

Wenn Instabilität der einzige stabile Faktor ist



**Wie sich Kinder gesund entwickeln können, wenn sie bei einer Mutter mit
Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwachsen**

Wenn Instabilität der einzige stabile Faktor ist

Wie sich Kinder gesund entwickeln können, wenn sie bei einer Mutter mit
Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwachsen

Bachelorarbeit von: **Nina Maria Andrea**

Studienbeginn HS 2014

An der: FHS St. Gallen
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Studienrichtung Soziale Arbeit

Begleitet von: **Simone Hengartner Thurnheer**
Lehre Fachbereich Soziale Arbeit
Dozentin

Abgabetermin: 20. Mai 2019

Für den vorliegenden Inhalt ist ausschliesslich die Autorin verantwortlich.

Almens, 20. Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Einleitung	6
1 Begriffsbestimmung gesunde Entwicklung	8
1.1 Gesundheit: Begriff und Verständnis	8
1.2 Das biopsychosoziale Modell	9
1.3 Definition Gesundheit	9
1.4 Gesunde Entwicklung	10
1.4.1 Kindeswohl	11
1.4.2 Die Grundbedürfnisse des Kindes	11
1.4.3 Bindung – Schutz und Risiko	12
1.4.3.1 Feinfühligkeit und der emotionale Dialog	12
1.4.3.2 Das Temperament des Kindes	13
1.4.3.3 Bindungsqualitäten	14
1.4.4 Entwicklung	16
1.4.4.1 Entwicklungsaufgaben	16
1.4.4.2 Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Menschen	18
1.5 Konklusion	18
2 Die Borderline - Persönlichkeitsstörung	19
2.1 Entstehung und Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	20
2.2 Prävalenz und Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung	20
3 Auswirkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf das Erleben und die Wahrnehmung der Mutterrolle	21
3.1 Ressourcen	22
3.2 Beeinträchtigungen aufgrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung	22
3.3 Auswirkungen der einzelnen Symptome gemäss Kriterien des DSM-5	23
3.4 Komorbidität	30
4 Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes	31
4.1 Anhand des biopsychosozialen Modells betrachtet	31
4.2 Belastungsfaktoren auf der biologischen Ebene	32
4.2.1 Einfluss genetischer Faktoren	32
4.2.2 Neurobiologische Faktoren	33
4.3 Belastungsfaktoren auf der psychischen Ebene	34
4.3.1 Identitätsentwicklung	34
4.3.2 Parentifizierung	35
4.3.3 Gefühlswelt der Kinder	36
4.3.4 Erleben von Angst und Traumatisierung	37
4.3.5 Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung und Misshandlung	38
4.3.6 Erhöhtes Risiko selbst eine psychische Auffälligkeit zu entwickeln	39
4.4 Belastungsfaktoren auf der sozialen Ebene	40
4.4.1 Die Mutter-Kind-Bindung	40
4.4.2 Emotionsregulation	42
4.4.3 Instabilität	43

4.4.4	Schwierige Familienverhältnisse	43
4.4.5	Tabuisierung und soziale Isolation	44
4.5	Psychosoziale Belastungsfaktoren	45
5	Resilienz und Schutzfaktoren	46
5.1	Resilienz	46
5.2	Schutzfaktoren anhand des biopsychosozialen Modells betrachtet	48
5.3	Schutzfaktoren auf der biologischen Ebene	48
5.3.1	Guter gesundheitlicher Status	48
5.3.2	Ausgeglichenes Temperament	49
5.3.3	Intelligenz und schulische Leistungsfähigkeit	49
5.4	Schutzfaktoren auf der psychischen Ebene	49
5.4.1	Selbstvertrauen und positives Selbstwertgefühl	49
5.4.2	Selbsthilfefertigkeiten	50
5.4.3	Selbstwirksamkeitsüberzeugung	50
5.5	Schutzfaktoren auf der sozialen Ebene	51
5.5.1	Sichere Bindung	51
5.5.2	Unterstützende Beziehungen ausserhalb der Familie	52
5.5.3	Hohe Sozialkompetenz	52
5.5.4	Positive Erfahrungen in der Schule und Integration in der Freizeit	52
5.6	Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern	53
5.6.1	Krankheitswissen und Krankheitsverstehen	53
5.6.2	Umgang mit der Krankheit in der Familie	54
6	Unterstützende Praxis- und Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit	55
6.1	Kinder- und Jugendhilfe	56
6.1.1	Lebensweltermäandende Angebote	57
6.1.1.1	Kindertageseinrichtungen	57
6.1.1.2	Schulermäandende Angebote	57
6.1.1.3	Kinder- und Jugendfreizeitprogramme	58
6.1.2	Lebensweltunterstützende Angebote	59
6.1.2.1	Erziehungshilfen wie sozialpädagogische Familienhilfe	59
6.1.2.2	Schulsozialarbeit	60
6.1.2.3	Beistandschaft für das Kind	61
6.1.3	Lebensweltersetzende Angebote	61
6.2	Soziale Hilfen und Gesundheitshilfen	63
6.3	Case Management	64
7	Fazit und weiterführende Themen	65
	Literaturverzeichnis	67
	Quellenverzeichnis	70
	Abbildungsverzeichnis	71
	Eigenständigkeitserklärung	72
	Veröffentlichung Bachelorarbeit	72

Abstract

- Titel:** **Wenn Instabilität der einzige stabile Faktor ist.**
Wie sich Kinder gesund entwickeln können, wenn sie bei einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeit aufwachsen.
- Kurzzusammenfassung:** Die Arbeit beschreibt, welchen Risiken und Belastungen Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgesetzt sind und welche Aufgaben- und Praxisfelder der Sozialen Arbeit durch Stärkung der Resilienz- und Schutzfaktoren die gesunde Entwicklung betroffener Kinder unterstützen können.
- Autorin:** Nina Andrea
- Referent/-in:** Simone Hengartner Thurnheer
- Publikationsformat:** BATH
 MATH
 Semesterarbeit
 Forschungsbericht
 Anderes
- Veröffentlichung:** 2019
- Sprache:** deutsch
- Zitation:** Andrea, Nina. (2019). *Wenn Instabilität der einzige Stabile Faktor ist. Wie sich Kinder gesund entwickeln können, wenn sie bei einer Mutter mit Borderline - Persönlichkeit aufwachsen.* Unveröffentlichte Bachelorarbeit, FHS St. Gallen, Fachbereich Soziale Arbeit
- Schlagwörter:** Borderline – Persönlichkeitsstörung, Mutter, Kind, Gesundheit, Entwicklung, Resilienz, Schutzfaktoren, Risikofaktoren, Aufgaben- und Praxisfelder, Soziale Arbeit

Ausgangslage

Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben ein deutlich erhöhtes Risiko, Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu manifesten psychischen Erkrankungen zu entwickeln. Sie weisen selbst im Vergleich zu Kindern von Eltern mit anderen psychischen Störungen die höchsten Auffälligkeitsraten und den ungünstigsten Entwicklungsverlauf auf (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 59). Dies steht mit den krankheitsbedingten Symptomen und Verhaltensweisen der Mutter in einem engen Zusammenhang und geht in der Regel mit Entwicklungsdefiziten des Kindes einher. Dennoch gibt es Kinder, welche sich trotz der oft erschwerten Lebensbedingungen gesund entwickeln. Dafür sind sowohl vorhandene persönliche Ressourcen des Kindes als auch die Ressourcen der Mutter und des Umfeldes eine wichtige Ausgangslage. Denn wie stark sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter auf das Kind und seine Entwicklung auswirkt, hängt im Wesentlichen auch davon ab, welche Bewältigungsstrategien und Schutzfaktoren das Kind den erschwerten Lebensbedingungen entgegensetzen hat (vgl. Lenz, 2010, S. 7-8).

Ziel

Ziel der Auseinandersetzung mit dem Thema ist es, die Notwendigkeit von gezielten Unterstützungsangeboten und Interventionen für Kinder zu verdeutlichen, deren Mütter an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. Dabei soll aufgezeigt werden, welche Voraussetzungen für Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gegeben sein müssen, damit sie sich trotz ihrer von Instabilität geprägten Lebenswelt gesund entwickeln können. Wenn die Mutter aufgrund ihrer Erkrankung selbst nicht in der Lage ist, diese Voraussetzungen als förderliche Bedingungen für die Entwicklung ihres Kindes zu schaffen, ist Unterstützung von aussen angezeigt. Daher stellt sich die Frage, welche Angebote aus dem Aufgaben- und Praxisfeld der Sozialen Arbeit betroffene Kinder unterstützen können, um deren Bedingungen für eine gesunde Entwicklung zu verbessern. Die konkrete Frage, an welcher sich die Bearbeitung der Arbeit orientiert, lautet:

Welche Faktoren tragen bei Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer gesunden Entwicklung bei? Und welche Aufgaben- und Praxisfelder der Sozialen Arbeit bieten Angebote an, welche die gesunde Entwicklung von betroffenen Kindern unterstützen können?

Vorgehen

Eingehend wird im *ersten Kapitel* der Begriff der gesunden Entwicklung in Bezug auf die Fragestellung differenziert dargestellt und bestimmt, sodass er für das Aufgaben- und Praxisfeld der Sozialen Arbeit handlungsleitend wirken kann. Hierfür wird Gesundheit entlang des biopsychosozialen Modells sowie des zugrunde gelegten Verständnisses von Entwicklung

definiert und mit den speziellen Bedürfnissen von Kindern in Verbindung gebracht, um eine anschlussfähige Definition von gesunder Entwicklung zu erhalten, welche der biopsychosozialen Sichtweise entspricht. Im *zweiten Kapitel* wird auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung als psychische Erkrankung eingegangen. Dabei wird sowohl die Zuordnung in den Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-5 dargestellt als auch themenbezogene Besonderheiten in Bezug auf die Prävalenz und den Verlauf der Erkrankung aufgezeigt, welche hinsichtlich der Fragestellung relevant sind. Das *dritte Kapitel* beschäftigt sich mit Auswirkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf das Erleben und die Ausübung der Mutterrolle, wobei sowohl deren Ressourcen als auch deren krankheitsbedingte Defizite beschrieben werden. Dabei dienen die Kriterien des DSM-5 als Orientierung. Im Anschluss daran werden im *vierten Kapitel* konkrete Risiko- und Belastungsfaktoren sowie im *fünften Kapitel* Resilienz- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung anhand des biopsychosozialen Modells dargestellt. Im *sechsten Kapitel* werden aus einem Zusammenzug der spezifischen Risiko- und Belastungsfaktoren, welchen Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgesetzt sind und den Erkenntnissen über die Resilienz- und Schutzfaktoren konkrete Aufgaben- und Praxisfelder der Sozialen Arbeit benannt, welche die gesunde Entwicklung des Kindes unterstützen können. Im *siebten Kapitel* werden Schlussfolgerungen gezogen und weiterführende Themen vorgestellt.

Erkenntnisse

Das Aufgaben- und Praxisfeld der Sozialen Arbeit kann mittels adäquater Angebote, Kombinationen von Angeboten und gezielten Interventionen einen relevanten Beitrag zur gesunden Entwicklung von Kindern mit Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leisten. In unterschiedlichen Aufgaben- und Praxisfeldern können die Kinder gezielt gefördert werden, mit dem Ziel, deren Resilienz zu erhöhen und Schutzfaktoren aufzubauen. Die Unterstützung kann dabei in mehreren Bereichen gleichzeitig ansetzen, was erstrebenswert ist, da gemäss der systemischen Sichtweise, welche dem biopsychosozialen Modell zugrunde liegt, nicht das Kind isoliert, sondern nach Möglichkeit das gesamte Familiensystem gestärkt werden soll. Auch Unterstützungsangebote, welche bei der Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ansetzen, können die Lebensumstände des Kindes positiv beeinflussen und seinen Handlungsspielraum vergrössern.

Literaturquellen (Auswahl):

- Lenz, Albert. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Plass, Angela & Wiegand-Grefe, Silke. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Einleitung

Charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein andauerndes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten (vgl. Buck-Horstkotte, Renneberg, Rosenbach, 2015, S. 14-15). Wobei diese Instabilität, welche sich auf unterschiedliche Lebensbereiche auswirkt, in der Regel sehr stabil ist (vgl. Rennberg, 2013, zit. in Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 11). Betroffene erleben im Alltag wiederkehrend Krisen und extreme Schwankungen in der Stimmung, im Selbstwert und in der Identität. In Stresssituationen handeln sie oft sehr impulsiv und selbstschädigend. Sie reagieren nicht nur gereizt, sondern greifen zu teilweise drastischen Massnahmen, um emotionale Spannungszustände zu mildern oder zu beenden. Zugleich haben sie grosse Schwierigkeiten, stabile Partnerschaften sowie Beziehungen einzugehen und befinden sich nicht selten in sozial oder finanziell belastenden Lebenssituationen. Was geschieht nun, wenn eine Person, welche unter einer derart ausgeprägten Instabilität und weiteren krankheitsbedingten Belastungen leidet mit der Aufgabe konfrontiert ist, für die Entwicklung eines Kindes verantwortlich zu sein? Zuverlässigkeit und Stabilität sind für die gesunde Entwicklung eines Kindes sehr wichtig. Für eine Person mit Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt es jedoch eine Herausforderung dar, dem Kind dies zu bieten (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 11-15). Auffällig ist, dass die meisten Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen bei ihren Eltern aufwachsen, obwohl sie selbst im Vergleich zu Kindern von Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen die höchsten Auffälligkeitsraten und den ungünstigsten Entwicklungsverlauf zeigen (vgl. Lauchet et al., 1992, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 59). Die mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung verbundenen Symptome und Verhaltensweisen können zu einer erheblichen Gefährdung des Kindes und seiner Entwicklung führen, was gravierende Folgen für seine Gesundheit haben kann (vgl. Remschmidt & Matejat, 1994, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 37). Da Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund ihrer Erkrankung oft alleine leben, steht den Kindern im Alltag in solchen Situationen häufig keine weitere, verlässliche Bezugsperson (wie z. B. der Vater) zur Verfügung, welche die Gefährdung des Kindes abwenden könnte. An dieser Stelle kommen in der Regel Angebote der Sozialen Arbeit zum Tragen. Ziel der Unterstützungsangebote ist es, eine mögliche Gefährdung mit geeigneten Mitteln und Interventionen abzuwenden, um es dem Kind zu ermöglichen, zu Hause bei seiner Mutter aufzuwachsen. Dies entspricht Artikel 9, Absatz 1 der Kinderrechtskonvention (1989), worin festgehalten ist, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt werden darf, sofern dies nicht notwendig ist, um das Kindeswohl zu sichern. Umso wichtiger erscheint folglich, dass anhand angepasster Unterstützungsangebote der Sozialen Arbeit die Lebens- und Entwicklungsbedingungen betroffener Kinder, welche bei einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwachsen, verbessert werden können. Vor diesem Hintergrund wurde folgende Fragestellung entwickelt:

Welche Faktoren tragen bei Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer gesunden Entwicklung bei? Und welche Aufgaben- und Praxisfelder der Sozialen Arbeit bieten Angebote an, welche die gesunde Entwicklung von betroffenen Kindern unterstützen können?

Obwohl sich die Fragestellung an der gesunden Entwicklung der Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung orientiert und diese Sichtweise insbesondere den Fokus auf die positiven Aspekte richtet, ist es für die Bearbeitung der Fragestellung notwendig, auch krankheitsbedingte Defizite der Mutter sowie spezifische Belastungsfaktoren herauszuarbeiten. Denn das Wissen über Defizite und Belastungsfaktoren ist eine wichtige Voraussetzung, um betroffene Kinder mittels Prävention und begleitenden Angeboten durch die Soziale Arbeit zu schützen und zu stärken (vgl. Lenz, 2012, S. 14-15).

Bei der Fragestellung wurde der Fokus bewusst auf Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gerichtet, obwohl Väter ebenso davon betroffen sein können. Dies erfolgt einerseits daraus, weil Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund ihrer Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen oft alleinerziehend sind (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 120). Andererseits konnte anhand einer Studie von Orvaschel et al. aufgezeigt werden, dass der Einfluss einer psychischen Erkrankung der Mutter stärker ist als jener einer väterlichen psychischen Erkrankung (vgl. Overschel et al., 1979, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 67). Eine psychische Erkrankung der Mutter gilt gar als Hauptrisikoprädiktor für kindliche Entwicklungsstörungen (vgl. Laucht, 2009, zit. in Pretis & Dimova, 2016, S. 51).

Bei der Bearbeitung der Fragestellung wird wie folgt vorgegangen:

Eingehend wird im *ersten Kapitel* der Begriff der gesunden Entwicklung in Bezug auf die Fragestellung dargestellt und bestimmt, sodass er für das Aufgaben- und Praxisfeld der Sozialen Arbeit handlungsleitend wirken kann. Im *zweiten Kapitel* wird auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung als psychische Erkrankung eingegangen. *Das dritte Kapitel* beschäftigt sich mit den konkreten Auswirkungen der Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf das Erleben und die Ausübung der Mutterrolle, während im *vierten Kapitel* konkrete Risiko- sowie Belastungsfaktoren für das Kind und seine Entwicklung aufgezeigt werden. Im *fünften Kapitel* werden die Resilienz- und Schutzfaktoren dargestellt, worauf anschliessend im *sechsten Kapitel* aus einem Zusammenzug der spezifischen Risiko- und Belastungsfaktoren, welchen Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgesetzt sind, sowie den Erkenntnissen über die Ressourcen und Schutzfaktoren konkrete Aufgaben- und Praxisfelder der Sozialen Arbeit benannt werden, welche die gesunde Entwicklung des Kindes unterstützen. Das *siebte Kapitel* umfasst die Schlussfolgerungen sowie weiterführende Themen.

1 Begriffsbestimmung gesunde Entwicklung

Kinder, welche bei einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeit aufwachsen, haben ein hohes Risiko, später selbst an der psychischen Störung zu erkranken (vgl. Lenz, 2014a, S.27). Dennoch gibt es Kinder, die sich trotz einer psychischen Erkrankung der Mutter unauffällig und gesund entwickeln. Um erkennen zu können, welche Faktoren sich positiv und welche sich negativ auf die Entwicklung des Kindes auswirken, wird zunächst erörtert, wie eine gesunde Entwicklung in diesem Sinne gefasst werden kann. Zugleich wird der Fokus darauf gelegt, wie der Begriff der gesunden Entwicklung in Bezug auf das Praxisfeld der Sozialen Arbeit bestimmt werden kann, so dass er für Interventionen handlungsleitend wirken kann.

1.1 Gesundheit: Begriff und Verständnis

Der Begriff Gesundheit hat in den letzten Jahrzehnten eine bedeutende Entwicklung durchlaufen. Diese reichte von einem Verständnis von Gesundheit als ein mit Krankheit unvereinbaren Zustand hin zu einem zeitraumbezogenen Prozess, der die Entfaltung menschlicher Potenziale berücksichtigt (vgl. Rubant, 1994, S. 7). Das heute vorherrschende Verständnis von Gesundheit basiert auf einer systemischen Sichtweise (vgl. Pauls, 2013, S. 16-17). Der Psychiater George L. Engel entwickelte auf der Grundlage der allgemeinen Systemtheorie das biopsychosoziale Krankheitsmodell (vgl. Engels, 1977, 1980 zit. in Pauls, 2013, S. 17). Der Grundgedanke dieses Modells ist, dass der Entstehung und dem Verlauf einer Erkrankung sowie deren Genesung ein dynamisches Wechselspiel zwischen der biologischen, der psychologischen und der sozialen Ebene zugrunde liegt (vgl. Pauls, 2013, S. 18). Dieser Grundgedanke orientiert sich allerdings an der Entstehung und am Verlauf einer Erkrankung und kann daher nicht direkt übertragen werden, um den Begriff der Gesundheit zu definieren. Eine passendere Definition bietet hierfür die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese bezieht die im Krankheitsmodell von Engels beschriebenen Ebenen mit ein, wobei sie sich am Erhalt sowie an der Förderung von Gesundheit und nicht an der Entstehung von Krankheit orientiert: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (Weltgesundheitsorganisation, 1946, S. 1).

Gesundheit soll hier, wie eingangs beschrieben, nicht als ein Zustand, sondern entsprechend der systemischen Sichtweise als zeitraumbezogener, dynamischer Prozess verstanden werden, welchem eine gegenseitige Beeinflussung der genannten Ebenen zugrunde liegt. Diese wechselseitigen Prozesse der biologischen, psychischen und sozialen Ebene lassen sich anhand des biopsychosozialen Modells aufzeigen.

1.2 Das biopsychosoziale Modell

Über die Beziehung zwischen Körper und Seele werden bereits seit mehreren Jahrhunderten theoretische Überlegungen angestellt. Von den daraus entstandenen Ansätzen ist das biopsychosoziale Modell, für welches kein einzelner Begründer, keine einzelne Begründerin genannt wird, das meistgenutzte Paradigma. Es ist das Ergebnis eines weltumspannenden wissenschaftlichen Netzwerks und entstand überwiegend aus Studien zur allgemeinen Systemtheorie und deren Anwendung in der Biologie (vgl. Egger, 2017, S. 16). Als Kern des biopsychosozialen Modells kann die wissenschaftstheoretische Erkenntnis bestimmt werden, dass es nichts Seelisches geben kann, das nicht zugleich auch ein physiologischer Prozess ist. Dadurch hebt sich die Dichotomie von Körper und Seele auf (vgl. Egger, 2017, S. 9-10). In Bezug auf Gesundheit und Krankheit sind die biologische, die psychische und die soziale Ebene stets parallel zueinander zu betrachten, da ursächliche, hemmende oder gesundheitsfördernde Prozesse auf allen drei Ebenen entstehen, sich erhalten und in wechselwirkenden Beziehungen zusammenspielen können (vgl. Egger, 2017, S. 34). Gesundheit ist also kein statischer Zustand, der einmal hergestellt werden kann, und dann erhalten bleibt. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass sie in jedem Augenblick des Lebens generiert werden muss (vgl. Egger, 2010, zit. in Egger, 2017, S. 13).

Gesundheit sowie Krankheit werden demnach verstanden als ein Produkt von verschiedenen Einflussgrößen, welche in einem komplexen Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen wirksam sind (vgl. Egger, 2017, S. 9-10). Allgemein wird davon ausgegangen, dass nichts isoliert existiert und dass eine Veränderung auf der einen Ebene ebenfalls eine Veränderung auf den anderen Ebenen bewirken kann. Dabei können die daraus erfolgenden Effekte auch verzögert sichtbar und wahrnehmbar werden. Das biopsychosoziale Modell erfordert folglich eine umfassende Beachtung aller Prozesse auf der gesamten Zeitachse (vgl. Egger, 2017, S. 17-19).

1.3 Definition Gesundheit

Das vorgestellte biopsychosoziale Modell, welches der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt, bietet für die Definition des Begriffes Gesundheit einen Rahmen: „Gesundheit wird erkannt als ein hochkomplexes Wechselwirkungsprodukt aus (a) den jeweils individuell gegebenen genetischen Dispositionen, (b) den erworbenen (physiologischen wie psychologischen/persönlichkeitsabhängigen) Antwortmustern auf innere und äussere Anforderungen sowie (c) den konkreten Lebenswelten, in welchen sich der Organismus befindet“ (Egger, 2017, S. 96). In dieser Hinsicht sind für die Definition von Gesundheit sowohl biologische als auch psychische und soziale Aspekte relevant. Auf der biologischen Ebene wird Gesundheit als vollständige organische bzw. körperliche Funktionstüchtigkeit definiert. Auf der psychischen Ebene bedeutet Gesundheit vitales Erleben und Verhalten, was das

Wohlbefinden der Person mit einschliesst. Auf der sozialen Ebene wird Gesundheit wiederum als gelungene Passung zwischen Mensch und Umwelt verstanden. Das biopsychosoziale Modell fordert die Integration aller drei Ebenen für ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit. Zudem wird Gesundheit als autoregulative Kompetenz des Organismus aufgefasst. Sie wird als ein multidimensionales, paralleles Wirkungsgeschehen definiert und liegt dann vor, wenn der Organismus mit den vielfältigen Anforderungen physischer, psychischer, sozialer und ökologischer Natur so umgehen kann, dass die Funktionstüchtigkeit des gesamten Organismus in seiner vorgegebenen Umwelt aufrechterhalten werden kann. Um Gesundheit erreichen und aufrecht erhalten zu können, braucht das Individuum folglich Schutzfaktoren im Sinne von ausreichenden Kompetenzen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Nutzung intrinsischer und extrinsischer Ressourcen, welche zur Bewältigung der Anforderungen des jeweiligen Lebens notwendig sind (vgl. Egger, 2017, S. 87-99 & 113). Es ist folglich davon auszugehen, dass alle Menschen auf ein förderliches soziales Netzwerk sowie auf eine passende Umwelt angewiesen sind, um Gesundheit zu erlangen und zu erhalten. Für Kinder gilt dies in besonderer Weise, da sie die entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten erst entwickeln müssen, um sie als Ressourcen nutzen zu können.

1.4 Gesunde Entwicklung

Laut Verfassung der WHO hat jeder Mensch ein Recht auf eine bestmögliche Gesundheit (WHO, 1946, S. 1). In Bezug auf Kinder ist dabei zu beachten, dass sie in einem Abhängigkeitsverhältnis zu Erwachsenen stehen und dass sie nicht in der Lage sind, eigenverantwortlich Bedingungen zu schaffen, welche ihnen eine bestmögliche Gesundheit gewähren. Diese Abhängigkeit der Kinder von Erwachsenen führt laut Silvia Staub-Bernasconi (2008) zu einer Vulnerabilität (Verletzlichkeit), die darin begründet liegt, dass Kinder nicht nur für die Befriedigung ihrer biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse, sondern auch für die Erreichung und Erhaltung ihres Wohlbefindens sowie für die Entwicklung der Fähigkeit, ein eigenbestimmtes Leben zu führen, auf andere Menschen angewiesen sind (vgl. S. 3). Zu berücksichtigen ist dabei, dass Kinder, je jünger sie sind, umso stärker abhängig sind von Erwachsenen und damit von deren Wohlwollen und Kompetenzen in Bezug auf das Schaffen förderlicher Bedingungen für ihre Entwicklung (vgl. Kinderschutz Schweiz, o. J.). Aufgrund dieser Verletzlichkeit brauchen Kinder für eine gesunde Entwicklung Menschen, die um ihr Wohlergehen stets besorgt sind und die ihnen die Befriedigung ihrer biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse ermöglichen. Die beiden Begriffe, also der Begriff des Wohlergehens und der Begriff der Bedürfnisse sind jedoch weit gefasst. Daher sollen sie nachfolgend im Zusammenhang mit der gesunden Entwicklung konkretisiert werden.

1.4.1 Kindeswohl

Das Wohlergehen des Kindes kann mit dem Begriff des Kindeswohls gefasst werden. Doch auch dieser ist nicht genau definiert und als unbestimmter Rechtsbegriff für unterschiedliche Auslegungen offen (vgl. Simoni, 2012, S. 19). Generell wird das Kindeswohl als Recht des Kindes auf eine Förderung seiner Entwicklung und einer Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit verstanden (vgl. Lenz, 2014a, S. 44). Die Wahrung der Kindesinteressen, die Grundbedürfnisse des Kindes, der Kindeswille sowie die Rechte des Kindes stehen damit in einem engen Zusammenhang. Folglich ist dem Kinde dann wohl, wenn seine Bedürfnisse befriedigt, seine Interessen und Rechte gewahrt und sein Wille in angemessener Form berücksichtigt wird. Der Begriff des Wohls umfasst dabei sowohl objektiv feststellbare Aspekte des guten Befindens als auch das subjektive Empfinden über das eigene Wohlbefinden des Kindes (vgl. Simoni, 2012, S. 20-21).

Damit das Kind die Fähigkeit entwickeln kann, seine Persönlichkeit zu entfalten und ein eigenbestimmtes Leben zu führen, ist demnach einiges an Bemühungen und Bedingungen erforderlich. Diese Bemühungen und Bedingungen sind mit den Bedürfnissen und mit deren Befriedigung eng verknüpft, daher wird im nächsten Abschnitt auf die kindlichen Bedürfnisse näher eingegangen.

1.4.2 Die Grundbedürfnisse des Kindes

Da sich die Bedürfnisse von Kindern von jenen von Erwachsenen in wesentlichen Aspekten unterscheiden und sich daher bekannte Modelle wie z. B. die Bedürfnispyramide des US-amerikanischen Psychologen Maslow (1968, 1994, zit. in Simoni, 2012, S. 24) für die adäquate Beschreibung und Erfassung entwicklungsabhängiger, kindlicher Bedürfnisse nicht eignen, haben der US-amerikanische Kinderarzt Brazelton und sein Landsmann der Kinderpsychiater Greenspan sieben spezifische Grundbedürfnisse von Kindern definiert. Diese müssen als Grundvoraussetzungen erfüllt sein, damit ein Kind gesund aufwachsen, gut lernen und glücklich sein kann (vgl. Brazelton & Greenspan, 2000/2002 zit. in Simoni, 2012, S. 24-25). Die sieben Grundbedürfnisse (1) nach beständigen liebevollen Beziehungen, (2) nach körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit, (3) nach individuellen und (4) entwicklungsgerechten Erfahrungen, (5) nach Grenzen und Strukturen, (6) nach stabilen sowie unterstützenden Gemeinschaften und (7) nach einer sicheren Zukunft für die Menschheit sind als gleichwertig zu verstehen (vgl. Brazelton & Greenspan, 2000/2008, S. 31-303). In der Regel liegt die Hauptverantwortung für die Befriedigung dieser Bedürfnisse bei den Eltern. Es ist deren Aufgabe sowohl ein förderndes als auch gesundes Umfeld zu schaffen, in welchem sich ihr Kind seinem Alter entsprechend entwickeln kann. Sind die Eltern dazu nicht in der Lage, kann dies negative Folgen für die Entwicklung des Kindes haben (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 12), denn wenn die kindlichen Bedürfnisse permanent oder zumindest

längerfristig nicht erfüllt werden, stellt dies einen Nährboden für die Entwicklung psychischer bzw. psychosozialer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten dar (vgl. Lenz, 2008, S. 101). Hierbei wird die frühe Kindheit als die kritischste und für Störungen anfälligste Phase bezeichnet. Bestimmte Grundlagen, deren Erwerb das Kind in dieser Phase verpasst, kann sich die Person unter Umständen nachträglich noch aneignen, der Preis dafür aber steigt beständig und ebenso kontinuierlich sinken die Chancen auf Erfolg. Dies verdeutlicht die Relevanz, welche die Befriedigung der Bedürfnisse und das Schaffen förderlicher Bedingungen für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben und damit für eine gesunde Entwicklung des Kindes hat (vgl. Brazelton & Greenspan, 2000/2008, S. 10-11). Um die Bedürfnisse des Kindes von klein auf sowohl adäquat wahrzunehmen als auch zu befriedigen und ihm eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen, ist eine feinfühlig Bindung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson bzw. seinen Bezugspersonen massgebend.

1.4.3 Bindung – Schutz und Risiko

Als Bindung wird das spezifische emotionale Band bezeichnet, welches sich zwischen dem Kind und seinen primären Bezugspersonen, in der Regel sind dies die Eltern, bereits im Säuglingsalter entwickelt. Dieses Gefühlsband zwischen der Mutter oder dem Vater und dem Kind ist jeweils einzigartig und von besonderer Qualität. Es entsteht und erhält sich durch die Beziehung und verbindet die beiden über einen längeren Zeitraum und unabhängig von ihrem Aufenthaltsort (vgl. Lenz, 2014a, S. 190). Die Bindung entsteht in der regelmässigen Interaktionen zwischen dem Kind und seiner Bindungsperson und ist geprägt durch den gefühlsmässigen und spielerischen Austausch zwischen den beiden, welcher bei der täglichen Versorgung, Verpflegung und durch das Beschützen und Behüten des Kindes entsteht. Aufgrund dieser Interaktionen entwickelt das Kind eine persönliche innere Repräsentanz in Bezug auf seine Bindungsperson. Im besten Fall kennt die Bindungsperson die Rhythmen und Signale des Kindes, während der Säugling selbst die Erwartung aufgebaut hat, dass sie angemessen darauf eingehen wird (vgl. Brazelton & Greenspan, 2000/2008, S. 33). Von der Bindungsperson erfordert es eine gewisse Feinfühligkeit, um die Signale des Säuglings wahrzunehmen, zu deuten und angemessen darauf zu reagieren (vgl. Grossmann et al., 2000, zit. in Lenz, 2014a, S. 192). Gelingt dies, wird das Bedürfnis nach beständigen, liebevollen Beziehungen erfüllt. Gelingt es hingegen nicht, kann dies für das Kind und seine Entwicklung gravierende Folgen haben und zu einem unsicheren Bindungsstil (siehe Kap. 1.4.3.3.) führen (vgl. Gloger-Tippelt, 2008, S. 45).

1.4.3.1 *Feinfühligkeit und der emotionale Dialog*

Die Feinfühligkeit der primären Bindungspersonen kann als wichtige Basis für die gesunde Entwicklung des Kindes betrachtet werden. Den Begriff der Feinfühligkeit hat Mary Anisworth

geprägt. Sie beschreibt vier Merkmale, welche ein feinfühliges Verhalten der Bindungsperson beinhaltet. So muss die Bindungsperson in der Lage sein, die Signale des Kindes (1) wahrzunehmen, diese richtig zu (2) interpretieren sowie (3) angemessen und (4) prompt darauf zu reagieren. Weitere wichtige Faktoren sind die Akzeptanz des Kindes als eigenständige Person sowie die Fähigkeit, ihre Pläne auf die Bedürfnisse des Kindes abzustimmen (vgl. Grossmann et al., 2000, zit. in Lenz, 2014a, S. 192). Diese Feinfühligkeit setzt einen gelingenden emotionalen Dialog voraus, welcher bereits ab der Geburt des Kindes beginnt. Kennzeichnend für diesen Austausch ist, dass der Säugling die Interaktion weitgehend autonom einleitet, wobei die sensible Bindungsperson umgehend darauf reagiert. Die Bindungsperson gestaltet den Dialog so, dass sie dem Säugling die Führung überlässt und ihn mit angemessenen und fürsorglichen Reaktionen auf seine Bedürfnisäußerungen zur Fortsetzung der Kommunikation animiert (vgl. Bowlby, 1988/2014, S. 6-7). Dass die Fähigkeit der Mutter, feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen, sowohl die kognitive als auch die emotionale Entwicklung des Kindes fördert, konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (vgl. Lenz, 2014a, S. 192). Anhand von Untersuchungen konnte Greenspan auch nachweisen, dass sowohl die Kommunikations- als auch die Denkfähigkeit durch Beziehungen und emotionale Interaktionen erworben werden. Mit zunehmendem Alter des Kindes entwickelt sich auf der Grundlage des nonverbalen Kommunikationssystems des Säuglings ein komplexes System von Problemlösungs- und Regulationsstrategien, welches lebenslang erhalten bleibt (vgl. Brazelton & Greenspan, 2000/2008, S. 33). Ein gelingender, von Feinfühligkeit geprägter emotionaler Dialog bietet folglich beste Voraussetzungen für eine sichere Bindung. Diese wiederum dient dem Kind als Schutzfaktor und gibt dem Kind die notwendige Sicherheit, sich und seine Umgebung zu erkunden und dadurch entwicklungsgerechte, individuelle Erfahrungen zu machen, wie dies den kindlichen Grundbedürfnissen entspricht (vgl. Brazelton & Greenspan, 2000/2008, S. 31-303).

1.4.3.2 Das Temperament des Kindes

Bereits im Säuglingsalter zeigt sich das Temperament eines Kindes anhand charakteristischer Verhaltensweisen. Es wird als biologisch verankerte Grundausstattung verstanden, welche sich aufgrund seiner Reifungsprozesse und Umwelteinflüsse, insbesondere aber in der Interaktion mit den Bindungspersonen weiterentwickelt (vgl. Rothbart & Bates, 1998, zit. in Glögger, 2005, S. 9). Hinsichtlich der Emotionalität und der Reaktionen können bereits bei Säuglingen signifikante Temperamentsunterschiede beobachtet werden. Diese zeigen sich in der Aktivität, in der Erregbarkeit, im Rhythmus des Kindes, in seiner Aufmerksamkeit, in der Reaktionsbereitschaft sowie in der Anpassungsbereitschaft auf Veränderungen. Die Interaktionsmuster und Intervalle sind einerseits abhängig vom Temperament des Säuglings und andererseits vom Temperament der Bezugsperson (vgl. Sandera A. & Sandera M., 2016,

S. 83-84). Kinder mit einem „ausgeglichenen“ Temperament werden von ihren Bindungspersonen eher als aktiv, aufgeschlossen und liebevoll beschrieben. Diese Kinder können sich rasch an neue Situationen anpassen, sind kontaktfreudig und fröhlich. Ihr ausgeglichenes Temperament erleichtert die Interaktionen und die Beziehungen zwischen dem Kind und seinen Bindungspersonen, da die Kinder bei ihrem Gegenüber positive Reaktionen wie Aufmerksamkeit, Wärme und Zuwendung auslösen, was auch ihrer Bedürfnisbefriedigung entgegenkommt. Demgegenüber ist bei Kindern mit einem sogenannten „schwierigen“ Temperament sowohl die Interaktionen als auch die Beziehungsgestaltung erschwert (vgl. Lenz, 2014a, S. 153). Diese Kinder zeigen sich als Säuglinge oft unruhig, weinen häufig und brauchen viel Stimulation, was seitens der Bindungsperson ein besonderes Einfühlungsvermögen erfordert. Wie Langzeitstudien gezeigt haben, ist das Temperament zwar festgelegt und meist von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter beständig, dennoch ist die Persönlichkeit nicht starr oder unveränderbar. Obwohl der gegenseitige Umgang von Säugling und Bindungsperson als wichtige Voraussetzung für das spätere Beziehungsverhalten gilt, kann das Temperament bzw. die Persönlichkeit durch weitere soziale Erfahrungen verändert werden (vgl. Sandera A. & Sandera M., 2016, S. 83-84). Diese Erkenntnis ist im Zusammenhang mit der Fragestellung deshalb von Bedeutung, weil Kinder mit einem schwierigen Temperament stärker gefährdet sind, Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen zu entwickeln, gerade dann, wenn sie in einem belasteten Umfeld aufwachsen (vgl. Lenz, 2014a, S. 153).

1.4.3.3 Bindungsqualitäten

Kinder entwickeln bereits im ersten Lebensjahr eine grosse Variationsbreite an unterschiedlichen Bindungsverhaltensweisen, welche sich laufend weiter ausformen. Der englische Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby hat vor diesem Hintergrund die Bindungstheorie entwickelt, welche unterschiedliche Bindungsqualitäten unterscheidet. Er ging davon aus, dass der Ursprung des Selbstwertgefühls in der frühen Beziehungsgestaltung liegt und dass sich die Bindungserfahrungen bis ins Erwachsenenalter auf das Verhalten auswirken (vgl. Grossmann K. E. & Grossmann K., 2012, S. 34-35). Um die Bindungsqualität bestimmen zu können, wird das Verhalten des Kleinkindes in Trennungs- und Wiedervereinigungsepisoden, der sogenannten „Fremden Situation“ (Anisworth et al., 1978, zit. in Lenz, 2014a, S. 195) analysiert, welcher von Mary Anisworth entwickelt wurde. Mittels des standardisierten Verfahrens („Fremde Situation“) lassen sich sichere und unsichere Bindungen erkennen sowie die unterschiedlichen Muster sicherer und unsicherer Bindungen voneinander trennen (vgl. Lenz, 2014a, S. 195). Im Folgenden werden die unterschiedlichen Bindungsqualitäten sichere Bindung, sowie die drei unsicheren Bindungsstile vermeidende, ambivalente und desorganisierte Bindung dargestellt.

„Ein Kind mit *sicherer Bindung* (..) hat die Erfahrung einer verlässlichen Bezugsperson gemacht, wobei die Fürsorge als feinfühlig und unterstützend charakterisiert werden kann, so dass sich das Kind flexibel entweder auf die Exploration der Umwelt konzentrieren kann, oder in Belastungssituationen und bei Kummer Körperkontakt oder emotionale Nähe zur Bezugsperson sucht. Es kann auch negative Gefühle äussern, weil es dafür Trost und Beruhigung erwartet und tatsächlich auch erhält.

Ein Kind mit *vermeidender Bindung* (..) hat ein Bindungsmodell entwickelt, in dem die Bindungsperson bei negativen Erfahrungen und Gefühlen des Kindes zurückweisend und ablehnend reagierte, so dass das Kind sich selbst nicht als beachtenswert und liebenswert erfahren hat, bindungsbezogene Gefühle unterdrückt und sich der Sachumwelt zuwendet.

Ein Kind mit *ambivalenter Bindung* (..) erlebte eine eher unberechenbare und inkompetente Fürsorge, und sieht sich entweder als hilflos und passiv bezüglich der eigenen Kompetenzen, oder reagiert ärgerlich. Sein Selbstkonzept in Bezug auf Beziehungen enthält Vorstellungen sehr geringer eigener Kompetenz“ (Gloger-Tippelt, 2008, S. 45).

Ergänzend zu den Bindungsstilen, wie sie John Bowlby beschrieb, entwickelte Gabriele Gloger-Tippelt (2008) noch einen vierten, nämlich die desorganisierte Bindung:

Ein Kind mit *desorganisierter Bindung* erfährt mit seiner Bindungsperson ängstigende Interaktionen. Es kann aufgrund seiner äusserst unsicheren Erfahrungen in den ersten Lebensmonaten kein beständiges Bindungsmodell aufbauen. Sowohl sein Selbstbild als auch das Bild, das es von seiner Bindungsperson hat, ist unklar und widersprüchlich, sodass es sich nicht zu einem stimmigen Ganzen zusammenfügen lässt. Im Vergleich zu Kindern mit anderen Bindungsstilen zeigt es keine Strategien für sein Verhalten. Es reagiert in bindungsrelevanten Situationen unterschiedlich und unvorhersehbar (vgl. S. 45).

Die Bindung und die frühen Muster der Mutter-Säuglings-Kommunikation schaffen eine wichtige Grundlage für die Erfüllung der Grundbedürfnisse und damit für die Entwicklung des Kindes. Denn diese frühen Erfahrungen können als grundlegend für das gesamte Leben betrachtet werden (vgl. Brazelton & Greenspan, 2000/2008, S. 24, 41). Für das Kind bildet eine sichere Bindung einen relevanten Schutzfaktor, der sich in vielerlei Hinsicht positiv auf seine gesunde Entwicklung auswirkt (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 38). Dies bedeutet jedoch nicht, dass sich ein Kind mit unsicherem Bindungsstil nicht gesund entwickeln kann, denn beim Gelingen einer gesunden Entwicklung kommen noch weitere Faktoren zum Tragen, welche in den folgenden Kapiteln beschrieben werden. In einem nächsten Schritt soll auf die Entwicklung des Kindes an sich näher eingegangen werden.

1.4.4 Entwicklung

Mit dem Begriff der menschlichen Entwicklung lassen sich zahlreiche, inhaltlich durchaus unterschiedliche Vorstellungen verbinden, sodass nicht von einem einheitlichen Entwicklungsverständnis ausgegangen werden kann (vgl. Rothgang, 2009, S. 13). Im Folgenden wird daher erörtert, welches Verständnis von Entwicklung der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt wird.

1.4.4.1 Entwicklungsaufgaben

Voraussetzung dafür, dass sich ein Kind gesund entwickeln kann, ist das Gelingen der Bewältigung bestimmter Entwicklungsaufgaben, welche mit dem Heranwachsen typischerweise einhergehen. Als Entwicklungsaufgaben werden solche Anforderungen bezeichnet, welche sich einer Person im Laufe ihres Lebens stellen, wobei sich diese nicht nur auf die Kindheit und Jugendzeit beschränken. Die Entwicklungsaufgaben resultieren aus biologischen Faktoren (z. B. Reifungsprozessen), gesellschaftlichen Vorgaben, Zielen und Erwartungen sowie aus individuellen Zielsetzungen (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 59-60). Um aufzuzeigen, von welchen Entwicklungsaufgaben ausgegangen wird, wurde in der vorliegenden Arbeit das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erik Erikson gewählt. Es zeigt die Bedeutung der psychosozialen Entwicklung über die gesamte Lebensspanne auf und beschreibt die jeweiligen Entwicklungsaufgaben, welche jede Stufe mit sich bringt (vgl. Sandera A. & Sandera M., 2016, S. 77). In seinem Stufenmodell unterscheidet Erikson acht Phasen. Zwischen den Bedürfnissen und Wünschen des Individuums sowie der sich stetig verändernden Anforderungen seiner sozialen Umwelt entsteht ein Spannungsfeld. Es kommt zu inneren und äusseren Konflikten, welche Erikson Krisen nennt. Diese Spannungen müssen vom Individuum nicht nur ausgehalten, sondern auch bewältigt werden (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2001, S. 27). Der Verlauf der Entwicklung zu einer Persönlichkeit, die sich in ihrer Umwelt sicher bewegen und aktiv einbringen kann, hängt im Wesentlichen von der Art dieser Bewältigung ab (vgl. Erikson, 1973, zit. in Niederbacher & Zimmermann, 2001, S. 27). Die acht Phasen werden von Erikson jeweils als Gegensatzpaare beschrieben, was darauf hinweist, dass die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben (Krisen) gelingen, aber auch misslingen kann. So stellt folglich jede der acht beschriebenen Stufen einen Konflikt dar, mit welchem sich das Individuum aktiv auseinandersetzen muss, wobei die Stufenfolge unumkehrbar und universal ist. Kann eine Krise bewältigt werden, dann ist das Individuum bereit für die nächste Entwicklungsstufe. Ist dies aber nicht der Fall, kann sich dies negativ auf das Leben des Individuums auswirken. Die erfolgreiche Bewältigung vorangegangener Entwicklungsaufgaben dienen als Fundament für folgende Entwicklungsaufgaben, wobei sie für die Bewältigung der nächsten Entwicklungsaufgabe zwar hilfreich, aber nicht unbedingt erforderlich ist (vgl. Niederbacher & Zimmermann, 2001, S. 27).

Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erikson

Stufe 1	Urvertrauen vs. Misstrauen	0 – ca. 1. Lebensjahr	Stabiles Sicherheitsbewusstsein (sichere Basis) vs. Angst und Unsicherheit
Stufe 2	Autonomie vs. Selbstzweifel und Scham	2. – 3. Lebensjahr	Erlebt sich selbst als fähig zu Handlungen und zur Körperbeherrschung vs. Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und Kontrolle von Ereignissen
Stufe 3	Initiative vs. Schuld	3. – 6. Lebensjahr	Vertrauen auf die eigene Initiative und Kreativität vs. fehlendes Selbstwertgefühl
Stufe 4	Kompetenz vs. Minderwertigkeitsgefühl	6. Lebensjahr - Pubertät	Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten vs. kein Selbstvertrauen und Versagensängste
Stufe 5	Identität vs. Identitätsdiffusion	Jugendalter (Adoleszenz)	Vertrauen in die eigene Person vs. schwankendes und unsicheres Selbstbewusstsein
Stufe 6	Intimität vs. Isolierung	Junges Erwachsenenalter	Fähigkeit zur Nähe und zur Bindung an andere vs. Einsamkeitsgefühl, Leugnung des Bedürfnisses nach Nähe
Stufe 7	Generativität vs. Stagnation	Mittleres Erwachsenenalter	Interesse an Familie, Gesellschaft und künftigen Generationen, das über das eigene Belangen hinaus geht vs. selbstbezogene Interessen, fehlende Zukunftsorientierung
Stufe 8	Integrität vs. Verzweiflung	Hohes Erwachsenenalter	Zufriedenheit mit dem Leben, Gefühl der Ganzheit vs. Enttäuschung

Abbildung 1

Wie anderen Modellen, welche die Entwicklungsaufgaben des Menschen aufzeigen, liegt auch diesem die Annahme einer Heterogenität von Entwicklungswegen zugrunde. Diese Annahme ist einerseits wichtig, da aus den Entwicklungsverläufen Erkenntnisse über Einflussfaktoren und Entwicklungsbedingungen gewonnen werden können und andererseits, weil das Wissen über die grösstenteils übereinstimmenden Entwicklungsschritte die Förderung erwünschter Entwicklungsverläufe sowie eine entsprechende Prävention ermöglicht. Zu beachten ist aber, dass ein Entwicklungskonzept in diesem universellen Sinne nicht alle Besonderheiten einer individuellen Entwicklung unter Beachtung der jeweiligen Bedingungen und Einflussfaktoren

aufnehmen und aufzeigen kann (vgl. Schneider & Lindenberger, 2012, S. 29-30). Das Stufenmodell soll hier folglich als Orientierung dienen, ohne dem Anspruch gerecht zu werden, jeweilige abweichende Entwicklungsverläufe von Individuen abzeichnen zu können.

1.4.4.2 Einflussfaktoren auf die Entwicklung des Menschen

Heute wird sowohl den Anlagebedingungen als auch den Umwelteinflüssen Bedeutung für die Entwicklung beigemessen. Konzepte, welche dieser Annahme folgen, können als transaktional gefasst werden. Sie unterscheiden sich von anderen Konzepten, welche von Entwicklung lediglich nach einem inneren Bauplan ausgehen aber auch von jenen Konzepten, welche Entwicklung als nur von aussen gesteuerter Prozess ansehen. In transaktionalen Konzepten wird sowohl dem Individuum als Entwicklungssubjekt als auch den beeinflussenden äusseren Faktoren als Entwicklungskontext gestaltender Einfluss auf die Entwicklung beigemessen (vgl. Schneider & Lindenberger, 2012, S. 34). Demgemäss wird nachstehend vom transaktionalen Verständnis menschlicher Entwicklung ausgegangen, welches sich mit dem biopsychosozialen Modell von Gesundheit vereinen lässt, da sich sowohl das transaktionalen Verständnis von Entwicklung, als auch das biopsychosoziale Modell von Gesundheit in einer systemischen Sichtweise begründen.

1.5 Konklusion

Um sich gesund entwickeln zu können, braucht ein Kind eine verlässliche Bindung zu mindestens einer erwachsenen Person, welche in der Lage ist, Bedingungen zu schaffen, die sein Wohlergehen fördern, indem sie dafür sorgt, dass die Bedürfnisse des Kindes sowohl auf der biologischen als auch der psychischen und der sozialen Ebene befriedigt werden. Grundlage dieser verlässlichen Bindung ist eine ausreichende Feinfühligkeit der Bindungsperson sowie deren Fähigkeit, sich auf den emotionalen Dialog mit dem Kind einzulassen. Dadurch bietet sie dem Kind ausreichend Sicherheit und Schutz, damit es sich und seine Umwelt unbeschwert erfahren und sich den Herausforderungen der Entwicklungsaufgaben stellen kann.

Oft fungiert die Mutter als primären Bindungsperson, da sie sich zumeist vordergründig um das Kind und seine Bedürfnisse kümmert. Wenn die Mutter jedoch an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet, ist sie je nach Ausprägung der Symptome nicht in der Lage, die Voraussetzungen zu schaffen, welche eine gesunde Entwicklung im biopsychosozialen Sinne begünstigen würden. Um beschreiben zu können, mit welchen spezifischen Bedingungen und Einflussfaktoren Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung konfrontiert sein können, muss vorerst eine Hypothese über den Entwicklungskontext betroffener Kinder erstellt werden. Dies erfordert spezifische Kenntnisse über die Erkrankung, über die Ressourcen, aber auch über krankheitsbedingte Defizite der Mütter.

2 Die Borderline - Persönlichkeitsstörung

Der englische Psychiater Hughes bezeichnete in einem Aufsatz im Jahre 1884 mit dem Begriff „Borderland“ ein Auftreten von Ängsten und Wahrnehmungen, die nicht so unrealistisch oder verzerrt erscheinen, dass sie einem der bekannten Störungsbilder zugeordnet werden konnten, die aber dennoch das Denken einseitig dominieren, sodass nicht mehr von einem gesunden Zustand gesprochen werden kann (vgl. Hughes, 1884, zit. in Hoffmann, 2015, S. 8). Den Begriff „Borderline“, wie er heute noch verwendet wird, prägte schliesslich der US-amerikanische Psychoanalytiker Adolph Stern im Jahre 1938. Der Begriff Borderline, welcher aus dem Englischen stammt und übersetzt „Grenzlinie“ bedeutet (vgl. Hoffmann, 2015, S. 8-9), hat seine Wurzeln sowohl in der Psychoanalyse als auch in der Psychopathologie. Er soll darauf hindeuten, dass das Krankheitsbild zwischen der Diagnose einer Neurose und einer Psychose liegt, sodass es keiner klar zugeordnet werden konnte (vgl. Stern, 1938, zit. in Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 9). Gemäss dem heutigen Verständnis wird mit Borderline ein Störungsbild bezeichnet, welches geprägt ist von einem „tiefgreifenden Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“ (DSM-5, 2015, deutsche Ausgabe, zit. in Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 11). Das Krankheitsbild wird heute den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet und lässt sich in beiden gängigen Diagnosesystemen, dem ICD-10 (International Classification of Diseases) und dem DSM-5 (Diagnosesystem der American Psychiatric Association) finden, wobei sich die Diagnosekriterien unterscheiden. Im ICD-10 wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung gemeinsam mit den anderen psychischen Erkrankungen in Kapitel F gefasst und unter F60.3 aufgeführt (vgl. Dittmann, Ermer & Sgieglitz, 2002, S. 187). In der klinischen Praxis findet hierzulande das ICD-10 häufiger Verwendung (vgl. Stieglitz, Freyberger & Mombour, 2002, S. 17), dennoch wird im weiteren Verlauf auf das DSM-5 zurückgegriffen, da seine Diagnosekriterien für die Bearbeitung der Fragestellung ein umfassenderes Bild ergeben und dadurch eine detailliertere Auseinandersetzung erlauben. Im DSM-5 wird das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung ebenfalls den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet. Die typischen Symptome werden mittels der Diagnosekriterien beschrieben. Dabei müssen mindestens fünf der neun nachstehend aufgeführten Kriterien erfüllt sein, um die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 stellen zu können:

1. Verzweifeltes Bemühen, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern.
2. Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: Eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen.

5. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen, -versuche oder selbstschädigendes Verhalten.
6. Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist.
7. Chronisches Gefühl der Leere.
8. Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren.
9. Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16-17).

2.1 Entstehung und Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Kernberg geht davon aus, dass die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer psychischen Fehlentwicklung in den frühen kindlichen Entwicklungsphasen zusammenhängt (vgl. Kernberg, o.J. zit. in Dittmann et al., 2002, S. 188 - 189). Spezifische Auffälligkeiten im inneren Erleben und in Verhaltensweisen können sich bereits in der Kindheit und im Jugendalter manifestieren. Von einer psychiatrischen Diagnose wird vor Abschluss der Pubertät und dem Eintritt in das Jugendalter jedoch abgesehen, da der Entwicklungsaspekt mitberücksichtigt werden muss (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 15). In der Regel fällt die Manifestation der Borderline-Persönlichkeitsstörung in die Phase des jungen Erwachsenenalters. Diese Phase geht dann oft mit einer starken Instabilität, Kontrollverlust, Impulsausbrüchen und Suizidalität einher. Die Intensität und Häufigkeit der Phasen mit starker Symptomatik können insbesondere mit zunehmendem Alter abnehmen. So nimmt die Stabilität ab dem 30. bis 40. Lebensjahr zu, gegebenenfalls so stark, dass die Betroffenen die Kriterien für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht mehr erfüllen (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 9). Diese Angaben zeigen, dass sich die Mehrzahl der von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffenen Frauen im gebärfähigen Alter befindet. Es liegen jedoch keine verlässlichen Daten über die Anzahl betroffener Frauen vor, welche Mutter sind (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 15).

2.2 Prävalenz und Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Aktuelle Studien über die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) lassen aufhorchen, denn die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist in der allgemeinen Bevölkerung häufiger vertreten, als bisher angenommen. Je nach Studie beträgt die Wahrscheinlichkeit, daran zu erkranken, 1,6 bis 5,9 Prozent, wobei die Prävalenzrate zwischen Männern und Frauen gleich ist (vgl. Garnt et al., 2008, zit. in Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 9). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung verläuft in der Regel chronisch und geht häufig mit einer hohen Zahl an Krisen und oft auch stationären (Not-)Aufnahmen einher (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 15). Ob die Borderline-Persönlichkeitsstörung heilbar ist oder nicht, bleibt umstritten. Der

vorherrschenden Ansicht nach ist sie nicht heilbar, da die biologisch bedingte Vulnerabilität bestehen bleibt. Dennoch wird davon ausgegangen, dass die typischen Verhaltensweisen und Reaktionen an sich therapierbar und veränderbar sind (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 9, 48). Zanarini et al. haben in diesem Zusammenhang festgestellt, dass sich verschiedene Bereiche der Borderline-Symptomatik unterschiedlich rasch verändern. Die affektiven Symptome haben sich dabei als die stabilsten herausgestellt, wohingegen kognitive und interpersonelle rascher sowie impulsive am ehesten verändert werden können (vgl. Zanarini et al., 1990, zit. in Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 12). Wenn die betroffene Person um ihre eigene Verletzlichkeit weiss und sie die Krisen auslösenden Faktoren sowie einen positiven Umgang damit kennt, ist es ihr durchaus möglich, ein Leben ohne weitere Einschränkungen zu führen (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 48). Gelingt es ihr jedoch nicht, ist davon auszugehen, dass sich bestimmte Defizite zumindest in Teilbereichen der Lebenswelt der Person bemerkbar machen.

Dass es sich auch auf die Lebenswelt des Kindes auswirkt, wenn die Mutter von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffen ist, lässt sich erahnen. Um mögliche krankheitsbedingte Schwierigkeiten und Problembereiche aufzuzeigen, werden im folgenden Kapitel sowohl die Ressourcen als auch die Symptome und Problembereiche aufgezeigt, welche die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter mit sich bringen kann.

3 Auswirkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf das Erleben und die Wahrnehmung der Mutterrolle

Kinder zu haben bedeutet für alle Eltern, ob psychisch vulnerabel oder nicht, Freude und Belastung zugleich. Die ersten Jahre der Kindererziehung sind häufig mit bedeutenden Umstellungen verbunden, welche nicht immer leicht zu bewältigen sind. Dabei stellt schon die Tatsache, dass nicht die eigenen, sondern die Bedürfnisse des Kindes den Alltag bestimmen, eine Herausforderung dar (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 11). Um diese Herausforderungen gut bewältigen und dem Kinde eine angemessene sowie förderliche Umgebung schaffen zu können, sind die entsprechenden Fähigkeiten der Eltern sowie vorhandene Ressourcen und deren Zugänglichkeit von Bedeutung. Eine psychische Vulnerabilität oder Erkrankung kann sowohl den Zugang zu den eigenen Fähigkeiten als auch die vorhandenen Ressourcen einschränken. Dennoch können gerade im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung auch Eigenschaften genannt werden, die sich durchaus positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken können.

3.1 Ressourcen

Dass es Kinder gibt, welche sich trotz der Borderline-Persönlichkeitsstörung ihrer Mutter gesund entwickeln, liegt unter anderem daran, dass betroffene Mütter über wertvolle Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, welche sie, je nach Ausprägung des Krankheitsbildes, nutzen können, um für ihre Kinder eine möglichst förderliche und gesunde Umgebung zu schaffen. Betroffene Mütter verfügen über eine Vielzahl von Qualitäten, die für ihre Kinder sehr wertvoll sind. So zeigen sie, neben individuellen Fähigkeiten und Ressourcen, ein besonders hohes Einfühlungsvermögen. Zudem weisen sie eine grosse emotionale Offenheit und eine ausserordentliche Kreativität auf. Als wichtige Ressource im Hinblick auf die gesunde Entwicklung des Kindes ist ebenfalls zu nennen, dass betroffene Mütter oft nicht nur über eine gute Krankheitseinsicht verfügen, sondern sich in der Regel auch ihrer Defizite bewusst sind. Hinzu kommt bei den meisten eine Offenheit und Bereitschaft, Hilfe anzunehmen. Wenn die betroffenen Mütter zudem in der Lage sind, ihre impulsiv-destruktiven Verhaltensweisen zu kontrollieren, dann können sie die Bedürfnisse ihrer Kinder adäquat befriedigen und ihnen eine gesunde Entwicklung ermöglichen (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 20). Allerdings setzt dies eine realistische Selbsteinschätzung sowie ein Bewusstsein über die kindlichen Bedürfnisse voraus. Dies zu erlangen, kann für eine Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund ihrer Symptome eine grosse Herausforderung darstellen (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 20).

3.2 Beeinträchtigungen aufgrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Trotz der wertvollen Ressourcen, welche eine Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mitbringt, kann sich ihre Erkrankung auch negativ auf die gesunde Entwicklung ihres Kindes auswirken. Dies deshalb, weil das Erleben und die Ausübung der Mutterrolle bei Betroffenen häufig beeinträchtigt ist. Verschiedene wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass betroffene Mütter zu Verhaltensweisen neigen, welche für die Entwicklung ihrer Kinder ein Risiko darstellen können. Im Vergleich mit gesunden Müttern zeigen sie häufiger übergriffiges und unsensibles Verhalten, kritisieren ihre Kinder schneller, verhalten sich aufdringlicher und rufen durch die für die Borderline-Persönlichkeitsstörungen typischen Verhaltensweisen Ängste bei ihren Kindern hervor. Weiter wurde nachgewiesen, dass betroffene Mütter weniger Sensibilität für die Bedürfnisse ihrer Kinder (vgl. Crandell et al., 2003, zit. in Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 19) und weniger Struktur in der Interaktion zeigen, was im Wesentlichen auf Defizite in der emotionalen Kommunikationsfähigkeit zurückzuführen ist (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 19). Die mangelnde Feinfühligkeit und die Defizite in der Gestaltung des emotionalen Dialoges können zu fehlangepasstem elterlichem Verhalten führen. Damit wird die fehlende Fähigkeit der Mutter verstanden, angemessen und flexibel auf die Bedürfnisäusserungen des Kindes zu reagieren.

Wie zahlreiche Studien zeigen, hat neben der Bindung auch die Erziehungskompetenz der Mutter eine hohe Relevanz für die gesunde Entwicklung des Kindes (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 40). Als Erziehungskompetenz wird die Fähigkeit zur Herstellung einer optimalen Passung zwischen den altersgemässen Bedürfnissen des Kindes einerseits und der Gestaltung seiner Umwelt andererseits verstanden. Sie umfasst mehrere Komponenten wie Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit zur Grenzsetzung und zur Übernahme einer positiven Vorbildfunktion, die Fähigkeit das Kind angemessen zu fördern sowie die Fähigkeit zum Alltagsmanagement (vgl. Petermann & Petermann, 2006, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Eine unzureichende Erziehungskompetenz bildet ein zentrales Entwicklungsrisiko (vgl. Petermann et al., 2010, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39), da sie beim Kind zu Betreuungs- und Förderdefiziten in Bereichen führen kann, die für die gesunde Entwicklung des Kindes nach vorangegangener Definition als relevant erachtet werden. Dass sich Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in ihren elterlichen Fähigkeiten nachweislich unzufriedener, inkompetenter und gestresster fühlen als Mütter ohne psychische Beeinträchtigungen, wirkt sich zusätzlich zu den erlebten Defiziten negativ auf das Erleben der Mutterrolle aus (vgl. Newman et al., 2007, zit. in Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 19). Häufig haben Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Schwierigkeiten, ein stabiles, strukturiertes Umfeld herzustellen und aufrecht zu erhalten, was ihr den Alltag und ihrem Kind wiederum die gesunde Entwicklung erschwert (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 27).

3.3 Auswirkungen der einzelnen Symptome gemäss Kriterien des DSM-5

Dass sich die Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei der Ausübung und im Erleben der Mutterrolle bemerkbar machen, ist folglich nachvollziehbar, wenn auch noch wenig präzise. Um die mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang stehenden Defizite in der Wahrnehmung und Ausübung der Mutterrolle differenziert darstellen zu können, werden im Folgenden die entsprechenden Symptome anhand der (in Kapitel 2 genannten) Diagnosekriterien nach DSM-5 dargestellt.

(1) Verzweifelttes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern

Bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann allgemein davon ausgegangen werden, dass sich schwierige Beziehungsmuster mit häufig wiederkehrenden Trennungs- und Wiederannäherungs-Prozessen finden, die begleitet werden von einer ausgeprägten Angst vor dem Alleinsein und dem Verlassen werden. Diese allgegenwärtige Angst sowie die Überzeugung, allein nicht überlebensfähig zu sein, führt dazu, dass Betroffene stets bemüht sind, in einer Partnerschaft zu leben (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 20-21). So kommt es in der Regel entweder zu einem häufigen Wechsel des Partners, wenn die

Beziehungen nicht lange halten, oder aber die betroffene Person hält an der bestehenden Partnerschaft fest. Beides kann sie in der Wahrnehmung ihrer Mutterrolle beeinträchtigen. Bei häufigem Partnerwechsel ist die gesamte Familie von der damit einhergehenden Instabilität betroffen. Sowohl das Kind als auch die Mutter selbst erleben wiederkehrende Beziehungsabbrüche, was für die Mutter jeweils in einer Krise enden kann (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16). Für das Kind hat dies wiederum negative Auswirkungen, da diese Krisen mit mangelnder Betreuung und Pflege des Kindes sowie mit Suizidversuchen oder stationären Aufenthalten der Mutter einhergehen können. Das sprunghafte Beziehungsverhalten hat darüber hinaus zur Folge, dass unter den betroffenen Müttern viele alleinerziehend oder geschieden sind. Für die Kinder bedeutet dies häufig, dass sie ohne weitere, enge Bindungsperson aufwachsen müssen und für die Mütter kommen oft noch Existenzsorgen und Ängste hinzu, welche die Borderline-Problematik in der Regel noch verschärfen (vgl. Sandera, A. & Sendera, M., 2016, S. 120-121). Das Festhalten an dysfunktionalen Partnerschaften kann hingegen dazu führen, dass das Kind nicht ausreichend geschützt wird (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16). Dies deshalb, weil die Mutter aus Angst, verlassen zu werden, dem Partner zuliebe alles mit sich und ihrem Kind geschehen lässt (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 20-21).

Die Angst vor dem Alleinsein kann bei einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auch dazu führen, dass sie sich unangemessen stark an ihr Kind klammert und es zu einer Rollenumkehr in Form einer Parentifizierung kommt. Sind die Rollenumkehr und das Anklammern stark ausgeprägt, kann es der Mutter schwerfallen, ihr Kind als eigenständiges Individuum zu sehen und anzuerkennen. Während der Schwangerschaft und der ersten Zeit der Mutterschaft erleben die Mütter die innige Nähe zum Kind, welche sie sich so sehr wünschen. Mutter und Kind fühlen sich glücklich und zufrieden, insbesondere dann, wenn das Kind über ein ausgeglichenes und ruhiges Temperament verfügt. Jedoch zeigen Kinder, die sich gesund entwickeln, in der Regel spätestens gegen Ende des Säuglingsalters zunehmende Autonomiebestrebungen. Sie äussern unaufschiebbare Bedürfnisse, ohne Rücksicht auf die psychische Verfassung der Mutter zu nehmen. Für die Mutter kann dies eine besondere Belastung darstellen. Sie gerät immer wieder in einen Konflikt zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und ihrem Anspruch, eine gute Mutter zu sein. Aus solchen Konflikten kann leicht ein Teufelskreis kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und mütterlicher Frustration entstehen (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 13-16).

(2) Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung gekennzeichnet ist

Das in diesem Kriterium beschriebene Verhaltensmuster geht einher mit einem extremen Wechsel zwischen Nähe und Distanz. Das stark ambivalente Verhalten kann dazu führen,

dass die Mutter nicht in der Lage ist, dem Kind die Voraussetzungen zu bieten, damit dieses eine sichere Bindung entwickeln kann (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16). Häufig haben Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst negative Erfahrungen mit primären Bezugspersonen gemacht und schwere Traumatisierungen erlitten. Diese Erfahrungen können zu ihren eigenen Problemen sowie zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung beigetragen haben. Oft geht dies mit einem für die Störung typischen desorganisierten Bindungsstil einher (vgl. Levy, 2005, zit. in Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 19). Dieser wiederum beeinflusst das eigene Verhalten und kann zu passiven und feindseligen Interaktionsmustern gegenüber dem eigenen Kind führen. Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben oft Schwierigkeiten, eigene Belastungsgrenzen wahrzunehmen und in Situationen mit hoher Belastung angemessen zu kommunizieren. Selbst wenn sie dies gerne möchten, gelingt es ihnen oft nicht. So kommt es häufig vor, dass dieselbe Verhaltensweise des Kindes je nach Stimmung der Mutter bei dieser ablehnende, belohnende oder gleichgültige Reaktionen hervorruft. Das Kind erlebt die Reaktionen seiner Mutter als unberechenbar, wodurch es ihm nicht möglich ist, sein eigenes Verhalten mit eindeutig validierenden oder abwertenden Reaktionen in Verbindung zu bringen. Dadurch wird das Erlernen von sozial kompetentem Verhalten erschwert. Zudem erhöht die mangelnde Vorhersehbarkeit der Reaktionen der Mutter beim Kind das Risiko der Entwicklung von Ängsten (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16). Auch die für die Borderline-Persönlichkeitsstörung typische Kompromisslosigkeit (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 21) und die damit verbundene Aufteilung in Gut und Böse kann für das Kind sehr belastend sein. Dies deshalb, weil es selbst ebenfalls einer starken Bewertung und damit sowohl einer Idealisierung als auch einer Abwertung durch die Mutter ausgesetzt sein kann.

(3) Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls für sich selbst

Die tiefgreifende Identitätsstörung der Betroffenen geht oft auch mit einer Störung der Identität als Mutter einher. Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehen sich häufig mit einer Rollendiffusion konfrontiert und können keine stabilen Gefühle für ihr Kind und für ihre Rolle als Mutter entwickeln. So schwanken sie in ihrer Einschätzung zwischen einer überaus positiven (Mutter sein ist super) und einer von negativen Gedanken (ich will und kann keine Mutter sein) geprägten Sichtweise auf ihre Rolle als Mutter. Das Kind wiederum ist in besonderem Masse von dieser Instabilität betroffen, da es in seiner Mutter kein verlässliches, Halt und Orientierung gebendes Gegenüber findet (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16). Bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind zumeist das Selbstwertgefühl und die Selbstakzeptanz vermindert, was eine Störung der Beziehung sowohl zu sich selbst als auch zu anderen mit einschließt. Häufig liegt dies in Erfahrungen aus der Kindheit der Mutter

begründet, welche in der Regel ein weitreichender Mangel an Beachtung und Erfüllung der eigenen Geborgenheits- sowie Anerkennungsbedürfnisse oder Missbrauchserfahrungen beinhalten (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 20). Diese Erfahrungen der Mutter können dazu führen, dass sie nicht in der Lage ist, später ihrem eigenen Kind die notwendige Geborgenheit zu geben, die sie selbst nie erlebt hat. Die Instabilität im Selbstbild und in der Identität als Mutter kann sich auch im alltäglichen Umgang mit dem Kind bemerkbar machen, insbesondere in der Anforderung, auf das Verhalten, die Gefühle und die Äusserungen des Kindes angemessen zu reagieren (vgl. Lenz, 2014a, S. 31).

(4) Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geld ausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Essanfälle)

Die Impulsivität beeinflusst die Mutter in der Wahrnehmung, sowie auch im Erleben der Mutterrolle und kann dazu führen, dass sie ihr Kind mit unberechenbaren, unangemessenen, gefährlichen und aggressiven Verhaltensweisen konfrontiert. Die Konsequenzen können sich je nach Bereich, welcher vom impulsiven Verhalten betroffen ist, unterscheiden. In allen Bereichen besteht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass die Mutter während der impulsiven Verhaltensexzesse die Bedürfnisse des Kindes massiv vernachlässigt und missachtet (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16-17).

(5) Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung geht typischerweise mit wiederkehrenden, äusserst intensiven und unangenehmen Spannungszuständen einher. Um diese Anspannung zu beenden und unangenehme Gefühle zu verbessern, setzen Betroffene unterschiedliche, oft selbstschädigende Massnahmen ein (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 18-19). Für eine von der Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffene Mutter kann es sehr schwierig sein, selbstschädigendes Verhalten zu vermeiden bzw. zu kontrollieren, da ihr dieses zum Spannungsabbau dient und dazu, sich selbst wieder zu spüren. Obwohl die betroffene Mutter weiss, dass sie bei ihrem Kind durch Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche sowie anderem selbstschädigendem Verhalten massive Ängste auslösen kann, stellt es für sie eine besondere Herausforderung dar, entsprechende Verhaltensweisen zu unterlassen. Dieser mitunter sehr starke Drang und die damit einhergehende fehlende Kontrolle über das selbstschädigende Verhalten können dazu führen, dass die Mutter ihr Kind gegebenenfalls in eine gefährliche Situation bringt. Ausserdem wird das Kind in unangemessener Weise sowohl mit Gefühlen der Überforderung als auch mit Schuldgefühlen konfrontiert (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 17).

(6) Affektive Instabilität, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der aktuellen Stimmung gekennzeichnet ist (z. B. starke episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst)

Starke Stimmungsschwankungen, welche sich in sehr wechselhaften Verhaltens- und Kommunikationsmustern äussern, sind kennzeichnend für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und werden oft auch gegen aussen hin sichtbar (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 17). Betroffene haben Schwierigkeiten, Gefühle zu steuern, was mit einer mangelnden Impulskontrolle und einer enormen Angst vor Gefühlen einhergeht. So reagieren sie oft impulsiv und in der Regel wesentlich heftiger als andere Menschen in ähnlichen Situationen (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 16). Die ungewollt starken Stimmungsschwankungen der Mutter beeinflussen in der Regel auch ihren Umgang mit dem Kind und können bei diesem zu Desorientierung und Unsicherheit führen (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 17). Viele Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind sich ihrer Verantwortung bewusst. Sie tun alles, um ihre Kinder von ihrem eigenen Problemverhalten fernzuhalten und sie davor zu schützen. Da Kinder jedoch die Gefühle ihrer Mitmenschen gut wahrnehmen und spüren können, werden sie trotz aller Bemühungen einiges an Intensität und Schwankungen der mütterlichen Emotionen miterleben. Die Kinder sind sowohl den Spannungen als auch der Instabilität ausgeliefert und haben keine Möglichkeit, sich dagegen zu wehren (vgl. Sandera A. & Sendera, M., 2016, S. 120). Diese Instabilität der Stimmung und des Verhaltens einer Mutter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann dazu führen, dass sie nicht in der Lage ist, die emotionalen Reaktionen, Äusserungen und Verhaltensweisen ihres Kindes zu validieren. D. h., dass sie nicht in der Lage ist, die emotionalen Reaktionen ihres Kindes adäquat wahrzunehmen, zu verstehen, wertzuschätzen und angemessen darauf zu reagieren (vgl. Lenz, 2015, S. 31). Betroffene Mütter missdeuten häufig die Signale des Kindes im Sinne ihrer momentanen Gefühlslage, sodass ein Weinen als Aggression oder ein Lachen als Verhöhnung wahrgenommen und entsprechend darauf reagiert wird. Solche durch die verzerrten Wahrnehmungen der Mutter bedingten Verhaltensweisen wirken verwirrend und beängstigend auf das Kind. Dies insbesondere dann, wenn sie entgegen den üblichen Erwartungen des Kindes auftreten, wie es bei einer Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durch die hohe Instabilität in unterschiedlichen Bereichen häufig vorkommt (vgl. Deneke & Ziegenhein, 2014, S. 24). Auch die Störungen in der Emotionsregulation können als zentrales Problem der Borderline-Persönlichkeitsstörung betrachtet werden (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 16). Gemeint ist damit, dass die Fähigkeit der Mutter eingeschränkt ist, aufsteigende Bilder, Erinnerungen und Handlungsimpulse zu erkennen und anschliessend entscheiden zu können, ob einem Impuls nachgegangen oder entgegengesetzt gehandelt werden soll (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 52). Betroffene Mütter weisen häufig grosse Defizite im Bereich der Emotionswahrnehmung und -verarbeitung auf. Hinzu kommt, dass die Wahrnehmung der

Bedürfnisse und Emotionen des Kindes oft von der eigenen Emotionalität überlagert wird (vgl. Lenz, 2014, S. 31), sodass es ihnen schwerfällt, auf die Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes einzugehen. Hinzu kommt eine extrem niedrige Reizschwelle, bei deren Überschreitung starke Emotionen ausgelöst werden, welche sich anschliessend auf einem sehr hohen Erregungsniveau halten und nur langsam wieder abklingen. Auf diese Weise können Emotionen unwillentlich starke Spannungszustände auslösen, welche lange anhalten (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 16) und die Stimmung sowie den Umgang mit dem Kind negativ beeinflussen.

(7) Chronisches Gefühl der Leere

Das Gefühl der Leere, welches oft mit Angst verbunden ist, wird von den Betroffenen als unangenehm empfunden, wodurch zu dessen Abwehr verschiedene unbewusste Mechanismen eingesetzt werden. Diese reichen von völliger Emotionslosigkeit bis hin zu depressiven Verstimmungen, Wut und Affektausbrüchen (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 59). Für eine betroffene Mutter ist das chronische Gefühl der Leere gleichbedeutend mit existenzieller Not in Form von Isolation und Einsamkeit, was dazu führt, dass sie nicht mehr in der Lage ist, ihrem Kind angemessen Resonanz zu bieten. Diesem wiederum gelingt es nur mit grosser Anstrengung, die Mutter emotional zu erreichen, was zu tiefgreifenden Gefühlen von Ohnmacht, Panik und Verlorenheit führt (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 17). Eine solche Störung in der Interaktion zwischen Mutter und Kind hat für Letzteres zumeist den Charakter einer psychischen Misshandlung. Insbesondere dann, wenn die Mutter für das Kind emotional nicht erreichbar ist oder wenn sie zurückweisend, aggressiv, feindselig oder unberechenbar reagiert (vgl. Lenz, 2014, S. 50).

(8) Unangemessene, starke Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernder Ärger, wiederholte Prügeleien)

Ärger an sich ist ein funktionaler Zustand, der anspornt, Ressourcen zu aktivieren, die Motivation zu erhöhen und ein Ziel zu erreichen. Zu häufig oder zu intensiv empfundener Ärger kann jedoch dysfunktional wirken, indem es zu negativen körperlichen, psychischen und sozialen Konsequenzen kommen kann. Anhand der Besonderheit, welche die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit sich bringt, nämlich dem raschen Anstieg und dem nur sehr langsamen Abflauen von Emotionen, wird nachvollziehbar, weshalb Betroffene oft chronischen Ärger empfinden. Dieser bewirkt sowohl eine geringere Frustrationstoleranz als auch eine negative Selbstbewertung und ist für die Betroffenen kaum zu kontrollieren (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 61-62). Die geringe Frustrationstoleranz der Mutter kann im Alltag zur Folge haben, dass sich das Kind übermässig anpasst, um die Mutter mit seinem Verhalten nicht zu reizen. Zudem erhöht die geringe Frustrationstoleranz impulsive und

unangemessene Reaktionsweisen der betroffenen Mutter, was auf das Kind ängstigend wirken kann (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 17). Wenn die Mutter ständig unter solch hoher Spannung leidet, kann ein geringer Auslöser bereits zu einem Wutausbruch führen. Die ureigene Funktion von Wut zielt eigentlich darauf ab, ein Hindernis in Bezug auf die Selbst- und Bedürfnisbefriedigung zu eliminieren und damit die Ursache der Frustration zu beseitigen. Bei einer Chronifizierung dieses Verhaltensmusters kommt es jedoch zu Hass und zum Wunsch, die Person, an welche sich die Wut richtet, leiden zu lassen, sie zu kontrollieren und zu dominieren. Diese Verhaltensweisen dienen alle dazu, die eigene Sicherheit zu wahren (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 58), gegebenenfalls auch auf Kosten des Kindes. Wenn die Mutter ihre Wut nicht kontrollieren kann, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sie ihr Kind durch körperliche oder psychische Gewalt verletzt und traumatisiert (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 17).

(9) Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung können in den meisten Situationen durchaus angemessen und unauffällig reagieren, währenddem sie unter Hochstress oft die kognitive Kontrolle verlieren und alte Verhaltensmuster erneut auftreten (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 57). Hochstress setzt zudem die Lernfähigkeit deutlich herab, was wiederum dazu führt, dass in diesen Situationen kein neues Verhalten gelernt oder eingeübt werden kann. Begünstigt durch die anhaltenden und intensiven Spannungszustände bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann es rasch zu Situationen kommen, in welchen solcher Hochstress erlebt wird. Die geringe Frustrationstoleranz und die leichte Reizbarkeit, welche mit der Erkrankung einhergehen, tragen ebenfalls ihren Teil dazu bei. Der Hochstress wiederum führt dazu, dass die Realität nicht mehr situationsadäquat wahrgenommen wird, wobei dissoziative Symptome und paranoide Vorstellungen entstehen können (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 17-18). Der beschriebene Realitätsverlust, welcher mit Dissoziation oder mit einer halluzinatorischen Symptomatik einhergeht, kann dazu führen, dass die Mutter ihr Kind in Gefahr bringt, ohne dass sie diese selbst noch adäquat abschätzen kann. Zudem kommt vor, dass das Kind in die paranoiden Vorstellungen der Mutter integriert wird, was auf dieses eine äusserst verstörende und traumatisierende Wirkung haben kann (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 17). Die dissoziativen Zustände sind geprägt von einer Trennung von Gefühlen und Gedanken, was zur Folge hat, dass sich die betroffene Person nicht mehr oder nicht der Realität entsprechend an Situationen und Ereignisse erinnert. Beides, die Dissoziation und die halluzinatorischen Symptomatik können beim Kind enorme Ängste auslösen, wobei die Mutter als wichtigste Bindungsperson nicht zur Verfügung steht, um es bei der Verarbeitung dieser Ängste zu unterstützen.

An dieser Stelle soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung Störungsbilder mit mehreren, unterschiedlichen Symptomen umfasst, welche unterschiedliche Ausprägungen und Intensitäten aufweisen können. Es kann folglich nicht in kausalen Zusammenhängen gedacht und daraus klare, universal gültige Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung abgeleitet werden (vgl. Sandera A. & Sendera, M., 2016, S. 120). Jedoch gilt für Kinder psychisch kranker Mütter allgemein, dass sich auch unspezifische, störungsübergreifende Merkmale wie der Schweregrad der Erkrankung, deren Verlauf oder komorbide Krankheitsbilder auf die kindliche Entwicklung auswirken (vgl. Lenz, 2014b, S. 41). Gerade komorbide Erkrankungen kommen im Zusammenhang mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig vor (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 9-12) und können die Problematik zusätzlich verstärken.

3.4 Komorbidität

Komorbidität bezeichnet das gleichzeitige Vorhandensein von zwei oder mehr psychiatrischen Erkrankungen bei einer Person (vgl. Stieglitz et al., 2002, S. 20). Wenn im Sinne einer Komorbidität weitere psychische Erkrankungen der Mutter vorliegen, dann ist davon auszugehen, dass diese mit zusätzlichen Symptomen und Einschränkungen hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer Mutterrolle einhergehen. Häufig kommt eine Kombination mit depressiven Erkrankungen, Angststörungen, dissoziativen Störungen, Schlafstörungen, Störungen des Essverhaltens, posttraumatischen Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch, anderen Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen vor, wobei sich die Selbstmordwahrscheinlichkeit bei komorbider Depression oder bei komorbidem Substanzmissbrauch erhöht (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 9-12). Weiter verstärkt eine Komorbidität den Grad der sozialen Beeinträchtigung und führt häufiger zu Hospitalisierungen und Arbeitslosigkeit der Betroffenen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 29). Im Zusammenhang mit der Einschätzung der förderlichen und behindernden Faktoren für die gesunde Entwicklung des Kindes sind folglich eine mögliche Komorbidität und die damit verbundenen spezifischen Symptome beider Erkrankungen bzw. die aus der Kombination resultierenden Verhaltensmuster zu beachten. Da weitere Ausführungen über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinausgehen würden, wird nachfolgend nicht weiter auf die durch Komorbidität bedingten Risiken eingegangen.

4 Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes

Wie bereits angedeutet, ist die Hypothese nicht haltbar, dass es einen eindeutigen, kausalen Zusammenhang zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter mit ihren spezifischen Symptomen und Ausprägungen und den Entwicklungsauffälligkeiten beim Kind gibt, denn jedes Kind reagiert mit seinen individuellen Abwehrmechanismen auf die Situation. So kann weder davon ausgegangen werden, dass aus den Verhaltensweisen des Kindes eindeutig auf das psychische Problem der Mutter geschlossen werden kann noch reagieren die betroffenen Kinder homogen auf die damit verbundenen Belastungen (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 38). Weiter zu beachten ist, dass sich die Folgen einer psychischen Erkrankung der Mutter je nach Alter und Entwicklungsstand des Kindes unterschiedlich auswirken können. Je jünger das Kind ist, desto schwerwiegender kann die mütterliche Erkrankung für die gesunde Entwicklung sein (vgl. Lenz, 2014a, S. 29). Das Risiko des Kindes, in seiner Entwicklung beeinträchtigt zu werden, hängt zudem vom Verlauf der Erkrankung, also von deren Schweregrad und Chronizität ab (vgl. Lenz, 2012, S. 16). Sind die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter stark ausgeprägt und langandauernd, dann kann ihr defizitäres oder ausagierendes Verhalten zu Entwicklungsstörungen oder Problemverhalten seitens des Kindes führen, dessen Folgen sich bis ins Erwachsenenalter hinziehen (vgl. Sandera A. & Sandera M., 2016, S. 120). So sind bei einem Grossteil der Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bereits im Kindesalter Auffälligkeiten bei der Impulskontrolle und der Aufmerksamkeit, oppositionelles Trotzverhalten, Störungen des Sozialverhaltens sowie sich manifestierende Züge einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beobachten. Dies liegt einerseits an der besonders hohen Zahl zusätzlicher Risikobedingungen wie Instabilität, Beziehungsabbrüchen oder traumatischen Erlebnissen begründet, welche das Aufwachsen bei einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit sich bringen kann. Andererseits aber auch an der spezifischen Ausgestaltung der oft beeinträchtigten Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Deneke & Ziegenhein, 2014, S. 31).

4.1 Anhand des biopsychosozialen Modells betrachtet

Die individuelle Entwicklung eines jeden Kindes ist gekennzeichnet durch die Bewältigung altersabhängiger spezifischer Entwicklungsaufgaben (siehe Kapitel 1.4.4.1.). Doch neben diesen Entwicklungsaufgaben sind Kinder gegebenenfalls zusätzlich mit besonderen Stress- oder Belastungssituationen konfrontiert, welche sie ebenfalls bewältigen müssen, um sich gesund entwickeln zu können. Ob und wie das Kind eine Situation bewältigen kann, ist einerseits abhängig vom Temperament und den persönlichen Ressourcen des Kindes, andererseits aber auch von Risiko- und Schutzfaktoren, welche die spezifische Umwelt dem Kind bietet (vgl. Fröhlich – Gildhoff, 2018, S. 40). Je nach innerer und äusserer Konstellation

gelingt es dem Kind besser oder schlechter, Entwicklungsaufgaben zu bewältigen und mit Belastungsfaktoren positiv umzugehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 40). Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter kann zu diversen Belastungen führen, welche das Kind dann zusätzlich zu den allgemeinen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat. Da sich die negativen Effekte der einzelnen Belastungsfaktoren wechselseitig verstärken, können sich diese besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung auswirken (vgl. Lenz, 2014a, S. 43). Nachfolgend werden diese spezifischen Belastungen anhand des biopsychosozialen Modells beschrieben. Zugunsten einer besseren Übersicht werden die Belastungsfaktoren den jeweiligen Bereichen zugeordnet, ohne sie der systemischen Sichtweise und den damit sichtbar werdenden wechselseitigen Prozessen und Beeinflussungen entziehen zu wollen. Die Unterscheidungen sind folglich nicht immer trennscharf, denn tritt ein Belastungsfaktor in einem Bereich auf, kann sich dieser auf die anderen Bereiche auswirken.

4.2 Belastungsfaktoren auf der biologischen Ebene

Die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Auffälligkeit oder Erkrankung zu entwickeln, ist nachweislich erhöht, wenn ein leiblicher Elternteil oder andere nahe Verwandte unter dieser Erkrankung leiden (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 33). Dies liegt einerseits in genetischen Faktoren begründet, kann jedoch auch durch bestimmte Einflüsse der Belastungsfaktoren auf die neuronalen Bahnen entstehen, gerade wenn das Kind in einem unsicheren und instabilen Umfeld aufwächst.

4.2.1 Einfluss genetischer Faktoren

Eine auffallend hohe Erkrankungsrate bei Kindern von Personen mit psychischer Erkrankung spricht dafür, dass genetische Faktoren bei der Übertragung psychischer Störungen eine bedeutsame Rolle spielen (vgl. Popping, 1989, Lux, 2012 zit. in Lenz, 2014a, S. 38). Dabei wird allerdings nicht die psychische Erkrankung an sich vererbt, sondern lediglich eine erhöhte Verletzlichkeit psychisch zu erkranken (vgl. Lenz & Kuhn, 2011, zit. in Loch, 2016). Die biologischen Voraussetzungen bilden folglich eine allgemeine Verletzlichkeit, auch Vulnerabilität genannt, in Bezug auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen. Unter dem Begriff der Vulnerabilität werden in diesem Zusammenhang grundlegende Defizite in den neurobiologischen und psychischen Systemen verstanden, welche dazu führen, dass auch vergleichsweise schwache Stressoren zu einer Überlastung der Bewältigungsmechanismen führen. In der Folge kann dies zu pathologischen Verhaltensweisen führen (vgl. Lenz, 2014a, S. 43). Entsprechend dem transaktionalen Modell ist davon auszugehen, dass das Erbgut als biologische Grundlage eines Lebewesens viele Entwicklungsmöglichkeiten umfasst. Wie es sich schlussendlich entwickelt, hängt im Wesentlichen auch vom Entwicklungskontext, also von der Umgebung, ab (Petermann et al., 2004, zit. in Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 43).

Dementsprechend ist davon auszugehen, dass bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen, darunter auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung, sowohl genetische als auch Umweltfaktoren beteiligt sind. Untersuchungen verdeutlichen, dass gerade bei Menschen mit einer hohen erblich bedingten Vulnerabilität die Umwelteinflüsse besonders relevant sind, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne (vgl. Lenz, 2012, S. 16), da sich die genetischen und die Umwelteinflüsse gegenseitig bedingen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 33). In Bezug auf die Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung existieren unterschiedliche Schätzungen bezüglich des Anteils der genetischen und epigenetischen Faktoren (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 18). Anhand von Zwillingsstudien konnte jedoch nachgewiesen werden, dass von betroffenen Eltern ein um 33 Prozent erhöhtes genetisches Risiko für die Kinder ausgeht, später selbst an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu erkranken (vgl. Maier & Hawellek, 2011, zit. in Pretis & Dimova, 2016, S. 24). Die Bereitschaft, eine Borderline – Persönlichkeitsstörung zu entwickeln, bedarf folglich des Vorhandenseins einer angeborenen biologischen Basis. Allerdings bedeutet die damit verbundene angeborene Neigung nicht, dass sich die Erkrankung auch manifestiert. In der Regel spielen neben den biologischen auch soziale und psychische Faktoren, ebenso wie die Umweltfaktoren eine Rolle (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 48-49).

4.2.2 Neurobiologische Faktoren

Der Mensch wird mit einem grossen Überschuss an Nervenzellen im Gehirn geboren. Dieses entwickelt sich insbesondere im Zeitraum der Kindheit und der Adoleszenz. Dabei sind lediglich das Potenzial und die Fähigkeit zur Vernetzung der Nervenzellen zu neuronalen Strukturen und somit die Lernfähigkeit sowie basale vegetativ gesteuerte Reaktionsmuster, welche die lebenshaltenden körperlichen Funktionen steuern, genetisch festgelegt (vgl. Besser, 2013, S. 41). Wie sich das Gehirn anschliessend ausbildet, hängt im Wesentlichen von den Lernerfahrungen ab, anhand deren sich im Gehirn wiederum nutzungsabhängige Strukturen herausbilden (vgl. Hüther, 2004, zit. in Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 44). Für ein Kind, welches bei einer Mutter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwächst, kann diese Tatsache gravierende Folgen haben. Denn gerade die Erfahrungen mit der wichtigsten Bindungsperson, oft der Mutter, prägen die Hirnentwicklung des Kindes. Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen dem Kind gegenüber häufig unsicheres, diffuses oder gar bedrohliches Bindungsverhalten, was sich wiederum ungünstig auf die Entwicklung der neuronalen Strukturen auswirkt. Aber auch plötzliche, wiederkehrende, anhaltend negative oder bedrohliche Erfahrungen sowie traumatische Erlebnisse in Form von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung führen dazu, dass das Kind seine angeborenen, archaischen Überlebensreaktionen häufig nutzen muss. Durch die häufig wiederholte Nutzung der angeborenen Überlebensreaktionen wie Übererregung, Bindungssuche, Kampf, Flucht

und Erstarren wird das Gehirn in seiner Funktion und in der biologischen Struktur nachweislich so verändert, dass dadurch massive psychische und kognitive Auffälligkeiten, Defizite sowie Störungen entstehen. Zudem werden durch häufig erlebten Stress und der damit verbundenen Cortisolausschüttung bereits vorhandene synaptische Verschaltungen aufgelöst und der Aufbau neuer neuronaler Netze beim Kind verhindert. Aufgrund des erlebten Stresses ist Lernen folglich kaum möglich. Stattdessen werden die Überlebensreaktionen automatisiert und bereits bei alltäglichen Stress-Anlässen aktiviert (vgl. Besser, 2013, S. 43). Dies erschwert es dem Kind, sich im Alltag zurechtzufinden und mit Belastungen umzugehen. Daher ist es sehr wichtig, dass es neue Erfahrungen machen und neue Handlungs- sowie Problembewältigungsstrategien erlernen kann.

4.3 Belastungsfaktoren auf der psychischen Ebene

Die Auswirkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter mit ihren spezifischen Symptomen und Verhaltensweisen können bei ihrem Kind Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu sich manifestierenden psychischen Erkrankungen hervorrufen. Dabei führen eine aggressive Grundhaltung oder eine hohe Selbstbezogenheit der Mutter (vgl. Berg-Nielsen & Wichström, 2012, zit. in Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 22) ebenso zu einem erhöhten Risiko für das Kind, emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln, wie ein überbehütendes oder ablehnendes Erziehungsverhalten. Unterschiedliche Studien zeigen, dass Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein deutlich erhöhtes Risiko für emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Der Einfluss der Mutter ist dabei gerade in der frühen Kindheit sehr stark, was insbesondere deshalb relevant ist, weil sich in dieser Zeit prägende und langanhaltende Vorstellungen und Schemata in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse, die Identität sowie die Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen entwickeln und festigen. Mit zunehmendem Alter kommt dann den Freunden (Peers) und dem erweiterten sozialen Umfeld eine wachsende Bedeutung zu (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 22-23). Nachstehend wird auf die möglichen psychischen Folgen eingegangen, welche sich bei Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund der den entsprechenden Symptomen zugrundeliegenden Verhaltensweisen entwickeln können.

4.3.1 Identitätsentwicklung

Die Identitätsentwicklung kann beeinträchtigt werden, wenn das Kind nicht wahrgenommen und akzeptiert wird, wie es ist. Oft ist es den extremen Stimmungsschwankungen seiner Mutter ausgesetzt, welche Interaktionen von intensiver Zuneigung und Liebe auf der einen Seite und von Wut oder für das Kind nicht nachvollziehbarer Distanz und Vernachlässigung auf der anderen Seite nach sich ziehen und das Kind verwirren und ängstigen (vgl. Sendera, A. &

Sendera, M., 2016, S. 121). Die Angst vor dem Verlassen werden, welche als ein Kernsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung betrachtet wird, kann ausserdem dazu führen, dass das Kind durch Überbehütung oder andauernde Kontrolle durch die Mutter in der Entfaltung seines Selbst eingeschränkt und Ablösungsprozesse mutwillig von ihr verhindert werden (vgl. Deneke & Ziegenhein, 2014, S. 31-32). Für das Kind kann dieses mütterliche Verhalten zu enormen negativen Auswirkungen in unterschiedlichen Entwicklungsbereichen führen (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16), da es in seinen Autonomiebestrebungen und in seiner kindlichen Neugier eingeschränkt wird. Weiter kann es vorkommen, dass das Kind so viel Verantwortung für das Wohlergehen der Mutter, gegebenenfalls auch für Geschwister und den Haushalt übernehmen muss, dass es auch dadurch in der freien Entfaltung seiner Identität eingeschränkt wird. Auf diese Form der oft unangemessenen Übergabe von Verantwortung an ein Kind, der Parentifizierung, wird nachfolgend eingegangen.

4.3.2 Parentifizierung

Die Parentifizierung ist eine konstruktive Anpassungsleistung des Kindes an die Situation, welche, wie bereits angedeutet, zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung führen kann. Oft geht dies mit einer desorganisierten Bindung einher (vgl. Deneke & Ziegenhein, 2014, S. 32). Die psychische Erkrankung eines Elternteils führt in vielen Fällen zu einer Destabilisierung der familiären Strukturen. Dabei kann es leicht zu Unklarheiten in Bezug auf die Generationengrenzen kommen. Dies gilt auch für Familien, in welchen die Mutter an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt ist. Diese Generationengrenzen sind für die Funktionalität der Familie von grosser Bedeutung, denn sie legen die Interaktionsregeln sowie die unterschiedlichen Rollen innerhalb der Familie fest und erhalten damit die Funktionsweise sowohl des elterlichen als auch des kindlichen Subsystems aufrecht (vgl. Minuchin & Fishman, 1983, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 28-29). Bei einer Parentifizierung kommt es zu einer Rollenumkehr aufgrund der verwischten Generationengrenzen. Das Kind übernimmt elterliche Funktionen und die Verantwortung in verschiedenen Bereichen, z. B. im Haushalt oder bei der Erziehung der jüngeren Geschwister. Oft wird es für seine Eltern zum Vertrauten und Ratgeber sowie zur primären Quelle von Trost und Unterstützung (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 29). Häufig opfern betroffene Kinder ihre persönlichen Bedürfnisse jenen ihrer Eltern, obwohl sie den elterlichen Aufträgen kaum gerecht werden können. Dies geht dann zulasten der Entwicklung der Kinder.

Bei der Einschätzung, ob eine Parentifizierung vorliegt und ob sich diese schädlich auf die Entwicklung des Kindes auswirkt, muss zudem berücksichtigt werden, ob eine instrumentelle oder eine emotionale Parentifizierung im Vordergrund steht (vgl. Lenz, 2014b, S. 51). Die instrumentelle Parentifizierung ist dabei die weniger schädliche Ausformung. Hierbei übernimmt das Kind Aufgaben im Haushalt oder in anderen funktionalen Bereichen des

Familiensystems. Bei der emotionalen Parentifizierung konfrontieren die Eltern ihr Kind mit alters- und entwicklungsinadäquaten persönlichen Anliegen. Dies kann hin bis zum Einfordern der Übernahme der Rolle eines Partnerersatzes führen, was mit einer unangemessenen Weise des Einforderns von Liebe und Zuneigung seitens des Kindes einhergeht. Diese Form gilt als die weitaus schädlichere für die Entwicklung des Kindes. Sie ist zudem weniger greifbar und beschreibbar, wodurch sie wahrscheinlich häufig übersehen wird (vgl. Lenz, 2012, S. 18). Allgemein kann die nicht altersgerechte Übernahme von Verantwortung durch ein Kind bewirken, dass die Brisanz der Familiensituation nicht ersichtlich wird, da das Familiensystem vordergründig noch funktioniert. Die betroffenen Kinder zeigen zudem kaum Auffälligkeiten. Mit ihrer verantwortungsvollen und frühreifen Art fallen sie nicht oder wenn dann positiv auf, ganz im Sinne einer auffälligen Unauffälligkeit. Dies wiederum führt dazu, dass die für das einzelne Kind mitunter äusserst belastenden Familienverhältnisse im Verborgenen bleiben, sodass ihnen die dringend benötigte Unterstützung und Entlastung nicht zukommt (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 23-24).

Bislang ist nicht geklärt, mit welchem Ausmass an Parentifizierung ein Einfluss auf die Entwicklung des Kindes einhergeht, welcher als destruktiv angesehen werden kann (vgl. Ohntrop et al., 2011, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 30-31). Dabei ist anzumerken, dass die Unterscheidung zwischen altersabhängigen Selbstständigkeitsleistungen sowie dem Wunsch des Kindes, den Eltern zu helfen, und einer vorliegenden Parentifizierung im Sinne einer nicht-adäquaten Übernahme von Rollen bzw. Verantwortung eine Gratwanderung darstellt. Kindliche Einfühlsamkeit und der natürliche Wunsch zu helfen, kann als Teil einer gesunden Entwicklung angesehen und soll daher nicht vorschnell pathologisiert werden. Gerade deshalb müssen Fachkräfte sehr wachsam sein bei der Einschätzung, welche Selbstständigkeitsleistungen noch vertretbar sind und welche zu einer Überforderungssituation des Kindes führen könnten (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 68).

4.3.3 Gefühlswelt der Kinder

Kinder, welche bei Eltern mit psychischer Erkrankung aufwachsen, erleben oft ein hohes Mass an negativen Gefühlen, welche mit der Erkrankung und dem Verhalten des betroffenen Elternteils in Zusammenhang stehen. Zudem weisen sie häufig Defizite in der Regulation ihrer Emotionen auf (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 58). Dies gilt auch für Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. So sind sie oft mit teilweise massiven Ängsten konfrontiert, hervorgerufen durch das unvorhersehbare und teilweise aggressive Verhalten seitens der Mutter. Weiter können dissoziative Zustände, selbstverletzendes Verhalten (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 16-17) sowie wiederkehrende stationäre Aufenthalte der Mutter Ängste beim Kind auslösen (vgl. Lenz, 2005, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 32). Es wird aber auch mit dem Gefühl des Verlustes, mit Schuld und Scham,

aber auch mit Trauer konfrontiert. Gerade wenn das Kind älter ist, erlebt es Frust, Enttäuschung sowie Wut über die gegebene Situation. Die emotionale Instabilität der Mutter kann die Überzeugung des Kindes verstärken, dass es der Auslöser für deren Probleme ist. Dies deshalb, weil es aufgrund ihrer unangemessenen Reaktionen auf seine Äußerungen und Gefühle glaubt, dass alles, was es tut falsch und unangebracht ist. So sehr sich das Kind auch bemüht und sich anpasst, gelingt es ihm nicht, sein Verhalten den andauernd wechselnden Stimmungen und Erwartungen der Mutter anzupassen, was beim Kind Schuldgefühle auslösen kann. Es glaubt dann, dass die Mutter deshalb erkrankt sein könnte, weil es „nicht brav“ war oder weil es sich nicht ausreichend um sie gekümmert hat (vgl. Mattejat & Remschmidt, 2008, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 32). Die geringe Verfügbarkeit und Präsenz der Mutter führen zu Wut und Enttäuschung, welche jedoch oft unbewusst bleiben, weil die Mutter geschont werden muss und solche Gefühle daher als nicht zumutbar erscheinen. All diese Aspekte führen dazu, dass die Gefühlslage der Kinder sehr komplex und für sie selbst schwer verständlich ist (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 32). Erschwerend kommt hinzu, dass die Mutter als primäre Bindungsperson in diesen Situationen nicht verfügbar ist, um das Kind beim Erkennen und regulieren seiner Emotionen zu unterstützen. Daraus können Abgrenzungs- und Distanzierungsschritte seitens des Kindes erfolgen, welche jedoch ebenfalls mit Schuldgefühlen verbunden sind (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 22). Das durch die Borderline-Persönlichkeitsstörung bedingte Verhalten der Mutter kann beim Kind zu Hoffnungslosigkeit, Demoralisierung und Resignation führen, worauf es seinerseits gegebenenfalls mit depressivem Rückzug und einem Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit reagiert, weil es seiner Mutter nicht helfen kann. Diese für das Kind oft undurchschaubaren und ohne Unterstützung oft unüberwindbaren Gefühle von Schuld, Trauer und Wut führen häufig zu einer erhöhten Reizbarkeit beim Kind (vgl. Greenberg & Johnson, 1988, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 32) und können zu psychischen Konflikten, Belastungen sowie zu Überforderungserlebnissen führen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 32).

4.3.4 Erleben von Angst und Traumatisierung

Im Vergleich zu anderen Erkrankungen wie Fieber oder Verletzungen wie einer Fraktur, welche auch für ein kleines Kind in einem gewissen Masse verständlich sind, haftet einer psychischen Erkrankung immer etwas Unverständliches, etwas Angstmachendes an. Oft spüren die Kinder atmosphärisch die Spannungen und Sorgen und nehmen die Entbehrungen wahr, doch können sie diese, wenn überhaupt, erst mit zunehmendem Alter verbalisieren. Wird über die psychische Erkrankung nicht offen gesprochen, dann verstärkt sich das Gefühl des Geheimnisvollen, Unheimlichen und Unberechenbaren bei den Kindern. Für Kinder ist diese oft angstausslösende Grundstimmung schwer fass- und kontrollierbar. Sie sind verängstigt, verstehen nicht was passiert und können die Probleme und das Verhalten der Mutter schlecht

einordnen (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 31). Aufgrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter kann es immer wieder zu Situationen kommen, welche sich traumatisierend auf das Kind auswirken. Dies kann im Zusammenhang stehen mit einer Trennung von der Mutter im Zuge einer Fremdunterbringung, mit dem Miterleben von selbstverletzendem Verhalten oder Wut- und Gewaltausbrüchen, mit sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung oder Vernachlässigung. Eine entsprechende Studie zeigt auf, dass rund 16 Prozent des Auftretens psychischer Störungen bei Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung allein durch traumatische Ereignisse erklärt werden können. Ergänzt man dies mit dem Faktor der mütterlichen Diagnose und den damit zusammenhängenden negativen Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes, dann steigert sich die Neigung zu auffälligem Verhalten um weitere 20 Prozent (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 58).

4.3.5 Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung und Misshandlung

Wie oben beschrieben, sind 16 Prozent des Auftretens einer psychischen Auffälligkeit oder Störung bei Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf Traumatisierungen der Kinder zurückzuführen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 58). Folglich soll auf dieses Thema näher eingegangen werden. Denn gerade bei kleinen Kindern können dann, wenn die Erziehungsfähigkeit der Mutter aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eingeschränkt ist, Situationen von Kindeswohlgefährdungen auftreten (vgl. Kölch, Ziegenhein, Fegert, 2014, S. 9). Von Kindeswohlgefährdung wird dann gesprochen, wenn das elterliche Verhalten den körperlichen, geistigen, seelischen oder erzieherischen Bedürfnissen des Kindes in einem Ausmass widerspricht, dass mit einer hohen Wahrscheinlichkeit erhebliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen in der Entwicklung des Kindes zu erwarten sind (vgl. Lenz, 2014a, S. 45). Dabei muss dieses Ausmass für jedes Kind und jede Lebenssituation individuell eingeschätzt werden, denn „ob die Lebenssituation eines Kindes als kindeswohlgefährdend anzusehen ist, ist nur auf der Grundlage fachlicher und normativer Bewertungsvorgänge zu beurteilen. Tatbestände sprechen in solchen Fällen selten für sich, sondern sind hinsichtlich der Auswirkungen auf das Kind zu bewerten und es sind Prognosen aufzustellen, ob eine Gefährdung in einem Sinne besteht, dass Schäden zu erwarten sind“ (Schone, 2007, zit. in Lenz, 2014a, S. 45). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter kann zu einem erhöhten Risiko für das Kind führen, eine Kindeswohlgefährdung zu erleben. Hintergrund dafür können Gewalt in der Partnerschaft, selbstverletzendes Verhalten sowie Suizidversuche der Mutter, Vernachlässigung durch die primäre Bindungsperson oder angstausslösendes Verhalten mütterlicherseits sein, wobei auch jede andere Form der Misshandlung für das Kind zum traumatischen Erlebnis werden kann. Auch die Folgen, welche beim Kind aus der mütterlichen Erkrankung entstanden, wie z. B. eine dysfunktionale Emotionsregulation oder Verhaltensauffälligkeiten, können Reaktionen auslösen, welche

ihrerseits wiederum Misshandlungen des Kindes begünstigen. Basis dafür sind seitens der Mutter Gefühle von Hilflosigkeit, Überforderung, Angst und Ärger (vgl. Myschker, 2002, zit. in Lenz, 2014a, S. 55). Lenz (2014a) beschreibt diesen wechselseitigen Prozess wie folgt: „So wird sich eine unzureichende elterliche Fürsorge negativ auf das Verhalten des Kindes auswirken und die Regulations- und Verhaltensstörungen beim Kind verstärken, was das Misshandlungsrisiko erhöhen kann“ (S. 55). Als spezifische Gefährdungsursachen werden allgemein körperliche und psychische Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch unterschieden. Oftmals treten Aspekte der unterschiedlichen Formen der Misshandlung gleichzeitig auf, wodurch sie nicht isoliert voneinander betrachtet werden können (vgl. Lenz, 2014a, S. 47). Jede dieser Formen von Misshandlung stellt eine akute Gefährdung für die Gesundheit und das Leben, aber auf mittel- sowie langfristige Sicht auch eine ernste Gefahr für die gesunde Entwicklung des Kindes dar (vgl. Amelang & Krüger, 1995, zit. in Lenz, 2014a, S. 48). Nach einer erlebten Misshandlung kann es beim Kind zu unterschiedlichen Auffälligkeiten kommen, ohne dass typische Symptome benannt werden könnten. Die Kinder können jedoch bei allen Formen von Kindesmisshandlung schwerwiegend geschädigt werden. Dies kann von Entwicklungsverzögerungen bis hin zum Tod des Kindes reichen. Als allgemeine Folgen können einerseits internalisierende Reaktionsformen genannt werden, wie Depression, Angst und Rückzug oder psychosomatische Störungen, andererseits aber auch externalisierende Störungen wie Aggression und Gewalt, Störungen des Sozialverhaltens oder Weglaufen von zu Hause (vgl. Lenz, 2014a, S. 49).

4.3.6 Erhöhtes Risiko selbst eine psychische Auffälligkeit zu entwickeln

Gemäss dem biopsychosozialen Modell ist davon auszugehen, dass psychische Auffälligkeiten bis hin zu manifesten psychischen Störungen durch ein komplexes Gefüge der biologischen, sozialen und psychischen Faktoren zu erklären sind. Die Entwicklung von psychischen Belastungssymptomen werden insbesondere durch die Interaktion zwischen einer genetischen Prädisposition und ungünstigen Umweltbedingungen begünstigt (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 18). Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt allerdings einen besonderen Risikofaktor für die Entstehung psychischer Auffälligkeiten der Kinder dar, da sie sowohl mit genetischen als auch mit weiteren, insbesondere auch mit nachfolgend beschriebenen psychosozialen Faktoren in enger Verbindung stehen (vgl. Lenz, 2012, S. 12). So liegt die Wahrscheinlichkeit der betroffenen Kinder, später selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, um ein Vierfaches höher als bei Kindern mit psychisch gesunden Eltern. Dies wiederum zeigt, dass es sich bei den psychischen Störungen der betroffenen Kinder oft nicht nur um vorübergehende, entwicklungsbezogene Phänomene handelt, sondern dass es bei einem beträchtlichen Teil zu anhaltenden Störungen kommt (vgl. Lenz, 2012, S. 14). Im ICD-10 werden in Kapitel F, welches die Klassifikation für psychische Störungen umfasst, auch

spezifische Abschnitte über Entwicklungsstörungen (F80-F89) sowie Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Störungen in der Kindheit und Jugend (F90-F98) aufgeführt. Diese beinhalten die häufigsten Störungen bzw. Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 23). Da die präzisen Kategorien und Diagnosekriterien für die Beantwortung der Fragestellung jedoch nicht relevant sind, wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter bedeutet in der Regel für das Kind, dass es in einem Kontext aufwächst, in welchem es chronischen Stress erlebt, was sich in einer eigenen erhöhten psychischen Verwundbarkeit sowohl in der Kindheit und Jugendzeit als auch im Erwachsenenalter widerspiegelt (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 29). So zeigen Studien heute, dass Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Störungen des Sozialverhaltens sowie allgemeine Verhaltensauffälligkeiten aufweisen als Kinder gesunder Mütter (vgl. Feldman et al., 1995, zit. in Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 22).

4.4 Belastungsfaktoren auf der sozialen Ebene

Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung können mit unterschiedlichen Belastungsfaktoren im sozialen Bereich konfrontiert sein. Zum einen sind sie oft einer enormen Instabilität ausgesetzt, welche wichtige Bereiche ihres Lebens und ihrer Entwicklung beeinflussen. Häufiges Umziehen und damit verbundene Schulwechsel führen immer wieder zu Trennungen von Verwandten, Bekannten und Freunden (vgl. Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 19). Das Familiengefüge ist häufig zerrüttet und die Kinder müssen sich mit Gefühlen des Verlustes sowie mit Ängsten auseinandersetzen, wobei ihnen oft eine stabile Bezugsperson fehlt. Nachfolgend werden die relevantesten Auswirkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter auf die soziale Lebenswelt des Kindes dargestellt.

4.4.1 Die Mutter-Kind-Bindung

Für eine gesunde Entwicklung ist die Beziehung zu mindestens einer verlässlichen und feinfühligem Bindungsperson von grosser Bedeutung. Umso gravierender wirkt es sich auf das Kind aus, wenn die Mutter durch ihre Erkrankung sowohl in der Beziehungsgestaltung als auch in der feinfühligem Interaktion eingeschränkt ist. Da Defizite in der Beziehungsgestaltung kennzeichnend für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind, ist davon auszugehen, dass viele betroffene Kinder entsprechende Defizite ihrer Mütter erleben. Betroffene Mütter zeigen oftmals ein stark wechselndes und teilweise unangepasstes Interaktionsverhalten (vgl. Deneke, 2005, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 38). Allgemeinen zeigen Eltern mit psychischer Erkrankung öfter negative, feindselige Interaktionsverhalten (vgl. Oysermann et al., 2005, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 38) sowie mangelnde Responsivität und

geringere Sensibilität als gesunde Eltern (vgl. Mattejat et al., 2000, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 38). Diese Einschränkungen in der Beziehungsgestaltung lassen sich auch bei Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erkennen. Die dafür typische Symptomatik wie die Neigung zu Impulsivität, starke Stimmungsschwankungen, stressabhängiger Realitätsverlust, selbstverletzendes Verhalten, das Fehlen eines klaren Identitätsgefühls sowie die starke Angst vor dem Verlassen werden lässt Betroffene immer wieder emotionale Krisen durchleben (vgl. Sandera A. & Sandera M., 2016, S. 80), was schliesslich zur Folge hat, dass die Mutter nicht in der Lage ist, den emotionalen Dialog mit ihrem Kind angemessen zu führen. Wenn die Mutter für das Kind emotional nicht erreichbar ist und auf seine Bedürfnisse nicht eingeht, führt dies beim Kind zu grosser Unsicherheit und das Gefühl von Geborgenheit und Halt fehlt. Das Gefühl, nicht wahrgenommen und verstanden zu werden, kann im Selbstbild des Kindes Spuren hinterlassen, welche sich erhalten, wenn es keine anderen Erfahrungen machen kann (vgl. Lenz, 2012, S. 17). Die mangelnde Fähigkeit zum angemessenen emotionalen Austausch mit dem Kind kann ausserdem dazu führen, dass das Pflegeverhalten der Mutter ängstigend auf das Kind wirkt. Die Kinder reagieren darauf tendenziell mit unsicher-vermeidendem Bindungsverhalten. Im Zusammenhang mit der Instabilität der Reaktionen der Mutter kommt jedoch auch häufig ein desorganisierter Bindungsstil vor (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 53). Beide Bindungsstile können das eigene Erkrankungsrisiko des Kindes auch längerfristig signifikant erhöhen (vgl. Lenz, 2014b, S. 47-48). Diese ungünstigen Bindungsstile bleiben in der Regel auch bestehen, wenn das Kind älter wird (vgl. Gehrman & Sumargo, 2009, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 38).

Mit zunehmendem Alter der Kinder zeigt sich oft, dass sie ihre Eltern sensibel beobachten und schnell lernen, deren Verhalten einzuschätzen um ihr eigenes Verhalten darauf abzustimmen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 22). Wenn bei der Mutter Aggression und impulsive Ausbrüche im Vordergrund stehen, dann leben die Kinder in der Regel in ständiger Angst vor Auseinandersetzungen, Wutausbrüchen und oft auch vor Gewalttätigkeit. Neigt die Mutter hingegen eher zu selbstverletzendem Verhalten und zum emotionalen Rückzug, dann übernehmen die Kinder oft frühzeitig die Verantwortung und versuchen, ihre Mutter zu beschützen (vgl. Sandera A. & Sandera M., 2016, S. 120).

Kinder, dessen Grenzen überschritten wurden, die emotional oder körperlich misshandelt oder vernachlässigt wurden, fühlen sich oft im Innersten nicht liebenswert, was das Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt. Die Kinder versuchen, sich anzupassen, die Wünsche der Mutter zu erraten und wenn möglich schon vorab zu erfüllen. Dies hat zur Folge, dass sie ein falsches Selbst bilden, was sich negativ auf die Ausbildung ihrer Identität auswirkt (vgl. Sandera, A. & Sandera, M., 2016, S. 59).

4.4.2 Emotionsregulation

Die eigenen Emotionen zu regulieren, erlernt das Kind mit Unterstützung seiner Bindungspersonen (vgl. Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 48). Wie Petermann und Wiedebusch (2003) beschreiben, findet in der Eltern-Kind-Interaktion „eine gemeinsame Regulation von Gefühlen“ (Petermann und Wiedebusch, 2003, zit. in Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 48) statt. Die Fähigkeit, eigene Emotionen zu erkennen und zu regulieren wird folglich von aussen durch die Gefühle und Reaktionen der Bindungsperson wesentlich beeinflusst (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 52). Insbesondere Neugeborene sind bei der Regulation ihrer Emotionen noch stark auf ihre Bindungspersonen angewiesen, während Kleinkinder in zunehmendem Masse geringe emotionale Belastungen selbst regulieren können. Beim Erleben negativer Gefühle sind jedoch auch sie noch auf Bewältigungshilfen seitens der Bindungspersonen angewiesen (vgl. Petermann und Wiedebusch, 2003, zit. in Fröhlich-Gildhoff, 2018, S. 48). Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen in diesem Bereich, bedingt durch ihre eigenen Schwierigkeiten mit der Emotionsregulation, oft gravierende Defizite auf. So erleben deren Kinder durch ihre Bindungsperson häufig unberechenbare, unangemessen heftige und extreme Reaktionen auf ihr Verhalten und ihre Äusserungen. Oft werden die Äusserungen des Kindes nicht validiert, also bestätigt, sondern sie werden bestraft oder trivialisiert. Gemäss der Vermutung von Stepp et al. nehmen Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kindliche Emotionen fehlerhaft wahr und interpretieren diese falsch, wodurch sie die gezeigten Gefühle des Kindes nicht validieren können. D. h. sie negieren die Gefühle der Kinder oder stellen sie in Frage. Daraus erfolgt bei den betroffenen Kindern eine gestörte Entwicklung des emotionsverarbeitenden Systems. Auf diese Weise bilden die frühkindliche Erfahrung von Invalidierung durch die Mutter und das Umfeld sowie die mangelnde Fähigkeit der Emotionsregulation eine Grundlage für eine Fehlwahrnehmung der kindlichen Gefühle (vgl. Stepp et al., 2012, zit. in Buck-Horstkotte, 2015, S. 19). Das Kind hat in diesem non-validen Umfeld nie die Chance, die Bedeutung von Emotionen richtig zu lernen, weil die persönlichen Wahrnehmungen und Gefühle des Kindes in diesem Umfeld nicht als stimmig rückgemeldet werden (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 40). Da sich die Entwicklung der Emotionsregulation vordergründig im Kindesalter vollzieht, sind Kinder anfällig für eine mögliche Schädigung der Emotionsregulation mit der Folge einer entsprechenden Dysregulation (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 58). Für die Kinder bedeutet dies, dass sie nicht lernen können, eigene Erfahrungen und Gefühle adäquat zu entwickeln und diese als angemessene Reaktionen auf Ereignisse zu sehen. Die Diskrepanz zwischen den persönlichen Erfahrungen und dem, was die Umwelt bestätigt, wird immer grösser und angemessenes emotionales Lernen wird verhindert. Die Kinder lernen stattdessen, aktiv ihre eigenen Erfahrungen zu unterdrücken und Aussenbestätigungen oder Aussenwahrnehmungen zu übernehmen. Die Sensibilität dieser Wahrnehmungen wird derart

perfektioniert, dass minimalste Hinweise und Aussenwahrnehmungen genügen, um sie zu übernehmen und darauf zu reagieren. Das Kind wird zum Seismographen für die Gefühle anderer Personen (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 40-41), insbesondere für die Gefühle seiner Mutter. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oft spezifische Anteile und Verhaltensmuster wie Schwierigkeiten mit Emotionen, Impulskontrolle und selbst komplizierte Beziehungen internalisieren (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 121). Diese Folgen wirken sich auch negativ auf das Sozialverhalten des Kindes aus, denn Störungen der Emotionsregulation im Kindesalter haben langfristig eine sehr schlechte Prognose. Dies deshalb, weil sie die Integration in die Peergruppe, die Schule und die Familie massiv gefährden (vgl. Cicchetti et al., 1996, zit. in Lenz, 2014b, S. 45), insbesondere wenn diese mit aggressivem Verhalten einhergehen (Moffit et al., 2008, Lenz, 2014b, S. 45).

4.4.3 Instabilität

Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung leben aufgrund der mütterlichen Erkrankung oft in einem instabilen Umfeld, welches häufige Umzüge und Schulwechsel, wechselnde Partner der Mutter, stationäre Aufenthalte und längere Abwesenheiten oder Suizidversuche der Mutter mit sich bringt. Die vielen Wechsel in unterschiedlichen Bereichen und die hohe Instabilität können für ein Kind eine enorme Belastung darstellen, denn durch das instabile Umfeld erlebt es wenig Sicherheit, Beständigkeit oder Konstanz. Die damit verbundene Unzuverlässigkeit und Unvorhersagbarkeit kann zu ausgeprägten Ängsten und Sorgen auf Seiten des Kindes führen (vgl. Feldmann et al., 1995, zit. in Buck-Horstkotte et al., 2015, S. 19). Zusätzlich sind die häufigen Umzüge und Schulwechsel sowie die oft wechselnden Partnerschaften der Mutter der Grund für immer neue Beziehungsabbrüche, wodurch die Kinder Personen verlieren, welche für sie im Alltag wichtig sind und die ihnen gegebenenfalls eine gewisse Stabilität gewährleisten können. So fehlen den Kindern oft zuverlässige und vertrauensvolle Beziehungen, die in der belastenden Familiensituation eine ausgleichende Funktion übernehmen könnten (vgl. Lenz, 2012, S. 19-20).

4.4.4 Schwierige Familienverhältnisse

Die Instabilität wirkt sich auch auf das Familienleben aus, denn eine psychische Erkrankung wirkt sich immer auf das gesamte System aus und kann in verschiedener Hinsicht (z.B. unter dem Aspekt der Vulnerabilität oder dysfunktionaler Interaktionsmuster) als „Familienkrankheit“ verstanden werden. Im Sinnes des biopsychosozialen Modells hat wohl jede Erkrankung Auswirkungen auf das Gleichgewicht im Familiensystem, eine psychische Erkrankung jedoch zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich unspezifisch auf viele Lebensbereiche des Kindes und der Familie auswirkt (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 45). Oft zerbricht die Partnerschaft

zum Vater des Kindes und die Mütter sind häufig alleinerziehend (vgl. Lenz, 2012, S. 11), was erwiesenermassen das Risiko des Kindes erhöht, eine psychische Auffälligkeit zu entwickeln (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 39). Doch sind nicht nur die Beziehungen zu Lebenspartnern von Instabilität geprägt, denn auch die Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern wie Grosseltern oder anderen Verwandten, welche für das Kind unterstützend und fördernd wären, können plötzlich abbrechen und nicht mehr zur Verfügung stehen. Diese Beziehungsabbrüche können dann Trennungs- und Verlustgefühle auslösen und zu Schuldgefühlen führen (vgl. Sandig, 2010, S. 29).

4.4.5 Tabuisierung und soziale Isolation

Psychisch vulnerable Familien versuchen oft mit allen Mitteln, ihre Verwundbarkeit geheim zu halten. Die Angst vor Stigmatisierung und davor, als verrückt zu gelten, ist gross (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 23), denn die Familien erleben dadurch häufig Ablehnung in ihrem sozialen Umfeld (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 27). Oft versuchen sie, die psychische Erkrankung geheim zu halten, indem sie das Thema als Tabu behandeln, d. h., mit einem Rede- bzw. Kommunikationsverbot belegen (vgl. Lenz, 2012, S. 19). Die Kinder spüren dieses Schweigegebot intuitiv. Teilweise werden sie jedoch auch explizit aufgefordert, nicht mit aussenstehenden Personen über die Krankheit der Mutter zu sprechen. Auf diese Weise wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter zu einem geteilten Familiengeheimnis, und das Kind ist davon überzeugt, dass es seine Mutter verraten würde, wenn es sich dennoch jemandem anvertrauen würde (vgl. Lenz, 2014a, S. 99). Solche Geheimnisse können das emotionale Klima innerhalb der Familie stark beeinflussen, ohne dass sich die Familienmitglieder der Quelle dieses Einflusses bewusst sind. Begründet liegt dies darin, dass über das Thema auch innerhalb der Familien nur vorsichtig oder gar nicht gesprochen wird (vgl. Lenz, 2012, S. 19). Eine Studie von Sollberger et al., welche Kinder von Eltern mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen untersuchte, zeigte auf, dass nur ein Viertel der Kinder regelmässig und offen in der Familie über die elterliche Erkrankung gesprochen haben. Mehr als die Hälfte (53%) hingegen berichtet, dass sie im Familienkreis wenig bis gar nicht über die elterliche Erkrankung gesprochen haben, und fast zwei Drittel (62%) geben an, wenig bis gar nie mit familienexternen Personen darüber gesprochen zu haben (vgl. Sollberger et al., 2008, zit. in Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 26). Die Begründungen für das auferlegte Tabu können vielschichtig sein. Sie können in der elterlichen Krankheitsverleugnung, in einer Angst vor Stigmatisierung sowie in Scham- und Schuldgefühlen liegen oder im Gedanken einer gegenseitigen Schonung und Rücksichtnahme begründet sein. Oft schwingt zudem die Befürchtung der Mutter mit, in ihrer Mutterrolle infrage gestellt zu werden oder das Sorgerecht für ihr Kind zu verlieren. Während die Mutter häufig vom Gedanken ausgeht, ihr Kind schützen zu wollen, indem sie nicht über ihre Erkrankung spricht, muss davon ausgegangen werden,

dass für das Kind das wahrgenommene Verhalten gerade dann sehr irritierend ist, wenn es von der Mutter nicht thematisiert wird. In der Folge verhindert die Tabuisierung eine offene Auseinandersetzung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter und den damit verbundenen Symptomen und Verhaltensweisen, was den Zugang zu möglichen Ressourcen für das Kind erschwert. Die Kinder sind in der Regel hin- und hergerissen zwischen der Loyalität gegenüber der Mutter und dem Bedürfnis, sich jemandem anzuvertrauen (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 22-26). Häufig kommt hinzu, dass sich die Kinder für die Situation zu Hause schämen. Sie schämen sich für ihre Mutter und für ihr auffälliges, manchmal bizarr wirkendes Verhalten. Zudem wissen sie oft nicht, was sie erwartet, wenn sie nach Hause kommen. Als Folge davon laden sie dann keine anderen Kinder zu sich nach Hause ein, was sie wiederum in eine Aussenposition in ihrer Peergruppe bringen kann (vgl. Lenz, 2014a, S. 99). So führen die Stigmatisierung, die Tabuisierung und die damit verbundenen Schamgefühle nicht nur bei der Mutter, sondern auch beim Kind zu sozialem Rückzug (vgl. Dimova & Pretis, 2016, S. 23). Die starke emotionale Verstrickung der Kinder führt dazu, dass den Kindern sowohl der innere als auch der äussere Freiraum fehlt, um soziale Beziehungen ausserhalb der Familie aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Oft haben sie das Gefühl, zu Hause unentbehrlich zu sein, und befürchten, dass ihre Abwesenheit katastrophale Folgen haben könnte (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 27).

4.5 Psychosoziale Belastungsfaktoren

Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung kann, ebenso wie andere psychische Erkrankungen, die Funktion des Familiensystems beeinträchtigen und zu einer Akkumulation von Belastungsfaktoren in der Familie führen, deren Auswirkungen interagieren und sich nicht nur addieren, sondern gegenseitig beeinflussen und gleichsam multiplizieren. Aus diesem Grund gelten Familien mit psychisch kranken Eltern als Hochrisikofamilien (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 35). Die wechselseitige Verstärkung der negativen Effekte der einzelnen Belastungsfaktoren wirkt sich dabei besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung aus (vgl. Lenz, 2014a, S. 43). Dabei stellt nicht nur die psychische Erkrankung an sich einen Belastungsfaktor für das Familiensystem dar, sondern ebenso die umfassenden sozialen, sekundären Folgen der Erkrankung. Typische Folgen der psychischen Erkrankung der Mutter sind ein erhöhtes Risiko für Arbeitslosigkeit, ein geringer sozialökonomischer Status und soziale Isolation, um nur einige zu nennen (vgl. Kölch et al., 2014, S. 9). Diese erschwerenden Faktoren können als psychosoziale Belastungsfaktoren gefasst werden (vgl. Lenz, 2014a, S. 39). In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind in der Regel gleich mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren vorhanden, welche für das Kind ein Entwicklungsrisiko darstellen können (vgl. Sameroff, 1987, zit. in Lenz, 2014a, S. 28).

Wie Lenz (2012) ausführt, sind die betroffenen Kinder und ihre Eltern folgenden Belastungsfaktoren häufig ausgesetzt:

- Sozioökologische und soziokulturelle Aspekte wie Armut, unzureichende Wohnverhältnisse sowie soziale Randständigkeit oder kulturelle Diskriminierung der Familie
- Niedriger Ausbildungsstand bzw. Berufsstatus der Eltern und Arbeitslosigkeit
- Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere eines Elternteils
- Zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch (vgl. S. 20)

In betroffenen Familien sind fast alle relevanten psychosozialen Belastungen überrepräsentiert, welche das Risiko für psychische Störungen bei den Kindern erhöhen. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch einen einzelnen Belastungsfaktor kaum Folgen für das Kind abgeleitet werden können, da erst das Zusammenwirken mehrerer Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Beeinträchtigung erhöht. Die kindlichen Entwicklungsprozesse werden folglich eher von einer kumulativen Wirkung mehrerer als von einzelnen Belastungsfaktoren beeinflusst und die Risiken kommen erst durch die Anwesenheit weiterer Faktoren zum Tragen. Für die Praxis bleibt folglich die Schlussfolgerung zu ziehen, dass bei der Einschätzung der Belastung eines Kindes immer die gesamten Lebensumstände und jene seiner Familie zu berücksichtigen sind (vgl. Lenz, 2012, S. 20-21).

5 Resilienz und Schutzfaktoren

Neben den genannten Belastungsfaktoren verfügen die Kinder und ihre Familien auch über Schutzfaktoren, welche die Auswirkungen der Belastungsfaktoren zu mildern vermögen. Diese Schutzfaktoren können je nach Lebenslage mehr oder weniger ersichtlich und zugänglich sein, sie bieten jedoch in jedem Fall einen Ansatzpunkt für Unterstützung, sowie für gezielte Interventionen seitens der Fachpersonen der Sozialen Arbeit.

5.1 Resilienz

Anhand einer Längsschnittstudie konnten Rutter und Quinton aufzeigen, dass ein Drittel der Kinder von psychisch kranken Eltern eine anhaltende kinderpsychiatrische Störung entwickeln. Ein weiteres Drittel weist vorübergehende Störungsbilder auf, beim verbleibenden Drittel jedoch konnten keine pathologischen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung festgestellt werden (vgl. Rutter & Quinton, 1984, zit. in Lenz, 2010, S. 7). Folglich ist davon auszugehen, dass es neben den genannten Belastungsfaktoren auch Faktoren gibt, welche dem Kind in seiner gesunden Entwicklung einen Schutz bieten können (vgl. Lenz, 2014a, S. 44). Diese so genannten protektiven Faktoren, welche sowohl im Kind selbst als auch in seiner

Umwelt liegen können, moderieren die Wirkung von Risiko- bzw. Belastungsfaktoren und können auf diese Weise die Wahrscheinlichkeit für die Herausbildung einer Störung senken. Beschrieben wird dieses Phänomen mit dem Begriff der Resilienz (vgl. Lenz, 2010, S. 7), die verstanden wird als dynamischer und kompensatorischer Prozess, bei welchem den sich oft kumulierenden Belastungen mit positiver Anpassung begegnet werden kann. Masten et al. beschreiben Resilienz als den „Prozess, die Fähigkeit oder das Ergebnis erfolgreicher Adaption angesichts herausfordernder oder bedrohender Umstände im Sinne inneren Wohlbefindens und/oder effektiver Austauschbeziehung mit der Umwelt“ (Masten et al., 1990, zit. in Lenz, 2010, S. 8). Im Zusammenhang mit den Belastungen, welchen Kinder mit einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgesetzt sein können ist es daher umso wichtiger, dass Ressourcen sowohl beim Kind, als auch in der Familie und in der Umwelt genutzt werden, da diese als Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung wirken können. In diesem Sinne verstehen Schneider und Pickartz Resilienz als die Fähigkeit, kindbezogene familiäre und soziale Schutzfaktoren in Form eines Puffereffekts einzusetzen. Fehlt die Resilienz, kommen die Auswirkungen der vorhandenen Belastungsfaktoren voll zum Tragen, während beim Vorhandensein von ausreichenden Schutzfaktoren die durch Belastungen verursachten entwicklungshemmenden Einflüsse vermindert oder ganz beseitigt werden (vgl. Schneider & Pickartz, 2004, zit. in Lenz, 2010, S. 8). Insbesondere dieser Vorgang führt dazu, dass das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit einen bedeutenden Beitrag für die Ermöglichung einer gesunden Entwicklung von Kindern leisten kann, welche bei Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwachsen. Da Resilienz nicht als Abwesenheit von psychischen Störungen verstanden werden kann, sondern als Fähigkeit, vorhandene Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren (vgl. Masten & Powell, 2003, zit. in Lenz, 2010, S. 8), eröffnet sich für das Feld der Sozialen Arbeit ein Handlungsspielraum, um betroffene Kinder durch adäquate Unterstützungsangebote und Interventionen zu stärken. Zu erwähnen ist dabei, dass Resilienz nicht als bloße Aktivierung von Ressourcen aufgefasst wird, sondern als ein Prozess, bei welchem Ressourcen, die im Kontext der Individuum-Umwelt-Interaktion erworben wurden, im erfolgreichen Einsatz weiterentwickelt werden. Vor diesem Hintergrund wird bei Anforderungen, welche grösser sind als die vorhandenen Ressourcen, zwar eine Diskrepanz wahrgenommen, diese sollte jedoch durch vermehrte Anstrengung und mit angemessener Unterstützung regulierbar sowie für die Entwicklung von Resilienz im Anschluss auch förderlich sein. Dies deshalb, weil sich Ressourcen, welche als verfügbare Stärken und Potenziale verstanden werden, umso besser entwickeln, je erfolgreicher Aufgaben und Anforderungen bewältigt werden. Eine erfolgreiche Bewältigung ermutigt einerseits das Kind dazu, sich neuen Herausforderungen zu stellen, andererseits entstehen dadurch neue Kompetenzen und damit neue Ressourcen (vgl. Lenz, 2010, S. 8).

5.2 Schutzfaktoren anhand des biopsychosozialen Modells betrachtet

Schutzfaktoren können ein Kind, welches eine biologisch und/oder genetisch bedingte Vulnerabilität aufweist, vor negativen Einflüssen auf die gesunde Entwicklung bewahren. Sie erhöhen die Resilienz und machen das Kind widerstandsfähiger, sowohl gegenüber Belastungen als auch Risikofaktoren, welchen es durch die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter ausgesetzt sein kann. Durch unterschiedliche Studien wie die Kauai-Studie (vgl. Werner & Smith, 1982, zit. in Lenz, 2014a, S. 151), die Isle of Wight-Studie (vgl. Rutter, 1989, zit. in Lenz, 2014a, S. 151) oder die Mannheimer Risikokinderstudie (vgl. Laucht et al., 1994, zit. in Lenz, 2014a, S. 151) konnten einige generelle Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung von Kindern identifiziert werden. Diese können in belastenden Lebenssituationen und bei Bedrohungen für die kindliche Entwicklung als Puffer wirken. In der Regel werden sie drei Gruppen, den persönlichen Schutzfaktoren des Kindes, familiären Schutzfaktoren sowie sozialen Schutzfaktoren zugeteilt. Um sie an dieser Stelle schlüssig einzubinden, wird jedoch eine andere Zuordnung gewählt. So werden sie nachfolgend in Bezug auf das biopsychosoziale Modell dargestellt, um sie anschliessend mit kindbezogenen Unterstützungsangeboten des Arbeitsfeldes der Sozialen Arbeit zu verbinden, deren Ziel es sein soll, belastete Kinder so zu unterstützen, dass sie ihre Ressourcen ausbauen und Schutzfaktoren dazu gewinnen können. Auf diese Weise gewinnen sie an Stabilität und sind besser in der Lage, künftige Herausforderungen und Belastungen zu bewältigen. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, weil die Resilienz keine zeitlich stabile, situationsübergreifende Eigenschaft darstellt, welche immer präsent bleibt, wenn sie einmal erworben wurde. Sie ist ein dynamischer Prozess und kann sich bei entsprechenden positiven Erfahrungen aufbauen, ebenso kann sie aber auch einer erhöhten Verletzlichkeit weichen, wenn die Widerstandsfähigkeit nicht ausreicht, um Belastungen stand zu halten (vgl. Lenz, 2014a, S. 150-152).

5.3 Schutzfaktoren auf der biologischen Ebene

Wie bereits angedeutet, können Schutzfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen dazu beitragen, dass eine vorhandene Vulnerabilität eines Kindes gar nicht in Erscheinung tritt, und als Folge davon die damit verbundenen negativen Auswirkungen ausbleiben. Auf der biologischen Ebene sind insbesondere folgende Schutzfaktoren zu nennen:

5.3.1 Guter gesundheitlicher Status

Physisch gesunden Kinder gelingt es besser, externe Anforderungen zu bewältigen und mit Belastungen umzugehen. Um in dieser Hinsicht gute Startbedingungen für das Kind zu schaffen, sind folglich auch Themen wie eine gesunde Ernährung, Möglichkeiten zur Entwicklung der motorischen Fähigkeiten sowie eine angemessene medizinische Versorgung

relevant. Weiter ist davon auszugehen, dass ein Zusammenhang zwischen einem guten gesundheitlichen Status und sozialen Faktoren besteht (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 82-83).

5.3.2 Ausgeglichenes Temperament

Kinder mit einem ausgeglichenen Temperament rufen in ihrem Umfeld positivere Reaktionen hervor, als Kinder mit schwierigem Temperament. Dies führt dazu, dass sie in der Regel bereits als Säuglinge positive Erfahrungen machen und diese in ihr Selbstbild integrieren können. Für die Mutter ist es somit trotz einer vorliegenden Borderline-Persönlichkeitsstörung einfacher, die Beziehung zum Kind positiv zu gestalten. Im Zusammenhang mit dem Verhalten des Kindes hat sie daher wenig Anlass für Frustration und Ärger. Allgemein können sich Kinder mit ausgeglichenem Temperament gut an neue Situationen anpassen, sind kontaktfreudig, ausgeglichen und fröhlich. Dies erleichtert es den Kindern, sich in dem durch die mütterliche Erkrankung oft instabilen Umfeld zurechtzufinden (vgl. Lenz, 2014a, S. 153).

5.3.3 Intelligenz und schulische Leistungsfähigkeit

Zwischen Intelligenz und psychischer Widerstandsfähigkeit lässt sich ein positiver Zusammenhang erkennen (vgl. Mastern & Coatsworth, 1998, zit. in Pretis & Dimova, 2016, S. 84). Eine hohe Intelligenz ist sowohl in Bezug auf die schulische Leistungsfähigkeit als auch auf praktische Fertigkeiten des Problemlösens und der Kommunikation von Vorteil (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 84). Oft verfügen in diesem Sinne resiliente Kinder über ein hohes Mass an Ausdauervermögen, eine hohe Frustrationstoleranz und eine gute Konzentrationsfähigkeit in der Schule. Den Kindern gelingt es, gute schulische Leistungen zu zeigen, was wiederum eine wirksame Quelle für Anerkennung und Selbstbestätigung darstellt. Auf diese Weise können die Kinder viele der Belastungen, welche sie in der Familie und in ihrem Alltag erleben ausgleichen (vgl. Lenz, 2014a, S. 154).

5.4 Schutzfaktoren auf der psychischen Ebene

Das Vorhandensein von Schutzfaktoren zeigt auch auf der psychischen Ebene positive Effekte, da dadurch Risikofaktoren gemindert oder vollständig beseitigt und negative Folgereaktionen im psychischen Bereich reduziert werden können. Darüber hinaus wird die Selbstachtung und die Selbstzufriedenheit aufgebaut sowie aufrechterhalten (vgl. Lenz, 2014a, S. 150).

5.4.1 Selbstvertrauen und positives Selbstwertgefühl

Resiliente Kinder haben ein ausgeprägtes Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl. Sie verfügen über ein positives Bild der eigenen Person, sind mit sich zufrieden und nehmen sich selbst als wertvoll an. Ihr Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten und in ihr Wissen ist hoch.

Dies hilft den Kindern, auch schwierige Situationen als Herausforderung zu sehen. Zudem sind ihre Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten gut entwickelt. Resiliente Kinder sind in der Lage, ihre Gefühle auszudrücken und Signale anderer Personen zu verstehen, wodurch sie ihr Verhalten der jeweiligen Situation anzupassen können. Dies erleichtert es ihnen, sich jemandem anzuvertrauen und Unterstützung zu suchen, sofern dies nicht durch ein Schweigegebot verhindert wird (vgl. Lenz, 2014a, S. 153-154).

5.4.2 Selbsthilfefertigkeiten

Resiliente Kinder sind offen, neugierig und erkunden ihre Umwelt aktiv. Sie zeigen sich im Gegensatz zu weniger resilienten Kindern selbstbewusster, selbständiger und unabhängiger. Ihre Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit ist besser entwickelt, und durch ihre Offenheit und Freundlichkeit finden sie gut Kontakt sowohl zu anderen Kindern als auch zu Erwachsenen. Probleme gehen sie aktiv an, d. h., sie warten nicht, bis jemand zu Hilfe kommt. Dabei können sie gut abschätzen, mit welchen Problemen sie selbst fertig werden und bei welchen sie Unterstützung brauchen. Allgemein zeigen resiliente Kinder gut entwickelte Selbsthilfefertigkeiten und versuchen, selbst Lösungen für ihre Probleme zu finden. Der Fähigkeit, Probleme zu lösen, kommt eine hohe Bedeutung zu, denn ohne sie fehlen wichtige Voraussetzung, um mit Belastungen umgehen zu können. Kinder, die mit schwierigen Situationen gut umgehen, können Belastungssituationen schneller und besser lösen (vgl. Lenz, 2014a, S. 153-154).

5.4.3 Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist bei resilienten Kindern sehr ausgeprägt. Sie sind davon überzeugt, durch ihr eigenes Handeln etwas bewirken und Veränderungen herbeiführen zu können. Die positiven Erwartungen in Bezug auf die Selbstwirksamkeit führt zu Zuversicht und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und erleichtert es den Kindern, diese auf neue Situationen und Probleme zu übertragen. Zudem beeinflusst die Selbstwirksamkeitsüberzeugung in wesentlichem Masse das Denken, die Überzeugungen und die Motivation einer Person. Sie führt zu einer tiefen Überzeugung, dass sie einen Einfluss auf die Situationen und auf das eigene Leben hat, d. h., dass Probleme durch das eigene Tun beeinflusst, vielleicht gelöst oder verhindert werden können. Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung geht folglich mit der Annahme einher, ein gewisses Mass an Kontrolle über das eigene Leben und die Geschehnisse zu haben. Die Zuversicht und das Vertrauen, über welches resiliente Kinder verfügen, gehen somit mit einer positiven Selbsteinschätzung und mit Eigeninitiative einher (vgl. Lenz, 2014a, S. 154-155).

5.5 Schutzfaktoren auf der sozialen Ebene

Die Fähigkeit, sich in sozialen Kontexten angemessen bewegen zu können und gute soziale Netze innerhalb des erweiterten Familienkreises sowie auch ausserhalb der Familie zu haben, stellt einen wichtigen Resilienzfaktor für Kinder dar. Demzufolge kann das Vorhandensein und die Nutzung sozialer Unterstützung durch Vertrauenspersonen bei ihnen in vielerlei Hinsicht als Schutzfaktor wirken (vgl. Lenz, 2014a, S. 159). Resilienz ist allerdings keine feste oder sogar angeborene Persönlichkeitseigenschaft, welche ein Kind besitzt oder nicht. Sie entwickelt sich aus einem komplexen Zusammenspiel von Merkmalen des Kindes wie z. B. seinem Temperament und seinem sozialen Kontext (vgl. Petermann & Schmidt, 2006, zit. in Lenz, 2014a, S. 151). Demzufolge spielen auch Faktoren wie die Reaktionen der Eltern und anderer relevanter Bezugspersonen sowie das elterliche Erziehungsverhalten und die Förderung in Kindergarten und Schule eine wichtige Rolle. Positive sowie stabilisierende Erfahrungen in all diesen Bereichen vermögen die Ausbildung einer ausgeprägten Resilienz zu begünstigen (vgl. Lenz, 2014a, S. 151).

5.5.1 Sichere Bindung

Einen Schutzfaktor mit besonders hohem Stellenwert stellt für das Kind eine sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson dar. Diese muss nicht gezwungenermassen ein Elternteil sein, es kommen auch Grosseltern oder andere nahe Verwandte, ältere Geschwister und gegebenenfalls Personen ausserhalb des Familienkreises infrage. Eine stabile und emotional sichere Bindung zu mindestens einer Bezugsperson wirkt sich positiv auf unterschiedliche Lebensbereiche aus und fördert das Vertrauen des Kindes in Personen und in die Umgebung. Kleinkinder mit einer verlässlichen und verfügbaren Bindungsperson sind ausgeglichener, können sich besser konzentrieren und trauen sich, die Welt um sich zu entdecken. Für ältere Kinder bedeutet das Vorhandensein einer solchen Bindungsperson, dass sie sich an jemanden wenden können, der sich liebevoll um sie kümmert, für sie sorgt und auf den sie sich verlassen können. Bei Schwierigkeiten steht ihnen die Bindungsperson unterstützend zur Seite und die Kinder können ihr gegenüber Ängste und Sorgen offen ansprechen. Sicher gebundene Kinder entwickeln ein besseres Selbstwertgefühl, mehr Selbstvertrauen und höhere soziale Kompetenzen als unsicher gebundenen Kinder. Die Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen und anderen Personen fällt sicher gebundenen Kindern leichter, wodurch sie sich im Bedarfsfall einfacher Unterstützung organisieren können. So trägt eine sichere, feinfühlig Bindung zur Entwicklung der Fähigkeit des Kindes zur Bewältigung von Belastungen bei (vgl. Lenz, 2014a, S. 157).

5.5.2 Unterstützende Beziehungen ausserhalb der Familie

Kontakte und Freundschaften mit anderen Kindern zeigen einen schützenden Effekt und sind nachweislich für Kinder in jeder Altersstufe bedeutsam. Durch den Kontakt zu Freunden erleben die Kinder Ablenkung von schwierigen Situationen, erfahren Normalität, Spass und Ungezwungenheit. Zudem bezeichnet das soziale Spiel mit Gleichaltrigen ein wichtiges Lernfeld, da sich die Kinder vom Alltag lösen und ihre Gefühle ausdrücken können. In Freundschaftsbeziehungen können wichtige soziale Kompetenzen, wie teilen, sich gegenseitig helfen oder sich in das Gegenüber hineinzusetzen erworben werden. Zudem können andere Kinder dem betroffenen Kind auch als Modell dienen, indem es die anderen Kinder dabei beobachtet, wie diese mit Problemen oder Streitigkeiten umgehen (vgl. Lenz, 2014a, S. 159-160). Jedoch können auch Lehrer und Lehrerinnen oder Leiter und Leiterinnen von Freizeitangeboten, Fachpersonen in Organisationen der Sozialen Arbeit oder weitere Bekannte, welche mit dem Kind regelmässig interagieren, eine unterstützende Beziehung bieten, die dem Kind Sicherheit in seinem Alltag vermitteln kann.

5.5.3 Hohe Sozialkompetenz

Insbesondere im Jugendalter zeichnen sich resiliente Kinder durch eine hohe soziale Kompetenz und ein positives Selbstkonzept aus. Sie zeigen sich verantwortungsbewusst, selbständig und leistungsorientiert, darüber hinaus verfügen sie insgesamt über eine höhere soziale und emotionale Reife als die vergleichbaren nicht resilienten Kinder. Ihr Einfühlungsvermögen ist gut ausgebildet und sie können abschätzen, warum andere erfreut oder ärgerlich reagieren. Sie sind in der Lage, die Gefühle und Verhaltensweisen ihres Gegenübers nachzuvollziehen und zu verstehen. Dies hilft den Kindern, Freundschaften zu schliessen und sich den Regeln innerhalb einer Gruppe anzupassen. Ebenso sind sie in der Lage, ihre eigenen Gefühle wahrzunehmen und sich diesbezüglich angemessen mitzuteilen. Innerhalb der Familie übernehmen resiliente Kinder oftmals bewusst Verantwortung und kümmern sich beispielsweise um jüngere Geschwister oder um den Haushalt, wenn ein Elternteil dazu nicht in der Lage ist. Dies kann die Entwicklung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und in der Folge wiederum die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme begünstigen. Wenn ein Kind jedoch nicht ausreichend resilient ist und die Übernahme dieser Verantwortung zu einer Überforderung führt, stellt sie einen Belastungsfaktor im Sinne einer Parentifizierung dar (vgl. Lenz, 2014a, S. 155-156).

5.5.4 Positive Erfahrungen in der Schule und Integration in der Freizeit

Als weiterer Schutzfaktor können positive Erfahrungen in der Schule genannt werden. Resiliente Kinder gehen oft gerne zur Schule und profitieren in unterschiedlichen Aspekten davon. Die Schule kann dabei ein Ort der Anerkennung, der Bestätigung, der Zuwendung

sowie der Einbindung in Freundschaftsnetzwerke sein und damit gerade Kindern in einer schwierigen Lebenssituation als Insel dienen, die ihnen Ausgleich und Ablenkung bietet. Doch auch die Freizeitgestaltung kann diese Funktion übernehmen, beispielsweise mit der Einbindung in einen Sport- oder anderen Freizeitverein. Diese Gruppen oder Vereine fördern durch das Teilen gemeinsamer Interessen den Zusammenhalt unter Gleichaltrigen und können den Kindern Erholung, Abwechslung, Ablenkung, Bestätigung und Anerkennung ermöglichen (vgl. Lenz, 2014a, S. 160).

5.6 Spezielle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Die genannten allgemeinen Schutzfaktoren können als Kernmerkmale verstanden werden, welche für die gesunde Entwicklung von Kindern wirksam sind, unabhängig von einem bestimmten Risikofaktor, da sie als relativ breit wirksame protektive Faktoren gelten. Mittlerweile geht die Resilienzforschung jedoch der Frage nach, ob es neben den allgemeinen auch spezielle Schutzfaktoren für unterschiedliche Problemfelder gibt (vgl. Bender & Lösel, 1998, zit. in Lenz, 2014a, S. 164). Ziel ist es, Ansatzpunkte für die Praxis zu finden, um eine gezielte Ressourcenförderung und -stärkung anstreben zu können. Es gibt mittlerweile empirische Hinweise darauf, dass resiliente Kinder von psychisch kranken Eltern über spezielle Schutzfaktoren verfügen, die sie offensichtlich in besonderer Weise vor den Belastungen, welche mit der psychischen Erkrankung des Elternteils einhergehen, schützen (vgl. Wüthrich et al., 1997, Lenz, 2005, Sollberger et al., 2008, zit. in Lenz, 2014a, S. 164). Zu nennen sind dabei ein Krankheitswissen und das Verständnis für die Erkrankung sowie ein offener und aktiver Umgang mit der Krankheit in der Familie (vgl. Lenz, 2014a, S. 164).

5.6.1 Krankheitswissen und Krankheitsverstehen

Kinder beobachten Veränderungen im Verhalten und in der Stimmung ihrer Bezugspersonen sehr genau (vgl. Lenz, 2014a, S. 165). Diese Tatsache kann für ein Kind von einer Mutter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgrund ihrer Stimmungsschwankungen und ihres impulsivem Verhalten sehr anstrengend sein. Es reagiert auf die erlebten Veränderungen mit Ängsten und Sorgen, die zunehmen, wenn es die Situation nicht einschätzen kann. Daher ist es wichtig, dass die Kinder dem Alter entsprechend adäquat über die Erkrankung und die Symptome der Mutter informiert werden, denn Unwissenheit verstärkt die Ängste und Sorgen und löst bei den Kindern sowohl Befürchtungen als auch schlimme Fantasien aus (vgl. Lenz, 2014a, S. 165). Demgegenüber stellt das Wissen über die Erkrankung der Mutter sowie über deren Symptome und Verlauf für die betroffenen Kinder einen wichtigen Schutzfaktor dar. Dabei ist von Bedeutung, dass das Kind im Einzelfall dem Alter entsprechend und dennoch differenziert und für das Kind verständlich darüber aufgeklärt wird. Denn in erster Linie ist es nicht das abstrakte Wissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung, welches als

Schutzfaktor dient und die Widerstandsfähigkeit erhöht, sondern ein Verständnis für die krankheitsbedingten Verhaltensweisen der Mutter, für die Auswirkungen auf die Familie und für die Belastungen, welche sich daraus im Alltag ergeben können. Ziel der Wissensvermittlung ist es, das Verständnis des Kindes zu verbessern, wobei vor allem bei seinen Fragen, Sorgen und Ängsten angeknüpft werden sollte. Aufgrund des Wissens über die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter sind die Kinder besser in der Lage, ihre eigene Situation zu begreifen, Ressourcen zu mobilisieren und mit Belastungen umzugehen. Dies fördert sowohl ihre Gesundheit als auch ihr Wohlbefinden und vermittelt ihnen Hoffnung, Mut und positive Zukunftserwartungen. Die Informationen erweitern die Handlungsspielräume der Kinder und eröffnen ihnen Möglichkeiten, sodass neue Perspektiven und Wege sichtbar werden. Dadurch entstehen Gefühle der Beeinflussbarkeit und der Selbstwirksamkeit. Des Weiteren fördern die Informationsvermittlung und die Aufklärung sowohl die Selbstgestaltung als auch die Autonomie der Kinder. Das Wissen kann sie in die Lage versetzen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst aktiv Stärken, Energie und Fantasie zur Gestaltung der eigenen Lebensverhältnisse zu entwickeln. Darin liegt auch die der Informationsvermittlung und Aufklärung zugrunde liegende protektive Funktion, da die Kinder dadurch ermutigt werden, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken (vgl. Lenz, 2014a, S. 165-166).

5.6.2 Umgang mit der Krankheit in der Familie

Ein offener und aktiver Umgang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie deren Auswirkungen sowohl seitens der Mutter als auch der gesamten Familie stellt einen weiteren wichtigen Schutzfaktor für das Kind dar. Kinder beobachten den Umgang mit der Erkrankung bzw. mit dem krankheitsbedingten Verhalten sehr genau. Zudem nehmen sie wahr, ob, wie und wann darüber gesprochen wird und wie andere reagieren, wenn sich die Krankheit verschlimmert. Die Kinder richten ihr Verhalten entsprechend ihren Wahrnehmungen aus, folglich wirkt es sich entscheidend auf den Umgang des Kindes mit der Erkrankung aus, wie andere Bezugspersonen aus der Familie mit der Krankheit umgehen. Die Kinder übernehmen oftmals sowohl die wahrgenommenen Verhaltensweisen als auch die Konfliktlösungen der Bezugspersonen. Daher kann es den Kindern helfen, sich in ihrem oft schwierigen und belasteten Alltag zurechtzufinden, wenn diese angemessen mit der Situation umgehen. Zugleich trägt ein offener und aktiver Umgang mit der Erkrankung wesentlich zur Vermittlung von Zuversicht und Hoffnung bei, zudem ermöglicht es den Kindern, sich jemandem anzuvertrauen. Währenddem die Tabuisierung der Erkrankung und deren Auswirkungen für das Kind sehr belastend sein können, können ihm offene Gespräche innerhalb der Familie und gegebenenfalls mit weiteren Bezugspersonen als Schutzfaktor dienen (vgl. Lenz, 2014a, S. 166).

6 Unterstützende Praxis- und Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit

Die zahlreichen Risikofaktoren und Belastungen, welchen ein Kind von einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgesetzt sein kann, sowie die möglichen gravierenden Folgen für seine Entwicklung verdeutlichen den Bedarf an angepassten Unterstützungsangeboten für die Kinder und deren Familien. Zugleich zeigen die Ressourcen der betroffenen Mütter und Kinder, dass viele Ansatzpunkte für Unterstützungsangebote vorhanden sind. Der Fachbereich der Sozialen Arbeit kann hierfür ein vielfältiges Angebot in unterschiedlichen Bereichen anbieten. Ihr Aufgaben- und Praxisfeld beinhaltet öffentlich organisierte, soziale, unterstützende pädagogische sowie sozialarbeiterische Hilfen und Dienstleistungen zur sozialen Lebensbewältigung (vgl. Rauschenbach, 1999, Böhnisch, 1997, zit. in Thole, 2010, S. 26). Die angebotenen Unterstützungsleistungen können materielle Leistungen, moralische Hilfen, allgemeine Lebensberatung sowie spezielle Formen der Unterstützung, vorübergehende Betreuung, Unterbringung, Beratung und Bildung, aber auch Sozialisationsaufgaben umfassen und werden durch entsprechend qualifizierte Fachpersonen der Sozialen Arbeit erbracht. In Anlehnung an diese allgemeine Darstellung der Praxis- und Aufgabenfelder beschreibt Werner Thole vier grosse Praxisfelder der Sozialen Arbeit: Als erstes das Feld der Kinder- und Jugendhilfe, welches im Folgenden gemäss der Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit besondere Beachtung findet. Als zweites definiert er das diffuse Praxisfeld der erwachsenenbezogenen sozialen Hilfen und als drittes das der Altenhilfe, welches für die Bearbeitung der Fragestellung jedoch nicht weiter relevant ist. Im vierten Praxisfeld werden schliesslich Angebote der Sozialen Arbeit im Gesundheitssystem benannt. Um die Praxis- und Aufgabenfelder noch präziser zu differenzieren, wird zusätzlich eine Dreiteilung in lebensweltergänzende, lebensweltunterstützende und lebensweltersetzende Hilfen vorgenommen. Welches Angebot in welchem Bereich angesiedelt ist, lässt sich insbesondere anhand des jeweiligen Einmischungsgrads unterscheiden (vgl. Thole, 2010, S. 26-28).

Je nach Situation, Kontext und Problemstellung kommen daher unterschiedliche Unterstützungsangebote der Sozialen Arbeit in Frage, welche auch kombiniert eingesetzt werden können, um für ein Kind optimale Bedingungen für eine gesunde Entwicklung zu schaffen. Dabei haben gerade bei Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gezielte Interventionen und Unterstützungsmassnahmen, insbesondere bei der Aktivierung und Stärkung der persönlichen und sozialen Ressourcen des Kindes, einen hohen Stellenwert. Diese vermögen die Resilienz der Kinder zu erhöhen, wodurch sie als Grundlage für die Bewältigung von Problemen und Stresssituationen dienlich sind. Ressourcenaktivierende Interventionen können zudem das Wohlbefinden sowie das Selbstwertgefühl eines Kindes steigern und bedürfnisbefriedigende Erfahrungen bewirken (vgl. Lenz, 2008, S. 100-101). Daher stellt die Ressourcenaktivierung gemäss Grawe ein

primäres Wirkprinzip der Interventionen dar, auf welches ein Grossteil der Wirkung zurückzuführen ist (vgl. Grawe, 1998, zit. in Lenz, 2008, S. 101). Für Fachpersonen der Sozialen Arbeit stellen folglich die Kenntnisse der personalen und sozialen Ressourcen des Kindes, aber auch der Mutter und des Umfeldes eine entscheidende Voraussetzung dar, um diese zu aktivieren und zu fördern sowie um Interventionen zur Herstellung von Konsistenz und Wohlbefinden einleiten zu können (vgl. Lenz, 2008, S. 101). Zur Erfassung der personellen Ressourcen stellen Manfred Pretis und Aleksandra Dimova (2016) ein Screeninginstrument sowie eine Resilienzkarte vor, anhand welcher eine Einschätzung der Resilienzfaktoren des Kindes vorgenommen werden kann (vgl. S. 111-118). Auch Albert Lenz (2008) stellt Methoden zur Ressourcenaktivierung in unterschiedlichen Bereichen vor (vgl. S. 102-151).

In der Folge werden Angebote, welche zur Unterstützung der gesunden Entwicklung von Kindern mit einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung beitragen können, geordnet anhand der von Werner Thole (2010) beschriebenen Praxis- und Aufgabenfelder der Sozialen Arbeit aufgeführt (vgl. S. 28). Die Darstellung kann nicht als abschliessend betrachtet werden, zumal die Unterstützungsangebote sowie auch der Unterstützungsumfang von Region zu Region bzw. von Träger zu Träger variieren können.

6.1 Kinder- und Jugendhilfe

Ziel der Kinder- und Jugendhilfe ist es, für die Kinder und Jugendlichen möglichst gute Bedingungen zu schaffen, damit sie sich gesund entwickeln können. Wie bereits angedeutet, geht es dabei insbesondere auch um den Ausbau der personalen Ressourcen, womit die Resilienz betroffener Kinder und Jugendlicher ausgebaut und die Vulnerabilität vermindert werden kann. Die Aktivierung personaler Ressourcen soll folglich vor allem die Stärkung des Selbstvertrauens, des Selbstwertgefühls sowie der Selbstwirksamkeitserwartungen bewirken. Hierfür können unterschiedliche Methoden wirksam sein. In Bezug auf Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind insbesondere die Psychoedukation (vgl. Lenz, 2008, S. 143-151), also die Vermittlung von Wissen über die Erkrankung der Mutter, und gegebenenfalls die Traumapädagogik (vgl. Bausum, Besser, Kühn & Weiss, 2013) zu erwähnen, da daraus wichtige Schutzfaktoren für betroffene Kinder gewonnen werden können. Die verschiedenen Angebote der Sozialen Arbeit ermöglichen es den Kindern und Jugendlichen, durch gezielte Interventionen auf unterschiedlichen Ebenen positive Erfahrungen zu machen und ihre Ressourcen, Fähigkeiten und Kompetenzen auszubauen. Dies kann sowohl in einem lebensweltermäßigenden, in einem lebensweltunterstützenden als auch in einem lebensweltersetzenden Setting geschehen.

6.1.1 Lebensweltergänzende Angebote

Lebensweltergänzende Angebote können den Kindern zusätzlich zu ihrem Zuhause und zum Kindergarten oder zur Schule einen weiteren Erfahrungsraum bieten, in welchem sie neue Kompetenzen und Fähigkeiten erlernen oder diese ausbauen und festigen können.

6.1.1.1 Kindertageseinrichtungen

Als lebensweltergänzendes Angebot ist hier beispielsweise die Kindertageseinrichtung bzw. die Kindertagesstätte zu nennen, wo die Kinder in der Regel einen durch Rituale (Routinen) strukturierten Alltag erleben, was gerade für Kinder mit einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, dessen Alltag oft durch eine enorme Instabilität in allen Bereichen geprägt ist, hilfreich sein kann, da ihnen dies Sicherheit vermittelt. Bei regelmässigem Besuch der Kindertageseinrichtung kann das Kind zudem Kontakt zu den Fachkräften aufbauen und so eine weitere Art von Beziehung kennenlernen (vgl. Quali-Kita, 2014, S. 21). Dabei können die Kinder die Erfahrung machen, dass sich die Fachperson der Sozialen Arbeit als Vertrauens- und Bezugsperson in angemessenem Masse um die Befriedigung ihrer Bedürfnisse kümmert, sie fördert und bei der Emotionsregulation unterstützt. Weiter ist die Fachperson als verlässliche Vertrauensperson für das Kind da, ansprechbar und auch emotional erreichbar. Diese Erfahrungen, aus welchen eine sichere Bindung erfolgen kann, ermöglichen dem Kind Explorations- und Autonomieerfahrungen, welche es gegebenenfalls mit der Mutter, aufgrund ihrer krankheitsbedingten Defizite, nicht machen kann. Der Kontakt und die Freundschaften zu annähernd gleichaltrigen Kindern (Peers) kann sich ausserdem positiv auf das Sozialverhalten der betroffenen Kinder auswirken. Er ermöglicht dem Kind zudem Ablenkung von der schwierigen Situation zu Hause, da es Erfahrungen von Spass und ungezwungenem Spiel machen kann (vgl. Lenz, 2014a, S. 159-169), welche in seinem angestammten Umfeld kaum möglich sind. Die Kinder entkommen der Isolation und es eröffnen sich ihnen neue Erfahrungswelten und Handlungsspielräume, innerhalb derer sie viele Ressourcen entdecken und ausbauen können. Gerade wenn die Kinder noch klein sind und sie noch nicht in Systeme wie Spielgruppe, Kindergarten oder Schule eingebunden sind, ist die Gefahr der Isolation sehr gross, insbesondere dann, wenn sich die Mutter selbst stark aus dem gesellschaftlichen Leben zurückzieht.

6.1.1.2 Schulergänzende Angebote

Angebote dieser Art bieten, ergänzend zu den Schulstunden, eine Betreuung durch Fachpersonen vor sowie nach der Schule und oft auch über die Mittagszeit. In dieser Zeit können die Kinder ihre Hausaufgaben erledigen, wobei sie Unterstützung von den Fachpersonen erhalten (vgl. Matter & Abplanalp, 2009, S. 129). Dies kann für betroffene Kinder sehr wichtig sein, denn der Erfolg in der Schule steigert das Selbstwertgefühl und kann

damit als Schutzfaktor wirksam werden (vgl. Lenz, 2014a, S. 154). Eine Mutter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sein, Unterstützung bei der Erledigung der Hausaufgaben zu leisten. Möglicherweise ist sie durch ihre eigenen Probleme zu sehr abgelenkt oder ihr impulsives, aufbrausendes Verhalten und die geringe Frustrationstoleranz verhindern eine geduldige Begleitung und Unterstützung des Kindes, was demotivierend auf dieses wirken kann. Für die Mutter und ihr Kind kann der Besuch der schulergänzenden Angebote folglich eine Entlastung darstellen, welche sich wiederum positiv auf die Stimmung der Mutter und ihre Beziehung zum Kind auswirkt. Weiter nimmt das Kind, wenn es das Angebot über Mittag nutzt, zumindest einmal am Tag eine gesunde und ausgewogene Mahlzeit zu sich, was sich positiv auf seine Gesundheit auswirken und damit zu seinem Schutz beitragen kann (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 82-83). Beim gemeinsamen Erledigen der Hausaufgaben, aber auch bei der Freizeitgestaltung (vgl. Verein Tagesschulen Schweiz, S. 1) erweist sich der Kontakt mit Peers als positiv, da einerseits das Sozialverhalten der Kinder gefördert wird, und andererseits können andere Kinder auch als Vorbild dienen, um neue Umgangsformen und Problembewältigungsstrategien zu erlernen (vgl. Lenz, 2014a, S. 159-160).

6.1.1.3 Kinder- und Jugendfreizeitprogramme

In Kinder- und Jugendfreizeitprogrammen werden häufig Projekte mit den Kindern erarbeitet und durchgeführt. Zudem können sie unter Anleitung einer Fachperson ihren Fähigkeiten entsprechend Aufgaben übernehmen, was sich positiv auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstwirksamkeitserfahrung auswirkt. Die Kinder erfahren sich selbst als kompetente Akteure und sehen, dass sie etwas bewirken können, was sich positiv auf ihre Resilienz auswirkt. Kinder- und Freizeitprogramme dieser Art eignen sich daher besonders gut, um die eigenen Problemlösungskompetenzen sowie die Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern und neue Handlungsstrategien zu erlernen. Auch hier wird sowohl das Sozialverhalten gefördert als auch die Sozialkompetenz verbessert, da die Kinder und Jugendlichen einerseits zu Gleichaltrigen und andererseits zu Erwachsenen tragfähige Beziehungen aufbauen können. Für Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist dies deshalb wichtig, weil sie aufgrund des Mangels an feinfühligem Kommunikation und Interaktion mit der Mutter, der mangelnden Fähigkeit zur Emotionsregulation sowie dem nicht validierenden Verhalten der Mutter und dem daraus resultierenden desorganisierten Bindungsstil oft keine oder schlecht ausgebaute Strategien für die Erkennung der eigenen Bedürfnisse und Gefühle sowie für Interaktionen mit ihren Mitmenschen haben (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 53). Ihnen fehlt oft die Voraussicht, wie das Gegenüber auf sie und ihr Verhalten reagieren wird. Zudem verfügen sie selbst nicht über ein Konzept, um sich in andere hineinzuversetzen, ihr Verhalten nachzuvollziehen oder vorhersehen zu können. Daher weisen Kinder von Müttern mit einer

Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig gravierende Störungen des Sozialverhaltens auf (vgl. Plass & Wiegand-Grefe, 2012, S. 59). Diese Defizite auszugleichen wird mit zunehmendem Alter schwieriger und bedarf in der Regel der Unterstützung durch eine Bindungs- oder Vertrauensperson. In Kinder- und Jugendfreizeitprogrammen können Kompetenzen im Sozialverhalten z. B. durch die Förderung der Fähigkeiten der Selbstregulation, des Umgangs mit Meinungsverschiedenheiten, Erfolgen und Misserfolgen sowie die Fähigkeiten zum Arbeiten in Gruppenkontexten gefördert werden. Dies erfordert eine adäquate Begleitung durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit, welche neben ihrer Vorbildfunktion für das Kind auch eine wichtige Ansprechperson sein können, was gerade für ein Kind aus belastetem Elternhaus von Bedeutung ist.

6.1.2 Lebensweltunterstützende Angebote

Das Ziel der lebensweltunterstützenden Angebote der Sozialen Arbeit ist es, durch gezielte Angebote und Interventionen die Lebenswelt der Kinder, ob zu Hause oder in der Schule zu verbessern. Hier gibt es unterschiedliche Angebotsarten, welche auch darin variieren, wie stark sie in die Lebenswelt des Kindes bzw. der Familie eingreifen.

6.1.2.1 *Erziehungshilfen wie sozialpädagogische Familienhilfe*

Soziale Arbeit, welche die gesamte Familie involviert, die folglich nicht nur eine Organisation von sozialen Dienstleistungen sein soll, findet fast immer im Lebensalltag der Familien statt und greift damit direkt in die Lebenswelt des Kindes ein. Dabei wird mit der gesamten Familie und anderen wichtigen Personen, aber auch mit dem Kindergarten, der Schule und weiteren relevanten Stellen gearbeitet, um Einflüsse und Hindernisse, welche den Unterstützungsprozess stören, abzubauen und brachliegende Ressourcen zu aktivieren (vgl. Gehrman & Müller, 2001, S. 69). Sozialpädagogische Familienhilfen kommen insbesondere da zum Einsatz, wo Entwicklungsdefizite zu kompensieren oder zu erwarten sind, deren Ursachen in der Regel in einem Mangel an erforderlicher Fürsorge und Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse liegen (vgl. Rothe, 2006, S. 7). Die Familienhilfe agiert sehr alltagsnah und oft bei den einzelnen Familien zu Hause, mit dem Ziel, aktuelle Probleme und Schwierigkeiten zu klären, Ressourcen zu mobilisieren und dadurch eine präventive Wirkung zu erzielen, indem sowohl für die Eltern als auch für die Kinder günstigere Voraussetzungen geschaffen werden können (vgl. Matter & Aplanalp, 2009, S. 47). Bei Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann dabei der Fokus auf Themen wie beispielsweise der Strukturierung des Alltages liegen, um für das Kind ein gewisses Mass an Verbindlichkeit, Stabilität und Kontinuität zu schaffen. Wie in Kapitel 5.3.2. der spezifischen Schutzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern beschrieben, ist auch die innerfamiliäre Auseinandersetzung mit der Erkrankung der Mutter sehr wichtig für die Kinder. Ein weiteres

bedeutendes Thema kann die Interaktion zwischen Mutter und Kind sein. Hier kann einerseits an der Beziehung zwischen den beiden gearbeitet werden, aber auch an den Reaktionen der Mutter, welche für die Validierung der Gefühle und Äusserungen des Kindes von Bedeutung sind. Die Familie wird dabei entsprechend dem systemischen Ansatz stets als Einheit wahrgenommen, die unter dem Einfluss vielfältiger Faktoren in einen Kontext eingebettet ist, welcher stetig auf sie einwirkt und mit dem sie in einem Austausch steht (vgl. Matter & Abplanalp, 2009, S. 45). Die Fachperson, welche im Rahmen der sozialpädagogischen Familienhilfe in der Familie tätig ist, kann sowohl für die Mutter als auch für die Kinder eine wichtige Ansprech- und Vertrauensperson werden. Eine professionelle Grundhaltung und die notwendige Distanz zu wahren ist dabei allerdings sehr wichtig, da die Fachperson nur so in der Lage ist, die vorhandenen Verhaltensmuster und Gewohnheiten der Familienmitglieder zu erkennen. Ist sie selbst zu sehr ins Familiensystem involviert, ist dies nicht mehr möglich. Dennoch kann sie in ihrer Aufgabe als sozialpädagogische Familienhilfe zu einem wichtigen Vorbild sowohl für die Mutter als auch für das Kind werden (vgl. Rothe, 2006, S. 8).

Bei diesem Angebot kommt eine wichtige Ressource von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zum Tragen, welche viele von ihnen besitzen, denn betroffene Mütter sind interessiert und bereit, sich zu verändern, um ihrem Kind eine gesunde Entwicklung und eine gute Zukunft zu ermöglichen. Dies erleichtert die Zusammenarbeit und erhöht die Verbindlichkeit der Mutter gegenüber der Fachperson.

6.1.2.2 Schulsozialarbeit

Seit Beginn der 1990er Jahre etabliert sich die Schulsozialarbeit als neues Praxis- und Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit. Dabei arbeiten ihre Fachkräfte direkt im Kontext der Schule und bieten dort Beratungen und Kriseninterventionen an, setzen sich mit sozialen und pädagogischen Fragen der Schulentwicklung und Prävention auseinander, initiieren und leiten Projekte mit Klassen oder Gruppen von Schülern und bieten sowohl den Eltern als auch den Kindern Kontaktmöglichkeiten an (vgl. Fachhochschule Nordostschweiz [FHNW], o.J.). Für die Kinder kann die Fachperson der Schulsozialarbeit folglich eine wichtige Ansprechperson bei Problemen, ob zu Hause oder im Schulalltag, sein. Anhand der Kriseninterventionen, welche teilweise auch mit einer gesamten Klasse durchgeführt wird, können die Kinder neue Bewältigungsstrategien und Verhaltens- und Sichtweisen erlernen. Kinder mit Defiziten im Sozialverhalten können von der Fachperson der Sozialen Arbeit unterstützt werden, beispielsweise bei der Klärung von Streitigkeiten, Mobbing, Schwierigkeiten im Klassenverbund oder mit Lehrpersonen. Die Kinder können auf diese Weise neue Problemlösungs- und Handlungsstrategien erlernen, zudem wird das Selbstvertrauen des Kindes gesteigert, wenn es gelingt, Streitigkeiten unter Anleitung der Fachperson selbst zu klären. Bei Schwierigkeiten mit Lehrpersonen kann die Fachperson der Sozialen Arbeit eine

Vermittlungsposition einnehmen, was auch deshalb wichtig ist, weil die Mutter aufgrund ihrer Borderline-Persönlichkeitsstörung gegebenenfalls nicht in der Lage ist, einen Konflikt mit der Lehrperson in angemessener und konstruktiver Weise zu klären.

6.1.2.3 Beistandschaft für das Kind

Die Errichtung einer Beistandschaft für das Kind entspricht einer von mehreren Massnahmen des zivilrechtlichen Kindesschutzes. Dem subsidiären Prinzip zufolge, welchem die Massnahmen unterstellt sind, kommt eine Erziehungsbeistandschaft, also eine Beistandschaft für das Kind, nur dann zustande, wenn eine Ermahnung der Eltern oder eine Weisung an diese, die Gefährdung des Kindes eigenständig zu beheben, keine Wirkung zeigt oder wenn dies von vornherein nicht erwartet werden kann. Als weitere vorgelagerte Massnahme ist es möglich, eine Aufsichtsperson oder eine Aufsichtsstelle einzusetzen, welche die Aufgabe einer überwachenden Begleitung übernimmt. Im Sinne der Erziehungsbeistandschaft können dem Beistand, der Beiständin als Fachperson der Sozialen Arbeit unterschiedliche Aufgaben zukommen, da die Massnahmen jeweils dem Einzelfall angepasst werden. So kann diesem, dieser auch lediglich eine beratende Funktion zukommen. Ebenfalls ist die Übernahme spezifizierter Aufgaben, gegebenenfalls mit Vertretungsrechten oder sogar mit einer damit verbundenen Einschränkung der elterlichen Sorge möglich (vgl. Rosch & Hauri, 2016, S. 421-425). Von einer vertieften Ausführung der einzelnen Massnahmen wird an dieser Stelle abgesehen, da sie sich jeweils stark am Einzelfall orientieren. Die Erziehungsbeistandschaft dient vor allem dazu, eine mögliche Gefährdung für das Kind und seine Entwicklung abzuwenden und die Bedingungen für seine gesunde Entwicklung langfristig sicherzustellen. Der Fokus des Beistandes, der Beiständin liegt dabei in der Regel auf der Erschliessung von Ressourcen sowohl im sozialen Bereich, damit das Kind Kontakte auch ausserhalb der Familie pflegen kann, als auch im materiellen Bereich, was dem Kind gegebenenfalls die Ausübung eines Hobbys ermöglichen kann. Beides kann für das betroffene Kind als Schutzfaktor dienen, insbesondere dann, wenn durch die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter eine Isolierung oder Parentifizierung besteht oder droht. Ausserdem kann der Beistand, die Beiständin für das Kind zu einer wichtigen Ansprech- und Vertrauensperson werden, welche innerhalb des instabilen Familiensystems für stabilisierende Rahmenbedingungen sorgen kann.

6.1.3 Lebensweltersetzende Angebote

Unterstützungsangebote, welche die Lebenswelt ersetzen, werden dann eingesetzt, wenn ein hoher Unterstützungs- oder Schutzbedarf besteht. Dabei wird die gesamte Lebenswelt bzw. der gesamte Alltag durch Angebote der Sozialen Arbeit ersetzt (vgl. Walter, 2017, S. 52-53).

Als lebensweltersetzende Angebote kommen insbesondere Kinder- und Jugendheime zum Tragen, dies können jedoch auch sozialpädagogische oder andere Pflegefamilien sein. Die Gründe für eine Fremdunterbringung und den damit verbundenen starken Eingriff in die Lebenswelt der Kinder und Familien können sehr unterschiedlich sein. Dies kann einerseits darin begründet sein, dass die Mutter durch ihre Borderline-Persönlichkeitsstörung zeitweise oder dauerhaft nicht in der Lage ist, sich adäquat um das Kind und seine Bedürfnisse zu kümmern. Dass ihr dies nicht gelingt, kann in ihrer Symptomatik und den damit verbundenen Defiziten liegen, welche unter Umständen zu einer (drohenden) Kindeswohlgefährdung führen können. Daher kann eine Fremdunterbringung vorgeschlagen oder angeordnet werden, um das Kind vor Beeinträchtigungen in der Entwicklung zu schützen. Andererseits kann die Mutter auch verhindert sein, wenn sie selbst einen notwendigen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik benötigt, was gegebenenfalls zu einer Notfallplatzierung des Kindes führen kann. Die Fremdunterbringung kann für die Mutter und ihr Kind entlastend wirken (vgl. Crain, 2012, S. 48), birgt jedoch auch Belastungen, da Mutter und Kind getrennt werden, was insbesondere bei ungeplanter, rascher Trennung traumatisierend auf das Kind wirken kann. Die Fremdunterbringung soll für das Kind einen positiven Lebensraum bieten, in welchem es durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit dabei unterstützt wird, negative oder traumatisierende Lebenserfahrungen zu verarbeiten. Wichtig ist, dass die Kinder in diesem Kontext tragfähige und sichere Bindungen zu den Fachpersonen entwickeln, aufrechterhalten und eines Tages auch wieder beenden können. Eine sichere Bindung ermöglicht es den Kindern, wichtige Lernprozesse im sozialen und emotionalen Bereich zu aktivieren und sich mit Neugier auf das Wesentliche zu konzentrieren. Die Fremdunterbringung soll dem Kind günstige Entwicklungsbedingungen bieten sowie die Möglichkeit eröffnen, Ressourcen zu erkennen und darauf aufzubauen. Fortschritte in unterschiedlichen Bereichen (Sozialkompetenz, Emotionsregulation, Problembewältigung usw.) können gezielt gefördert und über einen längeren Zeitraum sehr alltagsnah begleitet werden (vgl. Crain, 2012, S. 248). Eine Fremdunterbringung kann dem Kind eine Distanz zum belastenden Alltag zu Hause ermöglichen und ihm Raum für seine persönliche Entwicklung und Entfaltung bieten. Dennoch ist es wichtig, dass ein Kind, wenn möglich, zu Hause bei seiner Familie aufwachsen kann. Eine dauerhafte Fremdunterbringung sollte daher nur in Betracht gezogen werden, wenn die gesunde Entwicklung des Kindes anders nicht gewährleistet werden kann. Dies entspricht auch der Kinderrechtskonvention (Art. 9, Abs.1) (1989). Eine Fremdunterbringung kann dem Kind intensiven Kontakt mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit bieten, welche es individuell fördern können. Es erlernt zunehmende Selbständigkeit und Autonomie mit dem Ziel, im Erwachsenenalter ein eigenständiges Leben führen zu können (vgl. Crain, 2012, S. 248). In Kinder- und Jugendheimen leben die Kinder oft in Wohngruppen, welche von Fachpersonen begleitet werden. Durch das Zusammenleben mit anderen Kindern und Jugendlichen kann

das Sozialverhalten verbessert werden. Zudem lernen die Kinder für bestimmte Bereiche (Teil-)Verantwortung zu übernehmen. Der enge Kontakt mit den Fachpersonen der Sozialen Arbeit kann zur Entstehung guter und tragfähiger Bindungen führen. Wichtig ist dennoch, dass die Fachpersonen die Kinder und Jugendlichen dabei unterstützen, den Kontakt zu den Eltern sowie gegebenenfalls die Wochenenden zu Hause gut zu gestalten (vgl. Günder, 2010, S. 19). Dies gilt ebenfalls für die Unterbringung in einer sozialpädagogischen Pflegefamilie.

6.2 Soziale Hilfen und Gesundheitshilfen

Unter Beachtung des biopsychosozialen Modells sollen die Unterstützungsangebote für Kinder mit Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung jedoch nicht nur in den Handlungsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt sein. Dies deshalb, weil eine Unterstützung der Mutter oder der gesamten Familie die Situation und damit auch das Kind entlasten kann.

Die sozialen Hilfen sind im diffusen Feld der Erwachsenenhilfe angesiedelt und umfassen ein breites Spektrum an Unterstützungsangeboten der Sozialen Arbeit. Darunter fallen beispielsweise als lebensergänzende Angebote themenspezifische Beratungsstellen, bei welchen betroffene Mütter Beratung und Hilfestellungen durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit erhalten. Dabei ist der jeweilige Themenschwerpunkt der fokussierten Beratung ausschlaggebend dafür, welche Beratungsstelle in der jeweiligen Situation die richtige ist. Dies deshalb, da sowohl die Beratungsstellen als auch die Fachkräfte in der Regel auf bestimmte Themen und Themenkomplexe spezialisiert sind. Zu den möglichen Anlaufstellen gehören Familienberatungsstellen, Erziehungsberatung, Ehe- bzw. Paarberatung, aber auch Budget- und Schuldenberatung. Die Beratungsangebote sind in der Regel ambulante Dienstleistungen, welche einen geringen Eingriff in die Lebenswelt bedeuten (vgl. Heiner, 2010, S. 615). Für eine betroffene Mutter bieten die Beratungsstellen eine Möglichkeit, ihre eigenen Ressourcen und Kompetenzen zu erweitern sowie neue Handlungs- und Problemlösungsstrategien zu erlernen, was in der Folge eine positivere Zukunftsperspektive sowie eine erhöhte Zuversicht in Bezug auf ihre Selbstwirksamkeit bewirken kann. Dies kann sich positiv auf ihre Stimmung auswirken, was sich wiederum in einer angenehmeren Familienatmosphäre und in einem adäquateren Umgang mit dem Kind widerspiegelt. Da viele Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung alleinerziehend sind und daher allgemein gefährdet sind, Armut zu erleben, kann für sie auch das Sozialamt eine wichtige Unterstützung sowohl in finanziell-materieller Hinsicht als auch in persönlichen Belangen sein. Als lebensweltunterstützendes Angebot kann eine Beistandschaft für die betroffene Mutter genannt werden. Dabei wird der Unterstützungsbedarf genau geklärt und die Beistandschaft auf die jeweilige Person in der jeweiligen Situation angepasst. Dies bedeutet, dass es unterschiedliche Arten von Beistandschaften gibt, welche hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden. Die Aufgaben des

Beistandes, der Beiständin, welche sich auf die Bereiche Personensorge, Vermögenssorge und auf den Rechtsverkehr beziehen, werden dem individuellen Unterstützungs- oder Schutzbedarf angepasst (vgl. Frey, Peter & Rosch, 2016, S. 513-514). Eine Mutter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann in den genannten Bereichen unterschiedliche Defizite aufweisen, welche dazu führen können, dass sie zur Unterstützung einen Beistand, eine Beiständin erhält. Gerade in der Vermögensverwaltung kann dies für sie eine Entlastung darstellen, da sie durch ihr impulsives Verhalten dazu neigen kann, rasch viel Geld auszugeben. Als lebensweltersetzendes Angebot können, gerade wenn das Kind noch klein ist, Wohneinrichtungen genannt werden, in welchen die Mutter mit ihrem Kind aufgenommen wird. Solche Angebote gibt es auch im Bereich des Gesundheitssystems, welche der betroffenen Mutter bei Bedarf gleich eine stationäre psychiatrische oder psychologische Behandlung bieten können. In diesem Rahmen kann sie durch die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Gestaltung positiver Interaktionen mit dem Säugling oder dem Kleinkind unterstützt werden, was für die Bindung zwischen Mutter und Kind und damit für seine gesunde Entwicklung von grosser Bedeutung ist (vgl. Lenz, 2014a, S. 258-262).

6.3 Case Management

Wie sich gezeigt hat, gibt es viele unterschiedliche Angebote, welche zur Unterstützung einer von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffenen Mutter und ihrem Kind geboten werden können. Oft kommen in schwierigen familiären Situationen mehrere Angebote gleichzeitig zum Tragen, was dazu führen kann, dass viele Fachpersonen und Fachstellen involviert sind. Um die Angebote zu koordinieren und abzuschätzen, welche Angebote und Angebotskombinationen für die gesunde Entwicklung des Kindes notwendig und im Einzelfall am förderlichsten sind, ist es hilfreich, dass eine der involvierten Personen die Fallführung, also das Case Management, übernimmt. Dies auch deshalb, um die Angebote stets dem sich verändernden Kontext anzupassen. Grundsätzlich ist nicht relevant, aus welchem Bereich oder Angebot die Fachperson der Sozialen Arbeit kommt, welche das Case Management übernimmt, da hierbei nicht die psychosoziale Beziehungsarbeit, sondern die rationale Steuerung von Unterstützungsangeboten und Hilfsprogrammen im Vordergrund steht. Es werden also nicht Fälle oder Menschen gemanaged, sondern die Unterstützungsangebote, sodass die Betroffenen von der Hilfe möglichst gut profitieren können (vgl. Wiessmann, 2002, S. 1-2). Dennoch erscheint es sinnvoll, dass diese Fachperson, welche das Case Management übernimmt, nahe am Familiensystem arbeitet, um den Gesamtüberblick zu bewahren. Daher bieten sich beispielsweise Fachpersonen aus der sozialpädagogischen Familienhilfe oder der Beistand, die Beiständin sowohl des Kindes als auch der Mutter besonders an, um diese Aufgabe zu übernehmen (vgl. Matter & Alplanalp, 2009, S. 47).

7 Fazit und weiterführende Themen

Dass die Entwicklungschancen von Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt sein können, wurde mit der Bearbeitung der Fragestellung gezeigt. Des Weiteren wurde deutlich, dass die Soziale Arbeit durchaus einen wichtigen Beitrag zur gesunden Entwicklung betroffener Kinder leisten kann. Die betroffenen Kinder zu erreichen, kann dabei allerdings eine bedeutende Schwierigkeit darstellen. Dies kann insbesondere durch die Tabuisierung der psychischen Erkrankung der Mutter und durch die oft damit im Zusammenhang stehende Isolierung sowie durch die oben beschriebene auffällige Unauffälligkeit der Kinder erschwert sein. Gerade bei Kleinkindern, welche noch in keiner öffentlichen Einrichtung eingebunden sind, ist es besonders schwierig ihre Situation zu erkennen und adäquat einzuschätzen. Aber auch später, vor allem wenn die Kinder angepasst sind und sich unauffällig verhalten, wie es bei Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig vorkommt, wird der Unterstützungsbedarf oft nicht erkannt (vgl. Pretis & Dimova, 2016, S. 22). Von den Personen aus dem Umfeld eines betroffenen Kindes, erfordert dies ein gutes Feingespür, denn erst wenn die Situation des Kindes erkannt wird, können Fachpersonen adäquate Unterstützung leisten. Kinder mit einer hohen Resilienz sind zwar oft in der Lage, selbst ein Hilffsystem zu aktivieren (vgl. Lenz, 2014a, S. 153 - 154). Allerdings sind in der Regel diejenigen Kinder, welche eine niedrige Resilienz aufweisen am stärksten gefährdet. Gleichzeitig gelingt es ihnen, aufgrund fehlender Ressourcen und Kompetenzen oder aufgrund ihrer hohen Loyalität gegenüber der Mutter seltener, selbst für Unterstützung zu sorgen. Doch ist dieser Schritt einmal getan, eröffnen sich sowohl für das Kind als auch für die Mutter und gleichzeitig für das gesamte Familiensystem eine ganze Auswahl an Unterstützungsangeboten. Es stellt sich folglich die Frage, welche Voraussetzungen das Erkennen der Problemlage der betroffenen Kinder durch die Fachpersonen begünstigen, aber auch wie den weniger resilienten Kindern die selbständige Aktivierung eines Hilffsystems erleichtert werden kann. Dass Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung besonderen Lebensumständen ausgesetzt sind, wurde erst im Jahre 1997 zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum in einer breiten Fachöffentlichkeit aufgegriffen. Inzwischen sind sowohl die Fachpersonen im Gesundheitswesen als auch in der Kinder- und Jugendhilfe auf die betroffenen Kinder aufmerksam geworden, was sich in zahlreichen Fachtagungen, Symposien und Kongressen sowie in entsprechenden Initiativen, Programmen und Angeboten in verschiedenen Regionen zeigt. Eine Sensibilisierung der Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen wie der Sozialen Arbeit, des Gesundheitssystems und der Pädagogik ist folglich initiiert. Trotzdem muss sie noch weiter vorangetrieben werden, denn dass das Thema mittlerweile in verschiedenen Fachbereichen aufgegriffen wird, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass nicht von einer flächendeckenden Versorgung der Kinder psychisch kranker Eltern gesprochen werden kann (vgl. Lenz, 2012, S.

7). Als besondere Herausforderung erweist sich zudem, dass für die Versorgung und Unterstützung psychisch kranker Eltern und deren Kindern unterschiedliche Versorgungssysteme zuständig sind, wobei die Koordination der Unterstützung beider Versorgungssysteme Verbesserungsbedarf aufweist. Dies zeigt die Winterthurer Studie über Kinder psychisch kranker Eltern mit dem Titel „Vergessene Kinder?“ auf. Wie diese Lücke zwischen den Versorgungssystemen geschlossen werden könnte und welche Herausforderungen dieses Ziel noch mit sich bringt, zeigt Ulrike Loch (2016) anhand ihrer Untersuchung in Deutschland und Österreich. Doch selbst dann, wenn der Unterstützungsbedarf der Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkannt wurde, ist es nicht immer möglich, das aus fachlicher Sicht optimale Angebot bzw. Kombinationen von Angeboten anzubieten, da diese, wie bereits angedeutet, nicht flächendeckend vorhanden sind. Die konkreten Unterstützungsangebote sowie die Palette an Leistungen, welche erbracht werden können, unterscheiden sich teilweise signifikant von Region zu Region, was dazu führt, dass eine Unterstützungsform, welche aus fachlicher Sicht zwar angemessen und sinnvoll erscheint, nicht angeboten werden kann, da dieses in einer bestimmten Region nicht existiert. Aber auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter und die damit verbundenen Symptome und Verhaltensweisen an sich können eine aus fachlicher Sicht angemessene Ausgestaltung der Unterstützungsangebote für das Kind verhindern. Zwar gelingt es aufgrund ihrer Ressourcen und ihrem starken Wunsch, ihr Kind zu schützen, vielen Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung selbst um Unterstützung zu ersuchen. Dennoch lehnen einige eine Unterstützung und einen gegebenenfalls damit verbundenen Eingriff in ihre Lebenswelt sowie ihren Alltag ab. Weiter ist es möglich, dass eine betroffene Mutter dem Unterstützungsangebot mit derart ambivalenten Gefühlen gegenübersteht, dass die Unterstützung ihrerseits immer wieder abgebrochen wird (vgl. Sendera, A. & Sendera, M., 2016, S. 45). Fundierte Kenntnisse über die Erkrankung der Mutter, die damit verbundenen Symptome und Verhaltensweisen, die damit einhergehenden Einschränkungen in der Ausübung der Mutterrolle sowie die Auswirkungen, welche diese auf das Kind haben, können der Fachperson der Sozialen Arbeit die Basis bieten, um unter Beachtung der Schutzfaktoren des Kindes für dieses eine Lebenssituation mitzugestalten, in welcher sich das Kind auf der biologischen, der sozialen und der psychischen Ebene gesund entwickeln kann. Alle Schwierigkeiten und Herausforderungen, welche die mütterliche Erkrankung mit sich bringt, zu vermeiden, wird nicht möglich sein, doch kann die Resilienz des Kindes durch gezielte Interventionen gestärkt werden. Dadurch ist es besser in der Lage sowohl die generellen Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu meistern als auch Lösungen und Strategien zu finden, um mit den speziellen Anforderungen und Belastungen umzugehen, welche die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter mit sich bringt.

Literaturverzeichnis

- Bausum, Jacob, Besser, Lutz Ulrich, Kühn, Martin & Weiss, Wilma. (Hrsg.). (2013). *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3., durchges. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag
- Besser, Lutz Ulrich. (2013). Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. In Jacob Bausum, Lutz Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3., durchges. Aufl.) (S. 38 – 53). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag.
- Bowlby, John. (2014). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie* (A. Hilling & H. Hanf, Übers.) (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt. (Originalwerk publiziert 1988)
- Brazelton, T. Berry & Greenspan, Stanley I. (2008). *Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein* (Elisabeth Vorspohl, Übers.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag. (Originalwerk publiziert 2000)
- Buck-Horstkotte, Sigrid, Renneberg, Babette & Rosenbach, Charlotte. (2015). *Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Das Trainingsmanual "Borderline und Mutter sein"*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Crain, Fitzgerald. (2012). *Ich gehe ins Heim und komme als Einstein wieder heraus. Zur Wirksamkeit der Heimerziehung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Deneke, Christiane & Ziegenhain, Ute. (2014). Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In Michael Köchel, Ute Ziegenhain & Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 14 – 39). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Dittmann, Volker, Ermer Anneliese & Steiglitz, Rolf-Dieter. (2002). Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Erwachsener. In Harald J. Freyberger, Wolfgang Schneider & Rolf-Dieter Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin* (11., erweitert. Aufl.) (S. 185 - 197). Basel: Reinhardt Druck.
- Egger, Josef W. (2017). *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*. Wien: Facultas Verlag.
- Frey, Gregor, Peter, Sebastian & Rosch Daniel. (2016). Handlungsfelder bei Beistandschaften. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (S. 506 – 552). Bern: Haupt Verlag.

- Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2018). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten* (3., erweit. und aktual. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Gehrmann, Gerd & Müller, Klaus D. (2001). *Praxis Sozialer Arbeit: Familie im Mittelpunkt. Effektives Krisenmanagement für Familien* (2., erweit. Aufl.). Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- Gloger-Tippelt, Gabriele. (2008). Bindung in der Kindheit - Grundlagen, Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen und Prävention. In Matthias Franz & Beate West-Leuer (Hrsg.), *Bindung Trauma Prävention. Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen als Folge ihrer Beziehungserfahrungen* (S. 39 - 71). Geissen: Psychosozial - Verlag.
- Glögger, Bettina. (2005). *Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien im Kleinkindalter: Zusammenhänge zum frühkindlichen Temperament und Merkmalen der primären Bezugsperson*. Gefunden am 31. Januar 2019 unter <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/3018/pdf/GloegglerBettina-2005-10-15.pdf>
- Grossmann, Klaus E. & Grossmann, Karin. (2012). *Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett - Cotta.
- Günder, Richard. (2011). *Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe* (4., überarb. und ergänz. Aufl.). Freiburg und Breisgau: Lambertus Verlag.
- Gurny, Ruth, Casseè, Kitty, Gavez, Silvia, Los, Barbara & Albermann, Kurt. (o.J.). *Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Kurzfassung*. Gefunden am 27. Februar 2018 unter https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialearbeit/Forschung/Kindheit_Jugend_Familie/Familie_Aufwachsen/Kinder_Psychisch_kranker_Eltern_Kurzfassung.pdf
- Heiner, Maja. (2010). Handlungskompetenz und Handlungstypen. Überlegungen zu den Grundlagen methodischen Handelns. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3., überarb. und erweit. Aufl.) (S. 611 – 624). Wiesbaden: Springer VS
- Hoffmann, Heiko. (2015). *Borderline-Interaktionen. Komplexe Verflechtungen der Agency in Netzwerken sozialer Unterstützung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kölch, Michael, Ziegenhain, Ute & Fegert, Jörg M. (Hrsg.). (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für die interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Lenz, Albert. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Massnahmen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Lenz, Albert. (2010). *Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert. (2012). *Basiswissen: Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lenz, Albert. (2014a). *Kinder psychisch kranker Eltern* (2., vollst. überarb. und erweit. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert. (2014b). Kinder psychisch kranker Eltern – Risiken, Resilienzen und Interventionen. In Michael Köchel, Ute Ziegenhein & Jörg M. Fegert (Hrsg.), *Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung* (S. 40 - 79). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Loch, Ulrike. (2016). *Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern. Ethnografie im Jugendamt* (2. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Matter, Helen & Abplanalp Esther. (2009). *Sozialarbeit mit Familien. Eine Einführung* (2., überarb. und ergänz. Aufl.). Bern: Verlag Haupt.
- Niederbacher, Arne & Zimmermann, Peter. *Grundwissen Sozialisation. Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter* (4., überarb. und aktual. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Pauls, Helmut. (2013). *Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität*. Gefunden am 27. Juni 2018 unter file:///C:/Users/ninam/AppData/Local/Temp/191-719-1-PB.pdf
- Plass, Angela & Wiegand-Grefe, Silke. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Pretis, Manfred & Dimova Aleksandra. (2016). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern* (3., überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Rosch, Daniel & Hauri, Andrea. (2016). Kinderschutz. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (S. 405 – 455). Bern: Haupt Verlag.
- Rothe, Marga. (2006). *Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfen. Eine Handlungsanleitung* (5., Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Rothgang, Georg-Wilhelm. (2009). Entwicklungspsychologie. In Franz Schremer (Hrsg.), *Psychologie in der Sozialen Arbeit* (2., überarb. Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Rubant, Gerald. (1994). *Definition und Messung von "Gesundheit"*. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Sandera, Alice & Sandera, Martina. (2016). *Borderline – Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben* (2., Unveränd. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer – Verlag.

- Sandig, Nadin. (2010). *Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Auswirkung auf die Mutter-Kind-Bindung*. Gefunden am 24. Juli 2018 unter <https://studylibde.com/doc/1561973/borderline-und-auswirkungen-auf-mutter-kind>
- Schneider, Wolfgang & Lindenberg, Ulman. (2012). *Entwicklungspsychologie* (7., überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Simoni, Heidi. (2012). *Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten „Kindeswohl, Familie und Elternschaft“ im Fortpflanzungsmedizingesetz*. Gefunden am 18. Februar 2018 unter <file:///C:/Users/ninam/AppData/Local/Temp/gutachten-kindeswohl-heidi-simoni.pdf>
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2008). *Menschenrechte in ihrer Relevanz für die Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Oder: Was haben Menschenrechte überhaupt in der Sozialen Arbeit zu suchen?* Gefunden am 12. April 2018 unter <https://www.uni-siegen.de/zpe/projekte/menschenrechte/staubbmenschenrechtewidersprueche.pdf>
- Stieglitz, Rolf-Dieter, Freyberger, Harald J. & Mombour, Werner. (2002). Klassifikation und diagnostischer Prozess. In Harald J. Freyberger, Wolfgang Schneider & Rolf-Dieter Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie Psychotherapie Psychosomatische Medizin* (11., erweitert. Aufl.) (S. 17 – 31). Basel: Reinhardt Druck
- Thole, Werner. (Hrsg.). (2010). *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3., überarb. und erweit. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS
- Walter, Uta M. (2017). *Grundkurs methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wiessmann, Peter. (2002). *Case Management*. Gefunden am 23. Februar 2019 unter https://www.demenz-support.de/Repository/fundus_artikel_2003_5.pdf.pdf

Quellenverzeichnis

- Fachhochschule Nordostschweiz [FHNW]. (o.J.). *Schulsozialarbeit*. Gefunden am 21. Februar 2019 unter <http://schulsozialarbeit.ch/>
- Kinderrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989 (Stand am 25. Oktober 2016) (0.107)
- Kinderschutz Schweiz. (o.J.). *Früherkennung von Kindesmisshandlung*. Gefunden am 20. Mai 2018 unter <https://www.kinderschutz.ch/de/frueherkennung-von-kindsmisshandlung.html>
- Quali-Kita. (2014). *QualiKita-Handbuch. Standard des Qualitätslabels für Kindertagesstätten*. Gefunden am 07. Februar 2019 unter <https://www.quali-kita.ch>
- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation [WHO] vom 22. Juli 1946 (Stand am 08. Mai 2014) (0.810.1)

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Emotionale Instabilität – Manchmal weiss, manchmal schwarz
(Quelle: gefunden am 28. Februar 2019 unter
[https://gedankenwelt.de/manchmal-weiss-manchmal-schwarz-emotionale-
instabilitaet/](https://gedankenwelt.de/manchmal-weiss-manchmal-schwarz-emotionale-instabilitaet/))

Abbildung 1: Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung von Erik Erikson
(Quelle: Erikson, 1992, zit. In Sandera A. & Sandera M., 2016, S. 78)

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit:

dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift

Almens, 20. März 2019

Veröffentlichung Bachelorarbeit

Ich damit einverstanden, dass meine Bachelor Thesis bei einer Bewertung mit der Note 5.5 oder höher, für die Wissensplattform Ephesos zur Verfügung gestellt wird.

- ja**
- nein**

Unterschrift

Almens, 20. März 2019