahmenbedingungen sowie ein Fazit mit den Rückmeldungen und Bewertungen der Teilnehmerinnen des Trainings. Im Anhang finden sich die Arbeitsblätter und Informationsmaterialien für Trainerinnen und Teilnehmerinnen.

## **1.2 Wissenschaftlicher Hintergrund**

*Ich habe die Diagnose einer Borderlinestörung. Es tut mir sehr weh zu sehen, wie meine Kinder darunter leiden. Ich will auf keinen Fall, dass sie dasselbe durchmachen müssen wie ich. Ich wäre so gern eine perfekte Mutter!*  
Zitat einer betroffenen Mutter

### **1.2.1 Die Symptomatik der Borderlinestörung und mögliche Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten**

**Symptomatik.** Die Borderlinestörung ist charakterisiert durch ein andauerndes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten. Die Angst davor, verlassen zu werden, und die zeitgleiche Schwierigkeit, enge Beziehungen aufrechtzuerhalten, führen zu schwerwiegenden Problemen in der gesamten Lebens- und insbesondere in der Beziehungsgestaltung. Das chronische Gefühl innerer Leere und eine ausgeprägte emotionale Instabilität münden nicht selten in destruktiven Verhaltensweisen, wie z. B. in Alkohol- und Drogenkonsum, in ungeschütztem Sexualverkehr oder bulimischem Essverhalten. Auch suizidales und selbst-

verletzendes Verhalten tritt bei Frauen mit einer Borderlinestörung auf. Zudem befinden sich die betroffenen Mütter oft in sozial und/oder finanziell belastenden Lebenssituationen und haben Probleme bei der Bewältigung des Alltags.

**Prävalenz.** Es gibt unterschiedliche Angaben zur Häufigkeit der Borderlinestörung. In einer Übersichtsarbeit werden Punktprävalenzraten zwischen 0,5–3,9 Prozent in der Allgemeinbevölkerung angegeben (Lenzenweger, 2008). In einer 2008 veröffentlichten US-amerikanischen Studie berichten die Autoren sogar eine Lebenszeitprävalenzrate von 5,9 Prozent (Grant et al., 2008). Es wird davon ausgegangen, dass sich 50–80 Prozent der Betroffenen in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung befinden, was in Deutschland ca. 700.000 erwachsenen Patientinnen und Patienten entspricht (Stiglmayr, 2011). Diese Zahlen bedeuten, dass die Borderlinestörung häufig vorkommt und ein Großteil der Betroffenen auch Hilfe und Unterstützung im Gesundheitssystem sucht. In psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen sind dies überwiegend Frauen, wobei das Geschlechterverhältnis in der Allgemeinbevölkerung ausgeglichener zu sein scheint (s. Belsky et al., 2012). Daten aus einer großen Studie deuten darauf hin, dass es auch im Kindesalter keinen Unterschied in der Häufigkeit von borderlinetypischen Merkmalen zwischen Jungen und Mädchen gibt (Belsky et al., 2012).

Obwohl man im Kindesalter noch nicht von der Diagnose einer BPS/Borderlinestörung sprechen sollte, zeigen Studien übereinstimmend, dass die Symptomatik der Störung oft schon in der frühen Adoleszenz beginnt. Im Verlauf nehmen die Prävalenzraten der BPS/Borderlinestörung mit steigendem Alter ab (ca. ab dem 44. Lebensjahr; Grant et al., 2008). Diese Angaben zur Häufigkeit zeigen, dass sich ein Großteil der Betroffenen im gebärfähigen Alter befindet. Verlässliche Daten über die Anzahl von Patientinnen mit der Diagnose einer Borderlinestörung, die Mutter sind, liegen leider nicht vor. Nach Bohus und Röpke (persönliche Mitteilungen, 2013 und 2014) haben ca. 30 Prozent der betroffenen Patientinnen, die sich in stationärer Behandlung befinden, Kinder. Diese Rate stimmt auch mit den Angaben von Plass und Wiegand-Grefe (2012) überein.

**Komorbidität und Auswirkung auf das soziale Umfeld.** Die Diagnose einer Borderlinestörung tritt selten isoliert auf. Es ist die Regel, dass die Betroffenen auch unter weiteren komorbiden psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Substanzgebrauchsstörungen oder auch anderen Persönlichkeitsstörungen leiden. Der Verlauf der Borderlinestörung ist in vielen Fällen chronisch und geht häufig mit einer Vielzahl von Krisen und stationären (Not-)Aufnahmen einher. Sowohl die einzelnen Symptome als auch die mit der Störung verbundenen Belastungsfaktoren können unter Umständen erhebliche Auswirkungen auf die seelische Gesundheit der Kinder von Eltern mit einer Borderlinestörung haben.

Um die Auswirkungen der Symptomatik auf das Erziehungsverhalten der Mütter und die Entwicklung der Kinder besser zu verstehen, werden im Folgenden die diagnostischen Kriterien der Borderlinestörung nach DSM-5 beschrieben (American Psychiatric Association, 2015) und für jede Verhaltensweise oder Problematik werden mögliche Auswirkungen für die Kinder erläutert.

## **Diagnostische Kriterien der Borderlinestörung nach DSM-5**

Für eine Diagnose müssen fünf der folgenden neun Kriterien erfüllt sein.

**(1) Verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.** Die Angst vor dem Alleinsein bei Personen mit einer Borderlinestörung führt in der Regel dazu, möglichst immer in einer Partnerschaft zu sein und sich sehr stark an andere zu klammern. Das Festhalten an dysfunktionalen Partnerschaften kann dazu führen, dass das Kind nicht ausreichend geschützt wird (z. B. vor einem gewalttätigen Partner). Die Angst kann auch dazu führen, dass sich Mütter mit einer Borderlinestörung an ihr Kind klammern und es »parentifizieren«. Damit ist gemeint, dass das Kind für die Mutter sorgt, indem es sie z. B. tröstet, beruhigt und ablenkt, ihr Halt und Struktur gibt. Wenn eine solche Rollenumkehr und das Anklammern stark ausgeprägt sind, sind diese Mütter nicht gut in der Lage, das Kind als eigenständiges Individuum zu sehen. Einerseits wird dadurch die Möglichkeit der Autonomie-Entwicklung des Kindes eingeschränkt, andererseits stellt diese Aufgabe natürlich eine Überforderung für das Kind dar.

**(2) Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet ist.** Dieses Verhaltensmuster in Beziehungen geht einher mit einem extremen Wechsel zwischen Nähe und Distanz. Auch die Beziehung zum Kind kann daher durch eine stark ambivalente Bindung gekennzeichnet sein. Damit verbunden ist unter anderem die Schwierigkeit auf Seiten der Mutter, eigene Belastungsgrenzen wahrzunehmen und angemessen zu kommunizieren. Die gleichen kindlichen Verhaltensweisen können je nach Stimmung aversive, belohnende oder gleichgültige Reaktionen hervorrufen. Das Kind erlebt die Reaktionen seiner Mutter als unberechenbar und kann sein eigenes Verhalten nicht mit eindeutigen validierenden oder abwertenden Reaktionen in Verbindung bringen. Dadurch wird auch das Erlernen von sozial kompetentem Verhalten erschwert und die mangelnde Vorhersagbarkeit der Reaktionen der Mutter erhöht das Risiko der Entwicklung von Ängsten auf Seiten des Kindes deutlich. Im klinischen Kontext fällt auf, dass Mütter mit Borderlinestörung, die mehrere Kinder haben, häufiger eines der Kinder abwerten und ein anderes idealisieren.

**(3) Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.** Die Identitätsstörung der Betroffenen beinhaltet häufig auch eine Störung der Identität als Mutter. Frauen mit einer Borderlinestörung geraten in eine Rollendiffusion und können keine stabilen Gefühle für das Kind und für ihre Rolle als Mutter entwickeln. Sie schwanken in ihren Einschätzungen zwischen »Mutter sein ist super« versus »Ich kann und will keine Mutter sein«. Das Kind wiederum findet in seiner Mutter aufgrund dieser Instabilität kein verlässliches, Halt und Orientierung gebendes Gegenüber.

**(4) Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geld ausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle).** Diese Impulsivität hat verschiedene Konsequenzen für das Kind: Es kann sich mit unberechenbaren, unangemessenen, gefährlichen und aggressiven Verhaltensweisen der Mutter konfrontiert sehen. Es kann jedoch auch dadurch betroffen sein, dass seine Bedürf-

nisse während der impulsiven Verhaltensexzesse der Mutter massiv vernachlässigt und missachtet werden.

**(5) Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.** Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche sowie selbstschädigendes Verhalten können für das Kind gefährlich werden und zu Panik, Angst, Überforderung und massiven Schuldgefühlen beim Kind führen.

**(6) Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z. B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst).** Starke Stimmungsschwankungen, die sich in sehr wechselhaften Verhaltens- und Kommunikationsmustern äußern, können zu Desorientierung, Unsicherheit und fehlendem emotionalen Halt beim Kind führen. Dadurch mangelt es ihm an einem Modell für angemessene Emotionsregulation und es kann keine entsprechenden Kompetenzen entwickeln.

**(7) Chronisches Gefühl der Leere.** Das chronische Gefühl der Leere bedeutet für die Mutter existenzielle Not in Form von Isolation und Einsamkeit. Sie ist damit nicht mehr in der Lage, dem Kind angemessene Resonanz zu bieten. Auch dem Kind gelingt es nicht oder nur mit großer Anstrengung, die Mutter emotional zu erreichen. Dies kann bei dem Kind starke Gefühle von Ohnmacht, Panik und Verlorenheit auslösen.

**(8) Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien).** Eine Mutter, die ihre Wut nicht kontrollieren kann, verletzt ihre Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit durch körperliche und/oder seelische Gewalt. Auch wenn nicht die Kinder selbst, sondern andere (z. B. Partner, Geschwister) Opfer der Gewalt sind, kann das eine ähnliche, mitunter ebenfalls traumatisierende Wirkung haben.

**(9) Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.** Hierbei droht dem Kind Gefahr durch die fehlende Realitätsorientierung der Mutter. Neben ganz konkreten Gefahren kann das Kind zutiefst verstört werden und selbst große Ängste entwickeln, insbesondere wenn es Teil des paranoiden Systems wird.

Bei dieser Auflistung sollte beachtet werden, dass das aktuelle Verhalten und Erleben der Mütter nicht zwangsläufig all die aufgezählten negativen Konsequenzen für das Kind haben muss, es aber einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt ist, selbst schwierige Bindungsmuster, Angst und andere psychopathologische Symptome zu entwickeln. Die Forschungsbefunde zu diesem Zusammenhang werden im folgenden Abschnitt zusammengefasst.

## 1.2.2 Ätiologische Faktoren der Borderlinestörung und ihre Bedeutung für Mutterschaft

**Psychische Störungen als Risikofaktor.** Über verschiedene psychische Störungen hinweg gilt, dass eine psychische Erkrankung der Eltern ein ätiologischer Risikofaktor für psychische Störungen der Kinder ist (Plass & Wiegand-Grefe, 2012). Die Entstehung

psychischer Störungen ist durch ein komplexes Gefüge von biologischen (u. a. genetischen), sozialen und psychischen Faktoren zu erklären. Insbesondere die Interaktion zwischen einer genetischen Prädisposition und ungünstigen Umweltbedingungen begünstigt die Entwicklung von psychischen Belastungssymptomen. Kernsymptome der Borderlinestörung wie emotionale Instabilität und Impulsivität treten gehäuft bei Kindern von Personen mit Borderlinestörung auf. So haben Verwandte ersten Grades ein 4- bis 20-fach erhöhtes Risiko, auch eine Diagnose einer Borderlinestörung zu haben (Barnow et al., 2006). Eine familiäre Häufung der Borderlinestörung zeigen auch andere Untersuchungen (z. B. Barnow et al., 2013; Gunderson et al., 2011). Es gibt unterschiedliche Schätzungen, wie groß der Anteil der genetischen und epigenetischen Faktoren bei der Entstehung der Borderlinestörung ist. In einer Zwillingsstudie lag der Anteil der genetischen Faktoren bei 69 Prozent (Torgersen et al., 2012). In einer anderen Studie, die die Erbllichkeit einzelner Borderlinesymptome untersuchte, waren es 42 Prozent (Distel et al., 2008). Das heißt, dass ungefähr die Hälfte der Varianzaufklärung der Borderlinesymptomatik über genetische Faktoren stattfindet. Diese Befunde gelten nicht ausschließlich für die Borderlinestörung: In groß angelegten prospektiven Längsschnittstudien wurde gezeigt, dass Personen mit genetischer Vulnerabilität für psychische Störungen nach Misshandlungen in der Kindheit häufiger Depressionen entwickelten als Personen, die keine genetische Vulnerabilität aufwiesen und auch Misshandlungen ausgesetzt waren (Caspi et al., 2003).

**Gene und Familie.** Belsky et al. (2012) untersuchten in einer großen prospektiven Längsschnittstudie in Großbritannien (Environmental Risk Longitudinal Study, E-Risk) den Verlauf von borderlinetypischen Merkmalen bei 1.116 Zwillingspaaren im Alter von fünf bis zwölf Jahren. Zusammengefasst belegen die Ergebnisse das Diathese-Stress-Modell der Entstehung der Borderlinestörung (Lieb et al., 2004). Genetische Faktoren und Umweltfaktoren tragen unabhängig und vor allem auch durch ihre Interaktionen zur Entstehung der Borderlinestörung bei. So berichten Belsky und Kollegen (2012), dass Kinder, die körperlich misshandelt wurden oder deren Mütter ihren Kindern gegenüber mehr negative Emotionen zeigten (expressed emotion), mehr borderlinetypische Verhaltensweisen zeigten als Kinder, die weniger grob behandelt wurden. Darüber hinaus waren die Kinder, deren Familienangehörige eine psychische Störung hatten, noch vulnerabler für die Entwicklung borderlinetypischer Verhaltensweisen. Es gibt einige Einschränkungen dieser Studie: So sollte u. a. berücksichtigt werden, dass die negative emotionale Kommunikation von Vätern oder anderen Familienmitgliedern nicht untersucht wurde. Eindeutig ist aus diesen Studien abzulesen, dass Borderlinesymptome familiär gehäuft auftreten. Die genetischen Faktoren tragen ebenso wie die Verhaltensmuster der Eltern zu einer familiären Transmission der Borderlinestörung bei.

**Bindung.** Elternschaft stellt für Mütter mit Borderlinestörung auch deshalb eine große Herausforderung dar, da die Frauen selbst häufig negative Erfahrungen mit primären Bezugspersonen gemacht und schwere Traumatisierungen erlitten haben. Diese Erfahrungen können zu ihren eigenen Problemen beigetragen haben und in einem für die Störung typischen desorganisierten Bindungsstil (vgl. Bindungstypen nach Bowlby,

1970) resultieren (Levy, 2005). Dieser Bindungsstil beeinflusst dann wiederum das eigene Verhalten und kann zu feindseligen und passiven Interaktionsmustern mit dem Kind führen.

**Verhaltensweisen von Müttern mit Borderlinestörung.** Es liegen verschiedene wissenschaftliche Studien vor, die Mütter mit Borderlinestörung und ihr Verhalten ihren Kindern gegenüber untersuchen. Zusammenfassend werden dabei folgende Risikoverhaltensweisen für die Kinder beschrieben: Mütter mit Borderlinestörung neigen stärker zu übergriffigem und unsensiblen Verhalten, kritisieren ihre Kinder schneller und verhalten sich aufdringlicher und angstmachender als gesunde Mütter (Stepp et al., 2012). Mütter mit Borderlinestörung zeigen weniger Sensibilität für die Bedürfnisse ihrer Kinder (Crandell et al., 2003) und weniger Struktur in der Interaktion bzw. Defizite in der emotionalen Kommunikationsfähigkeit mit ihren Kindern (Hobson et al., 2009). Dabei fühlen sich die Mütter mit einer Borderlinestörung gleichzeitig weniger zufrieden, inkompetenter und gestresster bezüglich ihrer elterlichen Fähigkeiten als Mütter ohne psychische Störungen (Newman et al., 2007). Häufig kommt es zur Rollenkonfusion oder Parentifizierung, d. h., Kinder übernehmen die Aufgaben und Rollen der Eltern (Hobson et al., 2009). Diese Faktoren können zu Frustration, Hoffnungslosigkeit auf Seiten der Mütter sowie zur Vernachlässigung der Kinder führen.

Auch soziale Umweltfaktoren spielen bei der Entwicklung der Kinder eine wichtige Rolle. Häufig leben Kinder von Müttern mit Borderlinestörung in einem instabilen Umfeld (Umzüge, Schulwechsel, wechselnde Partner, stationäre Aufenthalte und längere Abwesenheiten oder Suizidversuche der Mütter). Viele Wechsel und eine hohe Instabilität können eine hohe Belastung für Kinder darstellen. Die Kinder erleben durch ein instabiles Umfeld wenig Sicherheit, Beständigkeit oder Konstanz (Feldman et al., 1995). Diese Unzuverlässigkeit und Unvorhersagbarkeit können zu Ängsten und Sorgen auf Seiten der Kinder führen.

**Invalidierung.** In dem Entstehungsmodell der Borderlinestörung, wie es von Linehan beschrieben wird (1996a), spielt ein invalidierendes Umfeld eine wichtige Rolle. Solch invalidierendes Verhalten von Bezugspersonen ist durch unberechenbare, unangemessen heftige und extreme Reaktionen auf persönliche Äußerungen des Kindes gekennzeichnet. Die Äußerungen des Kindes werden nicht validiert, das heißt bestätigt, sondern im Gegenteil oft bestraft oder trivialisiert. Stepp et al. (2012) vermuten, dass Mütter mit einer Borderlinestörung kindliche Emotionen fehlerhaft wahrnehmen und interpretieren und dadurch die gezeigten Gefühle ihrer Kinder invalidieren, also die Gefühle der Kinder negieren oder in Frage stellen. Eine Folge ist eine gestörte Entwicklung des adaptiven emotionsverarbeitenden Systems des Kindes. Mangelnde Fähigkeiten der Emotionsregulation sowie die frühkindliche Erfahrung von Invalidierung der Mütter würden in diesem Fall ursächlich für die Fehlwahrnehmung der kindlichen Gefühle und für das maladaptive Modellverhalten sein.

**Borderlinespezifische Herausforderungen.** Grundsätzlich und gerade aufgrund der hohen Rate an zusätzlich zur Borderlinestörung auftretenden komorbiden psychischen Störungen wie Depressionen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen ist es