

Autorin: Nadin Sandig

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. *Kapitel I: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung*
 - 2.1. Einordnung im ICD 10 und DSM IV
 - 2.2. Symptome und Verlauf
 - 2.3. Ursachen
 - 2.3.1. Individuelle Ursachen
 - 2.3.2. Familiäre Ursachen
 - 2.3.3. Gesellschaftliche Ursachen
 - 2.4. Physische und Psychische Folgen

3. *Kapitel II: Die Mutter-Kind-Bindung*
 - 3.1. Definition und Funktion der „Bindung“
 - 3.2. Bindungsverhaltensweisen beim Säugling/Kleinkind
 - 3.3. Grundlagen der Bindungstheorie
 - 3.4. Bindungsmuster
 - 3.4.1. Sichere Bindung
 - 3.4.2. Unsichere Bindung
 - 3.4.2.1. Unsicher-vermeidende Bindung
 - 3.4.2.2. Unsicher-ambivalente Bindung
 - 3.4.3. Desorganisierte Bindung

4. *Kapitel III: Auswirkungen der Borderline-Symptomatik auf die Mutter-Kind-Bindung*
 - 4.1. Folgen für die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung
 - 4.2. Folgen für die physische und psychische Entwicklung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren

5. *Kapitel IV: Interventionsmöglichkeiten in der Psychologischen Beratung*

5.1. Therapeutische Interventionen

5.2. Bindungsförderndes Training für Mutter und Kind

5.3. Grenzen der Arbeit

6. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine Form psychischer Erkrankungen ist als Begriff in unserer Gesellschaft bekannt. Darüber hinaus findet man unzählige Literatur zu den Symptomen, Ursachen und Therapiemöglichkeiten der Borderline-Erkrankung. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann sehr unterschiedlich in ihren Symptomen und Verläufen ausgeprägt sein. Gerade aus diesem Grund ist es spannend zu betrachten, welche Auswirkungen es auf die unmittelbare Umgebung hat, wenn eine Person Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufweist. Ganz speziell betrachte ich in meiner Arbeit die Auswirkungen, die auftreten, wenn eine Frau mit einer Borderline-Erkrankung ein Kind bekommt und sich zwischen Mutter und Kind die früheste aller Beziehungen entwickelt. Was bedeutet es für die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung, wenn die Mutter Symptome der Erkrankung zeigt? Kann dann überhaupt eine uneingeschränkt positive Bindung entstehen?

In der Literatur werden vorwiegend die Borderline-Persönlichkeitsstörung oder die Mutter-Kind-Bindung unabhängig voneinander thematisiert. Wenn die Folgen einer psychischen Erkrankung auf nahe Familienangehörige, wie beispielsweise Kinder, dargestellt werden, handelt es sich meist um Personen mit einer Depression oder Schizophrenie. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Konsequenzen für Familienangehörige werden kaum oder gar nicht behandelt. Darin sehe ich ein großes Defizit, da vor allem die Borderline-Erkrankung so facettenreich in ihrer Symptomatik und Ausprägung ist,

dass sie ohne Zweifel beeinträchtigende Folgen für die zwischenmenschlichen Beziehungen haben.

In meiner Diplomarbeit stelle ich zunächst in Kapitel I die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit ihren Symptomen, ihrem Verlauf, den Ursachen und physischen wie psychischen Folgen dar. Im Anschluss daran betrachte ich in Kapitel II die Mutter-Kind Bindung auf dem Hintergrund der Bindungstheorie nach John Bowlby und führe aus, welche Bindungsmuster bei gelungenem und nicht gelungenem Kontakt zwischen Mutter und Kind entstehen können. In Kapitel III führe ich meine Erkenntnisse aus Kapitel I und II zusammen und zeige zudem mit Hilfe eines Beispiels aus meiner Arbeit als Ambulante Erziehungshilfe für Familien und Kinder auf, welche möglichen Auswirkungen die Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Mutter-Kind-Bindung haben kann. Das dargestellte Praxisbeispiel hat mich auch motiviert diese Diplomarbeit unter dem ausgewählten Titel zu verfassen, da mich der Fall sehr bewegt und beeindruckt hat.

Zum Abschluss meiner Diplomarbeit nutze ich die zuvor erarbeiteten Feststellungen, um mich damit auseinanderzusetzen, was ich für eine Mutter mit Borderline-Symptomatik in der Praxis als Psychologische Beraterin tun könnte, damit sie die Beratung als unterstützend und hilfreich empfindet. Gleichzeitig möchte ich aber auch den vorhandenen Mutter-Kind-Kontakt als Psychologische Beraterin nicht aus den Augen verlieren und auch hier fördernd auf die Entwicklung einer positiven Mutter-Kind-Bindung ein- oder die Veränderung eines bereits negativ besetzten Mutter-Kind-Kontaktes bewirken.

2. Kapitel I: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Begriff „Borderline“ stammt aus dem Englischen und bedeutet übersetzt „Grenzlinie“ oder „Grenzland“. In den 30iger Jahren wurde der Begriff als Sammelbezeichnung für die Grenzfälle zwischen den Störungskategorien Neurose und Psychose verwendet. Patienten, die Merkmale beider psychiatrischer Störungskategorien aufwiesen, wurden der Borderline-Störung diagnostisch zugeordnet.

In den 60iger Jahren gab es erste Theorien zum Hintergrund der Borderline-Störung. Festgestellt wurde, dass es eine klar abgrenzbare Borderline-Erkrankung nicht gibt, sondern eher mehrere Merkmale, die charakteristisch für die Borderline-Störung sind und mehr oder weniger stark ausgeprägt sein können (Möhlenkamp, 2004). Da sich eine solche Störung über einen langen Zeitraum entwickelt, wurde damit begonnen die Borderline-Störung als Persönlichkeitsstörung zu betrachten.

Unter der Persönlichkeit versteht man „...die für jeden Menschen einzigartige Konstellation von Emotionen, Denk- und Verhaltensweisen, die eine Person ausmachen...“ (Wittchen, 1998, S. 419). Die Persönlichkeit eines Menschen gestattet es in der Gesellschaft, im Miteinander mit anderen zu funktionieren, zu wachsen und sich an das Leben anzupassen. Wenn sich jedoch die Persönlichkeit eines Menschen in Teilbereichen nicht ausreichend entwickeln konnte, erscheinen bestimmte Handlungen oder Reaktionen für andere nicht nachvollziehbar oder unangemessen. Die Person hat dann auf Grund ihrer nicht ausgereiften Persönlichkeit Schwierigkeiten den Anforderungen

der Umwelt gerecht zu werden und sich entsprechend anzupassen. Unangenehme Situationen häufen sich und das eigene Verhalten wird von den Betroffenen als störend empfunden.

Erst wenn ein Persönlichkeitsmerkmal zu dauerhaften Problemen im Umgang mit der Umgebung führt, spricht man von einer Störung. Es kommt zu Beeinträchtigungen im persönlichen, sozialen und beruflichem Bereich.

Eine Persönlichkeitsstörung liegt somit dann vor, „...wenn die durchgängigen und dauerhaften Denk-, Verhaltens- und Wahrnehmungsmuster und Gefühle eines Menschen unflexibel und fehlangepaßt sind“ (Wittchen, 1998, S. 419).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist also zusammenfassend Merkmale der Neurose und Psychose auf, ist jedoch als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild zu verstehen und die Betroffenen zeigen Charakter- bzw. Persönlichkeitseigenschaften, die für ihre Umgebung schwer nachvollziehbar und situativ unangemessen erscheinen.

2.1. Einordnung im ICD 10 und DSM IV

Die beiden Hauptklassifikationssysteme für die Einordnung von psychischen Erkrankungen bzw. Störungsbilder sind das ICD 10 (= International Classification of Diseases), eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation und das DSM IV (= Diagnostic and Statistical Manual), das psychische Störungen nach der American Psychiatric Association einteilt.

Im ICD 10 ist die Borderline-Störung den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet, insbesondere den „emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen“. Das ICD 10 betont dabei als Hauptcharakterium der Borderline-Störung die emotionalen Stimmungsschwankungen der Betroffenen. Die emotionale Instabilität wird somit in den Vordergrund gestellt. Darüber hinaus wird auch die Impulsivität als diagnostisches Kriterium hervorgehoben. Zu dieser Impulsivität gehören Reaktions- und Verhaltensweisen, die auf mangelnde Impulskontrolle und Affektsteuerung hinweisen sowie leichte Erregbarkeit der Betroffenen bis hin zu gewalttätigem Verhalten (Schäfer & Rüther & Sachsse, 2006). Das DSM IV definiert die Grundzüge der Borderline-Persönlichkeitsstörung als „...ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“ (Schäfer & Rüther & Sachsse, 2006). Es müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien bzw. Merkmale gegeben sein, damit eine Borderline-Störung diagnostiziert werden kann:

1. Verzweifelte Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen werden zu vermeiden
2. ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgaben, Sexualität, Fressanfälle etc.)
5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbsttötungsandeutungen oder –drohungen oder selbstverletzendes Verhalten
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
7. chronisches Gefühl der Leere
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren
9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (Rahn, 2001).

Wird eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, hat dies den Vorzug, dass der Betroffene einen Namen an die Hand bekommt, wodurch er sein bisher erlebtes Diffuses einordnen und sich selbst um Informationen und professionelle Hilfe bemühen kann. Allerdings birgt die Feststellung einer solchen Diagnose auch die Gefahr der Stigmatisierung und Ausgrenzung des Betroffenen. Bei Meidung oder Rückzug anderer wird das ohnehin schon beeinträchtigte Selbstwertgefühl des Patienten noch zusätzlich geschädigt, die Gefahr von Selbsttötungsabsichten oder-versuchen steigt an. Daher ist es wichtig, dass mit der Feststellung der Diagnose der Umgang des Betroffenen mit einer solchen Botschaft sensibel und feinfühlig begleitet und angeleitet wird.

2.2. Symptome und Verlauf

Wie schon anhand der Kriterien des DSM IV zur Borderline-Persönlichkeitsstörung festzustellen ist, sind die Symptome der psychischen Störung umfangreich und können individuell unterschiedlich ausgeprägt sein.

Als ein wesentliches Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist der problematische Umgang mit Gefühlen, eine Störung der Gefühlsregulation, zu benennen. Bei Borderline-Patienten besteht eine niedrige Reizschwelle für interne und externe Reize durch ein erhöhtes Erregungsniveau. Sie haben Schwierigkeiten ihre Gefühle auf das emotionale Ausgangsniveau zurück zu bilden. Darüber hinaus können sie Gefühle nicht differenziert wahrnehmen, sondern erleben sie als lange Spannungszustände

(Schäfer & Rüter & Sachsse, 2006). Diese langen Spannungszustände werden für die Patienten als kaum aushaltbar und beeinträchtigend empfunden. Daher haben die meisten Betroffenen den Wunsch die Spannungszustände zu verringern und abzubauen. Entsprechend der Intensität der Reaktionen auf Gefühle sind auch die Verhaltensweisen der Borderline-Patienten. Es sind oftmals Reaktions- und Verhaltensweisen, die Außenstehende ärgern und verletzen. Gefühle helfen grundlegend in Situationen angemessen und zielgerichtet zu reagieren, da durch sie Verhaltensprogramme aktiviert werden (Rahn, 2001). Da die Reaktions- und Verhaltensweisen der Borderline-Betroffenen meist unangemessen und überzogen auftreten, verlieren die Patienten auch den Glauben an und in die eigenen Gefühle und die Wahrnehmung von richtig und falsch, was wiederum zu einer starken Verunsicherung führt und das Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Verbunden mit einer starken Sensibilität gegenüber Gefühlen, haben Borderline Patienten auch intensive Gefühlsschwankungen. Diese können zwischen Liebe und Hass schwanken, Grautöne werden nicht zugelassen.

Neben den Schwierigkeiten der Affektregulation und des Umgangs mit Gefühlen weisen Borderline-Patienten ein Muster instabiler zwischenmenschlicher Beziehungen auf. Ihre Beziehungen sind gekennzeichnet von einem raschen Wechsel des intensiven Engagements und eisiger Gleichgültigkeit (Oldham & Skodol, 1998, S. 207). Borderline-Patienten wünschen sich auf der einen Seite einen Partner, der ihnen Wertschätzung und Selbstachtung geben soll und erwarten von ihm unerschöpfliche Liebe und Nähe, um ihr eigenes Gefühl der Leere zu füllen. Auf der anderen Seite führt das Wahrnehmen von Nähe zu Gefühlen der Schuld, Scham und Angst und sie verhalten sich so, dass der Partner sich abgestoßen fühlt.

Da Borderline-Betroffene eine solch geringe Selbstachtung haben, dass sie nicht glauben können, dass ein anderer sie liebt, vermuten sie, dass ihr Partner sie verlassen wird. Infolge dieses real existierenden oder vermuteten Verlassenwerdens neigen Borderline-Betroffene zu verzweifelten Bitten und Anklammern, aber auch zu heftigen Wutausbrüchen (Schäfer & Rüter & Sachsse, 2006).

Sie können nicht über Verlassenheitsängste sprechen, sondern zeigen diese eher in unangemessenem, wütendem Verhalten.

Einhergehend mit den Schwierigkeiten der Ausbalancierung von Nähe und Distanz in Beziehungen, fällt es Borderline-Patienten schwer positive und negative Eigenschaften bei sich selbst und anderen zu vereinbaren. Sie tendieren eher dazu stark zu polarisieren und schwarz-weiß- sowie entweder-oder-Kategorien zu bilden. Dahinter steckt das starke Bedürfnis nach Klarheit und Eindeutigkeit, das im chaotischen und verwirrten Lebensalltag der Betroffenen untergeht.

Ein weiteres Symptom der Borderline-Erkrankung ist die Störung der Identität der Betroffenen. Identität ist eng verbunden mit dem Selbstbild, also mit dem Bild, dass die Person von sich selbst hat und was andere Bezugspersonen der Person zurück melden, wie sie ist oder wirkt. Das Selbstbild ist Veränderungen unterworfen, wobei ein Gefühl der Sicherheit durch ausgeprägtes Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein die Grundlage dafür darstellt, dass die Person Entwicklungsschritte vollziehen kann (Rahn, 2001). Da das Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen der Borderline-Betroffenen häufig beeinträchtigt und gestört sind, sind auch entscheidende Entwicklungsschritte in Bezug auf die Identität der Betroffenen nicht ohne Einschränkungen möglich. Borderline-Patienten erleben oftmals kein eigenes Selbst, wissen gar nicht, wer sie überhaupt sind. Dadurch, dass sie sich nicht auf ihre Gefühle und die damit verbundenen Reaktionen und Verhaltensweisen verlassen können, haben sie das Gefühl Opfer ihres eigenen Verhaltens zu sein, auf das sie augenscheinlich keinen Einfluss zu haben scheinen. Sie erleben sich selbst in unterschiedlichen Situationen oft in verschiedensten, widersprüchlichen Verhaltensmustern. Es fehlt an Kontinuität in ihrem Selbstbild.

Ein Borderline-Patient zeigt auch häufig das Symptom der Dissoziation. Der Begriff der Dissoziation bedeutet „Trennung“ und kann sich durch die Depersonalisation, also das Verlassen des eigenen Körpers oder durch die Derealisation, das Verlassen der Realität, äußern. Bei der Dissoziation werden besonders belastende Empfindungen abgeschaltet, bestimmte Erinnerungen oder Wahrnehmungen werden vom Bewusstsein abgetrennt. Von außen wirkt die betroffene Person so, als ob sie plötzlich und ohne Kontrolle darüber zu haben aus der Interaktion aussteigt. Dies kann für Außenstehende sehr irritierend und nicht nachvollziehbar wirken (Möhlenkamp, 2004). Häufig haben Borderline-Patienten mit dissoziativen Symptomen in ihrer Vergangenheit ein schweres Kindheitstrauma, wie sexueller Missbrauch, Deprivation oder schwere körperliche Misshandlung erlebt. Die Dissoziation diente in der Kindheit als Schutzfunktion, um die schwer aushaltbaren Situationen zu ertragen. In der Gegenwart haben sie oftmals den Zweck das Wiedererleben der traumatischen Erlebnisse zu verhindern.

Die Chance auf eine völlige Heilung der Borderline-Störung ist eher gering. Die Prognose ist umso schlechter, je früher und je intensiver die Störung ausbricht. Heute ist davon auszugehen, dass bei rund 10 % der Borderline-Persönlichkeiten die Störung im Laufe der Zeit so weit zurückgeht, dass die Diagnose Borderline nicht mehr zutrifft, obwohl die meisten Betroffenen nach wie vor Symptome einer leichten Persönlichkeitsstörung zeigen. Viele Borderline-Patienten führen (gegebenenfalls mit Unterstützung einer begleitenden Psychotherapie) ein über weite Strecken relativ "normales" Leben. Dabei können aber immer wieder auch stationäre Therapien notwendig werden. Eine besondere Gefahr ergibt sich für Borderline-Persönlichkeiten aus ihrer Neigung zu

selbstschädigendem Verhalten. So können z. B. massiver Alkohol-/ Drogenmissbrauch, Essstörungen, Selbstverletzungen oder Suizidversuche immer wieder die Gesundheit oder sogar das Leben der Betroffenen gefährden.

2.3. Ursachen

Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist bedingt durch mehrere Einflussfaktoren. Es gibt nicht die eine Ursache für die Entstehung einer Borderline-Störung, vielmehr müssen mehrere Faktoren zusammen kommen, so dass die Entwicklung einer solchen Störung wahrscheinlich wird.

Die Entwicklung der Persönlichkeit ist von mehreren Faktoren abhängig: Veranlagung, biologischen Grundlagen, soziale Erfahrungen und damit verbundenen psychischen Verarbeitungsprozesse sowie belastende Lebensereignisse und deren Bewältigung (Schäfer & Rüter & Sachsse, 2006). Da es sich bei der Borderline-Störung um eine Persönlichkeitsstörung handelt, liegt nahe, dass die Entwicklung der Persönlichkeit in mindestens einem Einflussfaktor gestört worden ist und sich daher nicht adäquat entwickeln konnte. Eine Persönlichkeitsstörung entsteht im Wechselspiel zwischen Umwelt und Persönlichkeitseigenschaften.

Insgesamt ist somit ein multifaktorielles Modell der Entstehung der Borderline-Störung anzunehmen, das heißt die Borderline-Erkrankung ist als Ergebnis einer Vielzahl von Faktoren der Entgleisung der Entwicklung zu betrachten.

Im Folgenden werden nun einzelne Risikofaktoren aufgeführt, die einzeln betrachtet keine Borderline-Erkrankung verursachen. Kommen jedoch mehrere Risikofaktoren zusammen, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Borderline-Störung entwickeln kann.

2.3.1. Individuelle Ursachen

Ein individuell bedingter Risikofaktor, der für die Entwicklung einer Borderline-Störung mitverantwortlich sein kann, ist eine angeborene nervöse Schwäche, eine bestimmte Verwundbarkeit, die so genannte „Vulnerabilität“. Das heißt der Säugling ist von Geburt an unruhig, leicht ablenkbar, schwer zu beruhigen und in seiner weiteren Entwicklung zeigt er impulsives Verhalten (Möhlenkamp, 2004). Andere Autoren sprechen hierbei von einem schwierigen Temperament des Säuglings von Beginn an. Das Temperament ist „...die anlagebedingte Neigung eines Menschen..., die sein Verhalten, seine Affekte und seine Interaktionsmöglichkeiten auf Umweltreize beding“ (Schäfer & Rüter & Sachsse, 2006, S.51). Die betroffenen Kinder haben einen instabilen Schlaf-Wach-Rhythmus und zeigen bei Veränderungen Umstellungs- und Anpassungsprobleme. Für Eltern ist ein Kind mit einem schwierigen Temperament nicht unproblematisch. Für

diese Kinder ist ein Erziehungsverhalten erforderlich, das von stärkerer Grenzsetzung und großer Aufmerksamkeit geprägt ist. Sind Eltern dazu nicht in der Lage und überfordert mit dem Verhalten ihres Kindes, so steigt die Gefahr, dass die Kinder von ihren Eltern schlechter behandelt, ggf. misshandelt oder vernachlässigt werden. Diesen weiteren Risikofaktor werde ich im nächsten Punkt „familiäre Ursachen“ näher erläutern. Rahn (2001) verweist in seinem Buch noch auf einen weiteren individuellen Risikofaktor: die vererbte emotionale Instabilität. Emotionale Instabilität führt zur Ausbildung von inadäquaten Gefühlen. Dabei kommt es zu dem schon erwähnten Symptom, dass für den Borderline-Patienten Gefühle und Situationen nicht zusammen passen und er in Folge dessen unter großer Verunsicherung leidet und glaubt, Situationen nicht richtig einschätzen zu können.

Auch die Neurobiologie hat in den letzten Jahren verstärkt Untersuchungen in Bezug auf die zentralen Symptome der Borderline-Störung impulsive Aggressionen, fehlende Wutkontrolle und affektive Instabilität unternommen. Dabei wurde festgestellt, dass es bei impulsiv-aggressivem Verhalten zu Störungen im serotonergem System kommt. Serotonin ist ein Botenstoff, der für Informationsübertragung im Gehirn zuständig ist. Auch für Regulierung der Gefühle ist das serotogene System zuständig. Kommt es zu einer Unterversorgung des Botenstoffs sind aggressives und impulsives Verhalten die Folge (Schäfer & Rüter & Sachsse, 2006).

2.3.2. Familiäre Ursachen

Risikofaktoren, die in Hinblick auf die familiären Umstände die Ausprägung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit bedingen können, sind unter dem Oberbegriff „unzuverlässiges, unberechenbares Erziehungsverhalten“ zusammenzufassen. Zu diesem Erziehungsverhalten gehört beispielsweise inkonsequentes und unvorhersehbares Verhalten der Eltern gegenüber dem Kind, wenn maßlose Bestrafung sich mit großer Fürsorglichkeit abwechselt (Rahn, 2001). Das Vertrauen des Kindes in eine kontinuierliche, liebevolle und verlässliche Beziehung zu ihren Eltern oder zu einem Elternteil ist dementsprechend gestört und somit auch die Grundlage, dass das Kind ohne Angst und Unsicherheit soziale und emotionale Fertigkeiten erlernt. Ein weiteres Merkmal des oben beschriebenen Erziehungsverhaltens der Eltern, das sich beeinträchtigend auf das Kind auswirkt, ist der unangemessene Umgang mit Bedürfnissen, Gefühlen und Beziehungen des Kindes. Borderline-Patienten wurden in ihrer Kindheit in der Wahrnehmung ihrer Gefühle und Eindrücke oftmals nicht unterstützt und bestätigt. Vielmehr wurde ihr Empfinden als falsch, übertrieben oder unangemessen interpretiert. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Kind Angst empfindet und das auch ausdrückt, von den Eltern aber die Rückmeldung bekommt, es könne gar nicht sein,

dass es Angst habe. Das Kind entwickelt so kein Vertrauen in die eigenen Gefühle. Ein solcher Verhaltensstil wird als "invalidierendes Umfeld" bezeichnet. Invalide beutet ungültig oder nicht wahrhaben wollen. Kinder, die diese Erfahrungen in ihrer Kindheit machen, lernen nicht, wie sie die eigenen Gefühle wahrnehmen, benennen oder regulieren können. Die stärkste Ausprägung des genannten Erziehungsverhaltens ist es, wenn die Eltern ihr Kind physisch oder psychisch vernachlässigen oder sie schwer traumatisieren, wie beispielsweise durch Missbrauch in den verschiedensten Formen. Meist versuchen Eltern durch diese Handlungen ihre eigenen Unzulänglichkeiten oder ihre Überforderung zu kompensieren. Häufig leiden Eltern von Borderline-Betroffenen selbst an Störungen der Impulskontrolle, Depressivität oder einer Abhängigkeitserkrankung.

Möhlenkamp (2004) sieht einen weiteren Risikofaktor innerhalb der Familie in der frühen Störung der Mutter-Kind-Beziehung. Psychoanalytisch erklärt bedeutet dies, dass ein Kind kaum oder gar nicht in der Lage war, sein Ich und seine Objektbeziehungen zu entwickeln, da die unabdingbare erste Beziehung zwischen Mutter und Kind (Symbiose), die für eine positive Entwicklung Grundvoraussetzung ist, nicht vorhanden war oder zustande kam. Somit kann auch kein „Urvertrauen“ entstehen. Dem Säugling fehlte bereits in den ersten Lebensmonaten die notwendige, stützende Umgebung und auch die Pflegeleistungen der Mutter waren nicht in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des Kindes. Durch fehlendes Einfühlungsvermögen etc. der Mutter konnte das Kind keine Verhaltensweisen aufbauen, die es befähigt hätten, unangenehme Erfahrungen (wie z.B. das Getrenntsein) zu akzeptieren. Da der Säugling von seiner Mutter abhängig ist, ist dies für ihn eine existentielle Bedrohung. Versucht das Kind sich dann später loszulösen und ein eigenes Ich zu entwickeln, gibt es kein gutes, schützendes Mutterbild, auf das es zurückgreifen könnte, sondern lediglich ein Muster von schlechten Erfahrungen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass dadurch, dass sich Eltern selten oder gar nicht um das Kind kümmerten und/oder den Gefühlen des Kindes sowie seinen Erfahrungen nicht genug Aufmerksamkeit widmeten bzw. diese nicht achteten, das Kind kein positives, stabiles Ich-Gefühl entwickeln konnte, so dass ein ständiges, intensives Bedürfnis nach Bindung und die chronische Angst verlassen zu werden entsteht.

2.3.3. Soziale Ursachen

Zu den sozialen Ursachen bzw. Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass sich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ausbildet, zählen insbesondere traumatische Erlebnisse und Erfahrungen. Zu diesen traumatischen Erlebnissen gehören

Vernachlässigung, physische und psychische Misshandlung sowie sexueller Missbrauch.

Es ist auffällig, dass ca. 70% der Frauen und 45% der Männer, die an einer Borderline-Störung leiden, in ihrer Kindheit Opfer von sexuellem Missbrauch wurden (Schäfer & Rüter & Sachsse, 2006).

Für ein Kind ist es von existentieller Bedeutung, dass es Vertrauen entwickeln kann. Gewalt und sexueller Missbrauch verhindern oder zerstören dieses Vertrauen, denn das Kind ist dem, ihm überlegenen, Täter hilflos ausgeliefert und kann sich nicht wehren. Der Missbrauch und die Gewalt verletzen das Kind in seiner Selbstbestimmung und Identitätsentwicklung. Die emotionale Verletzung hat beträchtliche Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung. Die Erfahrung des hilflosen Ausgeliefertseins führt im Erwachsenenalter dazu, dass die Borderline-Patienten bestrebt sind, Situationen und Personen kontrollieren zu wollen, um weitere Verletzung zu vermeiden. Gefühle in Zusammenhang mit Missbrauch und Gewalt werden unterdrückt bzw. abgespalten, damit sie nicht mehr erlebt werden müssen. Sie können aber in der Gegenwart, vor allem in Stresssituationen, wieder zurückkehren.

Aber nicht jeder Mensch, der ein Trauma erlitten hat, entwickelt eine Borderline-Störung und nicht jeder von Borderline Betroffene hat ein Trauma erlebt. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass ein Kind, das mehrere traumatische Erfahrungen und Belastungssituationen erlebt hat, mit sehr großer Wahrscheinlichkeit als Erwachsener ernsthafte psychische Probleme haben wird. Dabei spielen aber auch Schutzfaktoren eine entscheidende Rolle. Je mehr Schutzfaktoren, wie beispielsweise Großeltern oder andere unterstützende Bezugspersonen, Intelligenz oder attraktives Äußeres vorhanden sind, umso mehr ist das Kind in der Lage Belastungen und negative Lebensereignisse zu bewältigen. Daher muss sich nicht nach einem traumatischen Ereignis automatisch eine Borderline- oder andere Persönlichkeitsstörungen entwickeln.

2.4. Physische und psychische Folgen

Unter einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu leiden, bedeutet für die Betroffenen unter ständiger Hochspannung zu stehen, das Gefühl zu haben die eigenen Gefühle nicht kontrollieren zu können und nicht zu wissen, wer man eigentlich ist.

Dies hat langfristig weitreichende Folgen für Körper und Seele. Viele Borderline-Patienten leiden durch die enorme Anspannung und das anschließende Gefühl der Leere unter Depressionen, Schlafstörungen und Alpträumen (Möhlenkamp, 2004). Sie entwickeln große Ängste vor Kontrollverlust bei der Steuerung der Affekte, bei Phantasien oder von ihrer Wut überwältigt zu werden. Außerdem haben sie Angst vor dem

Verlassen werden, vor dem Alleinsein und vor dem Selbstverlust. Dadurch, dass Borderline-Betroffene das Gefühl haben ihre Affekte nicht kontrollieren zu können oder andere vor den Kopf zu stoßen, ziehen sie sich vor ihren sozialen Bezugssystemen zurück und vermeiden den Kontakt mit ihnen wichtigen Personen.

Eine weitere physische und psychische Folge der Borderline-Erkrankung ist die Flucht in Abhängigkeitserkrankungen, wie die Abhängigkeit von Alkohol oder verbotenen Drogen sowie Essstörungen. Der Konsum der Substanzen hat für die Betroffenen die Funktion die Gefühle der Anspannung, aber auch der inneren Leere, Langweile und Depressivität zu verringern. Sie fühlen sich nach Einnahme der Stoffe entspannter, vitaler und zufriedener. Essstörungen, wie Magersucht und Bulimie, haben dagegen die Funktion den Borderline-Patienten das Gefühl der Kontrolle über ihren Körper zurück zugeben und unangenehme Empfindungen, wie Einsamkeit, Angst und Selbstunsicherheit in den Hintergrund treten zu lassen (Möhlenkamp, 2004).

Eine weitere schwer schädigende Folge für Körper und Seele bei Borderline-Betroffenen ist die Selbstverletzung und Selbsttötung. Selbstverletzendes Verhalten kompensiert in Bezug auf die Symptome der Borderline-Erkrankung die dissoziativen Phänomene. Oft geht der Selbstverletzung ein veränderter Bewusstseinszustand voraus, der durch das selbstverletzende Verhalten beendet wird. Vor der Selbstverletzung fühlen sich die Betroffenen meist unter Druck gesetzt. Dieser Druck wird in Folge der Selbstverletzung abgebaut, die Betroffenen fühlen sich entspannter. Durch die Selbstverletzung werden körpereigene Morphine ausgeschüttet, die für eine bestimmte Zeit schmerzunempfindlich machen und beruhigen. Die häufigste Art der Selbstverletzung ist das Schneiden mit Gegenständen, wie Scherben, Messern und Scheren (Schäfer & Rüther & Sachsse, 2006). Die selbstschädigenden Verhaltensweisen können nicht nur auf den Körper beschränkt sein, sondern sich auch durch Diebstähle, vermehrte Geldausgaben oder riskante Sexualität äußern.

Die Selbsttötungsabsichten entstehen meist aus Belastungssituationen oder Erfahrungen des Zurückgewiesenwerdens. Häufig schaffen es die Betroffenen nicht ihre Suizidimpulse zu kontrollieren. Suizidgedanken oder suizidale Handlungen sind oftmals mit Stresssituationen verbunden, wobei bei den Betroffenen der Eindruck entsteht, sie könnten damit die inneren Spannungszustände abbauen.

3. Kapitel II: „Die Mutter-Kind-Bindung“

Mutter und Kind – was zwischen ihnen schon mit der Entwicklung des Embryonen im Mutterleib entsteht, ist einzigartig und mit keiner anderen menschlichen Beziehungskomponente vergleichbar. Wie wichtig diese erste Bindung des Kindes an einen anderen Menschen ist, haben in den letzten Jahrzehnten viele Wissenschaftler, Psychotherapeuten etc. versucht zu beweisen. Besonders gut und nachhaltig ist dies John Bowlby gelungen. Daher werde ich nun in den nachfolgenden Punkten seine bindungstheoretischen Annahmen in den Mittelpunkt setzen und die Konsequenzen darstellen, die seine Theorien für Wissenschaft und Praxis hatten und haben.

3.1. Definition und Funktion von „Bindung“

Eine Bindung bezeichnet ein tiefes sozial-emotionales Beziehungs- und Verhaltenssystem und beschreibt die Natur der sozialen Beziehungsorganisation eines Kindes zu seinen primären Bezugspersonen (Schmidt-Denter, 1996, S. 29; Völker, 2000, S.14). Bindung ist die emotionale, tief verankerte und langandauernde Beziehung eines Kindes zu seinen Hauptbetreuerpersonen. Eine Bindung setzt „... ein durch spezifische Faktoren gesteuertes starkes Kontaktbedürfnis gegenüber bestimmten Personen voraus und stellt ein dauerhaftes, weitgehend stabiles und situationsunabhängiges Merkmal des Bindungsstrebenden dar“ (Bowlby, 1995, S.37). Weiterhin kann unter

Bindung ein lang andauerndes affektives Band zu Bezugspersonen verstanden werden (Schmücker & Buchheim, 2002). Bindung hat die Funktion dem Kind in emotional belastenden Situationen oder wenn seine eigenen Ressourcen erschöpft sind ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Fühlt sich ein Kind sicher gebunden, so hat es Vertrauen zur Bindungsperson, verlässt sich auf deren Verfügbarkeit in schwierigen oder ängstigenden Situationen und ist sich der Fürsorge der Bindungsperson sicher. Darüber hinaus soll das Bindungsverhalten des Kindes seine Versorgung und Pflege gewährleisten und Hilfe beim Lernen garantieren.

3.2. Bindungsverhaltensweisen beim Säugling / Kleinkind

Bindungsverhaltensweisen sind all die Verhaltensweisen des Kindes, die es dem Säugling bzw. Kleinkind ermöglichen mit einer Bezugsperson in Kontakt zu treten, den Kontakt aufrecht zu erhalten und mit der Bezugsperson zu kommunizieren. Es sind Verhaltensweisen, die sowohl auf Seiten des Kindes, als auch der Mutter das soziale Beziehungssystem konstituieren (Schmidt-Denter, 1996, S. 28ff). Schon von Geburt an ist der Säugling mit einem Repertoire an Verhaltensweisen ausgestattet, die ihm die Kontaktaufnahme und Interaktion mit anderen ermöglichen. Zu diesen Verhaltensweisen gehören unter anderem das Saugen, Anklammern, Nachfolgen, Schreien und die Lautäußerungen (Schmidt-Denter, 1996). Diese Verhaltensweisen sind eine Klasse von bedingt austauschbaren und variablen Reaktions- und Handlungsweisen oder Signalen, die das Kind mit seiner Bindungsperson in Verbindung bringen und halten sollen (Grossmann & Grossmann, 1994). Das Kind macht somit Bezugspersonen in der näheren Umgebung auf sich aufmerksam und fordert ein, dass sich die Person um seine Bedürfnisse kümmert und sorgt. Besonders das Schreien und Weinen als Bindungsverhaltensweisen stellen eine Bindungsaktivität dar, die eingesetzt wird, wenn sich der Säugling oder das Kleinkind vor einer befürchteten oder real einsetzenden Trennung ängstigt.

Die Mutter reagiert auf die Verhaltensweisen des Säuglings ihrerseits mit bestimmten Verhaltensmustern, die im Wesentlichen aus der primären Pflege, dem Körper- und Blickkontakt sowie der Körper- und Objektstimulation bestehen. Die Häufigkeit, Intensität und Angemessenheit dieser mütterlichen Verhaltensmuster ziehen entscheidende Konsequenzen für die kindliche Entwicklung nach sich und bestimmen nachhaltig die Qualität der Mutter-Kind-Bindung. Voraussetzungen für eine gelingende Mutter-Kind-Interaktion, die sich folglich auch positiv auf die Mutter-Kind-Bindung auswirken, sind neben den mütterlichen Instinkten und der Feinfühligkeit auch die Empathie. Unter Empathie versteht man ein Einfühlen, ein Sich hineinversetzen in die Gefühls- und Gedankenwelt des anderen (Stumm, 2002). Eine Mutter sollte in der Lage sein, sich em-

pathisch in ihr Kind hineinzusetzen, um dessen Bedürfnisse erkennen und befriedigen zu können. Empathie und Wärme können sich über den mimischen Ausdruck oder über den empathischen Affekt der Stimme äußern. Ist eine Mutter empathisch, erleichtert dies dem Kind die Identifikation mit dem Elternteil und die Akzeptanz von vermittelten Werten und Normen (Keller, 2001). Auch durch den körperlichen Kontakt wächst die Beziehung und Bindung zwischen Mutter und Kind. Beispielsweise spürt der Säugling durch das Tragen auf dem Arm, dass es geliebt wird. Reagiert die Mutter oder eine andere Bindungsperson, vorzugsweise der Vater, angemessen, liebevoll und verlässlich auf die Signale des Säuglings / Kleinkindes, so „belohnt“ es die Bindungsperson mit Lächeln, Blickkontakt oder Sprache in Form von Plappern auf die erfolgreiche Zuwendung.

Es ist wichtig für Eltern, dass sie in der Lage sind ihr Kind vor allem in Situationen des Schreiens und Weinens beruhigen zu können, da sie sonst an Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Souveränität verlieren. Dies wirkt sich wiederum negativ auf die Kommunikation mit ihrem Kind aus und es beginnt noch mehr zu schreien und zu weinen. Ein Teufelskreis entsteht, der sich nicht förderlich für eine sichere Eltern-Kind-Bindung auswirkt. Daher benötigen vor allem Eltern mit so genannten „Schreibabys“ ein hohes Maß an Unterstützung und Anleitung, um die Signale ihres Kindes richtig zu deuten und den starken Bedürfnissen ihres Kindes gerecht zu werden.

3.3. Grundlagen der Bindungstheorie

„Die Bindungstheorie und die Bindungsforschung befassen sich mit der Psychologie von den besonderen Beziehungen zwischen Bindungspersonen und ihren Kindern“ (Grossmann, 2004).

Die Bindungstheorie ist eine empirisch entwickelte Theorie, deren Entstehung auf der Beobachtung konkreten Verhaltens beruht. Der Focus liegt dabei grundsätzlich auf der Interaktion zwischen Kindern und ihren zentralen Bezugspersonen und damit dem engen Wechselspiel gegenseitiger Beeinflussung im frühen Kontakt. Dabei fragt die Bindungstheorie nach den Ursachen für bestimmte spätere Verhaltens- und Reaktionsmuster und nach dem „Wie“, das heißt den Bedingungen für ihre Entstehung. Die Bindungstheorie bleibt bei diesem Forschungsschwerpunkt und der Bedeutung, die sie diesen frühen Interaktionserfahrungen beimisst, einer zentralen psychoanalytischen Grundannahme verbunden: Der Beeinflussung wichtiger Beziehungen im späteren Erwachsenenleben und der seelischen Gesundheit durch die frühkindliche Entwicklung.

Die Bindungstheorie wurde von dem englischen Psychiater John Bowlby entwickelt. Er war Psychoanalytiker und führte seine Lehranalyse bei einer Kinderanalytikerin durch.

Bowlby stellte zentrale Hypothesen zur besonderen Beziehung von Kindern zu ihren Bindungspersonen auf (Grossmann, 2004). Für Bowlby stellte sich das Problem der empirischen Überprüfbarkeit der Erkenntnisse der Psychoanalyse. In diesem Sinne brach Bowlby mit der klassischen Psychoanalyse, indem er sich um die empirische Verifikation seiner Annahmen und Behauptungen bemühte. Nach Bowlby ist jeder Mensch mit mehreren Verhaltenssystemen ausgestattet. Diese Verhaltenssysteme sind aus der Evolution hervorgegangen. Dazu gehört beim Kind das System des Bindungsverhaltens (Lächeln, Nachfolgen, Anklammern) und beim Erwachsenen komplementär dazu das Fürsorgeverhalten. Das Bindungsverhalten wird aktiviert, wenn die Bezugsperson fortgeht, weg oder zu weit entfernt ist und sich das Kind in Folge dessen allein und verunsichert fühlt (Dornes, 2007). Das Ziel des Bindungsverhaltenssystems des Kindes ist es, dass die Hauptbezugsperson in der Nähe bleibt, um dem noch unreifen und hilflosen Kind Schutz sowie Hilfe beim Lernen geben zu können (Grossmann & Grossmann, 1994). Von Geburt an findet ein emotionaler Austausch zwischen Mutter und Säugling statt, der wesentlich die kognitive und soziale Entwicklung des Kindes mitbestimmt. Dabei sind „Mutter und Säugling...beide aktive Partner, die...die Interaktion gegenseitig bestimmen“ (Schmücker & Buchheim, 2002, S. 173). Aus den kommunikativen Erfahrungen des Kindes mit seinen Hauptbezugspersonen (meist die Mutter) entsteht im Laufe des ersten Lebensjahres bei ihm ein Gefühl der Gebundenheit, das qualitativ unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Die Bindungsqualität ist abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes, von seinen spezifischen Erfahrungen mit den Bezugspersonen und dem Vertrauen in die Erreichbarkeit der Bezugspersonen. Bowlbys bindungstheoretische Hypothese in ihrer empirisch überprüfaren Form beinhaltet, dass ein Kind, das eine klare, offene und in sich stimmige Kommunikation mit seiner Mutter erlebt, für sich ein Kommunikationsmuster entwickelt, das ebenso offen, klar und in sich stimmig ist. Die frühe Kommunikation zwischen Mutter und Kind bestimmt demzufolge die Bindungsqualität zwischen Mutter und Kind. Das Kind abstrahiert die erlebten Bindungserfahrungen und repräsentiert diese in einem inneren Arbeitsmodell. Dieses Prinzip hat weitreichende Konsequenzen für die Verinnerlichung von bindungsrelevanten Interaktionen und Ereignissen (Schmücker & Buchheim, 2002). Das Bindungssystem stellt nach Bowlby ein eigenständiges Motivationssystem dar, unabhängig von sexuellen oder aggressiven Triebbedürfnissen.

Mary D.S. Ainsworth war in den 50iger Jahren Mitglied in Bowlbys Forschungsteam und begann danach ihre eigenen Beobachtungen auf der bindungstheoretischen Grundlage. Mary Ainsworth hat Bowlbys Bindungskonzept aufgegriffen, und es in doppelter Weise empirisch umgesetzt: In ihrer Uganda-Studie untersuchte sie die unterschiedlichen Stile des feinfühligem Umgangs von Müttern mit ihren Babys und setzte

sie mit entsprechenden Reaktionen der Kinder in alltäglichen Trennungssituationen in Beziehung. Die elterliche Feinfühligkeit ist „...eine fest verschaltete Reaktionsbereitschaft aus Aufmerksamkeit, Promptheit, Angemessenheit und Konsistenz“ (Keller, 2001, S. 18). Es ist die „...Fähigkeit des Erwachsenen die Signale und Kommunikationen, die im Verhalten des Kindes enthalten sind, richtig wahrzunehmen und zu interpretieren, und...auf die Signale angemessen und prompt zu reagieren“ (Grossmann & Grossmann, 1994, S. 29). Das heißt bei einer gut vorhandenen mütterlichen Feinfühligkeit werden die Signale und Kommunikationsangebote des Kindes von der Mutter wahrgenommen, interpretiert und sie reagiert angemessen und prompt. Um die Signale des Kindes wahrzunehmen, muss die Bindungsperson auch verfügbar sein, dem Kind Zeit und Aufmerksamkeit schenken. Die Interpretation der kindlichen Signale erfordert von der Bindungsperson ein empathisches Einfühlen in die Situations- und Gefühlswelt des Kindes und das Kennen von eigenen Gefühlen und Bedürfnisse. Eine angemessene Reaktion auf die Signale des Kindes bedeutet, dass die Bindungsperson dem Kind das gibt, was es benötigt, es weder zu überreizen, noch zu isolieren und seine Wünsche anzuerkennen. Das prompte Reagieren auf die kindlichen Signale setzt voraus, dass die Bezugsperson zwischen dem Ausdrücken des kindlichen Signals und ihrer Reaktion nicht zu viel Zeit verstreichen lässt, sich dem Kind zuwendet und eine gute Lösung für das gezeigte Signal findet (Ahnert, 2004).

Sind die beschriebenen Bedingungen der Wahrnehmung, Interpretation und angemessenen, prompten Reaktion auf die kindlichen Signale vorhanden, entsteht eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind. Das Kind entwickelt ein großes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und empfindet eine große Absicherung durch die Bindungsperson in Bezug auf mögliche Gefahren. Es ist dann bei einer eventuell kurzen Trennung von der Mutter weniger verunsichert und reagiert bei ihrer Rückkehr mit sofortiger Zuwendung. Ein Mangel an Feinfühligkeit kann sich durch die verzerrte Interpretation kindlicher Signale und einer zeitlich verzögerten Reaktion bemerkbar machen (Ahnert, 2004).

Des Weiteren entwickelte Mary Ainsworth ein diagnostisch-experimentelles Verfahren, den „Fremde-Situations-Test“. Dabei wird beobachtet, wie sich das Explorationsverhalten eines einjährigen Kindes verändert, wenn es von der Mutter getrennt wird. Darüber hinaus wird das Verhalten des Kindes bei Wiederkehr der Mutter erfasst und in welcher Weise es die Mutter als Sicherheitsbasis braucht, um die Balance des durch die Trennung aktivierten Bindungssystems wieder zugunsten von Spiel und Erkundung zu verändern. In dem entwickelten Verfahren werden „sichere“ und „unsichere“ Bindungsqualitäten unterschieden. Beim Test wird das Kind in einer Folge von dreiminütigen Sequenzen mit einer fremden Umgebung und einer fremden Person konfrontiert sowie

zwei Trennungen von der Bezugsperson ausgesetzt. Für die Einschätzung der Bindungsqualität ist vor allem die Wiedervereinigung ausschlaggebend, auf Grund derer eine Einstufung in eine von drei Gruppen vorgenommen wird.

Vor allem in Hinblick auf das Explorationsverhalten des Kindes konnte festgestellt werden, dass das Auftauchen einer fremden Person Verunsicherung beim Kind auslöst. Folglich wird auf Grund der Verunsicherung das Bindungsverhalten des Kindes aktiviert, es sucht Schutz und Zuflucht bei der Mutter. Sobald sich Wohlbefinden und Gefühle der Sicherheit beim Kind einstellen, die Mutter also feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert hat, nimmt es wieder sein Explorationsverhalten, das geprägt ist von Neugierde, Spielfreude und Funktionslust, auf (Schölmerich & Lengning, 2004). Das Bindungsverhalten tritt dann in den Hintergrund.

Insgesamt ergaben sich für Ainsworth drei Bindungstypen aus den Ergebnissen des „Fremde-Situations-Tests“: sicher, vermeidend und ambivalent. Diese werden im Punkt 3.4. ff vorgestellt werden. Die standardisierte Methode des „Fremde-Situations-Tests“ als Erfassungsinstrument für Bindungsqualität brachte den ersten Durchbruch für die empirische Bindungsforschung.

1986 entdeckte Mary Main die so genannten „desorganisierten Bindungsverhaltensweisen“ und erweiterte dadurch die aktuelle Bindungsforschung um einen weiteren Bindungstyp. Es handelt sich bei der desorganisierten Bindung weniger um ein wirkliches Bindungsmuster, sondern vielmehr um unerklärliche Verhaltensweisen, die nicht den vorhandenen sicheren, vermeidenden und ambivalenten Bindungstypen zuzuordnen sind (Grossmann & Grossmann, 1994). Bei der desorganisierten Bindung wird der Organisationsaspekt der Bindung beschrieben, bei den von Ainsworth beobachteten Bindungsmustern wird dagegen die Qualität der Bindung näher beschrieben. Somit handelt es sich um zwei unabhängige Kategorien, da desorganisierte Kinder auch sicher, unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalent gebunden sein können.

Bei allen Bemühungen um die empirische Grundlegung und Überprüfung ist die wichtigste psychoanalytische Grundannahme erhalten geblieben: Die Frage nach der frühkindlichen Beeinflussung wichtiger späterer Beziehungen und seelischer Gesundheit. Im Unterschied zur klassischen Psychoanalyse räumt die Bindungstheorie der realen frühkindlichen Lebenserfahrung wieder einen zentralen Stellenwert in Bezug auf die weitere Entwicklung ein.

In den Längsschnittstudien der Grossmanns konnte die Mehrzahl der Kinder im Alter von sechs Jahren in den gleichen Bindungskategorien wiedergefunden werden wie mit 12 Monaten. Die Bindungsqualität wirkt sich somit mittel- und langfristig auf die spätere Entwicklung des Kindes aus (Schmücker & Buchheim, 2002). Obwohl davon ausgegangen wird, dass eine sichere Bindung im Kindesalter nicht ausreichend ist für die

gewährleistete Entwicklung eines autonomen Arbeitsmodells von Bindung im Erwachsenenalter, ist aber eine auffällige Kontinuität von Bindungsqualitäten des Kleinkindes zur Bindungsrepräsentation des Erwachsenen zu beobachten.

3.4. Bindungsmuster

Bindungsmuster sind keine stabilen Persönlichkeitseigenschaften. Bindungsmuster kennzeichnen die Beziehung eines Kindes zu einer Bezugsperson. Sie beschreiben, in welchem Ausmaß und in welcher Weise Gefühle emotionaler Sicherheit vermittelt werden und eine Bindungsperson zu deren Aufrechterhaltung beiträgt (Ahnert, 2004).

Für die emotionale, soziale und intellektuelle Entwicklung eines Kindes ist es sehr wichtig, Bindungserfahrungen zu machen. Neben den positiven Erfahrungen, welche als sicheres Bindungsverhalten bezeichnet werden, gibt es auch negative Erfahrungen zwischen Mutter und Kind. Diese werden als unsicheres Bindungsverhalten bezeichnet. Unsicheres Bindungsverhalten tritt in den Qualitäten unsicher-vermeidende und unsicher-ambivalente Bindung auf. Zusätzlich wurde in der späteren Bindungsforschung noch das desorganisierte Bindungsmuster dazu gefügt. Es können auch Mischformen von Bindungsmustern auftreten. Die verschiedenen Bindungsmuster werden in den folgenden Punkten näher beschrieben.

3.4.1. Sichere Bindung

Ein Kind mit sicherer Bindung sucht und wahrt bei oder nach Belastungen Nähe und Kontakt zur Mutter. Es kann in Belastungssituationen seine Gefühle, wie Angst, Wut und Verzweiflung offen zeigen. Wenn das Kind von der Mutter allein gelassen wird, zeigt es zunächst kaum Kummer. Wird dann doch Unbehagen zum Ausdruck gebracht, so ist dabei deutlich erkennbar, dass der Kummer der Mutter gilt und es die Mutter vermisst. Eine Fremde oder ein Fremder vermag das Kind in dieser Situation nicht zu trösten. Bei der Wiederkehr der Mutter begrüßt es sie deutlich und hat mehr Interesse an ihr als an Fremden oder den Spielsachen. Wenn die Mutter das Kind aufnimmt, zeigt es keinerlei Widerstand gegen diesen Kontakt, sondern genießt ihn und entspannt in ihren Armen (Dornes, 2007). Trost und Schutz durch Mutter oder Vater sind wirksam, das Kind kann sich beruhigen. Trost und Schutz werden sichtbar angenommen. Mutter oder Vater sind die sichere Basis für das Kind für weiteres Explorationsverhalten. Das Kind exploriert ausgiebig und versichert sich rück, wenn es überfordert oder verunsichert ist und verlangt nach der Verfügbarkeit und des Schutzes durch die Bindungsperson durch Blickkontakt, auf den Schoß krabbeln, anschniegen oder auf den Arm genommen werden wollen.

Damit eine solch sichere Bindung zwischen Bindungsperson und Kind entstehen kann, sind eine feinfühligkeitsvolle Wahrnehmung und eine angemessene und prompte Reaktion auf die kindlichen Bedürfnisse und Gefühlsäußerungen durch die Bindungsperson erforderlich. Darüber hinaus tragen das Zulassen von Körperkontakt und die Akzeptanz der Wünsche und Erfordernisse des Kindes durch die Bindungsperson zur Entwicklung einer sicheren Bindung bei.

3.4.2. Unsichere Bindung

Die unsichere Bindung zwischen Mutter und Kind ist gegenüber der sicheren Bindung gekennzeichnet durch einen Mangel an Verlässlichkeit und Orientierung für das Kind sowie fehlender Feinfühligkeit und Empathie auf Seiten der Mutter. Vor allem die emotionalen Bedürfnisse des Kindes werden durch die Mutter nicht ausreichend genug wahrgenommen, interpretiert und beantwortet. Dadurch entsteht eine Fehlkommunikation und –interaktion zwischen Mutter und Kind und weniger gemeinsame positive Erlebnisse. Das Kind hat nicht die Sicherheit, dass seine Mutter bei Trauer, Kummer und Krankheit tröstend und schützend reagieren und an seiner Seite stehen wird. Die Bindungsangebote des Kindes, die in erster Linie bei Trennung, Angst und Unsicherheit des Kindes aktiviert werden, werden von der Mutter nur verzögert wahrgenommen und sind in Folge dessen mit unangemessenen, für das Kind nicht nachvollziehbaren Reaktionen verbunden. Das Urvertrauen zwischen Mutter und Kind wird somit gestört.

Im Fremde-Situations-Test stellte Mary Ainsworth zwei Formen unsicherer Bindung fest. Diese unterscheiden sich qualitativ durch die Art und Weise, ob und wie das Kind nach der Trennung der Mutter die Nähe der Mutter wieder sucht, ob Kontakte vermieden werden, durch was der Kontakt erhalten bleibt oder Widerstand auf Seiten des Kindes auftritt und wie die Mutter auf die Signale des Kindes reagiert (Grossmann & Grossmann, 1994). Dabei wurden von Ainsworth zwei unterschiedliche unsichere Bindungsmuster beim Kind beobachtet: die unsicher-vermeidende und die unsicher-ambivalente Bindung. Diese werden nachfolgend sowohl in Bezug auf ihre Kennzeichen im Fremde-Situations-Test, als auch auf ihren Ursprung im mütterlichen Verhalten hin betrachtet und näher erläutert.

3.4.2.1. Unsicher-vermeidende Bindung

Ein Kind mit unsicher-vermeidender Bindung zeigt alleingelassen nur wenig Kummer über das Weggehen der Mutter. Es behandelt Mutter und Fremde fast gleich. Bei der Rückkehr ignoriert es die Mutter oder grüßt sie nur sehr beiläufig, manche wenden sich sogar ab und meiden ihre Nähe in auffälliger Weise, bewegen sich auch an der Mutter vorbei.

Das Kind scheint die Nähe der Mutter nicht zu suchen. Wenn die Mutter es aufnimmt, widersetzt es sich zwar nicht, schmiegt sich aber auch nicht entspannt an und wehrt sich nicht dagegen bald wieder abgesetzt zu werden. Das Kind ignoriert sozusagen sowohl die Abwesenheit als auch die Rückkehr der Mutter. Dabei steht es hormonell unter großem Stress und findet nur schwer zu konzentriertem Spiel.

In Belastungssituationen behält das Kind seine Gefühle für sich und zieht sich zurück. Daher wird es oftmals als pflegeleicht und bedürfnislos bezeichnet, verhält sich aber real auffällig unauffällig. Ein Kind mit unsicher-vermeidender Bindung exploriert nur sehr vorsichtig, geht kein Risiko ein und bewegt sich bei der Exploration ausschließlich in der Nähe der Eltern. Es besteht sowohl eine räumliche, als auch eine emotionale Distanz zu den Bezugspersonen. Dies ist das Ergebnis eines Bindungsangebotes der Bezugsperson, das geprägt ist durch das Nichtreagieren auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes.

Ein Kind mit unsicher-vermeidender Bindung hat die Erfahrung gemacht, dass es von seiner Bindungsperson bei Nähe suchen zurück gewiesen wird (Schölmerich & Lening, 2004). Wenn das Kind weint, wird es mit einer gewissen Verärgerung versorgt. Die Bezugsperson vermittelt dem Kind die Botschaft „Sei nicht so anstrengend!“. Gegen Ende des 1. Lebensjahres will das Kind den engen Kontakt zur Bezugsperson selbst nicht mehr, wenn jemand doch schmusen möchte, macht es sich steif und wehrt sich.

Einer unsicher-vermeidenden Bindung geht eine Interaktion zwischen Bindungsperson und Kind voraus, die geprägt ist von einem nichtfeinfühligem Umgang der Bindungsperson mit den kindlichen Bedürfnissen und der Zurückweisung des Kindes bei Gefühlsäußerungen und Körperkontakt. Außerdem reagiert die Bindungsperson häufig unangemessen auf die kindlichen Signale verhält sich gegenüber den Hilfebedürfnissen des Kindes eher ablehnend. Freude und Begeisterung des Kindes werden von der Bindungsperson wenig geteilt und unterstützt, es findet eher Entmutigung statt Ermutigung statt.

3.4.2.2. Unsicher-ambivalente Bindung

Ein Kind mit unsicher-ambivalenter Bindung zeigt seinen Kummer überdeutlich und lautstark, z.B. indem es wütend wird, wenn es alleingelassen wird.

Es schreit schon, wenn die Mutter geht und tobt weiter, wenn sie zurückkommt. Auf Tröstungsangebote reagiert es mit Aggressionen, reißt sich los und will dann wieder in den Arm genommen werden.

Das Kind hat kein Vertrauen in die Zugänglichkeit der Mutter, auch wenn diese außer Sichtweite ist. Wenn die Mutter anwesend ist, glaubt das Kind nicht daran, dass sie auf

seine Signale und Kommunikationsangebote reagieren wird. Das Bindungsverhalten des Kindes ist geprägt von ärgerlichen Verhaltensweisen, da es erwartet, dass sein Bindungsangebot nicht erwidert wird und es Frustrationen aushalten muss (Ainsworth, 1985). In der Fremde-Situation veranlasst das innere Organisationsmuster des Kindes, dass sie misstrauisch gegenüber der ungewohnten Situation und gegenüber der Fremden sind (Ainsworth, 1985). Daher sucht das Kind zunächst die Nähe zur Mutter. Verlässt diese den Raum, fühlt sich das Kind in seinen bisherigen Erfahrungen der Unzulänglichkeit der Mutter bestätigt. Wenn die Mutter zurückkehrt, verhält es sich sehr ambivalent: einerseits sucht es den Kontakt zur Mutter, andererseits widerstrebt es auch ihren Kontakt- und Interaktionsangeboten. Dies ist Ausdruck der inneren Verwirrtheit des Kindes. Zum Einen wünscht es sich die Nähe zur Mutter, auf der anderen Seite ist es zu oft von der Mutter enttäuscht und in seinen Kommunikationsangeboten nicht wahrgenommen worden.

Dem ambivalent-unsicheren Bindungsmuster des Kindes geht ein Bindungsangebot der Mutter voraus, das geprägt ist von unangemessenen und unvorhersagbaren Reaktions- und Verhaltensweisen auf die kindlichen Signale. Es findet ein inkonsistenter, nicht einschätzbarer Umgang mit den kindlichen Bedürfnissen statt. Auch die Grenzen zwischen kindlichen und elterlichen Bedürfnissen fehlen. Häufig überwiegen die elterlichen Bedürfnisse.

3.4.3. Desorientiertes Bindungsmuster

Ein Kind mit desorientiertem Bindungsmuster zeigt mitunter ein bizarres und seltsames Verhalten, wie z.B. Grimassieren und Stereotypen. In der Fremden Situation geht es zwar auf die Mutter zu, machen dann aber nur Kreisbewegungen vor ihr oder gehen an ihr vorbei, bleibt plötzlich stagnierend stehen und starrt Löcher in die Luft. Manchmal weint es nur ins Leere. Es kann auch vorkommen, dass ein Kind mit einem solchen Bindungsverhalten den Ansatz macht, seiner Mutter auf den Schoß zu krabbeln, dann aber mitten in der Bewegung erstarrt. Das Kind scheint sich in einem Konflikt zu befinden, zu dessen Lösung es kein Verhaltensprogramm hat.

Ergänzende Verhaltensbeobachtungen machten Main & Hesse bei Kindern, die ebenfalls ein desorientiertes oder desorganisiertes Bindungsmuster aufweisen. Hierzu folgende Beobachtungen, die gemacht wurden:

- Nachdem das Kind zu Beginn der Wiedervereinigung engen Kontakt zur Mutter gesucht hatte, ignoriert es sie unvermittelt für längere Zeit ganz.
- Das Kind geht auf die Mutter zu und dreht dabei seinen Kopf ganz zur Seite, so dass es die Mutter nicht anschauen kann.

- Das Kind sitzt neben der Mutter und beginnt voller Angst zu weinen und zu schreien, ohne sich im Geringsten an die Mutter zu wenden.
- Das Kind sucht die Mutter an der Tür. Als sie eintritt, öffnet es seine Augen weit, ein Arm bleibt erhoben, es bleibt einige Zeit regungslos stehen.
- Die Mutter setzt sich in der Wiedervereinigung neben das Kind. Es wendet sich ab und geht laut weinend fort, wandert ziellos im Raum umher.

Dem desorientierten Bindungsmuster des Kindes gehen häufig unverarbeitete Traumata oder Depressionen der Mutter voraus. Vor allem wenn die Mutter in ihrer eigenen Kindheit den Verlust einer engen Bezugsperson nicht adäquat verarbeitet hat oder physische und /oder psychische Vernachlässigung erlebt hat, wirkt sich dies auf ihre Feinfühligkeit und ihr Bindungsangebot gegenüber dem Kind aus. Die Mutter reagiert dann in bizarrer, nicht vorhersagbarer und nicht nachvollziehbarer Weise, was den Erwerb der emotionalen Regulation des Kindes nachhaltig negativ beeinträchtigt (Zulauf-Logoz, 2004, S. 303). Die Reaktionen und Verhaltensweisen der Mutter wirken auf das Kind beängstigend, wodurch dem Kind die Sicherheitsbasis und die Orientierung fehlen. Die Mutter selbst ist durch ihre eigene Vergangenheit in Verbindung mit Situationen und Erlebnissen, in denen sie sich ausgeliefert, machtlos und verzweifelt fühlte, so verunsichert, dass sie nicht adäquat auf die Bedarfe ihres Kindes reagieren kann und ihre eigene Angst und Verunsicherung auf ihr Kind überträgt.

4. Kapitel III: Auswirkungen der Borderline Symptomatik auf die Mutter-Kind-Bindung

Im folgenden Punkt „4.1. Folgen für die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung“ werden die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung noch einmal eingehender betrachtet und ihre möglichen Auswirkungen auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung dargestellt. Die möglichen Auswirkungen werden auf dem Hintergrund der bindungstheoretischen Annahmen und Feststellungen thematisiert, die bereits im Kapitel „Mutter-Kind-Bindung“ erläutert wurden. Parallel zu den theoretischen Befunden werde ich an Hand eines Fallbeispiels aus meiner beruflichen Praxis darstellen, welche Beobachtungen in der Mutter-Kind-Interaktion zwischen einer von Borderline betroffenen Mutter und ihrem Kleinkind getroffen wurden und damit meine zuvor theoretisch dargestellten Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung untermauern. Bereits Schmücker & Buchheim (2002, S. 181) weisen darauf hin, dass Mütter, die emotional eingeschränkt sind, die emotionale, soziale und kognitive Entwicklung ihres Kindes nachhaltig in Mitleidenschaft ziehen, da es ausschlaggebend ist, wie Mutter und Kind emotional miteinander interagieren.

Die nachfolgenden Informationen dienen der Vorstellung des Falles und der Darstellung der Rahmenbedingungen für die angelegte Hilfe einer ambulanten Erziehungshilfe durch meine Person. Beim Jugendamt Düsseldorf ging der Hinweis einer ambulanten Familienhelferin ein, dass in der Nachbarwohnung der von ihr betreuten Familie stän-

dig laute Musik lief, geschrien und Party gefeiert wurde. Die Familienhelferin erfuhr von ihrer betreuten Familie, dass in dieser Wohnung eine junge Mutter und ihr Kleinkind leben würden.

Das Jugendamt ging dem Hinweis nach und fand eine sehr verdreckte und unbewohnbare Wohnung vor. Die Mutter, Frau Sch. (19 Jahre alt), roch nach Alkohol und war umgeben von vielen anderen Personen, die in der Wohnung übernachtet hatten. Die hygienischen Zustände waren katastrophal: das Badezimmer war unbenutzbar und es lagen scharfe Messer und Rasierklingen in Kindeshöhe herum. Überall waren Zigarettensammel verteilt und das Kinderzimmer war als solches nicht zu erkennen. Im Kühlschrank befanden sich Schimmel und verdorbene Lebensmittel. Inmitten dieses Wohnungszustandes krabbelte ein 15 Monate alter Junge namens Leon. Das Jugendamt nahm den Jungen sofort in Obhut, er kam zu einer Bereitschaftspflegefamilie.

Ich wurde als ambulante Erziehungshilfe eingesetzt, um in einem Zeitraum von 60 Tagen zu klären, ob Leon zu Frau Sch. zurück geführt werden kann und wenn ja unter welchen Bedingungen. Des Weiteren sollte die Mutter ebenfalls in diesem Zeitraum die notwendigen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Leon zu ihr zurück kehren kann.

Die Voraussetzungen sahen folgende Punkte vor:

- Sicherung der Wohnung
- Krankenversicherungsschutz für Leon
- Telefonische Erreichbarkeit
- Zuverlässige Terminwahrnehmung mit Amb. Erziehungshilfe und Pflegekinderdienst
- Schaffung einer kindgerechten Wohnung
- Hygienisch ordentlicher Zustand der Wohnung

Frau Sch. hatte die Möglichkeit ihren Sohn Leon einmal wöchentlich für 1 bis 2 Stunden in den Räumlichkeiten des Pflegekinderdienstes zu sehen und den Kontakt zu ihm aufrecht zu erhalten. Sie wurde dabei auf Wunsch des Pflegekinderdienstes von der ambulanten Erziehungshilfe begleitet. Im Rahmen dieser Besuchskontakte kam es zu den angesprochenen Beobachtungen von meiner Seite und des Pflegekinderdienstes, auf denen sich die theoretisch fundierten Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung stützen. Darüber hinaus gibt es Feststellungen der Mitarbeiter des Jugendamtes zum Verhalten Leons bei der Inobhutnahme und der daraus resultierenden Trennung von Mutter und Kind. Auch die Beobachtungen der Bereitschaftspflegemutter zu Leons Verhalten werden in die nachfolgende Betrachtung miteinbezogen. Das Verhalten Leons ist das Ergebnis der zuvor erlebten Familiensituation und des mütterlichen Verhaltens.

4.1. Folgen für die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung

Nach dem Kenntnisstand der Literatur zur Borderline-Symptomatik neigen die Betroffenen zu impulsiven und aggressiven Verhaltensweisen. Sie haben oftmals das Gefühl ihre Affekte nicht unter Kontrolle zu haben und schwanken entsprechend ihrer Gefühlswelt von zurückgezogenen, unauffälligen bis hin zu überzogenen, nicht angemessenen Verhaltens- und Gefühlsäußerungen. Auf Grund des erhöhten Erregungsniveaus von Borderline-Patienten fällt es ihnen schwer auf die gefühlsmäßige Ausgangslage zurück zu kehren. In Folge dessen zeigen die Betroffenen starke, intensive Gefühlsreaktionen, die von Außenstehenden nur schwer einzuordnen und zu verstehen sind (Rahn, 2001).

Eine Mutter, die das angesprochene Symptom der Affektregulationsstörung aufweist, konfrontiert ihr Kind mit nicht nachvollziehbaren, auch beängstigenden, Gefühlsäußerungen und Verhaltensweisen.

Wie bei der Bindungstheorie dargestellt, benötigt ein Säugling bzw. Kleinkind eine zuverlässige, verfügbare, sensitive und empathische Bezugsperson, um eine sichere Bindung zu dieser Bezugsperson aufbauen zu können. Ausgehend von dem Umstand, dass eine von Borderline betroffene Mutter diese wichtige Bezugsperson für den Säugling bzw. das Kleinkind darstellt, erhöht sich auf Grund der Affektregulationsstörung die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind eine Mutter wahrnimmt, die je nach Stimmungslage für das Kind mehr oder weniger verfügbar ist und ihrem Versorgungs-, Pflege- und Fürsorgeverhalten nachkommt. Die Signale des Kindes, auch der Wunsch nach Trost und Schutz, werden von der Mutter in Abhängigkeit von ihrer Gefühlswelt beantwortet. Eine konstante Verlässlichkeit des Kindes in die Gefühlsreaktionen der Mutter, vor allem in Bezug auf Promptheit und Angemessenheit in Situationen, in denen das Kind die Mutter braucht, besteht auf Grund der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht. Der Säugling bzw. das Kleinkind kann der Erfüllung seiner Bedürfnisse durch die Mutter nicht vollständig vertrauen. Vor allem die unangemessenen Gefühlsreaktionen und Verhaltensweisen können dazu führen, dass bei dem Kind Irritationen entstehen und es den Glauben in die eigenen Gefühle verliert. Darüber hinaus erhöht sich die Gefahr, dass sich die unkontrollierbaren Verhaltensweisen der Mutter als Folge ihrer Gefühlsausbrüche durch körperliche Misshandlung am Kind entladen.

Am oben vorgestellten Fallbeispiel erlebte ich die Mutter, Frau Sch., in der Zeit des Klärungsprozesses, ob und wie ihr Sohn Leon zu ihr zurück kehren kann, emotional sehr instabil. Bei einzelnen Terminen zeigte sich Frau Sch. sehr betroffen von der Inobhutnahme ihres Kindes, weinte teilweise unkontrolliert und schien emotional tief verletzt. In diesen Terminen versprach Frau Sch. alles dafür zu tun, dass ihr Sohn wieder

zu ihr zurückkehren kann und äußerte, sie würde es nicht einen Tag länger ohne ihn aushalten können. Dennoch waren ihre Gefühlsäußerungen mir gegenüber so inadäquat, dass es schwierig war, ihre Aussagen ernst- und anzunehmen. Mir erschien ihre Reaktionsweise eher dramatisiert und aufgewühlt. In anderen Einzelkontakten war Frau Sch. sehr beherrscht, teilweise überschwänglich fröhlich, gut gelaunt und erschien nicht wie eine Mutter, deren Kind ihr entzogen wurde. Sie betonte immer wieder alles dafür zu tun, dass Leon zu ihr in den Haushalt zurück kehren kann, nahm jedoch die Besuchskontakte nur unregelmäßig wahr, sorgte nicht für einen ausreichenden Krankenversicherungsschutz für ihr Kind und verlor zum Ende des Hilfezeitraumes sogar noch die eigene Wohnung. Bei Leon wurden nach der Inobhutnahme verschiedene Hämatome am Rücken festgestellt, deren Herkunft Frau Sch. nicht erklären konnte. Es konnte bis zum Abschluss des Falles nicht ausreichend geklärt werden, wie und wodurch es zu den Hämatomen kommen konnte. Der Verdacht der Misshandlung durch Frau Sch. konnte nicht bestätigt werden.

Leon zeigte sich sowohl bei der Inobhutnahme, als auch bei den Besuchskontakten mit der Mutter unbeeindruckt von deren An- und Abwesenheit. Er reagiert nicht auf die Begrüßungs- und Abschiedsworte der Mutter, auf ihre Umarmungen und ihre Versuche der Interaktion. Leon schien emotional wie abgeschnitten von seiner Mutter, nahm von sich aus keinen verbalen oder körperlichen Kontakt zu Frau Sch. auf und drehte beispielsweise seinen Kopf bei Frau Sch.'s Versuch ihn zu küssen weg.

Weiterhin wurde in der theoretischen Darstellung zur Borderline-Symptomatik darauf hingewiesen, dass Borderline-Betroffene sehr instabile, häufig wechselnde zwischenmenschliche Beziehungen führen. Sie schwanken auch innerhalb der Beziehungen zwischen den Gefühlen der Liebe und des Hasses für den Partner. Borderline-Patienten sind in ihren Beziehungen hin- und hergerissen zwischen vollständiger Abhängigkeit, teilweise verbunden mit der Zurückstellung eigener Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse des Partners, um diesen nicht zu verlieren und dem Wunsch nach Selbständigkeit und Autonomie, da die Nähe zum Partner bei den Betroffenen Gefühle der Schuld, Scham und Angst auslösen können (Schäfer & Rüter & Sachsse, 2006). Die Borderline-Patienten haben Schwierigkeiten ihre Ängste über den vermuteten oder real existierenden Verlust des Partners zu äußern, daher zeigen sie diese eher durch Wutausbrüche und überzogene Gefühlsreaktionen.

Ein Säugling bzw. Kleinkind benötigt im ersten Lebensjahr eine stabile, zuverlässige Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson, um selbst auch eine stabile Bindung entwickeln und aufrecht erhalten zu können.

Ein Kind, das eine Mutter mit Borderline-Symptomatik hat, deren Beziehungen zu anderen Menschen geprägt sind von Abbrüchen und Wiedervereinigungen, steht in einem ungelösten Spannungsfeld der Gefühle. Es besteht keine Sicherheit und Gewissheit in eine zuverlässige, dauerhaft beständige Familiensituation. Im schlimmsten Falle werden dem Kind häufig neue „Väter“ durch die Mutter präsentiert, die nach einiger Zeit immer wieder verschwinden. Das Kind erlebt wiederholt Konflikte zwischen seiner Mutter und den Partnern, die geprägt sein können von heftigen verbalen oder sogar körperlichen Auseinandersetzungen sowie Episoden des harmonischen Zusammenhaltes, die auf ein einträchtiges Familienleben hoffen lassen. Doch nicht nur die Beziehungen zu Lebenspartnern sind von Instabilität geprägt, sondern auch die Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern. Unterstützende, fördernde Kontakte zu Großeltern oder anderen Verwandten können ohne ersichtlichen Grund für das Kind plötzlich abbrechen und nicht mehr zur Verfügung stehen. Das Kind kann zwar im ersten Lebensjahr noch nicht verbal äußern, dass ihm bestimmte Personen fehlen oder es nicht verstehen kann, dass es diese nicht mehr sieht, dennoch spürt es unbewusst, dass positive Bezugspersonen nicht mehr zur Verfügung stehen, was einer indirekten Trennung oder einem Verlust nahe kommt. Das Kind macht somit schon sehr früh die Erfahrungen der Nichtverlässlichkeit in die Verfügbarkeit anderer Bezugspersonen. Je älter das Kind wird, umso mehr wird es die Gründe für die Abbrüche zu und Trennungen von wichtigen Bezugspersonen bei sich suchen, sofern es keine anderen Erklärungen erhält.

Parallel dazu erlebt das Kind wiederum die schwankenden Gefühlszustände seiner Mutter und das damit verbundene nicht verlässliche Eingehen auf dessen Bedürfnislage.

Im Fallbeispiel hatten sich Frau Sch. und der Kindesvater ein Jahr nach Geburt von Leon getrennt, nachdem sie ihn mehrere Male betrogen hatte. Der Kindesvater saß nun wegen mehrerer Strafdelikte in Haft. Frau Sch. wurde während der Zeit des Klärungsprozesses von der Mutter des Kindesvaters finanziell und materiell unterstützt. Doch schon nach kurzer Zeit war der Kontakt zur Mutter des KV's vollständig abgebrochen. Frau Sch. begründete dies mit der Aussage, dass die Mutter des KV's versucht habe ein anderes Kind als Kind ihres Sohnes auszugeben, damit dieser nicht abgeschoben wird (KV ist jugoslawischer Staatsbürger). Mit solchen Betrugereien wollte Frau Sch. nichts zu tun haben. Auch die zuvor angedachten Besuchskontakte zum KV nach dessen Entlassung und die Anerkennung der Vaterschaft wollte Frau Sch. nun nicht mehr. Obwohl sich der KV liebevoll und umfassend im ersten Lebensjahr um Leon gekümmert hatte und somit für Leon eine wichtige Bindungsperson darstellte, wollte

Frau Sch. die Kontakte zwischen Vater und Sohn nach der Entlassung des KVs nicht weiter fördern.

Weiterhin zeigte sich auch bei der Beziehung von Frau Sch. zur eigenen Mutter das oben beschriebene Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Frau Sch. hatte zu Beginn des Klärungsprozesses keinerlei Kontakt zu ihrer Mutter. Sie gab an, dass sie den Großteil ihrer Kindheit bei ihrer Oma verbracht habe, bis sie mit 13 Jahren in eine Wohngruppe kam und mit 14 Jahren schließlich mit dem Kindesvater von Leon zusammenzog. Die Eltern von Frau Sch. ließen sich scheiden, die Mutter hatte schnell einen neuen Lebenspartner, mit dem Frau Sch. sich nicht verstand. Auch der Verdacht des sexuellen Missbrauchs an Frau Sch. durch den neuen Lebenspartner kam zutage, konnte aber nicht bestätigt werden. Frau Sch. hatte sich auf Grund dieser Erfahrungen von ihrer Mutter zurückgezogen und den Kontakt abgebrochen. Nach ca. 4 Wochen im Klärungsprozess kam es zu einer ersten Annäherung zwischen Frau Sch. und ihrer Mutter, bedingt durch die Inobhutnahme Leons. Am Ende des Klärungsprozesses war die Mutter von Frau Sch. in das gleiche Mietshaus gezogen, in dem auch ihre Tochter lebte. Frau Sch. und ihre Mutter sahen sich nun täglich und waren eng miteinander verbunden. Allerdings äußerte Frau Sch. ihre Schwierigkeiten mit diesem engen Kontakt, wobei ihr die Abgrenzung deutlich schwer fiel. Sie wies darauf hin, dass sie nach ein paar Tagen des engen Kontakts immer wieder Abstand zu ihrer Mutter benötigt, da sie sonst die Nähe zu ihr nicht ertragen kann.

Die häufig wechselnden Beziehungen von Frau Sch. sowie die stattgefundenen Partys und Feiern in der Wohnung von Frau Sch. hatten auch bei Leon Folgen hinterlassen. Leon war mindestens sechs Monate von wechselnden Bezugspersonen umgeben und hatte die Trennung zum Vater miterlebt. Darüber hinaus gab Frau Sch. an, sie habe sich die letzten zwei Monate vor der Inobhutnahme Leons nicht um ihren Sohn als Hauptbezugsperson gekümmert, sondern die Pflege, Versorgung und Erziehung zum großen Teil ihrer Nachbarin und einer eng befreundeten, 13-jährigen, Freundin überlassen. Leon zeigte bei der Inobhutnahme und auch bei den Besuchskontakten keine Anzeichen von Vorsicht oder Misstrauen gegenüber Fremden, fremdelte kaum. Er legte sofort den Kopf an die Schulter der Person, die ihn hochnahm. Dabei war es für Leon nicht wichtig, wer die Person ist. Leon wirkte bei der Trennung von der Mutter nicht traurig oder betroffen. Beim ersten Kontakt mit der Bereitschaftspflegemutter zeigte er sich auf deren Schoß ruhig, teilnahmslos und in sich gekehrt. In belastenden Situationen konnte Leon nicht über Sprache beruhigt werden, sondern nur in Form von Körperkontakt. Dabei verhielt er sich in Situationen mit Körperkontakt distanzlos und zeigte ein hilfloses Ausgeliefertsein. Er lehnte sich an für ihn völlig unbekannte Personen an, wobei dies unangemessen und übergriffig wirkte. Leon wirkte wie ein Kind oh-

ne natürliche Abwehr oder Distanz, der sich in Situationen, die er nicht kontrollieren kann oder auf die er keinen Einfluss hat, aufgibt.

Ein weiteres Symptom, das sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt, ist die Störung des Selbstbildes bzw. der Identität der Betroffenen. Die Borderline-Patienten wissen nicht, wer sie eigentlich sind. Sie besitzen ein niedriges Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl, da sie nicht an sich und ihre Fähigkeiten glauben. Dies begründet sich durch das Erleben eigener unterschiedlicher Verhaltensweisen, die die Betroffenen nicht durch eigene Kraft und Fertigkeiten kontrollieren können. Sie erfahren Gefühle der Ohnmacht und der Verzweiflung, da sich ihr Körper auf eine Weise verhält, die sie scheinbar nicht steuern können. Diese Gefühle gehen einher mit der Empfindung von Sinnlosigkeit, innerer Leere und Langeweile, die auch in Situationen auftreten können, die der Betroffene bisher als angenehm erlebt hatte (Niklewski & Niklewski, 2003).

Ein Kind im ersten Lebensjahr benötigt eine Bindungsperson, mit der ein enger, verlässlicher und angemessener emotionaler Austausch möglich ist, um sich gesund entwickeln zu können (Schmücker & Buchheim, 2002). Um authentisch und empathisch auf die Signale ihres Kindes eingehen zu können, ist es erforderlich, dass die Mutter ihre eigenen Gefühle und ihr Verhalten wahrnimmt, versteht und steuern kann, um es gezielt zur Beantwortung des Bindungsrepertoires des Kindes einsetzen zu können. Mit einer von Borderline betroffenen Mutter kommt es bei dieser affektiven Interaktion mit ihrem Kind zu Schwierigkeiten, da die Mutter verunsichert ist über ihre eigenen Impulse und deren Kontrolle. Die Verunsicherung der Mutter wirkt sich nachteilig auf deren Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl aus, was wiederum das Kind wahrnimmt. Da das Verhalten der Mutter modellhaft für das Kind ist, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Kind die Ängste und Sorgen der Mutter annimmt. Das Modelllernen ist ein allgemeiner Prozess des aktiven Informationserwerbs (Mielke, 2001, S. 67). Bei diesem Prozess werden neue Verhaltensweisen durch die Beobachtung eines Modells oder Vorbildes erworben. Das Modell kann dabei real (Person), symbolisch (Text) oder imaginativ (in der Vorstellung) gegeben sein. Der Beobachter oder Lernende nimmt die Merkmale des Modells wahr und speichert diese. Zur späteren Ausführung wird das beobachtete Verhalten vom Lernenden reproduziert. Somit ist das Modelllernen gekennzeichnet durch Prozesse der Wahrnehmung, des Behaltens, der Reproduktion und der Motivation (Mielke, 2001).

Darüber hinaus kommt es zu einem mangelnden Zutrauen der Mutter in die Fähigkeiten und die Entwicklung ihres Kindes, ausgelöst durch die eigene Verunsicherung in ihre Gefühle und Verhaltensweisen. Das mangelnde Zutrauen hat zur Folge, dass die

Mutter ihr Kind am Ausprobieren und Erkunden der Umwelt hindert bzw. einschränkt. Das Explorationsverhalten des Kindes wird somit begrenzt und das Kind erlebt, dass es sich beschränken muss. Es verliert seinerseits den Glauben in die eigenen Fertigkeiten.

Im Fallbeispiel erlebte ich Frau Sch. einerseits stark verunsichert in Hinblick auf ihre berufliche Perspektive, andererseits konnte sie einige Verhaltensweisen der Vergangenheit nicht mehr nachvollziehen und verstehen. Sie äußerte: „Ich weiß auch nicht was mit mir los war, ich konnte nichts dafür. Es ist einfach so geschehen. Mein Freunde sagten: „Das ist typisch für dich!“ Doch was ist schon typisch? Ich kann alles sein oder gar nichts“. Weitere Ängste und Verunsicherungen zeigten sich durch den Umstand, dass Frau Sch. mehrere Monate nach der Geburt von Leon nicht mehr vor die Tür ging, sich immer mehr in die Wohnung zurückzog. Zu dieser Zeit übernahm vor allem der Kindesvater Leons die Spaziergänge und Spielplatzbesuche mit seinem Sohn sowie die täglichen Aufgaben außerhalb der Wohnung, wie einkaufen, Post- und Bankgeschäft etc. Vorsorgetermine beim Kinderarzt wurden nicht wahrgenommen. Der Kontakt von Frau Sch. und Leon war auf das Wohnungsinnere beschränkt. Leon zeigte während der Besuchskontakte und bei der Bereitschaftspflegemutter wenig Eigeninitiative. Er verhielt sich über einen langen Zeitraum still, völlig ruhig und meldete sich nicht, wenn er nicht angesprochen wurde. Er saß im Kinderwagen regungslos bis zu einer Stunde. In der Mutter-Kind-Interaktion konnte beobachtet werden, dass Frau Sch. zwar mit Leon zusammen war, um zu spielen, beide schienen jedoch aneinander vorbei zu agieren. Frau Sch. reagierte teilweise nicht auf ihren Sohn, beispielsweise wenn Leon ein Klötzchen herunterfiel, hob sie es nicht auf, um es ihm anzubieten und damit weiter mit ihm in Kontakt zu bleiben. Es kam auch zu Situationen während des Besuchskontaktes, in denen Frau Sch. überfürsorglich auf das Explorationsverhalten von Leon reagierte, indem sie ihn beispielsweise hinderte in einen anderen Spielraum zu gehen und zu schauen, was es dort für Spielzeug gibt oder ein Spielzeugfahrrad auszuprobieren, weil dies nach Aussagen von Frau Sch. zu schwer für Leon sei, obwohl er es bereits konnte. Leon nahm dabei den Versuch von Frau Sch. Grenzen zu setzen und Verbote auszusprechen nur bedingt an, reagierte nicht auf ihr deutliches „nein!“, sondern blieb kurz erstarrt stehen bzw. sitzen und erkundete dann weiter die Umgebung.

Auf Grund der Affektstörung und der gefühlten inneren Leere und Sinnlosigkeit greifen viele Borderline-Patienten in ihrer Verzweiflung zu verbotenen Drogen oder Alkohol, um ihre negativen Gefühle zu betäuben. Nach Einnahme des Suchtmittels fühlen sie sich entspannter, zufriedener und glauben ihr Leben unter Kontrolle zu haben. Weiter-

hin können Borderline-Betroffene auch Essstörungen entwickeln, die ihnen in Situationen der Machtlosigkeit oder der gefühlten mangelnden Einflussnahme eine Möglichkeit schaffen entweder durch bewussten Nahrungsentzug (Magersucht) oder durch das Erbrechen von Nahrung (Bulimie) selbstbestimmend und kontrollierend zu agieren. Wer unter Magersucht leidet, ringt nach Bruch (1982) verzweifelt nach Kontrolle und Identitätsgefühl und verliert extrem an Gewicht, oft bis zu 25% des ursprünglichen Körpergewichts. Der Gewichtsverlust wird dabei nicht durch eine körperliche Krankheit, sondern durch willentliche Nahrungsverweigerung verursacht. Von Bulimie betroffene Menschen nennen Frustration, Ärger und Langeweile als Auslösefaktoren für einen Fressanfall und dem anschließenden Erbrechen. Somit dient der Fressanfall eher der Befriedigung emotionaler Bedürfnisse (Tewes & Wildgrube, 1992, S.101). Nach dem Erbrechen von Nahrung folgen oftmals Schuld- und Schamgefühle bei den Betroffenen.

Wie bereits dargestellt, braucht ein Kind im ersten Lebensjahr eine Mutter, die ein konsistentes, zuverlässiges Verhalten zeigt und damit die kontinuierliche, sichere Versorgung und Betreuung ihres Kindes gewährleistet. Dann ist die Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind-Bindung wahrscheinlich.

Eine von Borderline betroffene Mutter, die infolge ihrer Symptomatik psychoaktive Substanzen einnimmt oder eine Essstörung ausbildet, gefährdet die Ausbildung einer sicheren Bindung zu ihrem Kind im erhöhten Masse. Zum Einen erlebt sie vor und nach Einnahme der Substanzen erhebliche Gefühls- und Verhaltensveränderungen und dies nimmt auch ihr Kind wahr, zum Anderen kann dies zu finanziellen Schwierigkeiten führen. Sobald sich eine Abhängigkeit entwickelt, hat für die Betroffene die Beschaffung der Substanzen eine hohe Priorität, was nicht selten mit der Ausgabe größerer Geldmengen einhergeht. Dies kann Geldknappheit zur Folge haben, was wiederum eine gesunde, umfassende und altersgerechte Ernährung und Versorgung des Kindes gefährden kann.

Darüber hinaus kann es nach Einnahme der Substanzen bei der betroffenen Mutter zu ausgeprägten Verhaltensänderungen kommen, wie beispielsweise Wutausbrüchen, Lethargie und Passivität, je nach dem, welche Wirkung ausgelöst wird.

Bei der Droge Alkohol beispielsweise besteht im Rausch des Alkoholkonsums die Gefahr, dass das Kind Opfer von körperlicher Misshandlung wird. Auch auftretende Entzugserscheinungen, wenn der Mutter der Alkohol nicht zur Verfügung steht, können sich am Kind entladen. Besonders die willkürlichen Reaktionen des alkoholabhängigen Elternteils machen den Kindern zu schaffen. Durch die Stimmungsschwankungen reagiert die Mutter zum Teil unberechenbar und das Kind kann das Verhalten ihrer Mutter nicht mehr einschätzen (Teske, 1994). Daraus entwickeln sich verschie-

dene Schwierigkeiten bei einem Kleinkind. Zum einen lernt es, dass es verbaler Kommunikation nicht vertrauen kann und zum anderen, lernt es nicht, welches eigene Verhalten zu welcher Konsequenz bei der Mutter führt, da es keine identische, verlässliche Reaktion der Mutter auf das Verhalten des Kindes gibt. Dadurch wird dem Kind nicht eindeutig klar, wann es sich falsch und wann richtig verhält. Das Kind verliert mit der Zeit mehr und mehr das Vertrauen zu seiner Mutter und somit auch in Erwachsene allgemein (Teske, 1994). Das führt dazu, dass es sich auch vor anderen Erwachsenen in Acht nimmt und ihnen misstraut.

Bei Magersucht und Bulimie kann es ebenfalls zu psychischen Veränderungen kommen. Bei der Bulimie bedingt der Verlust der Magensäure Schwäche, Müdigkeit, Unruhe und Angstgefühle (Wardetzki, 1996, S.39). Da Körpersignale, wie Hunger, Kälte, Sattsein, Durst und Müdigkeit nicht mehr wahrgenommen werden, sind chronische Übermüdung, Auszehrung und Unterkühlung die Folge. Beide Formen von Essstörungen zeigen ein gestörtes Verhältnis der Betroffenen zur Nahrung und dem Essen. Überträgt man dies auf Situationen mit einem Kleinkind, so wirkt auch hier das Essverhalten modellhaft für das Kind. Es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Mutter ihr gestörtes Essverhalten ihrem Kind vorlebt und dieses ebenfalls Schwierigkeiten im Umgang mit Nahrung und der Nahrungsaufnahme entwickelt.

Im Fallbeispiel war bei Frau Sch. eine Kompensation mit Alkohol erkennbar. Seit der Trennung vom Kindesvater hatte Frau Sch. nach eigenen Angaben viele Wochenenden, teilweise auch Werkstage bzw. -nächte in der Altstadt verbracht und soviel getrunken, dass sie im Nachhinein keine oder nur lückenhafte Erinnerungen besaß. Auch bei Partys in der eigenen Wohnung wurde ausgiebig und exzessiv Alkohol konsumiert und stark geraucht. Es gab Partys, die Leon „hautnah“ miterlebte und auch Partys, an denen er nicht anwesend war, sondern ihn die befreundete Nachbarin betreute. Bei der Inobhutnahme Leons war Frau Sch. alkoholisiert und auch ich traf sie bei einem Termin an, an dem sie zuvor ihren Rausch ausgeschlafen hatte und es in der Wohnung nach Alkohol roch. Frau Sch. gab an, dass sie unter Alkoholeinfluss viel Ärger mit anderen gehabt habe und es zu zahlreichen Konflikten gekommen sei.

Weiterhin berichtete Frau Sch., dass sie sich nach der Geburt ihres Sohnes sehr unwohl in ihrer Haut gefühlt habe, sich zu dick fühlte und ihr Selbstbewusstsein stark darunter gelitten habe. Dies war u.a. ein Grund für Frau Sch., warum sie wochenlang das Haus nicht verließ und sich in die Wohnung zurück gezogen hatte. Frau Sch. unterzog sich nach eigenen Aussagen einer strengen Diät, so dass sie sechs Monate nach Leons Geburt ihr altes Gewicht erreicht hatte. Als Bestätigung für ihre neue Figur und um ihr Selbstwertgefühl zu steigern, suchte sie nach sexuellen Abenteuern. Ich erlebte das Thema Gewicht und Wohlbefinden immer wieder sehr vorrangig in den Terminen mit

Frau Sch. Nach meiner Einschätzung lag bei Frau Sch. jedoch keine Essstörung im klassischen Sinne vor, sondern eher einzelne Hinweise in Bezug auf eine Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls in Zusammenhang mit dem eigenen Körpergewicht und körperlichen Wohlbefinden.

Leon war mit seinen 15 Monaten ein gut genährter, zum Übergewicht neigender, Junge. Er aß alles, was ihm angeboten wurde, auch im Übermaß und ohne erkennbares Anzeichen eines Sättigungsgefühls. Die Bereitschaftspflegemutter äußerte, dass es zwar in dem Punkt Ernährung einfach mit Leon sei, da er alles aß, dennoch musste sie ihm sehr oft seine Grenzen in Bezug auf die Nahrungsaufnahme aufzeigen, da er offenkundig nicht selbst wahrnehmen konnte, wann er satt war. Weiterhin war sehr auffällig, dass Leon bei seinem Aufenthalt bei der Bereitschaftspflegemutter jede Nacht um die gleiche Zeit, ca. 4.00 Uhr, wach wurde und wie aufgeschreckt schrie und weinte. Er war dann nur schwer zu beruhigen, einzig durch Körperkontakt. Sobald die Bereitschaftspflegemutter ihn wieder hinlegen wollte, schrie er erneut. Diese Vorfälle weisen auf Erlebnisse und Erfahrungen Leons hin, die für ihn traumatisierend und beängstigend gewesen sind. Vermutet wurde, dass Leon es häufig erlebt hatte, dass seine Mutter in der Nacht bzw. früh morgens nach Hause zurückgekehrt war und es dann sehr laut in der Wohnung zugegangen ist, so dass er sich ängstigte und erschreckte. Das Wahrnehmen Leons von Konflikten von Personen im alkoholisierten Zustand war ebenfalls eine Hypothese zu Leons Verhalten und passte zu den Aussagen von Frau Sch. Die bereits erwähnten Hämatome am Rücken von Leon können durch Misshandlungstaten in Folge der Affektstörung oder des Alkoholkonsums von Sch. verursacht worden sein oder durch eine andere Person ausgeführt worden sein, wobei Frau Sch. nicht in der Lage war ihren Sohn zu schützen.

Der inneren Anspannung, die Borderline-Patienten oftmals stundenlang verspüren, folgt ein weiteres Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung: das selbstverletzende und/ oder selbstschädigende Verhalten. Die Betroffenen haben den Wunsch die innere Anspannung abzubauen und sich gelöst und befreit zu fühlen. Borderline-Patienten verletzen sich dann selbst, um sich und ihren Körper zu spüren und wahrzunehmen. Durch das selbstverletzende Verhalten, meist in Form von Ritzen oder Schneiden, werden körpereigene Morphine ausgeschüttet, die den Betroffenen Glücksgefühle und euphorische Zustände verschaffen (Schäfer & Rüther & Sachsse, 2006). Da diese Gefühle für die Borderline-Patienten als angenehm und entspannend empfunden werden, haben sie vor allem in Situationen, in denen sie belastet sind oder sich überfordert und unter Druck gesetzt fühlen, den Drang sich selbst zu verletzen, um die angenehmen Gefühle erneut zu spüren. Ein Teufelskreislauf entsteht. Die schädi-

genste Form des selbstverletzenden Verhaltens ist der Suizidversuch oder suizidale Handlungen. Viele Borderline-Patienten können oftmals ihre suizidalen Handlungen nicht selbst steuern und sehen darin meist den letzten Ausweg aus ihrem inneren Chaos und der erlebten Fremdbestimmung bzw. Fremdsteuerung.

Das selbstschädigende Verhalten, wie beispielsweise Diebstähle, vermehrte Geldausgaben und risikoreiche Sexualität, füllt die erlebte innere Leere, Langeweile und Sinnlosigkeit der Betroffenen.

In Bezug auf die Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind –Bindung ist das selbstverletzende und selbstschädigende Verhalten ein weiterer Faktor, der bei dem Kind zu großer Verunsicherung und zur Ausbildung von Ängsten führen kann. Je nach dem, ob und in welchem Maße das Kind das selbstverletzende Verhalten miterlebt, kann es einen mehr oder weniger ausgeprägten Risikofaktor für die Entwicklung einer gut manifestierten Mutter-Kind –Bindung darstellen. Die Auswirkungen der Gefühlsschwankungen der Mutter auf die Interaktion und Kommunikation mit ihrem Kind, habe ich schon zu Beginn dieses Punktes thematisiert. Es können mitunter große Unterschiede in den Gefühlszuständen der Mutter vor und nach dem selbstverletzenden Verhalten auftreten. Für das Kind sind diese Schwankungen nicht nachvollziehbar und unberechenbar. Es hat den Eindruck, dass sich die Mutter von einem auf den anderen Moment in ihrem Wesen stark verändert hat. Die zuvor angespannte, traurige und distanzierte Frau lächelt plötzlich sehr viel, ist überschwänglich glücklich, küsst und schmust mit ihrem Kind, als ob sie nie etwas anderes getan hätte. Die Gefühlsschwankungen führen dazu, dass das Kind seine Mutter nicht einschätzen und sich nicht auf ein bestimmtes Verhalten in Situationen, in denen das Kind die Mutter braucht, verlassen kann.

Bei suizidalen Handlungen oder einem Suizidversuch besteht die Gefahr der Trennung von Mutter und Kind durch Krankenhausaufenthalte der Mutter oder dem endgültigem Verlust der Mutter bei gelungenem Suizidversuch. Situationen, wie die Trennung von einem Elternteil, stellen einschneidende Veränderungen im Lebenslauf und tiefgreifende Verlusterfahrungen für ein Kind dar. Sie aktivieren alte Bindungserfahrungen (Muster, Ängste etc.) und stellen gleichzeitig neue Bindungserfahrungen dar. In der Regel sind solche Umbruchsituationen mit heftigen Gefühlen verbunden: Trauer, Wut, Angst und tiefer Schmerz. Ausdruck finden diese Gefühle entweder offen in Form von z. B. weinen, Protest, Wutausbrüchen und dem Suchen nach Trost oder auch in indirekter Form durch Rückzug, Kontaktverweigerung, depressiven Tendenzen bis hin zu körperlichen Symptomen, wie Schlaflosigkeit und Gewichtsabnahme. Bowlby (1976) weist daraufhin, dass die Trennung von der Mutterfigur zu intensiven Reaktionen der Angst, Verzweiflung und Abwehr auf Seiten des Kindes führt und sich nachhaltig schädigend auf die psychische Entwicklung des Kindes auswirken kann.

Das selbstschädigende Verhalten kann ebenso die Folge haben, dass Mutter und Kind getrennt werden, da der Mutter durch kriminelle Handlungen eine Haftstrafe drohen könnte. Weiterhin besteht die Gefahr, dass die Mutter durch vermehrte Geldausgaben Schulden entstehen lässt und dies eine hohe finanzielle Belastung für die existenziellen Grundlagen von Mutter und Kind bedeutet. Die risikoreiche Sexualität kann zur Ansteckung der Mutter mit Krankheiten oder zu einer ungewollten Schwangerschaft führen. Jeder der hier aufgeführten möglichen Ereignisse oder Erlebnisse infolge des selbstverletzenden oder selbstschädigenden Verhaltens stellt für sich ein Risikofaktor dar, der das Leben von Mutter und Kind nachhaltig negativ beeinflusst und daher die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Mutter und Kind nicht in den Kontakt und in die Interaktion miteinander treten können, die für die Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind-Bindung erforderlich sind. Die Kontakte und Interaktionen zwischen Mutter und Kind sind beim Auftreten eines oder mehrerer Ereignisse in Folge des selbstverletzenden oder selbstschädigenden Verhaltens überschattet von Sorgen, Anspannung und Ängsten, vor allem auf Seiten der Mutter, die einen emotional unbelasteten und einen einfühlsamen Umgang mit dem Kind schwierig machen.

Im Fallbeispiel zeigten sich bei Frau Sch. sichtbare Spuren von Selbstverletzung in Form von Schnitten und Narben an Oberarmen und dem Oberkörper. Auf Nachfragen gab Frau Sch. an, dass sie sich selbst spüren wollte. Beim Aufstellen der These durch den Leiter des Pflegekinderdienstes, dass solche Spuren normalerweise bei Menschen auftreten, die selbst verletzt wurden, bestätigte Frau Sch. dies für sich. Weiterhin gab Frau Sch. große Geldbeträge für die Beschaffung und den Verbrauch von Alkohol an und gab in den Einzelterminen mit mir an, dass sie wechselnde Sexualpartner hatte, mit denen sie ohne Verhütung Geschlechtsverkehr hatte. Über mögliche Konsequenzen und das Risiko einer erneuten Schwangerschaft hatte sie nicht nachgedacht. Suizidale Handlungen oder einen Suizidversuch hatte Frau Sch. bisher noch nicht unternommen.

In der Mutter-Kind-Interaktion konnte nicht beobachtet werden, dass Leon die Selbstverletzungen seiner Mutter mitbekommen hatte. Dies kann jedoch nicht ausgeschlossen werden. Deutlich wurde im Mutter-Kind-Kontakt, dass Leon die Nähe seiner Mutter meidet sowie Trost und Schutz beispielsweise bei der Bereitschaftspflegemutter sucht. Dies kann daraufhin deuten, dass er mit seiner Mutter negative, ängstigende Erfahrungen gemacht hat, die ihn nun veranlassen einen sicheren Ort oder eine sichere Person zum Schutz aufzusuchen. Leon lehnte die Versuche von Frau Sch. mit ihm zu schmusen oder ihm körperlich nahe zu kommen ab, indem er seinen Körper von Frau Sch. wegdrehte und versuchte sich von ihr fortzubewegen. Auf ein lauterer Stimmenvolumen von Frau Sch. reagierte Leon mit verängstigten, weit aufgerissenen Augen und

erstarrender Körperhaltung. Leon nahm von sich aus keinen Kontakt mit seiner Mutter auf. Wenn er sich wehtat, versuchte er allein damit fertig zu werden, sich selbst zu beruhigen und zu trösten und nahm Frau Sch.s Anwesenheit nicht als Möglichkeit des Schutzes oder Trostes wahr.

4.2. Folgen für die psychische und physische Entwicklung des Kindes

Die dargestellten Beobachtungen der Mutter-Kind-Interaktion zwischen Frau Sch. und ihrem Sohn Leon, das Verhalten Leons bei der Trennung von Frau Sch. und Leons Verhaltensauffälligkeiten im Alltag weisen auf eine unsicher-vermeidende Bindung mit Zügen von desorganisierter Bindung als Folge der Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Frau Sch. hin. Die entstandene Bindung ist zurück zu führen auf die mangelnde Feinfühligkeit, Verlässlichkeit und Angemessenheit von Frau Sch. in der Beantwortung und Reaktion auf die Signale Leons in Situationen, in denen er Schutz, Aufmerksamkeit und die Befriedigung seiner Bedürfnisse benötigt hätte. Die Wahrscheinlichkeit, dass Frau Sch. wenig empathisch, affektiv unangemessen und emotional wenig verfügbar auf ihren Sohn reagieren und mit ihm kommunizieren konnte, erhöhte sich durch ihre Borderline-Erkrankung und der damit verbundenen Symptome.

Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass dies nicht bedeutet, dass jede Mutter mit einer Borderline-Erkrankung zu ihrem Kind eine unsicher-vermeidende Bindung ausbildet. Das Risiko, dass sich ein solches Bindungsmuster entwickelt, kann vermindert werden, indem vorhandenen positiven Faktoren bzw. Schutzfaktoren wirken. Solche Schutzfaktoren sind beispielsweise eine andere feste Bezugsperson (Oma, Nachbarin etc.), Intelligenz und ein attraktives Äußeres beim Kind (Dornes, 2003).

Dennoch stellt eine Borderline-Erkrankung einen erheblichen Risikofaktor dar, der die Mutter-Kind-Beziehung ohne Einwirkungen von Schutzfaktoren erheblich belastet.

Doch was wird aus Kindern, die ein unsicheres Bindungsmuster mit Zügen der desorganisierten Bindung zu ihrer Hauptbezugsperson ausgebildet haben? Welche physischen und psychischen Folgen können negative Bindungsmuster und die Einwirkung von Borderline-Symptomen der Mutter langfristig auf ein Kind haben?

Auf Grund von Langzeituntersuchungen kam Dornes (2007) zu der Auffassung, dass diese Kinder später nicht kränker oder verhaltensauffälliger sind oder sein müssen als sicher gebundene Kinder, sondern ein höheres Risiko haben, psychopathologische Probleme zu entwickeln, wenn zusätzliche Belastungsfaktoren hinzukommen. Dennoch wird die weitere Entwicklung der Kinder von ihren Bindungs- und Beziehungserfahrungen erheblich beeinflusst. Im Grundschulalter haben unsicher-gebundene Kinder nach Dornes (2003) eine geringere Aufmerksamkeitsspanne und Konzentrationsfähigkeit als

sicher-gebundene Kinder. Häufig wirken sie unruhig und zappelig, was oftmals die Diagnose des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADS) nach sich zieht. Darüber hinaus zeigte eine Studie von Main (1994) sowohl formale als auch inhaltliche Unterschiede zwischen sicher und unsicher gebundenen Kindern im Alter von 6 Jahren im Umgang mit Trennungssituationen. Unsicher gebundene Kinder haben häufigere Sprechpausen, die Themenauswahl ist begrenzter und die Phantasie über Hilfsmaßnahmen ist weniger positiv. Für desorganisiert gebundene Kinder ist nach Zulauf-Logoz (2004) im Vorschul- und Schulalter charakteristisch, dass sie auf abgebildete oder vorgespielte Trennungsszenen mit Katastrophenfantasien oder ängstlichem Verhalten reagieren. Im Puppenspiel werden die Puppen durch die Kinder umhergeworfen, machen aggressive Äußerungen und inszenieren gefährliche Ereignisse. Weiterhin fallen sie im Schulalter auf durch aggressive Verhaltensweisen.

Kinder, die ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster aufweisen, haben im Alter von 10 Jahren große Probleme Gefühle, wie Kummer und Traurigkeit zu thematisieren. Sie versuchen ihre negativen Gefühle zu verleugnen und allein mit ihnen fertig zu werden. Bei Kummer und Sorgen wenden sie sich nicht an die Eltern. Zulauf-Logoz (2004) stellte außerdem einen Zusammenhang zwischen desorganisiertem Bindungsverhalten und dissoziativen Symptomen im Jugendalter dar. Dabei kamen Tagträume, Unfallneigung, bizarres Verhalten und Selbstverletzungen häufiger bei den früher desorganisiert gebundenen Jugendlichen vor (Zulauf-Logoz, 2004).

Bei weiteren Untersuchungen von Jugendlichen im Alter von 16 Jahren fand sich allerdings keine stabile Kontinuität für das einmal festgestellte Bindungsmuster. Zwei unveröffentlichte Studien fanden Kontinuität der Bindungsmuster zwischen dem ersten und 16. Lebensjahr, zwei Andere belegten einen Wechsel des Bindungsmusters. Eine große Adoptionsstudie untersuchte Kinder, die unmittelbar nach der Geburt ins Heim kamen. Ein Teil der Kinder kam nach zwei bis vier Jahren in eine positiv funktionale Adoptionsfamilie. Diese Kinder wurden mit Kindern verglichen, die von Geburt an in vergleichbar guten Familienmilieus aufwuchsen. Deutliche Unterschiede zeigten sich im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen. Die mittlerweile 16 Jahre alten Jugendlichen mit 2- bis 4jähriger Heimerfahrung waren abhängiger von kontinuierlicher Aufmerksamkeit, zurückhaltender in der Aufnahme von Beziehungen zu Gleichaltrigen und wandten sich auch weniger an Gleichaltrige, wenn sie Kummer oder Sorgen hatten (Dornes, 2007).

Durch die Anwendung des Erwachsenen-Bindungsinterviews mit erwachsenen psychiatrisch Erkrankten konnte festgestellt werden, dass unsichere Bindungsmuster vorherrschten und diese Patienten eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörungen und Suizidalität vorzuweisen hatten. Beim Erwachsenen-Bindungsinterview werden

Erwachsene in einem halboffenen, etwa einstündigen Interview zu ihren vergangenen Bindungserfahrungen befragt.

Erwachsene, die in der Kindheit ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster aufwiesen, zeigten sich im Erwachsenen-Bindungsinterview wie abgeschnitten von den Erinnerungen an frühere Bindungserfahrungen. Sie neigen dazu, die unglückliche Kindheit zu idealisieren und schenken Gefühlen eine geringe Wertschätzung. Manche unsicher-vermeidende Erwachsene erinnern sich zwar an schmerzliche Erfahrungen, bagatellisieren diese jedoch. Sie bezeichnen ihre Eltern als großartig, können sich auf Nachfrage jedoch nur an Episoden erinnern, die von Kummer behaftet waren (Dornes, 2007). In Beziehungen neigen Erwachsene mit einem unsicher-vermeidenden Bindungserfahrungshintergrund dazu, durch ihren fehlenden Zugang zu Gefühlen und dem Partner dysfunktionale Beziehungsprozesse (Anklagen, Rationalisieren, Gewalt, Rückzug) hervorzurufen. Sie besitzen weiterhin auf Grund ihrer Bindungserfahrungen eine eingeschränkte Reflexion und Exploration. Beziehungen zu anderen Partnern sind bei Erwachsenen mit einem desorganisiertem Bindungserfahrungshintergrund geprägt von Irritationen, Misstrauen und Missverständnissen in der Interaktion mit dem Partner und gefährden damit die Beziehung. Auf Grund der mit unverarbeiteten Traumata verbundenen und abgespaltenen Gefühle sind die Erwachsenen nicht in der Lage die Gefühle des Partners adäquat zu beantworten.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass noch immer nicht umfassend und einschlägig geklärt ist, inwiefern sich das einmal erworbene negative Bindungsmuster im Säuglings- und Kleinkindalter nachhaltig schädigend auf die weitere Entwicklung im Jugend- und Erwachsenenalter auswirken kann. Was jedoch nachgewiesen werden konnte, ist, dass das erworbene Bindungsmuster nachhaltig stabil bis zum 10. Lebensjahr aufrecht erhalten bleibt. In welche Richtung sich ein Kind, Jugendlicher oder Erwachsener mit unsicherer Bindungserfahrung entwickelt und welche Erfahrungen dieser im Umgang mit anderen Bezugspersonen, im Eingehen von Beziehungen und im Zugang zu Gefühlen sammelt, ist abhängig von den wirkenden Schutz- und Risikofaktoren. Schutzfaktoren können noch im Nachhinein bewirken, dass sich das einmal etablierte unsichere Bindungsmuster zu Gunsten eines sicheren Bindungsmusters verändert. Zusätzliche Risikofaktoren können beispielsweise die Ausprägung eines psychopathologischen Musters veranlassen.

Das Vorhandensein eines unsicher-vermeidenden Bindungsmusters mit Zügen desorganisierter Bindung bei einem Kind auf Grund der Borderline-Erkrankung seiner Mutter muss somit nicht zwangsläufig bedeuten, dass die oben genannten Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen im Kindes-, Jugend

und Erwachsenenalter eintreten. Dennoch ist die Wahrscheinlichkeit für diese schwierige Entwicklung bis hin zur Entstehung einer psychischen Störung erhöht, wenn das Kind weiterhin uneingeschränkt und ungeschützt den Symptomen der Borderline-Erkrankung der Mutter ausgesetzt ist und keine anderen protektiven Faktoren wirken (Baumann, 2000). Erforderlich sind daher zum einen die gezielte Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter und zum anderen eine Beratung in Bezug auf die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion mit dem langfristigen Ziel der Bearbeitung der Mutter-Kind-Bindung.

Was ich als Psychologische Beraterin in Bezug auf die genannten Erfordernisse tun kann, werde ich im nächsten Punkt erläutern.

5. Kapitel IV: Interventionsmöglichkeiten in der Psychologischen Beratung

Als Psychologische Beraterin stehen das Erkennen, Sortieren und Zuordnen der Problematiken der Klienten, die in meine Praxis kommen, zu meiner Hauptaufgabe. Bevor sich jedoch die Klienten mir gegenüber öffnen und sich mit ihren Problemen und deren Veränderung beschäftigen, muss eine Vertrauensbasis, der so genannte Rapport, aufgebaut werden. Der Rapport entsteht, wenn ich als Beraterin dem Klienten gegenüber einführend und verständnisvoll bin, eine Haltung der bedingungslosen Anerkennung und Wertschätzung zeige und mich authentisch präsentiere, was beinhaltet, dass meine verbalen und nonverbalen Signale übereinstimmen müssen. Ich dränge den Klienten nicht über seine Probleme zu sprechen, sondern überlasse ihm die Geschwindigkeit, die er benötigt, um sich zu öffnen. Der Klient erkennt durch meine Haltung, dass ich ihn akzeptiere und nicht vorschnell beurteile. Ich zeige ehrliches Interesse und bewerte seine Äußerungen nicht. Dadurch fühlt sich der Klient angenommen und anerkannt, was ihn darin bestärkt freier über seine Probleme zu sprechen und sich intensiver mit ihnen auseinander zu setzen. Wenn der Rapport entstanden ist, kann ich die Sitzung mit dem Klienten in eine bestimmte Richtung mit lenken und leiten, die dann entsprechend des vom Klienten angestrebten Zieles förderlich ist. Der Klient legt ganz individuell seine zu erreichenden Ziele fest, wobei es wichtig ist die Ziele klar zu formulieren und die Bedingungen festzulegen, die Aufschluss darüber geben, ob ein Ziel erreicht worden ist. Danach folgt die eigentliche beraterische Aufgabe: herauszufinden, was das Problem des Klienten ist. Durch gezielte Fragestellungen unterstütze ich den

Klienten das eigentliche Problem zu erkennen und zu benennen. Ich ermutige den Klienten über seine Problematik zu sprechen und gebe ihm einen Leitfaden an die Hand, wodurch Hand dessen er seine verschiedenen Lebensbereiche hinsichtlich dessen untersuchen kann, was gut oder weniger gut funktioniert. Auch das Erfassen seiner Fähigkeiten und Kompetenzen gehört zu meiner Aufgabe als Psychologische Beraterin, um zu erfahren, welche Herausforderungen er selbständig bewältigen kann und wobei er Unterstützung benötigt.

Von diesen Grundlagen der Psychologischen Beratung ausgehend, habe ich eine Klientin bei mir in der Praxis, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet. Ich gehe an dieser Stelle nicht davon aus, dass bereits eine fundierte Diagnostik stattgefunden hat und die Diagnose der Borderline-Erkrankung bei der Klientin bekannt ist. Unabhängig davon, ob die Klientin eine psychische Störung besitzt oder nicht, bleibt der Aufbau des Rapports entscheidend wichtig für den weiteren Verlauf und den Erfolg der Beratung. Wenn Rapport entstanden ist, kann ich mit der Klientin tiefer in ihre angesprochene Problematik einsteigen. Anhand der Darstellungen und Erzählungen von problematischen Situationen und Verhaltensweisen, muss ich in der Lage sein, die Auffälligkeiten zu erkennen und zuzuordnen, um eine vorliegende Borderline-Erkrankung festzustellen und mir dieser Diagnose sicher zu sein. Ich führe dieses Beispiel noch dahingehend aus, dass die Klientin hauptsächlich über Schwierigkeiten mit ihrem Kind berichtet und sich dessen Verhalten nicht erklären kann. Dann besteht meine Aufgabe als Psychologische Beraterin auch darin, das Kind mit einzuladen und mir den bestehenden Mutter-Kind-Kontakt anzuschauen.

5.1. Therapeutische Interventionen

Die sicheren Anzeichen und Hinweise für das Bestehen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bei der Klientin stellen die Grundlage für die weitere Beratung und die weiteren Handlungsschritte für mich als Psychologische Beraterin dar. Mit Hilfe der von mir beobachteten und der von der Klientin berichteten Verhaltensweisen und Reaktionen stelle ich ein Verhaltensrepertoire zusammen und konfrontiere die Klientin mit der von mir wahrgenommenen und von ihr dargestellten Persönlichkeitsstruktur. Weiterhin ist eine ausführliche, intensive Informierung der Klientin zur Borderline-Erkrankung erforderlich, damit die mit der vorangegangenen Konfrontation verbundenen Gefühle der Verunsicherung, Abwehr und Angst vermindert werden. Dabei ist es vor allem von Bedeutung der Klientin die Angst vor der möglichen Diagnose der Borderline-Erkrankung zu nehmen und ihr aufzuzeigen, welche Chancen und Möglichkeiten ihr die therapeutische Behandlung ihrer Symptomatik eröffnen. Darüber hinaus

nehme ich auf ihr eigentliches Problem Bezug, indem ich darstelle, was ihre Verhaltens- und Reaktionsweisen für die Beziehung und die Erziehung ihres Kindes bedeuten und welchen Zusammenhang es zwischen der von der Klientin dargestellten Problematik mit ihrem Kind und der Symptomatik der Borderline-Erkrankung gibt.

Da ich als Psychologische Beraterin keine Therapie bei der Klientin vornehmen darf, besteht der nächste Schritt in der Weitervermittlung der Klientin zu einer geeigneten therapeutischen Maßnahme. Voraussetzung für diese Weitervermittlung ist das Bestehen eines umfangreichen Netzwerkes aus Adressen und Ansprechpartnern in meiner Praxis. Die Auswahl der geeigneten therapeutischen Maßnahme ist davon abhängig, wie stark und beeinträchtigend die Symptome bei der Klientin ausgeprägt sind und auf welche Maßnahme sich die Klientin, auch in Hinblick auf die Versorgung und Betreuung ihres Kindes, einlassen kann. Als Möglichkeiten bestehen die ambulante und stationäre Psychotherapie, wobei die therapeutischen Ausrichtungen von Institution zu Institution variieren können.

Die ambulante analytische Therapie ist nach Lohmer (2002) für Patienten geeignet, die in einigen Lebensbereichen stabil sind und gut funktionierende Beziehungen besitzen. In der analytischen ambulanten Diagnostik wird zunächst ein diagnostisches Interview, (Diagnose, Schweregrad, Motivation für längerfristige Therapie) durchgeführt, es folgt dann die Anamnese und schließlich die Behandlungsvereinbarung mit der Feststellung u.a. von Zielen und deren Wirksamkeit. Bei der o.g. ambulanten Therapie ist eine Stundenanzahl von 2 in der Woche angedacht. Eine andere Möglichkeit der ambulanten Therapie ist die dialektisch-behaviorale Therapie nach M. Linehan.

Die DBT ist eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie, in der die Patienten im ambulanten Setting neben wöchentlichen Einzeltherapiesitzungen ein Fertigkeitentraining in der Gruppe besuchen. Im Fertigkeitentraining werden Kompetenzen in den Bereichen Spannungstoleranz, Emotionsregulation und zwischenmenschlichen Beziehungen vermittelt. Überdies erlernen die Patienten Achtsamkeits-Techniken zur Aufmerksamkeitsfokussierung im „Hier und Jetzt“. Die Behandlung ist hierarchisch aufgebaut, wobei an erster Stelle die Reduktion suizidalen und parasuizidalen Verhaltens steht. Unter parasuizidalem Verhalten versteht man Verhaltensweisen, die zwar prinzipiell geeignet wären, sich selbst zu töten, jedoch nicht in der Intention der Selbsttötung, sondern zur Spannungsregulation ausgeführt wurden (z.B. Selbstverletzungen).

Eine ambulante Therapie ist für Borderline-Patienten kritisch, die keine engen Beziehungen besitzen und in keinem Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis stehen. Für diese Patienten besteht die Gefahr, dass die Therapie zum Beziehungs- und Lebensersatz wird (Lohmer, 2002). Auch für Patienten, die in einer ambulanten Therapie keine stabile, fruchtbare therapeutische Beziehung eingehen und kein stabiles Arbeitsbündnis

aufrecht erhalten konnten, eignet sich eher die stationäre Therapie. Ziel der stationären Therapie ist es, die bessere Lebensbewältigung des Patienten und seine Fähigkeit zu einem verlässlichen Arbeitsbündnis zu fördern. Der Behandlungszeitraum einer stationären Therapie beträgt 4 bis 6 Monate. Grundsätzlich soll die stationäre Therapie erfolgreich auf die weiterführende ambulante Therapie vorbereiten. Auch bei der stationären Therapie kann die Richtung der dialektisch-behavioralen Therapie angewandt werden. Das stationäre Programm erstreckt sich in der Regel über zwölf Wochen, wobei maximal acht Borderline-Patientinnen auf einer offenen, gemischt geschlechtlichen Station behandelt werden. Die stationäre DBT stellt eine Therapieform v.a. für selbstverletzende und suizidgefährdete Patientinnen dar und umfasst ein breites Repertoire an u.a. verhaltenstherapeutischen und kognitiven Techniken und Behandlungsstrategien. So werden vor allem Fähigkeiten zur Gefühlsregulation und Spannungstoleranz vermittelt. Neben einzeltherapeutischen Sitzungen geschieht dies vor allem in speziell entwickelten Fertigkeitstrainings- und körpertherapeutischen Gruppen. Die Umsetzung der Therapie beinhaltet auch spezielle therapeutische Aufgaben für die Pflege, wie z.B. Anordnung von und Unterstützung bei Verhaltensanalysen, Hilfestellungen beim Erlernen und Generalisieren von Fertigkeiten aus den vier Modulen Stresstoleranz, Emotionsregulation, zwischenmenschliche Fertigkeiten und Achtsamkeit.

Bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten ist grundsätzlich die Gefahr nicht-therapeutischer Regression zu beachten. Diese zeigt sich oftmals in wütendem und negativistischem Verhalten angesichts der in stationärer Behandlung gültigen Regeln und in einem kindhaften, zum Teil in psychotisch anmutender Weise vorgetragenen Anspruch auf Befriedigung der jeweiligen Wünsche.

In der Praxis der Psychologischen Beratung ist es notwendig mit der Klientin zu erarbeiten, welche therapeutischen Möglichkeiten es für ihre individuelle und die Situation des Kindes gibt und inwiefern eine Umsetzung möglich ist. Darüber hinaus ist es auch meine Aufgabe den Mutter-Kind-Kontakt in meiner Arbeit nicht aus den Augen zu verlieren und auf dem Hintergrund meines Wissens um die Bedeutung der frühen Kindheit mit einem psychisch kranken Elternteil nach Möglichkeit zu bearbeiten. Abhängig von der Wahl der therapeutischen Maßnahme auf Seiten der Klientin ist die Durchführung eines bindungsfördernden Trainings für Mutter und Kind in meiner Praxis möglich. Die Inhalte und Ausgestaltung dieses Trainings werde ich im nächsten Punkt erläutern.

5.2. Bindungsförderndes Training für Mutter und Kind

Das Bindungsfördernde Training für Mutter und Kind ist entwickelt worden für Mütter, die einen erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf im Umgang mit ihrem Kind in

den ersten Lebensjahren haben. Der erhöhte Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Mutter kann sich aus vielfältigen, sehr unterschiedlichen Gründen ergeben. Eine psychische Erkrankung der Mutter, auf Grund dessen diese nicht adäquat auf die kindlichen Bedürfnisse eingehen und reagieren kann, ist eine mögliche Ursache für die Notwendigkeit der Durchführung eines Bindungsfördernden Trainings.

Grundlagen des Trainings sind die bindungstheoretischen Ansätze, deren praktische Umsetzung in den Alltag die Mütter aktivieren sollen, Entwicklungsverzögerungen ihrer Kinder vorzubeugen und eine förderliche Mutter-Kind-Beziehung zu entwickeln. Die Mütter sollen befähigt werden, kindliche Bedürfnisse zu erkennen und mehr Handlungskompetenz in Bezug auf die frühkindlichen Bedürfnisse zu entwickeln sowie die Interaktion zwischen Mutter und Kind zu verbessern.

Ziel des Bindungsfördernden Trainings ist es, bei den Müttern das bessere Verständnis für die kindliche Entwicklung zu fördern. Darüber hinaus sollen Mutter und Kind wertvolle Zeit und gelingende Situationen miteinander verbringen und die Mütter sollen angeleitet werden ein sicheres, häusliches Umfeld zu schaffen, welches dem Kind optimale Entwicklungsmöglichkeiten bietet.

Zu Beginn des Trainings wird durch eine Videosequenz (3-5 Minuten) der gegenwärtig bestehende Mutter-Kind-Kontakt aufgenommen und festgehalten. Bei der gemeinsamen Auswertung der Videoaufnahme liegt die Konzentration auf den positiven Verhaltensaspekten von Mutter und Kind. Beim Kind werden Hinweise auf Kompetenzen und Ansätze sich selbst zu regulieren beobachtet, bei der Mutter liegt das Hauptaugenmerk darauf, wie sie sich dem Tempo des Kindes und seinen Bewegungsabläufen anpasst. Diese positiven Verhaltensaspekte werden von mir als Beraterin hervorgehoben und wertgeschätzt. Außerdem betone ich die bereits gelungenen einzelnen Kontaktsequenzen zwischen Mutter und Kind. Weiterhin lade ich die Mutter dazu ein die Signale ihres Kindes zu interpretieren und für ihren weiteren Reaktionsmöglichkeiten mit einzubeziehen.

Ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Beraterin und Mutter entstanden, sind die positiv anerkannten Sequenzen bei der Mutter auch als solche akzeptiert und als wertschätzend wahrgenommen worden, werden nun die wenig gelungenen Sequenzen mit der Mutter besprochen und analysiert. Die dabei aufkommenden Schwierigkeiten werden in den nächsten Beratungseinheiten näher thematisiert, indem durch verschiedene Übungen, Perspektivwechsel und Rollenspiele die Feinfühligkeit der Mutter für die Bedarfe des Kindes gefördert und das Verhaltensmuster der Mutter adäquat auf die Signale des Kindes abgestimmt wird. Das Kind ist in jeder Beratungseinheit anwesend, wird jedoch von mir als Beraterin nicht ohne die Zustimmung der Mutter angefasst. Des Weiteren soll die Sicherheit der Mutter im Umgang mit ihrem Kind und ihr Selbstwert-

gefühl gestärkt werden, indem immer wieder zwischendurch die positiven Verhaltensweisen der Mutter hervorgehoben und betont werden.

Um ein sicheres, häusliches Umfeld mit optimalen Entwicklungsmöglichkeiten zu schaffen, sind auch Hausbesuche im Training vorgesehen.

Zum Abschluss wird nochmals eine Videosequenz zwischen Mutter und Kind aufgenommen, die die Veränderungen im Mutter-Kind-Kontakt dokumentiert und der Mutter als bleibende Erinnerung übergeben wird.

Eine andere Möglichkeit, um zu Beginn des Trainings festzustellen, wie die Mutter-Kind-Bindung gestaltet ist, ist die Durchführung eines Fremde-Situations-Tests. Aus meiner Erfahrung heraus weiß ich, dass diese Variante von den Müttern als bedrohlicher und sehr kritisch empfunden wird, da der Test mehr Zeit in Anspruch nimmt, bei der Mutter und Kind „unter Beobachtung“ sind und er aufwendiger ist.

In Bezug auf ein Bindungsförderndes Training mit einer Borderline erkrankten Mutter und ihrem Kind ist besonders die gute, vertrauensvolle Beziehung zwischen Beraterin und Mutter die wesentliche Voraussetzung für die Akzeptanz des Trainings und die Auseinandersetzung mit dem gegenwärtigen Mutter-Kind-Kontakt.

Lässt sich die Borderline erkrankte Mutter auf das Training ein, so kann dies eine Chance für die Entwicklung einer positiven Mutter-Kind-Beziehung bedeuten und die Mutter im Umgang mit ihrem Kind mehr entlasten, da sie weiß, wie sie reagieren sollte und ihr somit mehr Sicherheit geben.

5.3. Grenzen in der Arbeit

Schwierigkeiten in der Arbeit mit einer von Borderline betroffenen Klientin können auftreten, wenn die Klientin nicht aus Eigeninteresse in die Beratung gekommen ist, sondern von Familie, Bekannten etc. geschickt worden ist. Dann besteht die Gefahr, dass die Klientin kein eigenes Änderungsanliegen hat und gar nicht weiß, warum sie in der Beratung sitzt. Weiterhin bestehen Schwierigkeiten in der Arbeit, wenn die Klientin das Problem herunterspielt, andere dafür verantwortlich macht, die Ernsthaftigkeit des Problems überspielt oder von irgendeinem Problem berichtet, was offensichtlich nicht zu ihrem Leben dazu gehört.

Diese aufgeführten Schwierigkeiten können den Beratungsprozess erheblich stören und beeinträchtigen, sind jedoch kein Grund für mich die Beratung zu beenden oder abubrechen. Durch die Anwendung bestimmter Methoden kann ich diese Schwierigkeiten beheben oder abmildern.

Schwieriger wird es, wenn die Symptome der Borderline-Erkrankten so ausgeprägt sind, dass die Beratung als solche nicht durchführbar ist und stark beeinträchtigt wird.

In Folge dessen ist eine schnelle Vermittlung in ein stationäres Setting erforderlich, da der ambulante Rahmen in einem solchen Fall nicht ausreichend erscheint und das nähere Umfeld, besonders in meinem Fallbeispiel das angesprochene Kind, gefährdet ist. Weiterhin würde ich es als schwierig empfinden, wenn die Klientin von der Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nichts wissen möchte, sondern lediglich ihre Probleme in der Erziehung ihres Kindes bearbeiten möchte. In diesem Fall ist natürlich eine Erziehungsberatung im klassischen Sinne möglich. Dennoch ist diese Erziehungsberatung ohne die Behandlung der Symptomatik der Klientin nur eingeschränkt erfolgreich, da die Symptome auch zur Problematik in der Erziehung beitragen. Daher würde ich versuchen in der Erziehungsberatung der Mutter zu verdeutlichen, wie wichtig es ist, auch ihre ganz eigenen Probleme zu bearbeiten. Möglichweise ist nach dem Aufbau einer guten Vertrauensbeziehung die Bereitschaft der Mutter sich auch mit ihrer Symptomatik auseinanderzusetzen größer.

Des Weiteren kann ich auch an meine persönlichen Grenzen in der Arbeit mit der Borderline-Erkrankten stoßen. Beispielsweise, wenn die Symptome der Borderline-Erkrankung die Beratung sehr anstrengend und emotional belastend für mich machen oder ich methodisch in der Arbeit nicht mehr weiterkomme. Dann ist der Austausch mit einem Team oder Experten für psychische Erkrankungen erforderlich.

Eine weitere Grenze in der Arbeit mit der Klientin sehe ich darin, wenn ich feststelle, dass das Kind durch die Krankheit der Mutter in seiner Entwicklung oder im schlimmsten Fall in seinem Überleben gefährdet ist. In diesem Fall halte ich eine ambulante Beratung nicht mehr für ausreichend und angemessen. Ich würde die Mutter mit meiner Sorge und Angst um sie selbst und das Kind konfrontieren und ihr vorschlagen gemeinsam das Jugendamt aufzusuchen, um die passende und hilfreichere Unterstützungsmöglichkeit zu finden.

6. Literaturverzeichnis

Ahnert, L. (2004) (Hg.). *Frühe Bindung - Entstehung und Entwicklung*. München: Reinhardt

Ainsworth, M. (1985). *Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung*. In Grossmann, K. & Grossmann, K. (2003) (Hrsg.). *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby und Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta

Ammon, G. (1998). *Das Borderline-Syndrom. Krankheit unserer Zeit*. 1. Auflage, Berlin: Pinel, Verlag für Humanistische Psychiatrie und Philosophie

Baumann, K. K. (2000). *Ver-rückte Kindheit. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern*. Marburg: Tectum

Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler Taschenbücher

Bowlby, J. (1995): *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*, Heidelberg: Dexter Verlag

Bruch, H. (1982). *Essstörungen*, Frankfurt: Fischer

Dornes, M. (2003). *Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren*. In Suess, G. J. & Pfeifer, W.-K. P. (Hg.) *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung*. (S. 25 – 64). 3. Auflage, Gießen: Psychosozial –Verlag

Dornes, M. (2007). *Die emotionale Welt des Kindes*. 5. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Grossmann, K. & Grossmann, K. (1994). *Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Bindung*. In GwG Zeitschrift, Ausgabe 96, S. 26 - 42

Grossmann, Klaus E.(2004). *Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung*. In Ahnert, L. (Hg.) *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. (S.21 – 41). München: Ernst Reinhardt

Keller, H. (2001). *Frühkindliche Sozialisationskontexte: Ein Vorschlag zur Spezifikation elterlicher Investitionen in ihre Kinder*. In Schlippe, A.v. & Lösche, G. & Hawellek, C. (Hrsg.). *Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung – die Chancen des Anfangs*. (S.18-34). Münster: Votum

Lohmer, M. (2002). *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings*. Stuttgart: Schattauer

Mielke, R. (2001). *Psychologie des Lernens - eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer

Möhlenkamp, G. (2004). *Was ist eine Borderline-Störung? Antworten auf die wichtigsten Fragen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Niklewski, G. & Niklewski, R. (2003). *Leben mit einer Borderline-Störung. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Partner*. Stuttgart: Trias

Oldham, J.M. & Skodol, A.E. (1998). *Persönlichkeitsstörungen*. In Wittchen, H.-U. (Hrsg.). *Handbuch Psychische Störungen. Eine Einführung*. (S. 202 – 238). Weinheim: Psychologie Verlags Union

Rahn, E. (2001). *Borderline. Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Bonn: Psychiatrie Verlag

Schäfer, U. & Rütger, E. & Sachsse, U. (2006). *Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Schmidt-Denter, U. (1996). *Soziale Entwicklung: ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Laufe des menschlichen Lebens*. 3. Korrigierte und aktualisierte Auflage, Weinheim: Beltz

Schmücker, G. & Buchheim, A. (2002). *Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren*. In Strauß, B. & Buchheim, A. & Kächele, H. (Hrsg.). *Klinische Bindungsforschung. Theorien-Methoden-Ergebnisse*. (S.173 – 190). Stuttgart: Schatt-hauer

Schölmerich, A. & Lengning, A. (2004). *Neugier, Exploration und Bindungsentwicklung*. In Ahnert, L. (Hg.) *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. (S. 198 -210). München: Ernst Reinhardt

Schwartz-Salant, N. (2006). *Die Borderline Persönlichkeit. Vom Leben im Zwischenreich*. Düsseldorf: Patmos Verlag

Stumm, G. (2002). *Interaktion*. In *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. 5. Auflage (S. 493 – 494). Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

Teske, K. (1994). *Wie erleben Kinder die Alkoholabhängigkeit in der Familie?*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Eschborn

Tewes & Wildgrube (1992). *Psychologie Lexikon*. München: R. Oldenbourg

Völker, S. (2000). *Frühe Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind: Die Bedeutung von Wärme und Kontingenz*. Band 24, Hamburg: Kovac

Wardetzki, B.(1996). *Iss doch endlich mal normal*, München: Kösel

Wittchen, H.-U. (1998) (Hrsg.). *Handbuch psychische Störungen. Eine Einführung*. 2. neu ausgestattete Auflage: Weinheim: Psychologie Verlags Union

Zulauf-Logoz, M. (2004). *Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen*. In Ahnert, L. (Hg.). *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. (S. 297-312). München: Ernst Reinhardt