

Ehrler, Marcel

**Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkung auf die Mutter-  
Kind-Beziehung**

-

**Borderline personality disorder and their effect on the mother-child  
relationship**

**BACHELORARBEIT**

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**  

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2016

Ehrler, Marcel

**Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkung auf die Mutter-  
Kind-Beziehung**

-

**Borderline personality disorder and their effect on the mother-child  
relationship**

eingereicht als

**BACHELORARBEIT**

an der

**HOCHSCHULE MITTWEIDA**

---

**UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES**

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2016

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Zweitprüfer: Prof. Dr. jur. Frank Czerner

### **Bibliographische Beschreibung:**

Ehrler, Marcel:

Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkung auf die Mutter-Kind-Beziehung. 35 S. Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2016

### **Referat:**

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit der Persönlichkeitsstörung „Borderline“ im Kontext auf die Mutter-Kind-Beziehung.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt dabei auf einer intensiven Literaturrecherche.

Einleitend erhält man einen Überblick über die Borderline-

Persönlichkeitsstörung, deren Symptome und Verlauf der Krankheit. Darauf

aufbauend gibt das nächste Kapitel einen Einblick in die Mutter-Kind-Beziehung

und deren Auswirkungen sowie mögliche Hilfen zur Erziehung, welches den

Schwerpunkt meiner Arbeit bildet. Der letzte Themenkomplex widmet sich der

Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter und einer Borderline-betroffenen

Mutter sowie Grenzen im Umgang mit Betroffenen.

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS).....	3
2.1 Begriffsbestimmung und historischer Hintergrund .....	4
2.2 Klassifikation nach ICD - 10 .....	5
2.3 Klassifikation nach DSM-V.....	6
2.4 Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	8
2.5 Dialektische Verhaltenstherapie, DBT .....	14
3. Mutter-Kind-Beziehung .....	18
3.1 Mögliche Auswirkungen für Kinder anhand der DSM-5-Kriterien.....	18
3.2 Verhaltensweisen von Müttern mit Borderlinestörung.....	21
3.3 Borderlinespezifische Herausforderungen .....	23
3.4 Ressourcen der Mutter und des Kindes.....	23
3.5 Elterntrainings und Unterstützungsangebote .....	25
3.5.1 Universelle Elterntrainings .....	25
3.5.2 Trainings für Eltern mit psychischen Störungen.....	26
3.5.3 Grundlagen des Trainings „Borderline und Mutter sein“ .....	27
4. Soziale Arbeit im Kontext mit Borderline-Betroffenen .....	29
4.1 Grundregeln im Umgang mit Borderline-Verhalten .....	30
4.2 Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter und Borderline-Betroffenen...	30
4.3 Grenzen in der Arbeit mit Borderline-Betroffenen .....	32
5. Zusammenfassung der Forschungsergebnisse und Praxistransfer .....	34
6. Eigene Stellungnahme.....	35
7. Literaturverzeichnis.....	36
8. Eidesstattliche Erklärung .....	38

## 1. Einleitung

Für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit habe ich mir ein Thema gewählt, welches für Betroffene von enormer Bedeutung und gleichzeitig in der wissenschaftlichen Literatur unterrepräsentiert ist. Das Thema ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Auswirkung auf die Mutter-Kind-Beziehung.

Zur Erläuterung der Problematik beginne ich mit der folgenden Fallkonstruktion:

Im Alter von 15 Jahren erhielt Isabel die Diagnose „Borderline“. Festgestellt wurde dies durch eine stationäre Behandlung wegen selbstverletzendem Verhalten. Als Ursache wurde die Trennung ihrer Eltern vermutet. Isabel und ihr jüngerer Bruder Alexander blieben nach der Trennung bei ihrem Vater, jedoch konnte dieser sich nicht angemessen um die Kinder kümmern, da sein Alkoholmissbrauch über dem Wohl der Kinder stand. Isabel übernahm daher im Alter von 13 Jahren die Rolle der Mutter für Alexander und musste zusätzlich Haushaltsarbeit leisten. Isabel wollte gerne bei ihrer Mutter wohnen, jedoch den Vater und ihren Bruder nicht allein zurücklassen. Durch diese Rollenverteilung war Isabel natürlich stark überfordert.

Heute ist Isabel 24 Jahre alt und lebt seit fünf Jahren in einer Partnerschaft. Sie lebt zusammen mit ihrem Partner in einer Wohnung und hat einen geregelten Arbeitsablauf. Nunmehr hegen beide schon seit langem den Kinderwunsch und Isabel möchte sich daher in einer therapeutischen Beratungsstelle informieren, ob sie den Herausforderungen der Mutterpflichten gewachsen ist und welche Unterstützungsmöglichkeiten es im Rahmen ihrer Borderline-Erkrankung und der Erziehung des Kindes gibt.

Ausgehend von diesem Beratungsbedarf beleuchtet diese Abschlussarbeit zunächst das Krankheitsbild und die historische Bestimmung der Borderline-Störung. Begrifflichkeiten werden erklärt, Symptome nach „ICD 10“ und „DSM V“ definiert sowie ein Therapieansatz und dessen Wirksamkeit vorgestellt.

Der darauffolgende Themenkomplex beschäftigt sich mit der Mutter-Kind-Beziehung im Borderline-Kontext. Hierbei werden eingehend die möglichen

Auswirkungen für Kinder anhand der DSM-5-Kriterien erläutert. Im Anschluss daran werden die Verhaltensweisen von Müttern mit einer Borderlinestörung näher beleuchtet und welchen borderlinespezifischen Herausforderungen eine Mutter mit BPS sich stellen muss. Im weiteren Verlauf werden die Ressourcen der Mutter und des Kindes erschlossen und zum Schluss dieses Kapitels die Möglichkeiten der Unterstützung für eine Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung herausgefiltert.

Der dritte und letzte Themenkomplex widmet sich der Sozialen Arbeit im Borderline-Kontext. Im Focus stehen Grundregeln sowie Grenzen im professionellen Umgang mit Betroffenen.

Schlussendlich werden im Fazit die theoretisch gewonnenen Erkenntnisse zusammengeführt und die Forschungsfrage: „Können Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Erziehung eines Kindes gerecht werden?“ anhand der vorliegenden Fallkonstruktion beantwortet. Die Bachelorarbeit endet mit einem Ausblick auf therapeutische Interventionsmöglichkeiten im Kontext einer Mutter-Kind-Beziehung.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Diese Hausarbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da es den „Rahmen sprengen“ würde. Es wird auf dementsprechende Literatur zurückgegriffen und für die Bearbeitung werden verwendungsfähige Internetquellen herangezogen.

## 2. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Borderline ist ein weites Feld. Was darunter zu verstehen ist, dazu gibt es in der Fachwelt durchaus unterschiedliche Meinungen. Es wurden verschiedenste Begrifflichkeiten und Theorien für die gleiche Sache entwickelt. Übersetzt heißt „Borderline“ „Grenzlinie“. Eingeführt wurde der Begriff in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts und galt zunächst als Sammelbegriff für Grenzfälle zwischen den beiden anderen großen Störungskategorien Neurose<sup>1</sup> und Psychose<sup>2</sup>. Es wurde festgestellt, dass viele Betroffene tiefgreifendere und vor allem anhaltendere psychische Probleme hatten als Neurotiker, jedoch nicht so gestört waren wie Psychosekranken, die z.B. an einer Schizophrenie leiden und aufgrund von Wahnerleben und Halluzinationen zumindest zeitweise den Bezug zur Realität verlieren. Borderline war daher lange Zeit eine Zwischenkategorie, die sich im Wesentlichen durch das definierte, was sie nicht ist. Nämlich nicht mehr Neurose aber auch keine Psychose.<sup>3</sup>

Die Borderline-Störung ist eine psychische Erkrankung, die sowohl für den Betroffenen als auch für die Angehörigen eine große Herausforderung darstellt. Seit Ende des 20. Jahrhunderts ist die Borderline-Störung international anerkannt und hat Eingang in die internationalen Klassifikationen der Erkrankungen gefunden.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Die Neurose ist eine psychische Störung, bei der die Betroffenen unter den verschiedensten Symptomen wie Ängsten, Depressionen oder Zwängen leiden, ohne jedoch den Bezug zur Realität zu verlieren. Der Betroffene bemerkt, dass das, was er denkt oder tut, ein „bisschen verrückt“ ist, aber dass die Wirklichkeit anders aussieht. Bei der Psychose hingegen geht der Realitätssinn phasenweise ganz verloren. (vgl. Voss, Dunja 2006)

<sup>2</sup> Bei der Psychose erleben die Betroffenen etwas, das Außenstehende nicht nachvollziehen können. Beispielsweise fühlen sich die Betroffenen verfolgt und sie sehen „weiße Mäuse“ in einer Intensität, die das Erlebte echt erscheinen lässt. Grob unterteilt man drei Formen der Psychose: Die affektive Psychose, bei welcher Gefühlsstörungen im Vordergrund stehen. Hierzu gehört beispielsweise die bipolare Störung, ein Wechsel aus starker Depression und extremer Hochstimmung. Bei der schizophrenen Psychose ist das Denken gestört. Wahnvorstellungen (z.B. Verarmungswahn oder Verfolgungswahn) sowie optische oder akustische Halluzinationen (Stimmenhören) gehören dazu. Die schizoaffektive Psychose ist eine Mischform aus beidem. (vgl. Voss, Dunja 2006)

<sup>3</sup> vgl. Möhlenkamp, Gerd 2004, S. 9

<sup>4</sup> vgl. Schäfer/Rüther/Sachsse 2007

Für Verwandte, Freunde, Partner, Eltern und Kinder sind die Verhaltensweisen, insbesondere die Kommunikationsstörungen und die starken Stimmungsschwankungen zum Teil ebenso unverständlich und auch belastend wie für den Betroffenen selbst.<sup>5</sup>

Um den Begriff Borderline zu definieren, wird im folgenden Abschnitt zunächst der historische Hintergrund dieser Störung betrachtet.

## 2.1 Begriffsbestimmung und historischer Hintergrund

Der Begriff Borderline wurde erstmals 1884 von Hughes erwähnt, damals unter dem Namen „borderland“ bekannt. 1938 wurde dann von Stern der erste umfassende und heute noch gültige Artikel über Borderline-Störungen veröffentlicht, die „Borderline-Gruppe der Neurosen“. Dieser Artikel beschreibt die Symptomatik, die Psychodynamik sowie die Therapie von Borderline-Patienten. Stern spricht in diesem Artikel von einer Ausprägung des Narzissmus, der weit über jenem neurotischen Patienten hinausgehe. Dabei gibt es eine Vielzahl von Symptomen im Rahmen einer Borderlinestörung. 1967 beginnt daher Kernberg intensiv über die Borderline-Störung zu publizieren und weist darauf hin, dass eine Diagnostik ausschließlich auf der Symptomebene nicht ausreicht. Kernbergs Beiträge sind als wegweisend anzusehen und bilden daher das theoretische Fundament fast aller Veröffentlichungen über Borderline. 1979 wurde daher auf den Untersuchungen von Spitzer und Endicott der Begriff Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-III<sup>6</sup> aufgenommen, wo fünf von acht Merkmalen zur Diagnosestellung erfüllt sein müssen. Jedoch überschneiden sich die verschiedenen Persönlichkeitsstörungs-Diagnosen im DSM-III. In der revidierten Fassung des DSM-III, das DSM-III-R, befindet sich neben der „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ auch die „Schizotypische Persönlichkeitsstörung“, die diagnostischen Merkmale sind jedoch unterschiedlich. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt das Hauptaugenmerk auf

---

<sup>5</sup> vgl. Schäfer/Rüther/Sachsse 2007

<sup>6</sup> DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen. Das DSM-System ermöglicht Klinikern und Forschern anhand von auf der Verhaltensebene beschriebenen Merkmalen dieselbe Patientengruppe zuzuordnen und sich über diese auszutauschen. (vgl. Kernberg, Otto F.; Dulz, Birger; Sachsse, Ullrich 2000, S. 126)

einer Instabilität von Stimmung, zwischenmenschlichen Beziehungen und Selbstbild, bei der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung auf einer Eigentümlichkeit im Bereich von Vorstellungen und äußerer Erscheinung.<sup>7</sup>

In den folgenden Jahrzehnten wurde immer deutlicher, dass es eine große Zahl von Patienten gibt, auf die die bisherigen Beschreibungen und Diagnosen nicht passten. Daher blieb die Diagnose „Borderline“ lange eine Verlegenheitsdiagnose. Erst in den Fünfzigern wurde durch den Begriff „Borderline-Zustände“ der Versuch unternommen, hinter der Vielzahl der Symptome eine zugrundeliegende Störung zu definieren. Somit wurde eine erste Annäherung zwischen dem psychoanalytischen Verständnis und der psychiatrischen Klassifikation möglich. Es dauerte jedoch noch zwei Jahrzehnte, bis aus der Bezeichnung „schwierige“ Patienten ein Begriff wurde und dieser dann seinen Platz in den medizinischen Lehrbüchern fand.<sup>8</sup>

## 2.2 Klassifikation nach ICD - 10

Nach „ICD-10“<sup>9</sup> handelt es sich um eine schwere Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens einer betroffenen Person, die nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder eine andere psychische Krankheit zurückzuführen ist. Persönlichkeitsstörungen treten meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz auf und bestehen während des Erwachsenenalters weiter.<sup>10</sup>

Im ICD-10 wird die Borderline-Störung als emotional instabile Persönlichkeitsstörung beschrieben. Dabei besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulsives Verhalten zu steuern. Des Weiteren besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere, wenn impulsive Handlungen von anderen gestört oder verhindert werden. Es gibt zwei Unterscheidungsformen: zum einen der impulsive Typus, dieser kennzeichnet sich vorwiegend durch eine

---

<sup>7</sup> vgl. Dulz, Birger; Schneider, Angela 1996, S.3-6

<sup>8</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.18

<sup>9</sup> ICD-10 ist das verbindliche vorgegebene Klassifikationssystem, der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.20)

<sup>10</sup> vgl. Wiegmann, Claudia 2011

emotionale Instabilität und mangelnder Impulskontrolle und zum anderen der Borderline-Typus, dessen Merkmal die Störung des Selbstbildes und die Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen ist.

Für eine Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln.
2. Neigung zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden.
3. Hang zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens.
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden.
5. Unbeständige und unberechenbare Stimmung und mindestens zwei der folgenden Kriterien müssen für die Diagnose "Borderline Typus" vorliegen:
  - 5.1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und "inneren Präferenzen" (einschließlich sexueller)
  - 5.2. Neigung, sich in intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
  - 5.3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassen werden zu vermeiden
  - 5.4. Wiederholte Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
  - 5.5. Anhaltende Gefühle von Leere<sup>11</sup>

Eine zweite, sehr viel prägnantere Beschreibung der Borderlinestörung findet sich hingegen im DSM-V.

### **2.3 Klassifikation nach DSM-V**

Nach dem DSM-V müssen folgende Kriterien vorliegen:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen werden zu vermeiden, z.B. klammerndes Verhalten, Suizidandrohungen.

---

<sup>11</sup> vgl. Wiegmann, Claudia 2011

2. Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, dass durch einen Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist. Eine Person wird nur als "gut" gesehen und entsprechend idealisiert. Dieselbe Person kann nach kurzer Zeit aus unterschiedlichen Gründen abgrundtief gehasst werden, alle vorher festgestellten guten Eigenschaften sind vergessen.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung. Ein Borderliner kann sich nicht selbst definieren. Es gibt Borderliner, die sich als Mensch definieren können, aber eine sehr gestörte Identität in Bezug auf ihr eigenes Geschlecht aufweisen, indem sie z.B. ihren eigenen Körper verachten. Sie verfügen auch in der Regel über kein stabiles Selbstbild und neigen zu extremen Minderwertigkeitsgefühlen. Sie glauben nicht an ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten und suchen deshalb immer wieder in ihrem Umfeld nach Bestätigung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (außer Selbstverletzungen oder Suiziddrohungen), Drogenmissbrauch, riskantes Fahrverhalten, Tablettenmissbrauch, häufig wechselnde Sexualpartner ohne Rücksicht auf Infektionsrisiken etc.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten. Neben Selbstmordversuchen sind Selbstverletzungen (SVV) bei Borderlinern sehr häufig anzutreffen. Viele fügen sich Schnittverletzungen hauptsächlich an den Armen zu.
6. Stark wechselhafte Stimmung. Mehrmalige grundlose Stimmungsschwankungen am Tag sind möglich, vom Hochgefühl bis hin zur Depression.
7. Chronische Gefühle der Leere. Viele Borderliner fühlen sich regelrecht wie „Zombies“. Sie haben keine spürbaren Empfindungen und fühlen sich selbst leblos.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren. Dies beschreibt Zustände von extrem starken Wutausbrüchen und aggressivem Verhalten, das in keinem Verhältnis zu der momentanen Situation steht.

9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste, paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. In belastenden Situationen können sich Borderliner verfolgt fühlen oder den Eindruck haben, dass sie jemand zerstören will. Auch können sie das Gefühl haben, sich von ihrem Körper zu entfernen, das Umfeld wird nur noch sehr fern und dumpf wahrgenommen. Diese Symptome verschwinden, wenn die Situation als nicht mehr bedrohlich oder belastend empfunden wird.<sup>12</sup>

Anhand dieser Kriterien lassen sich folgende Symptome ableiten.

## **2.4 Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Wie wirken sich nun aber die vorhergenannten Symptome im Leben der Betroffenen aus? Die neun Symptome werden im Folgenden näher erläutert.

### **1. Nicht allein sein können**

Menschen mit einer Borderline-Störung können nicht allein sein, daher erleben sie in allen Beziehungen große Angst, verlassen zu werden. Ausgelöst werden kann diese Angst durch nichtige Anlässe, wie zum Beispiel einen verspäteten Anruf, eine Absage einer Verabredung oder einen Streit um Kleinigkeiten. Für Borderliner wird oft schon eine einfache Abwesenheit gefühlsmäßig zu endgültiger Verlassenheit. Schwierig gestaltet sich dieses Gefühl auch für alle Beteiligten.<sup>13</sup>

Im zwischenmenschlichen Bereich ist diese Angst vor dem endgültigen Verlassen werden Ursache vieler Probleme. Beispielsweise macht sie das Bedürfnis, den Partner „unter Kontrolle zu haben“, verständlich. Ebenfalls erklärt sich aus dieser Angst, die oft demonstrierte Hilflosigkeit, die andere motiviert, sich zu kümmern oder einfach da zu sein. Dieses Gefühl des verlassen zu werden, führt oft zu Selbstentwertung, denn verlassen wird nur derjenige, der nicht liebenswert oder gar lebenswert ist. Ebenso Wut, hat oft mit dieser Angst zu tun, diese wird ausgelöst

---

<sup>12</sup> vgl. Wiegmann, Claudia 2011

<sup>13</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.23

durch einen für den Partner vollkommen unbedeutenden Anlass, der für den Borderliner aber die Gefahr des Verlassenwerdens beinhaltet.<sup>14</sup>

## **2. Intensive, aber instabile Beziehungen**

Borderliner gehen sehr schnell intensive Beziehungen ein, um nicht allein zu sein. Jedoch sind diese nur von kurzer Dauer, da die Partner oder Freunde nach anfänglicher Begeisterung, welche sie zum Retter, Helden, einzig Wahren machten (Idealisierung) plötzlich nur noch als bössartig, verletzend, vernachlässigend, aggressiv bis grausam erlebt werden kann (Entwertung). Dafür sind meistens schon Kleinigkeiten, ein gereiztes Wort, eine Zurückweisung oder ein Streit um nichts ausschlaggebend.<sup>15</sup>

Hinter diesem Aspekt beschreiben die Betroffenen von BPS das Gefühl „anders zu sein als alle anderen“. Im zwischenmenschlichen Bereich dominieren hier Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz. Durch die ausgeprägte Angst verlassen zu werden, versuchen die Betroffenen wichtige Bezugspersonen permanent an sich zu binden. Die Folge sind Langwierige, schwierige Beziehungen mit häufigen Trennungs- und Wiederannäherungsprozessen. Diese Aktivierung gegensätzlicher Grundannahmen scheint eines der auffälligsten Verhaltensmuster bei Borderline-Betroffenen zu sein. So z.B. aktiviert das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Geborgenheit die Selbstwahrnehmung, gewalttätig und zerstörerisch zu sein. Das Bedürfnis nach Macht, Unabhängigkeit und Autonomie sorgt für ein Verlangen nach bedingungsloser Zuwendung und Liebe. Als weitere Auffälligkeit wird beschrieben, dass Betroffene durch die Demonstration von Hilflosigkeit und Leid versuchen Unterstützung zu erlangen, getrieben von der Vorstellung, „wenn der Gegenüber wahrnehmen würde wie schlecht es mir geht, hätte er auch die Macht, mein Befinden erheblich zu verbessern.“<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.23

<sup>15</sup> vgl. ebd., S.23

<sup>16</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S.8

### **3. Identitätsstörung**

Borderliner haben meist kein Bild von sich selbst, sie wissen oft nicht wer sie sind. Diese Störung des Selbstbildes betrifft viele Dimensionen. So wissen sie nicht, wer sie sind, wie sie aussehen, woher sie stammen, was ihre Schwächen und Stärken sind, was sie für sich brauchen, welche Erfahrungen wichtig sind, mit wem sie zusammen sein wollen, welche Kontakte für sie passend sind, welche Kontakte sie meiden wollen, welche sexuelle Orientierung sie haben, all diese Unsicherheit umfasst ihr ganzes Selbst, ihr Fühlen, Denken, Empfinden.<sup>17</sup>

Viele Betroffene mit BPS berichten über ein Gefühl der Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität und Integrität. Etwa 70% der Betroffenen beschreibt, dass sie kein Gefühl dafür hätten, wer sie wirklich seien. Und etwa 50% erlebt sich als weit entfernt von sich selbst oder empfindet es als unangenehm sich selbst ausgeliefert zu sein. Des Weiteren besitzen die Betroffenen eine starke negative Einschätzung ihres eigenen Körperbildes sowie eine negative Einstellung zur eigenen Körperlichkeit.<sup>18</sup>

### **4. Starke Impulsivität**

Borderliner haben Schwierigkeiten, ihre starke Impulsivität in den Griff zu bekommen. Hinzu kommt, dass ihrer Reizschwelle gegen äußere und innere Reize sehr niedrig ist. Dies lässt sie in vielen Bereichen schneller, häufiger und heftiger reagieren als andere Menschen.

Besonders problematisch wird es bei Impulsen, die die eigene Person betreffen. Dazu gehören sowohl Schädigungen des körperlichen Selbstbildes als auch des sozialen und emotionalen Selbst.<sup>19</sup>

Derzeit werden die Störungen der Affektregulation im Zentrum der BPS gesehen. Zum einen betrifft das die niedrige Reizschwelle für die Auslösung von Emotionen, des Weiteren sehr heftige Emotionen und schließlich die verzögerte Rückbildung auf das Ausgangsniveau. Unter Stress leiden die Betroffenen an „überfluteten Emotionen“ oder zeitgleich an sehr

---

<sup>17</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.24

<sup>18</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S.7

<sup>19</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.24

unterschiedlich, widersprüchlichen Gefühlen. Die Betroffenen erleben dabei oft aversive Spannungszustände. Das heißt, sie wissen meist nicht ob sie nun wütend sind, sich schuldig fühlen, Angst haben oder Scham verspüren. Etwa 60% der Betroffenen entwickeln in dieser aversiven Phase ein teilweises bis vollständiges Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden Funktionen der Wahrnehmung, des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität und der Motorik. Das bedeutet, dass sie vorübergehende Störungen der Selbst- und Realitätswahrnehmung besitzen. Dysfunktionale Verhaltensmuster, wie z.B. Selbstverletzungen werden dann als Bewältigungsversuche dieser Anspannung eingesetzt.<sup>20</sup>

## **5. Suiziddrohungen und Selbstverletzungen**

Suizidales Verhalten entsteht häufig nach realen oder vorgestellten Zurückweisungen oder eines drohenden Verlusts einer stabilisierenden Person. Selbstverletzungen werden häufig als entlastend erlebt und dienen meist der Wiederherstellung eines psychischen Gleichgewichts. Sie helfen den Betroffenen, den Kontakt zur Realität wiederherzustellen.<sup>21</sup>

Die meisten Betroffenen berichten über ein Selbstschädigendes Verhalten, wie Schnittverletzungen, die meist oberflächlich sind, sich jedoch über den gesamten Körper bis hin zu den Geschlechtsorganen ausweiten können. Es gibt aber auch extremere Verhaltensweisen wie das Schlagen des Schädels gegen eine harte Oberfläche, Verbrennungen mit Zigaretten oder Bügeleisen, Verbrühen und Verätzen oder das Zufügen von Stichwunden. In den meisten dieser Fälle werden die Verletzungen in einem Zustand durchgeführt, in dem die Betroffenen vor und während der Verletzung keinen Schmerz spüren, man nennt das einen analgetischen Zustand. Es wird beschrieben, dass sich danach ein Gefühl der Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit einstellt. Das Körper- und damit Schmerzempfinden kehrt nach etwa 20 Minuten wieder zu-

---

<sup>20</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S.6,7

<sup>21</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.24

rück. Ein weiteres auffälliges Verhaltensmuster ist das Hochrisikoverhalten, darunter versteht man z.B. das Balancieren auf Baukränen, Hochhäusern oder Brückengeländern, Rasen auf der Autobahn oder aber auch das Sitzen auf Bahnschienen usw. Verhaltensanalysen haben ergeben, dass Betroffene diese Muster als Regulation von Ohnmachtsgefühlen einsetzen. Hinzukommend können sich Störungen des Ess- und Trinkverhaltens einstellen.<sup>22</sup>

## **6. Starke Stimmungsschwankungen**

Borderliner erleben sehr intensive und extreme Gefühle, die innerhalb von Sekunden in ihr Gegenteil umschlagen können. Dazu gehören positive Gefühle wie Liebe, Freude und Begeisterung ebenso wie negative Gefühle wie Trauer, Zorn und Angst, jedoch herrschen die negativen Gefühle meist vor und dauern viel länger an. Die Folge dessen sind plötzlich eintretende, starke Stimmungsschwankungen.<sup>23</sup>

## **7. Innere Leere und Langeweile**

Borderliner klagen häufig über Phasen innerer Leere, Langeweile und Sinnlosigkeit. Neben diesen Phasen erleben die Betroffenen zudem eine häufig einsetzende emotionale „Taubheit“, das ist die vollständig fehlende Gefühlswahrnehmung. Dieser Zustand wird als äußerst quälend beschrieben und geht mit einem ausgeprägten Verlust des Identitätsgefühls einher.<sup>24</sup>

Die Unfähigkeit, allein zu sein, hängt stark mit dem Gefühl der inneren Leere zusammen. Den Betroffenen wird suggeriert, dass nur andere in der Lage sind das Gefühl der inneren Leere ausfüllen zu können.<sup>25</sup>

## **8. Reizbarkeit und Wutanfälle**

Des Weiteren klagen Borderliner häufig über Reizbarkeit, Ärger und Wut. Sie berichten von schnell eintretenden und langanhaltenden Zuständen von quälender innerer Anspannung. Die hohe Impulsivität und

---

<sup>22</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S.9,10

<sup>23</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.25

<sup>24</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S.9,10

<sup>25</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.25

die mangelnde Fähigkeit diese zu kontrollieren, führen zu ständigen Konflikten mit anderen. Hinzukommend treten unangemessene Wutanfälle, Streitereien bis hin zu aggressiven Handlungen auf.<sup>26</sup>

## **9. Entfremdung, verzerrte Wahrnehmung**

In Belastungssituationen kann das Zutrauen in die eigene Person vorübergehend völlig verloren gehen. Die eigene Person scheint sich aufzulösen, der eigene Körper kann nicht mehr gespürt werden. Borderliner beschreiben dieses Gefühl als stehe man neben sich, die Umgebung verliert ihre Realität und Bedeutung.<sup>27</sup>

Bei etwa 60% der Betroffenen besteht eine ausgeprägte Veränderung der Raum/Zeit und Ich-Wahrnehmung, als auch Veränderungen der sensorischen Wahrnehmung. Die mangelhafte Wahrnehmung der eigenen Emotionen, Verzerrung des Raum-Zeit-Gefühls, ein Gefühl von Fremdheit und vor allem der Kontrollverlust über die Realität charakterisiert diese Phase. Hinzu kommt das häufige Wiedererleben von traumatisierenden Ereignissen, die zwar der Vergangenheit angehören, emotional jedoch als real erlebt werden. Jedoch ist zum derzeitigen Forschungsstand nicht von einer generellen kognitiven Leistungsminderung bei Borderline-Betroffenen auszugehen.<sup>28</sup>

Aufgrund der vielseitigen Symptomatik stellt sich die Frage des Verlaufes der Krankheit und deren Prognosen.

Das Alter bei der Erstmanifestation ist bis heute umstritten. Ein Großteil der Betroffenen zeigte bereits vor dem 14. Lebensjahr Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. Essstörungen, Selbstschädigung, Suizidversuche und Auffälligkeiten in ihrem Sozialverhalten, die einer stationären Behandlung bedurften.

Die Suizidrate von Borderline-Patienten liegt derzeit zwischen 7 und 10%, davon haben 50% mit vollendetem Suizid bereits vorher Suizidversuche unternommen.<sup>29</sup>

---

<sup>26</sup> vgl. Niklewski, Günter, Riecke-Niklewski, Rose 2006, S.25

<sup>27</sup> vgl. ebd., S.25

<sup>28</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S.8,9

<sup>29</sup> vgl. ebd., S. 11

Die Behandlung der BPS ist sehr schwierig und aufwändig, sie erfordert einen intensiven Ansatz und wird derzeit in halb- oder vollstationären Einrichtungen realisiert. Bei den psychotherapeutischen Ansätzen hat sich die dialektische Verhaltenstherapie (Dialectic Behaviour Therapy, DBT) als ein erfolgsversprechendes Interventionsverfahren herauskristallisiert, im folgenden Absatz werde ich näher auf die DBT eingehen.<sup>30</sup>

## 2.5 Dialektische Verhaltenstherapie, DBT

Entwickelt wurde diese Therapie von Linehan (1996), zunächst diente diese Therapie der Behandlung chronisch suizidaler Borderline-Betroffenen und wurde später auf die Behandlung von Borderline-Betroffenen mit Süchten erweitert.<sup>31</sup>

- **Das Störungskonzept**

In der DBT gibt es ein Störungskonzept. Dieses Konzept geht davon aus, dass Borderline-Betroffene unter einer Dysfunktion der Affektregulierung leiden. Des Weiteren besitzen sie eine erhöhte Sensitivität für emotional auslösende Situationen, das bedeutet, dass die Intensität ihrer Affekte übersteigert sind und die Rückbildung von Erregungsprozessen verzögert erfolgen. Um die daraus folgenden Spannungen zu kompensieren setzen Borderline-Betroffene selbstschädigende Verhaltensweisen, Suizid-Handlungen oder impulsive Handlungen ein. Diese Verhaltensweisen wirken als negative Verstärker, da sie schwer erträgliche Missempfindungen reduzieren. Unter diesen Bedingungen lernt ein Kind nicht, eigene Gefühle wahrzunehmen, zu interpretieren und zu benennen. Wut, Ekel und Scham werden dadurch gegen die eigene Person gerichtet.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> vgl. Steinhausen, Hans-Christoph 2010, S. 389

<sup>31</sup> vgl. Leichsenring, Falk 2003, S.60

<sup>32</sup> vgl. ebd., S.60,61

- **Techniken der DBT**

Bei der DBT werden folgende Techniken eingesetzt:

- Expositionstraining (z.B. bei Angst oder Scham)
- Kognitive Umstrukturierung (z.B. des zweiteiligen Denkens), Problemlösetechniken
- Vermittlung von Fertigkeiten, Kontingenzmanagement (Arbeit an positiven und negativen Verstärkern, z.B. Spannungsreduzierung oder Sich-Spüren bei Selbstverletzungen).

Die dialektisch-behaviorale Therapie wird als Einzeltherapie durchgeführt und verläuft über einen Zeitraum von zwei Jahren mit ein bis zwei Sitzungen in der Woche. Ergänzt wird diese Therapie durch ein Fertigkeitstraining welches in der Gruppe stattfindet. In Krisen der Borderline-Betroffenen ist auch der Telefonkontakt mit dem Therapeuten möglich. Des Weiteren finden einmal die Woche Supervisionsgruppen statt, in denen Video- und Tonbandaufzeichnungen von der Sitzung besprochen werden. Bei der DBT gibt es verschiedene Therapie-Phasen. In der Vorbereitungsphase werden zunächst die Betroffenen über das Krankheitsbild Borderline-Störung und die Behandlung aufgeklärt. Auch Behandlungsziele werden vereinbart und es folgt eine Untersuchung früherer Therapieabbrüche und Suizid-Versuchen, damit ein „Frühwarnsystem“ eingerichtet werden kann. Sollte der Patient viermal in Folge die Therapie ohne triftigen Grund versäumen, wird in der Regel die Therapie vom Therapeuten beendet.<sup>33</sup>

- **Phasen der Therapie**

Es gibt drei Phasen in der DBT. In der ersten Phase hat suizidales Verhalten erste Priorität, der Therapeut erörtert mit dem Patienten die auslösenden Situationen, deren Konsequenzen und welche Alternativen es gibt. Der nächste Schwerpunkt in dieser Phase ist das therapiegefährdende Verhalten (Abbruch), dabei geht es um den Therapeuten und um den Patienten. Der Therapeut kann z.B. zu drängend oder zu tolerant

---

<sup>33</sup> vgl. Leichsenring, Falk 2003, S.61

sein oder besitzt keine klare Struktur. Wobei es bei dem Patienten eher um Fehlzeiten, Verweigerung von Hausaufgaben, die Mitarbeit in der Fertigkeiten-Gruppe oder um hochaggressives Verhalten geht. Als weiteren Schwerpunkt in dieser Therapie-Phase geht es um den Abbau von Verhaltensmustern, welches die Lebensqualität des Patienten beeinträchtigt, wie z.B. Drogen- und Alkoholmissbrauch, Diebstähle, Promiskuität<sup>34</sup> etc. Des Weiteren werden gezielt Fertigkeiten verbessert, so z.B. die innere Aufmerksamkeit (Selbstwahrnehmung), zwischenmenschliche Fähigkeiten (Rollenspiele, Videos), den bewussten Umgang mit Gefühlen, Stresstoleranz und Selbstmanagement.<sup>35</sup>

In der zweiten Therapie-Phase werden sogenannte Posttraumatische Belastungssyndrome bearbeitet, wie z.B. Missbrauch oder Misshandlung. Ziel ist es in dieser Phase, die Tatsache erlebter Traumas zu akzeptieren und Stigmatisierungen und Selbstbeschuldigungen zu vermindern.<sup>36</sup>

In der dritten Phase wird auf eine Steigerung der Selbstachtung gezielt und auf das Entwickeln und Umsetzen individueller Ziele.<sup>37</sup>

- **Stationäre Behandlung**

Die DBT wurde ursprünglich zur ambulanten Behandlung von Patienten mit BPS entwickelt, jedoch ist die ambulante Versorgungssituation für Borderline-Patienten derzeit noch ungenügend, so dass viele Patienten auf eine stationäre Behandlung drängen. Es gibt Argumente die für eine stationäre Behandlung sprechen aber auch dagegen.<sup>38</sup>

Dagegensprechende Argumente sind so z.B., dass unter stationären Bedingungen dysfunktionale Verhaltensmuster und kognitive Konzepte häufig durch das Behandlungsteam verstärkt werden (Zuwendung und Aufmerksamkeit nach suizidaler Kommunikation oder Selbstverletzung).

---

<sup>34</sup> Promiskuität (von lat. promiscuus = gemischt) – Es beschreibt ein Sexualverhalten, welches durch häufig wechselnde Partner gekennzeichnet ist. Das gilt für Männer und Frauen gleichermaßen. (vgl. Raue, Wiebke 2007)

<sup>35</sup> vgl. Leichsenring, Falk 2003, S.62

<sup>36</sup> vgl. ebd., S.62

<sup>37</sup> vgl. ebd., S.62

<sup>38</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S. 98,99

Auch der unregelmäßige Kontakt zu anderen Borderline-Patienten und deren traumatische Erfahrungen kann Erinnerungen an eigene Erfahrungen triggern und somit eine starke affektive Belastung auslösen. Hinzukommend vermitteln oft die hierarchischen Strukturen in Kliniken ein starkes Machtgefühl zwischen dem Therapeuten und dem Patienten.<sup>39</sup>

Wiederum zählen zu den dafürsprechenden Argumenten, dass die ambulante Versorgung unzureichend gewährleistet wird. Spezialisierte Zentren können Synergieeffekte nutzen. Des Weiteren sollten stationäre Zentren als Bestandteil eines integrierten ambulanten/stationären Behandlungskonzeptes für kurzfristige Kriseninterventionen zur Verfügung stehen. Hinzukommend überfordert die Therapie mit komplexen Störungen, wie z.B. BPS mit Drogenabhängigkeit oder BPS mit Zwangsstörung, die ambulante Behandlung und sollte dann in stationären Zentren durchgeführt werden.<sup>40</sup>

- **Wirksamkeitsnachweis der DBT**

In einer Studie zur Wirksamkeit von Linehan, M. war die DBT einer „psychotherapeutischen Standardbehandlung“ wesentlich überlegen im Hinblick auf (para-)suizidale Handlungen, Therapieabbrüchen, Therapeutenwechsel, stationäre Aufnahmen, Abnahme von Ärger und sozialer und beruflicher Integration. Kein Unterschied ergab sich hingegen auf die Depressivität der Patienten. Jedoch weist die Studie von Linehan auch verschiedene methodische Probleme auf. So wurde in der Vergleichsgruppe die Behandlungsdurchführung zu wenig beachtet und Marsha Linehan führte selbst 27% der Einzeltherapien und 50% der Gruppentherapien durch.<sup>41</sup>

Durch die gesammelten Erkenntnisse in diesem grundlegenden Themenkomplex wird im folgendem Kapitel der Zusammenhang BPS-betroffener Mütter zu ihren Kindern hergestellt. Welche Auswirkungen auf die Erziehung des Kindes möglich sind, wie sich das Verhalten der Mutter äußert, welchen Herausforderungen sich die Mutter stellen muss, aber auch welche Vorteile

---

<sup>39</sup> vgl. Bohus, Martin 2002, S. 98,99

<sup>40</sup> vgl. ebd., S. 98,99

<sup>41</sup> vgl. Leichsenring, Falk 2003, S.62

das Kind aus dieser Beziehung ziehen kann und welche Unterstützungsmöglichkeiten es in diesem Rahmen für die Mütter gibt.

### **3. Mutter-Kind-Beziehung**

Wie die vorherigen Ausführungen zur BPS gezeigt haben, sind Menschen mit diesem Störungsbild besonderen emotionalen Belastungen ausgesetzt. Diese innerlich erlebte Zerrissenheit wird besonders im zwischenmenschlichen Bereich sichtbar. Sie haben große Schwierigkeiten, stabile Partnerschaften und Beziehungen zu führen. Wenn Personen unter solchen Stimmungsschwankungen und Beziehungsproblemen leiden, wie sollen sie dann für die Entwicklung eines Kindes verantwortlich sein? Wie können Frauen, die sich nie sicher sind und ein schlechtes Selbstbild haben, ihren Kindern Liebe, Geborgenheit und Halt geben?

Dies Fragen werde ich im folgenden Kapitel näher beleuchten.

Kinder zu haben und zu erziehen bedeutet nicht nur Freude, sondern auch Belastung. Auch für Mütter, die psychisch gesund sind, kann die Kindeserziehung eine große Umstellung hervorrufen. So müssen sie mit deutlich weniger Schlaf auskommen und gleichzeitig andere Aufgaben, wie z.B. im Beruf oder im Haushalt bewältigen. Somit ist es eine große Herausforderung, wenn die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund geraten und die des Kindes voranstellen.<sup>42</sup>

#### **3.1 Mögliche Auswirkungen für Kinder anhand der DSM-5-Kriterien**

Im folgenden Abschnitt werden die Auswirkungen der Symptomatik auf das Erziehungsverhalten der Mütter und die Entwicklung der Kinder nach den diagnostischen Kriterien der Borderlinestörung nach DSM-5 beschrieben. Die Kriterien werden näher erläutert und welche Auswirkungen diese auf die Kinder haben können. Bei dieser Auflistung sollte beachtet werden, dass das Verhalten und Erleben nicht zwangsläufig negative Konsequenzen für das Kind haben muss, es aber einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt ist.

---

<sup>42</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 11

- 1. Verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.** Borderline-Betroffene leiden häufig an der Angst vor dem Alleinsein, dadurch versuchen sie möglichst immer in einer Partnerschaft zu sein oder sich sehr stark an andere zu klammern. Diese Angst kann dazu führen, dass sich Mütter mit einer BSP an ihre Kinder klammern und es parentifizieren. Mit anderen Worten, das Kind sorgt für die Mutter, es muss sie z.B. trösten, beruhigen, ablenken. Das Kind gibt der Mutter dann Halt und Struktur. Diese Mütter sind dann nicht in der Lage, das Kind als ein eigenständiges Individuum zu sehen. Auf der einen Seite wird dadurch die Autonomie-Entwicklung des Kindes eingeschränkt und auf der anderen Seite stellt diese Aufgabe für das Kind eine Überforderung dar.
- 2. Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, dass durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet ist.** Dieses Verhaltensmuster wird durch den extremen Wechsel von Nähe und Distanz hervorgerufen. Die Beziehung zum Kind kann dadurch eine unsicher- ambivalente Bindung<sup>43</sup> aufweisen. Damit verbunden ist unter anderem, dass die Mutter ihre eigenen Belastungsgrenzen nicht wahrnehmen kann und nicht angemessen kommunizieren kann. Kindliche Verhaltensweisen können dann bei der Mutter aversive, gleichgültige oder belohnende Reaktionen hervorrufen. Das Kind erlebt diese Reaktionen der Mutter dann als unberechenbar, dadurch wird das Erlernen von sozial-kompetentem Verhalten erschwert und durch die unberechenbaren Reaktionen der Mutter erhöht es das Risiko der Entwicklung von Ängsten bei dem Kind. In klinischen Untersu-

---

<sup>43</sup> Ein unsicher-ambivalent gebundenes Kind ist stark auf die Bindungsperson fixiert. Durch seine chronische Aktivierung des Bindungssystems ist es auch bei Anwesenheit der Bindungsperson stark in seinem Explorationsverhalten eingeschränkt. In seinem inneren Arbeitsmodell ist die Bindungsperson nicht berechenbar. Die unvorhersagbaren Interaktionserfahrungen mit der Bindungsperson führen zu Ärger und Widerstand beim Versuch der Bindungsperson, das Kind zu trösten. In mehrmaliger Aufeinanderfolge scheint das Kind aggressiv und ärgerlich auf die Bindungsperson, andererseits sucht es im nächsten Moment Kontakt und Nähe. (vgl. Stegmeier, Susanne)

chungen wurde festgestellt, dass Mütter mit BSP, die mehrere Kinder haben, häufiger eines der Kinder abwerten und wiederum ein anderes ihrer Kinder idealisiert.

- 3. Identitätsstörung: Eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.** Die Identitätsstörung, die mit einer BPS einhergehen kann, könnte auch eine Störung der Identität als Mutter beinhalten. Frauen mit einer BPS geraten in eine Rollendiffusion, das heißt, sie können keine stabilen Gefühle für ihr Kind und für ihre Rolle als Mutter entwickeln. Sie schwanken in ihrer Mutterrolle. Auf der einen Seite „Mutter sein ist toll“ und auf der anderen Seite „ich kann und will keine Mutter sein“. Dadurch erfährt das Kind wiederum von seiner Mutter keinen verlässlichen Halt und Orientierung.
- 4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle).** Diese Impulsivität kann verschiedene Konsequenzen für das Kind bedeuten. Zum einen könnte das Kind mit unberechenbaren, unangemessenen, gefährlichen und aggressiven Verhaltensweisen der Mutter konfrontiert werden. Zum anderen können auch die Bedürfnisse des Kindes während der impulsiven Verhaltensweise der Mutter vernachlässigt werden.
- 5. Wiederkehrende Suizidalität.** Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche sowie selbstschädigendes Verhalten können für das Kind gefährlich werden und in ihm Panik, Angst, Überforderung und Schuldgefühle auslösen.
- 6. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist.** Hier sind Stimmungsschwankungen gemeint, z.B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst. Diese Schwankungen können zu Desorientierung, Unsicherheit und fehlendem emotionalen Halt beim Kind führen. Die Folge dessen ist ein mangelndes Vorbild für angemessene Emotionsregulation, dadurch kann das Kind keine entsprechenden Kompetenzen entwickeln.

- 7. Chronisches Gefühl der Leere.** Dieses Gefühl bedeutet für die Mutter mit BPS eine existenzielle Not in Form von Isolation und Einsamkeit. Somit ist sie nicht mehr in der Lage, ihrem Kind eine angemessene Resonanz zu bieten und ihrem Kind gelingt es dann auch nur mit großer Anstrengung, die Mutter emotional zu erreichen. Weitergehend kann es 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).** Durch die unangemessene Wut, die die Mutter durch das Borderline nicht kontrollieren kann, kann es möglich sein, dass sie ihr Kind körperlich und seelisch verletzt. Auch wenn andere Personen im sozialen Umfeld, wie z.B. Partner oder Geschwister, verletzt werden, kann das eine ähnliche, mitunter ebenfalls traumatisierende Wirkung auf das Kind haben.
- 9. Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.** Bei solchen Vorstellungen der Mutter kann dem Kind durch die fehlende Realitätsorientierung Gefahr drohen. Das Kind kann zutiefst verstört werden oder selbst große Ängste entwickeln, insbesondere, wenn es selber Teil der paranoiden Vorstellung der Mutter wird.<sup>44</sup>

### **3.2 Verhaltensweisen von Müttern mit Borderlinestörung**

Es gibt verschiedene wissenschaftliche Studien dazu, die Mütter mit Borderlinestörung und ihr Verhalten ihren Kindern gegenüber untersuchen. Dabei werden zusammenfassend folgende Risikoverhaltensweisen für die Kinder beschrieben: Mütter mit BPS neigen öfter zu übergriffigem und unsensiblen Verhalten. Des Weiteren zeigen sie weniger Sensibilität für die Bedürfnisse ihrer Kinder und haben weniger Struktur in der Interaktion bzw. Defizite in der emotionalen Kommunikationsfähigkeit. Hinzukommend fühlen sich die

---

<sup>44</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 15-17

Mütter, bezüglich ihrer elterlichen Fähigkeiten, weniger zufrieden, inkompetenter und gestresster, als Mütter ohne psychische Störungen. Diese ätiologischen Faktoren können zu Frustration und Hoffnungslosigkeit bei den Müttern sowie zur Vernachlässigung der Kinder führen. Nebenher spielen auch noch die sozialen Umweltfaktoren eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung der Kinder. Häufig leben die Kinder von Müttern mit Borderline-Störung in einem instabilen Umfeld, z.B. durch Umzüge, Schulwechsel, wechselnde Partner, stationäre Aufenthalte und längere Abwesenheiten oder gar Suizidversuche der Mutter. Die genannten Faktoren können für die Kinder eine hohe Belastung darstellen. Durch das instabile Umfeld erleben sie wenig Sicherheit, Beständigkeit und Konstanz, was wiederum zu Ängsten und Sorgen bei den Kindern führen kann.<sup>45</sup>

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Erziehung eines Kindes ist die Invalidierung.

Nach dem Diathese-Stress-Modell von M. Linehan gilt eine Störung der Emotionsregulation als das zentrale Problem der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei wird angenommen, dass Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen durch eine Veranlagung und Umweltbedingungen sowie deren Wechselwirkung während der kindlichen Entwicklung entsteht. Die Betroffenen haben den Umgang mit eigenen Gefühlen nicht richtig lernen können, weil es ihnen in einem gleichfalls ungenügenden Umfeld nicht ausreichend vermittelt werden konnte. Für diesen Mangel an Einfühlsamkeit und Sensibilität verwendet M. Linehan den Begriff „invalidieren“. Dieser Begriff steht dafür „etwas ungültig machen“ und im Zusammenhang mit BPS, die Gefühle des Betroffenen nicht ausreichend zu würdigen, nicht ernst zu nehmen, zu missachten oder zu verdrehen. In Bezug auf die Erziehung des Kindes werden die Äußerungen des Kindes von der Mutter nicht validiert, bestätigt, sondern im Gegenteil, oft bestraft und trivialisiert. Es wird vermutet, dass Mütter mit einer BPS kindliche Emotionen fehlerhaft wahrnehmen bzw. interpretieren und dadurch die gezeigten Gefühle ihrer Kinder invalidieren, mit

---

<sup>45</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 19

anderen Worten, in Frage stellen. Mangelnde Fähigkeiten der Emotionsregulation sowie die frühkindliche Erfahrung von Invalidierung der Mütter würden dann ätiologisch für die Fehlwahrnehmung der Mütter sein.<sup>46</sup>

### **3.3 Boderlinespezifische Herausforderungen**

Durch die hohe Rate an zusätzlich zur Borderlinestörung auftretenden komorbiden psychischen Störungen, wie Depressionen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen, ist es schwierig zu definieren, was borderlinespezifische Herausforderungen in der Erziehung von Kindern sind und inwieweit sich diese von anderen psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen, unterscheiden. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass schnelle Wechsel zwischen elterlichem Über- und Unterengagement eine starke Form der Widersprüchlichkeit im emotionalen Umgang und bei der Beaufsichtigung und Erziehung darstellen. Das Pendeln zwischen überengagierten, zudringlichem Verhalten sowie Rückzug und Vermeidung fördert die Entstehung von Ängsten, ein ungünstiges Bindungsverhalten und Misstrauen in Bezug auf die Kinder. Des Weiteren zeigen Mütter mit einer Borderlinestörung im Vergleich zu Müttern ohne psychische Störungen mehr vernachlässigende und bestrafende Reaktionen auf emotionale Signale ihrer Kinder, wobei sie gleichzeitig ebenso viel belohnende und unterstützende emotionale Reaktionen zeigen.<sup>47</sup>

Alle Kinder brauchen Grenzen und für viele Eltern stellt das eine große Herausforderung dar. Mütter mit einer Borderlinestörung besitzen unter Umständen größere Schwierigkeiten, angemessene Grenzen zu setzen und zugleich in einem entsprechenden Maß zur Autonomie zu ermutigen.<sup>48</sup>

### **3.4 Ressourcen der Mutter und des Kindes**

Neben den vorher beschriebenen Belastungsfaktoren spielen auch die Ressourcen der Bezugspersonen eine große Rolle. Mütter mit einer BPS verfügen auch über eine Reihe von Qualitäten, die für ihre Kinder sehr wertvoll

---

<sup>46</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 19,20

<sup>47</sup> vgl. ebd., S. 20

<sup>48</sup> vgl. ebd., S. 20

sind. Sie besitzen, besonders in Situationen, in denen es ihren Kindern schlecht geht, ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen sowie eine emotionale Offenheit und Kreativität. Wenn die Mütter in der Lage sind, ihr impulsives, destruktives Verhalten zu kontrollieren, dann können sie die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen befriedigen, das setzt jedoch ein Bewusstsein über kindliche Bedürfnisse und eine realistische Selbsteinschätzung voraus. So können auch Mütter mit einer Borderlinestörung lernen, gegen das eigene Verhalten zu handeln und machen somit neue Erfahrungen zum Wohl ihres Kindes. Hinzukommend können sie dafür sorgen, dass das Kind von Verwandten und Freunden ebenso Unterstützung und Förderung erfährt.<sup>49</sup>

Auch die Ressourcen des Kindes nehmen Einfluss auf die jeweilige Entwicklung. So entwickeln Kinder, die in einer „schwierigen Umgebung“ aufwachsen, oft sehr kreative Bewältigungs- und Überlebensstrategien. Oft ist es entscheidender als die Qualität eines traumatischen Erlebnisses selbst, ob ein Kind sich mit seiner emotionalen Reaktion angenommen und validiert fühlt. Ein wichtiger protektiver Faktor ist, ob das Kind die Möglichkeit hat, seinen Schmerz, seine Trauer, Verzweiflung und Wut auszudrücken, ohne dafür verurteilt zu werden. Kinder sind sehr kompetent darin, hilfreiche Beziehungen aufzubauen und zu pflegen, seien es Verwandte, Freunde, Lehrer, Nachbarn aber auch Tiere, Stofftiere oder sogar Fantasiewesen, die dem Kind vermitteln „du bist nicht alleine und du bist okay, so wie du bist“.<sup>50</sup>

Durch diese Ausführungen wird deutlich, dass das Verhalten einer Mutter mit BPS gravierende Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben kann. Jedoch gibt es wenig empirische Forschung darüber, welche Konsequenzen die Erkrankung auf die Kinder hat.

Einerseits gibt es eine Reihe von borderlinetypischen Verhaltensweisen, die die Entwicklung eines Kindes stark beeinträchtigen können. Andererseits bringen Mütter mit einer Borderlinestörung unter Umständen auch ein ganz besonderes Potenzial und eine hohe Änderungsbereitschaft mit. Daher ist

---

<sup>49</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 20,21

<sup>50</sup> vgl. ebd., S. 20,21

es wichtig, die negativen Verhaltensweisen unter Berücksichtigung dieses Potenzials zu reduzieren und positives Erziehungsverhalten zu fördern.<sup>51</sup>

### **3.5 Elterntrainings und Unterstützungsangebote**

Bisher gibt es keine spezifischen Programme für Mütter mit einer Borderlinestörung um sie bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen. Jedoch gibt es eine Reihe von Elterntrainings, teilweise für Eltern im Allgemeinen und teilweise für Eltern mit psychischen Auffälligkeiten. Bei der Teilnahme an Trainings, die sich allgemein an Eltern richten, ist davon auszugehen, dass Mütter mit BPS dabei überfordert sind. Da bei diesen Programmen die bedingten Symptome der Borderlinestörung nicht ausreichend berücksichtigt werden.<sup>52</sup>

#### **3.5.1 Universelle Elterntrainings**

- 1. Triple P** - ("Positive Parenting Program", auf Deutsch: Positives Erziehungsprogramm). Es ist weltweit eines der wirksamsten und in Wissenschaft wie Praxis anerkanntesten Elternprogramme. Seit über 30 Jahren wird das Programm fortlaufend erforscht und weiterentwickelt. Triple P bietet Eltern einfache und praktische Erziehungsfertigkeiten, die ihnen helfen, die Beziehung zu ihren Kindern zu stärken, selbstsicher mit dem Verhalten ihrer Kinder umzugehen und Problemen vorzubeugen.<sup>53</sup>

Triple P arbeitet nach kognitiv-behavioralen Prinzipien und verfolgt Ziele, wie die Erziehungskompetenz erweitern, Probleme in emotionalen, verhaltens- und entwicklungsbezogenen Bereichen vorbeugen, eine gewaltfreie, schützende und fördernde Umgebung für Kinder schaffen, Entwicklung, Gesundheit und soziale Kompetenzen von Kindern fördern, Stress in der Familie verringern und Bewältigungskompetenzen erhöhen sowie Unabhängigkeit, Zufriedenheit und Zuversicht von Familien steigern. Das

---

<sup>51</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 21

<sup>52</sup> vgl. ebd., S. 23

<sup>53</sup> vgl. Triple P o.A.

Programm beinhaltet zudem auch individuelle Kurzberatungen, Gruppentraining (Rollenspiel, Erlernen von Kommunikationstechniken). Gerichtet wird dieses Programm an Eltern mit Kindern von 2 bis 16 Jahren.<sup>54</sup>

- 2. PCIT** – („Parent-Child Interaction Therapy“). Dieses Training ist eine individualisierte Interventionsmaßnahme und basiert ebenfalls auf sozialen Lernprinzipien und entwicklungspsychologischen Theorien. PCIT wurde speziell für Eltern von Kindern mit externalisiertem Problemverhalten entwickelt. Durch dieses Programm wird ein positives Erziehungsverhalten seitens der Eltern gefördert.<sup>55</sup>

### **3.5.2 Trainings für Eltern mit psychischen Störungen**

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass diese vorher genannten Elterntrainings nur ansatzweise die sehr spezifischen Bedürfnisse von Müttern mit einer Borderlinestörung berücksichtigen. Die universellen Elterntrainings stellen hohe Anforderungen an die Mütter mit BPS, daher gibt es Interventionsprogramme, die sich an Eltern mit psychischen Störungen und deren Kindern richten. So wurde das Training „Borderline und Mutter sein“ entwickelt. Das Gruppentraining richtet sich speziell an Mütter mit depressiven Störungen. Das Ziel dieses Trainings ist, gezielt auf die Bedürfnisse der Mütter mit BPS einzugehen. Zum einen geht das Training auf borderlinespezifische Schwierigkeiten in der Versorgung des Kindes und in der Interaktion mit dem Kind ein und zum anderen vermittelt es allgemeingültiges Wissen und Strategien zur Erziehung.<sup>56</sup>

---

<sup>54</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 23,24

<sup>55</sup> vgl. ebd., S. 24

<sup>56</sup> vgl. ebd., S. 24

### 3.5.3 Grundlagen des Trainings „Borderline und Mutter sein“

Die Grundlagen dieses Trainings setzen sich aus acht verschiedenen Empfehlungen zusammen, der Psychoedukation<sup>57</sup>, Perspektivwechsel, Erziehungsstrategien, Emotionen, Stress, Struktur, Selbstfürsorge und Achtsamkeit sowie Akzeptanz. Im folgenden Kapitel werden diese Empfehlungen näher erläutert.

- 1. Psychoedukation.** Hierbei geht es um die Frage, was typisches oder normales Verhalten für die kindliche Altersstufe und was atypisches oder nicht-normales Verhalten ist. So können Mütter angemessene Erwartungen entwickeln und besser auf kindliche Bedürfnisse eingehen, wenn sie wissen, was normales kindliches Verhalten ausmacht. Ein Beispiel dafür: Wenn das Kind schreit, heißt das nicht automatisch, dass die Mutter eine schlechte Mutter ist. Die Mutter kann es trösten und schauen welche Bedürfnisse das Kind hat. Die Basisinformationen über kindliche Bedürfnisse und Kognitionen können dysfunktionale Annahmen korrigieren und schaffen somit eine positivere Beziehung zwischen Mutter und Kind.
- 2. Perspektivwechsel.** Neben Verständnis ist vor allem Respekt gegenüber dem Kind wichtig. Dabei ist Verständnis verbunden mit der Vorstellung zu wissen, wie es dem Kind geht. Das ist oft schwer, insbesondere bei Kleinkindern, wenn ihr Verhalten zunächst nicht nachvollziehbar erscheint oder nicht klar ist, warum sie z.B. gerade weinen. Durch eine höhere Empathie für das Kind kann dessen Perspektive eingenommen werden, um dadurch mehr Verständnis zu entwickeln. Hierbei soll grundsätzlich vermittelt werden, dass die Bedürfnisse des Kindes respektiert werden sollten.
- 3. Erziehungsstrategien.** Hierbei sollen Gesetze und Regeln gesetzt werden, die klar, ruhig, respektvoll und konsequent sind. In diesem Training wird das Setzen von Grenzen als eine notwendige Fähigkeit im Umgang

---

<sup>57</sup> Psychoedukation ist der allgemeine Versuch, medizinisch-wissenschaftliche Fakten so zu übersetzen, dass sie von betroffenen und den Angehörigen allgemein verstanden werden. (vgl. Bäuml, Josef; Pitschel-Walz, Gabi 2005)

mit Kleinkindern gesehen. Des Weiteren sollen grundlegende positive Erziehungsstrategien eingesetzt werden, die angemessen sind und ein gesundes Verhalten wahrnehmen und verstärken können.

- 4. Emotionen.** Für die emotionale Entwicklung des Kindes spielt die Emotionalität der Mutter eine entscheidende Schlüsselrolle. Eine positive Reaktion auf kindliche Emotionen wirkt unterstützend bei der Emotionsverarbeitung und -regulierung sowie der Entwicklung angemessener Strategien, wie z.B. Problemlösungsstrategien. Besonders in stressigen sozialen Situationen mit Erwachsenen brauchen die Kinder Unterstützung im Umgang mit schwierigen Gefühlen. Das Kind sollte für seinen emotionalen Ausdruck nicht kritisiert, bestraft oder gar ausgelacht werden. Solche negativen Reaktionen auf kindliche Emotionsausdrücke können zur Unterdrückung von Gefühlen oder der Entwicklung von vermeidenden oder aggressiven Verhaltensweisen beitragen.
- 5. Stress.** Zur Regulierung der hohen Anspannung bei Müttern mit einer Borderlinestörung können Stresstoleranz-Skills und Strategien zur Emotionsregulation nach Linehan vermittelt werden. Mütter mit BPS brauchen Hilfestellung dabei, inneren Abstand zu gewinnen und sich von negativen Mustern zu lösen. Um eigene Grenzen wahrzunehmen, rechtzeitig um Rat und Hilfe zu bitten und auch Unterstützung anzunehmen, müssen die Mütter darin geschult werden.
- 6. Struktur.** Bei Müttern mit Borderlinestörung besteht ein erhöhtes Risiko, dass sie Schwierigkeiten besitzen, ein stabiles und strukturiertes Umfeld herzustellen und aufrechtzuerhalten. Es muss den Müttern vermittelt werden, dass das Kind eine regelmäßige und vorhersehbare Routine benötigt und die elterliche Beaufsichtigung und Begleitung kindlicher Aktivitäten und Verhaltensweisen von hoher Wichtigkeit ist. Hinzukommend wird durch ein stabiles und sicheres häusliches Umfeld die elterliche Selbstwirksamkeit gefördert. Außerdem führt eine strukturierte Planung des Alltags zur präventiven Stressreduktion.

- 7. Selbstfürsorge.** Der verantwortungsbewusste Umgang mit den eigenen Bedürfnissen ist langfristig eine wesentliche Voraussetzung für die eigene Zufriedenheit und ein gelingendes Erziehen.
- 8. Achtsamkeit und Akzeptanz.** Mütter sind oft mit Bedingungen konfrontiert, die sie (nicht sofort) ändern können, wie z.B. anhaltendes Schreien des Kindes, fehlender Partner, eigene Grenzen oder schwierige soziale Bedingungen. Besonders für Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es oft nicht leicht, diese Realitäten zu akzeptieren. Hierbei können Achtsamkeits- und Akzeptanzstrategien dazu beitragen, gelassener mit solchen Situationen umzugehen und sich auf das zu konzentrieren, was nötig und möglich ist.

Unter der Berücksichtigung dieser genannten Aspekte wurde ein Gruppentraining entwickelt, welches sich an ambulant und stationär arbeitende Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und in der therapeutischen und beraterischen Arbeit mit Eltern, die von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffen sind, richtet. Es werden in insgesamt zwölf Sitzungen psychoedukative und verhaltenstherapeutische Methoden und Übungen verknüpft. Dazu werden die Themen kindlicher Bedürfnisse, Stress und Stressbewältigung, Struktur, Konfliktlösung, Umgang mit Gefühlen, Achtsamkeit und Selbstfürsorge, Grundannahmen in der Erziehung sowie die Bedeutung des Körpers bearbeitet. Die Mütter nehmen an diesen Gruppenprogramm teil, während sie parallel in Einzeltherapie sind.<sup>58</sup>

#### **4. Soziale Arbeit im Kontext mit Borderline-Betroffenen**

Die beiden vorangegangenen großen Themenkomplexe beschäftigten sich mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, deren Herleitung, Symptomatik und den Ausprägungen sowie die Mutter-Kind-Beziehung. Darauf aufbauend wird im folgendem Abschnitt auf die Soziale Arbeit als Unterstützungsform für Borderline-betroffene Mütter eingegangen.

---

<sup>58</sup> vgl. Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte 2015, S. 25-27

#### **4.1 Grundregeln im Umgang mit Borderline-Verhalten**

Im Umgang mit dem Borderline-Problem sind zwar recht komplexe Zusammenhänge zu beachten, jedoch lassen sich einige Grundregeln formulieren, die im Folgenden näher betrachtet werden.<sup>59</sup>

Am Anfang sollte Einigkeit zwischen dem Betroffenen und dem Helfer darüber bestehen, um welche Symptome und Probleme es sich handelt. Dazu gehört natürlich auch die jeweiligen Vorstellungen von Helfer und Betroffenen. Anschließend sollte ausgehandelt werden, wie die Beziehung gestaltet werden soll. Grundlage dafür ist die Autonomie der beteiligten Personen sowie die Bereitschaft, jeweils die Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Eine weitere Grundregel im Umgang mit Borderline-Betroffenen ist die Entwicklung einer gegenseitigen Ehrlichkeit und der damit zusammenhängende Versuch, sich und den anderen möglichst offen mit den Problemen zu konfrontieren. Weiterhin sollte man beachten, dass nicht die Suche nach dem richtigen Weg das Wichtigste ist, sondern das Finden eines möglichen Weges, denn das Ziel ist ein aktiver Umgang mit den Problemen. Es soll dabei herausgefunden werden, was schädigend und was nützlich ist, dies gilt auch für die Helferbeziehung selbst. Man sollte darauf achten, dass die Gegenwart eine höhere Wertigkeit als die Zukunft hat, jedoch beides bedeutsamer ist als die Vergangenheit. Eine letzte Grundregel ist der verantwortliche Umgang mit Zeit. Eine Helferbeziehung ist kein Selbstzweck, das heißt, wenn sie auf ein Ziel gerichtet ist, dann sollte sie auch einen Anfang und ein Ende besitzen.<sup>60</sup>

#### **4.2 Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter und Borderline-Betroffenen**

Aufbauend auf den vorangegangenen Grundregeln im Umgang mit Borderline-Betroffenen gibt das folgende Kapitel einen Einblick in die Zusammenarbeit von Sozialarbeiter und Klienten.<sup>61</sup>

---

<sup>59</sup> vgl. Rahn, Ewald 2003, S. 76,77

<sup>60</sup> vgl. ebd., S. 76,77

<sup>61</sup> vgl. ebd., S. 77,78

Zunächst sollten sich der Sozialarbeiter und der Klient als Partner eines Teams betrachten. Weiterhin erfordert der Umgang mit einem Borderline-Betroffenen, dass der Helfer sich seines eigenen Stils bewusst ist und sich in die Lage versetzt, die Besonderheiten als Ressource zu nutzen. Dabei stellt die Symptomatik der BSP nur einen Teilaspekt dar, jedoch sollten im Sinne einer ganzheitlichen Sichtweise auch die anderen Eigenschaften des Klienten wahrgenommen und berücksichtigt werden.<sup>62</sup>

Ein weiterer Punkt ist die Vereinbarung zur Hilfe. Eine tragfähige und emotional starke Beziehungsgestaltung ist in der Zusammenarbeit unerlässlich. Der Aufbau einer solchen gestaltet sich jedoch oft schwierig, durch das ambivalente Nähe- und Distanzverhalten des Klienten sowie durch dessen Beeinträchtigung in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung. Wenn also die Beziehung zum Klienten fortlaufend ausgehandelt werden muss, dann sind Vereinbarungen ein wichtiges Mittel der Beziehungsgestaltung. Vereinbarungen werden jedoch oft recht vage und unverbindlich formuliert, um die Beziehung möglichst offen zu halten. Das kann im Umgang mit einem Borderline-Klienten im Krisenfall nachteilige Auswirkungen haben, weil dann keine ausreichende Beziehungssicherheit besteht. Hinzukommend besteht die Gefahr, dass sich unrealistische Vorstellungen und Erwartungen ergeben.

Klare und verbindliche Vereinbarungen können helfen, einen Weg durch das „Labyrinth der Beziehung“ zu finden. Vereinbarungen helfen zudem der Eingrenzung der Hilfebeziehung und können daher dem Klienten nützen, sich vor unrealistischen Erwartungen zu schützen oder sogar die Hilfe in einer ungünstigen Weise zu idealisieren. Vereinbarungen schaffen aber vor allem Sicherheit und Stabilität.<sup>63</sup>

Ein weiterer zentraler Aspekt der gemeinsamen Arbeit ist der offene Umgang mit der Diagnose. Dieser offene Umgang hat jedoch seine Vor- und Nachteile. Zum einen kann die Diagnose stigmatisierend sein und zur Fest-

---

<sup>62</sup> vgl. Rahn, Ewald 2003, S. 77,78

<sup>63</sup> vgl. ebd., S. 80

legung auf soziale Rollen führen. Mit der Diagnose können jedoch auch Informationen erschlossen und die Sicherheit im Umgang mit den Problemen des Klienten erhöht werden.<sup>64</sup>

Ein letzter wichtiger Punkt sind die Ziele der Hilfe. Der Sozialarbeiter und der Klient orientieren sich daran, ein übergeordnetes Ziel zu erreichen und übernehmen beide die Verantwortung, dieses Ziel anzustreben. Diese Ziele können jeweils unterschiedliche „Zieltiefen“ haben, z.B. kann es um die Beseitigung der Symptome gehen, aber auch um die Erschließung völlig neuer und bisher unbekannter Lebensperspektiven.<sup>65</sup>

Endet die gemeinsame Beziehung nach einem gewissen Zeitraum, so sollte diese Beendigung mit einem Borderline-Klienten anders verlaufen als „normalerweise“. Ein abruptes Ende ist für den Klienten kaum tragbar, dadurch könnten bei ihm Verlassensängste auftreten. Der Sozialarbeiter sollte seinen Klienten aktiv in dieser letzten Phase begleiten und unterstützt ihn dabei, sich aus der Zusammenarbeit zu lösen und bewahrt somit das internalisierte Bild einer sicheren und haltgebenden Beziehung. Das ermöglicht dem Klienten, auch außerhalb der Beratung reale Beziehungen einzugehen und diese zu halten.<sup>66</sup>

### **4.3 Grenzen in der Arbeit mit Borderline-Betroffenen**

Eingehend wurden Grundregeln im Umgang mit dem Borderline-Verhalten erklärt und wie die Zusammenarbeit mit Betroffenen erfolgreich funktionieren kann. Abschließend zu diesem Kapitel möchte ich jedoch noch darauf eingehen, welche Grenzen in der Zusammenarbeit zu beachten sind.<sup>67</sup>

Oberste Priorität hat hierbei die Freiwilligkeit der Beratung des Betroffenen, das bedeutet, dass der Hilfesuchende aus eigenem Interesse in die Beratung kommt und nicht von Familie, Bekannten oder Freunden geschickt wurde. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der Betroffene kein Änderungsanliegen

---

<sup>64</sup> vgl. Rahn, Ewald 2003, S. 81,82

<sup>65</sup> vgl. ebd., S. 83,84

<sup>66</sup> vgl. Sendera, Alice; Sendera, Martina 2010, S. 89

<sup>67</sup> vgl. Sandig, Nadine 2010

hat und somit gar nicht weiß, warum er in der Beratung sitzt. Außerdem können Schwierigkeiten in der Arbeit mit dem Betroffenen auftreten, wenn dieser seine Probleme herunterspielt, andere dafür verantwortlich macht, die Ernsthaftigkeit des Problems überspielt oder gar von irgendeinem Problem berichtet, was nicht zu seinem Leben gehört. Die aufgeführten Probleme können den Beratungsprozess erheblich stören, müssen aber noch keinen Abbruch der Beratung zur Folge haben. Durch bestimmte Methoden können diese anfänglichen Probleme abgemildert oder behoben werden.<sup>68</sup>

Schwieriger wird es jedoch, wenn die Symptome der Borderline-Störung so stark ausgeprägt sind, dass die Beratung dadurch nicht durchführbar ist. In Folge dessen ist eine Vermittlung an einen Psychotherapeuten erforderlich, da das Beratungssetting als solches dann nicht ausreichend erscheint und auch das nähere Umfeld des Betroffenen gefährdet ist.

Weitergehend kann der Beratende auch selbst an seine persönliche Grenze in der Arbeit mit dem Betroffenen stoßen, beispielsweise durch eine emotionale Belastung des Helfers oder wenn dieser methodisch nicht mehr weiterkommt. An dieser Stelle wäre dann der Austausch mit dem Team oder einem Experten für psychische Erkrankung erforderlich.<sup>69</sup>

Die Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie Therapiemöglichkeiten sind sehr umfassend. Wenn die Mütter sich auf eine solche Unterstützung einlassen, könnte die Beziehung zum Kind und die Erziehung stark gefördert werden.

Abschließend zur Borderline-Persönlichkeitsstörung folgt nun die Zusammenfassung der Forschungsergebnisse sowie der Praxistransfer in die Soziale Arbeit, verbunden mit einem Ausblick auf therapeutische Interventionsmöglichkeiten. Am Ende meiner Arbeit werden ich noch in einer eigenen Stellungnahme die eingangs gestellte Forschungsfrage beantworten.

---

<sup>68</sup> vgl. Sandig, Nadine 2010

<sup>69</sup> vgl. ebd.

## 5. Zusammenfassung der Forschungsergebnisse und Praxistransfer

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine facettenreiche psychische Erkrankung, die sowohl für den Betroffenen als auch für die Angehörigen eine große Herausforderung darstellt.

Die Symptomatik nach DSM 5 (siehe Kapitel 2.1) stellt nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für die Mutter-Kind-Beziehung eine täglich zu bewältigende, große Aufgabe dar. Die Auswirkungen der BPS auf die Mutter-Kind-Beziehung müssen nicht zwangsläufig negative Konsequenzen für das Kind haben, jedoch besteht ein erhöhtes Risiko für deren Kinder (siehe Kapitel 3.1). Neben diesen Konsequenzen verfügen die Mütter mit einer Borderline-Störung auch über Ressourcen, die für das Kind sehr wertvoll sein können (siehe Kapitel 3.4). Des Weiteren können diese Mütter durch gezielte Interventionen (siehe Kapitel 3.6) lernen, ihre Störungen zu kontrollieren um somit auf die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen einzugehen.

Ausgestattet mit dem dargestellten Wissen, könnten sich für das ausgangs beschriebene Szenario folgende Beratungsansätze für den Sozialarbeiter ergeben.

Die Chance der vorliegenden Fallkonstruktion liegt in der Freiwilligkeit der Beratung. So ist zunächst wertschätzend auf das Anliegen der jungen Frau einzugehen. Gleichzeitig ist zu eruieren, was diese bereits über das selbst benannte Krankheitsbild weiß, welches Bild sie selbst von sich hat und wie sie professionell begleitet wird.

Als Sozialpädagoge arbeite ich im Sinne des Empowerments an den Ressourcen der jungen Frau und bestärke sie in ihrer Motivation. Um die junge Frau zu einer Entscheidung zu befähigen, wird das mögliche Gespräch auf Chancen und Risiken einer Mutterschaft für sie selbst und das Kind gelenkt. Wobei die Betroffene Inhalt und Tempo des Gespräches vorgibt. Im Sinne einer Gesundheitsaufklärung können ergänzende Materialien mitgegeben und ein Folgetermin vereinbart werden. Ein Folgetermin sollte sich konkreten Angeboten widmen, die sich die junge Frau ausgewählt hat (siehe Kapitel 4.3).

Neben dieser formalen Seite einer fiktiven Beratung sind für den Berater spezielle Techniken und eine klare innere Haltung notwendig. Auf diese Weise gelingt ihm eine fachlich korrekte Beratung in professioneller Distanz zur Ratsuchenden.

## **6. Eigene Stellungnahme**

„Können Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Erziehung eines Kindes gerecht werden?“

Die Kinder werden von ihren Müttern viel Liebe bekommen aber genau so werden sie die vielen negativen Seiten spüren. Diese Beziehung wird geprägt sein von Liebe, Hass, Verachtung, Zuneigung und anderen Problemen. Diese Schwierigkeiten gilt es mit einer professionellen Betreuung zu kontrollieren. Auf der einen Seite ist es für die Mütter wahrscheinlich schwer Hilfe anzunehmen, andererseits wäre es unverantwortlich es nicht zu tun. Denn die Kinder werden „emotional missbraucht“ und dadurch können sie selber traumatisiert werden. Das gilt es zu vermeiden und den Müttern „klar vor Auge“ zu führen. Meines Erachtens ist die soziale Arbeit hier eine wichtige Unterstützungsform im Alltag der Mutter und bei der Erziehung des Kindes. Jedoch bedarf es dennoch therapeutische Hilfe, die soziale Arbeit löst diese nicht ab. Da meiner Meinung nach, Borderline-betroffene Mütter, auf eine gewisse Art und Weise mehr Verantwortung für ihre Kinder tragen als eine „gesunde“ Mutter. Es ist garantiert nicht leicht ein Kind zu erziehen, wenn die Mütter so viel mit sich selbst beschäftigt sind. Mit therapeutischer Hilfe und der sozialen Arbeit ist dies aber durchaus machbar.

Kinder haben es nicht verdient die Leiden ihrer Mutter auszuhalten und allein deswegen ist es so unheimlich wichtig, sich helfen zu lassen. Dabei stelle ich mir die Frage, inwiefern sich eine solche, erwähnte Traumatisierung auf das Kind auswirken kann. Diese Problematik wäre in einer weiteren Arbeit zu betrachten.

## 7. Literaturverzeichnis

- Bäumli, Josef; Pitschel-Walz, Gabi (2005): Neurologen und Psychiater im Netz. Was ist Psychoedukation? <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/psychoedukation/was-ist-psychoedukation/>, verfügbar am 2.12.2016.
- Bohus, Martin (2002): Borderline-Störung. Göttingen: Hofgrefe.
- Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte (2015): Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. 1. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Dulz, Birger; Schneider, Angela (1996): Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, Otto F.; Dulz, Birger; Sachsse, Ullrich (2000): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Leichsenring, Falk (2003): Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen-eine ganzheitliche Sichtweise. 2. Auflage. Göttingen: Hubert & Co.
- Möhlenkamp, Gerd (2004): Was ist eine Borderline-Störung? Antwort auf die wichtigsten Fragen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Niklewski, Günter; Ricke-Niklewski, Rose (2006): Leben mit einer Borderline-Störung. Ein Ratgeber für Betroffene, ihre Partner und Familien. 2. Auflage. Stuttgart: Trias.
- Rahn, Ewald (2003): Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Sandig, Nadine (2010): Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Auswirkung auf die Mutter-Kind-Bindung. [http://www.kjfo.de/wp-content/uploads/downloads/2010/07/Borderline\\_Auswirkung\\_-auf\\_-Mutter\\_Kind\\_Bindung.pdf](http://www.kjfo.de/wp-content/uploads/downloads/2010/07/Borderline_Auswirkung_-auf_-Mutter_Kind_Bindung.pdf), verfügbar am 06.12.2016.
- Schäfer Ulrike; Rüter, Eckart; Sachsse, Ulrich (2007): Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sendera, Alice; Sendera, Martina (2010): Borderline-die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. Wien: Springer Verlag.
- Stegmeier, Susanne (o.A.): Das Kita-Handbuch. Grundlagen der Bindungstheorie. <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1722.html>, verfügbar am 25.11.2016.
- Steinhausen, Hans-Christoph (2010): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder. Und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 7. Auflage. München: Elsevier.
- Triple P (o.A.): Triple P-Positives Erziehungsprogramm. Was ist Triple P? <http://www.triplep.de/de-de/startseite/>, verfügbar am 25.11.2016.
- Voss, Dunja (2006): Medizin im Text. Neurose und Psychose. <http://www.medizin-im-text.de/blog/2015/21/neurose-und-psychose/>, verfügbar am 25.11.2016.
- Wiegmann, Claudia (2011): Borderline Syndrom. Borderline nach ICD-10. <http://www.borderline-borderliner.de/borderline/borderline-icd-10.htm>, verfügbar am 26.10.2016.

## **8. Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die Hausarbeit selbstständig verfasst und keine anderen, als die angegebenen, Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Unterschrift Verfasser