

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Effekte mütterlicher Borderline-Persönlichkeitsstörung und belastender
Kindheitserfahrungen auf die psychische Gesundheit von Kindern

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna-Luisa Paetz

aus Neubrandenburg

Datum der Promotion: 21.06.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Zusammenfassung	5
Abstract	6
1 Einleitung	7
1.1 Kinder psychisch kranker Eltern	7
1.2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und mögliche transgenerationale Auswirkungen	8
1.2.1 Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	8
1.2.2 Häufigkeit und Ätiopathogenese.....	9
1.2.3 Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	10
1.2.4 Folgen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf das Fürsorgeverhalten von Müttern.....	11
1.2.5 Effekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die zweite Generation.....	12
1.3 Belastende Kindheitserfahrungen durch Missbrauch und Misshandlung und mögliche transgenerationale Auswirkungen	15
1.3.1 Definition und Prävalenz von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch.....	15
1.3.2 Folgen belastender Kindheitserfahrungen auf die psychische Gesundheit.....	17
1.3.3 Folgen belastender Kindheitserfahrungen auf die zweite Generation.....	18
2 Fragestellung und Hypothesen	21
2.1 Herleitung und Fragestellungen	21
2.2 Hypothesen	22
3 Methoden	23
3.1 Studiendesign	23
3.2 Stichprobe	24
3.2.1 Rekrutierung.....	24
3.2.2 Screening und Ein- und Ausschlusskriterien.....	24
3.3 Testablauf	25
3.4 Testinstrumente	27
3.4.1 International Personality Disorder Examination.....	27
3.4.2 Childhood Experience of Care and Abuse.....	28
3.4.3 Kiddie-SADS-Present and Lifetime.....	30
3.4.4 Child Behaviour Checklist und Teacher Report Form.....	31
3.5 Statistische Analysen	32
4 Ergebnisse	34
4.1 Deskriptive Ergebnisse der Stichprobe	34
4.2 Korrelationsanalyse von demographischen Variablen und Zielvariablen	36
4.3 Regressionsanalysen zur Überprüfung der Hypothesen	38
4.3.1 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die kindliche Psychopathologie.....	38
4.3.2 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die emotionale Regulationsfähigkeit des Kindes.....	39
4.3.3 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Misshandlungserfahrung auf die kindliche Psychopathologie.....	40
4.3.4 Einfluss der Interaktion beider Prädiktoren auf die kindliche Psychopathologie.....	41

4.4 Explorative Regressionsanalysen	41
4.4.1 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten des Kindes.....	42
4.4.2 Einfluss der Ausprägung der mütterlichen Misshandlungserfahrung auf internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten des Kindes.....	43
5 Diskussion	49
5.1 Effekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter auf die psychische Gesundheit des Kindes	50
5.1.1 Effekte der Psychopathologie ohne Einfluss belastender Kindheitserfahrungen	50
5.1.2 Die Bedeutung der multiperspektivischen Beurteilung der kindlichen Psychopathologie	50
5.1.2 Transgenerational gestörte Emotionsregulation als möglicher Prädiktor	52
5.2 Effekte belastender Kindheitserfahrungen der Mutter auf die psychische Gesundheit des Kindes	53
5.2.1 Divergenz in den Beurteilungen der kindlichen Psychopathologie und mögliche Ursachen.....	53
5.2.2 Transgenerationale Transmission vor allem durch Psychopathologie?.....	54
5.2.3 Psychische Missbrauchs- und Misshandlungsformen	55
5.3 Limitationen der Studie	56
5.4 Schlussfolgerungen für die Praxis und Ausblick	58
6 Literaturverzeichnis	60
Eidesstattliche Versicherung	68
Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen	69
Lebenslauf	70
Publikationsliste	71
Danksagung	72

Abkürzungsverzeichnis

C-GAS	Children Global Assessment Scale
CBCL	Child Behaviour Checklist
CECA	Childhood Experience of Care and Abuse
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM-IV TR	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen IV - Textrevision
ICD-10	International Classification of Disease 10
IPDE	International Personality Disorder Examination
K-SADS	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
TRF	Teacher Report Form
UBICA	Understanding and Breaking the Intergenerational Cycle of Abuse
YSR	Youth Self Report

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Ein- und Ausschlusskriterien für die Mutter-Kind-Dyaden zur Studienteilnahme</i>	25
Tabelle 2 <i>Demographische Beschreibung der Mütter der Gesamtstichprobe (n = 92) und von Teilstichproben</i>	35
Tabelle 3 <i>Charakterisierung der Kinder der Stichprobe (n = 92)</i>	36
Tabelle 4 <i>Korrelation nach Spearman ρ zwischen demographischen Variablen und Zielvariablen</i>	37
Tabelle 5 <i>Regressionsanalyse zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Anzahl der Diagnosen im K-SADS (n = 92)</i>	44
Tabelle 6 <i>Regressionsanalyse zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf den CBCL Gesamtwert (n = 91)</i>	44
Tabelle 7 <i>Regressionsanalyse zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf den TRF Gesamtwert (n = 57)</i>	45
Tabelle 8 <i>Regressionsanalysen zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Skala Emotionale Dysregulation in CBCL (n = 91) und TRF (n = 54)</i>	46
Tabelle 9 <i>Regressionsanalysen zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Skala Internalisierende Verhaltensstörungen in CBCL (n = 91) und TRF (n = 56)</i>	47
Tabelle 10 <i>Regressionsanalysen zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Skala Externalisierende Verhaltensstörungen in CBCL (n = 91) und TRF (n = 57)</i>	48

Zusammenfassung

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst psychische Auffälligkeiten zu entwickeln und daran zu erkranken. In Untersuchungen zu transgenerationaler Weitergabe psychischer Erkrankungen waren Persönlichkeitsstörungen wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung bisher nur selten Bestandteil. Diese Persönlichkeitsstörung ist oft mit Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit assoziiert, welche wiederum Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der nächsten Generation haben können. Unklar ist, ob es die Misshandlungserfahrung an sich oder vor allem die Psychopathologie der Mutter ist, die eine Auswirkung auf das Kind und seine psychische Gesundheit haben kann.

In der vorliegenden Dissertation, die im Rahmen der multizentrischen UBICA-Studie entstand, wurden die Auswirkungen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter auf die psychische Gesundheit ihres Kindes und die Rolle von belastenden Kindheitserfahrungen bei dieser transgenerationalen Transmission untersucht.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein stärkeres Ausmaß der Borderline-Symptomatik der Mutter mit einer erhöhten Anzahl psychiatrischer Diagnosen des Kindes assoziiert ist. Insbesondere im Bereich der Emotionsregulation zeigen Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung Defizite, aber auch externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten treten auf. Ein stärkeres Ausmaß der mütterlichen Misshandlungserfahrung zeigt sich in den durchgeführten Untersuchungen nicht mit einer größeren Anzahl von psychiatrischen Diagnosen des Kindes assoziiert. In der Lehrerbewertung zeigt sich jedoch, dass ein stärkeres Ausmaß der Belastungserfahrung mit mehr internalisierenden Verhaltensstörungen der Kinder assoziiert ist.

Die Psychopathologie der Mutter spielt eine wichtige Rolle bei der transgenerationalen Transmission psychischer Störungen. Insbesondere emotionale Dysregulation als ein typisches Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung könnte als Prädiktor für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung interpretiert werden und deutet so möglicherweise eine spezifische Transmission der Borderline-Symptomatik an. Für das alleinige Vorhandensein belastender Kindheitserfahrungen konnte im Lehrerurteil ein Effekt auf die psychische Gesundheit des Kindes gezeigt werden.

Abstract

Children of parents with psychiatric disorders are at risk of developing mental illnesses themselves. The borderline personality disorder is an important subject in the phenomenon of transgenerational transmission of psychiatric disorders and has been investigated in few studies only. Amongst other things patients with borderline personality disorder often suffer from unstable relationships with other people which most severely refers to their families and children. These patients also often suffer from abuse experiences in their own childhood. Studies have shown that the experience of child abuse in mothers can affect the psychopathology of their children. It has not been investigated yet whether this effect is mainly due to motherly childhood abuse or rather due to psychiatric disorders and psychopathologies in mothers.

The aim of the present study was to investigate effects of motherly borderline personality disorder on the mental health of their children and to consider the influence of motherly childhood experiences of abuse. Mothers and children were interviewed and tested as part of the multicentric UBICA study at Charité Universitätsmedizin Berlin, Germany. Relevant data included the extent of borderline symptoms and childhood abuse experiences of mothers as well as the amount of psychiatric diagnoses and behavioral problems in children. Variables and covariables were analyzed by regression analysis.

Results show that high stress through borderline symptoms in mothers was associated with more diagnoses and more behavioral problems in children. Especially regarding emotion regulation, children of mothers with borderline personality disorders had difficulties but also internalizing and externalizing behavioral problems were found. More severe childhood abuse experiences of the mother were not found to be associated with an increased number of diagnoses in children. But when teachers assessed the children of these mothers more severe childhood abuse experiences of the mother was associated with more internalizing behavioral problems in children.

We come to the conclusion that psychopathology of the mother seems to play an important role in the question of transgenerational transmission of psychiatric disorders and trauma. Especially the transmission of dysfunctional emotion regulation as one key symptom of borderline personality disorder might imply a specific transmission of borderline symptoms from mother to child.

1 Einleitung

1.1 Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder von psychisch kranken Eltern stellen eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen dar. Sie haben eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, im Laufe ihres Lebens selbst psychisch zu erkranken (Wiegand-Grefe et al. 2009). Nach konservativen Schätzungen ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa drei Millionen minderjährige Kinder einen psychisch erkrankten Elternteil haben (Grube und Dorn 2007). Die psychische Erkrankung der Eltern kann zu einem gestörten Beziehungsverhalten zwischen Eltern und Kind führen. Kommt es durch die Erkrankung eines Elternteils beispielsweise zu einem unstrukturierteren Alltag mit weniger verlässlichen Routinen, zu einem erschwerten familiären Zusammenhalt, einem Mangel an außerfamiliärer Unterstützung oder zur Parentifizierung (Rollenumkehr zwischen Eltern und Kind), besteht die Gefahr von belastenden Erfahrungen für das Kind mit möglichen langfristigen Folgen. Es wird berichtet, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, Verlust-, Angst- und Schamgefühle zu erleben (Bathe 2009; Scherber 2009). Auch Schuldgefühle können gehäuft auftreten, die sich darauf beziehen können, als Kind schuld an der Erkrankung der Eltern zu sein (Lenz 2005).

Über die Auswirkungen einiger psychischer Erkrankungen von Eltern auf deren Kinder sind bereits Erkenntnisse gewonnen und berichtet worden. So ist beispielsweise bekannt, dass Kinder von depressiven Eltern ein sechsmal höheres Risiko haben, selbst an einer Depression zu erkranken (Groen und Petermann 2002). 40 Prozent dieser Kinder erleben die erste depressive Episode bereits im Kinder- und Jugendalter (Beardslee et al. 1993). Auch über Auswirkungen von Schizophrenie und Suchterkrankungen der Eltern auf ihre Kinder wurde bereits berichtet (Bountress und Chassin 2015; Hameed und Lewis 2016). Andere Erkrankungen waren bisher auffallend selten Gegenstand von Untersuchungen. So gibt es bisher nur wenige Forschungsergebnisse über die Auswirkungen von Persönlichkeitsstörungen der Eltern auf die Kinder. Insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung könnte von besonderem Interesse sein. Unter verschiedenen psychiatrischen Symptomen dieser Störung ist ein häufiges, spezifisches Merkmal die erschwerte Gestaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen. Dieser Aspekt ist bedeutsam für die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung und für Erziehungskompetenz (Petfield et al. 2015). Ein weiteres häufig auftretendes Symptom ist ein instabiles

Selbstbild und eine negative Selbstwahrnehmung der Patienten, wodurch bei Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die Wahrnehmung der Elternrolle erschwert sein kann. Erleben Eltern durch ihre psychische Erkrankung in diesen Bereichen Schwierigkeiten und Einschränkungen, kann dies negative Auswirkungen auf die Kinder haben.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann ätiologisch mit belastenden Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen einhergehen, welche die Betroffenen meist in ihrer eigenen Kindheit oder Jugend erfahren haben. Kinder von Eltern mit (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen haben ein erhöhtes Risiko, ebenfalls Opfer von belastenden Misshandlung- oder Missbrauchserfahrungen zu werden (Weiss et al. 1996).

Es ist also von Interesse, welche Auswirkungen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und in der eigenen Kindheit erlebte, belastende Misshandlungserfahrungen der Eltern auf ihre Kinder und deren psychische Gesundheit haben können. Dies im Zusammenhang zu betrachten ist insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sinnvoll, da in der Ätiologie häufig Misshandlungserfahrungen eine Rolle spielen.

1.2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und mögliche transgenerationale Auswirkungen

1.2.1 Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der englische Psychiater C. H. Hughes verwendete 1884 erstmalig den Begriff *borderline* bzw. damals *borderland* und prägte damit die Bezeichnung einer Krankheit, die in den folgenden Jahren den Psychopathien und gleichzeitig den Hysterien zugeordnet wurde, aber eben stets nur grenzwertig (*borderline*) mit diesen Konzepten übereinstimmte (Hughes 1884). Die Definition des Krankheitsbildes und die Abgrenzung gegenüber anderen Störungen blieb schwierig. Mit Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelten sich zum Teil zeitlich parallel verschiedene Konzepte der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sie wurde als eine subschizophrene Störung mit psychotischen wie neurotischen Symptomen beschrieben. Mit der Einführung des Begriffs der schizotypischen Persönlichkeitsstörung existiert für den Übergangsbereich zu den Schizophrenien jedoch eine bessere Umschreibung. Die Konzepte der Borderline-Persönlichkeitsstörung als subaffektive Störung und Impulskontrollstörung waren Vorlage für das heutige Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz 2011). Auch als eine

posttraumatische Belastungsstörung wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung früh diskutiert. Freud vermutete für sein Konzept der Hysterien, zu denen er auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung zählte, traumatisierende Erfahrungen in der Ätiologie und erkannte die Gefahr des sexuellen (Kindes-) Missbrauchs für die Entstehung der Borderline-Symptomatik (Freud 1898; 1952).

Heute ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung definiert durch Instabilität und Impulsivität, vor allem in den Bereichen Affektregulation, Beziehungsgestaltung und Selbstbild. Aus diesen basalen Defiziten leiten sich die typischen Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung ab, die detailliert im Kapitel zur Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung dargestellt werden.

1.2.2 Häufigkeit und Ätiopathogenese

Mit einer Prävalenz bis zu 20 Prozent bei stationären psychiatrischen Patienten machen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung einen großen Teil der psychiatrischen Patienten aus. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung befinden sich häufig und lange in stationärer Behandlung, was erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem verursacht (Jerschke et al. 1998). Mit einer Prävalenz von bis zu 3 Prozent in der Allgemeinbevölkerung ist sie eine der häufigsten Persönlichkeitsstörungen (Herpertz, Habermeyer und Bronisch 2011).

Genetische Prädisposition, neurobiologische und psychosoziale Faktoren können als Ursachen und Wege zur Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Betracht gezogen werden. Komplexe und multidimensionale Modelle versuchen die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durch die verschiedenen, interagierenden Faktoren zu erklären. Das Diathese-Stress-Modell eignet sich dabei am besten zur grundlegenden Darstellung der Mechanismen. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wiesen möglicherweise bereits als Kinder besondere Vulnerabilitäten und Prädispositionen auf, die das Risiko erhöhten, auf Belastungen und Stressoren mit Psychopathologien zu reagieren. Es kann diskutiert werden, dass beispielsweise weniger protektive Resilienzfaktoren vorhanden waren, die im Umgang mit der Belastung unterstützend wirken könnten. Stattdessen waren möglicherweise Umweltfaktoren vorhanden, die die Auswirkungen der Belastung verstärkten. Vulnerabilität und Prädisposition können dabei genetischen oder biologischen Ursprungs sein oder auch aus frühen, umweltbezogenen Erfahrungen entstehen. Auf der Grundlage dieses Diathese-Stress-Modells entstand das biopsychosoziale Ätiologiekonzept Marsha Linehans (1996).

Neben den biopsychosozialen Konzepten existieren auch psychoanalytische Ansätze zur Ätiologiebeschreibung. Das umfassendste psychoanalytische Konzept stammt von Otto Kernberg (1967; 1975). Wenngleich diese Theorien andere Beschreibungen der Ätiologie verfolgen, fällt auf, dass bestimmte Ausgangs- und Einflussfaktoren (vor allem belastende Erfahrungen wie Missbrauch und Misshandlung) auch in diesen Modellen eine Rolle spielen.

1.2.3 Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Im DSM-IV-TR (2003) werden neun Kriterien beschrieben, die die Borderline-Persönlichkeitsstörung charakterisieren: Affektinstabilität, erschwerte Regulation von Emotionen (vor allem Wut), Impulsivität, instabile Beziehungen, Bemühungen gegen Verlassenwerden, instabile Selbstwahrnehmung, selbstschädigendes Verhalten, chronisches Gefühl von Leere und vorübergehend auftretende Dissoziationszustände. Zur Diagnosestellung müssen fünf dieser Kriterien erfüllt sein.

Häufig tritt eine affektive Instabilität mit mangelnder Fähigkeit zur Emotionsregulation auf. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind gegenüber emotionalen Reizen oft überempfindlich und neigen dazu, in einem überschwelligem, der Situation nicht immer angemessenen Ausmaß zu reagieren. Die mangelnde Regulationsfähigkeit ist bedingt durch die eingeschränkte Wahrnehmung der eigenen Emotionen, aber auch durch nicht ausreichend erlernte Fertigkeiten zur Regulation. Dies erschwert den Umgang mit den instabilen, oft heftigen Emotionen (Linehan 1996). Die Impulsivität zeigt sich vor allem in Bereichen wie Geldausgaben, Sexualität, Drogenmissbrauch, riskantes Fahrverhalten, Essattacken und unangemessene Wutausbrüche. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führen oft problematische zwischenmenschliche Beziehungen, in denen sie zwischen den Extremen von Idealisierung und Abwertung schwanken. Es werden häufig verzweifelte Anstrengungen unternommen („ich würde alles tun...“), um Verlassenwerden durch Beziehungspersonen zu vermeiden. Ein häufig instabiles Selbstbild, erschwerte Bedürfniswahrnehmung und ein gestörtes Selbstwertgefühl sind Kennzeichen einer vorliegenden Identitätsstörung. Charakteristisch ist das häufig beschriebene Symptom der chronischen, inneren Leere. Autoaggressives, selbstverletzendes Verhalten und parasuizidale Handlungen können auftreten. In Momenten starker Belastung können dissoziative Symptome wie Depersonalisationszustände auftreten.

Die häufig vorhandene, hohe innere Anspannung der Patienten ist ein weiteres Merkmal, das im ICD-10 (2008) Diagnosekriterium ist. Diese wird in Zusammenhang mit der Affektregula-

tionsstörung gesehen. Durch Selbstverletzung kann die Anspannung gelöst werden oder aber so weit ansteigen, dass dissoziative Zustände die Folge sein können. Bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die zusätzlich eine posttraumatische Belastungsstörung haben, können beispielsweise durch triggernde Situationen oder Flashbacks Dissoziationen ausgelöst werden. Im Rahmen des selbstverletzenden Verhaltens ist eine hohe Rate suizidaler Handlungen bei 60 bis 78 Prozent der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beobachten (Kjellander et al. 1998).

Vor allem die Störung der zwischenmenschlichen Beziehungsfähigkeit, die Schwierigkeiten in Emotionsregulation und Impulsivität bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung führen zu Einschränkungen und Belastungen im familiären und sozialen Umfeld der Patienten. Von besonderem Interesse sind Effekte auf die Kinder von Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung als abhängige und unmittelbar konfrontierte Personen im Umfeld der Patienten.

1.2.4 Folgen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf das Fürsorgeverhalten von Müttern

Das Fürsorge- und Erziehungsverhalten von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung kann im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen in verschiedenen Bereichen beeinträchtigt sein. In einem Review fassen Petfield et al. (2015) die Ergebnisse von 17 Studien zusammen. In diesen Untersuchungen wurden Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit gesunden Probandinnen verglichen. Komorbiditäten wie Abhängigkeitserkrankungen und Depression wurden in der Regel kontrolliert, so dass die Auswirkungen weitestgehend auf die Persönlichkeitsstörung zurückzuführen sind. Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung hatten häufiger Schwierigkeiten, Einfühlungsvermögen und Sensibilität gegenüber ihren Kindern zu zeigen sowie deren Emotionen korrekt zu erkennen. Konflikte innerhalb der Familie und auch verbale und körperliche Gewalt traten vermehrt auf. Häufiger waren Tagesabläufe und Familienorganisation weniger gut strukturiert. Die Mütter übernahmen die Erziehung der Kinder öfter allein ohne Unterstützung des anderen Elternteils oder eines Partners. Eine instabile, oft wechselnde Konstellation der im Haushalt lebenden Personen trat ebenfalls häufiger auf. Sowohl von betroffenen Müttern als auch von ihren Kindern wurde ein weniger stabiler familiärer Zusammenhalt berichtet. Häufiger erlebten Mütter mit Borderline-

Persönlichkeitsstörung die Elternrolle als stressig und berichteten, weniger Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit in der Erziehung zu erfahren.

Auch das Outcome der Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde in den Studien erfasst und wird von Petfield et al. (2015) im Review berichtet. So gingen in den Untersuchungen Kleinkinder und Babys von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen weniger in Beziehung mit ihrer Mutter, waren ängstlicher, schwerer zu beruhigen und lachten weniger. Größere Kinder hatten eine negativere Selbstwahrnehmung und waren selbstkritischer. Sie hatten mehr Schwierigkeiten, soziale Akzeptanz unter Gleichaltrigen zu erlangen und suchten im Spiel stets mehr Bestätigung und Rückversicherung. Auch die Beziehung zwischen Kindern und Müttern war häufiger problematisch. Die Kinder berichteten von Ängsten, verlassen zu werden. Im Spiel konnte häufiger das Phänomen der Rollenumkehr beobachtet werden. Auch häufigeres dysfunktionales Verhalten der Kinder wurde berichtet. Darauf wird im folgenden Abschnitt im Detail eingegangen.

1.2.5 Effekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die zweite Generation

Es sind Indizien vorhanden, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter die Psychopathologie des Kindes beeinflusst. Bisher wurde in nur wenigen Studien die psychische Gesundheit der Kinder von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung untersucht. Die Ergebnisse der vorhandenen Studien deuten auf vermehrte psychopathologische Auffälligkeiten bei diesen Kindern hin.

So untersuchten Weiss et al. (1996) in einer Pilotstudie 21 Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Um möglichst spezifische Aussagen zu den Effekten der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung zu treffen, wurden für die Kontrollgruppe keine gesunden Probanden ausgewählt, sondern Kinder von Müttern mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Die kindliche Psychopathologie wurde mit dem klinischen Interview K-SADS (Kaufman et al. 1997) erfasst sowie mit einer darin enthaltenen Skala für das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau des Kindes (C-GAS). Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen hatten im Mittel signifikant mehr Diagnosen als die Kinder der Vergleichsgruppe. Dies war vor allem bei Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und disruptiven Verhaltensstörungen der Fall. Die Kinder der Indexgruppe erreichten auch niedrigere Werte auf der Skala des psychosozialen Funktionsniveaus.

Abela et al. (2005) untersuchten 20 Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Auch hier wurde das K-SADS Interview von Kaufman et al. (1997) für die Diagnostik der Kinder eingesetzt. Die Borderline-Symptomatik der Mutter zeigte eine signifikante Assoziation mit depressiven Symptomen bei den Kindern. 45 Prozent der in dieser Studie untersuchten Kinder hatten bereits eine schwere depressive Episode erlitten.

Barnow et al. (2006) erfassten die kindliche Psychopathologie mit dem Temperament and Character Inventory (TCI, Cloninger et al. 1994) und den zwei Achenbach-Fragebögen (1991) Child Behaviour Checklist (CBCL, von der Mutter auszufüllen) und Youth Self-Report (YSR, Selbstbericht vom Kind). Die Vergleichsgruppen bestanden aus gesunden Kontrollen, aus Kindern von depressiven Müttern sowie aus Kindern von Müttern mit Cluster C-Persönlichkeitsstörungen. Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erreichten signifikant höhere Werte als Kinder depressiver oder gesunder Mütter in der Temperament-Dimension „harm avoidance“ (etwa Schadensvermeidung). Menschen mit erhöhten Werten in dieser Dimension neigen dazu, nervös, unsicher und besorgt zu sein, passiv und eher schüchtern aufzutreten. In den CBCL/YSR-Skalen für Verhaltensauffälligkeiten, Aggression und Kriminalität sowie Aufmerksamkeitsstörungen (Achenbach 1991) ergaben sich signifikant erhöhte Werte bei den Kindern der Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe. Bei den Skalen für emotionale Probleme sowie für Angst und Depression ergaben sich signifikant erhöhte Werte bei Kindern der Borderline-Mütter im Vergleich mit allen drei anderen Gruppen. Diese Kinder gaben ebenfalls gegenüber allen anderen Gruppen ein signifikant geringeres Selbstwertempfinden an. Barnow et al. (2006) führen vor allem die große Zahl an emotionalen Problemen auf die Affektinstabilität der Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zurück.

Huntley et al. (2017) untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen mütterlicher Symptomatik einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern. Bei den in der Studie untersuchten Müttern war zusätzlich postpartal eine Depression diagnostiziert worden. Zur Erfassung der kindlichen Psychopathologie kam hier ebenfalls die CBCL in der Version für Vorschulkindern zum Einsatz. Die Symptome der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden mit dem strukturierten klinischen Interview SCID-II (1997) erfasst. Die anamnestisch bestehende mütterliche Depression war assoziiert mit vermehrten Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern. Dieser Effekt war jedoch nicht mehr nachzuweisen, nach dem Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung in die Analysen mit einbezogen wurden. Die Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern waren in dieser Stu-

die also vorrangig mit den mütterlichen Symptomen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung assoziiert. In einer möglichen Komorbidität von Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung weisen Huntley et al. vor allem der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Relevanz hinsichtlich transgenerationaler Effekte zu. Die Autoren diskutieren als Gründe für diese Ergebnisse eine möglicherweise nachhaltigere und stärkere psychosoziale Belastung der Mütter durch die Borderline-Persönlichkeitsstörung und verweisen unter anderem auf die emotionale Regulationsfähigkeit als einen für die einfühlsame Erziehung von Kindern bedeutsamen Faktor.

Es gibt Hinweise darauf, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb einer Familie und bei Verwandten ersten Grades gehäuft auftritt (Baron et al. 1985; Zanarini et al. 2004). Barnow et al. (2013) konnten zeigen, dass eine mütterliche Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht nur mit einer allgemein stärkeren psychischen Belastung des Kindes assoziiert ist, sondern dass Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger ebenfalls Symptome dieser Störung zeigen. Auch Reinelt et al. (2014) zeigten eine mögliche transgenerationale Transmission typischer Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dies könnte insbesondere für das Symptom der beeinträchtigten Emotionsregulation gelten, welches als ein Kernsymptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung bezeichnet werden kann (Glenn und Klonsky 2009) und möglicherweise auch eine Relevanz für die transgenerationale Transmission der Störung haben könnte. Binion und Zalewski (2018) fanden Hinweise darauf, dass eine eingeschränkte emotionale Regulationsfähigkeit von Müttern ein Risikofaktor darstellen kann für die regelrechte Entwicklung der emotionalen Regulationsfähigkeit bei Kindern, was die gehäufte Entwicklung von psychopathologischen Symptomen zur Folge haben könnte. Gratz et al. (2014) zeigten, dass bei Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Einfluss auf das Kind durch die mütterliche emotionale Dysregulation vermittelt wird und so bei diesen Kindern ebenfalls eine gestörte Regulationsfähigkeit der Emotionen vorliegt.

Die bisher berichteten psychopathologischen Symptome bei Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben eine große Varianz. Es treten sowohl internalisierende als auch externalisierende Störungen und verschiedene Diagnosen auf. Möglicherweise stellt die emotionale Dysregulation ein Symptom dar, das die verschiedenen Ausprägungen der kindlichen Psychopathologie vereint.

Häufig haben Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in ihrer Kindheit belastende Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen gemacht (Herman et al. 1989; Yen et al. 2002). Auf die hohe Assoziation von belastenden Kindheitserfahrungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde in den bisher referierten Studien zu Auswirkungen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter auf ihr Kind kaum eingegangen. Im folgenden Kapitel wird ausführlich dargestellt, dass auch belastende Kindheitserfahrungen wie körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch der Mutter Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern haben können.

1.3 Belastende Kindheitserfahrungen durch Missbrauch und Misshandlung und mögliche transgenerationale Auswirkungen

1.3.1 Definition und Prävalenz von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch

Der Begriff der Kindesmisshandlung ist von internationalen, interkulturellen und interdisziplinären Definitionen und Vorstellungen abhängig. Leeb et al. (2008) haben für das National Center for Disease Control and Prevention eine Definition formuliert, die international und interdisziplinär weitgehend auf Konsens trifft: „Unter Kindesmisshandlung werden einzelne oder mehrere Handlungen oder Unterlassungen durch Eltern oder andere Bezugspersonen verstanden, die zu einer physischen oder psychischen Schädigung des Kindes führen, das Potential einer Schädigung besitzen oder die Androhung einer Schädigung enthalten.“ Neben der aktiv ausgeführten physischen und psychischen Gewalt zählen also auch Vernachlässigung bzw. Gewalt durch Unterlassen und sexueller Missbrauch zu Kindesmisshandlung.

Die körperliche Misshandlung beinhaltet „alle Handlungen, bei denen dem Kind durch eine erwachsene Bezugsperson medizinisch relevante Verletzungen oder andere Traumata zugefügt werden. [...] Kriterien für eine sichere Kindesmisshandlung sind Platzwunden, Knochenbrüche, Ausrenkungen von Gliedmaßen oder ausgeprägte Blutergüsse infolge von impulshaften oder strafenden Handlungen, Schlägen mit Stöcken, Gürteln oder Schütteln des Kleinkindes bzw. Verbrühen, Verbrennen des Kindes, Fesseln etc.“ (Fegert und Spöber 2012: 573). Diese „Kriterien für eine sichere Kindesmisshandlung“ beschreiben Folgen schwerer Formen der physischen Misshandlung. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch §1631 Abs. 2 haben Kinder „ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen [...] und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“ Daraus ist zu schlussfolgern und anzumer-

ken, dass auch leichtere Formen der Misshandlung wie Klapse oder Ohrfeigen als physische Kindesmisshandlung zu bewerten sind.

Sexueller Kindesmissbrauch kann durch eine häufig angewandte sozialwissenschaftliche Definition von Schechter und Roberge (1976, zitiert nach Fegert und Spröber 2012: 571) beschrieben werden: „Unter sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen versteht man ihre Beteiligung an sexuellen Handlungen, die sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht verstehen, dazu kein wissentliches Einverständnis geben können, die sexuelle Tabus der Familie und der Gesellschaft verletzen und zur sexuellen Befriedigung eines Nichtgleichaltrigen oder Erwachsenen dienen.“ Mit der Definition von Fegert und Fey (1988, zitiert nach Fegert und Spröber 2012: 572) kann die Beschreibung im klinisch-therapeutischen Kontext erweitert werden: „Sexueller Missbrauch ist ein traumatisches Erlebnis, das auch mit konkreten körperlichen Traumata verbunden sein und psychische Sofort-, Früh- oder Spätfolgen zeigen kann.“ Die Schwere des sexuellen Missbrauchs wird zum einen durch zeitliche Variablen unterschieden (einmaliger beziehungsweise mehrmaliger und chronischer Missbrauch), zum anderen durch die Einteilung in „Hands-off“ (Belästigung, Entblößung, Zusehen bei sexuellen Aktivitäten/Pornographie) und „Hands-on“-Taten (Berührung, Penetration). Eine weitere Unterscheidung erfolgt nach inner- und außerfamiliärem sexuellen Missbrauch. Vor allem der innerfamiliäre Missbrauch ist von Bedeutung, da hier die Opfer des Missbrauchs als Kinder in einer starken Abhängigkeitsbeziehung zum Täter stehen, woraus massive Beziehungs- und Ambivalenzkonflikte im Kind mit entsprechenden möglichen psychischen Folgen resultieren können (König und Fegert 2008). Jede Art von definiertem sexuellen Missbrauch an Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren gilt nach dem Strafgesetzbuch als Straftat (StGB, 13. Abschnitt – Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung §§ 174-184j).

Neben sexuellem Missbrauch und physischer Misshandlung von Kindern gibt es weitere Formen von Gewalt, die in Familien und im sonstigen Umfeld von Kindern auftreten können. Dazu zählen beispielsweise psychische Gewalt und Vernachlässigung (Fegert und Spröber 2012). Misshandlungserfahrungen in der Kindheit gehen mit einem deutlich erhöhten Risiko für Folgestörungen einher (Carr et al. 2013) und sind daher in Hinblick auf Entstehung psychischer Störungen von Bedeutung.

Hauser et al. (2011) untersuchten in einer repräsentativen Stichprobe die Prävalenzen von sexuellem Missbrauch in Deutschland. Mäßige oder schwere Missbrauchserfahrungen nach dem Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) hatten 6,2 Prozent der Befragten in ihrer Kind-

heit gemacht. In einer Metaanalyse, die Ergebnisse aus 22 Ländern zusammenfasste, wurden deutlich höhere Prävalenzraten des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit von 19 Prozent bei Frauen und knapp 8 Prozent bei Männern berichtet (Pereda et al. 2009). Die Häufigkeiten für körperliche Misshandlung lagen in der Umfrage von Hauser et al. (2011) bei 5,5 Prozent für mäßige und schwere Formen der Misshandlung. Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung von Kindern können schwerwiegende Folgen haben. Diese werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

1.3.2 Folgen belastender Kindheitserfahrungen auf die psychische Gesundheit

Misshandlung und Missbrauch von Kindern kann schwerwiegende Auswirkungen mit unter Umständen lebenslangen Folgen für die psychische Gesundheit des Individuums haben (Carr et al. 2013). In einer Metaanalyse von Jumper (1995) konnte ein deutlicher Effekt von sexuellem Kindesmissbrauch auf die psychopathologische Belastung im Erwachsenenalter gezeigt werden. Vor allem Depression und ein problematisches Selbstwertempfinden scheinen demnach Folge des Missbrauchs zu sein. Ähnliche Befunde berichten MacMillan et al. (2001). Physische Misshandlung und sexueller Missbrauch in der Kindheit waren mit erhöhter Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen wie Angststörungen, Sucht und Substanzmissbrauch sowie dissozialen Verhaltensweisen assoziiert.

Eine deutlich erhöhte Prävalenz von Misshandlungserfahrungen bei Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde bereits vielfach gezeigt (Herman et al. 1989; Yen et al. 2002). Bis zu 80 Prozent der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung berichten von schweren Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in ihrer Kindheit (Zanarini et al. 1989). Auch die häufige Komorbidität der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde ausführlich dargestellt (Yen et al. 2002; Zanarini et al. 1998). Befunde von McLean und Gallop (2003) zeigen, dass Frauen, die sexuellen Missbrauch in der Kindheit erlebten, deutlich häufiger eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelten, als wenn es im Erwachsenenalter zum Missbrauch kam.

Ein Zusammenhang zwischen Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt nahe. Ball und Links (2009) fanden Indizien für eine Ursache-Wirkungs-Beziehung, wenn die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung als ein multifaktorielles Geschehen betrachtet wird, in dem die Misshandlungserfahrung einen von mehreren Faktoren darstellt. Die Borderline-

Persönlichkeitsstörung kann also als eine der möglichen Traumafolgestörungen angesehen werden.

Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch können sich in langfristigen Folgen nicht nur auf diejenigen auswirken, die diese Misshandlung direkt erfahren haben. Derartige belastende Kindheitserfahrungen können auch Folgen für die Kinder von Betroffenen haben. Dies wird im Folgenden ausführlich beschrieben.

1.3.3 Folgen belastender Kindheitserfahrungen auf die zweite Generation

In der Literatur finden sich einige Arbeiten, die den Zusammenhang zwischen mütterlicher Missbrauchs- und Misshandlungserfahrung in der Kindheit und den Effekten auf das Kind beschreiben. So untersuchten beispielsweise Miranda et al. (2011) Kinder im Alter zwischen 8 und 17 Jahren und ihre Mütter. Mit einem klinischen Interview zur Erfassung von Faktoren, die die psychische Gesundheit von Kindern beeinflussen können („The Schedule of Risk Factors“ aus dem „Service Utilization and Risk Factors Interview“ (Goodman et al. 1998)), wurden die Misshandlungserfahrungen der Mütter erhoben. Die psychische Gesundheit der Kinder wurde mit einem semistrukturierten Interview nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV erfasst („Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV“, Reich et al. 1997) und mit der Child Behavior Checklist (Achenbach 2001), einem Instrument, bei dem die Mütter psychopathologische Auffälligkeiten ihrer Kinder bewerten. Mütterliche Misshandlungserfahrung war signifikant assoziiert mit einer erhöhten Anzahl von Diagnosen nach DSM-IV, vor allem Essstörungen und disruptiven Verhaltensstörungen und mit vermehrten externalisierenden Störungen nach der CBCL. Eine mögliche Erklärung der genannten Assoziationen vermuten die Autoren der Studie im Erziehungsstil der Mütter, die aufgrund ihrer eigenen Misshandlungserfahrung möglicherweise eher zu einem permissiven, weniger autoritären Erziehungsstil neigten und ihren Kindern seltener klare Grenzen setzen könnten (Miranda et al. 2011). Die beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder könnten laut den Autoren Resultate dieses Erziehungsstils sein.

Bei Dubowitz et al. (2001) bewerteten Mütter mit Misshandlungserfahrungen die Psychopathologie ihres Kindes (im Alter zwischen vier und sechs Jahren) ebenfalls mittels der CBCL. Im Studiendesign wurden die Mütter nach dem Zeitpunkt (Kindheit, Erwachsenenalter oder beides) und der Art der Misshandlung (körperlich, sexuell oder beides) eingeteilt. Mütter, die Misshandlungen zu beiden Zeitpunkten erfahren hatten, berichteten im Vergleich zu den an-

deren Gruppen signifikant mehr externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder. Hatten die Mütter nur in ihrer Kindheit Misshandlungen erfahren, traten nach Angaben der Mütter bei ihren Kindern lediglich internalisierende Auffälligkeiten vermehrt auf. Sowohl körperliche als auch sexuelle Misshandlung der Mutter und die Kombination physischer und sexueller Misshandlungserfahrung der Mutter waren mit vermehrten internalisierenden Störungen assoziiert. Auch Dubowitz et al. (2001) ziehen in Betracht, dass der Erziehungsstil den Zusammenhang zwischen der mütterlichen belastenden Kindheitserfahrung und der kindlichen Psychopathologie vermitteln könnte. Anders als Miranda et al. (2011) gehen sie jedoch davon aus, dass die Mütter wegen ihrer psychischen Belastung eine geringere Stresstoleranz aufweisen könnten und daher einen strengeren Erziehungsstil verfolgen und möglicherweise weniger emotional verfügbar für ihr Kind seien.

Myhre et al. (2014) untersuchten Effekte mütterlicher belastender Kindheitserfahrungen auf jüngere Kinder im Alter von 3 Jahren. Die Ergebnisse zeigen auch hier vermehrte externalisierende Verhaltensstörungen bei Kindern von Müttern mit körperlichen und sexuellen Misshandlungserfahrungen.

In allen drei zuletzt beschriebenen Studien wird die kindliche Psychopathologie nur über Angaben der Mutter erfasst. Diese Art der Bewertung der kindlichen Psychopathologie ist kritisch zu betrachten. Möglicherweise berichten Mütter mit belastenden Kindheitserfahrungen vermehrt von Auffälligkeiten bei ihren Kindern, weil sie übersensitiv in der Wahrnehmung derartiger Probleme sind oder bestimmte Verhaltensweisen ihrer Kinder verstärkt als problematisch auffassen. Morrel et al. (2003) konnten zeigen, dass belastende Kindheitserfahrungen von Müttern mit vermehrten Berichten der Mütter über externalisierendes und internalisierendes Problemverhalten ihrer Kinder assoziiert war, dies jedoch nicht mit den Lehrerurteilen korrelierte. Auch das Selbsturteil der Kinder unterschied sich von der Bewertung der Mütter. Für umfassende Untersuchungen kindlicher Psychopathologie bietet es sich also an, dass die kindliche Psychopathologie von verschiedenen Personen beurteilt wird, beispielsweise durch die gemeinsame Anwendung der CBCL und dem korrespondierenden Lehrerfragebogen TRF (Teacher Report Form, Achenbach 1991). Der Einsatz eines klinischen Interviews, in dem mehrere Sichtweisen zu einem Gesamturteil über die kindliche Psychopathologie zusammengefügt werden (inklusive der Wahrnehmung des Kindes über seine psychische Verfassung), könnte die Aussagen zur psychischen Gesundheit der Kinder zuverlässiger und vollständiger machen.

Die referierten Studien haben die Psychopathologie der Mutter meist im Hinblick auf die depressive Symptomatik untersucht. Wie zuvor berichtet, können die psychischen Folgen von Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen in der Kindheit vielfältig sein. Neben Depression können beispielsweise Abhängigkeitserkrankungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung auftreten (Carr et al. 2013). Die hauptsächliche Berücksichtigung von depressiven Störungen der Mutter als beeinflussender Faktor auf die Psychopathologie des Kindes greift somit deutlich zu kurz. Zudem erfolgte die Erfassung der mütterlichen Psychopathologie meist mittels Fragebögen und Selbstbeurteilung. Diese Art der Beurteilung führt möglicherweise zu lückenhaften Informationen und ist qualitativ nicht gleichwertig mit Einschätzungen ausführlicher psychiatrischer Diagnostik. Bei der Erfassung der psychischen Belastung der Mutter könnte also ein breiteres Spektrum psychiatrischer Symptomatik betrachtet werden und eine psychiatrische Diagnostik nach „Goldstandard“ angestrebt werden.

Ein wichtiger Punkt ist weiterhin die Differenzierung zwischen Effekten der belastenden Kindheitserfahrungen und Effekten, die durch Folgestörungen und ihre psychopathologische Symptomatik entstehen. In den berichteten Studien wurden die beiden Effekte nicht getrennt und eine mögliche Konfundierung kann so nicht ausgeschlossen werden. Es werden uneinheitliche Ergebnisse berichtet hinsichtlich möglicher Moderation und Mediation durch die mütterliche Psychopathologie. Die getrennte Betrachtung von Effekten der belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter und von Effekten der mütterlichen Psychopathologie erscheint als ein hilfreicher Ansatz, um spezifische Effekte der betreffenden mütterlichen Belastungen für die psychische Gesundheit von Kindern identifizieren zu können.

2 Fragestellung und Hypothesen

Im Folgenden werden die Fragestellungen zusammengefasst, die sich aus dem aktuellen Stand der Forschung ergeben. Im Anschluss werden die konkreten Hypothesen formuliert, die durch die Analyse der erhobenen Daten überprüft wurden.

2.1 Herleitung und Fragestellungen

Das besondere Studiendesign der vorliegenden Arbeit, welches im Folgenden genauer vorgestellt wird, ermöglicht es, die Effekte der psychischen Störung, hier die Borderline-Persönlichkeitsstörung, und der belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter auf das Kind unter neuen Aspekten genauer zu untersuchen. Die Auswirkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter können in der vorliegenden Studie getrennt von den Auswirkungen der belastenden Kindheitserfahrungen untersucht werden, da Mütter mit und ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie mit und ohne Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrung in der Kindheit in die Studie eingeschlossen wurden. Es kann untersucht werden, welche konkreten Folgen die belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter für die psychische Gesundheit des Kindes haben können und welche konkreten Folgen wiederum eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben kann und ob eine stärkere Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einer höheren psychischen Belastung des Kindes assoziiert ist. Darüber hinaus kann die Frage nach einer Interaktion dieser beiden Faktoren untersucht werden: Wie wirken die potentiell traumatisierenden Misshandlungserfahrung der Mutter und die mütterliche Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammen auf die psychische Gesundheit des Kindes?

Um eine umfassende und genaue Beurteilung der psychischen Gesundheit des Kindes zu ermöglichen, wurden die Instrumente in der vorliegenden Studie so ausgewählt, dass die kindliche Psychopathologie multiperspektivisch erfasst werden kann. Das bedeutet, dass das Kind selbst, die Mutter, ein Lehrer und ein Kliniker eine Einschätzung abgeben. Darüber hinaus werden die psychischen Probleme und Belastungen des Kindes sowohl dimensional als auch kategorial in konkreten Diagnosen erfasst. Fragen nach bestimmten Diagnosen, spezifischen Auffälligkeiten und nach dem Ausmaß der psychischen Belastung der Kinder in den jeweiligen Gruppen können so untersucht werden.

2.2 Hypothesen

Hypothese 1

Die mütterliche Borderline-Persönlichkeitsstörung hat, unabhängig von Einflüssen der belastenden Kindheitserfahrungen, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Kindes. Je stärker das Ausmaß der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter ist, desto höher ist die allgemeine Psychopathologie des Kindes, die anhand der Diagnosen sowie den Gesamtwerten in der Eltern- und der Lehrerbeurteilung erfasst wird.

Speziell bei der emotionalen Regulationsfähigkeit der Kinder haben Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung verstärkt Auffälligkeiten. Je stärker die Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, desto höher sind die Werte in der Subskala Emotionale Dysregulation im Eltern- und Lehrerurteil.

Hypothese 2

Die belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter haben, unabhängig von Einflüssen der Psychopathologie, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Kindes. Je stärker das Ausmaß der belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter ist, desto höher ist die allgemeine Psychopathologie des Kindes, die anhand der Diagnosen sowie den Gesamtwerten in der Eltern- und der Lehrerbeurteilung erfasst wird.

Hypothese 3

Für das Zusammenwirken der beiden Hauptfaktoren (Ausmaß der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Ausmaß der belastenden Kindheitserfahrung) wird ein Interaktionseffekt in den Hauptskalen (Anzahl der Diagnosen des Kindes, Gesamtwerte der Psychopathologie des Kindes in Eltern- und Lehrerbeurteilung) erwartet.

Explorative Untersuchungen

Im Anschluss an die Überprüfung der Hypothesen wird explorativ untersucht, ob eine stärkere Ausprägung der Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. der belastenden Kindheitserfahrungen der Mütter eher mit verstärkten internalisierenden oder externalisierenden Verhaltensstörungen der Kinder assoziiert sind.

3 Methoden

Im Folgenden werden das Studiendesign, die Stichprobe, der Testablauf und die verwendeten Instrumente zur Datenerhebung sowie die durchgeführten statistischen Analysen der hier beschriebenen Studie vorgestellt.

3.1 Studiendesign

Die Datenerhebung für die vorliegende Arbeit erfolgte im Rahmen der von der DFG geförderten UBICA-Studie mit dem Titel „Transgenerationale Übertragung von traumatischen Kindheitserfahrungen: Die Mutter-Kind-Interaktion bei traumatisierten Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung“. Diese multizentrische Studie entstand in Zusammenarbeit der Universitätsklinik Heidelberg und der RWTH Aachen sowie der Charité Universitätsmedizin Berlin. Das Studiendesign und die Methodik wurden durch die Ethikkommission der Charité am 28.11.2012 geprüft und bestätigt. Im Förderzeitraum vom 01. Januar 2014 bis 31. Dezember 2015 wurden Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung mit und ohne belastende Kindheitserfahrungen und ihre Kinder untersucht. Im Fokus der Untersuchungen standen dabei behaviorale und neurobiologische Auswirkungen der mütterlichen Persönlichkeitsstörung bzw. der belastenden Kindheitserfahrungen auf die Mutter-Kind-Interaktion. Es wurden jeweils Mutter-Kind-Dyaden mit Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren eingeschlossen.

Das Studiendesign soll es ermöglichen, Effekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung getrennt von denen der belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter auszuwerten. Dazu wurden zum einen psychisch gesunde Mütter für die Studie ausgewählt, von denen ein Teil in der Kindheit belastende Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen machte. Der andere Teil der psychisch gesunden Mütter hatte keine solche Belastung erlebt. Zum anderen wurden Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in die Studie eingeschlossen, von denen einige ebenfalls belastende Kindheitserfahrungen gemacht hatten, andere jedoch keine solche Erfahrungen berichteten.

3.2 Stichprobe

3.2.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Probandinnen erfolgte durch postalisches Anschreiben von niedergelassenen Pädiatern, Gynäkologen, Psychiatern und Psychotherapeuten in Berlin. In den versendeten Briefen waren ein Informationsschreiben für den Arzt enthalten sowie Flyer und Plakate der Studie, welche potentielle Probandinnen über Ablauf und Inhalt der Studie, über die Einschlusskriterien, ein zusätzliches psychologische Beratungsangebot und die Aufwandsentschädigung informierten. Die niedergelassenen Ärzte wurden gebeten, das Studienangebot an infrage kommende und interessierte Mütter weiterzuleiten.

Auch in psychiatrischen Kliniken fand Rekrutierung statt. Studentische Mitarbeiter der Studie besuchten regelmäßig eine auf die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung spezialisierte Station in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Campus Benjamin Franklin. Am Campus Benjamin Franklin gab es außerdem die Möglichkeit Probandinnen für die Studie in der ambulanten Sprechstunde für Borderline-Persönlichkeitsstörung zu gewinnen. Weitere Rekrutierung fand in der Klinik für Psychiatrie der Schlosspark-Klinik und der Klinik für Psychiatrie des St. Hedwig-Krankenhauses statt.

Beim Rekrutierungsgespräch wurden die Patientinnen über die Idee und den Ablauf der Studie informiert und unterschrieben bei Interesse ein Kontaktaufnahmeformular. Gleichzeitig wurde vom Studienmitarbeiter ein erstes grobes Screening durchgeführt (unter anderem bezüglich Alter des Kindes, Zusammenleben von Kind und Mutter, Komorbiditäten der Mutter), um wichtige Ausschlusskriterien von vornherein festzustellen.

3.2.2 Screening und Ein- und Ausschlusskriterien

Nach der Rekrutierung von potentiell interessierten Probandinnen fand ein telefonisches Screening statt. Bei diesem wurden die Probandinnen konkreter über Inhalt und Ablauf der Studie informiert. Es wurden bereits am Telefon Ein- und Ausschlusskriterien erfasst, um die grundsätzliche Eignung der interessierten Mütter für die Studie festzustellen. Dabei waren die wichtigsten Kriterien grundlegende soziodemographische Angaben, gegebenenfalls die bereits bestehende Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung und zum Ausschluss führende Komorbiditäten. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind im Detail der Tabelle 1 zu entnehmen.

men. Insgesamt konnten 92 Mutter-Kind-Dyaden rekrutiert werden, die alle Kriterien erfüllten.

Tabelle 1 *Ein- und Ausschlusskriterien für die Mutter-Kind-Dyaden zur Studienteilnahme*

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
alle Probandinnen	<ul style="list-style-type: none"> Alter der Mutter \geq 18 Jahre Alter des Kindes 5-12 Jahre Mutter und Kind zusammenlebend ausreichende Deutschkenntnisse 	<ul style="list-style-type: none"> Kindeswohlgefährdung schwere körperliche Erkrankung/geistige o. körperliche Behinderung von Mutter oder Kind Kontraindikationen MRT
gesunde Probandinnen mit belastenden Kindheitserfahrungen	<u>zusätzlich:</u> <ul style="list-style-type: none"> physische oder sexuelle Misshandlungserfahrung in der Kindheit (nach CECA) 	<ul style="list-style-type: none"> akute oder frühere psychische Erkrankung der Mutter Suizidalität der Mutter Misshandlungserfahrung in der Kindheit der Mutter
Probandinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	<u>zusätzlich:</u> <ul style="list-style-type: none"> Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach IPDE) stabile Medikation innerhalb der letzten 2 Wochen 	<u>Komorbiditäten</u> <ul style="list-style-type: none"> Manie Bipolare Störung schizoaffektive Störung antisoziale Persönlichkeitsstörung demenzielle Erkrankungen oder hirnorganische Störungen der Mutter regelmäßige Einnahme von Benzodiazepinen Substanzabhängigkeit in den letzten 6 Monaten (Ausnahme Nikotin)
Probandinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und belastenden Kindheitserfahrungen	<u>zusätzlich:</u> <ul style="list-style-type: none"> physische oder sexuelle Misshandlungserfahrung in der Kindheit (nach CECA) Borderline-Persönlichkeitsstörung (nach IPDE) stabile Medikation innerhalb der letzten 2 Wochen 	

3.3 Testablauf

Die Testungen der Mütter und ihrer Kinder fanden in der Charité Berlin am Campus Virchow-Klinikum in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters statt sowie in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus. Es wurden stets Mutter und Kind gemeinsam eingeladen und zeitgleich untersucht. Eine gesamte Testung wurde in drei Abschnitte unterteilt, die nach telefoni-

scher Terminvereinbarung an drei verschiedenen Tagen im Zeitraum von wenigen Wochen stattfanden.

Der erste Testungstermin im Virchow-Klinikum begann nach Aufklärung über den Ablauf, Einsammeln von Einverständniserklärungen und Besprechen von offenen Fragen mit einer videogestützten Mutter-Kind-Interaktionsdiagnostik zur Messung der mütterlichen Sensitivität. Im Verlauf der Untersuchung wurden zu verschiedenen Zeitpunkten mütterliche und kindliche Speichel- und Mundschleimhautproben, Haarproben sowie eine Blutprobe der Mutter für epigenetische und endokrinologische Analysen entnommen. Anschließend erfolgte der erste Teil der Diagnostik. Bei der Mutter beinhaltete dies die Erfassung von Depressivität und anderen psychischen Störungen, beim Kind wurden Lebensqualität und Psychopathologie erfasst. Zusätzlich wurden mit Hilfe einer Emotionsinduktion Fotos des Kindes in verschiedenen Emotionszuständen aufgenommen, die später bei der fMRT-Untersuchung der Mutter verwendet wurden. Zum Abschluss des ersten Termins erhielt die Mutter ein Fragebogen-Set, welches zu Hause ausgefüllt und zum zweiten Termin wieder mitgebracht werden sollte. Die enthaltenen Fragebögen erfassten unter anderem die psychische Belastung der Mutter, Einschätzung der kindlichen Psychopathologie durch die Mutter und soziodemographische Informationen wie Partnerschaft und Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Beim zweiten Termin, der ebenfalls im Virchow-Klinikum stattfand, lagen die Schwerpunkte der mütterlichen Diagnostik auf Erfassung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der mütterlichen Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen. Das Kind absolvierte bei diesem Termin Intelligenztests und neuropsychologische Untersuchungen. Außerdem wurde in Absprache mit dem Kind ein Lehrer oder Erzieher ausgewählt, der nach Entbindung von der Schweigepflicht einen Fragebogen zur psychopathologischen Symptomatik des Kindes zugesandt bekam mit der Bitte um Bearbeitung und Rücksendung.

Zum Abschluss des zweiten Termins wurde der Mutter die Aufwandsentschädigung von 100 Euro ausgezahlt. Für die Mutter fand ein fakultativer dritter Termin im St. Hedwig-Krankenhaus statt. Mittels einer fMRT-Untersuchung wurde hier die mütterliche Emotionserkennung und Sensitivität für das eigene Kind im Vergleich zu fremden Kindern untersucht. Dieser dritte Termin wurde zusätzlich mit 50 Euro vergütet.

3.4 Testinstrumente

Es wurden sowohl Daten über die Mütter als auch über die Kinder erhoben. Für die vorliegende Arbeit wurden die Daten der psychiatrischen Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter und ihre Missbrauchs- und Misshandlungserfahrung verwendet. Zur Beurteilung der psychischen Gesundheit der Kinder wurden die Daten der kinderpsychiatrischen Diagnostik und Daten zur Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten durch die Mutter und einen Lehrer verwendet. Die jeweiligen Instrumente werden im Folgenden beschrieben.

3.4.1 International Personality Disorder Examination

Zur Diagnosestellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter wurde die International Personality Disorder Examination (IPDE) von Loranger et al. (1994) in der deutschen Übersetzung von Mombour et al. (1996) eingesetzt. Die IPDE ist ein semistrukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM IV. Das Interview besteht aus 157 Items, welche in sechs Unterkategorien geordnet sind: Arbeit, Selbst, zwischenmenschliche Beziehungen, Affekte, Realitätsbeurteilung und Impulskontrolle. Die Unterkategorien beginnen stets mit offenen Fragen, bei denen der Interviewte erzählen kann, was und so viel er für wichtig hält. Diese Berichte des Interviewten werden nicht in die Auswertung mit einbezogen, geben jedoch dem Interviewer einen Eindruck der Situation des Untersuchten. Diese Informationen können hilfreich sein beim Beurteilen der nachfolgenden spezifischen Fragen, die anschließend für die quantitative Auswertung zählen.

Die Auswertung erfolgt einzeln für die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Für die vorliegende Arbeit wurden mit der IPDE nur die Persönlichkeitsstörungen „selbstunsicher“, „borderline“ und „anti-sozial“ untersucht. Um eine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren zu können, soll das zu beurteilende Verhalten für die Dauer von mindestens fünf Jahren bestanden haben. Außerdem muss eines der Kriterien bereits vor dem 25. Lebensjahr vorhanden gewesen sein. Die Antworten des Untersuchten werden entweder mit 0 (entspricht „Kriterium verneint oder selten“), 1 (entspricht „gelegentlich, wahrscheinlich“, Kriterium vorhanden) oder 2 (entspricht „immer, häufig“, Kriterium trifft zu) gewertet. Je nach Anzahl der vorhandenen Kriterien kann eine Diagnose als „negativ“, „wahrscheinlich“ oder „positiv“ beurteilt werden. Die insgesamt neun Kriterien der IPDE für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung

entsprechen dabei den neun Kriterien des DSM-IV. Ab vier „immer/häufig“ zutreffenden Kriterien erfolgt die Feststellung der Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“.

Neben der Diagnostik ist auch eine dimensionale Auswertung der IPDE durch Aufsummierung der Scores oder der Anzahl der „immer/häufig“ zutreffenden Kriterien möglich. Für die vorliegende Arbeit wurde ein Summenscore aus der Anzahl der mit 2 bewerteten Kriterien verwendet. So kann eine Probandin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bei schwerer Ausprägung der Symptomatik einen maximalen Wert von 9 haben. Probandinnen ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung können ausschließlich Werte unter 4 haben.

Die Reliabilität und Validität der IPDE wurde von Loranger et al. (1994) in einer großen, international angelegten Feldstudie untersucht. Dabei konnten bei der Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr gute Werte von $\kappa = 0.8$ für die Interrater-Reliabilität gezeigt werden. Für die Test-Retest-Reliabilität ergaben sich Werte von $\kappa = 0.7$. Die IPDE gilt als „Goldstandard in der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik“, da durch die Strukturierung des Interviews eine gewisse Verfahrensvalidität besteht. Die Kliniker der Feldstudie von Loranger et al. (1994) waren sich weitgehend einig über den Nutzen und die Sinnhaftigkeit der IPDE zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, so dass von einer guten Expertenvalidität ausgegangen werden kann.

3.4.2 Childhood Experience of Care and Abuse

Das Childhood Experience of Care and Abuse Interview (CECA) von Bifulco et al. (1994) wurde zur retrospektiven Erfassung von belastenden Erlebnissen in der Kindheit (vor dem 17. Lebensjahr) der Mutter verwendet. Es handelt sich dabei um ein semistrukturiertes Interview, das für die vorliegende Arbeit in der deutschen Übersetzung von Kaess et al. (2011) angewandt wurde. Das CECA-Interview beinhaltet fünf Hauptskalen (Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, psychische Misshandlung, Antipathie) und einige optionale Skalen (unter anderem Rollenumkehr, Verlust der Eltern, Streit innerhalb der Familie). Die Intensität der belastenden Erfahrungen in den Hauptskalen wird auf einer Vierpunkteskala eingeschätzt (1 = ausgeprägt, 2 = mäßig, 3 = etwas, 4 = kaum/kein). Für die dimensionale Auswertung in der vorliegenden Arbeit wurde ein Summenscore aus den Hauptskalen für sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung erstellt. Ein Summenscore von 2 beschreibt demnach ausgeprägte Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen, ein Summenscore von 7 geringe bis nicht vorhandene Misshandlungserfahrung.

Körperliche Misshandlung ist im CECA als Schläge, Tritte oder Prügel von Eltern oder anderen Haushaltsmitgliedern definiert. Die Wertungen „mäßige und starke Ausprägung“ werden bei wiederholtem Vorkommen, bei Verwendung von Gegenständen wie Gürteln oder Stöcken und bei körperlichen, eventuell behandlungsbedürftigen Schäden vergeben. Weiterhin werden Kriterien wie Häufigkeit der Übergriffe und Kontrollverlust des Täters erfragt. Als mäßiger sexueller Missbrauch gilt jeder nicht penetrative Missbrauch durch einen Erwachsenen oder Gleichaltrigen unter Zwang. Zu ausgeprägtem sexuellen Missbrauch zählen jede Vergewaltigung (auch mit Gegenständen) und sexueller Missbrauch durch einen im Haushalt lebenden Täter. Ebenfalls bewertet werden der Kontakt zum Täter (ob Missbrauch durch Eltern, Geschwister, im Haushalt Lebende, Gleichaltrige, Autoritätspersonen etc.), die Häufigkeit des Vorkommens, die Gefahr der körperlichen Unversehrtheit und die Unfähigkeit, Hilfe zu suchen.

Das CECA Interview gilt als eines der aussagekräftigsten und komplexesten Verfahren zur Erfassung von belastenden Erlebnissen in der Kindheit. Zur kompetenten Durchführung des Interviews und zur Gewährleistung einer guten Untersucherreliabilität muss eine einwöchige Schulung der Interviewer erfolgen. Das Interview erfasst im Gegensatz zu anderen häufig angewandten Testverfahren in seiner Komplexität eine große Bandbreite potentiell traumatisierender Kindheitserlebnisse inner- und außerhalb der Familie. Die Durchführung kann daher bis zu zwei Stunden dauern. In der Validierungsstudie von Kaess et al. (2011) mit einer klinischen Stichprobe junger Erwachsener (Alter zwischen 13 und 25 Jahren) konnten gute Werte der psychometrischen Gütekriterien belegt werden. Für die Interrater-Reliabilität ergab sich für körperlichen Missbrauch $\kappa = 0.83$ und für sexuellen Missbrauch $\kappa = 0.62$. Zur Validitätsüberprüfung wurde das CECA-Interview mit dem korrespondierenden Fragebogen korreliert. Dabei lag der Korrelationskoeffizient für körperlichen Missbrauch bei $r = 0.58$ und für sexuellen Missbrauch bei $r = 0.63$.

Trotz dieser zufriedenstellenden Werte müssen grundlegende Schwierigkeiten bei der Erfassung von belastenden Kindheitserlebnissen berücksichtigt werden. Es können so genannte „false memories“ auftreten, bei denen sich die Betroffenen an Situationen erinnern, die so nicht stattgefunden haben. Dadurch können falsch positive Ergebnisse zustande kommen. Ebenso kann es zu falsch negativen Aussagen kommen, wenn die Betroffenen aus Gründen wie Scham, Verdrängung oder zu hoher Belastung nicht von den Kindheitserlebnissen berichten. Gerade die mögliche hohe psychische Belastung einer solchen Interviewsituation sollte nicht unterschätzt werden. Um auf mögliche Belastungsreaktionen der Mütter reagieren zu

können, wurden für die hier beschriebene Studie die CECA Interviewer in der Anleitung von Stresstoleranz-Skills geschult und es stand ein „Notfallkoffer“ mit Skill-Werkzeugen wie Igelbällen, Chilischoten und Ammoniak zu Verfügung.

3.4.3 Kiddie-SADS-Present and Lifetime

Das Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia in der Version für Grundschul Kinder und Jugendliche wurde in der Studie zur Erfassung der kindlichen psychiatrischen Belastung verwendet. Mit dem Zusatz Present and Lifetime erfasst das K-SADS gegenwärtige und zurückliegende psychische Störungen nach DSM IV und wurde in dieser Form von Kaufman et al. (1997) entwickelt. Das K-SADS-PL ist ein semistrukturiertes Interview, bei dem die Eltern (bzw. im vorliegenden Falle die Mutter) und das Kind nacheinander von einem geschulten Interviewer befragt werden. Aus den Angaben von Mutter und Kind wird ein zusammenfassendes Urteil gebildet. Im Zweifelsfall wird das Urteil durch die klinische Einschätzung des Interviewers gestützt.

Nach einem einleitenden, unstrukturierten Interview über demographische Variablen, derzeitige oder frühere Beschwerden sowie schulisches und soziales Umfeld des Kindes wird das Screening-Interview durchgeführt. Sind oder waren jemals bestimmte Hauptsymptome von Diagnosen vorhanden, wird anschließend das entsprechende Erweiterungsinterview durchgeführt. So können mit dem K-SADS Jetzt- und Lebenszeitdiagnosen nach dem DSM-IV gestellt werden. Zum Schluss des Interviews wird mit dem Global Assessment Schedule (K-GAS) das psychosoziale Funktionsniveau des Kindes erfasst (dabei wird das aktuelle Funktionsniveau erhoben sowie das zurückliegende Funktionsniveau während der stärksten psychischen Belastung bzw. das höchste Funktionsniveau in der prämorbid Phase). Die Items des Interviews werden auf einer Skala von 0 bis 3 bewertet (0 entspricht „keine Angaben erhalten“, 1 entspricht „Symptom nicht vorhanden“, 2 entspricht „unterschwellige Symptomausprägungen“, 3 entspricht „überschwellig vorhandene Symptomatik“). Eine Diagnose wird in der Regel nur bei überschwellig vorhandener Symptomatik vergeben.

Die Werte für die Interrater-Reliabilität variieren zum Teil stark in den verschiedenen diagnostischen Kategorien, erreichen jedoch bei den meisten Diagnosen ein Cohens $\kappa > 0.8$ (Lauth et al. 2010). Ähnliches gilt für die Test-Retest-Reliabilität, die für die meisten Kategorien der aktuellen Diagnosen $\kappa > 0.73$ erreicht, bei den Lifetime-Diagnosen $\kappa > 0.77$. Zur Wertung der Validität wurden aktuelle Diagnosen mit validen Ratinginstrumenten (wie zum

Beispiel CBCL) überprüft. Kinder mit aktuellen Diagnosen im K-SADS erreichten dabei signifikant höhere Werte (Kaufman et al. 1997).

3.4.4 Child Behaviour Checklist und Teacher Report Form

Zur dimensionalen Erfassung der kindlichen Psychopathologie wurden die Child Behaviour Checklist (CBCL) und die Teacher Report Form (TRF) von Achenbach (1991) in der deutschen Übersetzung von Döpfner et al. (1993; 1998) für Kinder von 4 bis 18 Jahre verwendet. Mit diesen Fragebögen werden die Mutter und ein Lehrer oder Erzieher des Kindes zu emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten, sozialen Kompetenzen und somatischen Beschwerden des Kindes befragt. Jeweils 118 Items werden auf einer dreistufigen Likertskala von 0 bis 2 bewertet und gehören insgesamt acht Syndrom-Skalen an (ängstlich/depressiv, soziale Probleme, sozialer Rückzug, somatische Beschwerden, schizoid/zwanghaft, aggressives Verhalten, dissoziales Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme). Jeweils drei der Syndrom-Skalen bilden eine übergeordnete Skala. So entstehen zwei übergeordnete Skalen – eine für internalisierende Verhaltensstörungen und eine für externalisierende Verhaltensstörungen. Aus allen acht Syndrom-Skalen kann ein Gesamtauffälligkeitswert errechnet werden. Zusätzlich zu diesen drei übergeordneten Skalen wurde eine vierte Skala zur Erfassung der Emotionsregulation ausgewertet. Die Skala zur emotionalen Dysregulation wurde von Althoff et al. (2010) generiert und setzt sich ebenfalls aus drei Syndrom-Skalen zusammen (ängstlich/depressiv, Aufmerksamkeitsprobleme, aggressives Verhalten). In der vorliegenden Arbeit wurden statt den Rohwerten die deutschen Normwerte verwendet, um Beeinflussung durch Geschlecht und Alter des Kindes zu vermeiden. Ebenso wurden die von der Arbeitsgruppe angegebenen cut-off-Werte für klinisch relevante Auffälligkeiten verwendet. Bei den Syndrom-Skalen gelten T-Werte über 70 als auffällig, bei den übergeordneten Skalen und dem Gesamtauffälligkeitswert T-Werte ab 63.

Die psychometrischen Gütekriterien erreichten gute Werte (Test-Retest-Reliabilität für die Syndromskalen und die Kompetenzskala $r = 0.9$, interne Konsistenz der Subskalen mit Cohens $\alpha = 0.72$, Skalen der externalisierenden/internalisierenden Auffälligkeiten und Gesamtauffälligkeitswert $r > 0.85$).

Von den 92 teilnehmenden Mutter-Kind-Dyaden füllte eine Probandin das Fragebogen-Set nicht aus, in dem auch die CBCL enthalten war. So konnten also insgesamt 91 CBCL Fragebögen ausgewertet werden. Einige wenige Kinder stimmten der Befragung eines Lehrers nicht

zu. Von den an die Lehrer versendeten TRF Fragebögen wurden einige nicht zurück geschickt. Der Rücklauf betrug etwas über 60 Prozent. So konnten insgesamt 57 TRF Fragebögen ausgewertet werden. Da innerhalb der Fragebögen jedoch auch zu fehlenden Werten kam, konnten teilweise Syndromskalen nicht ausgewertet werden. Dies führte dazu, dass in der TRF Skala für Internalisierende Störungen 56 Fragebögen und der TRF Skala der Emotionalen Dysregulation 54 Fragebögen ausgewertet wurden.

3.5 Statistische Analysen

Alle statistischen Analysen wurden mit der Software SPSS Statistics von IBM Version 23 durchgeführt. Für die geprüften Zusammenhänge wurde eine maximal zulässige Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent festgelegt. In den Analysen wurden die Merkmale der Mütter als unabhängige Variablen/Prädiktoren verwendet. Die Anzahl der IPDE Kriterien war die unabhängige Variable zur Erfassung des Schweregrades der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zur Erfassung der Ausprägung der Misshandlungserfahrung wurde der CECA Summenscore aus den Hauptskalen zu sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung verwendet. Abhängige Zielvariablen waren die Anzahl der vergebenen psychiatrischen Diagnosen im K-SADS und der psychopathologischen Auffälligkeit der Kinder im Gesamtscore und in drei Subskalen der CBCL und der TRF.

Zu Beginn erfolgten deskriptive statistische Analysen der Gesamtstichprobe. Dazu wurden von intervallskalierten Variablen Mittelwerte, Standardabweichungen und Spannweiten berechnet. Für nominalskalierte Variablen wurden die Häufigkeiten dargestellt. Von den beschriebenen Merkmalen der Stichprobe wurden solche ausgewählt, die unter Umständen als Störfaktoren die zu untersuchenden Zusammenhänge beeinflussen. Diese ausgesuchten Variablen wurden in einer Korrelationsanalyse auf Zusammenhänge mit den Zielvariablen überprüft. Für die nominalskalierten Variablen wurden Dummy-Variablen gebildet, also binäre Variablen mit den Werten 1 oder 0, damit diese Variablen in der Korrelation berücksichtigt werden konnten. Da die Daten im Shapiro-Wilk-Test nicht normalverteilt waren, wurde ein Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman (ρ) berechnet. Die Variablen, die in der Korrelationsanalyse einen signifikanten Zusammenhang mit einer Zielvariable zeigten, wurden der jeweiligen Regressionsanalyse als Kovariate hinzugefügt.

Zur Überprüfung der Hypothesen und zur explorativen Datenanalyse wurden multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Mit einer multiplen Regression können Einflüsse der Prädiktoren auf die Zielvariablen analysiert und Zusammenhänge quantitativ beschrieben werden. Verschiedene Variablen werden dabei dem Regressionsmodell in einzelnen Blöcken hinzugefügt. In den Analysen der vorliegenden Arbeit wurden im ersten Block jeweils die Kovariaten, im zweiten Block die Prädiktoren als gleichberechtigte Variablen und im dritten Block eine Interaktionsvariable aus beiden Prädiktoren einbezogen. So konnte zuerst der Einfluss der Kovariate auf die Zielvariable erfasst werden, dann der zusätzliche Einfluss der Prädiktoren und im dritten Schritt der Einfluss der Interaktion. Um festzustellen, wie gut das Regressionsmodell zu den Daten passt, werden in der Regression R^2 und die F-Statistik berechnet. R^2 gibt an, wie groß der Anteil der Varianz der Zielvariable ist, der durch den Einfluss der Prädiktoren erklärt werden kann. Die F-Statistik und deren statistische Signifikanz gibt an, wie gut das Modell zu den Daten passt und ob der Wert von R^2 zufällig entstanden ist oder sich aus den Daten ergibt. Nachdem die Passgenauigkeit des Modells überprüft wurde, werden die Regressionskoeffizienten analysiert, um die einzelnen Variablen auf ihren Einfluss zu untersuchen. Der standardisierte Regressionskoeffizient β und seine statistische Signifikanz gibt die Stärke des Zusammenhangs zwischen der Prädiktor- und der Zielvariable an.

Eine multiple Regression stellt vier Voraussetzungen an die Beschaffenheit der Daten. Mögliche Verletzungen dieser Voraussetzungen müssen im Zuge der Analysen ebenfalls überprüft werden. Die Linearität der Daten ist in einer multiplen Regression schwer darzustellen und wird daher theoriebasiert vorausgesetzt. Homoskedastizität wird vorausgesetzt – also die Residuen der Daten sollen die gleiche Varianz haben. Dies wurde mittels Streudiagrammen überprüft. Die Residuen sollen außerdem nicht miteinander korrelieren – eine Autokorrelation soll nicht vorhanden sein. Diese Voraussetzung wird in den Analysen mittels Durbin-Watson-Test geprüft. Bei einem Wert der Statistik um 2 kann von einer nicht vorhandenen Autokorrelation ausgegangen werden. Auch die Prädiktoren sollen nicht miteinander korrelieren. Ein gewisses Maß an Korrelation der Prädiktoren ist in der Regel vorhanden, dieses sollte jedoch nicht zu hoch sein. Die sogenannte Multikollinearität kann mit dem Toleranzwert und dem variance inflation factor (VIF) überprüft werden. Der Toleranzwert sollte dabei Werte von 0.25 nicht unterschreiten und der VIF nicht über 10 liegen (Field 2009). Die Voraussetzungen wurden in den Analysen für die vorliegende Arbeit geprüft. Es wurden keine Verletzungen der Voraussetzungen festgestellt.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Analysen dargestellt. Zuerst erfolgt die Beschreibung der Stichprobe und die Darstellung einer Korrelationsanalyse, welche zur Identifizierung von Kovariablen durchgeführt wurde. Im Anschluss werden die Ergebnisse der durchgeführten Regressionsanalysen zur Überprüfung der Hypothesen dargestellt. Die Ergebnisse sind auch den jeweils eingefügten Tabellen zu entnehmen.

4.1 Deskriptive Ergebnisse der Stichprobe

Die deskriptiven Ergebnisse der Gesamtstichprobe sind in den Tabellen 2 und 3 dargestellt. Zunächst werden in der Tabelle 2 demographische Charakteristika und relevante klinische Parameter für die Gesamtstichprobe dargestellt. Der Tabelle ist zu entnehmen, wie oft bei allen Probandinnen die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt wurde und wie oft nach den Kriterien des CECA-Interviews belastende Kindheitserfahrungen vorlagen. In der gesamten Stichprobe waren für die IPDE Kriterien alle Werte zwischen 0 und 8 vorhanden. Die Probandinnen erfüllten im Mittel 2,4 IPDE Kriterien. Für den CECA Summenscore lagen in der Gesamtstichprobe alle Werte zwischen 2 und 8 vor (minimal möglicher Wert 2, maximaler möglicher Wert 8), im Mittel hatten die Probandinnen einen CECA Summenscore von 6,2. In der Tabelle 2 werden außerdem jeweils für Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und für Mütter mit belastenden Kindheitserfahrungen das Ausmaß der Belastung durch die Prädiktoren und die Häufigkeitsverteilung der belastenden Kindheitserfahrungen dargestellt.

In der Tabelle 3 werden die Kinder der Stichprobe hinsichtlich demographischer und klinischer Aspekte charakterisiert.

Tabelle 2 *Demographische Beschreibung der Mütter der Gesamtstichprobe (n = 92) und von Teilstichproben. Darstellung klinischer Parameter mit Häufigkeitsverteilung und Ausmaß der Belastung durch Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) und belastende Kindheitserfahrungen mithilfe der IPDE Kriterien sowie des CECA Summenscores.*

Mütter Allgemein	M (SD)/n (%)
Alter	37.8 (5.8)
Anzahl der Ausbildungsjahre	17.1 (3.5)
Partnerschaftsstatus	
- verheiratet/Partnerschaft mit dem Vater des Kindes	47 (51.1 %)
- verheiratet/in Partnerschaft mit einem Partner, der nicht Vater des Kindes ist	17 (18.5 %)
- ledig, getrennt lebend, geschieden	28 (30.4 %)
Zusammenleben der leiblichen Eltern	46 (50 %)
Staatsangehörigkeit deutsch	84 (91.3 %)
Anteil der Mütter mit BPD	38 (41.3 %)
Anzahl der IPDE Kriterien (0-8)	2.4 (2.9)
Anteil der Mütter mit belastenden Kindheitserfahrungen	45 (48.9 %)
CECA Summenscore (2-8)	6.2 (1.8)
mit belastenden Kindheitserfahrungen	45 (48.9 %)
davon:	
Erfahrung von sexuellem Missbrauch	22 (48.9 %)
Erfahrung von körperlicher Misshandlung	36 (80.0 %)
CECA Summenscore	4.7 (1.4)
mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	29 (46.4 %)
mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	38 (41.3 %)
davon:	
Alter bei Diagnosestellung	27.3 (7.1)
Anzahl der IPDE Kriterien aktuell	5.5 (1.2)
Erfahrung von sexuellem Missbrauch	16 (42.1 %)
Erfahrung von körperlicher Misshandlung	23 (60.6 %)
CECA Summenscore	5.1 (1.8)

Mittelwerte (M) mit Standardabweichung (SD). Häufigkeitsverteilungen mit Angaben in Prozent (%).

Tabelle 3 *Charakterisierung der Kinder der Stichprobe (n = 92). Darstellung demographischer und klinischer Parameter mit Häufigkeitsverteilung und Ausmaß der Belastung durch Anzahl der Diagnosen, CBCL und TRF Gesamtwert.*

Kinder	M (SD)/n (%)
Alter der Kinder	8.1 (1.8)
Anteil weiblicher Kinder	46 (50 %)
Anteil der Kinder mit Geschwistern	58 (63 %)
Anteil Kinder mit Diagnosen nach K-SADS ≥ 1	25 (27.2 %)
CBCL Gesamtwert	56.4 (10.5)
TRF Gesamtwert	49.7 (10.5)
Anteil Kinder mit psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung	14 (15.2 %)

Mittelwerte (M) mit Standardabweichung (SD). Häufigkeitsverteilungen mit Angaben in Prozent (%).

4.2 Korrelationsanalyse von demographischen Variablen und Zielvariablen

Im Folgenden wird die Korrelationsanalyse zwischen demographischen Variablen und den Zielvariablen dargestellt. Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse können der Tabelle 4 entnommen werden. Das Alter der Mutter war negativ mit der Anzahl der Diagnosen im K-SADS korreliert ($r = -.235, p = .024$). Das Zusammenleben der Eltern war mit dem Gesamtscore der CBCL korreliert ($r = -.268, p = .010$) und die Anzahl der Ausbildungsjahre korrelierte negativ mit dem Gesamtwert in der TRF ($r = -.360, p = .006$). Diese Variablen wurden der jeweiligen Regressionsanalyse als Kovariaten hinzugefügt

Tabelle 4 Korrelation nach Spearman ρ zwischen demographischen Variablen und Zielvariablen. Fett gedruckte Werte stellen für die Regressionsanalysen relevanten Korrelationen dar und wurden mit den entsprechenden Drittvariablen als Kovariaten in den Regressionsanalysen berücksichtigt. Nicht fettgedruckte signifikante Korrelationen sind für die Regressionsanalysen nicht relevant.

<u>Drittvariablen</u>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Alter der Mutter							
2. Ausbildungsjahre	.309**						
3. Zusammenleben der Eltern	.208*	.244*					
4. Alter des Kindes	.153	-.064	.104				
5. Geschlecht des Kindes	-.021	-.017	.043	-.202			
<u>Zielvariablen</u>							
6. K-SADS Anzahl der Diagnosen	-.235*	-.128	-.179	.071	-.130		
7. CBCL Gesamtwert	-.178	-.096	-.268**	.198	-.012	.535**	
8. TRF Gesamtwert	-.206	-.360**	-.133	.011	-.225	.321*	.254

2-seitige Signifikanz, * $p < .05$, ** $p < .01$

4.3 Regressionsanalysen zur Überprüfung der Hypothesen

Im Folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren (Anzahl der IPDE Kriterien, CECA Summenscore) und den Zielvariablen (Anzahl der Diagnosen K-SADS, CBCL Gesamtwert, TRF Gesamtwert) dargestellt. Die Regressionsanalyse wurde in drei Modelle geteilt. Modell 1 stellt den Einfluss der jeweiligen Kovariate dar. In Modell 2 wurden die Einflüsse der Prädiktoren hinzugenommen. Im Modell 3 wurde eine Interaktionsvariable aus den beiden Prädiktoren untersucht. Die Ergebnisse der Regressionsanalysen werden in den Tabellen 5 bis 7 dargestellt.

4.3.1 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die kindliche Psychopathologie

Zur Überprüfung der Hypothese 1 wurde der Zusammenhang zwischen der Anzahl der IPDE Kriterien als Prädiktor und der Anzahl der Diagnosen im K-SADS sowie den Gesamtwerten in CBCL und TRF als Zielvariablen untersucht.

K-SADS

Für den K-SADS war das Modell 2 der Regressionsanalyse signifikant ($F(3, 88) = 6.458, p = .001$) und brachte eine zusätzliche Varianzaufklärung von 13,5 Prozent. Die Anzahl der IPDE Kriterien hatte auf die Anzahl der Diagnosen im K-SADS einen signifikanten Einfluss ($B = .094, SE = .034, \beta = .330, p = .007$).

Die Hypothese 1 kann für die Anzahl der Diagnosen im K-SADS bestätigt werden.

CBCL

Für den CBCL Gesamtwert war das Modell 2 signifikant ($F(3, 87) = 6.868, p < .000$) und erklärte zusätzlich 11 Prozent der Varianz. Die Anzahl der IPDE Kriterien hatte auf den CBCL Gesamtwert einen signifikanten Einfluss ($B = .986, SE = .437, \beta = .266, p = .027$).

Die Hypothese 1 kann für den Gesamtwert in der CBCL ebenfalls bestätigt werden.

TRF

Für den TRF Gesamtwert war das Modell 2 signifikant ($F(3, 53) = 4.757, p = .005$) und klärte weitere 9,3 Prozent der Varianz auf. Die Anzahl der IPDE Kriterien hatten auf den TRF Gesamtwert keinen signifikanten Einfluss ($B = .481, SE = .586, \beta = .122, p = .415$).

Die Hypothese 1 wird für die TRF Gesamtwert abgelehnt.

Eine stärkere Ausprägung der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung war mit einer erhöhten Anzahl an Diagnosen des Kindes im K-SADS assoziiert und mit erhöhten Werten der psychopathologischen Auffälligkeit in der CBCL. Dieser Einfluss der mütterlichen Symptomatik konnte für die TRF nicht gezeigt werden.

4.3.2 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die emotionale Regulationsfähigkeit des Kindes

Zur Überprüfung der Teilhypothese 1 bezüglich der emotionalen Regulationsfähigkeit wurde der Zusammenhang zwischen der Anzahl der IPDE Kriterien und der Zielvariable Emotionale Dysfunktion in CBCL und TRF untersucht. Die Ergebnisse sind der Tabelle 8 zu entnehmen.

CBCL

Das Modell 2 der Analyse war signifikant ($F(3, 87) = 7.037, p < .000$) und klärte zusätzlich knapp 13 Prozent der Varianz auf. Die Anzahl der IPDE Kriterien hatte einen signifikanten Einfluss auf den Wert der Skala Emotionale Dysregulation in der CBCL ($B = 1.394, SE = .523, \beta = .314, p = .009$).

Die Teilhypothese 1 wird für die Skala Emotionale Dysregulation in der CBCL bestätigt.

TRF

Das Modell 2 war signifikant ($F(3, 50) = 3.057, p = .037$), brachte aber keine signifikante zusätzliche Varianzaufklärung. Die Anzahl der IPDE Kriterien hatte keinen signifikanten Einfluss auf den Wert der Skala Emotionale Dysregulation in der TRF ($B = 1.072, SE = 1.032, \beta = .162, p = .304$).

Die Teilhypothese 1 wird für die Skala Emotionale Dysregulation in der TRF abgelehnt.

Der Schweregrad der mütterlichen Borderline-Symptomatik hatte Einfluss auf die emotionale Regulationsfähigkeit des Kindes. Jedoch konnte dieser Einfluss nur in der CBCL und nicht in der TRF gezeigt werden.

4.3.3 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Misshandlungserfahrung auf die kindliche Psychopathologie

Zur Überprüfung der Hypothese 2 wurde der Zusammenhang zwischen dem CECA Summenscore und der Anzahl der Diagnosen im K-SADS sowie den Gesamtwerten in CBCL und TRF als Zielvariablen untersucht. Diese Ergebnisse können im Detail den Tabellen 5 bis 7 entnommen werden.

K-SADS

Das Modell 2 der Regression war signifikant (siehe Kapitel 4.3.1 und Tabelle 5). Der Wert des CECA Summenscore hatte auf die Anzahl der Diagnosen im K-SADS keinen signifikanten Einfluss ($B = -.043$, $SE = .052$, $\beta = -.095$, $p = .412$).

Die Hypothese 2 wird für die Anzahl der Diagnosen im K-SADS abgelehnt.

CBCL

Das Modell 2 der Regression war signifikant (siehe 4.3.1 und Tabelle 6). Für den CBCL Gesamtwert fand sich kein signifikanter Einfluss des CECA Summenscore ($B = -.741$, $SE = .674$, $\beta = -.126$, $p = .275$).

Die Hypothese 2 wird für den CBCL Gesamtwert abgelehnt.

TRF

Das Modell 2 der Regression war signifikant (siehe 4.3.1 und Tabelle 7). Für den TRF Gesamtwert zeigte sich ein tendenziell signifikanter Einfluss des CECA Summenscore ($B = -1.502$, $SE = .820$, $\beta = -.251$, $p = .073$).

Für den TRF Gesamtwert wird die Hypothese 2 auf Trend-Niveau bestätigt.

Die Ausprägung der mütterlichen Misshandlungserfahrung hatte keinen Einfluss auf die Anzahl der Diagnosen des Kindes im K-SADS sowie auf psychopathologische Auffälligkeiten in der CBCL. Für psychopathologische Auffälligkeiten des Kindes, die anhand der TRF ermittelt wurden, konnte jedoch ein tendenziell signifikanter Einfluss der Ausprägung der mütterlichen Misshandlungserfahrung festgestellt werden.

4.3.4 Einfluss der Interaktion beider Prädiktoren auf die kindliche Psychopathologie

Zur Überprüfung der Hypothese 3 wurde im Modell 3 der Regressionsanalyse der Zusammenhang zwischen einer Interaktionsvariable als Prädiktor und der Anzahl der Diagnosen im K-SADS sowie den Gesamtwerten in CBCL und TRF als Zielvariablen untersucht (Tabelle 5 bis 7).

K-SADS

Das Modell 3 war signifikant ($F(4, 87) = 4.703, p = .002$). Die Interaktionsvariable brachte jedoch keine signifikante zusätzliche Ausklärung der Varianz und hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Anzahl der Diagnosen im K-SADS ($B = .003, SE = .016, \beta = .058, p = .852$).

Die Hypothese 3 wird für die Anzahl der Diagnosen im K-SADS abgelehnt.

CBCL

Für die CBCL war das Modell 3 signifikant ($F(4, 86) = 5.368, p = .001$), aber die Interaktion klärte keine zusätzliche Varianz auf und hatte keinen signifikanten Einfluss auf den Gesamtwert des CBCL ($B = .204, SE = .216, \beta = .298, p = .348$).

Die Hypothese 3 wird für den CBCL Gesamtwert abgelehnt.

TRF

Für die TRF war das Modell 3 signifikant ($F(4, 52) = 3.655, p = .011$), doch die Interaktion brachte keine zusätzliche signifikante Varianzaufklärung und hatte keinen Einfluss auf den Gesamtwert des TRF ($B = .238, SE = .341, \beta = .362, p = .488$).

Die Hypothese 3 wird für den TRF Gesamtwert abgelehnt.

Das Zusammenwirken der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der Misshandlungserfahrung der Mutter hatte im Sinne einer Interaktion keinen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Kindes.

4.4 Explorative Regressionsanalysen

Zusätzlich zur Überprüfung der Hypothesen wurde explorativ untersucht, ob der Schweregrad der Borderline-Persönlichkeitsstörung und das Ausmaß der mütterlichen Misshandlungserfah-

rung Einfluss auf spezifische Verhaltensauffälligkeiten der Kinder haben. Dazu wurden zwei Subskalen von CBCL und TRF ausgewertet, die internalisierende und externalisierende Verhaltensstörungen erfassen. Die Ergebnisse sind im Detail in den Tabellen 9 und 10 dargestellt.

4.4.1 Einfluss des Schweregrades der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung auf internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten des Kindes

CBCL Internalisierende Störungen

Das Modell 2 war signifikant ($F(3, 87) = 4.717, p = .004$) und brachte eine zusätzliche Varianzaufklärung von knapp 9 Prozent. Modell 3 zur Überprüfung des Einflusses der Interaktion blieb signifikant ($F(4, 86) = 3.971, p = .005$), zeigte jedoch keine signifikante Varianzaufklärung.

Die Anzahl der IPDE Kriterien hatte einen signifikanten Einfluss auf den Wert der internalisierenden Störungen ($B = .917, SE = .458, \beta = .244, p = .048$).

CBCL Externalisierende Störungen

Das Modell 2 zeigte einen signifikanten Einfluss ($F(1, 87) = 4.357, p = .007$) mit einer zusätzlichen Varianzaufklärung von 9 Prozent. Die Überprüfung der Interaktion ergab ein signifikantes Modell, jedoch mit nahezu nicht vorhandener weiterer Varianzaufklärung ($F(4, 86) = 3.240, p = .016$).

An Anzahl der IPDE Kriterien hatte einen signifikanten Einfluss auf den Wert der externalisierenden Störungen ($B = .867, SE = .435, \beta = .244, p = .049$).

TRF Internalisierende Störungen

Das Modell 2 war signifikant ($F(3, 52) = 4.303, p = .009$) und brachte eine zusätzliche Varianzaufklärung von knapp 13 Prozent. Das Modell 3 mit der Interaktionsvariable blieb signifikant ($F(4, 51) = 3.192, p = .020$), zeigte jedoch keine relevante zusätzliche Varianzaufklärung.

TRF Externalisierende Störungen

Das Modell 2 war tendenziell signifikant ($F(3, 53) = 2.384, p = .080$) ohne signifikante zusätzliche Varianzaufklärung. Das Modell 3 war nicht signifikant mit ebenfalls nicht signifikanter Varianzaufklärung ($F(4, 52) = 1.850, p = .133$).

Für den TRF konnte kein signifikanter Einfluss der Anzahl der IPDE-Kriterien auf internalisierende ($B = .135$, $SE = .572$, $\beta = .036$, $p = .815$), oder externalisierende ($B = .332$, $SE = .552$, $\beta = .092$, $p = .551$) Verhaltensstörungen der Kinder gezeigt werden.

Je stärker die Ausprägung der mütterlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung war, desto höhere Werte erreichten die Kinder gleichermaßen in den Skalen zu internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten in der CBCL.

Für die TRF konnte dieser Einfluss nicht gezeigt werden.

4.4.2 Einfluss der Ausprägung der mütterlichen Misshandlungserfahrung auf internalisierende und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten des Kindes

CBCL

Das Modell 2 der Regression war signifikant für internalisierende und externalisierende Störungen (siehe 4.4.3 und Tabelle 10).

In der CBCL konnte kein signifikanter Einfluss des CECA Summenscore auf internalisierende ($B = -.647$, $SE = .707$, $\beta = -.108$, $p = .362$) oder externalisierende ($B = -.684$, $SE = .617$, $\beta = -.121$, $p = .311$) Verhaltensstörungen gezeigt werden.

TRF

Das Modell 2 der Regression war signifikant für internalisierende und tendenziell signifikant für externalisierende Störungen (siehe 4.4.3 und Tabelle 10).

Ein signifikanter Zusammenhang konnte für die Werte der Skala für Internalisierende Störungen in der TRF gezeigt werden ($B = -2.025$, $SE = .812$, $\beta = -.352$, $p = .016$).

Für die Skala Externalisierenden Verhaltensstörungen in der TRF wurde kein Zusammenhang mit dem CECA Summenscore gefunden ($B = -.218$, $SE = .779$, $\beta = -.040$, $p = .781$).

Das Ausmaß der mütterlichen Misshandlungserfahrungen hatte keinen Einfluss auf die Subskalen in der CBCL. Je höher das Ausmaß der belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter war, desto höhere Werte für internalisierende Verhaltensstörungen erreichten die Kinder in der Lehrerbewertung durch die TRF. Dieser Effekt wurde nicht für externalisierende Störungen gefunden.

Tabelle 5 Regressionsanalyse zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Anzahl der Diagnosen im K-SADS ($n = 92$)

Zielvariable	Regressionsmodelle	Signifikanz (p)	R^2	ΔR^2	Einfluss der Kovariate und Prädiktoren	β
K-SADS Anzahl der Diagnosen	<u>Modell 1</u>	.05	.042	.042*	<u>Alter der Mutter</u>	-.205*
	<u>Modell 2</u>	.001	.177	.135***	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.330**
					<u>CECA Summenscore</u>	-.095/n.s.
	<u>Modell 3</u>	.002	.178	<.000	<u>Interaktionsvariable</u>	.058/n.s.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, n.s. = nicht signifikant.

Tabelle 6 Regressionsanalyse zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf den CBCL Gesamtwert ($n = 91$)

Zielvariable	Regressionsmodelle	Signifikanz (p)	R^2	ΔR^2	Einfluss der Kovariate und Prädiktoren	β
CBCL Gesamtwert	<u>Modell 1</u>	.006	.083	.083**	<u>Zusammenleben der Eltern</u>	-.287**
	<u>Modell 2</u>	<.000	.191	.109**	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.266*
					<u>CECA Summenscore</u>	-.126/n.s.
	<u>Modell 3</u>	.001	.2	.008	<u>Interaktionsvariable</u>	.058/n.s.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, n.s. = nicht signifikant.

Tabelle 7 Regressionsanalyse zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf den TRF Gesamtwert ($n = 57$)

Zielvariable	Regressionsmodelle	Signifikanz (p)	R^2	ΔR^2	Einfluss der Kovariate und Prädiktoren	β
TRF Gesamtwert	<u>Modell 1</u>	.009	.119	.119**	<u>Ausbildungsjahre der Mutter</u>	-.345**
	<u>Modell 2</u>	.005	.212	.093*	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.122/n.s.
					<u>CECA Summenscore</u>	-.251⁺
	<u>Modell 3</u>	.011	.219	.007/n.s.	<u>Interaktionsvariable</u>	.362/n.s.

⁺ $p \leq .1$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$, n.s. = nicht signifikant.

Tabelle 8 Regressionsanalysen zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Skala Emotionale Dysregulation in CBCL ($n = 91$) und TRF ($n = 54$)

Zielvariablen	Regressionsmodelle	Signifikanz (p)	R^2	ΔR^2	Einfluss der Kovariate und Prädiktoren	β
CBCL Emotionale Dysregulation	<u>Modell 1</u>	.013	.067	.067*	<u>Zusammenleben der Eltern</u>	-.260*
	<u>Modell 2</u>	<.000	.195	.128**	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.314**
					<u>CECA Summenscore</u>	-.104/n.s.
					<u>Interaktionsvariable</u>	.090/n.s.
	<u>Modell 3</u>	.001	.196	.001/n.s.	<u>Ausbildungsjahre Mutter</u>	-.313*
	TRF Emotionale Dysregulation	<u>Modell 2</u>	.037	.155	.057/n.s.	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>
<u>CECA Summenscore</u>						-.138/n.s.
<u>Interaktionsvariable</u>						-.162/n.s.
<u>Modell 3</u>		.075	.156	.001/n.s.		

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Tabelle 9 Regressionsanalysen zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Skala Internalisierende Verhaltensstörungen in CBCL ($n = 91$) und TRF ($n = 56$)

Zielvariablen	Regressionsmodelle	Signifikanz (p)	R^2	ΔR^2	<u>Einfluss der Kovariate und Prädiktoren</u>	β	
CBCL Internalisierende Verhaltensstörungen	<u>Modell 1</u>	.03	.052	.052*	<u>Zusammenleben der Eltern</u>	-.227*	
	<u>Modell 2</u>	.004	.14	.088*	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.244*	
					<u>CECA Summenscore</u>	-.108/n.s.	
	<u>Modell 3</u>	.005	.156	.016/n.s.	<u>Interaktionsvariable</u>	.414/n.s.	
	TRF Internalisierende Verhaltensstörungen	<u>Modell 1</u>	.044	.073	.073*	<u>Ausbildungsjahre der Eltern</u>	-.270*
		<u>Modell 2</u>	.009	.199	.126*	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.036/n.s.
<u>CECA Summenscore</u>						-.352*	
<u>Modell 3</u>		.02	.2	.001/n.s.	<u>Interaktionsvariable</u>	.155/n.s.	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$

Tabelle 10 Regressionsanalysen zum Einfluss der Kovariaten und Prädiktoren auf die Skala Externalisierende Verhaltensstörungen in CBCL ($n = 91$) und TRF ($n = 57$)

Zielvariablen	Regressionsmodelle	Signifikanz (p)	R^2	ΔR^2	<u>Einfluss der Kovariate und Prädiktoren</u>	β	
CBCL Externalisierende Verhaltensstörungen	<u>Modell 1</u>	.069	.037	.037 ⁺	<u>Zusammenleben der Eltern</u>	-.191 ⁺	
	<u>Modell 2</u>	.007	.131	.094*	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.244*	
					<u>CECA Summenscore</u>	.121/n.s.	
	<u>Modell 3</u>	.016	.131	<.000/n.s.	<u>Interaktionsvariable</u>	.060/n.s.	
	TRF Externalisierende Verhaltensstörungen	<u>Modell 1</u>	.013	.108	.108*	<u>Ausbildungsjahre der Eltern</u>	-.329*
		<u>Modell 2</u>	.080	.119	.011/n.s.	<u>Anzahl der IPDE Kriterien</u>	.092/n.s.
<u>CECA Summenscore</u>						.040/n.s.	
<u>Modell 3</u>		.133	.125	.006/n.s.	<u>Interaktionsvariable</u>	.321/n.s.	

⁺ $p \leq .1$, * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

5 Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Kindes haben kann. Insbesondere die Emotionsregulation kann bei diesen Kindern beeinträchtigt sein. Das alleinige Vorhandensein mütterlicher belastender Kindheitserfahrungen scheint nach den vorliegenden Ergebnissen einen geringeren Einfluss auf die kindliche Psychopathologie zu haben: Eine schwere mütterliche Misshandlungserfahrung ist nicht mit mehr psychiatrischen Diagnosen oder Verhaltensauffälligkeiten in der Bewertung durch die Mutter assoziiert. Im Lehrerurteil jedoch zeigte sich, dass mütterliche Misshandlungserfahrung mit verstärkten internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern assoziiert war.

Vor allem die Methodik der Studie sind für die Diskussion der Ergebnisse von Bedeutung. Die getrennte Betrachtung der Effekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der belastenden Kindheitserfahrungen ermöglicht die differenzierte Beschreibung der Auswirkungen und vermeidet gegenseitige Konfundierungen der Befunde. Die ausführliche psychiatrische Diagnostik der Mutter stellt eine valide Bewertung ihrer Psychopathologie sicher. Das CECA als Instrument zur Erfassung der mütterlichen Missbrauchs- und Misshandlungserfahrung ist in der Durchführung sehr aufwändig. Hinsichtlich der detaillierten und ausführlichen Erfassung der Misshandlungserfahrung, der Validität und Zuverlässigkeit ist es jedoch anderen Instrumenten wie dem Childhood Trauma Questionnaire überlegen und gilt als Goldstandard. Die multiperspektivische Erfassung der kindlichen Psychopathologie ist eine weitere wichtige Stärke der Studie. Die Auswertung von Urteilen verschiedener Personen, die das Kind in unterschiedlichsten Kontexten wahrnehmen, liefert ein komplexes und umfassendes Bild der kindlichen Psychopathologie und kann so der Realität am ehesten entsprechen.

Im Folgenden werden die Hauptbefunde detailliert mit Berücksichtigung der Stärken, aber auch möglicher Limitationen diskutiert.

5.1 Effekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter auf die psychische Gesundheit des Kindes

Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen. Die Ergebnisse aus den Daten der vorliegenden Studie bestätigen und erweitern die Berichte vorheriger Studien (Barnow et al. 2006; Abela et al. 2005). Dabei zeigt sich, dass der Schweregrad der Ausprägung der Borderline-Symptomatik eine Rolle spielt. Eine stark ausgeprägte Borderline-Symptomatik der Mutter war mit mehr Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern im CBCL Gesamtscore und mehr Diagnosen im K-SADS assoziiert.

5.1.1 Effekte der Psychopathologie ohne Einfluss belastender Kindheitserfahrungen

Eine wesentliche Stärke der vorliegenden Studie ist die getrennte Betrachtung der Effekte von Borderline-Persönlichkeitsstörung und belastenden Kindheitserfahrungen. In der Einleitung wurde bereits ausführlich dargestellt, dass beide Problematiken für sich genommen die psychische Gesundheit von Kindern beeinträchtigen können (Weiss et al. 1996; Abela et al. 2005; Barnow et al. 2006). In den dort referierten Studien wurden kaum Differenzierungen zwischen Effekten der Borderline-Persönlichkeitsstörung und den belastenden Kindheitserfahrungen vorgenommen. Da die Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig mit Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen assoziiert ist (Herman et al. 1989; Yen et al. 2002), wird aus den Ergebnissen vorheriger Studien nicht klar, welche der beiden Problematiken auf welchem Weg die psychische Gesundheit der Kinder beeinflusst. Die Analysen der vorliegenden Studie ermöglichen dies. Die Auswirkungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf die Psychopathologie des Kindes sind auf die psychiatrische Symptomatik der Mutter zurückzuführen. Sie sind nicht konfundiert durch mögliche Effekte der belastenden Kindheitserfahrungen. Die Ergebnisse der Untersuchungen zu Effekten der belastenden Kindheitserfahrungen werden im Verlauf der Diskussion diskutiert, um im Anschluss ein Gesamtfazit ziehen zu können.

5.1.2 Die Bedeutung der multiperspektivischen Beurteilung der kindlichen Psychopathologie

Najman et al. (2000) zeigten, dass Mütter mit depressiver Symptomatik dazu neigen, mehr Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder in der CBCL zu berichten. Für Mütter mit Borderline-

Persönlichkeitsstörung wurde dies bisher nicht untersucht. Die mögliche Beeinflussung der Bewertung der kindlichen Psychopathologie durch die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter ist zu diskutieren. Es könnte sein, dass Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen das Verhalten ihrer Kinder schneller als auffällig oder negativ wahrnehmen und so auf ähnliche Weise ein Bias in den Berichten der Mütter entsteht, wie es Najman et al. (2000) für die Berichte depressiver Mütter gezeigt haben. Dies könnte bei Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung beispielsweise durch eine geringere Stresstoleranz im Umgang mit ihren Kindern begünstigt werden (Petfield et al. 2015). Andererseits ist es auch denkbar, dass Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung durch eine geringere Sensitivität, wie sie Macfie et al. (2017) berichten, die psychopathologischen Symptome ihrer Kinder weniger adäquat einschätzen und berichten (Reinelt et al. 2014). Dies könnte dadurch zustande kommen, dass es diesen Müttern schwerer fallen könnte, emotionale Zustände ihres Kindes korrekt zu erkennen (Petfield et al. 2015). Auch die ebenso von Petfield et al. (2015) berichtete geringere Sensitivität und vermehrte Hostilität von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gegenüber ihren Kindern könnte das Wahrnehmen von ihren emotionalen Problemen erschweren. So könnte es zu einer Verzerrung der Bewertung in der CBCL in die entgegengesetzte Richtung kommen – die Mutter berichtete also weniger Auffälligkeiten.

Diese Überlegungen verdeutlichen die Notwendigkeit, die kindliche Psychopathologie nicht nur von der Mutter beurteilen zu lassen, sondern multiperspektivisch zu erfassen. Diese multiperspektivische Erfassung der kindlichen Psychopathologie ist als eine Stärke der vorliegenden Studie hervorzuheben. Zusätzlich zur CBCL wurde die kindliche Psychopathologie mit dem klinischen Interview K-SADS erhoben. Auch im K-SADS bestätigt sich der Effekt. Eine stark ausgeprägte Borderline-Symptomatik der Mutter ist mit mehr Diagnosen des Kindes im K-SADS assoziiert. Im K-SADS fließen die Einschätzungen über psychopathologische Auffälligkeiten des Kindes von der Mutter, dem Kind selbst und einem Kliniker zusammen und ergeben so eine komplexere und verlässliche Aussage über die kindliche Psychopathologie. Beide Instrumente zur Erfassung der kindlichen Psychopathologie, CBCL und K-SADS, zeigen, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter die psychische Gesundheit von Kindern deutlich beeinflusst.

5.1.2 Transgenerational gestörte Emotionsregulation als möglicher Prädiktor

Die bisherigen Studien berichten unterschiedliche Auswirkungen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter auf die Psychopathologie des Kindes. Weiss et al. (1996) diagnostizierten vor allem externalisierende Verhaltensstörungen, Abela et al. (2005) berichteten häufiger diagnostizierte Depression und mehr internalisierende Verhaltensstörungen. In der Studie von Barnow et al. (2006) hatten die Kinder in den CBCL Subskalen sowohl internalisierende als auch externalisierende Verhaltensauffälligkeiten. Auch die Daten der vorliegenden Studie liefern diese Varianz der Störungsbilder bei den Kindern. Eine starke Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter war sowohl mit verstärkten internalisierenden als auch externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten in der CBCL assoziiert war.

In der Datenauswertung der vorliegenden Studie erfolgte auch die Anwendung einer dritten CBCL Subskala. Diese von Althoff et al. (2010) generierte Subskala erfasst Schwierigkeiten der Kinder bei der Emotionsregulation. Sie fasst dazu Symptome wie Ängstlichkeit und Depressivität, Konzentrationsprobleme und aggressives Verhalten zusammen. Auch in dieser Skala der Emotionalen Dysregulation zeigt sich in der vorliegenden Studie eine deutliche Beeinflussung der kindlichen Psychopathologie durch die Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter. Je stärker die Borderline-Symptomatik ausgeprägt ist, desto höhere Werte haben die Kinder bei der emotionalen Dysregulation. Die emotionale Dysregulation ist ein relevantes Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Glenn und Klonsky 2009). Tritt diese nun gehäuft bei Kindern von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, könnte dies ein Hinweis sein, dass spezifische Symptome der Störung in transgenerationalen Übertragungsprozessen von der Mutter an das Kind weitergegeben werden. Entsprechend der Daten der vorliegenden Studie ist es vorstellbar, dass emotionale Dysregulation als ein Prädiktor gelten könnte, der die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung begünstigt. Es ist möglich, dass Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ein erhöhtes Risiko haben, selbst diese Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen und erweitern die Daten bisheriger Studien (Binion und Zalewski 2018; Gratz et al. 2014) und weisen auf die Relevanz der emotionalen Regulationsfähigkeit hinsichtlich transgenerationaler Transmission von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Entwicklung von Psychopathologie bei Kindern hin.

Angesichts der häufig mit starken Einschränkungen einhergehenden Symptomatik und der oft schwierigen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist dieser Gedanke in Hinblick

auf Prävention der Störungsentwicklung und Unterstützung von betroffenen Familien von Bedeutung. Zusätzlich sollten neben psychosozialen Aspekten auch genetische und epigenetische Faktoren in Erwägung gezogen werden, die eine Rolle bei der transgenerationalen Transmission der Borderline-Persönlichkeitsstörung spielen könnten.

5.2 Effekte belastender Kindheitserfahrungen der Mutter auf die psychische Gesundheit des Kindes

5.2.1 Divergenz in den Beurteilungen der kindlichen Psychopathologie und mögliche Ursachen

Eine stärkeres Ausmaß belastender Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrung in der Kindheit der Mutter ist nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht mit mehr Diagnosen im K-SADS oder höheren Werten der Verhaltensauffälligkeiten nach dem Urteil der Mutter assoziiert. Durch die multiperspektivische Erfassung der kindlichen Psychopathologie kann jedoch in der Bewertung durch den Lehrer ein Effekt der belastenden Kindheitserfahrungen der Mutter auf die psychische Gesundheit des Kindes berichtet werden. Im Gesamtscore der TRF ist dieser Effekt nur auf Trend-Niveau vorhanden. Ein signifikanter Effekt zeigt sich in der Auswertung der TRF Subskala zu internalisierenden Verhaltensstörungen. Ein stärkeres Ausmaß der mütterlichen belastenden Kindheitserfahrungen ist mit erhöhten Werten der internalisierenden Verhaltensstörungen im Lehrerurteil assoziiert. Es wurde bereits gezeigt, dass Mütter mit physischen Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der eigenen Kindheit gegenüber ihren Kleinkindern eine weniger gute Sensitivität zeigen (Moehler et al. 2007; Pereira et al. 2012). Verminderte Sensitivität bedeutet Einschränkungen der Mutter, Verhaltensweisen und Signale ihres Kindes wahrzunehmen, korrekt zu interpretieren und adäquat darauf zu reagieren (Mielke et al. 2016). Blicke diese verminderte Sensitivität auch in höherem Alter des Kindes bestehen, könnte dies ein Erklärungsansatz für die unterschiedliche Bewertung der kindlichen Psychopathologie von Mutter und Lehrer sein. Während die Mutter die internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten ihres Kindes weniger feinfühlig wahrnehmen und weniger treffend bewerten würde, könnten diese eher diskreten Signale des Kindes einem sehr aufmerksamen Lehrer auffallen. De Los Reyes et al. (2015) liefern weitere Erklärungsansätze für Diskrepanzen zwischen verschiedenen Bewertungen der kindlichen Psychopathologie. Es wäre beispielsweise denkbar, dass sich internalisierende Verhaltensauffälligkeiten

eines Kindes im Kontext der Schule anders und klarer präsentieren als zu Hause, wo es möglicherweise nicht genug Raum und weniger Resonanz auf Probleme und Bedürfnisse des Kindes gibt. Auch für die fehlende Korrespondenz der Effekte belastender Kindheitserfahrung der Mutter zwischen TRF und K-SADS lässt sich ein Erklärungsansatz nach Ideen von De Los Reyes et al. (2015) darstellen. So stellt das kategoriale Bewertungssystem des K-SADS psychiatrische Diagnosen mit eindeutiger klinischer Relevanz, während in der TRF Verhaltensauffälligkeiten dimensional bewertet werden. Das könnte bedeuten, dass ein Lehrer subklinisch auffällige Verhaltensweisen beschreiben könnte, die im K-SADS nicht wiedergespiegelt werden, da sie noch nicht die Kriterien für eine Diagnosestellung aufweisen.

5.2.2 Transgenerationale Transmission vor allem durch Psychopathologie?

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass belastende Kindheitserfahrungen der Mutter eine geringere Auswirkung auf die psychische Gesundheit des Kindes haben als in vorherigen Studien berichtet wurde (Dubowitz et al. 2001; Miranda et al. 2011; Myhre et al. 2014). In den bisherigen Studien konnte eine Konfundierung der Auswirkungen durch die Psychopathologie der Mutter nicht ausgeschlossen werden. Durch die getrennte Auswertung der Effekte belastender Kindheitserfahrungen und Psychopathologie in der vorliegenden Studie kann eine Konfundierung nahezu ausgeschlossen werden. Das ausschließliche Vorhandensein von belastenden Kindheitserfahrungen bei der Mutter ist nicht mit mehr psychiatrischen Diagnosen des Kindes assoziiert. Die Ergebnisse legen nahe, dass eher eine Folgestörung, die eine Mutter als Konsequenz ihrer Missbrauchs- und Misshandlungserfahrung entwickeln kann, und deren psychopathologische Symptomatik die psychische Gesundheit des Kindes beeinflussen könnte.

Nicht jeder Mensch, der Misshandlung oder Missbrauch in der Kindheit erlebt, entwickelt jedoch eine solche Folgestörung (Rutter 2013; Schulz et al. 2014). Dabei spielt die Resilienz eine große Rolle. Welche Faktoren, Begleitumstände und Prädispositionen protektiv wirken und die Entstehung psychischer Folgestörungen als Reaktion auf belastende Erfahrungen möglicherweise verhindern oder die Folgen abmildern können, ist Gegenstand der Resilienzforschung.

In aktuellen Studien wird außerdem ein breites Spektrum möglicher Mediatoren zwischen mütterlicher Misshandlungserfahrung und kindlicher Psychopathologie diskutiert. Der systematische Review von Plant et al. (2017), in dem unter anderem auch die hier zitierten Studien

von Dubowitz et al. (2001), Miranda et al. (2011) und Myhre et al. (2014) ausgewertet werden, beschreibt neben mütterlicher psychischer Belastung auch harsche und feindliche Erziehungspraktiken sowie Misshandlungserfahrung der Kinder selbst als mögliche Mediatoren. Auch Bindungsverhalten und mütterliche Sensitivität gelten als mögliche relevante Mediatoren. Durch Misshandlungserfahrung in der Kindheit scheint das Bindungsverhalten häufiger beeinträchtigt zu sein (Zietlow et al. 2017). Es ist vorstellbar, dass Mütter mit beeinträchtigtem Bindungsverhalten größere Schwierigkeiten haben, zu ihrem Kind eine sichere Bindung aufzubauen. Mütter mit Misshandlungserfahrung in der eigenen Kindheit zeigen einen weniger einfühlsamen Umgang mit ihren Kindern (Fuchs et al. 2015; Mielke et al. 2016).

Diese vielfältigen Aspekte gilt es in der Diskussion um transgenerationale Transmission von Misshandlungserfahrung und Psychopathologie zu berücksichtigen. Weiterführende Forschung bezüglich spezifischer Mediatoren könnte möglicherweise Fragen nach hilfreichen Interventionen beantworten.

5.2.3 Psychische Missbrauchs- und Misshandlungsformen

In der vorliegenden Studie wurde ausschließlich sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung als belastende Kindheitserfahrung der Mutter gewertet, andere Missbrauchs- und Misshandlungsformen wurden nicht ausgewertet. Neben physischen Misshandlungen existieren auch psychische Missbrauchs- und Misshandlungsformen. Dazu zählen verbale und non-verbale Handlungen erwachsener Bezugspersonen, die dem Kind vermitteln „wertlos, fehlerhaft, ungeliebt, nicht gewollt [...]“ (Fegert und Spröder 2012: 573) zu sein. Emotionale Erpressung und extreme Ablehnung durch die Bezugsperson oder das Erzeugen von und Spielen mit Angstgefühlen des Kindes können als psychischer Missbrauch gewertet werden. Auch emotionale Vernachlässigung wird zu den Formen psychischer Misshandlung gezählt und beinhaltet unter anderem unerfüllte Grundbedürfnisse wie das Bedürfnis nach Interesse und Zuneigung zum Kind, emotionale Verfügbarkeit der Bezugspersonen sowie das Bedürfnis des Kindes nach Erziehung (Fegert und Spröder 2012: 574).

In ihrer repräsentativen Untersuchung zu Misshandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland liefern Hauser et al. (2011) auch Daten zu psychischen Misshandlungsformen. Die Prävalenzen emotionaler Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung sind ungleich höher als die physischer Misshandlungsformen. So berichteten knapp 5 Prozent der Befragten von schweren bis extrem schweren Formen emotionalen Missbrauchs. Zählt man auch gering

und mäßig schwere Formen dazu, so erlebten 15 Prozent der Befragten in ihrer Kindheit psychischen Missbrauch. Emotionale Vernachlässigung erlebten nach der Befragung von Hauser et al. (2011) noch deutlich mehr Prozent der Befragten. Knapp 14 Prozent berichteten von schweren bis extrem schweren Formen emotionaler Vernachlässigung. Bezieht man auch hier gering bis mäßig schwere Formen ein, berichten fast 50 Prozent der Befragten, Formen emotionaler Vernachlässigung in ihrer Kindheit erlebt zu haben.

Auch bei psychischen Formen von Kindesmisshandlung und -missbrauch ist das Risiko für langfristige psychiatrische Folgestörungen deutlich erhöht (Norman et al. 2012). Angesichts dieser hohen Prävalenzen und ebenso schwerwiegenden möglichen Folgen ist die Bedeutung psychischer Kindesmisshandlung nicht zu unterschätzen. Auch transgenerationale Effekte für psychische Misshandlungsformen sind denkbar. Ob Erfahrungen psychischen Missbrauchs der Mutter das Risiko ihres Kindes für psychische Störungen erhöht und inwiefern dies durch Psychopathologie, Erziehungsstil und weitere biopsychosoziale Faktoren beeinflusst wird, könnte in zukünftigen Studien untersucht werden. Möglicherweise wäre ein Effekt der mütterlichen belastenden Kindheitserfahrungen, definiert als psychischer Missbrauch/Misshandlung, auf die psychische Gesundheit des Kindes deutlicher darzustellen. Auch Interaktionseffekte verschiedener Misshandlungsformen könnten Gegenstand weiterer Studien sein, da physische und psychische Misshandlungserfahrungen oft in Kombination vorhanden sind (Dong et al. 2004).

5.3 Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie weist Limitationen hinsichtlich Datenerhebung und Methodik auf. So ist die untersuchte Stichprobe insgesamt recht klein. Insbesondere für die Gruppe der Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ohne belastende Kindheitserfahrungen war es schwierig, geeignete Probandinnen zu finden. Dies liegt möglicherweise an der hohen Assoziation von Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung, wie in der Einleitung dargelegt wurde. Insgesamt erfüllten viele Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bestimmte Einschlusskriterien nicht, vor allem Voraussetzungen wie Zusammenleben von Mutter und Kind sowie keine aktuelle Depressivität der Mutter. Faktoren wie relevante Komorbiditäten und noch stärker ausgeprägte Borderline-Symptomatik könnten jedoch öfter zu Kindeswohlgefährdung führen und eine Inobhutnahme des Kindes zur Konsequenz haben. Davon betroffene Mutter-Kind-Dyaden wurden in der vorliegenden

Studie nicht eingeschlossen. Da in der hier beschriebenen Studie im Rahmen des UBICA-Projekts auch Daten über die Mutter-Kind-Interaktion erhoben wurden, war zur validen Auswertung der Interaktion das Zusammenleben von Mutter und Kind im Alltag eine unbedingte Voraussetzung für die Studienteilnahme. Die Folgen von Kindeswohlgefährdung, Inobhutnahme und Heimerziehung im Kontext einer psychiatrisch erkrankten Mutter auf die psychische Gesundheit von Kindern dürften jedoch von Bedeutung sein. Die Ausschlusskriterien führten möglicherweise dazu, dass die in die Studie eingeschlossenen Probandinnen eher eine etwas unterdurchschnittliche Belastung durch die Borderline-Symptomatik aufwiesen und somit die Folgen auf die Kinder möglicherweise unterschätzt wurden.

Vor allem durch die strenge Definition von belastenden Kindheitserfahrungen (mindestens mäßig schwere körperliche Misshandlungs-/sexuelle Missbrauchserfahrung) wurden in der Gruppe der klinisch gesunden Probandinnen mit Misshandlungserfahrungen weniger Mütter untersucht als geplant. Auch der psychische Missbrauch fand durch diese Definition keine Beachtung in der vorliegenden Studie. Würde dieser ebenso ausgewertet, zeigten sich möglicherweise gravierendere Folgen mütterlicher belastender Kindheitserfahrungen auf ihre Kinder.

In der vorliegenden Studie wurden ausschließlich Mutter-Kind-Dyaden untersucht. Welche Rolle eine psychiatrische Erkrankung von Vätern spielt, könnte in zukünftigen Studien untersucht werden.

In der Auswertung der TRF zeigten sich im Gegensatz zu K-SADS und CBCL keine Effekte der mütterlichen Borderline-Symptomatik. Dies könnte daran liegen, dass sich psychopathologische Auffälligkeiten von Kindern – wie weiter oben bereits diskutiert – in verschiedenen Kontexten unterschiedlich präsentieren. Beispielsweise könnten bestimmte Verhaltensauffälligkeiten in der Schule und unter Gleichaltrigen möglicherweise besser kontrolliert werden. So wäre die Wahrnehmung des Lehrers von weniger problematischen Verhaltensweisen denkbar. Leider betrug der Rücklauf der Lehrerfragebögen nicht 100 Prozent, so dass insgesamt weniger TRFs ausgewertet werden konnten. Dadurch könnte es möglicherweise zu falsch-negativen Ergebnissen in der Auswertung der TRF gekommen sein.

5.4 Schlussfolgerungen für die Praxis und Ausblick

Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen haben ein erhöhtes Risiko, selbst an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder anderen psychischen Störungen zu erkranken. Die Schwere der psychischen Symptomatik der Mutter spielt dabei nach den Daten der vorliegenden Arbeit eine größere Rolle als das Vorliegen belastender Kindheitserfahrungen der Mutter. Maßnahmen zur Prävention von psychischen Erkrankungen sowie therapeutische Maßnahmen zur Reduzierung der klinischen Symptomatik der Mutter könnten hilfreich sein, die Belastung des Kindes durch die psychische Symptomatik der Mutter zu vermindern.

Hinsichtlich der möglichen psychiatrischen Folgen, die Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrungen in der Kindheit haben können und wiederum der Auswirkungen der psychischen Störungen auf die Kinder von Betroffenen, erscheint es erstrebenswert die Prävention von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch zu verstärken. Dabei spielt vor allem Aufklärung über mögliche Folgen von Kindesmisshandlung und -missbrauch eine Rolle, um einer Bagatellisierung und Befürwortung von Gewalt an Kindern entgegen zu wirken (zuletzt wieder aktuell bei der Veröffentlichung des Buches „Kinderherzen erziehen“ von Tedd Tripp im März 2017) und Kindesmissbrauch vorzubeugen.

Für künftige Forschung ergeben sich einige Ideen aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie. In der transgenerationalen Weitergabe der Borderline-Symptomatik könnten neben psychosozialen Faktoren auch mögliche genetische und epigenetische Einflüsse untersucht werden. Zur Thematik psychisch kranker Eltern findet sich eine weitere Lücke im Forschungsstand: Väter waren bisher auffallend selten Bestandteil der Untersuchungen. Von Interesse wären mögliche Unterschiede im Vergleich zu Auswirkungen bei psychiatrisch erkrankten Müttern, die beispielsweise durch andere Manifestation der Erkrankung und ein anderes Spektrum psychiatrischer Diagnosen bei Männern zustande kommen könnte (Alexandrino-Silva et al. 2013; Sher et al. 2015). Andererseits wäre es denkbar, komplexe familiäre Strukturen zu untersuchen, um mögliche protektive Faktoren zu identifizieren (so beispielsweise ein gesundes Elternteil bei einem erkrankten Elternteil). Um psychisch erkrankte Eltern in ihrem Erziehungs- und Bindungsverhalten zu unterstützen, ihre Sensitivität und Zuneigung gegenüber ihrem Kind zu verstärken und die dabei bestwirksamen Methoden zu erforschen, könnten Interventionsstudien durchgeführt werden.

Die hier berichtete Untersuchung hat sich auf die Auswirkungen von sexuellem Missbrauch und körperliche Misshandlung konzentriert. Die Auswirkungen psychischer Missbrauchs- und

Misshandlungsformen könnten in weiteren Studien noch ausführlicher untersucht werden. Die Weitergabe emotionaler Misshandlung von der Mutter auf das Kind ist vorstellbar. Diese Misshandlungsform und ihre Auswirkungen sind möglicherweise für Außenstehende schwerer zu erkennen als körperliche Misshandlungen. Bleiben aufgrund des Nichterkennens eine Reaktion und Hilfsangebote aus, könnten die Konsequenzen emotionalen Missbrauchs umso schwerwiegender sein. Transgenerationale Effekte von emotionaler Kindesmisshandlung könnten in künftigen Studien untersucht werden.

6 Literaturverzeichnis

- Abela, J. R., Skitch, S. A., Auerbach, R. P. & Adams, P. 2005. The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *J Pers Disord*, 19, 68-83.
- Achenbach, T. M. 1991. Manual for the CBCL/4-18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. 2000. Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles. University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T. M. 2001. Manual for the ASEBA school age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, research Center for Children, Youth and Families.
- Alexandrino-Silva, C., Wang, Y. P., Carmen Viana, M., Bulhoes, R. S., Martins, S. S. & Andrade, L. H. 2013. Gender differences in symptomatic profiles of depression: results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey. *J Affect Disord*, 147, 355-64.
- Althoff, R. R., Verhulst, F. C., Rettew, D. C., Hudziak, J. J. & Van Der Ende, J. 2010. Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49, 1105-16.
- APA American Psychiatric Association 2000. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision-DSM-IV-TR, dt. Bearbeitung und Einführung: Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist 1998. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behaviour Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen Normen, bearbeitet von Döpfner, M, Plück, J., Bölte, S., Lenz, K., Melchers, P. & Heim, K. (2. Aufl.). Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist 1993. Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Teacher Report Form (TRF/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung mit deutschen

- Normen, bearbeitet von Döpfner, M., Melchers, P. Köln, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Ball, J. S. & Links, P. S. 2009. Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep*, 11, 63-8.
- Barnow, S., Aldinger, M., Arens, E. A., Ulrich, I., Spitzer, C., Grabe, H. J. & Stopsack, M. 2013. Maternal transmission of borderline personality disorder symptoms in the community-based Greifswald Family Study. *J Pers Disord*, 27, 806-19.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C. & Freyberger, H. J. 2006. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45, 965-72.
- Baron, M., Gruen, R., Asnis, L. & Lord, S. 1985. Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *Am J Psychiatry*, 142, 927-34.
- Bathe, S. 2009. Die einzige Vertraute. In Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. (S. 27-32). Bonn: Balance Buch und Medien.
- Beardslee, W. R., Keller, M. B., Lavori, P. W., Staley, J. & Sacks, N. 1993. The impact of parental affective disorder on depression in offspring: a longitudinal follow-up in a nonreferred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32, 723-30.
- Bifulco, A., Brown, G. W. & Harris, T. O. 1994. Childhood Experience of Care and Abuse (CECA): a retrospective interview measure. *J Child Psychol Psychiatry*, 35, 1419-35.
- Binion, G. & Zalewski, M. 2018. Maternal Emotion Dysregulation and the Functional Organization of Preschoolers' Emotional Expressions and Regulatory Behaviors. *Emotion*, 18, 386-99.
- Bountress, K. & Chassin, L. 2015. Risk for behavior problems in children of parents with substance use disorders. *Am J Orthopsychiatry*, 85, 275-86.
- Carr, C., Martins, C. M., Stingel, A., Lemgruber, V., Juruena, M. 2013. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *J Nerv Ment Dis*, 201, 1007-20.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A., Burgers, D. E. & Rabinowitz, J. 2015. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull*, 141, 858-900.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. & Giles, W. H. 2004. The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl*, 28, 771-84.

- Dubowitz, H., Black, M. M., Kerr, M. A., Hussey, J. M., Morrel, T. M., Everson, M. D. & Starr, R. H., Jr. 2001. Type and timing of mothers' victimization: effects on mothers and children. *Pediatrics*, 107, 728-35.
- Dulz, B., Herpertz, S., Hörz, S., Kind, J., Saß, H., Stone, M. H., Zanarini, M.C. 2011. Geschichte und Epidemiologie. In Dulz, B., Herpertz, S. C., Kernberg, O. F., Sachsse, U. (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 3-65). Stuttgart: Schattauer.
- Fegert, J. M., Fey, E. 1988. Sexueller Missbrauch. (K)ein Thema für Schulpsychologinnen und Schulpsychologen. In: Alte Schule – Neue Medien. Berichte aus Schulpsychologie und Bildungsberatung. Deutscher Psychologen Verlag, Berlin, S. 294-303.
- Fegert, J. M., Spröber, N. 2012. Mindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. In Fegert, J. M., Eggers, C., Resch, F. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 569-595). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Field, A. 2009. *Discovering Statistics Using SPSS* (Third Edition). London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: SAGE Publications. S. 209 – 232.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Smith, B. L. 1997. *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders: SCID-II*. American Psychiatric Press.
- Freud, S. 1898, 1952. *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen* (S. 489-516). In: GW I. London: Imago.
- Fuchs, A., Möhler, E., Resch, F., Kaess, M. 2015. Impact of a maternal history of childhood abuse on the development of mother-infant interaction during the first year of life. *Child Abuse Negl*, 48, 179–189.
- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. 2009. Emotion Dysregulation as a Core Feature of Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*, 23, 20-28.
- Goodman, S. H., Hoven, C. W., Narrow, W. E., Cohen, P., Fielding, B., Alegria, M., Leaf, P. J., Kandel, D., Horwitz, S. M., Bravo, M., Moore, R. & Dulcan, M. K. 1998. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 162-73.
- Gratz, K. L., Kiel, E. J., Litzman, R. D., Elkin, T. D., Moore, S. A. & Tull, M. T. 2014. Emotion: empirical contribution. Maternal borderline personality pathology and infant

- emotion regulation: examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment. *J Pers Disord*, 28, 52-69.
- Groen, G., Petermann, F. 2002. *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Grube, M. & Dorn, A. 2007. [Parenthood and mental illness]. *Psychiatr Prax*, 34, 66-71.
- Hameed, M. A. & Lewis, A. J. 2016. Offspring of Parents with Schizophrenia: A Systematic Review of Developmental Features Across Childhood. *Harv Rev Psychiatry*, 24, 104-17.
- Hauser, W., Schmutzer, G., Brahler, E. & Glaesmer, H. 2011. Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Dtsch Arztebl Int*, 108, 287-94.
- Herman, J. L., Perry, J. C. & Van Der Kolk, B. A. 1989. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146, 490-5.
- Herpertz, S. C., Habermeyer, V., Bronisch, T. 2011. Persönlichkeitsstörungen. In Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (4. Auflage)* (S. 989-1059). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hughes, C. H. 1884. Borderland psychiatric records – pro-dromal symptoms of psychical impairment. *Alienist and Neurologist*, 5:85-91.
- Huntley, F., Wright, N., Pickles, A., Sharp, H. & Hill, J. 2017. Maternal mental health and child problem behaviours: disentangling the role of depression and borderline personality dysfunction. *BJPsych Open*, 3, 300–5.
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H. & Bohus, M. 1998. [The treatment history of patients with borderline personality disorder in the Republic of Germany]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 66, 545-52.
- Jumper, S. A. 1995. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse Negl*, 19, 715-28.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Resch, F., Bifulco, A. & Brunner, R. 2011. [Childhood Experiences of Care and Abuse (CECA) - validation of the German version of the questionnaire and interview, and results of an investigation of correlations between adverse childhood experiences and suicidal behaviour]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 39, 243-52.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. & Ryan, N. 1997. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 980-8.

- Kernberg, O. F. 1967. Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. 1975. Borderlinestörung und pathologischer Narzissmus. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Kjellander, C., Bongar, B. & King, A. 1998. Suicidality in borderline personality disorder. *Crisis*, 19, 125-35.
- König, C., Fegert, J. M. 2008. Sexueller Missbrauch. In Remschmidt, H., Mittejat, F., Warnke, A. (Hrsg.), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (S. 452-463). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Lauth, B., Arnkelsson, G. B., Magnusson, P., Skarpheethinsson, G. A., Ferrari, P. & Petursson, H. 2010. Validity of K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version) depression diagnoses in an adolescent clinical population. *Nord J Psychiatry*, 64, 409-20.
- Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., Arias, I. 2008. Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta (GA).
- Lenz, A. 2005. Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Linehan, M. M. 1996. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP:Medien.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F., Ferguson, B. & Et Al. 1994. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 215-24.
- Macfie, J., Kurdziel, G., Mahan, R. M. & Kors, S. 2017. A Mother's Borderline Personality Disorder and Her Sensitivity, Autonomy Support, Hostility, Fearful/Disoriented Behavior, and Role Reversal With Her Young Child. *J Pers Disord*, 31, 721-37.
- Macmillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y. & Beardslee, W. R. 2001. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 158, 1878-83.
- Mclean, L. M. & Gallop, R. 2003. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 369-71.

- Mielke, E. L., Neukel, C., Bertsch, K., Reck, C., Möhler, E., Herpertz, S.C. 2016. Maternal sensitivity and the empathic brain: Influences of early life maltreatment. *J Psychiatr Res*, 77, 59–66.
- Miranda, J. K., De La Osa, N., Granero, R. & Ezpeleta, L. 2011. Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse Negl*, 35, 700-11.
- Moehler, E., Biringen, Z. & Poustka, L. 2007. Emotional availability in a sample of mothers with a history of abuse. *Am J Orthopsychiatry*, 77, 624-8.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., von Cranach, M., Giglhuber, O., von Bose, M. 1996. International Personality Disorder Examination. ICD-10 Modul – Deutschsprachige Ausgabe im Auftrag der WHO. Manual mit Interview. Göttingen: Hogrefe.
- Morrel, T., Dubowitz, H., Kerr, M. & Black, M. 2003. The Effect of Maternal Victimization on Children: A Cross-Informant Study. *Journal of Family Violence*, 18, 29-41.
- Myhre, M. C., Dyb, G. A., Wentzel-Larsen, T., Groggaard, J. B. & Thoresen, S. 2014. Maternal childhood abuse predicts externalizing behaviour in toddlers: a prospective cohort study. *Scand J Public Health*, 42, 263-9.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'callaghan, M., Le Brocque, R. & Andersen, M. J. 2000. Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 592-602.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. 2012. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 9, e1001349.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gomez-Benito, J. 2009. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29, 328-38.
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C. & Levitan, R. 2012. Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child Abuse Negl*, 36, 433-7.
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H. & Cartwright-Hatton, S. 2015. Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evid Based Ment Health*, 18, 67-75.
- Plant, D. T., Pawlby, S., Pariante, C. M., Jones, F. W. 2017. When one childhood meets

- another – maternal childhood trauma and offspring psychopathology: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 23, 483-500.
- Reich, W., Leacock, N & Shanfeld, K. 1997. Diagnostic interview for children and adolescents-IV (DICA-IV) (L. Ezpeleta. Trans.). St. Louis: Washington University.
- Reinelt, E., Stopsack, M., Aldinger, M., Ulrich, I., Grabe, H. J., Barnow, S. 2014. Longitudinal Transmission Pathways of Borderline Personality Disorder Symptoms: From Mother to Child? *Psychopathology*, 47, 10–6.
- Rutter, M. 2013. Annual Research Review: Resilience--clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry*, 54, 474-87.
- Schechter, M. D., Roberge, L. 1976. Sexual exploitation. In: Helfer RE, Kempe CH (Hrsg.) Child abuse and neglect: the family and the community. Ballinger, Cambridge.
- Scherber, W. 2009. Ohne Netz und doppelten Boden. In Mattejat, F., Lisofsky, B. (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. (S. 14-20). Bonn: Balance Buch und Medien.
- Schulz, A., Becker, M., Van Der Auwera, S., Barnow, S., Appel, K., Mahler, J., Schmidt, C. O., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. 2014. The impact of childhood trauma on depression: does resilience matter? Population-based results from the Study of Health in Pomerania. *J Psychosom Res*, 77, 97-103.
- Sher, L., Siever, L. J., Goodman, M., Mcnamara, M., Hazlett, E. A., Koenigsberg, H. W. & New, A. S. 2015. Gender differences in the clinical characteristics and psychiatric comorbidity in patients with antisocial personality disorder. *Psychiatry Res*, 229, 685-9.
- Tripp, T. 2017. *Kinderherzen erziehen*. Bern: Verein fröhliche Familien.
- Weiss, M., Zerkowicz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M. & Paris, J. 1996. Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Can J Psychiatry*, 41, 285-90.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plass, A., Petermann, F. & Riedesser, P. 2009. Children of mentally ill parents: Associations between subjective parental impairment and psychological problems of the children. *Kindheit und Entwicklung*, 18 (2), 111-121.
- WHO Weltgesundheitsorganisation 1992. Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien (6. Auflage). Übersetzt und herausgegeben von: Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (2008). Bern: Hogrefe-Verlag.

- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B. & Mcglashan, T. H. 2002. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*, 190, 510-8.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. 1998. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155, 1733-9.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Yong, L., Raviola, G., Bradford Reich, D., Hennen, J., Hudson, J. I. & Gunderson, J. G. 2004. Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *J Pers Disord*, 18, 439-47.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O. & Frankenburg, F. R. 1989. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zietlow, A. L., Nonnenmacher, N., Reck, C., Müller, M., Herpertz, S. C., Neukel, C., Fuchs, A., Bermpohl, F., Führer, D., Kluczniok, D., Attar, C. H., Jaite, C., Dittrich, K., Bödeker, K. 2017. Early life maltreatment but not lifetime depression predicts insecure attachment in women. *Arch Womens Ment Health*, 20, 477-486.

Eidesstattliche Versicherung

Ich, Anna-Luisa Paetz, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Effekte mütterlicher Borderline-Persönlichkeitsstörung und belastender Kindheitserfahrungen auf die psychische Gesundheit von Kindern* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer un- wahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift

Anteilsklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Anna-Luisa Paetz hatte folgenden Anteil an folgender Publikation:

Kluczniok, D.; Boedeker, K.; Hindi Attar, C.; Jaite, C.; Bierbaum, A.-L.; Fuehrer, D.; Paetz, L.; Dittrich, K.; Herpertz, S. C.; Brunner, R.; Winter, S.; Heinz, A.; Roepke, S.; Heim, C.; Bermpohl, F., „Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children“, *Journal of Affective Disorders*, 231, 63-73.

Beitrag: Mitarbeit an der UBICA Studie, Rekrutierung der Probandinnen, Durchführung der Mutter-Kind-Interaktionsdiagnostik, Eingabe und statistische Auswertung der Daten unter anderem der CBCL

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

Kluczniok, D.; Boedeker, K.; Hindi Attar, C.; Jaite, C.; Bierbaum, A.-L.; Fuehrer, D.; Paetz, L.; Dittrich, K.; Herpertz, S. C.; Brunner, R.; Winter, S.; Heinz, A.; Roepke, S.; Heim, C.; Bermpohl, F., „Emotional availability in mothers with borderline personality disorder and mothers with remitted major depression is differently associated with psychopathology among school-aged children“, *Journal of Affective Disorders*, 231, 63-73.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.001>

Danksagung

Mein Dank gilt allen voran Prof. Dr. med. Felix BERPPOHL, der als Doktorvater sorgsam, klug und konstruktiv die Betreuung übernahm und so maßgeblich zu dieser Arbeit beitrug.

Mein Dank gilt weiterhin Dr. phil. Katja BÖDEKER, meiner Betreuerin von kinder- und jugendpsychiatrischer Seite sowie dem gesamten ehemaligen UBICA-Team in Berlin. Insbesondere danke ich Daniel FÜHRER und Dany HOENACK für die stete Hilfsbereitschaft und gute Zusammenarbeit während der Datenerhebung. Ich danke Dorothea KLUCZNIOK und Katja DITTRICH für ihre Unterstützung bei der statistischen Datenauswertung.

Meiner Freundin Nora SKARABIS danke ich für den regen Austausch über Wissenschaft, Statistik, Medizin und Psychologie und für ihre vielen Antworten auf meine Fragen.

Mein größter Dank gebührt meinen Eltern, die mir mein langes Studium ermöglichten, die mir Zeit und Freiheit gewährten und mir so viele Ideen mitgaben.