Evangelische Hochschule Nürnberg
Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

Auswirkungen psychisch kranker Eltern auf die emotionale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Stephanie Bernhard

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm

Zweitgutachter: Prof. Dr. Michael Bayer

Abgabetermin: 14.01.2023

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit den Auswirkungen, die psychisch erkrankte Eltern auf die emotionale Entwicklung von ihren Kindern und Jugendlichen haben. Es wird ein Fokus auf Mütter mit einer BPS (Borderline-Persönlichkeitsstörung) und deren Auswirkungen auf die Bindung von Kindern und die Folgen für deren späteres Leben gelegt. Dieser Bachelorarbeit liegt die Forschungsfrage zugrunde, ob *eine Familienkonstellation, in der die Mutter an einer BPS erkrankt ist, funktionieren und das Kind eine sichere Bindung entwickeln kann und wenn ja, was nötig ist, um dies zu gewährleisten?* Um diese Frage beantworten zu können, werden im Verlauf dieser Arbeit weitere Fragestellungen bezüglich der Kernproblematik, wenn die Mutter an einer BPS erkrankt ist, der Auswirkungen, die dies auf der Bindungs- und Verhaltensebene der Kinder zeitigt, der Hilfemöglichkeiten, die nötig sind, um die Kinder aber auch die Mütter adäquat zu unterstützen, und der Hilfesystemen und Anlaufstellen für die Kinder und Mütter und ob diese ausreichend sind, betrachtet. Das Auseinandersetzen mit und die anschließende Beantwortung der Forschungsfrage aber auch der weiteren Fragestellungen erfolgt durch eine theoretische und praktische Betrachtung. Diese ermöglicht durch leitfadengestützte Interviews mit zwei Experten, die in ihrer praktischen Arbeit bereits mit dieser Zielgruppe gearbeitet hatten, einen praxisnahen Blick auf die Thematik. Dabei konnte das Fazit gezogen werden, dass die BPS der Mutter Problematiken aufweist und es dadurch sowohl zu physischen, psychischen als auch bindungsrelevanten negativen Auswirkungen bei den Kindern kommen kann. Dies kann von verschiedenen unsicheren Bindungstypen bis zu Bindungsstörungen bei den Kindern reichen. Des Weiteren konnte herausgefunden werden, dass es Hilfesysteme gibt, diese aber häufig nicht auf Mütter spezialisiert sind und somit zu wenig Unterstützungsangebote vorhanden sind. Diese Unterstützungsangebote, Netzwerke, etc., um die Mütter zu entlasten und den Kindern weitere sichere Bindungserfahrungen und Anerkennung zu Teil werden zu lassen, sind allerdings essenziell dafür, dass die Kinder adäquat unterstützt und vor allem auch aufgefangen werden. Das Ergebnis dieser Bachelorarbeit kann somit zeigen, dass, wenn die Mütter und auch die Kinder frühzeitig und gut angebunden sind und Unterstützung erfahren, eine derartige Familienkonstellation funktionieren kann und dabei keine oder nur geringe Auswirkungen auf der Bindungsebene der Kinder zeitigt. Um dies bei allen Familien gewährleisten zu können, müssten allerdings die Unterstützungsangebote, sowohl in Form von Therapien, Elterntrainings, spezialisierten Angeboten, als auch die Sensibilität und das Fachwissen von Kindergärten, Schulen, etc. weiter ausgebaut und besser zugänglich gemacht werden.

This bachelor thesis deals with the impacts of parents with mental illnesses on the emotional development of children and adolescents. The focus is on mothers with BPD (borderline personality disorder) and their effects on the tie of children and the consequences for their later life. This bachelor thesis is based on the research question *whether a family constellation with a mother with BPD can function and the child can develop a secure attachment, and if so, what is necessary to ensure this?* In order to be able to answer this question during this work further questions will be considered concerning the key problem, when the mother is ill with BPD, the effects on the attachment- and behavioral level of the children, the means of assistance that are necessary to adequately support the children but also the mothers and the help systems and contact points for the children and mothers and whether these are sufficient. The consideration and subsequent answering of the research question as well as the other questions is designated by a theoretical and a practical treatment. The practical part allows a practical view on the topic through guideline-based interviews with two experts who have already worked with this target group in their practical work. As a result it can be observed that the mother's BPS has problems and can lead to physical, psychological and in particular attachment-related negative effects on the children. This can range from various insecure attachment types to attachment disorders. Furthermore, it can be seen, that there are help systems, but they are often not specialized for mothers. There exist too little specialized offers of support. These support services, networks, etc. to relieve the mothers and to provide the children with further secure attachment experiences and appreciation are essential to adequately support the children and especially to catch them. The result of this bachelor thesis can demonstrate that if the mothers and also the children are well attached early on and experience support, such a family constellation can function well and has little or no impact on the childrens´ attachment level. In order to be able to guarantee this for all families, however, the support offers, in the form of therapies, parent trainings, specialized offers, but also the sensitivity and the expertise of kindergartens, schools, etc. must be further expanded and made more accessible.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1. Einleitung ... 1

2. Forschungsfrage ... 2

3. Psychische Störungen ... 3

3.1. Allgemeiner Krankheitsbegriff ... 3

3.2. Psychische Gesundheit und psychische Störung ... 4

3.3. Geschichte und Vorkommen von psychischen Störungen ... 4

3.4. Verschiedene Störungsbilder ... 5

4. Borderline-Persönlichkeitsstörung ... 6

4.1. Allgemeines ... 6

4.2. Störungsbild ... 7

4.3. Diagnose ... 10

4.4. Ursachen ... 11

4.5. Therapie und Behandlung einer BPS ... 12

4.6. Folgen und Auswirkungen einer BPS ... 12

5. Bindungstheorie und Bindungsverhalten ... 13

5.1. Allgemeines ... 13

5.2. Die Bedeutung von Bindung ... 14

5.3. Die Bindungstheorie und gesunde Bindungsentwicklung ... 15

5.4. Die verschiedenen Bindungstypen ... 17

5.5. Schutz- und Risikofaktoren für die Bindung von Kindern ... 19

6. Auswirkungen der BPS der Mutter auf die Kinder ... 20

6.1. Allgemeines ... 20

6.2. Deprivation und deren Folgen ... 21

6.3. Bindungsstörungen ... 22

6.4. Verhalten der Mutter mit einer BPS ... 25

6.5. Allgemeine Auswirkungen auf die Kinder ... 26

6.6. Auswirkungen auf die Kinder und deren Bindungsverhalten ... 28

6.7. Auswirkungen auf das spätere Leben ... 32

6.8. Risikofaktoren ... 33

6.9. Hilfesysteme und Materialien ... 33

7. Experteninterviews ... 38

7.1. Forschungsdesign ... 38

7.2. Leitfadeninterview ... 38

7.3. Aufbereitung und Auswertungsverfahren ... 39

7.4. Beantwortung der Fragen durch Experte A und Expertin B 39
7.5. Inhaltliche Interpretation 42
8. Fazit 47
Literaturverzeichnis
Anhangsverzeichnis
Anhang

Abkürzungsverzeichnis

ADHS……..……..Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

ASD……..Allgemeiner Sozialdienst

BPS……..……Borderline-Persönlichkeitsstörung

DBT……..……Dialektisch-Behaviorale Therapie

DSM…… Diagnostic and Statistical Manual der Version 5

ICD…….International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems

Jhdt…….Jahrhundert

MBT……..Mentalisierungsbasierte Therapie

PTBS…….……Posttraumatische Belastungsstörung

SFT……..……Schematherapie/schemafokussierte Therapie

SPFH……..……..Sozialpädagogische Familienhilfe

TFB……..……..Transference Focussed Therapy

WHO…….……World Health Organization

1.Einleitung

„Männer landen im Knast, Frauen in der Klinik“ - Focus Online (Braunmiller 2015).

„Die Münchnerin spielte als durchgeknallte Borderline-Patientin die Hauptrolle im neuen Fall ‚Gefangene‘“ - Bild (Peters 2020a).

„27-Jährige zündet Kinderwagen an […], ich habe das Borderline-Syndrom‘“ -Bild (Bild 2013).

„[…]verletzte der Rodgauer seine blinde Schwester und seine Freundin. Er bremste einen Autofahrer aus, verprügelte ihn, vier Monate später noch einen, einen Monat darauf würgte er seine Freundin, verprügelte sie 20 Tage später erneut, attackierte schließlich zwei Feuerwehrmänner […] Alle Taten wohl ausgelöst durch Borderline-Syndrom […]“ - Bild (Bild 2019).

„Berufsverbot für Depressive?“ - Focus Online (Klammer 2015)

Diese Zitate und viele weitere lassen sich in den Medien über Menschen mit einer psychischen Störung finden und prägen damit das Bild, das in der Öffentlichkeit herrscht. Selbstverständlich existieren auch fachliche Berichterstattungen über psychische Störungen, die ein realistisches und informierendes Bild geben. Allerdings kommt es häufig zu reißerischen Schlagzeilen und herabwürdigenden Betitelungen psychisch erkrankter Menschen, wie man an den Beispielen oben erkennen kann. Des Weiteren werden Berichterstattungen über Gewalthandlungen und -taten häufig mit psychischen Störungen verbunden und es wird suggeriert, dass Menschen mit einer psychischen Störung gewalttätig und die Taten allein auf die Störung zurückzuführen sind. Durch zeitlich stabile Muster der Berichterstattung und des darin enthaltenen Darstellens bestimmter Themen werden sowohl kurzfristige als auch langfristige Wirkungen gezeitigt (Hasebrink 2016). Deshalb kann dies zu negativen Folgen für die psychisch erkrankten Menschen führen.

Über diese mediale Berichterstattung wurde eine Studie nach der Germanwings-Katastrophe im Jahr 2015 veröffentlicht, die 251 Texte untersuchte. Dabei wurde festgestellt, dass eine Vielzahl der Texte eine *riskante Berichterstattung* aufwies, indem sie die psychische Störung des Piloten als Erklärung für die Tat lieferten, ohne auf wissenschaftliche Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Kriminalität einzugehen und dies in einen Kontext zu betten. Symptome einer Depression wurden in nur 5,6% und sachliche Informationen in 9,2% der Texte erläutert. Explizite Stigmatisierung

kam in 31,5% der Texte vor, wobei vor allem eine metaphorische und dramatisierende Sprache (23,5%), berufliche Einschränkungen (11,5%) und Wertungen (10,4%), etc. verwendet wurden. Die Tatsache, dass Taten mit einer psychischen Störung in Verbindung gebracht werden, ist grundsätzlich nicht problematisch, aber derartige spekulative Kausalitätsvermutungen, die in keinen wissenschaftlichen Kontext eingebettet sind, sollten in den Medien nicht vorkommen, da sie für Menschen mit psychischen Störungen Stigmatisierungen zur Folge haben können (von Heydendorff & Dreßing 2016). An der Folge des Tatorts *Gefangen* übt beispielweise eine von einer BPS- (Borderline-Persönlichkeitsstörung) Betroffene Kritik und sagt: „Die Borderline-Patientin als manipulative Männer-Fresserin, die alle gefügig machen will – das sind dumme Vorurteile, die vielleicht in Einzelfällen zutreffen. Der Film trägt dieses paradiesisch weiter.“ (Peters 2020b).

Hinter den psychischen Störungen und vor allem auch den Familiensystemen steckt allerdings sehr viel mehr. Es handelt sich um ein wichtiges Thema, bei dem man sich mit den Biografien, den Hintergründen, den Symptomen und der Störung an sich beschäftigen muss, um ein Verständnis dafür zu bekommen. Deshalb wird sich in der vorliegenden Bachelorarbeit mit psychisch erkrankten Eltern befasst und dabei ein Fokus auf Mütter mit einer BPS gelegt. Die Autorin dieser Bachelorarbeit hat sich für die Erweiterung des Themas hinsichtlich der Entwicklung von Kinder dieser Zielgruppe entschieden, da sie neben dem Studium in der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) tätig ist und in der Praxis erkennen konnte, dass in der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe häufig Kinder anzutreffen sind, die psychisch erkrankte Eltern haben und es essenziell ist, Fachwissen dazu aufzuweisen, um sowohl die Eltern als auch die Kinder adäquat unterstützen und auf deren Bedürfnisse eingehen zu können. Da die Bindung und das Bindungsverhalten eine Grundlage für die Entwicklung der Kinder darstellen und diese davon abhängig ist, wird ein Fokus auf die Auswirkungen der BPS der Mutter und deren Verhalten auf die Bindung der Kinder gelegt (Becker-Stoll 2015).[1]

2. Forschungsfrage

In der vorliegenden Bachelorarbeit soll die folgende Forschungsfrage geklärt werden: *Kann eine Familienkonstellation, in der die Mutter an einer BPS erkrankt ist, funktionie-*

[1] Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich das generische Maskulin verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich dabei auf alle Geschlechter, sofern dies nicht anders kenntlich gemacht wird.

ren und das Kind eine sichere Bindung entwickeln und wenn ja, was ist nötig, um dies zu gewährleisten? Um diese Frage klären zu können, bedarf es weiteren Fragestellungen: *Was sind die Kernproblematiken, wenn eine Mutter an einer BPS erkrankt ist?, Was sind die Auswirkungen, die durch die psychische Störung der Mutter auf der Bindungs- und Verhaltensebene der Kinder entstehen?*, *Gibt es genügend Hilfesysteme und Anlaufstellen für die Kinder und die Mütter oder fehlt diesbezüglich noch etwas?*, *Was würde den Kindern helfen und was ist nötig, um sie adäquat zu unterstützen?* Um sich der Beantwortung dieser Fragen und damit auch der Beantwortung der Forschungsfrage zu nähern, wird das Thema und dessen Problematik sowohl theoretisch als auch praxisnah durch leitfadengestützte Experteninterviews betrachtet.

3. Psychische Störungen

Um einen ersten Einblick in das Feld der psychischen Störungen zu erhalten, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit dem Krankheits- und Störungsbegriff und verschiedenen Störungsbildern.

3.1. Allgemeiner Krankheitsbegriff

Um sich dem Thema psychische Störungen anzunähern, muss man sich mit den Begriffen *Krankheit* und *Gesundheit* auseinandersetzen. Zum Verständnis dieser kann das Normalitätskonzept einen erheblichen Beitrag leisten. Es sagt aus, dass ein Zustand als krank etikettiert werden kann, wenn dessen Auftreten in der Statistik eher selten vorkommt, die jeweilige Lebensfunktion des davon betroffenen Menschen beeinträchtigt wird oder dieser Zustand als sozial deviant wahrgenommen werden kann (Fangerau & Franzkowiak 2022). Laut der WHO (World Health Organization) ist Gesundheit „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen.“ (2020a: 1). Es ist laut der WHO ein menschliches Grundrecht, unabhängig von Religion, ethnischer Zugehörigkeit, politischer Überzeugung oder wirtschaftlicher/sozialer Stellung, das höchstmögliche Gesundheitsniveau erreichen zu können (2020b: 1). Es spielen verschiedene Bewertungsprozesse eine Rolle, die Wechselwirkungen aufweisen. Fangerau und Franzkowiak weisen dabei auf die Unterscheidung von Hofmann zwischen *disease* (biomedizinische Beobachtung/Diagnostik), *sickness* (gesellschaftliche Zuschreibung) und *illness* (subjektive Beobachtung) hin (2022).

3.2. Psychische Gesundheit und psychische Störung

Das ICD-11 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) definiert psychische Störungen unter dem Unterpunkt 06 *Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen*. Laut diesem sind psychische Störungen Syndrome, „die durch eine klinisch bedeutsame Störung der Kognition, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person gekennzeichnet sind, die eine Störung der psychologischen, biologischen oder entwicklungsbedingten Prozesse widerspiegelt, die den psychischen und verhaltensbezogenen Funktionen zugrunde liegen. Diese Störungen sind in der Regel mit Stress oder Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verbunden." (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022).

Die WHO spricht von den beiden Begrifflichkeiten *psychische Gesundheit* und *psychische Störungen* (Weltgesundheitsorganisation 2019: 1). Psychische Gesundheit wird als „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann." (ebd.: 1) definiert. Psychische Störungen stellen laut der WHO „Störungen der psychischen Gesundheit einer Person dar, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind." (ebd.: 1). Laut der WHO ist der Wert der psychischen Gesundheit sehr hoch und sollte als Humankapital angesehen werden, da diese die Grundlage für Selbstwachstum, Selbstfürsorge, Interaktion mit Mitmenschen, etc. darstellt. Deshalb ist es essenziell, Menschen mit definierten psychischen Störungen zu unterstützen und deren Bedürfnisse zu berücksichtigen, aber auch präventiv die psychische Gesundheit aller Menschen zu fördern und zu schützen (ebd.: 1). Laut der WHO werden die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden durch ein Wechselspiel von individuellen Merkmalen, sozialen Verhältnissen und Umweltfaktoren bedingt. Diese Determinanten reagieren dynamisch und sind in der Lage, den jeweiligen psychischen Zustand zu bedrohen oder zu schützen (World Health Organization 2012: 1).

3.3. Geschichte und Vorkommen von psychischen Störungen

Psychische Störungen traten schon immer auf, wurden früher allerdings oft nicht als Krankheit anerkannt und dementsprechend behandelt (Salus o.J.). Erst die 68er Bewegung gab der Psychiatriegeschichte in Deutschland eine entscheidende Wendung,

denn nun wurde sich um Enthospitalisierung und Reintegration in die Gesellschaft bemüht (Bayerischer Bezirketag o.J.). Zuvor wurden psychisch erkrankte Menschen häufig stigmatisiert, nicht ernst genommen oder sogar ermordet. Auch heute noch haben sie häufig mit Stigmatisierungen innerhalb der Gesellschaft zu kämpfen, was negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von professionellen Hilfen, das Gefühlsleben der Betroffenen, die Suizidalität, etc. hat (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. o.J.).

In Deutschland sind knapp 27,7% der Bevölkerung jährlich von einer psychischen Störung betroffen (Jacobi u.a. 2014: 79). Umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung, die derzeit ca. 84 Millionen beträgt (Statistisches Bundesamt 2022), entspricht das ca. 22,8 Millionen Menschen. Davon nehmen jährlich nur ca.18,9% Kontakt zu professionellen Hilfen auf (Mack u.a. 2014: 296). Psychische-/und Verhaltensstörungen stellen die vierthäufigste Ursache für den Verlust von gesunden Lebensjahren dar (Plass u.a. 2014: 634) und verringern die Lebenserwartung um etwa zehn Jahre (Schneider u.a. 2019: 405). Die Versorgung deutschlandweit wird durch insgesamt 12.428 Fachkräfte in der Psychiatrie und Psychotherapie, 4.126 in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und 2.688 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich und in den Behörden gewährleistet (Bundesärztekammer 2021: 17ff.). Psychische-/und Verhaltensstörungen als Todesursache nahmen im Lauf der Jahre zu und nahmen im Jahr 2018 mit 6,1% den vierten Platz aller Todesursachen ein (Böhm 2021: 331).

3.4. Verschiedene Störungsbilder

Zu dem Oberbegriff psychische Störungen zählen unter anderem Sucht und Suchtstörungen, Schizophrenie, Depressionen, Angststörungen, PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), Somatoforme Störungen, Essstörungen und BPS (Kizilhan 2018: 5). Des Weiteren fallen Krankheiten wie ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung), Bipolare Störung, Burnout, Chronische Schmerzen, Co-Abhängigkeit, Demenz, dissoziative Störungen, Narzissmus, Psychosen, Schlafstörungen, Trauma und Zwangsstörungen unter den Oberbegriff psychische Störungen (Pro Psychotherapie e.V. o.J.). Die häufigsten Störungsbilder sind Angststörungen (15,3%), unbipolare Depressionen (7,7%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%) (Jacobi u.a. 2014: 81). Es handelt sich hierbei um keine abschließende Aufzählung.

4. Borderline-Persönlichkeitsstörung

„Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu definieren ist etwa so, als starre man in eine Lavalampe: Was man sieht, verändert sich unaufhörlich. Diese Krankheit führt nicht nur zu Instabilität, sondern steht auch als ein Symbol dafür."
(Mason & Kreger 2008: 45).

Dieses Zitat von Cauwels führen Mason und Kreger bezüglich der BPS in ihrem Buch *Schluss mit dem Eiertanz* an. Mit der BPS wird sich im folgenden Kapitel beschäftigt.

4.1. Allgemeines

Bei der BPS handelt es sich um ein schwerwiegendes psychiatrisches Störungsbild, das unter die Kategorie der Persönlichkeitsstörungen fällt. Gemäß ICD-11 wird die BPS unter der Hauptkategorie 06 *Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen* geführt und dabei spezieller in der Unterkategorie *Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale* und unter dem Code 6D11.5 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022). Beschrieben wird die Persönlichkeitsstörung als Muster[2], das durch „Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen, des Selbstbilds und der Affekte sowie durch eine ausgeprägte Impulsivität gekennzeichnet ist" (ebd.). Die BPS kann eine eher schwache oder starke Ausprägung aufweisen, weshalb Symptome bei den Betroffenen unterschiedlich stark und auf verschiedene Art und Weise auftreten. Sie wird zumeist in frühester Kindheit aufgrund schwieriger und prägender Ereignisse erworben (Wewetzer & Bohus 2016: 8f.) und beginnt in der Pubertät oder der Adoleszenz. Die Begrifflichkeit *Borderline* wurde in den 30er Jahren durch den Psychoanalytiker Stern geprägt und beschrieb damals ein Störungsbild, das weder den Störungsbildern einer Neurose noch einer Psychose zugeordnet werden konnte, da es Symptome aus beiden Bereichen aufwies (Sendera & Sendera 2016: 9). Die hier beschriebenen Symptome und Verhaltensweisen sind nie für alle Personen mit einer BPS zutreffend.

Die BPS zählt zu den häufigsten psychischen Störungen im Lebenszyklus (Rahn 2019: 70). In der NESARC-Studie (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), die in den USA mit 43.000 befragten Erwachsenen durchgeführt wurde,

[2] Im ICD-11 wird das Wort Borderline-Muster synonym zu dem etablierten Wort Borderline-Persönlichkeitsstörung verwendet. In der vorliegenden Arbeit wird hauptsächlich das Wort BPS benutzt, da dieses in der Fachwelt und auch im noch geläufigen ICD-10 Verwendung findet.

kam es zu einer Prävalenz von 2,7%, was einen durchaus hohen Wert darstellt. In dieser Studie wurde eine BPS bei Frauen mit 3,0% signifikant häufiger festgestellt als bei Männern mit 2,4%, dies kann allerdings auch auf diagnostische Bias zurückgeführt werden. Die Studie konnte herausfinden, dass ein geringeres Alter, Einkommen und Bildungsstand, sowie der Familienstand (z.B. verwitwet, geschieden oder getrennt) ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer BPS darstellen (Tomko 2014).

4.2. Störungsbild

Bei einer BPS können folgende Verhaltensweisen und Symptome auftreten:

1. *Emotionsregulation (Affektregulation)*

Menschen mit einer BPS weisen eine Störung der Affektregulation auf, was dazu führt, dass sie ihre Gefühle und die damit verbundenen Zustände nicht kontrollieren und regulieren können. Oft kommt es zu Spannungszuständen, die von den Betroffenen als unerträglich empfunden werden (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. b). Dies äußert sich auch dadurch, dass ihre Gefühle plötzlich auftreten, lange andauern und sehr stark sind. Für Außenstehende fühlt es sich aufgrund der Nichterkennbarkeit von außen häufig so an, als würden die extremen Gefühlsreaktionen unbegründet auftreten. Stimmungsschwankungen und ein von den Betroffenen als *Gefühls-Wirrwarr* bezeichneter Zustand sind für die Störung nichts Ungewöhnliches. Menschen mit einer BPS haben oft Schwierigkeiten, ein einzelnes Gefühl zu benennen und Gefühle voneinander zu trennen, weswegen nur positive oder nur negative Bewertungen ohne Mittelmaß vorgenommen werden (Wewetzer & Bohus 2016: 12ff.). Aufgrund der Emotionsregulationsstörung kommt es häufig zu Grundgefühlen, die sich von denen psychisch gesunder Menschen unterscheiden. Grundgefühle bei psychisch gesunden Menschen sind Liebe, Freude, Trauer, Stolz, Angst, Wut und Ekel, bei Menschen mit BPS Wut, Scham/Schuld, Angst, Leere, Ärger und Ekel (Sendera & Sendera 2016: 55ff.).

2. *Schwierigkeiten mit anderen*

Menschen mit einer BPS sind oftmals unsicher im Umgang mit anderen. Sie reagieren sehr sensibel und haben häufig Schwierigkeiten damit, das Wirken ihres eigenen Verhaltens oder das Verhalten anderer einzuschätzen. Dies kann zu Missverständnissen, Kränkungen und Enttäuschung führen. Außerdem haben Betroffene häufig Angst davor allein zu sein und fühlen sich schnell abgelehnt. Dies führt zu eigenem ablehnenden

Verhalten als Gegenreaktion, das für Außenstehende dann oftmals nicht nachvollziehbar ist (Wewetzer & Bohus 2016: 16ff.). Durch die Gefühlswelt der Betroffenen, die häufig von Gefühlen der Schuld, Scham, Ohnmacht und Selbstverachtung begleitet wird, werden zwischenmenschliche Interaktionen und Beziehungen stark beeinträchtigt. Betroffene leiden oft unter starken Verlustängsten, die existentielle Ausmaße annehmen können. Soziale Beziehungen und auch Partnerschaften scheitern häufig daran, dass der Gegenüber mit den Gefühls-, Selbstwert- und Stimmungsschwankungen des Borderline-Erkrankten nicht umgehen kann (Neurologen & Psychiater im Netz o.J. b). Auch leiden sie oft an einer Mentalisierungsschwäche, die dazu führt, dass ihnen die Fähigkeit zur kooperativen Beziehungsgestaltung fehlt. Diese gibt normalerweise die Möglichkeit, die Mimik anderer Personen zu beurteilen. Es kommt dann häufig aufgrund der eigenen subjektiven Gefühle und Ängste zu Fehlinterpretationen und negativem Deuten der Mimik, was zu einer Überdramatisierung führen kann (Rahn 2019: 85).

3. Schwierigkeiten mit der Wahrnehmung

Menschen mit einer BPS weisen oftmals eine veränderte Wahrnehmung bezüglich ihres eigenen Körpers, der Zeit und des Raums auf. Durch z.B. optische/akustische Halluzinationen oder Entfremdung des eigenen Körpers wirkt Vieles unwirklich für sie. Sie haben beispielweise das Gefühl, eine Situation außerhalb ihres Körpers zu erleben, sehen sich selbst im Nebel oder Geräusche klingen gedämpft. Dies kann dazu führen, dass sie sich manchmal nicht mehr bewegen oder sprechen können, Stimmen hören, unreale Dinge sehen oder Gefühle nicht mehr stark wahrnehmen. Dadurch wird das Schmerzempfinden, das Denken und das Gedächtnis kurzfristig herabgesetzt, weswegen sie sich manchmal nicht an bestimmte Ereignisse erinnern können, und die Hochspannung wird aufgelöst (Wewetzer & Bohus 2016: 18f.). Diese Wahrnehmungsveränderungen, die auch als Dissoziation oder dissoziativer Zustand bezeichnet werden, sind eine stressabhängige Reaktion auf die zuvor erlebte intensive Anspannung. Den Betroffenen ist häufig klar, dass es sich um Halluzinationen handelt und sie bemühen sich deshalb darum, andere Personen nicht an ihren Pseudohalluzinationen teilhaben zu lassen (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. b).

4. Selbstschädigendes Verhalten

Selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten kann in unterschiedlichen Formen ausgeführt werden, entweder durch ritzen, Kopf oder Hände gegen Wände schlagen oder indirekte Selbstverletzung durch z.B. exzessiven Drogen- oder Alkoholmissbrauch, Nahrungsentzug, exzessiven Sport oder Hochrisikoverhalte, etc.. Dadurch soll

kurzfristig für Entspannung, Abladen von negativen Gefühlen und Spüren des eigenen Körper gesorgt werden, oder aber der Wunsch, sich selbst zu bestrafen, steht im Vordergrund. Durch die daraus resultierende Entlastung oder auftretenden positiven Gefühle, wird das selbstverletzende Verhalten immer wieder wiederholt. Durch die Gewöhnung wird die Entlastung allerdings immer geringer und so das selbstschädigende Verhalten massiver und vor allem auch gefährlicher. Häufig kommt es zusätzlich zu einem schlechten Gewissen oder Schuldgefühlen, da die Betroffenen ein Gefühl von Selbstkontrollverlust haben. Oftmals leiden sie auch unter Suizidgedanken und akuter Suizidalität (Wewetzer & Bohus 2016: 19ff.). Das selbstverletzende Verhalten ist davon abzugrenzen, da dabei nicht die konkrete Absicht besteht, sich zu suizidieren, sondern das Anspannungsgefühl gemindert und die Selbstregulation verbessert werden soll (Neurologen & Psychiater im Netz o.J. b).

5. Schwierigkeiten mit sich selbst

Häufig sind Betroffene unzufrieden mit sich selbst und sehen ausschließlich ihre negativen Seiten. Sie trauen sich oft wenig zu und gehen sehr streng mit sich selbst um. Zustände der Zufriedenheit mit der eigenen Person halten oft nicht lange an und werden durch Kleinigkeiten erschüttert. Auch fühlen Betroffene sich häufig unsicher in Bezug auf das eigene Selbstbild und können nicht genau benennen, wer sie sind und was sie ausmacht, weshalb es zu einem Gefühl der inneren Leere kommt und sie nicht wissen, wohin mit sich und ihren Gefühlen (Wewetzer & Bohus 2016: 14ff.). Die häufigen und erheblichen Schwankungen des eigenen Selbstwertes haben einen Einfluss auf zwischenmenschliche Situationen und Beziehungen (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. b).

Menschen mit einer BPS weisen häufig problematische Verhaltensmuster auf, die Auswirkungen in der Beziehungsgestaltung zeitigen. Oft besitzen sie passive Lösungsansätze, sind gewillt Lösungen von anderen anzunehmen und fragen aktiv nach Unterstützung. Des Weiteren sind sie anfällig für emotionalen Stress, der einen hohen Einfluss auf die Kompetenz hat, die aufgrund dessen immer wieder Schwankungen unterliegt. Dieser Stress wird langsamer als bei Menschen ohne BPS zurückgebildet und bewältigt und Krisen, die unter Stress stattfinden, können nicht komplett ausgewertet werden. Aufgrund der Tatsache, dass Borderline-Erkrankte ihre eigenen inneren Spannungszustände auf ihr Umfeld übertragen, kann dies zu starken Emotionen bei den Bezugspersonen führen. Es fällt ihnen schwer, sich von Umgebungsreizen abzu-

grenzen und vor allem bei für sie unklaren Konstellationen reagieren sie verunsichert und irritiert (Rahn 2019: 87).

Betroffene weisen aber auch sehr viele Ressourcen auf, so sind sie geprägt von einer hohen Sensitivität und Emotionalität, besitzen ein gutes Einfühlungsvermögen und sind sehr loyal. Häufig zeichnet sie ein facettenreiches Persönlichkeitsbild aus, das geprägt ist von hoher Intelligenz, Charme, Kreativität, Hilfsbereitschaft und weiteren positiven Eigenschaften (Sendera & Sendera 2016: 22).

4.3. Diagnose

Aufgrund der vielfältigen Symptome und Folgephänomene ist es oftmals schwierig, eine Diagnose zu stellen. Im DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual der Version 5) wird die BPS unter den Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen klassifiziert. Laut dem DSM 5 müssen fünf Kriterien erfüllt sein, um eine BPS aufzuweisen. Das ICD-11 gleicht dem DSM 5 bezüglich der Kriterien für diese psychische Störung (American Psychiatric Association 2020: 371f.).

Laut dem ICD-11 müssen viele der folgenden Punkte erfüllt sein, um eine BPS diagnostizieren zu können:

- „Verzweifeltes Bemühen, eine tatsächliche oder eingebildete Verlassenheit zu vermeiden;
- ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen;
- Identitätsstörungen, die sich in einem ausgeprägten und anhaltenden instabilen Selbstbild oder Selbstwertgefühl manifestieren;
- eine Tendenz zu unüberlegtem Handeln in Zuständen starker negativer Affekte, die zu potenziell selbstschädigenden Verhaltensweisen führen;
- Wiederkehrende Episoden von Selbstverletzung;
- emotionale Instabilität aufgrund ausgeprägter Stimmungsreaktivität;
- chronische Gefühle der Leere;
- unangemessen starke Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren;
- vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Züge in Situationen hoher affektiver Erregung.“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022).

Komorbid zu einer BPS treten häufig Angststörungen, Essstörungen, Suchtstörungen, PTBS, Aufmerksamkeitsstörungen, Depressionen (Wewetzer & Bohus 2016: 33ff.), Schlafstörungen, Ess- oder Trinkstörungen, Zwangshandlungen oder andere Persönlichkeitsstörungen auf (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. c).

4.4. Ursachen

Die meisten Wissenschaftler gehen heute von einem ätiologischen Modell aus, das ein Zusammenspiel von genetischen und psychosozialen Erfahrungen und dysfunktionalen Verhaltens- und Interaktionsmustern darstellt (Bohus & Schmahl 2006: 3347). Laut einer Studie von Zanarini und anderen gaben 91% der Borderline-Befragten an, in ihrer Kindheit missbraucht worden zu sein (sowohl körperlich, verbal, emotional als auch psychisch) und 92% gaben an, vernachlässigt worden zu sein. 75% gaben emotionale Gewalt oder verbale Misshandlung, 60% einen physischen oder sexuellen Missbrauch an und 70% erklärten, dass sie keine emotionale Beziehung zu ihren Bezugspersonen hatten (1997: 1104). Durch die in den Situationen erfahrene Hilflosigkeit können diese Erfahrungen traumatisch werden (Rahn 2019: 99). Torgersen und andere konnten in ihrer Zwillingsstudie zu Persönlichkeitsstörungen herausfinden, dass bei einer BPS 69% erblich bedingt ist. Dabei muss allerdings hinzugefügt werden, dass bei den Zwillingen die gemeinsamen familiären Umwelteinflüsse eine wichtige Rolle spielen (2000: 418ff.). In Forschungen konnte festgestellt werden, dass Teile des Gehirns bei Borderline-Patienten verändert sind und anders arbeiten. So ist die Amygdala, der Teil, der vor allem auch für die Verarbeitung von Gefahrensignalen, Ängsten und Stress verantwortlich ist, klein und übererregbar. Auch der Hippocampus, ein Teil des limbischen Systems, zeigt Veränderungen, die zu einer Fehlsteuerung von emotionalen Reaktionen führen. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass bei Menschen, die unter einer Persönlichkeitsstörung leiden, das cholinerge System und die hypothalamisch-hypophysäre Stressachse empfindlicher reagieren und die Aktivität des serotonergen Systems eingeschränkt ist (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. a). In der Neurobiologie konnten in den letzten Jahren viele Fortschritte gemacht werden, die es ermöglichen, die Veränderungen im Gehirn zu erklären und so den Betroffenen und Angehörigen durch Psychoedukation eine plausible Erklärung für das Verhalten zu liefern (Sendera & Sendera 2016: 24).

4.5. Therapie und Behandlung einer BPS

Es begeben sich ca. 80% der Betroffenen in Therapie (Rahn 2019: 70). Diese kann sowohl ambulant als auch stationär stattfinden (ebd.: 153ff.). Der Krankheitsverlauf wird durch verschiedene Faktoren, die Schwere der Störung und eventuelle komorbid auftretende Störungen bedingt. Komorbid auftretende Angst-, Suchtstörungen und PTBS sind besonders ungünstig für deren Verlauf (Wewetzer & Bohus 2016: 29).

Die Therapie bei einer BPS besteht hauptsächlich aus einer Psychotherapie, die durch bestimme Medikamente ergänzt werden kann. Diese ist individuell auf den jeweiligen Klienten ausgerichtet und wird von klaren Therapieregeln umrahmt. Zur Behandlung einer BPS gibt es verschiedene Therapieformen, die auf unterschiedliche Felder der Störung abzielen. Es gibt die DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie), die SFT (Schematherapie/schemafokussierte Therapie), die MBT (Mentalisierungsbasierte Therapie), die TFB (Trasference Focussed Therapy; Deutsch: übertragungsfokussierte Psychotherapie) und die medikamentöse Therapie. Allerdings existieren keine Medikamente, die die BPS heilen können, sondern diese, wie z.B. Stimmungsstabilisierer, bestimmte Antipsychotika oder Selektive-Serotonin-Aufnahme-Hemmer, werden zur Unterstützung und zur Stabilisierung verwendet (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. d). Weitere Methoden und Strategien im Umgang mit Borderline-Erkrankten sind: Hilfe zur Selbsthilfe, auch in Form von Selbsthilfegruppen, Erlernen von Copingstrategien, Psychoedukation, offener Dialog, Verhaltensanalyse, dialektische Strategien, Validierung, Imagination, kognitive Umstrukturierung, Achtsamkeitstechniken, kunsttherapeutische und bewegungstherapeutische Ansätze und viele weitere (Rahn 2019: 134ff.).

4.6. Folgen und Auswirkungen einer BPS

Eine Studie von Gunderson und anderen konnte feststellen, dass die langfristige Prognose bei einer BPS günstig ist und es bei 85% zu einer Remission kommt. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ist sehr gering, aber es entstehen schwere und vor allem lang anhaltende soziale Beeinträchtigungen (2011: 827ff.). Der Erfolg ist abhängig von einer frühzeitigen Erkennung, einer vor allem nicht abgebrochenen Therapie (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. e). und von krankheitsunabhängigen Faktoren, wie z. B. individuellem Bewältigungsverhalten, sozialer Kompetenz und sozialer Unterstützung (Rahn 2019: 71). Im akuten Zustand kann eine BPS aufgrund einer akuten Suizidalität lebensgefährlich sein und der Betroffene selbst, aber auch das Umfeld, kann

stark darunter leiden. Für Betroffene können diese Auswirkungen und Einschränkungen bis zu zehn Jahre danach sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext auftreten (Neurologen und Psychiater im Netz o.J. e). So entstehen z.B. soziale Isolation, fehlende berufliche Integration und körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Schmerzen, Syndrome oder Erschöpfung. Durch die fehlende soziale Integration kommt es im Alter häufig zu steigenden Suizidraten (Rahn 2019: 70). Eine BPS ist nicht heilbar, weil ein Leben lang eine Vulnerabilität dafür bestehen bleibt, allerdings können die typischen Verhaltensmuster durch Therapien durchbrochen und verändert werden (Sendera & Sendera 2016: 48).

5. Bindungstheorie und Bindungsverhalten

Um einen Überblick darüber zu bekommen, wie wichtig die Bindung für das Kind und dessen späteres Leben ist, beschäftigt sich das folgende Kapitel mit der Bindungstheorie, den verschiedenen Bindungstypen und deren Auswirkungen.

5.1. Allgemeines

Die Bindungstheorie kommt ursprünglich aus dem Bereich der Psychotherapie und ist heute essenziell für die Diagnostik und Therapie von frühen seelischen Störungen (Klein 2011: 29). Sigmund Freud und die psychoanalytische Schule verorteten als Erste den Ursprung von psychischen Störungen im Familienleben (Bowlby 2010: 13). Zwischen den 30er und 50er Jahren beschäftigten sich verschiedene Therapeuten, unter anderem Lauretta Bender, John Bowlby, Dorothy Burlingham, Anna Freud, William Goldfarb, David Levy und Renè Spitz, unabhängig voneinander mit der Frage, inwieweit Heim- und Klinikaufenthalte sowie häufig wechselnde Mutterfiguren einen Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern haben (Bowlby 2021: 16).

Der Ursprung der Bindung findet sich in den genetischen Bausteinen des Menschen wieder und stellt ein grundlegendes biologisch basiertes motivationales Prinzip dar. Das sieht man daran, dass das Bindungsverhalten und die Suche nach Sicherheit bei einer Bindungsperson nicht nur bei Menschen, sondern auch bei Säugetieren und Vögeln festgestellt werden konnte. Das lässt darauf schließen, dass die Bindung schon früh in der Evolution als Überlebensvorteil gesehen wurde, da das Weinen, Schreien und die Aufmerksamkeit der Bindungsperson suchen bei Gefahren überlebenswichtig

war (Brisch 2014: 33). Unterschiedliche Gefühle, wie z.B. Optimismus, Vertrauen, Gestaltungsfreude und die Fähigkeit, Glück zu empfinden, werden schon in den ersten Lebensjahren geprägt (Klein 2011: 26).

5.2. Die Bedeutung von Bindung

Für eine gesunde motorische, emotionale, kognitive und soziale Entwicklung eines Kindes, vor allem aber auch für das psychische Fundament, sind die ersten drei Lebensjahre bedeutsam (Brisch 2014: 12). Bindung gilt als wichtigster Baustein für die Entfaltung der eigenen Potenziale, das Erlernen mit Herausforderungen kompetent und kreativ umzugehen und die Möglichkeit ein Kohärenzgefühl zu erleben. Dies hat wiederum Einfluss auf ein glückliches, gesundes und kreatives Leben (Klein 2011: 12ff.). Auch bildet eine gute Bindung in der Kindheit und vor allem das Gefühl, ausreichend Schutz und Sicherheit erfahren zu haben, die Grundlage dafür, diese Erfahrungen den eigenen Kindern mitgeben und diese liebevoll und feinfühlig erziehen zu können. Daraus kann man schlussfolgern, dass Eltern[3], denen es nicht gelingt, angemessen auf ihre Kinder zu reagieren, häufig in ihrer eigenen Kindheit negative Bindungserfahrungen und keine Bindungssicherheit erlebt haben (Grossmann & Grossmann 2009: 31).

Das Explorationsverhalten des Kindes ist abhängig von einer sicheren Bindung. Wenn die Bindungsperson als sichere Basis vorhanden ist, beginnt das Kind, die Umgebung zu explorieren, wobei es sich in einem kleinen Radius von der Bindungsperson entfernt, sich bei dieser aber immer wieder rückversichert, ob die weitere Exploration eine Gefahr darstellt (Brisch 2014: 35). Das Bild der Bindungs-Explorations-Balance, auch Bindungswippe genannt (vgl. Anhang 1), zeigt auf, dass die Bindung und das Explorationsverhalten sich wechselseitig bedingen (Fischer 2010). Es ist in der Beziehung mit dem Kind essenziell, diesem Aufmerksamkeit zu schenken, ihm liebevoll zu begegnen und wachsam für seine ausgesendeten Botschaften zu sein. Die erwachsene Bindungsperson muss das Kind unterstützen, die Welt zu explorieren, sich in dieser zurechtzufinden und Freude daran zu haben (Klein 2011: 8). Sie sollte im Spiel nicht nur physisch anwesend sein und das Kind nicht zu lange allein lassen, sondern sich emotional, und ohne die eigenen Ziele auf das Kind überstülpen zu wollen, am Spiel beteiligen und auf das Explorationsverhalten des Kindes einlassen (Brisch 2014: 76f.). Essenziell ist, dass die Bindungsperson das Kind ermutigt, unterstützt und akzeptiert.

[3] Wenn von Eltern die Rede ist, sind dabei auch immer alle anderen Personen gemeint, die für das Kind wichtige Bindungspersonen darstellen.

Kinder und später Jugendliche können nur dann psychische Stabilität und Selbstsicherheit erlangen, wenn die Eltern das ihnen innewohnende Autonomiestreben fördern und verlässlich in Stress- oder Gefahrensituationen für sie da sind (Bowlby 2021: 10).

Kindern im ersten Lebensjahr ist es noch kaum möglich, ihren eigenen Stress selbst zu regulieren. Deshalb muss eine Koregulation durch eine feinfühlige Bindungsperson, die im Idealfall den Stress verbalisiert und damit greifbar macht, stattfinden, damit das Kind den Stress im Laufe der Zeit besser differenzieren und damit umgehen kann. Ist dies durch die Bindungsperson nicht gegeben ist das Kind mit seinem Stress allein gelassen und überfordert und wird auch in den darauffolgenden Lebensjahren bis ins Erwachsenenalter die Ursachen für seinen Stress nicht verbalisieren und mit Stress nicht umgehen können (Brisch 2014: 49f.). Die Mutter-Kind-Bindung ist essenziell für die weitere Entwicklung des Kindes und wird im Laufe der Zeit durch weitere Bezugspersonen wie z.B. Vater, Großeltern oder Fachpersonal ergänzt und bildet die Grundlage für die Charakterausbildung des Kindes (Bowlby 2010: 11).

5.3. Die Bindungstheorie und gesunde Bindungsentwicklung

Der Grundstein für die Bindungstheorie wurde von dem englischen Psychiater John Bowlby gelegt und besagt, dass ein sicheres Bindungsverhalten maßgeblich für ein stabiles Leben und eine gesunde psychische Entwicklung ist (Brisch & Hellbrügge 2003: 7). Bowlby versteht unter Bindungsverhalten jedes Verhalten, „das darauf ausgerichtet ist, die Nähe eines vermeintlich kompetenteren Menschen zu suchen oder zu bewahren, ein Verhalten, das bei Angst, Müdigkeit, Erkrankung und entsprechendem Zuwendungs- oder Versorgungsbedürfnis am deutlichsten wird.“ (2021: 21). Bindung stellt ein Verhaltensmuster dar, das das Kind im Laufe seiner ersten Lebensjahre erlernt und anschließend festigt. Es baut mit den unterschiedlichen Bindungspersonen eine Bindung in verschiedener Qualität auf, die dann zum Einsatz kommt, wenn das Kind gestresst oder verunsichert ist (Klein 2011: 29). Bindung und Bindungsverhalten müssen voneinander abgegrenzt werden. Bindung ist ein starkes Kontaktbedürfnis, das auf verschiedene Personen gerichtet ist und weitestgehend stabil und situationsunabhängig besteht. Das Bindungsverhalten sind Verhaltensweisen, die alle auf die Nähe zu einer bestimmten Person abzielen. Dauerhafte Bindung knüpfen Kinder nur mit sehr wenigen Personen, situationsbedingtes Bindungsverhalten kann sich auf mehrere Personen richten. Kinder gehen mit ihren Sorgen und Ängsten nur zu den Personen, zu denen sie eine dauerhafte Bindung aufgebaut haben. Wenn Kinder die

Differenzierung zwischen Bindung und Bindungsverhalten nicht vornehmen können, führt dies häufig zu einer Entwicklung von psychischen Störungen (Bowlby 2021: 22).

Eine gesunde Bindungsentwicklung ist geprägt von feinfühligen Interaktionserfahrungen zwischen dem Kind und einer Bindungsperson. Durch diese beginnt das Kind im ersten Lebensjahr damit, sich an die Person zu binden. Dabei kommt die sogenannte Bindungspyramide zum Einsatz. Die Person, die am meisten Zeit mit feinfühligen Interaktionen mit dem Säugling verbringt, wird den ersten Platz in der Bindungspyramide einnehmen, wobei dies abhängig von der Quantität und der Qualität der feinfühligen Beziehungskontakte ist. Das bedeutet, dass die Hauptbindungsperson des Kindes bei Stress, Angst, Not, etc. die erste Person ist, der sich das Kind zuwenden wird und bei der es Schutz und Sicherheit durch beruhigenden Körperkontakt sucht. Sollte die Hauptbindungsperson des Kindes nicht unmittelbar zur Verfügung stehen, wird es sich an die Person wenden, die in der Bindungspyramide an zweiter oder dritter Stelle steht. Diese ist dann ebenfalls in der Lage, dem Kind Sicherheit zu geben und es zu trösten. Es wird aber länger dauern, bis der Säugling wieder in sein emotionales Gleichgewicht zurückgelangen kann (Brisch 2014: 32f.). Das Streben nach Bindung ist gemäß der Bindungstheorie ein menschliches Grundelement, das sowohl bei Neugeborenen, als auch erwachsenen Menschen greift (Bowlby 2021: 98).

Kurz nach der Geburt zeigen Babys noch kein ausgeprägtes Bindungsverhalten und fremdeln noch nicht. In dieser Phase ist Schreien die einzige Möglichkeit ihren Stress der Außenwelt zu kommunizieren. Ab der sechsten Lebenswoche sind Säuglinge dazu in der Lage, sozial zu lächeln, wobei es zwischen der sechsten und 12. Lebenswoche noch sehr unspezifisch ist und das Baby jede Person anlächelt, die freundlich mit ihm in Kontakt tritt. Dieses soziale Lächeln wird mit der Zeit spezifischer und bis zum sechsten/siebten Lebensmonat beginnt das Kind, vor allem die Bindungsperson anzulächeln, fremde Personen hingegen nicht mehr. Ab ca. dem achtem Monat beginnt das Fremdeln, wobei der Säugling nun konkret zwischen Bindungspersonen und fremden Personen unterscheidet (Brisch 2014: 34). Die seelische Entwicklung ist genauso wie die physische Entwicklung von Kind zu Kind unterschiedlich, weswegen der individuelle Entwicklungsstand und nicht nur das Lebensalter in die Beobachtungen miteingebunden werden muss (Bowlby 2010: 50). Kurz nach der Geburt kommt es durch den Kontakt zwischen Kind und Mutter in Form von Sehen, Riechen, Hören, Fühlen und Berührungen zum sogenannten Bonding. Dieses schafft die Voraussetzungen dafür, dass die Mutter später feinfühlig auf die Signale des Kindes eingehen kann, reduziert Stress und

schafft eine feste Verbindung zwischen ihnen. Kann ein solches erfolgreiches Bonding aufgrund verschiedenster Störfaktoren nicht stattfinden, ist es im Anschluss schwerer, eine gute und tragfähige Beziehung aufzubauen (Klein 2011: 28).

Es gibt verschiedene Kriterien, die zeigen, ob eine Person eine Bindungsperson für das Kind darstellt:

1. Das Kind geht bei Gefahr und Angst zu dieser Person.
2. Das Kind kann sich bei der Person entspannen.
3. Das Kind kann von der Person aus sicher neue Dinge explorieren.
4. Das Kind beobachtet in ungewohnten Situationen die Person, wenn diese ihren Standort wechselt.
5. Das Kind protestiert, wenn die Person in ungewohnten Situationen geht.
6. Das Kind weint und ist traurig, wenn die Person nicht da ist (Grossmann & Grossmann 2009: 33).

5.4. Die verschiedenen Bindungstypen

Durch die bereits beschriebene Bindungsentwicklung kristallisiert sich im zweiten Lebensjahr des Kindes heraus, welchem der vier verschiedenen Bindungstypen es sich zuordnen lässt (Brisch 2014: 35). Unterschieden wird zwischen sicherer Bindung (Bindungstyp B), unsicher-ambivalenter Bindung (Typ C), unsicher-vermeidender Bindung (Typ A) und desorganisiertem Bindungsverhalten (Typ D) (Callenius 2018: 198f.). Mary Ainsworth entwickelte in den 60er Jahren ein auch heute noch etabliertes Verfahren, um das Bindungsverhalten von Kindern bestimmen zu können. Dieses nennt sich *Fremde-Situation-Test* und stellt eine Laboruntersuchung dar, die einem festen Schema folgt (vgl. Anhang 2) (Buchheim 2012: 2). Dabei entdeckte Ainsworth bei den Kindern drei unterschiedliche Verhaltensmuster (Typ A, B und C). Nach ihren Forschungsarbeiten fanden andere Bindungsforscher heraus, dass sich manche Kinder keinem dieser drei Bindungstypen zuordnen lassen und schufen deshalb eine vierte Kategorie der desorganisierten/desorientierten Bindung (Siegler u.a. 2016: 403).

Ein Kind, das sicher gebunden ist, zeigt Unbehagen, wenn die Mutter den Raum verlässt, sobald diese wieder zurückkehrt, sucht es aktiv den Kontakt zu ihr und kann durch sie beruhigt werden (Buchheim 2012: 1). Durch die sichere Bindung wird es seinen Explorationsradius erweitern und seine Umwelt spielend und neugierig erkunden (Brisch 2014: 35). Diese Kinder wissen, dass die Mutter in Stress- oder Angstsituatio-

nen verlässlich zur Verfügung steht und ihnen Rückhalt gibt. Mütter, deren Kinder sicher an sie gebunden sind, weisen ein Verhalten auf, das als aufmerksam, hilfsbereit, sensibel und ermunternd beschrieben werden kann, reagieren feinfühlig auf die Bindungssignale des Kindes und wenden sich ihm liebevoll zu (Bowlby 2021: 101f.).

Kinder, die unsicher-vermeidend gebunden sind, reagieren scheinbar gar nicht auf den Weggang der Mutter, zeigen keinen Trennungsschmerz und suchen keine Nähe zu ihr (Buchheim 2012: 1). Die Kinder sind sich darüber im Klaren, dass sie von der Bindungsperson auf ihre Bindungssignale keine Antwort oder zurückweisendes Verhalten erhalten werden, und verzichten deshalb auf Zuneigung und externe Hilfe. Dies kann spätere narzisstische Persönlichkeitsstörungen zur Folge haben (Bowlby 2021: 101). Die Kinder werden nicht auf die Bindungsperson und deren Rückversicherungen achten, sondern pseudoselbstständig und nur sehr eingeschränkt die Umgebung erkunden. Das Verhalten ist dabei von Unsicherheit geprägt, so wird das Kind bei drohender Gefahr in Richtung der Bindungsperson laufen, oftmals aber innehalten und weiter explorieren (Brisch 2014: 36).

Kinder, die protestieren, sobald die Mutter den Raum verlässt, bei deren Rückkehr aber widersprüchliche Reaktionen zeigen und ihr Umfeld kaum explorieren, sind unsicher-ambivalent gebunden (Buchheim 2012: 1.). Aufgrund der Tatsache, dass sie sich nie sicher ein können, ob die Bindungsperson für sie da ist, entwickeln die Kinder häufig Trennungsängste und zeigen ein Verhalten, das als Klammern an die Bindungsperson beschrieben werden kann (Bowlby 2021: 101). Die Kinder entfernen sich aufgrund dieser Ängste nicht weit von der Bindungsperson (Brisch 2014: 35). Mütter, deren Kinder unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalent gebunden sind, reagieren eher unsensibel und unaufmerksam. Oftmals greifen sie zu einem falschen Zeitpunkt in das Geschehen ein, missachten die Gefühle und Aktivitäten des Kindes und ermutigen und unterstützen das Kind nicht (Bowlby 2021: 102).

Kinder, die desorganisiert/desorientiert gebunden sind, wirken sehr ängstlich und zeigen keine Eigenmotivation, die Nähe der Bindungsperson zu suchen. Wenn die Mutter zurück in den Raum kommt, zeigen sie ein sehr widersprüchliches Verhalten (Buchheim 2012: 1). Dieses Verhalten resultiert daraus, dass die Kinder mehrere verschiedene innere Arbeitsmodelle aufweisen, die in unterschiedlichen Situationen angelegt wurden, beispielsweise ein Arbeitsmodell als das Kind Schutz und Sicherheit von der Mutter, ein anderes als es Gewalt und Zurückweisung von dieser erfuhr. Die Reaktion des Kindes ist dann davon abhängig, welches Arbeitsmodell in der jeweiligen Situation

aktiviert wird (Brisch 2014: 105f.). Manchmal läuft das Kind bei Angst, Stress oder Gefahr zur Bindungsperson, manchmal bekommt es aber auch Wutanfälle, bei denen die Bindungsperson häufig nicht dazu in der Lage ist, das Kind zu trösten, da dieses das aggressive Verhalten auf die Mutter überträgt und auf Zuwendung mit Beißen, Schlagen und Abwenden reagiert. Es kann auch zu einem tranceartigen Zustand des Kindes kommen. Ab dem zweiten Lebensjahr wird das desorganisierte Bindungsverhalten des Kindes immer auffälliger, bei manchen Trennungssituationen wird es weinen und schreien, auf andere allerdings nicht reagieren. Aufgrund des fehlenden Musters im Verhalten dieser Kinder können die Bindungspersonen dieses bei einer Trennungssituation nie vorhersagen (ebd.: 36ff.).

Genaue Zahlen, wie viele Kinder welchem Bindungstyp angehören, existieren nicht und Studien weisen diesbezüglich große Schwankungen auf. Doerfel-Baasen und andere geben in ihrer nicht-klinischen Stichprobe 44,6% als sicher gebunden, 28,9% als unsicher-vermeidend gebunden, 8,4% als unsicher-ambivalent gebunden und 18,1% als desorganisiert gebunden an (1996: 117). Gaschler weist auf die Zahlen von Grossman & Grossmann hin, die 50-60% als sicher gebunden, 30-40% als unsicher-vermeidend gebunden und 10-20% als unsicher-ambivalent gebunden angeben (2012b: 57). Van IJzendoorn fand mit anderen Forschern bei der Datenauswertung von ca. 80 bereits durchgeführten Studien heraus, dass ca. 15% der Kinder ein desorganisiertes Bindungsverhalten aufweisen. Diese Zahl lässt sich vor allem auf Kinder aus der Mittelschicht anwenden, in anderen sozialen Kontexten und Situationen wie vorangegangenen Misshandlungen kann diese doppelt oder sogar dreifach so hoch ausfallen (van IJzendoorn, Schüngel & Bakermans-Kranenburg 1999: 225ff.).

5.5. Schutz- und Risikofaktoren für die Bindung von Kindern

Ein erheblicher Schutzfaktor, um ein sicheres und gut entwickeltes Bindungsverhalten der Kinder zu gewährleisten, ist die psychische Gesundheit der Mutter und eine familiäre Atmosphäre, die von Unterstützung geprägt ist. Durch diese Sicherheit, Unterstützung, Begleitung und Entlastung, die ein sicheres Umfeld gibt, ist die Mutter entlastet und kann entspannter eine von Sicherheit geprägte Mutter-Kind-Beziehung aufbauen. Dies zeitigt positive Auswirkungen auf der Bindungsebene. Des Weiteren zählen eine stabile finanzielle Situation, wenig soziale Konflikte und Spannungen und die physische Gesundheit des Kindes zu den Schutzfaktoren (Brisch 2014: 38).

Risikofaktoren hingegen stellen soziale, emotionale und wirtschaftliche Armut dar. Durch finanzielle Nöte, fehlende Unterstützungssysteme, etc. hat die Bindungsperson oft Schwierigkeiten, eine sichere Bindung zu ihrem Baby aufzubauen. Psychische Störungen der Mutter sind erhebliche Risikofaktoren, da diese eine hohe Belastung für die Mutter-Kind-Beziehung darstellen und die Bindungssicherheit des Kindes erheblich beeinträchtigen. Abschließend ist noch das eigene Wesen des Kindes zu betrachten, dieses kann sowohl einen Schutz- als auch einen Risikofaktor darstellen (ebd.: 38f.).

6. Auswirkungen der BPS der Mutter auf die Kinder

Im Folgenden wird sich mit den Auswirkungen einer BPS der Mutter auf das Bindungsverhalten und das spätere Leben der Kinder auseinandergesetzt und Hilfesysteme in den Blick genommen.

6.1. Allgemeines

- *Ich verberge was ich denke oder fühle, aus Angst vor der Reaktion und um Streit zu vermeiden.*
- *Alles was ich sage oder tue wird verdreht und ich bin immer an allem Schuld. Ich werde mit Vorwürfen und Kritik überhäuft.*
- *Es wechseln sich völlig normaler liebevoller Umgang mit heftigen unkontrollierten, irrationalen Wutausbrüchen ab.*
- *Ich habe das Gefühl kontrolliert und manipuliert, manchmal sogar emotional erpresst oder belogen zu werden.*
- *Ich kann keinen rationalen Grund für die plötzlichen Stimmungswechsel erkennen, es wirkt als würde die Person alles in schwarz oder weiß sehen.*
- *Ich habe Angst davor, meine Bedürfnisse zu verbalisieren, weil ich nur zur Antwort bekomme, dass sie überzogen oder sogar unwichtig sind.*
- *Die Erwartungen, die an mich gestellt werden, ändern sich ständig und mein Standpunkt wird abgewiesen oder sogar abgewertet.* (Mason & Kreger 2008: 27f.).

Diese Aussagen wurden von Angehörigen von Borderline-Erkrankten[4] getätigt und geben einen Einblick in ihren Alltag. Einer der wichtigsten Auslöser für das Verhalten einer BPS ist, die Emotionen des Borderline-Erkrankten in Frage zu stellen. Dies ist ein Verhalten, das Kinder häufig zeigen. Sie reagieren oft mit Trotz oder achten Grenzen nicht, was zu einer Überforderung der Mutter[5] und daraus resultierend dem Auftreten des Borderline-Verhaltens führt (ebd.: 303). Genaue Zahlen, wie viele Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern zusammen leben, gibt es nicht. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung schätzt diese allerdings auf ca. 25% (o.J.).

Wichtig zu erwähnen ist, dass manche Mütter mit einer BPS es durch eine gute Reflexionsfähigkeit, eine therapeutische Anbindung oder Aufarbeitung und vor allem durch eigene Motivation schaffen, ihre Affektregulationsstörung und ihre Verhaltensweisen nicht vor ihren Kindern auszuleben. Dies gibt ihnen die Möglichkeit trotz ihrer psychischen Störung eine gute Bindung zu ihren Kindern aufzubauen. Viele Borderline-Mütter sind allerdings nicht dazu in der Lage, ihre Kinder vor ihrem eigenen Verhalten zu schützen, wobei dieses Verhalten in seiner Intensität sehr unterschiedlich sein oder sogar gar nicht auftreten kann (Mason & Kreger 2008: 280). Eine Mutter mit BPS muss somit nicht zwangsläufig die in diesem Kapitel beschriebenen Folgen für die Kinder nach sich ziehen.

6.2. Deprivation und deren Folgen

Das Deprivationssyndrom wurde von Spitz das erste Mal im Jahr 1946 in seinen Arbeiten erwähnt, wobei er dieses als Folge einer unzureichenden mütterlichen Deprivation definierte. Nicht nur Spitz, sondern auch Bowlby und Freud sprachen von der Bedeutung der Deprivation in ihren Arbeiten (Hellbrügge 2003: 39). Der Zustand, der eintritt, wenn die mütterliche Zuwendung aufgrund verschiedenster Gründe nicht geleistet werden kann und so keine Mutter-Kind-Beziehung aufgebaut wird, wird als Mutterentbehrung beziehungsweise Deprivation bezeichnet. Diese kann für das Kind massive Folgen, unter anderem Hassgefühle, Depressionen, Angst oder hohe Liebensansprüche, haben. Bei einer *totalen Deprivation* kann es dazu kommen, dass die Fähigkeit, Beziehungen einzugehen, und das innerseelische Leben des Kindes völlig zerstört wird, da der Säugling noch nicht dazu in der Lage ist, die Gefühle zu verarbeiten, die er erlebt, wenn er keine mütterliche oder vergleichbare Zuwendung findet. Dies kann zu

[4] Hierbei ist immer die Mutter gemeint, auch wenn von *Borderline-Erkrankten* gesprochen wird.
[5] Hierbei ist immer die Mutter mit einer BPS gemeint, auch wenn nur von *der Mutter* gesprochen wird.

einem labilen Charakter führen und weitere Störungen im späteren Verlauf des Lebens begünstigen (Bowlby 2010: 11f.). Durch die BPS der Mutter kann es zu ungenügendem oder unzulänglichem Kontakt zwischen Mutter und Kind kommen (ebd.: 159f.). Dies kann eine emotionale Deprivation und anschließendes Zurückziehen oder einen dissoziativen Zustand des Babys zur Folge haben. Aufgrund der fehlenden emotionalen Bindung zur Bezugsperson wird es versuchen, einen Ausgleich durch Selbststimulation (hin- und her schaukeln, Hände vor Gesicht bewegen, Kopf gegen Wand schlagen, masturbieren, etc.) zu diesem zu schaffen (Brisch 2014: 150f.).

Jugendliche und Erwachsene, die in ihrer Kindheit eine schwierige oder sogar gestörte Beziehung zu ihrer Mutter hatten, neigen im späteren Leben zu delinquentem Verhalten, Gewalthandlungen und Egoismus (Bowlby 2010: 29). Bowlby fand in einer Beobachtungsstudie heraus, dass die Reaktion von Personen auf bestimmte schmerzliche oder unbegreifliche Ereignisse vorausgesagt werden kann, wenn deren Lebensgeschichte und Kindheit bekannt ist. Er verglich im Rahmen einer Beratungsstelle 44 Diebe mit einer Kontrollgruppe. Die beiden Gruppen waren sich in allen Merkmalen relativ ähnlich und wiesen Verhaltensstörungen auf. In der Diebesgruppe befanden sich vierzehn Personen, die nicht bindungsfähig waren, in der Kontrollgruppe keiner. Siebzehn der Diebe und zwei der Kontrollgruppe hatten innerhalb der ersten fünf Lebensjahre eine Trennung mit einer Dauer von mindestens sechs Monaten von der leiblichen Mutter oder der Pflegemutter erfahren. Eine wichtige Erkenntnisse die Bowlby daraus ableitet, ist, dass Kinder, die einen bindungsunfähigen Charakter aufweisen, in der Vergangenheit fast immer Trennungssituationen ausgesetzt waren (ebd.: 33f.).

6.3. Bindungsstörungen

Laut dem ICD-11 ist die reaktive Bindungsstörung „durch stark abnormes Bindungsverhalten in der frühen Kindheit gekennzeichnet, das im Zusammenhang mit einer Geschichte grob unangemessener Kinderbetreuung (z.B. schwere Vernachlässigung, Misshandlung, institutionelle Deprivation) auftritt.“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2022). Dabei wendet sich das Kind an keine Betreuungsperson, zeigt keine sicherheitssuchenden Verhaltensweisen und reagiert nicht auf Trost. Diese Störung entwickelt sich in den ersten fünf Lebensjahren (ebd.). Wenn die gewalttätigen Handlungen von der Mutter selbst durchgeführt werden, kommt es zu einer Bindungstraumatisierung (Brisch 2015: 279). Die Mutter stellt für das Kind eigentlich Sicherheit und Schutz dar. Wenn die Gefahr aber von der Mutter ausgeht, handelt es sich für das

Kind um eine ausweglose Situation geprägt von großer Verzweiflung, weswegen es zu dissoziativen Zuständen oder exzessivem Schreien kommen kann. Aufgrund der Erregung des Nervensystems des Parasympathikus kann es sein, dass das Kind in einen komplett erschlafften Zustand fällt und sich erbricht, einkotet, Schluckauf bekommt, oder es zu einem Tonusverlust (Muskulatur erschlafft und Blutdruck fällt ab) kommt. Wenn diese Stresserfahrungen durch Vernachlässigung, Gewalt der Mutter oder über größere Zeitspannen emotionaler Nichtverfügbarkeit mehrfach vorkommen, kann dies aufgrund des Fehlens von sicheren Bindungserfahrungen Bindungsstörungen zur Folge haben (Brisch 2014: 84ff.). Diese sind von den in Kapitel 5 vorgestellten unsicheren Bindungstypen zu unterscheiden. Der Übergang von einem desorganisierten Bindungsmuster zu einer Bindungsstörung ist allerdings fließend (Gaschler 2012b: 58). Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte gibt an, dass ca. 4% der Kinder in Deutschland eine Bindungsstörung aufweisen (2007). Brisch entwickelte eine Typologie, die die unterschiedlichen Bindungsstörungsbilder darstellt:

Keine Anzeichen von Bindungsverhalten

Diese Bindungsstörung beinhaltet, dass das Kind keine Bindungsperson besitzt und auch in Gefahrensituationen kein Bindungsverhalten zeigt. Des Weiteren wird keine Bezugsperson bevorzugt und die Verhaltensweisen und undifferenzierten Trennungsproteste nehmen extreme Züge an. Kinder, die unter dieser Bindungsstörung leiden, konnten bisher noch nie eine Bindung zu einer Person aufbauen, weswegen es auch keine Person gibt, die ihnen Schutz und Sicherheit bietet. Oftmals haben die Kinder schon sehr früh viele Beziehungsabbrüche erlebt (Brisch 2009: 102f.).

Undifferenziertes Bindungsverhalten

Kinder mit dieser Bindungsstörung wenden sich bei Gefahrensituationen oder Angst an jede beliebige Person, um so schnell wie möglich getröstet zu werden, wobei die Person dann aber Schwierigkeiten hat, das Kind zu beruhigen. Dieses Verhalten wird als Promiskuität bezeichnet. Eine Variante ist der sogenannte Unfall-Risiko-Typ. Aufgrund der fehlenden Rückversicherung bei der Bindungsperson und des ausgeprägten Risikoverhaltens, kommt es bei den Kindern zu überdurchschnittlich vielen Unfällen, wobei das Kind nichts aus diesen lernt und sich in der nächsten Situation erneut so verhalten wird. Diese Störung entwickeln oftmals Kinder, die vernachlässigt wurden oder häufig wechselnde Bezugspersonen hatten (ebd.: 103ff.).

Übersteigertes Bindungsverhalten

Diese Bindungsstörung kommt häufig bei Kindern vor, deren Mütter unter Verlustängsten leiden, sich durch das Kind stabilisieren und so ihre Panik auf das Kind übertragen. Die Kinder sind nur in der Nähe ihrer Bindungsperson entspannt und reagieren auf deren Abwesenheit mit massiver Panik. Das geht so weit, dass aufgrund des exzessiven Klammerns ein Kindergarten- oder Schulbesuch nicht möglich ist. Bei ungewohnten Situationen, aber auch in der eigenen Wohnung, reagieren sie überängstlich und suchen unmittelbar die Nähe ihrer Bindungsperson (ebd.: 105f.).

Gehemmtes Bindungsverhalten

Diese Bindungsstörung tritt häufig bei Kindern auf, die misshandelt wurden oder einen von Gewalt geprägten Erziehungsstil erlebten und so der Mutter gegenüber vorsichtig, ängstlich und gehemmt sind. Die Kinder wirken übermäßig angepasst und kommen den Forderungen der Mutter protestlos und unmittelbar nach. Eine Trennung von der Mutter wird nicht weiter beachtet und es kommt zu keinem emotionalen Austausch zwischen beiden. Das Kind verhält sich allerdings bei Abwesenheit der Mutter gegenüber anderen Personen freier und öffnet sich (ebd.: 106).

Aggressives Bindungsverhalten

In einer Mutter-Kind-Beziehung, die von aggressiven Verhaltensweisen geprägt ist, kann diese Bindungsstörung auftreten. Um die Nähe der Mutter zu erhalten, reagieren Kinder sowohl verbal als auch körperlich aggressiv. Dadurch werden sie häufig durch andere abgelehnt und ihre Bindungswünsche so nicht erfüllt. Dies führt zu weiterer Frustration und den erneuten Versuchen die Erfüllung der Bindungswünsche durch aggressives Verhalten zu erreichen (ebd.: 107).

Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung

Bei Mitbekommen eines Suizidversuchs, ausgesprochenen Trennungs- oder Suiziddrohungen oder einer bevorstehenden Scheidung kann es zu dieser Bindungsstörung kommen. Das Kind exploriert seine Umgebung wenig und fragt die Mutter nicht nach Hilfe. Es kommt aufgrund der Angst die Mutter zu verlieren zu einer Parentifizierung, also einer Rollenumkehrung, bei der das Kind übervorsorglich gegenüber der Mutter ist und Verantwortung für diese übernimmt (ebd.: 108).

Bindungsstörung mit Suchtverhalten

Das Kind leidet an einer Esssucht, die sich im Laufe der Zeit auf andere Objekte (z.B. Arbeitssucht, Computerspiele, stoffgebundene Abhängigkeiten, etc.) konzentrieren kann. Diese Bindungsstörung entsteht dann, wenn die Mutter auf das Nähebedürfnis des Babys nicht mit Nähe sondern mit Essensgaben reagiert. Die Erfahrung, dass Nahrung den Stress kurzzeitig reduziert und der Wunsch nach Nähe von der Mutter generell nicht erfüllt wird, sorgt dafür, dass das Kind diesen Wunsch auf ein schneller zugängliches Suchtmittel überträgt (ebd.: 108f.).

Psychosomatische Symptomatik

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die vermehrt auftritt, wenn Kinder emotional vernachlässigt wurden. Als Reaktion darauf kommt es bei den Kindern zu psychosomatischen Symptomen, die sich als körperliche Beschwerden wie z.B. Einnässen, Schlafstörungen oder Essstörungen äußern (ebd.: 109f.).

Die Verhaltensweisen der Mutter mit BPS wie z.B. unvorhersagbare Reaktionen, Rückzug aus Situationen, keine Verfügbarkeit, überängstliches oder paranoides Verhalten, sorgen bei den Kindern für emotionale Irritation und führen mit der Zeit zu massiven Ängsten, woraus sich eine Bindungsstörung ergeben kann (ebd.: 110).

6.4. Verhalten der Mutter mit einer BPS

Durch die Impulsivität, die emotionale Instabilität, die Unzuverlässigkeit und die Selbstbildstörung, die zu Perfektionismus führt, stellt eine BPS vor allem in der Elternschaft eine herausfordernde und problemreiche Situation dar (Rahn 2019: 150f.) Das System Familie als Ganzes wird durcheinandergebracht die Grenzen des familiären Subsystems verschwimmen (Lenz & Wiegand-Grefe 2017: 7f.).

Aufgrund der Tatsache, dass Menschen mit einer BPS häufig Schwierigkeiten damit haben, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, können sie den Bedürfnissen ihrer Kinder oftmals nicht gerecht werden. Vor allem wenn es zu einer Unterscheidung der Bedürfnisse kommt, kann es passieren, dass sie die des Kindes übersehen, oder sogar abwerten. Die Mutter empfindet es eventuell als fehlende Loyalität, wenn das Kind glücklich ist, während sie selbst traurig ist. Auch ist es möglich, dass sie versucht, ihr Kind für ihre Zwecke zu nutzen und die Zuneigung des Kindes zu Personen, die sie nicht mag, nicht akzeptieren kann, da sie erwartet, dass das Kind sich für sie entschei-

det und es auch zu solchen Entscheidungen zwingt. Es kann sein, dass die Mutter ihrem Kind nur dann Aufmerksamkeit schenkt, wenn dies ihrer eigenen Bedürfnisbefriedigung dient und ihre Liebe an Bedingungen knüpft. Beispielsweise lässt sie das zehnjährige Kind in ihrem Bett schlafen, da sie nicht allein schlafen möchte, oder ist auf Perfektion des Kindes aus, um damit das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit zu kompensieren. Dies führt bei den Kindern zu einem verminderten oder sogar zerstörten Selbstbild und erheblichen Schwierigkeiten bei der Identitätsfindung. Durch den Wechsel zwischen einer liebevollen Mutter und einer Mutter, die einen nicht liebt, kommt es dazu, dass das Kind lernt, der Mutter, aber auch anderen Personen, kein Vertrauen schenken zu können. Außerdem kann es bei den Kindern zu einem Gefühl der Wertlosigkeit kommen und die an Bedingungen geknüpfte Liebe kann zu der Botschaft führen, dass die Kinder etwas leisten müssen, um geliebt zu werden (Mason & Kreger 2008: 281ff.).

Kinder können bzw. dürfen sich oft in einem späteren Entwicklungsabschnitt nicht von ihrer Mutter lösen, da diese sich dadurch eventuell bedroht fühlt. Unterbewusst wird die Mutter versuchen, dieser Unabhängigkeit entgegenzuwirken oder mit Wut und Depression reagieren. Dies führt dazu, dass die Kinder und Jugendlichen Schwierigkeiten haben, sich in ihrem Leben und dessen Gestaltung als kompetente Personen wahrzunehmen. Situationen, in denen das Kind selbst wütend wird, nehmen häufig aufgrund der resultierenden Wut der Mutter eskalierende Formen an (ebd.: 282). Der Alltag in diesen Familien ist von hochdynamischen und konfliktreichen Situationen geprägt, in denen viel gestritten und geschrien wird. Die Mutter agiert dabei häufig mit Beleidigungen und Erniedrigungen aber auch mit Manipulation (Stadler & Meents 2021: 38).

6.5. Allgemeine Auswirkungen auf die Kinder

Die Probleme, die für die Kinder entstehen können sind Folgende (Mattejat 1998: 72f.):

- Desorientierung: verstehen Probleme der Mutter nicht und können sie somit nicht nachvollziehen
- Schuldgefühle: denken, dass sie und ihr Verhalten am Verhalten der Mutter schuld sind
- Tabuisierung: haben das Gefühl, dass sie mit Außenstehenden nicht darüber sprechen dürfen

- Isolierung: sind allein gelassen und wissen nicht, an wen sie sich wenden können
- Betreuungsdefizit: erhalten nicht die nötige Aufmerksamkeit und elterliche Führung
- Zusatzbelastungen: müssen sich beispielsweise um den Haushalt kümmern oder die Mutter unterstützen
- Parentifizierung: fühlen sich für die Mutter verantwortlich und übernehmen Verantwortung, sind damit aber häufig überfordert
- Abwertungserlebnisse: ihre Mutter, aber auch sie selbst, werden wegen der psychischen Störung von Außenstehenden abgewertet
- Loyalitätskonflikte: sowohl innerhalb der Familie als auch nach außen, durch Konflikte zwischen den Eltern, oder bezüglich Freunden, bei denen sie zwischen Distanz und Loyalität stehen

Mütter mit einer BPS reagieren auf die Bedürfnisse ihres Kindes nicht immer. Sie schwanken dabei je nach ihren eigenen emotionalen Bedürfnissen zwischen überbehütendem Verhalten und Vernachlässigung (Mason & Kreger 2008: 281). Wenn in einer Situation, in der das Kind Hilflosigkeit, Ohnmacht oder sogar Todesangst verspürt, die Mutter nicht da ist, um es zu beruhigen, wird dies dazu führen, dass das Kind bei derartigen Gefühlen dissoziiert (Brisch 2014: 70).

Aufgrund des impulsiven Verhaltens der Mutter, aber auch der körperlichen oder emotionalen Gewalt, kann es zu massiven Folgen und Schädigungen der Kinder kommen. Das Selbstwertgefühl, das Selbstbild und die Selbstachtung des Kindes werden beispielsweise durch Beleidigungen vonseiten der Mutter negativ beeinflusst und langfristig zerstört (Mason & Kreger 2008: 283f.). Dies kann bis hin zu Wachstumsverzögerungen führen, da durch die emotionale Vernachlässigung die körperlichen und neuronalen Wachstumshormone nicht in ausreichenden Mengen gebildet werden und vernachlässigte Kinder häufig keine ausreichend gesunde Ernährung erhalten. Die Folgen davon verfolgen die Kinder lebenslang und können oft auch durch Therapien nicht vollständig behoben werden. Viele Kinder zeigen Verhaltensauffälligkeiten, Bindungsstörungsmuster der Typen promiskuitiv oder indifferent. Aggressionen, ADHS, Vermeiden von Blickkontakt, Probleme bei Beziehungen und später Partnerschaften oder Autismus ähnliche Symptome können im weiteren Leben der Kinder auftreten. Sie können auch selbst eine BPS entwickeln und an Angststörungen, Depressionen oder Schizophrenie erkranken (Brisch 2014: 92ff.). Es besteht die Tendenz, dass Kinder mit einer

Mutter mit einer BPS, die selbst keine BPS entwickeln, dennoch Borderline-Merkmale aufweisen wie z.B. Essstörungen, Suchtverhalten, Störung der Emotionsregulation, das Gefühl minderwertig zu sein, innere Leere, Scham oder aber auch andere Menschen zu entwerten oder zu idealisieren (Mason & Kreger 2008: 285). Diese Übernahme der Verhaltensweisen der Mutter geschieht, da die Kinder noch keine Strategien entwickeln konnten, sich gegen den Stress und die Emotionen der Mutter zu schützen. Oftmals kommt es zu Stimmungsschwankungen, da sie ihre Laune an die Hochs und Tiefs der Mutter anpassen (ebd.: 129). Des Weiteren kann es durch die Stresserfahrungen und die dadurch entstandenen Schädigungen des autoimmunen Regulationssystems zu psychosomatischen Erkrankungen wie z.B. Magen-Darm-Symptomen, Hauterkrankungen, Allergien oder Diabetes kommen (Brisch 2014: 96.).

Aufgrund der oftmals fehlenden Koregulation der Mutter hat das Kind keine Möglichkeit die Selbststeuerung und Affektregulation zu erlernen und beginnt die Wut zu unterdrücken. Dies führt dazu, dass sich die Wutaffekte gegen das eigene Ich richten und es zu selbstverletzendem Verhalten oder Suizid kommen kann. Wenn Kinder in ihren basalen Affekten nicht wahrgenommen und verstanden werden, führt es zu Frustration und anschließend zu Wut und aggressiven Handlungen. Dies kann sich entweder gegen den Verursacher, gegen Gegenstände, andere Kinder oder sich selbst richten. So kann es vorkommen, dass das Kind die Mutter, andere Personen oder sich selbst beißt, schlägt oder tritt, oder den Kopf auf den Boden schlägt, etc. (Brisch 2014: 115f.).

6.6. Auswirkungen auf die Kinder und deren Bindungsverhalten

Wenn die Mutter über lange Zeit nicht emotional auf das Baby eingeht, lässt sich dies bereits ab dem dritten Lebensmonat erkennen, da es die Mutter seltener anschaut und weniger positive Gefühle im Gesicht erkennbar sind. Diese Kinder haben begonnen zu resignieren, da sie bereits durch Erfahrungen erlernten, dass sie die Aufmerksamkeit und die Emotionen der Mutter nicht erwecken können. Ein Test, um dies festzustellen, ist die sogenannte *Still-Face-Situation,* bei der die Mutter das Kind zwei Minuten mit unbewegtem Gesichtsausdruck anschaut. Bei einer gesunden Mutter-Kind-Bindung wird das Baby von sich aus versuchen, die Aufmerksamkeit der Mutter zu erregen und deshalb Lächeln, Glucksen, Zappeln, etc.. Babys, die keine emotionale Aufmerksamkeit von ihrer Mutter in der Vergangenheit erfuhren, werden ruhig liegen bleiben, da sie nicht erwarten, dass ihr Verhalten eine Reaktion der Mutter hervorrufen wird (Gaschler

2012a: 18). Eine Studie von Newman und anderen beschäftigte sich mit den Interaktionsmustern zwischen Müttern mit BPS und deren Babys. Dafür wurden zwei Gruppen, Mütter mit BPS und Mütter ohne psychische Störungen jeweils mit ihren Babys, untersucht und unter anderem die Mutter-Kinder-Interaktionsmuster ausgewertet. Die Babys hatten keine Vorerkrankungen oder Auffälligkeiten und waren zwischen drei und 36 Monaten alt. Bei der Studie konnte herausgefunden werden, dass Kinder von Borderline-Müttern im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger aufmerksam in der Interaktion waren und weniger Interesse an der Aufmerksamkeit und der Reaktion der Mutter zeigten. Auch konnte festgestellt werden, dass die Borderline-Mütter im Vergleich im Umgang mit ihren Kindern weniger strukturiert waren. Es ist auffällig, dass kein Kind mit einer Borderline-Mutter als *optimally responsive* und auch nicht als *optimally involving* in der Interaktion mit der Mutter bewertet werden konnte. Bei der Vergleichsgruppe hingegen erreichten 55% bzw. 80% diese Bezeichnung (Newman u.a. 2007).

Kinder mit einer psychisch erkrankten Mutter besitzen ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsschwierigkeiten. Barnow und andere führten im Jahr 2006 eine Studie durch, die Kinder von Müttern mit einer BPS, einer Depression, einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung oder ohne eine psychische Diagnose miteinander verglichen. Sie konnten herausfinden, dass Kinder mit einer Borderline-Mutter mehr Verhaltens- und emotionale Probleme aufwiesen als andere Vergleichsgruppen. Die Kinder beschrieben sich selbst signifikant als weniger selbstbewusst, ihre Mütter als *überbehütend* und zeigten höhere Werte in der Temperamentdimension der Schadensvermeidung (2006). Aufgrund der bereits thematisierten Affektregulationsstörungen und Gefühlsschwankungen der Mutter und die daraus resultierende fehlende Koregulation des Kindes, gehören diese Kinder häufig dem desorganisierten Bindungstyp an und es kommt zu einer transgenerationalen Weitergabe des Bindungstyps (Brisch 2014: 156f.). Der Bindungstyp der Mutter spielt dabei eine Rolle. Ist sie selbst sicher gebunden, kann sie ihrem eigenen Kind auch Sicherheit und Schutz bieten und adäquat auf dessen Bedürfnisse eingehen. Gehört sie allerdings einem der drei anderen Bindungstypen an, wird sie nicht immer adäquat und feinfühlig auf die Bedürfnisse ihres Kindes reagieren und eingehen können (ebd.: 23). Bowlby konnte feststellen, dass das Bindungsverhalten und die psychischen Störungen auch aufgrund des Erziehungsverhaltens von Generation zu Generation weitergegeben werden (2010: 78f.). Daraus entsteht ein Kreislauf, den es an irgendeiner Stelle durch beispielsweise eine Therapie der Mutter oder Elterntraining zu durchbrechen gilt. Dies kann bei dem feinfühligen Reagieren auf die Bedürfnisse des Kindes und dem Aufbauen einer sicheren Bindung trotz

einer BPS helfen (Brisch 2014: 28f.). Brisch führt zur transgenerationalen Übergabe von Bindungsverhalten eine Studie von Miriam und Howard Steele an, bei der mit Schwangeren und deren Partnern ein Adult Attachment Interview durchgeführt wurde. Es konnte gezeigt werden, dass das Bindungsverhalten der Eltern und somit auch das der Mutter an die nächste Generation weitergegeben wird, also eine transgenerationale Übergabe stattfindet (Brisch 2009: 68). Diese Studie wurde von Benoit & Parker erneut durchgeführt. Diese konnten über drei Generationen mit einer sehr hohen Zuverlässigkeit durch die geführten Interviews die Bindungsqualität der Kinder, die diese mit einem Lebensjahr aufweisen würden, voraussagen (1994: 1444ff.). Van IJzendoorn fand ebenfalls heraus, dass in 70% der Fälle eine Übereinstimmung zwischen dem Bindungsmuster der Eltern und dem des Kindes vorliegt (1995: 392ff.).

Durch eine BPS kommt es zu einer Verunsicherung der Mutter in ihrer Mutterrolle und zu einer nur eingeschränkten emotionalen Verfügbarkeit. Dies hat massive Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und so auch auf die Bindungsqualität, die diese miteinander aufbauen (Romer, Möller & Wiegand-Grefe 2011: 31). Aufgrund der Tatsache, dass die Mutter durch ihre BPS nicht gut mit Stress umgehen, die Gefühle des Kindes nicht containern, verbal spiegeln oder halten kann, kann sie die Emotionen des Kindes nicht regulieren (Stadler & Meents 2021: 38f.). In Situationen, in denen die Mutter nicht mehr weiter weiß, handelt sie aus einer gewissen Ohnmacht heraus, es kann zu Androhungen von Liebesentzug/Verlassen, Wegschicken, in manchen Fällen sogar Suizid kommen, um das gewünschte Verhalten des Kindes zu erzwingen. Im Sinne von, *Wenn du das nicht tust...* oder *Wenn du damit nicht aufhörst…, dann bringe ich mich um* (Bowlby 2021: 119f.). Die Stresssituation der Mutter, die durch das Weinen und Schreien des Kindes entstehen kann, führt dazu, dass sie ihr weiteres Verhalten nicht kontrollieren kann und beispielsweise das Kind anschreit, schüttelt, schlägt oder allein lässt und dadurch eine Gefahrensituation bedingt (Brisch 2014: 30). Alle diese Muster lösen im Kind Angst und massiven Druck aus. Es hat das Gefühl, dass es Schuld ist und hat Angst vor den Reaktionen der Mutter, weswegen es zukünftig versuchen wird, seine Gefühle/Affekte zu unterdrücken und die Handlungen zu unterlassen (Bowlby 2021: 119f.) Da die Kinder das Verhalten der Mutter aufgrund von Unberechenbarkeit nie vorhersagen können, wenden sie viel Energie auf, um die Mutter und vor allem deren Verhalten zu stabilisieren. Ihre eigene kindliche Entwicklung rückt dabei in den Hintergrund (Mason & Kreger 2008: 282). Sie nehmen eine Habachtstellung ein, um von den Ausbrüchen, Anschuldigungen und Drohungen nicht überrascht zu werden. Dies hat zur Folge, dass die Stressabwehrkräfte des Körpers geschwächt

werden und Bluthochdruck, Magengeschwüre, Kopfschmerzen, etc. auftreten können (ebd.: 129). Diese Erfahrungen sorgen dafür, dass das Kind sich in bindungsrelevanten Situationen auffällig verhält, da es auf der einen Seite den Schutz der Mutter suchen und diese als Bindungsperson nutzen möchte, auf der anderen Seite bereits Bedrohung durch diese erlebt hat. Wegen der widerstreitenden Gefühle kann es zu dissoziativen Zuständen kommen, in denen das Kind weder zu der Mutter hin, noch von dieser weglaufen kann, sondern wie erstarrt sitzen/stehen bleibt. Dieses Verhalten lässt sich bei Säuglingen, stärker allerdings bei Kleinkindern, beobachten. Daraus entwickeln sich häufig Bindungsstörungen mit Hemmung des Bindungsverhaltens oder die Kinder gehören dem desorganisierten Bindungstypen an (Brisch 2014: 105f.).

Durch die geringe emotionale Beteiligung und das Äußern von negativen Gefühlen der Mutter gegenüber dem Kind ist bei diesem die Fähigkeit Bindungen aufzubauen und zu stabilisieren eingeschränkt (Lenz 2012: 17). Bowlby weist auf eine Studie von Wolkind, Hall und Pawlby hin, die diese im Jahr 1977 in London durchführten. Sie beobachteten Mütter, deren Kinder und deren Interaktionen miteinander und konnten feststellen, dass Mütter die *trennungsgeschädigt* waren, signifikant weniger mit ihrem Baby kommunizierten als die Vergleichsgruppe. Des Weiteren hatten sie seltener Blick- und Körperkontakt, beschäftigten sich weniger mit dem Baby und sprachen dieses seltener an (Bowlby 2021: 12f.). Diese Studie lässt sich auf Mütter mit einer BPS übertragen, da diese häufig dem desorganisierten Bindungstyp angehören (Brisch 2014: 25ff.) und damit der Gruppe der *Trennungsgeschädigten* zugeordnet werden können.

Kinder, die keine sicheren Bindungserfahrungen machen konnten und nicht sicher gebunden sind, weisen Verhaltensauffälligkeiten in Situationen auf, in denen sie Angst und Beunruhigung empfinden (Geddes 2009: 181). Zu diesen zählen:

- „ein tiefes Misstrauen gegenüber anderen;
- reaktives Verhalten, weil die Gehirnbahnen auf Kampf und Flucht eingestellt sind; sehr leicht auszulösen;
- das Ausagieren von Erfahrungen anstelle der Kommunikation durch Worte oder Gedanken;
- eine geringe Selbst-Bewusstheit bzw. geringe Feinfühligkeit gegenüber anderen;
- übermäßige, angespannte Wachsamkeit; […]
- Kontrollbedürfnis, um überwältigenden Ängsten und Ungewissheiten zu begegnen;

- defensive Omnipotenz“ (ebd.: 181f.).

6.7. Auswirkungen auf das spätere Leben

Aufgrund der in der Kindheit durch die BPS der Mutter erlernten unsicheren Bindung werden die Kinder auch im späteren Leben durch unsichere Bindungsmuster geprägt (Buchheim & Bertram 2012: 26). Die Personen haben in ihrer Kindheit ein verzerrtes Bild von zwischenmenschlichen Beziehungen erhalten. Dies führt im Erwachsenenalter oft dazu, dass sie sich emotional nicht auf andere Menschen einlassen können, innerlich Distanz wahren, kein Vertrauen aufbauen und deshalb häufig die Liebe des anderen auf die Probe stellen, sich Zurückweisungen einbilden oder auf kleine sehr stark reagieren (Mason & Kreger 2008: 286). Oft können sie auch im Erwachsenenalter keine Grenzen setzen und keine Kritik annehmen und nicht mit dieser umgehen (ebd.: 368). Bindungsunsicherheiten können sowohl psychische als auch physische Symptome wie etwa Depressionen, Angst, Entzündungen, Schmerzen und Herzerkrankungen begünstigen. Auch hängt das Bindungssystem mit der Ausschüttung des Hormons Oxytocin zusammen, das Funktionen von Gehirnarealen beeinflussen kann. Oxytocin fördert freundliche Kontakte, hemmt Aggressionen, reduziert Angst und stärkt das Wohlbefinden. Langfristig kann eine hohe Ausschüttung davon zu einer erhöhten Schmerzschwelle, niedrigerem Cortisolspiegel/Blutdruck führen und besitzt einen Anti-Stress-Effekt. Wenn Oxytocin durch eine nicht-schädliche Stimulation freigesetzt wird, also durch die Aktivierung der sensorischen Hautnerven durch Berührungen, Streicheln, Wärme und Nähe, führt dies zu den genannten positiven Aspekten (Uvnäs-Moberg 2015: 107ff.). Später haben sie als Erwachsene aufgrund der Kindheitserfahrungen häufig Schwierigkeiten damit, Probleme zu bewältigen, sich Unterstützung durch Externe zu suchen und ziehen sich eher zurück. Durch die fehlende Bindungserfahrung haben sie Schwierigkeiten, ihren Stress und ihre Angst zu äußern, wodurch es zu massivem inneren Stress, der zu körperlichen Beschwerden und Schmerzen führen kann, kommt. Dies nennt man eine somatoforme Störung, die dadurch charakterisiert ist, dass die Betroffenen Beschwerden haben, auf der körperlichen Ebene aber keine Befunde festgestellt werden können (Brisch 2015: 278f.).

In dem Buch *Schluss mit dem Eiertanz* erzählen Angehörige von Menschen mit einer BPS ihre Erfahrungen. Eine dieser Personen ist Ken, dessen Mutter an einer BPS erkrankt ist. Er beschreibt seine Kindheit so, dass er alles daran setzte seine Mutter zufrieden zu stellen und ihren Ansprüchen zu genügen. Sobald er diese allerdings erfüll-

te, hatten sich die Ansichten seiner Mutter bereits verändert. Wenn sie das Bedürfnis nach Liebe und Nähe verspürte, nahm sie ihn in den Arm, ansonsten war ihre Liebe an Bedingungen geknüpft und es war Ken nicht möglich, ihre Handlungen vorauszusagen. Sie fand immer etwas an ihm auszusetzen, an seinen Freunden, daran, dass er zu viel Zeit mit seinem Hund verbrachte. Ken beschreibt, dass seine Kindheit enormen Einfluss auf sein späteres Bindungsverhalten hatte. So kann er nicht mit Kritik, insbesondere, wenn sie von Frauen geäußert wird, umgehen und keine Nähe sogar gegenüber seiner Frau zulassen, da er jederzeit mit Zurückweisungen rechnet. Wenn er diese Zurückweisung nicht erhält, reagiert er mit Provokationen, um sie selbst heraufzubeschwören. Er weiß, dass dieses Verhaltensmuster nicht richtig ist, kann es aber dennoch nicht durchbrechen (Mason & Kreger 2008: 33ff.).

6.8. Risikofaktoren

Mason und Kreger gehen in ihrem Buch *Schluss mit dem Eiertanz* auf den Mediziner Pickens ein, der der Überzeugung ist, dass der Schaden, der bei den Kindern entsteht, von vielen verschiedenen Faktoren abhängt. Beispiele dafür sind Liebe und Empathie, die das Kind von anderen Erwachsenen erhält, das eigene Temperament, die Stärke und Häufigkeit der Misshandlungen und das Alter des Kindes, da die Schädigungen umso höher ausfallen, je jünger es ist (ebd.: 284). Zusätzliche Risikofaktoren, die die Auswirkungen auf die Kinder negativ verstärken sind, wenn die BPS der Mutter eine hohe Expositionsdauer aufweist und die Kinder nicht altersgemäß über die BPS aufgeklärt werden (Stadler & Meents 2021: 95).

6.9. Hilfesysteme und Materialien

Eine gute Voraussetzung, um mit der Mutter an ihren Grenzen und ihrem Umgang mit den Kindern zu arbeiten, ist, wenn diese sich ihrer BPS und deren Auswirkungen auf ihre Kinder bewusst ist. Auf viele trifft dies zu und sie wollen sich verändern (Mason & Kreger 2008: 287). Kinder gehören bei der Behandlung der Mutter allerdings nicht automatisch zum Setting dazu und werden oftmals nicht als Gesprächspartner und Teil der Arbeit angesehen (Romer, Möller & Wiegand-Grefe 2011: 29). Die Kinder- und Jugendhilfe wird zumeist nur dann aktiv, wenn das Kind selbst auffällig wird. Dabei haben die Kinder häufig sowohl präventiv als auch in akuten Krisensituationen einen großen Hilfebedarf. Kindergärten und Schulen könnten einen erheblichen Beitrag leis-

ten, da sie sehr nahe an der Zielgruppe sind, sind aber häufig mit der Thematik nicht vertraut (Stolpp 2014: 46f.). Oft setzt die Hilfe erst dann ein, wenn die Lage bereits eskaliert ist und z.B. eine Kindeswohlgefährdung im Raum steht (Mattejat 1998: 66). Aufgrund von Forschungen und Veröffentlichungen zu dieser Thematik entstanden im Laufe der Zeit mehr Präventivangebote, Netzwerke und Verbände für diese Zielgruppe (Mattejat, Lenz & Wiegand-Grefe 2011: 13ff.).

Bücher und Materialien

Um die Thematik den Bezugspersonen, den Kindern, Fachpersonal, Angehörigen, Betroffenen, etc. zugänglich zu machen, gibt es viele Bücher auch für die Kinder, die der Aufklärung und dem besseren Umgang mit der Situation dienen. Das Buch *Pädagogisch arbeiten mit Bilderbüchern* bietet eine Aufzählung von Kinderbüchern, mit denen man verschiedene psychische Störungen mit den Kindern besprechen kann, wobei der Inhalt kurz paraphrasiert wird und Anleitungen und Anregungen zur Arbeit mit diesen gegeben werden (Müller & Temper 2018: 7ff.). Beispiele für Kinderbücher, die verschiedene psychische Störungen eines Elternteils thematisieren sind: *Bei mir zuhause ist was anders; Warum ist Mama traurig?; Mamas Monster; Mama, Mia und das Schleuderprogramm; Ein Mann, der weint; Papas Seele hat Schnupfen; Papas Unfall; Papa ist wieder da; Sonnige Traurigtage*, etc. (ebd.: 5ff).

Hilfsnetzwerke

Da eine solche Mutter-Kind-Konstellation viele Risiken birgt, muss immer abgewogen werden, ob die Mutter das Kind adäquat versorgen kann oder aufgrund verschiedener Faktoren, wie z.B. Wahnvorstellungen, eine Gefahr darstellt. Mütter mit einer BPS und deren Kinder sollten durch Fachpersonal in Form von Therapeuten, Beratungsstellen, Sozialpädagogen, etc. unterstützt werden (Brisch 2014: 157). In einer Expertise zum Überblick zu Angeboten für Kinder von psychisch erkrankten Eltern im Jahr 2018 konnte festgestellt werden, dass es derzeit bereits relativ viele Initiativen, Angebote und Unterstützungsmaßnahmen für diese Zielgruppe gibt, aufgrund von fehlenden Kennzahlen allerdings keine Aussage getroffen werden kann, ob diese bereits bestehenden Angebote den Bedarf sowohl quantitativ als auch qualitativ abdecken (Schmenger & Schmutz 2018: 18).

Zusätzlich zu den überregionalen Unterstützungsangeboten existieren regionale, die häufig nur in bestimmten Kommunen oder Bundesländern auftreten. Ein regionales Beispiel hierfür ist der Arbeitskreis für *Kinder seelisch erkrankter Eltern in Nürnberg*

(ebd.: 19). Bei diesem hatte die Autorin bezüglich eines Interviews oder Materialien angefragt, wurde allerdings leider darauf verwiesen, dass niemand zur Verfügung stehe und sie auch bezüglich einer BPS keinerlei Erfahrungen haben. Dies zeigt auf, dass es in der Praxis dennoch schwierig sein kann, Einrichtungen zu finden, die speziell auf Mütter mit einer BPS und deren Kinder zugeschnitten sind.

Die überregionalen Unterstützungsangebote lassen sich in Folgende gliedern: Gruppenangebote, Patenschaften, kombinierte/multimodale Angebote (Schmenger und Schmutz 2018: 28), Online-/Telefonangebote und sonstige Angebote.

1. *Gruppenangebote*

Gruppenangebote sind präventiv gesehen die am häufigsten angebotenen Unterstützungsmaßnahmen für diese Zielgruppe (Lenz & Wiegand-Grefe 2017: 49). Beispiele dafür sind Präventionsgruppen für die Kinder, in denen die Ressourcen und Schutzfaktoren gestärkt, die psychische Störung der Mutter und alles damit Zusammenhängende thematisiert und die Kinder so entlastet werden sollen. Ein weiterer Vorteil ist das Zugehörigkeitsgefühl und die Möglichkeit des Austausches mit Personen in ähnlichen Situationen (Geis 2014: 35f.).

2. *Patenschaften*

Bei Patenschaften geht es darum, dem Kind eine weitere Bezugsperson zu geben, der es vertrauen und an die es sich in Krisenzeiten und Belastungssituationen wenden kann (Schmenger & Schmutz 2018: 33).

3. *Kombinierte/multimodale Angebote*

Kombinierte Angebote haben den Vorteil, dass sie verschiedene Unterstützungsmaßnahmen und Projekte verbinden und an einen Ort wie z.B. eine Beratungsstelle anbinden, um den Kindern ein breites Netzwerk an Unterstützung zu ermöglichen (ebd.: 43). Ein Beispiel dafür ist die *AURYN-Gruppe,* die die Grundlage für viele andere Präventionsangebote darstellt (Lenz & Wiegand-Grefe 2017: 49).

4. *Online-/Telefonangebote*

Hilfsnetzwerke, die die Kinder bei akuten Krisen schnell erreichen können, sind das *Kinder- und Jugendtelefon*; *die Telefonseelsorge* und der *Kindernotdienst* (Homeier 2008: 94f.). Die Internetseite *www.netz-und-boden.de* ist speziell für Kindern von psychisch erkrankten Eltern und weist viele Informationen und die Möglichkeit telefonisch

beraten zu werden auf. Weitere Möglichkeiten sind die *Jugendberatung*; *kid-kit – Hilfe bei Problemeltern (u.a. psychisch erkrankte Eltern); Krisenchat.de; U25 Deutschland*; *Youth Life Line* und *NetHelp4u* (Netz und Boden o.J.).

5. Sonstige Angebote

Auch die Seite CHIMPSNET enthält eine Liste von Beratungsangeboten und aktuellen Projekten, an die die Kinder sich wenden können. Dazu zählen verschiedene Verbände wie z.B. die *Deutsche Liga für das Kind*; *Bundesarbeitsgemeinschaft, Kinder psychisch kranker Eltern* und *Caritas Deutschland*, aber auch Webseiten wie z.B. *Kindergesundheit-info.de*, eine Seite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, oder *Gesundheitsinformation.de*. Zusätzlich kann man Links finden, die bei der Angebots-/Therapeutensuche unterstützen. Dazu zählen der *Bundesverband für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e.V; Patientenservice 116117,* etc. (CHIMPSNET 2020). Hierbei handelt es sich um keine abschließende Aufzählung.

Des Weiteren gibt es die Interaktionszentrierte Mutter-Kind-Therapie, in der Mütter und ihre Kinder, die jünger als 24 Monate sind, behandelt werden. Dabei soll die Interaktionsfähigkeit, das feinfühlige Eingehen auf die Signale des Kindes und die Sensitivität/ Responsivität erlernt und gefestigt werden, um eine gute Mutter-Kind-Bindung erreichen zu können. Die Mutter-Kind-Behandlung gibt die Voraussetzungen dafür, dass bei einer stationären Aufnahme das Kind mit aufgenommen wird, um die Bindung zwischen ihnen zu stärken und keine langen Trennungsphasen zu erzeugen, die sich negativ auf die Bindung auswirken würden (Lenz 2012: 57ff.). Für die längerfristige Begleitung beziehungsweise, wenn es keine akute Krise, sondern ein planbares Gespräch darstellt, können sich betroffene Kinder und deren Bezugspersonen an *Beratungsstellen;* den *Deutschen Kinderschutzverbund;* den *Allgemeinen Sozialdienst,* etc. wenden (Homeier 2008: 94f.). Essenziell wäre es, die Gruppen miteinander zu vernetzen und die schon bestehenden Hilfesysteme für diese Thematik zu sensibilisieren und so ein Netzwerk und eine effektive Unterstützung zu schaffen (Stolpp 2014: 47).

Bezüglich der Therapieplätze gibt es in Deutschland derzeit eine Diskrepanz von Angebot und Nachfrage. Der Gemeinsame Bundesausschuss legte fest, dass weitere 2400 Kassensitze nötig sind, von diesen wurden allerdings bis jetzt nur 800 geschaffen (Piwon 2022). Laut der Bundespsychotherapeutenkammer hat sich die Lage während der Corona-Pandemie weiter zugespitzt. Eine Auswertung von 300.000 Versichertendaten ergab 2019, dass ca. 40% der psychisch erkrankten Menschen nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde und einem dort festgestellten Bedarf dennoch drei

bis neun Monate auf einen Therapieplatz warten müssen. In der Corona-Pandemie sind die Anfragezahlen in den Praxen von durchschnittlich 4,9 auf 6,9 pro Woche angestiegen. Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert, dass langfristig mehr Kassensitze geschaffen werden, um den Bedarf decken und eine angemessene Wartezeit ermöglichen zu können (2021).

Schutzfaktoren

Für die Kinder hilfreich ist Psychoedukation, externe Ansprechpartner und ein soziales Netz, an das sie sich wenden können und das sie notfalls auffangen kann (Stolpp 2014: 45). Die Psychoedukation über die psychische Störung der Mutter stellt einen wichtigen Baustein zum Schutz der Kinder dar, da diese miteinbezogen werden und ein Gefühl des Ausgeschlossenseins verhindert wird. Wenn Kinder keine Erklärung für das Verhalten der Mutter erhalten, beziehen sie vieles auf sich selbst und geben sich die Schuld daran. Dies kann zu Gedanken wie z.B. *Mama hat mich nicht mehr lieb.* oder *Mama geht gerade, weil ich böse war.* führen. Zur Psychoedukation gehört ein offener Umgang mit der psychischen Störung der Mutter (von Mosch 2013: 3). Weitere Schutzfaktoren stellen Hobbys, Kontakt zu Peers und Freunden und das Erlernen von Bewältigungsstrategien dar, das eventuell durch einen Notfallplan ergänzt werden kann. Durch dieses ist es den Kindern möglich, mit wiederkehrenden schwierigen Situationen und Krisen umzugehen. Um diese Schutzfaktoren gewährleisten zu können muss der Hilfebedarf in der Familie erkannt werden und eine sozialpädagogische, psychologische oder anderweitige professionelle Unterstützung installiert werden (Stolpp 2014: 45f.). Auch ist die Resilienz von Kinder, also eine psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Risiken und Belastungen, bedeutsam. Dazu gehört es personale, soziale und familiäre Ressourcen nutzen zu können (Lenz 2012: 22). Personale Ressourcen sind z.B. Temperamentsmerkmale (Flexibilität, positive Stimmungslage, etc.), soziale Empathie, effektive Problemlösefähigkeit, Intelligenz, positive Selbstkonzepte und Kohärenzgefühl, etc. Familiäre Ressourcen sind stabile Beziehungen zu mindestens einer Bezugsperson, familiäre Beziehungsstrukturen und emotionale positive und zugewandte Erziehung, etc.. Und soziale Ressourcen sind beispielsweise sozialer Rückhalt und Unterstützung, ein Peernetzwerk und soziale Integration, etc.. Resiliente Kinder und Jugendliche schaffen es aufgrund ihrer Bewältigungskompetenzen häufig belastenden Lebensumstände ohne negative Folgen zu durchleben (Lenz & Kuhn 2011: 284ff.)

7. Experteninterviews

Durch die fachliche Expertise von Experten, die bereits in Arbeitsfeldern mit dieser Zielgruppe tätig waren, soll ein praxisnaher Blick auf die Problematik geworfen werden. Dabei wird das Forschungsdesign und das Vorgehen erläutert und die Inhalte paraphrasiert und inhaltlich interpretiert, um so für die Klärung der Forschungsfrage nutzbar gemacht zu werden.

7.1. Forschungsdesign

Um sich diesem Thema nicht nur theoretisch zu nähern, wurden im Verlauf dieser Bachelorarbeit zwei Experteninterviews anhand eines leitfadengestützten Interviews durchgeführt. Interviewt wurden zwei Experten, die im Verlauf dieses Kapitels als Experte A und Expertin B betitelt werden. Bei Experte A handelt es sich um einen therapeutischen Fachdienst eines ambulanten Kinder- und Jugendhilfeträgers, der in der psychosozialen Beratung seit ca. fünf Jahren tätig ist. Als Berufsbild weist er Gestalttherapeut, Sozialpädagoge und Erzieher auf. Mit Experte A wurde das Interview am 09.11.2022 in den Räumlichkeiten der Einrichtung durchgeführt. Expertin B war im Laufe ihres beruflichen Werdegangs als Sozialarbeiterin im ambulant betreuten Wohnen für psychisch erkrankte Menschen tätig und führte mit der Autorin das Interview am 20.12.2022 in den Räumlichkeiten der Einrichtung durch. Expertin B begleitete in der Zeit, in der sie im ambulant betreuten Wohnen tätig war, für sechs Jahre eine Klientin, die an einer BPS erkrankt und gleichzeitig Mutter ist und bezieht sich im folgenden Interview auf ihre Erfahrungen mit dieser. Beide Experten wurden im Vorfeld über die Rahmenbedingungen des Interviews informiert, waren damit einverstanden und unterschrieben eine Einverständniserklärung, die der Autorin vorliegt.

7.2. Leitfadeninterview

Bei der Wahl, wie das Interview geführt werden soll, wurde sich dafür entschieden, auf ein leifadengestütztes Interview zurückzugreifen. Dafür wurde ein Interviewleitfaden für die Experteninterviews mit neun Fragen erstellt, die sich in *Einstiegsfragen* (zwei Fragen), *Thematische Fragen* (sechs Fragen) und *Abschluss* (eine Frage) gliedern. Des Weiteren gibt es einen Bereich *Vor dem Interview* und *Abschluss* (vgl. Anhang 3). Im Verlauf der beiden Interviews wurden durch die Interviewerin unabhängig von den Fra-

gen, die durch den Leitfaden vorgegeben worden waren, kurze Zwischenverständnisfragen, beziehungsweise richtungsweisende Fragen gestellt.

7.3. Aufbereitung und Auswertungsverfahren

Nach der Erstellung des Interviewleitfadens und der Durchführung der Experteninterviews wurde mit der Datenaufbereitung und der inhaltlichen Auswertung dieser begonnen. Hierfür wurde sich an dem Buch *Praxisforschung in der Sozialen Arbeit: Ein Lehr- und Arbeitsbuch* von Joachim König orientiert (Rechberg 2016: 257ff.).

Zuerst wurden die beiden Experteninterviews transkribiert (vgl. Anhang 4 und Anhang 5) und anschließend in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse weiter bearbeitet. Hierfür wurde sich für die Form der Zusammenfassung entschieden und beide Interviews in einer Tabelle in Stichpunkten zusammengefasst (vgl. Anhang 6) und in einem nächsten Schritt in einer weiteren Tabelle auf das für diese Bachelorarbeit Wesentliche reduziert und abstrahiert (vgl. Anhang 7). Nachdem der Inhalt der beiden Experteninterviews paraphrasiert worden war, kam es zu einer inhaltlichen Strukturierung nach den zuvor in Kapitel 2 bereits festgelegten für diese Arbeit relevanten Fragestellungen. Diese inhaltliche Strukturierung, die auch der späteren inhaltlichen Interpretation zu Grunde liegt, wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

7.4. Beantwortung der Fragen durch Experte A und Expertin B

Forschungsfrage	Antwort Experte A	Antwort Expertin B
Was sind die Hauptproblematiken, wenn die Mutter an einer BPS erkrankt ist?	-Kernproblematik: stressorientiertes Symptomniveau -Sprunghaftigkeit macht gute Bindung fast unmöglich → Bsp.: den ganzen Tag Achterbahn fahren → können viel Geld ausgeben, mutig, immer lockeren Spruch, intelligent, charismatisch, durchsetzungsfähig, leidenschaftlich → von Hoch zu Tief -Herabwürdigungen/Beleidigungen, aber Lob für schöne Schleife (psychotisches/hysteroides Symptomniveau) → zer-	-Hauptthematik bei Klientin: eigene Regulation v.a. in Extremsituationen -in Beziehung, wenn Kind alles braucht, schwierig für Klientin das zu geben, v.a. wenn gerade an eigenen Grenzen -schwierig: Situation, wo sie sich emotions- und regulationsmäßig um sich kümmern muss, Kind aber gleichzeitig was braucht (egal, ob sie Zeit hat) → wenig Zeit für sich selbst und immer für jemanden da sein → schwierig für Klientin sich stabil zu halten

	stören Kinder unabsichtlich	
Was sind die Auswirkungen, die durch die psychische Störung der Mutter auf der Bildungs- und Verhaltensebene der Kinder entstehen?	-kann physiologische Auswirkungen haben, je nach Ausprägung der Mutter→ als Jugendlicher: selbstverletzendes Verhalten oder Suizid möglich -Praxisbeispiel: Kind darf keine eigenständige Person sein, nur Großartigkeit der Mutter wiederspiegeln (gute Note, hübsch sein) → schädigend/missbräuchlich → Kinder nicht groß werden lassen (Niedlichkeit behalten) → Bsp.: fünfjähriges Kind in Kinderwagen → motorische Entwicklungsverzögerungen -Geburtenreihenfolge (nach Alfred Adler): erstes Kind sprunghaft/emotionale instabile Persönlichkeitsstörung, da ungebremste Symptomatik der Mutter → prinzipiell möglich, dass Kind alles übernimmt → unsicher-ambivalente oder desorganisierte Bindung → nicht sicher, ob Mutter Sicherheit oder Quelle der Angst, manchmal beides -ältere Kinder übernehmen eventuell Erziehungsaspekte für Jüngere	-Klientin von Anfang an in vielen Systemen eingebunden -für Kind schnell okay, bei anderen zu sein und sich beruhigen zu lassen → Hinweis, dass Kind gewöhnt war, dass Mutter nicht immer da sein kann -Schwierigkeiten Emotionen zu regulieren → Mutter müsste reflektieren und auffangen → Kind erlebt herausfordernde Situationen mit eigener Gefühlsregulation -Kind weinte viel, v.a. in den Nächten -schwierig nur auf BPS der Mutter zurückzuführen → Gesamtsituation -Mutter von Anfang an bezüglich Bindung begleitet → teilweise sicher gebunden, manchmal aber nicht → Mischtyp? -Klientin sehr gut gemacht, versucht immer da zu sein, aufzufangen und sichere Bindung zu geben → eher Auswirkungen in ihrer eigenen Gefühlswelt
Was würde den Kindern helfen und was ist nötig, um sie adäquat zu unterstützen?	-Praxisbeispiel: zwei Mütter mit Schematherapie einsichtsfähig → Kipppunkt -auf Erwachsenenebene Einsichtsfähigkeit fördern -früh bestimmte Fähigkeiten (Selbstkundgabe, Gefühle äußern) erlernen -Sachverständige Dritte (Wygotski)/ Resilienzpersonen (Oma, Nachbar, etc.) -sozialpädagogische Unterstützung → Hilfesysteme erweitern -Sport: sich selbst erleben, Leistungen realistisch einschätzen -Freunde, die nicht abwerten	-bei kleinen Kindern weitere Versorgungsmöglichkeiten (SPFH, stabile Angehörige) → Anbindung/Netzwerk für Entlastung der Mutter → Kind erfährt sichere Bindung anderswo → hilft beim Aufbauen von Resilienz -früher Krippenbesuch → geregelte Zeiten mit Ritualen ohne Chaos -bei Klientin Tagesgestaltung oft schwierig → Rahmenaspekte schaffen -bei Älteren über Emotionen/Gefühle sprechen → auch gemeinsam mit Mutter, damit Kind besser einschätzen kann → kann hilfreich sein

	-Kind wird etwas abbekommen → Jugendamt entscheidet, ob Kind in Familie bleibt -viel Lob für normale Dinge→Anerkennung -Interesse zeigen -Kind darf eigenständige Person sein -Zeit außerhalb der Familie (Wissensdurst, Anerkennung, Liebe) → Freiraum → pädagogisch, aber auch Vereine, etc. -Kinder versorgen -Therapie oder DBT für Mutter, um mit ihr an Beziehung zu Kindern zu arbeiten -therapeutische Anbindung der Kinder	-Unterstützung von außen kann hilfreich sein, wenn Mutter und Kind dazu bereit → auch bei Themen wie z.B. Distanzierung -Psychoedukation
Gibt es genügend Hilfesysteme und Anlaufstellen für die Kinder und die Mütter oder fehlt diesbezüglich noch etwas?	-für Mütter definitiv nicht genügend → oft kein Rückruf durch Therapeuten oder Beendigung nach Konsiliarsitzung -Engpass in Fürth aber auch anderen Städten → staatliches Problem im Gesundheitswesen und in kassenärztlicher Vereinigung -viele und gute Therapeuten, die aber von Krankenkassen nicht anerkannt sind und nicht abrechnen dürfen -Buchempfehlungen: *Schluss mit dem Eiertanz; Ein Jahr mit ohne Lola; Das Persönlichkeitsporträt; Ich hasse dich, verlass mich nicht*	-Gutes: SPFH, betreutes Wohnen, Tagesklinik im Südklinikum, Krisenstation im Nordklinikum Nürnberg -wenige aktive Kindergärten/Schulen → müssen sensibel sein und individuelle Lösungen finden → kein Leistungsdruck/ Sanktionen, sondern Nachfragen -mehr Therapie notwendig → ambulant keine Therapie zu DBT-Gruppe gefunden -für Mütter noch weniger → spezielle Angebote → Kinder müssen betreut werden → stationär schlechte Versorgung -Gruppen für Kinder hilfreich → Umgang mit Situation, Kontakt mit anderen → Dinge werden aushaltbarer, an Lösungen arbeiten -Allgemeines: günstige und genügend Kindergartenplätze in der Nähe
Kann eine derartige Familienkonstellation funktionieren und was braucht es dafür?	-Mütter mit BPS haben viele Ressourcen → sind leidenschaftlich, immer für einen da, helfen eigene Ängste/Zweifel zu vergessen, haben großes Herz und kämpfen immer -wenn Einsichtsbasis, dann Arbeit mit ihnen sehr gut möglich	-haben gutes Gespür, wenn es Kindern nicht gut geht, einsetzen und nachfragen -große Kraft über sich selbst hinauszuwachsen → müssen das im Alltag ständig -sich zurückstellen; viel für Kinder machen -bei Klientin Alltag zwar chaotisch, aber

	-Verständnis wecken (auch Pädagogen schrecken vor Diagnose zurück) -haben guten Grund für alles, machen das nicht, weil sie jemanden nicht mögen/hassen -Herz dafür haben, was für ein Alptraum das ist → Schutz bieten, keine Angst und Verurteilung -keine Schuld bei ihnen suchen -wenn sie könnten, würden sie sich verändern, können nichts dafür, dass ihr Leben so schwer ist	konnte Kind immer Sicherheit und Gefühl von *ich bin da* vermitteln → Energie -sprunghaft, aber aus Selbstschutz heraus -können Beziehungen eingehen, wenn gegenüber investiert und Sicherheit gibt -aus von ihnen gut gemeinten Dingen entwickelt sich manchmal Negatives -schade, dass Bild oft so negativ, -haben sich Störung nicht ausgesucht und bemühen sich → Bestes geben -Konsequenzen wie Psychiatrie/Gefängnis, da oftmals keine frühzeitige Unterstützung → könnte anders und besser laufen -brauchen Unterstützung -Klientin durch Einbindung von Anfang an sehr viel gut gemacht → bewundernswerte Routine bei Schwangerschaft und Geburt -Kind immer über alles und versucht aufzufangen → nicht vor Kind zeigen

7.5. Inhaltliche Interpretation

Nachdem auf das inhaltlich Wesentliche gekürzt wurde, werden nun die Antworten bezüglich der gestellten Fragestellungen interpretiert. Die Klientin, auf die sich Expertin B vor allem bezieht, wird im Folgenden mit Frau C. betitelt.

Was sind die Hauptproblematiken, wenn die Mutter an einer BPS erkrankt ist?

Experte A sieht die Kernproblematik im stressorientierten Symptomniveau der Mutter und deren Sprunghaftigkeit, die es schwierig macht, gute und tragfähige Beziehungen einzugehen. Als Beispiel dafür gibt er an, dass ein Tag mit einem Borderline-Erkrankten an eine Achterbahnfahrt erinnert, und ein ständiger Wechsel zwischen Hochs und Tiefs besteht. So kann es sein, dass es zu Herabwürdigungen und Beleidigungen vonseiten der Mutter kommt und kurz darauf für eine schöne Schleife im Haar gelobt wird. Dieses Verhalten, das als psychotisches/hysteroides Symptomniveau bezeichnet werden kann, führt zu einem unabsichtlichen Zerstören der Kinder. Expertin B

spricht davon, dass bei Frau C. die eigene Stress- und Gefühlsregulation vor allem in Stresssituationen die Hauptthematik darstellte. Wenig Zeit für sich selbst zu haben, immer für jemanden da sein zu müssen und sich dabei selbst stabil zu halten und zu regulieren, war für Frau C. eine große Herausforderung.

Was sind die Auswirkungen, die durch die psychische Störung der Mutter auf der Bindungs- und Verhaltensebene der Kinder entstehen?

Experte A gibt an, dass durch das Verhalten der Mutter und je nach Ausprägung physiologische Auswirkungen bei den Kindern entstehen können. Im späteren Leben kann es zu selbstverletzendem Verhalten oder Suizid kommen. Er benennt ein Praxisbeispiel, in dem die Mutter das Kind keine eigenständige Person sein lässt, sondern dieses nur die Großartigkeit der Mutter wiederspiegeln soll. Daraus ergibt sich ein schädliches und missbräuchliches Verhalten. Es kann sein, dass die Mutter das Kind nicht groß werden lässt und dieses z.B. um weiterhin niedlich zu sein, auch noch in einem Alter von fünf Jahren mit dem Kinderwagen fährt. Ein derartiges Verhalten führt zu Entwicklungsverzögerungen des Kindes. Des Weiteren kann es vorkommen, dass ältere Kinder die Erziehungsaspekte für die jüngeren Geschwister übernehmen. Expertin B berichtet davon, dass das Kind von Frau C. sehr schnell daran gewöhnt war, bei anderen Personen zu sein und sich von diesen beruhigen zu lassen. Sie sieht dies als Hinweis darauf, dass dem Kind sehr früh bewusst war, dass die Mutter nicht immer für es da sein kann. Auch hatte das Kind Schwierigkeiten, die eigenen Emotionen wie z.B. Wut zu kontrollieren und weinte vor allem nachts sehr viel. Expertin B verbalisiert, dass dies darauf zurückzuführen sei, dass das Kind bereits viele herausfordernde Situationen mit der eigenen Gefühlswelt erlebte. Die Mutter müsste dies anschließend reflektieren und auffangen, war dazu aber aufgrund der eigenen Affektregulationsstörung nicht immer in der Lage. Laut Expertin B sei es aber auch schwierig, jegliches Verhalten des Kindes alleinig auf die BPS der Mutter zurück zu führen. Sie würde dies eher an der Gesamtsituation festmachen, da das ganze Familiensystem sehr instabil und herausfordernd war und mehrere Faktoren das Verhalten des Kindes bedingten.

Bezüglich des Bindungsverhaltens der Kinder gibt Experte A an, dass vor allem das erste Kind gemäß der Geburtenreihenfolge nach Adler ebenfalls eine sprunghafte oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung aufweisen wird, da es die Symptomatik der Mutter in Gänze erlebt. Es ist möglich, dass das Kind alle Verhaltensweisen der Mutter übernimmt und die Kinder von Borderline-Müttern sind laut Experte A zumeist unsicher-ambivalent oder desorganisiert gebunden. Dies lässt sich auf die Ambivalenz zu-

rückführen, dass das Kind nie sicher sein kann, ob die Mutter Sicherheit oder die Quelle der Angst darstellt und manchmal sogar beides ist. Expertin B gibt dagegen an, dass sie die Bindung des Kindes von Frau C. als relativ sicher erleben konnte. Frau C. war von Anfang an in sehr viele Systeme eingebunden und wurde auch bezüglich der Bindung begleitet. Es kam laut Expertin B allerdings auch zu Situationen in denen das Kind nicht ausschließlich sicher gebunden war. Sie vermutet deshalb, dass das Kind ein gemischtes Bindungsverhalten und kein ausschließlich sicheres aufwies. Insgesamt schaffte Frau C. es allerdings die Situation und ihren Alltag sehr gut zu bewältigen und stellte ihr Kind immer an erste Stelle. So schaffte sie es, dieses zumeist gut aufzufangen und ihm eine relativ sichere Bindung zu vermitteln. Die negativen Auswirkungen waren eher bei Frau C. und ihrer Gefühlssituation zu spüren als bei dem Kind.

Was würde den Kindern helfen und was ist nötig, um sie adäquat zu unterstützen?

Sowohl Experte A als auch Expertin B geben zu dieser Frage an, dass die Kinder davon profitieren, wenn auf Erwachsenenebene eine Arbeit mit der Mutter möglich ist. Laut Experte A ist es hilfreich, wenn die Einsichtsfähigkeit der Mutter gefördert und ihr das sprunghafte Verhalten durch Therapien oder ein DBT-Programm bewusst wird. Dies stellt eine Voraussetzung dar, um mit ihr an ihrer Beziehung zu den Kindern arbeiten zu können. Als Praxisbeispiel gibt Experte A zwei Mütter an, die durch eine Schematherapie eine sehr gute Einsichtsfähigkeit erreichen konnten. Auch Expertin B sagt, dass Kinder beispielweise von mehr Projekten wie der Marte Meo Therapie profitieren würden, da die Mutter in diesen an der Bindung und der Beziehung arbeiten würde.

Auch verbalisieren beide Experten, dass ein gutes Netzwerk und weitere Versorgungsmöglichkeiten wie z.B. eine SPFH, stabile Angehörige, sozialpädagogische Unterstützung und Sachverständige Dritte/Resilienzpersonen wie z.B. Verwandte, Nachbarn, etc. sehr hilfreich für die Kinder sind. Laut Experte A ist Zeit außerhalb der Familie, in der das Kind Anerkennung und Liebe bekommt, sowohl im pädagogischen Kontext als auch in Vereinen, etc. förderlich. Durch diese verschiedenen Anbindungen wird die Mutter entlastet und das Kind kann extern sichere Bindung erfahren und dadurch Resilienz aufbauen, merkt Expertin B an. Sie erläutert, dass eine Unterstützung sowohl von der Mutter als auch dem Kind gewollt sein muss, um angenommen werden zu können und so hilfreich zu sein. Laut ihr ist eine derartige externe Hilfe auch bei der Bearbeitung von aufkommenden Themen, wie z. B. der Distanzierung, die ein Kind ab einem bestimmten Alter von der Mutter vornimmt, sehr hilfreich. Einen frühen Krippenbesuch, um so einen geregelten Alltag mit Ritualen zu haben, gibt Expertin B als unter-

stützend an. Ihre Klientin hatte häufig Probleme mit der Tagesgestaltung, weswegen das Schaffen von Rahmenaspekten eine Erleichterung darstellte. Des Weiteren ist eine Psychoedukation für die Kinder hilfreich.

Beide Experten verbalisieren, dass bestimmte Fähigkeiten wie z.B. Selbstkundgabe, Gefühle äußern oder das Sprechen über Emotionen gefördert werden sollten. Je nach Situation kann dies zusammen mit der Mutter durchgeführt werden. Experte A nennt Sport, um sich selbst zu erleben und sich realistisch einzuschätzen und Freunde, als weitere Ressourcen. Auch empfindet er Lob und Anerkennung vor allem auch für normale Dinge, Interesse an dem Kind und dessen Versorgung als sehr hilfreich. Das Kind muss die Möglichkeit bekommen, eine eigenständige Person zu sein. Experte A ist der Ansicht, dass eine therapeutische Anbindung, z.B. in Form einer Spieltherapie sinnvoll sein kann, um einen weiteren sicheren Ort für das Kind zu schaffen. Dennoch wird es sich laut Experte A nicht vermeiden lassen, dass die Kinder durch die BPS der Mutter beeinflusst werden, und es ist die Aufgabe des Jugendamtes zu entscheiden, ob das Kind weiterhin in der Familie bleiben kann oder ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt.

Gibt es genügend Hilfesysteme und Anlaufstellen für die Kinder und die Mütter oder fehlt diesbezüglich noch etwas?

Beide Experten sind der Meinung, dass es vor allem für die Mütter noch nicht genügend Hilfesysteme gibt. Experte A berichtet aus seiner beruflichen Erfahrung, dass Personen mit einer BPS häufig Schwierigkeiten haben, einen Therapieplatz zu finden und oft von Therapeuten nicht zurückgerufen werden oder die Therapie nach der Konsiliarsitzung beendet wird. Die Erfahrungen von Expertin B stimmen damit überein. Sie und ihre Klientin hatten große Schwierigkeiten, einen ambulanten Therapeuten zu finden, der parallel zu einer DBT-Gruppe arbeitet. Eine stationäre Aufnahme der Mutter hingegen wird durch die oftmals fehlende Betreuung der Kinder fast unmöglich gemacht. Laut Expertin B führt dies dazu, dass das Angebot speziell für Mütter sehr beschränkt ist. Deshalb würde sie sich spezielle Angebote für psychisch erkrankte Mütter wünschen, die die Kinder miteinbinden. Gruppen für Kinder von Borderline-Müttern findet sie sehr förderlich, da durch diese der Kontakt zu Peers gewährleistet wird. Dadurch wird der Alltag aushaltbarer für die Kinder und es kann gemeinsam an Lösungen gearbeitet werden. Vor allem Kindergärten und Schulsysteme müssten sensibilisiert werden, um eine gute Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren zu gewährleisten. Dies ist aus ihrer Sicht leider noch nicht oft der Fall. Kindergärten und Schulen müssen sensibler dafür sein und mit den Kindern zusammen individuelle Lö-

sungen erarbeiten. Es sollte mit Nachfragen und nicht mit Leistungsdruck und Sanktionen agiert werden, dies geschieht allerdings aufgrund davon, dass die Schule/der Kindergarten oft keine Kenntnis über die Situation besitzt. Günstige und vor allem ausreichend verfügbare Kindergartenplätze wären außerdem hilfreich.

Expertin B merkt allerdings an, dass es bereits gute Anlaufstellen gibt. Beispiele sind die SPFH, die Tagesklinik im Süd- und die Krisenstation im Nordklinikum in Nürnberg, in diesen fehlen allerdings spezielle Angebote für Mütter. Experte A verbalisiert, dass es ausreichend und vor allem auch gute Therapeuten gibt, diese allerdings häufig von den Krankenkassen nicht anerkannt werden und nicht abrechnen dürfen. Er empfiehlt verschiedene Bücher, z.B. *Schluss mit dem Eiertanz; Ein Jahr mit ohne Lola; Das Persönlichkeitsporträt* und *Ich hasse dich, verlass mich nicht,* sowohl für Pädagogen als auch für Angehörige und Betroffene selbst. Wenn die Hilfesysteme besser ausgebaut und vor allem auch besser vernetzt wären, ist sich Expertin B sicher, dass vieles besser aufgefangen werden könnte.

Kann eine derartige Familienkonstellation funktionieren und was ist dafür notwendig?

Beide Experten sind der Ansicht, dass Mütter mit einer BPS über viele verschiedene Ressourcen verfügen. Experte A gibt an, dass sie leidenschaftlich und immer für einen da sind und helfen können, die eigenen Ängste und Zweifel zu vergessen. Expertin B sagt, dass sie ein gutes Gespür für Dinge haben und dadurch erkennen können, wenn es dem Kind nicht gut geht und anschließend gezielt nachfragen können. Auch findet sie, dass Borderline-Mütter die Kraft haben, über sich hinauszuwachsen und den Alltag trotz aller Schwierigkeiten gut gestalten können. Beide sind der Ansicht, dass diese Mütter ein großes Herz haben und immer weiter kämpfen. Expertin B verbalisiert, dass sie immer das Gefühl hatte, dass ihre Klientin ihr Bestes gab und sich selbst zurückstellte, um ihrem Kind alles für sie Mögliche zu bieten. Dabei gab Frau C. sich große Mühe, ihre BPS-Symptomatik nicht vor ihrem Kind auszuleben, stellte das Kind jederzeit über alles und versuchte es aufzufangen. Trotz chaotischem Alltag war sie immer in der Lage, ihrem Kind ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

Beide Experten sind sich einig, dass eine derartige Familienkonstellation funktionieren kann, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind. Wenn die Mutter über Einsichtsfähigkeit verfügt, ist es sehr gut möglich mit ihr zusammenzuarbeiten, bemerkt Experte A. Auch Expertin B gibt an, dass ihre Klientin von Anfang an viele Situationen z.B. die Schwangerschaft und Geburt sehr gut bewältigen konnte. Dies liegt ihrer Meinung nach vor allem daran, dass Frau C. von Beginn an in sehr vielen Systemen ein-

gebunden war und so die notwendige Unterstützung erhielt. Da Expertin B der Meinung ist, dass mit mehr und vor allem frühzeitiger Unterstützung dieser Familien Vieles anders und vor allem besser funktionieren würde, empfindet sie es als unerlässlich, dass diese Unterstützung der Mutter und der Kinder in der Praxis auch tatsächlich stattfindet. Dadurch könnten viele Probleme vermieden werden.

Auch bei der Frage, was dafür nötig ist, sind sich beide Experten einig. Experte A wünscht sich mehr Verständnis für die Zielgruppe, da immer ein Grund hinter ihren Verhaltensweise steckt und man versuchen sollte, diesen zu verstehen und die Schuld nicht bei ihnen suchen sollte. Auch sollte man ihnen Schutz bieten statt Angst und Verurteilung. Seiner Meinung nach gilt dies ebenso für Professionelle, da z.B. auch Pädagogen häufig vor dieser Diagnose zurückschrecken. Auch Expertin B empfindet es als sehr schade, dass in großen Teilen der Gesellschaft ein sehr negatives Bild über BPS herrscht und wünscht sich mehr Verständnis für die Hintergründe und die Tatsache, dass die Menschen sich diese Störung nicht ausgesucht haben. Menschen mit einer BPS sind zwar sehr sprunghaft, besitzen dafür aber gute Gründe. Häufig geschieht dies aus einem Selbstschutz heraus, um nicht verletzt zu werden, da Beziehungen in der Gesellschaft oft nicht langlebig sind. Außerdem kommt es häufig vor, dass Dinge, hinter denen von den Menschen mit einer BPS eine gute und positive Intention steckt, sich in der Gesellschaft zu etwas Negativem entwickeln, dies aber von der Außenwelt nicht so wahrgenommen wird. Expertin B ist der Ansicht, dass Borderline-Erkrankte tragfähige Beziehungen eingehen können, solange der Gegenüber bereit ist, in diese zu investieren und ihnen Sicherheit zu vermitteln. Sie selbst empfand ihre Beziehung zu Frau C. als sehr tragfähig, hatte zuvor allerdings sehr viel Energie und Zeit in diese investiert. Experte A wünscht sich mehr Verständnis und Herz für die Situation dieser Personen.

8. Fazit

Durch die theoretische und anschließen praktische Betrachtung konnte sich der dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfrage von verschiedenen Perspektiven genähert werden. Die unterschiedlichen Teilfragen und die Forschungsfrage konnten geklärt werden.

Es wurde deutlich, dass es zu mehreren Problematiken auf der Bindungs- und Beziehungsebene kommt, wenn die Mutter an einer BPS erkrankt ist. Dies wird bedingt

durch die Symptomatik der Mutter und deren Affektregulationsstörung, die es ihr erschwert eine tragfähige und sichere Bindung mit ihrem Kind aufzubauen. Auch die Frage nach den Auswirkungen konnte beantwortet werden. Die BPS der Mutter kann bei den Kindern je nach Ausprägung viele verschiedene negative Auswirkungen zeitigen. Dies geht über physiologische Auswirkungen, das Entwickeln von eigenen psychischen Störungen, das Nachahmen des Verhaltens der Mutter, der Tatsache, dass die Kinder einem der unsicheren Bindungstypen angehören und ihr Explorationsverhalten eingeschränkt ist, bis hin zu Bindungsstörungen. Diese in der Kindheit gemachten negativen Bindungserfahrungen können auch im späteren Leben Folgen vor allem in der Beziehungsgestaltung nach sich ziehen. Alle diese Auswirkungen können, aber müssen nicht auftreten und sind von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. In dieser Bachelorarbeit konnte festgestellt werden, das es viele Möglichkeiten gibt, die Kinder zu unterstützen. Es ist sehr wichtig, dass die Familien externe Netzwerke und Unterstützung erfahren und die Kinder Systeme und Personen zur Verfügung haben, die sie außerhalb in ihrer Entwicklung, Bindung und Resilienz fördern und in Krisensituationen auffangen. Des Weiteren trägt eine Psychoedukation der Kinder zum Schutz dieser bei.

Auch die Frage nach den Hilfesystemen konnte geklärt werden und es konnte herausgefunden werden, dass in den letzten Jahren mehr Netzwerke für Kinder von psychisch erkrankten Eltern entstanden sind und es Anlaufstellen, Unterstützungsangebote, aber auch hilfreiche Materialien, Bücher und Webseiten gibt. Allerdings sind diese häufig noch nicht gut miteinander vernetzt und noch nicht ausreichend ausgebaut. Vor allem bezüglich der Mütter fehlt es an Therapien, Elterntrainings und Unterstützungsangeboten, um sie in ihrem Bindungsverhalten mit ihren Kindern unterstützen zu können. Auch fehlt es an speziellen Angeboten für Mütter, da die Kinder häufig nicht mitbetreut werden können und auch anderweitig nicht mit im Fokus stehen. Des Weiteren sind die Schulen und Kindergärten noch nicht ausreichend sensibilisiert.

Durch diese schrittweise beantworteten Fragen kann die Forschungsfrage *Kann eine Familienkonstellation, in der die Mutter an einer BPS erkrankt ist, funktionieren und das Kind eine sichere Bindung aufbauen und wenn ja, was braucht es dafür?* beantwortet werden. Die Experteninterviews und dabei das Fallbeispiel der Frau C. zeigen auf, dass eine derartige Familienkonstellation funktionieren kann, solange es genügend und vor allem frühzeitige externe Unterstützung gibt und die Mutter gewillt ist an sich und ihrem Verhalten zu arbeiten. Wenn die Mutter und die Kinder diese Unterstützung an-

nehmen und man auf Einsichtsbasis mit der Mutter arbeiten kann, ist es möglich, dass das Kind ohne größere negative Folgen bei der Mutter aufwachsen kann. Auch dies zeigt uns das Beispiel der Frau C., in welchem die Expertin B davon ausgeht, dass das Kind eine relativ sichere Bindung zu seiner Mutter aufwies. Expertin B verbalisiert, dass sie es als sehr schwierig empfindet, alle Schwierigkeiten in diesen Mutter-Kind-Konstellationen auf die BPS der Mutter zurückzuführen, da dies oft ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren darstellt. Damit konnte beantwortet werden, dass es möglich ist, dass Kinder mit einer Mutter mit einer BPS relativ sicher gebunden aufwachsen und keine oder nur wenige negative Auswirkungen davontragen, solange sie gut unterstützt und frühzeitig an Hilfesystemen angebunden sind. Dennoch sollte nicht vernachlässigt werden, dass es sich bei diesen Mutter-Kind-Konstellationen um Risikogruppen handelt und gut abgewogen werden muss, ob das Kind bei der Mutter ohne gravierende Auswirkungen aufwachsen kann. Um alle diese Familien adäquat unterstützen zu können, bedarf es in den sozialen Systemen allerdings noch sehr viel mehr Ressourcen und vor allem auch mehr Fachwissen und Sensibilität für diese Familien und deren Bedürfnisse. Deshalb ist es wünschenswert, dass sich im Laufe der nächsten Jahre in den Institutionen mehr verändert und das Verständnis für diese Zielgruppe wächst und vor allem auch die Therapieplätze, Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten ausgebaut werden, um die sonst drohenden negativen Auswirkungen und Folgen für die Kinder zu reduzieren und den Kindern und ihren Müttern einen guten Weg zusammen zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association 2020. *Diagnostische Kriterien DSM-5. Deutsche Ausgabe.* 2., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Barnow, Sven, Spitzer, Carsten, Grabe, Hans J., Kessler, Christoph & Freyberger, Harald J. 2006. *Individual Characteristics, Familial Experience, and Psychopathology in Children of Mothers With Borderline Personality Disorder*, in Journal of the American Academy of CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY (Hg.) Volume 45. Issue 8. https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)61897-9/fulltext [Stand 2022 - 12 – 07].

Bayerischer Bezirketag o.J.. *Geschichte der Psychiatrie.* https://www.bay-bezirke.de/geschichte-der-psychiatrie.html [Stand 2022 - 10 – 27].

Becker-Stoll, Fabienne 2015. *Bindungsentwicklung und frühkindliche Bildung,* in www.familienhandbuch.de (Hg.). geänderte Version. https://www.familienhandbuch.de/babys-kind-er/entwicklung/saeugling/bindung/BindungsentwicklungundfruehkindlicheBildung.php [Stand 2023 - 01 – 05].

Benoit, Diane, & Parker, Kevin C. H. 1994. *Stability and Transmission of Attachment across Three Generations,* in Child Development (Hg.) 65 (5), 1444-1456. https://www.jstor.org/stable/1131510?read-now=1&seq=5#page_scan_tab_contents [Stand 2022 – 12 – 13].

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. 2007. *Vernachlässigung: Erhöhtes Risiko für Bindungsstörungen.* https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/vernachlaessigung-erhoehtes-risiko-fuer-bindungsstoerun-gen/#:~:text=Sch%C3%A4tzungsweise%204%25%20aller%20Kinder%20in%20Deutschland%20leiden%20unter%20einer%20Bindungsst%C3%B6rung. [Stand 2022 - 12 – 23].

Bild 2013. *„Ich war betrunken und deprimiert". 27-Jährige zündet Kinderwagen an.* https://www.bild.de/regional/dresden/brandstiftung/27-jaehrige-zuendet-kinderwagen-an-33784170.bild.html [Stand 2022 - 12 – 20].

Bild 2019. *Prozess in Darmstadt. Prügel-Opfer verlobt sich mit Psycho-Schläger.* https://www.bild.de/regional/frankfurt/frankfurt-aktuell/prozess-in-darmstadt-pruegel-opfer-verlobt-sich-mit-psycho-schlaeger-61458714.bild.html [Stand 2022 - 12 – 20].

Böhm, Karin 2021. 9.1. Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung, in Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.): 9 *Gesundheit. Auszug aus dem Datenreport 2021.* *https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-*Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021-kap-9.pdf?__blob=publicationFile [Stand 2022 – 10 – 27].

Bohus, Martin & Schmahl, Christian 2006. *Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung,* in Deutsches Ärzteblatt (Hg.), Jg. 103, Heft 49, 3345-3352. https://www.researchgate.net/profile/Martin-Bohus/publication/225371992_Psychopathologie_und_Therapie_der_Borderline-Personlichkeits-storung/links/004635188b079bef7a000000/Psychopathologie-und-Therapie-der-Borderline-Persoenlichkeitsstoerung.pdf [Stand 2022 - 12 – 23].

Bowlby, John 2010. *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung.* 6. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bowlby, John 2021. *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie.* 5. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Braunmiller, Helwi 2015. *Borderline – Grenzgänger zwischen Extremen,* in Focus Online (Hg.) https://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/psychologie/krankheitenstoerungen/grenzgaenger-zwischen-extremen-borderline_id_2338039.html [Stand 2022 - 12 – 20].

Brisch, Karl Heinz 2009. *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz 2014. *Säuglings- und Kleinkindalter.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz 2015. Psychosomatik, Bindung und Trauma in der Kinderklinik, in Brisch, Karl Heinz (Hg.): *Bindung und Psychosomatik.* Stuttgart: Klett-Cotta, 276-318.

Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor 2003. Vorwort, in Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern.* Stuttgart: Klett-Cotta, 7-9.

Buchheim, Anna 2012. Die Macht der Nähe, in Gaschler, Katja & Buchheim, Anna (Hg.): *Kinder brauchen Nähe. Sichere Bindung aufbauen und erhalten.* Stuttgart: Schattauer GmbH und Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft GmbH, 1 – 8.

Buchheim, Anna & Betram, Wulf 2012. Wie Bindung das Gehirn verändert, in Gaschler, Katja & Buchheim, Anna (Hg.): *Kinder brauchen Nähe. Sichere Bindung aufbauen und erhalten.* Stuttgart: Schattauer GmbH und Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft GmbH, 25-35.

Bundesärztekammer 2021. *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2021. Bundesgebiet gesamt.* https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/Statistik_2021/2021_Statistik.pdf [Stand 2022 - 12 – 15].

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.) 2022. *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung.* https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=81C41C49E17290F2064CB8B46FBCDEC0.internet271 [Stand 2022 – 11 – 24].

Bundesministerium für Bildung und Forschung o.J. *COMPARE – Risikobewertung bei Kindern psychisch kranker Eltern.* https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/compare-risikobewertung-bei-kindern-psychisch-kranker-eltern-7281.php#:~:text=In%20Deutschland%20leben%20ca.,selber%20psychische%20St%C3%B6rungen%20zu%20entwickeln. [Stand 2022 – 12 – 23].

Bundespsychotherapeutenkammer 2021. *BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen.* https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/ [Stand 2022 – 12-29].

Callenius, Wilfried 2018. Borderline-Persönlichkeitsstörung, in Kizilhan, Jan Ilhan (Hg.): *Psychische Störungen. Lehrbuch für die Soziale Arbeit.* 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publisher, 193-224.

CHIMPSNET 2020. *Hilfreiche Links. Informationsseiten und Beratungsangebote verschiedener Netzwerke.* https://www.chimpsnet.org/psychische-gesundheit/hilfe-finden/ [Stand 2022 – 12 – 27].

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. o.J. *Für Akzeptanz – gegen Ausgrenzung.* https://www.dgppn.de/schwerpunkte/stigma.html [Stand 2022 - 10 – 28].

Doerfel-Baasen, Dorothee, Raschke, Ivo, Rauh, Hellgard & Weber, Christine 1996. *Schulanfänger im ehemaligen Ost- und Westberlin: Sozio-emotionale Anpassung und ihre Beziehung zu den Bindungsmustern der Kinder,* in Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (Hg.) 45, 3-4, 111-123. https://www.pedocs.de/volltexte/2010/2498/pdf/Doerfel_Baasen_Raschke_Rauh_Weber_Schulanfaenger_ehemaliges_Ost_West_Berlin_1996_W_D_A.pdf [Stand 2023 - 01 – 06].

Fangerau, Heiner & Franzkowiak, Peter 2022. *Krankheit,* in Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/krankheit/ [Stand 2022 – 10 – 25].

Fischer, Ute 2010. *Bindungstheoretische Impulse für eine inklusive Pädagogik – Ansätze zur Kompetenz- und Autonomieentwicklung in der heilpädagogischen Arbeit,* in Zeitschrift für Inklusion (Hg.), Ausgabe 01/2010. http://bidok.uibk.ac.at/library/inkl-01-10-fischer-kompetenz.html [Stand 2022 - 12 – 26].

Gaschler, Katja 2012a. Mutter(un)glück, in Gaschler, Katja & Buchheim, Anna (Hg.): *Kinder brauchen Nähe. Sichere Bindung aufbauen und erhalten.* Stuttgart: Schattauer GmbH und Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft GmbH, 15-24.

Gaschler, Katja 2012b. Die Suche nach Vertrauen, in Gaschler, Katja & Buchheim, Anna (Hg.): *Kinder brauchen Nähe. Sichere Bindung aufbauen und erhalten.* Stuttgart: Schattauer GmbH und Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft GmbH, 55-65.

Geddes, Heather 2009. Bindung, Verhalten und Lernen, in Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.): *WEGE zu sicheren Bindungen in Familie und Ge-*

sellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 170-186.

Geis, Artur 2014. *„Ich bin wichtig“ Ein Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern an der psychologischen Beratungsstelle Günzburg,* in unsere Jugend (Hg.), 66. Jg. 2014. München: Ernst Reinhardt Verlag, 33-41.

Grossmann, Klaus E. & Grossmann, Karin 2009. Fünfzig Jahre Bindungstheorie: Der lange Weg der Bindungsforschung zu neuem Wissen über klinische und praktische Anwendungen, in Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.): *WEGE zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft. Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie.* Stuttgart: Klett-Cotta, 12 – 51.

Gunderson, John G., Stout, Robert L., McGlashan, Thomas H., Shea, M. Tracie, Morey, Leslie C., Grilo, Carlos M., Zanarini, Mary C., Yen, Shirley, Markowitz, John C., Sanislow, Charles, Ansell, Emily, Pinto, Anthony & Skodol, Andrew E. 2011. *Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder,* in Arch gen psychiatry (Hg.), vol 68 (no. 8). Aug 2011. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1107231 [Stand 2022 - 12 – 23].

Hasebrink, Uwe 2016. Meinungsbildung und Kontrolle der Medien, in Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Medienpolitik.* https://www.bpb.de/themen/medien-journalismus/medienpolitik/172240/meinungsbildung-und-kontrolle-der-medien/#node-content-title-5 [Stand 2022 – 12 – 22].

Hellbrügge, Theodor 2003. Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung, in Brisch, Karl Heinz & Hellbrügge, Theodor (Hg.): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern.* Stuttgart: Klett-Cotta, 34-52.

Homeier, Schirin 2008. *Sonnige Traurigtage. Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern.* 3. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, H. & Wittchen, U. 2014. *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH),* in Nervenarzt (Hg.) 85. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 77-87. https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-013-3961-y.pdf?pdf=button [Stand 2022 – 12 – 15].

Klammer, Paul 2015. Berufsverbot für Depressive?, in FOCUS Magazin (Hg.) Nr. 16: *Politik und Gesellschaft* https://www.focus.de/magazin/archiv/politik-und-gesellschaft-berufsverbot-fuer-depressive_id_4601309.html [Stand 2022 - 12- 22].

Klein, Margarita 2011. *Mit den Kleinsten im Kontakt. Sicherheit und Vertrauen schaffen: Bindungsförderung und Erziehungspartnerschaft in Krippe und Familie.* 1. Auflage. Münster: Ökotopia Verlag.

Kizilhan, Jan Ilhan 2018. Inhaltsverzeichnis, in Kizilhan, Jan Ilhan (Hg.): *Psychische Störungen. Lehrbuch für die Soziale Arbeit.* 2. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publisher, 5.

Lenz, Albert 2012. *Psychisch kranke Eltern und ihr Kinder.* Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Lenz, Albert & Kuhn, Juliane 2011. Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung, in Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz & Lenz, Albert (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 269- 298.

Lenz, Albert & Wiegand-Grefe, Silke 2017. *Kinder psychisch kranker Eltern.* 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlage GmbH & Co. KG.

Mack, Simon, Jacobi, Frank, Gerschler, Anja, Strehle, Jens, Höfler, Michael, Busch, Markus A., Maske, Ulrike E., Hapke, Ulfert, Seiffert, Ingeburg, Gaebel, Wolfgang, Zielasek, Jürgen, Maier, Wolfgang & Wittchen, Hans-Ulrich 2014. *Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH),* in Int. J. Methods Psychiatr. Res. (Hg.) 23(3), 289-303. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mpr.1438?saml_referrer= [Stand 2022 – 12 – 15].

Mason, Paul T. & Kreger, Randi 2008. *Schluss mit dem Eiertanz. Für Angehörige von Menschen mit Borderline.* 2. Auflage. Bonn: BALANCE buch + medien verlag GmbH & Co. KG.

Mattejat, Fritz 1998. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist, in Mattejat, Fritz & Lisofsky, Beate (Hg.): *…nicht von schlechten El-*

tern. Kinder psychisch Kranker. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 66 - 78.

Mattejat, Fritz, Lenz, Albert & Wiegand-Grefe, Silke 2011. Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik[1], in Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz & Lenz, Albert (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 13-24.

Müller, Thomas & Temper, Anette 2018. *Pädagogisch arbeiten mit Bilderbüchern.* München: Ernst Reinhardt Verlag.

Netz und Boden. Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern o.J. *Beratung von minderjährigen Kindern.* https://www.netz-und-boden.de/ratsuchende-kinder-minderjaehrig/ [Stand 2022 – 12 – 27].

Neurologen und Psychiater im Netz o.J. a. *Ursachen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.* https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/ursachen [Stand 2022 - 10 – 31].

Neurologen und Psychiater im Netz o.J. b. *Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/krankheitsbild [Stand 2022 - 11 – 01).

Neurologen und Psychiater im Netz o.J. c. *Begleiterkrankungen und Störungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/assoziierte-stoerungen-oder-erkrankungen [Stand 2022 – 11 – 01].

Neurologen und Psychiater im Netz o.J. d. *Behandlungsmöglichkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung.* https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/therapie [Stand 2022 - 11 – 04].

Neurologen und Psychiater im Netz o.J. e. *Prognose und Verlauf der Borderliner-Persönlichkeitsstörung. https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/borderline-stoerung/prognose-/-verlauf* [Stand 2022 – 11 – 04].

Newman, Louise K., Stevenson, Caroline S., Bergman, Lindy R. & Boyce, Philip 2007. *Borderline Personality Disorder, Mother-Infant Interaction and Parenting Perceptions: Preliminary Findings,* in Australian & New Zealand Journal of Psychiatry (Hg.), Volume 41, Issue 7, 598-605. https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1080/00048670701392833 [Stand 2022 - 12 – 07].

Peters, Bernd 2020a. *Frida-Lovisa Hamann (30). Was die „Tatort"-Mörderin jetzt in Freiheit macht,* in Bild (Hg.). https://www.bild.de/unterhaltung/tv/tv/frida-lovisa-hamann-30-was-die-tatort-moerderin-jetzt-in-freiheit-macht-70717802.bild.html [Stand 2022- 12 -20].

Peters, Bernd 2020b. *Borderline-Patientin erhebt schwere Vorwürfe. „Dumme Vorurteile im Tatort",* in Bild (Hg.). https://m.bild.de/bild-plus/unterhaltung/tv/tv/borderline-patientin-erhebt-vorwuerfe-dumme-vorurteile-im-tatort-70712264.bildMobile.html?t_ref=https%3A%2F%2Fwww.focus.de%2F (Stand 2022 – 12 - 22].

Piwon, Jacqueline 2022. *Therapieplätze. Viel Nachfrage, wenig Angebot,* in tagesschau (Hg.). https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/therapie-pandemie-101.html#:~:text=Zu%20wenig%20Kassensitze,legt%20der%20Gemeinsame%20Bundesausschuss%20fest. [Stand 2022 – 12- 29].

Plass, Dietrich, Vos, Theo, Hornberg, Claudia, Scheidt-Nave, Christa, Zeeb, Hajo & Krämer, Alexander 2014. *Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie,* in Deutsches Ärzteblatt (Hg.) Jg. 111, Heft 38, 629-638. https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=161704 [Stand 2022 – 12 – 15].

Pro Psychotherapie e.V. o.J.. *Krankheitsbilder und Diagnosen. Übersicht über Fachartikel zu psychischen Störungsbildern.* https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/artikel-uebersicht/ [Stand 2022 – 10 – 28].

Rahn, Ewald 2019. *Menschen mit Borderline begleiten.* Köln: Psychiatrie Verlag.

Rechberg, Karl-Hermann 2016. 6. Qualitative Datenauswertung: Anwendungswissen, in König, Joachim (Hg.) *Praxisforschung in der Sozialen Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch.* 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 257-273.

Romer, Georg, Möller, Birgit & Wiegand-Grefe, Silke 2011. >>Wenn Eltern zerstörbar werden…<<[1] – Kinder kranker Eltern als Zielgruppe seelischer Gesundheitsvorsorge: Eine Zukunftsherausforderung für die Medizin, in Wiegand-Grefe, Silke, Mattejat, Fritz & Lenz, Albert (Hg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung.* Göttingen: Vandehoeck & Ruprecht, 27-43.

Salus o.J.. *Psychiatrie in der Vergangenheit.* https://www.salus-lsa.de/themen-hilfen/diagnose-psychisch-krank/psychiatrie-in-der-vergangenheit [Stand 2022 – 10 – 27].

Schmenger, Sarah & Schmutz, Elisabeth 2018. *Expertise. Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil.* https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/02/Gute-Praxis-1.pdf [Stand 2022 - 12 – 31].

Schneider, Frank, Erhart, Michael, Hewer, Walter, Loeffler, Leonie AK & Jacobi, Frank 2019. *Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine deutsche Registerstudie,* in Deutsches Ärzteblatt (Hg.) Jg. 116, Heft 23-24, 405 – 411. https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=208120 [Stand 2022 – 12 -15].

Sendera, Alice & Sendera, Martina 2016. *Borderline- Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben.* 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Siegler, Robert, Eisenberg, Nancy, de Loache, Judy & Saffran, Jenny 2016. *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter.* 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Stadler, Christian & Meents, Andrea 2021. *Verstörende Beziehungen. Psychische Erkrankungen in Familien.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022. *Bevölkerung Deutschlands im 1. Halbjahr 2022 stark gewachsen.* https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/09/PD22_410_12411.html [Stand 2022 - 12 – 15].

Stolpp, Julia 2014. >>Dann fahr ich halt!<< - Die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern, in Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (Hg.): *Mit*

psychischer Krankheit in der Familie leben. Rat und Hilfe für Angehörige. Köln: BALANCE buch + medien Verlag, 40-47.

Tomko, Rachel L, Trull, Timothy J., Wood, Phillip K. & Sher, Kenneth J. 2014. *Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment, Utilization, and general functioning*, in j Pers Disord. (Hg.) 2014, 28 (5), 734-750) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3864176/ [Stand 2023 – 01 – 09].

Torgersen, Sven, Lygren, Sissel, Øien, Per Anders, Skre, Ingunn, Onstad, Sidsel, Edvardsen, Jack, Tambs, Kristian & Kringlen, Einar 2000. *A Twin Study of Personality Disorders,* in Comprehensive Psychiatry (Hg.) Vol. 41, No. 6, 416-425. https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0010440X00982841?token=FE43296403630DA56E1AA4527D726F659AAE4D54EC43FB5CB6D4820D3D3CC8F1B4CB236155E12170C670B50BF22F3959&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221218100059 [Stand 2022 – 12 – 18].

Uvnäs-Moberg, Kerstin 2015. Bindungsunsicherheit und unzureichende Funktion des Oxytocin-Systems, in Brisch, Karl Heinz (Hg.): *Bindung und Psychosomatik.* Stuttgart: Klett-Cotta, 107-134.

van IJzendoorn, Marinus H. 1995. *Adult Attachment Representations, Parental Responsiveness, and Infant Attachment: A Meta-Analysis on the Predictive Validity of the Adult Attachment Interview,* in Psychological Bullentin (Hg)., 117 (3), 387-403. https://psycnet.apa.org/fulltext/1995-27580-001.pdf?auth_token=8ff1e47a9815607310e34c81ed9c3908f3c8806f [Stand 2022 – 12 – 13].

van IJzendoorn, Marinus H., Schüngel, Carlo & Bakermans-Kranenburg, Marian J. 1999. *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae,* in Development and Psychopathology (Hg.) , 225-249. Cambridge University Press. https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/87A710EAEC0C4167E02811B62CB284CF/S0954579499002035a.pdf/disorganized-attachment-in-early-childhood-meta-analysis-of-precursors-concomitants-and-sequelae.pdf [2022 – 12 – 05].

von Heydendorff, Steffen Conrad & Dreßing, Harald 2016. *Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings"-Katastrophe,* in Psychiatrische Praxis (Hg.) 2016; 43 (03), 134-140. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-101009#N109F3 [Stand 2022- 12 – 22].

von Mosch, Erdmute 2013. *Mamas Monster. Was ist nur mit Mama los?.* 5. Auflage. Köln: BALANCE buch + medien Verlag.

Weltgesundheitsorganisation 2019. *Psychische Gesundheit – Faktenblatt.* https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf [Stand 2022 - 10 – 25].

Wewetzer, Gunilla & Bohus, Martin 2016. *Borderline-Störung im Jugendalter. Ein Ratgeber für Jugendliche und Eltern*. 1. Auflage. Göttingen: hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

World Health Organization 2012. *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors.* https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks_to_mental_health_en_27_08_12.pdf?sfvrsn=44f5907d_10&download=true [Stand 2022 – 10 – 25].

World Health Organization 2020a. *Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden: Faktenblatt.* https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020-and-the-case-Fact-Sheet-Ger-final.pdf%3Fua%3D1 [Stand 2022 – 12 -15].

World Health Organization 2020b. *BASIC DOCUMENTS Forty-ninth edition 2020.* https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf [Stand 2022 - 12 – 15].

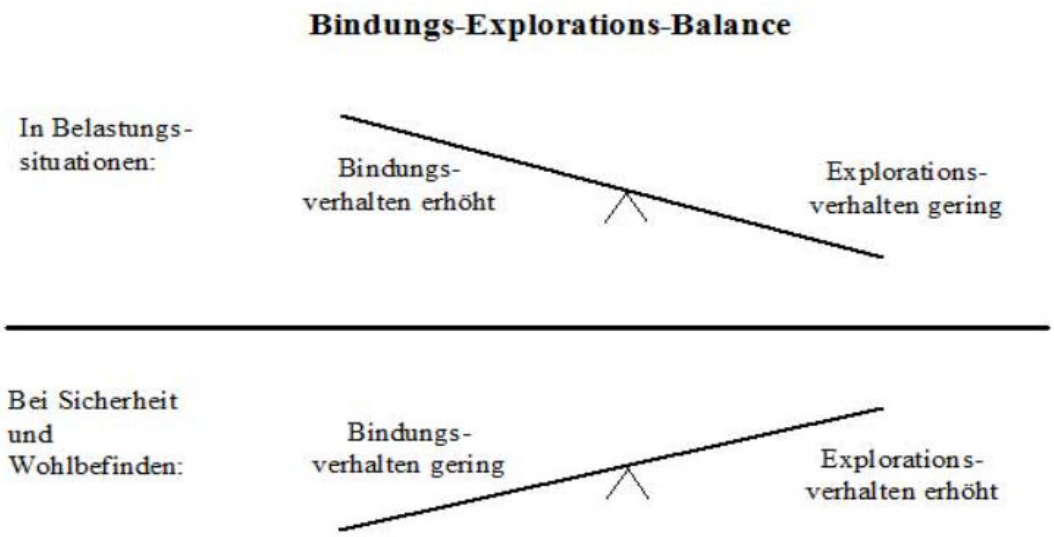
Zanarini, Mary C., Williams Amy A., Lewis, Ruth E., Reich, R. Bradford, Vera, Soledad C., Marino, Margaret F., Levin, Alexandra, Yong, Lynne & Frankenburg, Frances R. 1997. *Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder,* in Am J Psychiatry (Hg.) 154: 1997, 1101-1106. https://barendspsychology.com/wp-content/uploads/2016/06/Reported_pathological_childhood_experien.pdf [Stand 2022 – 12 – 23].

Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Bindungs-Explorations-Balance *1*
Anhang 2: Fremde-Situations-Test *2*
Anhang 3: Interviewleitfaden *3*
Anhang 4: transkribiertes Interview Experte A *5*
Anhang 5: transkribiertes Interview Expertin B *21*
Anhang 6: zusammengefasste Tabelle 1 ..... *33*
Anhang 7: zusammengefasste Tabelle 2 ..... *46*

Anhang

Anhang 1: Bindungs-Explorations-Balance



Bindungs-Explorations-Balance

(Fischer 2010)

Anhang 2: Fremde-Situations-Test

Tab. 11.1 Die Episoden in Ainsworths Fremde-Situation-Test. (Nach Ainsworth et al. 1978)

Episode	Ereignisse	Aspekte des beurteilten Bindungsverhaltens
1	Vl. macht Bp. und Kleinkind mit dem unbekannten Raum vertraut, weist der Bp. einen Sitzplatz an und zeigt dem Baby die Spielsachen; dann geht Vl.	Keine
2	Bp. und Kind sind allein; Bp. soll keine Interaktionen initiieren, aber auf das Baby angemessen reagieren.	Exploration und Nutzung der Bp. als sichere Basis
3	Eine Fremde betritt den Raum und setzt sich eine Minute lang ruhig hin; dann spricht sie eine Minute lang mit der Bp.; in der letzten Minute versucht sie, mit dem Baby zu interagieren.	Reaktion auf die Fremde
4	Bp. lässt das Kind mit der Fremden allein, die das Baby spielen lässt, es bei Bedarf aber beruhigt. Diese Phase wird abgekürzt, wenn das Baby zu unruhig wird.	Trennungsstress und Reaktion auf die Tröstung durch die Fremde
5	Bp. ruft das Baby von draußen; betritt den Raum und bleibt in der Tür stehen. Die Fremde geht. Bp. lässt das Kind spielen oder beruhigt es, wenn es sich fürchtet.	Reaktion auf das Wiedersehen mit der Bp.
6	Bp. lässt das Kind allein im Raum. Diese Phase wird beendet, wenn das Kind zu beunruhigt ist.	Trennungsangst
7	Fremde Person betritt den Raum, begrüßt das Kind und hält inne. Sie setzt sich oder beruhigt das Kind, wenn es weint. Diese Phase wird beendet, wenn das Kind zu beunruhigt ist.	Fähigkeit, sich von jemand Fremden beruhigen zu lassen
8	Bp. ruft von draußen, betritt den Raum, begrüßt das Kind und hält inne. Bp. setzt sich, wenn das Kind ruhig ist, kann es aber trösten, wenn es sich unwohl fühlt. Bp. erlaubt dem Kind weiterzuspielen, wenn es will.	Reaktion auf das Wiedersehen mit der Bp.

Vl. = Versuchsleiter/-in, Bp. = Bezugsperson (in der Regel Mutter oder Vater)

(Siegler u.a. 2016: 401)

Anhang 3: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden für die Experteninterviews

Thema: *Psychisch kranke Eltern und die Auswirkungen auf die emotionale Bindung von Kindern und Jugendlichen.*

Abkürzungen:

BPS = Borderline-Persönlichkeitsstörung

Vor dem Interview:

- Begrüßung und Dank für die Zeit
- Vorstellung der Interviewerin
- Vorstellung des Themas
- Einwilligungserklärung unterschreiben lassen
- Vertraulichkeit und Datenschutz erläutern (nicht alle Fragen müssen beantwortet werden, ab wann wird aufgenommen)
- Einrichtung des Aufnahmegerätes

Einstiegsfragen:

- In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig und was ist Ihre genaue Berufsbezeichnung?
- Seit wann sind Sie in Ihrem Arbeitsfeld tätig und was gehört zu Ihren täglichen Aufgaben?

Thematische Fragen:

- Wie stellt sich Ihrer Erfahrung nach die Problematik dar, wenn Mütter an einer BPS erkrankt sind und welche Schwierigkeiten können in der Mutter-Kind-Beziehung auftreten?

- Was ist Ihrer Ansicht nach für Kinder von Borderline-Müttern hilfreich und kann zur Unterstützung der Kinder beitragen?
- Wie ist ihr Eindruck bezüglich der Hilfesysteme? Gibt es genügend kompetente Anlaufstellen, die diese Zielgruppe auffangen können, oder was fehlt Ihrer Meinung nach?
- Welche Ressourcen haben Mütter mit BPS und was können wir von ihnen lernen?
- Unterscheiden sich Ihre gemachten Erfahrungen in Bezug auf Borderline-Klienten (positiv oder negativ) von der Theorie?
- Ist die Problematik für außenstehende Personen erkennbar, oder erst wenn man einen Einblick in die Familie erhalten hat?

Abschluss:

- Haben Sie noch Ergänzungen oder Anregungen zum Thema, die bisher nicht besprochen oder zu wenig thematisiert wurden?
- Erneuter Dank für die Zeit
- Information über Auswertung der Ergebnisse
- Verabschiedung

Anhang 4: transkribiertes Interview Experte A

Interview mit einem Fachdienst des Kinder- und Jugendhilfezentrums Fürth (Sozialpädagoge und Gestalttherapeut)

Experte A

I: Also, in welchem Arbeitsfeld bist du erstmal tätig und was ist deine genaue Berufsbezeichnung?
A: Ui, ähm in welchem Arbeitsfeld bin ich tätig? Würde sagen im ambulanten Fachdienst, heißt wir machen hier psychosoziale Beratung für meistens Mütter, das ist jetzt ein Klischee, aber das ist so, ich glaube in den letzten fünf Jahren hatte ich vielleicht zehn Männer hier im Vergleich zu, weiß ich nicht, 80, 100 Frauen. Also Mütter wiederum tatsächlich, die sind auch alle Mütter. Ähm, genaue Berufsbezeichnung ist, ich bin Gestalttherapeut, auch, bin aber auch Kinderpfleger, Erzieher, Sozialpädagoge und ein paar andere Sachen, ja also ich glaub es gibt nicht den einen Titel für hier.

I: Und seit wann arbeitest du hier?
A: Hier im Fachdienst würde ich sagen seit fünf Jahren, im Unternehmen seit über neun.

I: Und was gehört zu deinen täglichen Aufgaben, also, was machst du in deinem Arbeitsalltag?
A: Also heute ist easy, beispielsweise so ein Interview ist auch nicht das erste oder letzte, nehme ich an, danach werde ich in die Abteilung BeWo[6] gehen und kollegiale Beratung mit den Kollegen anhand deren vorgeschlagener Fälle machen. Ich mach hin und wieder Anleitung für Studenten. Die meiste Zeit verbringe ich damit, tatsächlich psychosoziale Beratung, also therapienahe Beratung, zu geben. Ähm unterstütze Abteilungen an Stellen, wo sie irgendwas brauchen, Materialien ähm zu Diagnostik, bei Arztbriefen, bei Therapeutensuche, -delegation, -vermittlung, -anbindung. Moderation, wenn das Jugendamt von uns bei schwierigen Gesprächen jemanden dabeihaben will. Clearing wenn beispielsweise Geflüchtete für die sozialpädagogische Diagnose ein Interview brauchen, genau das dann in dem Bericht sich widerspiegelt, ich schreib Berichtsergänzungen zu dem, was wir hier äh mit den Eltern veranstalten, was wir hier für

[6] Anmerkung der Interviewerin: Abteilung Betreutes Wohnen

Themen bearbeiten und natürlich alles auf der Grundlage von Datenschutz, ist schon klar.

I: Ok, dann würde ich in die thematischen Fragen einsteigen. Ähm, wie stellt sich nach deiner Erfahrung die Problematik dar, wenn Mütter eine BPS haben, und wie wirkt sich das auf diese Mutter-Kind-Beziehung aus?
A: Ok, ich glaub die Frage kann man nicht in unter vier Stunden beantworten.

I: Aber wenn du es kurz zusammenfassen würdest.
A: Ha, ha, kann ich mein Einverständnis noch zurückziehen? Das wird nicht vollständig werden. Ok.

I: Also was ist denn die Kernproblematik an sich?
A: Also die Kernproblematik glaube ich ist generell die, sagen wir, stressorientiertes Symptomniveau. Eltern, die Stress haben, überdimensionierten Stress haben, und/oder alleinerziehend sind oder Partnerschaftsstress haben, ähm inklusive Eltern, die Eltern wären gerne aber keine Kinder bekommen können. Das ist aus der Statistik nicht streichbar, die hätten auch, falls sie Kinder bekommen hätten, einen erhöhten Stresslevel. Fakt ist also, ähm dass Kinder ja auch Asthma entwickeln. Jedes vierte Kind lebt in Deutschland wahrscheinlich mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen und das kann ja auch physiologische Auswirkungen haben also vom Bereich der Hauterkrankungen, dermatologischer Bedarf bei Neurodermitis, bis hin zu eben Asthma, das ich erwähnt hab, irgendwelche Bronchialerkrankungen, Spannungskopfschmerz, also wenn Eltern generell Stress haben, völlig egal, ob es psychisch induziert ist oder nicht, hat es definitiv Auswirkungen auf die Kinder. Bei Borderline-Diagnostik oder Persönlichkeitsstörung oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung oder einem sprunghaften Stil, wie man das auch nennen würde, haben die Kinder wahrscheinlich massive Herausforderungen, dadrin je nachdem wie sich das bei den Eltern ausprägt. Also, beispielsweise jetzt hier aus der Praxis, äh, im Moment würde ich sagen, äh also zwei sprunghafte Stile Eltern und eine davon würde die Christine Lawson vermutlich eine Königin nennen, die Frau Dr. Dulze würde wahrscheinlich sagen man nennt das auch narzisstisches Symptomniveau. Das ist jemand, der Kinder bekommt, die keine eigenständige Person sein dürfen, sondern die nur dem Zweck dienen, die Großartigkeit des der E.., der Mutter widerzuspiegeln, also die werden angetrieben, gute Noten zu kriegen, die werden hübsch gemacht, weil sie, das kommt jetzt drauf an,

je nachdem wie die Mutter drauf ist, sie sonst hässlich findet und oder nicht, also auf gut deutsch, ist es wie ein, vielleicht wie ein Einkauf bei TK Maxx, wo du dir ziemlich günstig Klamotten schießt und äh von irgendwelchen Marken, aber draußen soll jeder denken, dass sie wirklich teuer waren, alle sollen glauben, du bist ne super Mutter mit nem genial begabten Kind, aber eigentlich unterdrückst du dieses Kind und du missbrauchst es, das wär auch der Begriff, das ist super schädigend, zu deinen Zwecken. Das kann sich äußern dadurch, dass man Kinder nicht groß werden lässt, weil eine gewisse Niedlichkeit, äh, und eine Perfektion in dem Reinen eines Kindes liegt, das heißt, du wirst auch ein vier-/fünfjähriges Kind vielleicht ab und zu noch in den Kinderwagen schnallen, was das natürlich auf die motorische Entwicklung macht, so die Sehnenverkürzung, nicht laufen lernen gescheit, du trägst es vielleicht mehr, als es eigenständig, du willst es nicht groß werden lassen. Ähm, wenn dieses Kind dann doch groß wird, kriegst du einfach noch eins, und noch eins, und noch eins, und das, ja, also in dem Fall sind das viele Kinder und das hörte erst auf, als der Bedarf auf Haustiere gelenkt werden konnte. Also man kann‘s nicht anders sagen.

I: Und was würdest du sagen, dass es für ne Problematik in dieser Mutter-Kind-Beziehung darstellt, also was für Auswirkungen hats darauf?
A: Pfff, naja gut, nachdem du, äh, Kinder ja in bestimmten Lebensaltern kriegst, also sprich das erste Kind, äh, da warst du ja deutlich jünger als dann beim letzten Kind, ähm, wird jedes Kind etwas anderes mitkriegen, wenn wir z.B. ein bisschen an die Geburtenreihenfolgen von Alfred Adler denken aus den 20ern, äh, haben manche Kinder andere Freiheiten. Hier können wir mit Sicherheit davon ausgehen, dass das erste Kind ebenfalls sprunghaft ist, weil‘s, sagen wir mal, die volle Bandbreite abgekriegt hat, wenn ich das mal so sagen darf, an, ja an, an, an, an ungebremster Symptomatik, also Bindungsverhalten wär sicherlich einer der Punkte, wo man sagen könnte, das hat ein gewisses ambivalent unsicheres, also wenn du nach Bowlby gehen willst, Typ C oder desorganisiertes Verhalten, Typ D, wo nicht sicher sein kann, ist die Mutter Sicherheit oder ist die Mutter die Quelle der Angst. Manchmal ist sie beides. Das Blöde ist nur, dass du die Nähe zu deiner Mutter suchst, um damit sie dich schützt vor Leuten wie ihr, das ist ein Paradox in sich. Die Mutter sollte dich beschützen vor sich selbst und das kann sie nicht. Also nicht immer, das wär jetzt die Ambivalenz, sie wird es manchmal hinkriegen, wenn du gefällst, und manchmal nicht. Und was sich in anderen Borderline-Symptomniveaus, äh wenn man das so nennen will, also die Lawson nennt das so, sich auch äußern könnte mit absoluter Herabwürdigung und Beleidigung, also

du kleine Hure; du bist fett; du bist dumm; du bist hässlich; du hast, sich sowas anzuhören, pfff, und dann im nächsten Moment dafür gelobt zu werden, dass du ne schöne Schleife im Haar trägst, wären jetzt sicher die Endauswüchse wie man sich so einen Alltag vorstellen könnte, beispielweise bei einer Hexe wär dann deren Begriff, man könnte es aber auch psychotisches oder hysteroides Symptomniveau nennen. Das wären Menschen, die unabsichtlicherweise, das muss man schon so sagen, bloß wo fängt da die Absicht an, die Kinder tatsächlich zerstören. Das kann tatsächlich dazu beitragen, dass ein, ein kleines Kind würde das eventuell nicht überleben, also tatsächlich sterben in der Mutter-Kind-Beziehung, also physiologisch sterben, nicht nur psychisch. Dieses Kind könnte, wenn es, äh, Jugendlicher ist, äh, in die Richtung selbstverletzendes Verhalten oder Suizid gehen und in ganz extremen Fällen, es bringt die Mutter um. Das wäre so.

I: Und würde das, ähm, Merkmale oder Symptome von der Mutter übernehmen? Kann es dazu kommen?
A: Also, wie in dem Beispiel benannt, wenn das erste Kind sich entsprechend auch in einer sprunghaften oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörung dann bewegt, dann hat's heftige Spiegel. In dem Beispiel, das wir, oder das ich jetzt benannt hab, wäre es so, dass, ich kenn das Kind nicht gut genug und ich stell auch keine Diagnostik, aber Verdachtsmomente von, von histrionischen Zügen, man würde sagen, also die, die, die Zurschaustellung des eigenen Körpers findet auch altersgemäß wenig Ende, das Spiel mit dem andern Geschlecht, es gibt gewisse Hinweise auf ne erhöhte Bisexualität im Bereich von, ähm, beispielsweise hatten wir in der Klinik, äh, von allen zu dem Zeitpunkt eingelieferten Borderlinern keine sich selbst benennende Cis, Gender, Heterosexuelle, also gar keine, das, man könnte jetzt natürlich sagen, es sind alle Borderliner irgendwie sexuell unsicher oder es sind alle sexuell Unsicheren eher Borderliner. Ich denke, es ist, es ist beides Käse, ich glaube, die Herausforderung an das Leben ist einfach ziemlich heftig und du suchst dir Identität in dieser Borderline-Problematik und das in, im Regelfall ein Item, das eine chronische tiefempfundene Leere und möglicherweise kannst du deinen Platz in der Welt besser finden, wenn deine Identität, in Anführungsstrichen, verwaschener ist, sodass du mehr Anknüpfungspunkte hast. Aber das sind Hypothesen, Hypothesen, Hypothesen. Aber ja, du kannst prinzipiell alles übernehmen, was dir die Mutter gezeigt hat. Beziehungen muss man nicht hegen und pflegen, Beziehungen funktionieren über Gewalt und Drohungen vor allem, wenn du nicht machst, was ich dir sage, dann, also ich weiß nicht, ob du das in

dein Interview reinschreiben willst, aber das Krasseste, was ich mal erlebt hab, ist wenn du nicht tust, was ich sage, dann schneid ich mir die Klitoris ab. Und der entsprechende Mann dazu, dann was macht der jetzt dann. Also, das ist eine heftige Drohung an einer intimen Stelle sich selbst zu verletzen und die Verantwortung dafür auch nicht nehmen zu wollen, sondern sie jemandem zu übergeben, weil du dich so verhältst, werde ich das folglich, und das kriegt so ne Causa efficiens, einen Zusammenhang, wenn A dann B, und dann müsste man mit dem Partner, falls es diesen Partner gibt, im Regelfall sind die Partner nicht wirklich haltbar, sie bleiben nicht lange, und wenn man viele Kinder hat aus einer Borderline-Problematik im Regelfall sie sind nicht alle von einem Elternteil. Das ist, würd ich eher für unwahrscheinlich halten, weil die Sprunghaftigkeit dieser Personen dich fast nicht, fast nicht in ein, eine Bindung, die haltbar ist, reinwirkt und könnte, wenn man so ein bisschen Richtung Morris and Oldham, sie haben ein Buch geschrieben Anfang der 90er übers Persönlichkeitsporträt, die würden sagen, ein Borderliner wird mit dir den ganzen Tag Achterbahn fahren, er lädt dich auf seine Achterbahnfahrt ein, ähm, ergänzenderweise könnte man sagen, er läuft nachts mit dir um drei Uhr in einer fremden Stadt durchs Glasscherbenviertel und hat, also keine Angst, generell zeigen die gefühlt, gefühlt nach außen keine Angst, sie zeigen Symptomatiken von Angst im Umgang aus Konsequenz und Copingstrategien. Sie können immens viel Geld ausgeben, sie sind mutig genug, in Anführungsstrichen, um auf einem Autobahnbrückengeländer zu balancieren, sie haben immer nen lockeren Spruch auf den Lippen, sie sind intelligent, sie sind charismatisch, irgendwie muss man sie mögen, also tatsächlich im Regelfall haben die was Durchsetzungsfähiges, was Leidenschaftliches, also auch im Bereich der Sexualität und Partnerschaft, das ist himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt, wie Feuer und Eis. Ähm, und mit so einem Menschen, wenn man das so beschreibt, könnte man sich mal ein/zwei Tage vorstellen. Aber ein Leben wird schwierig an bestimmten Stellen, wie gesagt wir müssen die Ausprägungen, es gibt ja auch noch den impulsiven Typus zumindest nach dem ICD wird das unterschieden. Borderline oder impulsiver Typus, der dann eher in Beziehungen sehr viel heftiger ist. Ähm, je nachdem wie es ist. Ich kenne auch Borderline-Mütter also ich hab zwei im Kopf, die mit Schematherapie nach Young verhältnismäßig gut, beim Alkoholiker würde man sagen in der Rumpraline leben gelernt haben. Das heißt die Einsichtsfähigkeit *ich habe Borderline, oder so etwas in die Richtung einer Persönlichkeitsstörung und ich übernehme die Verantwortung, weil ich erkenne, dass mein Leiden* und das wären jetzt die wenigen Punkte, wo es überhaupt überhaupt kippen kann. *Mein Leiden ist größer als die Angst vor der Veränderung.* Dann eventuell ich

nehm die Veränderung. Das wär ein ein Schwenkpunkt. Ein anderer Schwenkpunkt ist die absolute Einsichtsfähigkeit, was ich meinem Kind zumute Schrägstrich sogar antue oder entziehe jetzt, wenn wären wir in den Bindungsbereichen. Des Dritte, was man vielleicht auch aus dem Bereich der Psychosomatik ganz gut kennt ist, sind das dann Menschen, die mich nicht verurteilen. Diese Menschen werden schon permanent verurteilt, sie werden auch weggeschmissen. Sie schmeißen Andere weg, wenn man das so nennen will, in Beziehungen. Aber sie werden auch weggeschmissen. Ich glaube sie erleben häufig Kontaktabbrüche, auch wortlose im Bereich Ghosting, wenn du so willst, *mit der will ich nie wieder was zu tun haben.* Des sind einfach unsagbar leidenschaftlich wilde Gestirne. Mir gefällt der Begriff sprunghaft deswegen, weil es nicht ganz so gelabelt ist, du bist krank, du hast keinen Platz in der Welt. Die haben schon einen Platz in der Welt, aber sie müssen ihn sich hart erkämpfen. Und ein Teil davon. Warum sollten diese Menschen auch nicht Kinder haben wollen, es gibt tausend Dinge, die dafürsprechen, dass gerade dieser Personenkreis gerne Kinder hat. Ähm, och manchmal um etwas wiedergutzumachen. Äh pff, dann vielleicht auch weil generell jemand Lust hat Kinder zu bekommen. Der Wunsch nach Familie und Zugehörigkeit ist definitiv da, allein um dieser Leere vorzubeugen. Aber Partner wahrscheinlich nicht halten zu können.

I: Ok, und wenn man nochmal den Fokus auf die Kinder legt, was wäre für die Kinder hilfreich, oder wie kann man sie gut unterstützen?
A: Pff, was wär für die Kinder hilfreich? Äh, hilfreich wäre trotzdem nochmal auf der Erwachsenenebene den Eltern klarzumachen, was sie da tun und im im in der höflichen Version, so wie du mich gerade in den Fokus geleitet hast, was verhältnismäßig höflich war, du hättest auch sagen können, *Beantworte die Frage endlich! Hätte ich dir nicht doch ein Blatt geben sollen, wo du sie ablesen kannst*. Mit derselben Höflichkeit, wie du mich in den Fokus zurückgeholt hast Eltern zu sagen, *Ui, wolltest du das?.* Schau mal was des, so. Vielleicht ist es nicht gut, wenn du das Lieblingsspielzeug von dem Kind an seinem Geburtstag vor seinen Augen kaputt machst. Was eine Strafe ist, die durchaus vorkommen kann. Also, so. Wenn sie die Einsichtsfähigkeit haben, dann dient es den Kindern. Was kann man den Kindern noch geben? Den Kindern selber, da würd ich übertrieben früh ansetzen, jetzt nicht ein Kind erwachsen zu machen, aber sagen wir bestimmte Dinge, die Kinder vielleicht erst später lernen recht früh anzusetzen, wie Selbstkundgaben, Gefühle äußern. Ähm, lernen, und zwar schnell, ich würde gucken, dass des Feld in dem die Kinder sind möglichst viele Personen, der Wygotski

würde sagen sachverständige Dritte hat also Resilienzpersonen, Nachbarn, äh Omas. Wobei schwierig, wenn die Oma die Mutter der Mutter ist, je nach Borderline-Typus die Mutter von ihr das Bindungsverhalten ein Stück weit sozial geerbt hat. Äh im Typ Hexe, wenn du so willst, wäre das zerstörerisch genug, um sich auf die Enkelkindergeneration auszuüben. Also da dann nicht, aber hab ich jetzt zum Glück toi, toi, toi noch nicht erlebt. Ähm sozialpädagogische Unterstützung sowohl bei den Eltern als auch bei den Kindern, Unterstützungsangebote generell, da wären wir jetzt wieder bei der Eingangsfrage, wie könnte man Stressorientierung herabsetzen, tatsächlich das Hilfesystem erweitern. In unserm Beispiel würden alle Kinder im Rahmen einer SPFH und/oder EZB, wenn man so will, parallel betreut werden und die Eltern auch. Und tatsächlich des bringt was. Kinder in die Richtung von Sport und ich erlebe mich, meine Leistungen kann ich realistischer einschätzen, wenn ich Freunde habe, die mit mir halt sprinten oder Sport oder andere Aktivitäten da irgendwie machen, als wenn es zuhause abgewertet, entwertet und und und und wird. Aber wir werden vermutlich nicht verhindern können, dass das Kind was abbekommt. Jugendämter müssen an solchen Stellen sicherlich entscheiden, nehmen wir es raus und/oder nicht. Zum Glück nicht meine Entscheidung. Wir können den Kindern sicherlich auch gerne übertrieben viel mehr Lob angedeihen lassen als anderen Kindern. Nicht weil es gut ist generell übertrieben zu loben, aber wahrscheinlich, je nach Typus, wird es zuhause sehr wenig passieren. Folglich, also wenn du dir des vorstellen willst, wie wie wie Lob und Anerkennung und Wertschätzung, stell dir das vor wie so ein ein ein temp äh Temperaturspiegel, wenn so ein Kind manchmal nach längerer Zeit wieder bei uns ist. So ein Glas, es ist fast leer es, du kannst reinhauen ohne Ende. Gib diesem Kind Lob für, für ganz normale Dinge. Für toll, dass du du bist und nicht nur für toll, wie du es geschafft hast bei diesem Mandala nicht über die Linie zu malen. Sondern also weniger schulisches Lob sondern, toll wie du des machst und ich weiß der Mama geht's schon lange nicht mehr so total gut grade oder sie ist jetzt grade im Moment bei vielen Ärzten, wie ist das für dich. Sich wirklich interessieren. Niemand, im Bereich dieser Sprunghaftigkeit, interessiert sich dafür wie es dir wirklich geht und wird das fragen. Mit Verlaub leider auch bei Nicht-Borderline-Familien manchmal kommt das zu knapp sich zu interessieren. Also viel Interesse, viel Anerkennung, pushen, ähm, die Geschwisterkonstellationen im Blick behalten, ein älteres Kind könnte in einer Borderline-Familie tendenziell Erziehungsaspekte für kleinere Kinder übernehmen, weil es sieht wie die leiden. Da könnte ich jetzt unendlich Geschichten erzählen, ich lass es, weil sonst sprengts den Rahmen. Aber auch zu gucken, ist dieses, darf dieses Kind eigenständig Person sein und dann mit

den Hüten à la Virginia Satir. Und es ist auch Bruder oder Schwester und und und Sohn und Tochter und so, das mag schon sein. Also dieses Kind braucht möglichst viel Zeit trotzdem außerhalb der Familie um in den wesentlichen sensiblen Phasen, wenn man das so nennen möchte, seinen Wissensdurst zu stillen, seine Anerkennung zu bekommen. Jetzt im pädagogischen Alltag vielleicht ein schwieriger Begriff, aber schon geliebt zu sein also im Sinne von he, wir mögen dich echt gerne hier haben, du bist ne Bereicherung für unsere Gruppe, für dieses und jenes und wenn dir was weh tut, wenn du zu uns kommst wir versorgen dich und nicht wir sagen, wenn du auch mit der Schere spielst, du dummes hässliches irgendwas. Also was jetzt schon Extreme wäre. Aber alleine die Nichtversorgung, schwierig. Also wir können es versorgen. Man kann, also, wenn man jetzt nochmal unsern noch nicht aufgezeichneten Bereich von Literaturverständnis äh wählen wollte, es gäbe tatsächlich richtig, richtig, richtig, richtig gute Möglichkeiten, wie *Schluss mit dem Eiertanz.* Also *Schluss mit dem Eiertanz* ähm is n Hammerbuch für, ich würde sagen, Beteiligte, Angehörige, Betroffene selber, Pädagogen. Das Buch hat einfach den Vorteil, dass in diesem Buch eine ähm unendliche Listen finden wirst mit könnte man, keine Ahnung mit solchen Kindern tatsächlich arbeiten und was würden sie brauchen und in welcher Situation würden Partner wie reagieren können und was würden die wiederum brauchen. Also des ist schon tj ich hab ein zwei Teile davon tatsächlich. Genau, wie könnte man Kinder schützen. Also in diesem Buch wirst du Sachen finden, die Grenzen aufzeigen, wie definieren wir die, Prioritäten setzen, ähm, das Verhalten nicht runterspielen lassen, wie die Welt ist halt n grausamer Ort und Kinder sollten da lernen, wie man mit Wutausbrüchen umgeht. Äh, manchmal werden Mamis sauer und das ist auch in Ordnung sauer zu werden. Aber Mami hätte Papi nicht so anschreien dürfen. Das wären so potentielle Entschuldigungsversuch. Wenn man es schafft mit transferfokussierter Therapie à la Kernberg oder mit Schematherapie oder DBT à la Linehan, also es gibt verschiedene Therapieformen, die hier bestimmt Aspekte aufgreifen oder psychodynamische Verfahren. Wenn man es schafft an bestimmten Stellen das innere Thermometer der Sprunghaften sichtbar zu machen, bewusst werden zu lassen, dass sie hier auch den Raum und die Situation verlassen könnten, statt sich ausgeliefert mit anderen anzulegen. Und das passiert auch hier in dem Raum, in dem wir gerade sitzen, dass so jemand auch gerne mal aufsteht, rausgeht und auch die Tür knallt, aber die kommen wieder. Drei, vier, fünf, sechs, sieben Minuten, oder halt zum nächsten Termin. Sie kommen wieder. Es ist einfach okay, ja, bei anderen Menschen, also wenn ich des jetzt mache, oder so, würds vielleicht ein bisschen weird wirken. Und hier ist es aber letztlich ein Erfolg, denn sie hätten dich

auch anschreien, schlagen oder beleidigen können. Stattdessen, sie springen auf und rennen wutentbrannt raus. Prinzipiell ein Riesenerfolg. Diese Erfolge zu schüren, weil erst dann kann ich zurückkommen und solche Sätze beispielsweise sagen. Ähm. Beziehung zu den Kindern stärken. Klar, wir können im Bereich unserer Unterstützungshilfen, was ja generell hilft beim stressorientierten Abbau uns als Moderatoren anzubieten also sozusagen, Mensch da war letzte Woche ein Riesenstreit, keine Ahnung, das Kind hat mit Feuerzeug gespielt, oder so, weiß ich nicht, jetzt in der Weihnachtszeit vielleicht irgendwie von alleine den Adventskranz angezündet und äh hm die Mutter rastet aus, aus Sorge aber auch aus anderen Aspekten. Solche Gespräche moderiert zu führen und dann dem Kind gegenüber klarzumachen die Mama ist auch massiv in Sorge. Um zu vermitteln und nicht ähm ich übertreib jetzt, die zündet dich gleich an, wenn sie das Feuerzeug aus deiner Hand gerissen hat. Ja, auch therapeutische Anbindung ist natürlich ein Aspekt. Muss man die Kinder therapeutisch anbinden? Ja, pf, wenn der Bedarf da ist. Vielleicht auch Spieltherapien oder andere, je nach alters bedingt ähm einzusetzen kann nicht zwingend schaden. Nochmal, Orte, äh, Orte außerhalb der Familie finden ist ein Muss. Nicht jedes Kind mit vier, fünf, sechs, sieben Jahren, das in einer Spieltherapie oder einem bestimmten therapeutischen Gruppenverfahren ist, nimmt das als Therapie wahr, sondern hat einfach einen geilen Ort, wo's mit andern Kindern, ähm, gefühlt sprechen und spielen kann, also ich würde diesen Kindern möglichst viel Freiraum woanders schenken, bestenfalls verhältnismäßig pädagogisch angeleitet. Ich will Vereinen und anderen überhaupt nicht absprechen, dass die das nicht auch können, also möglichst viele Orte.

I: Und, wie ist da so dein Eindruck zu dem Hilfesystem, also gibt es genügend Anlaufstellen für diese Zielgruppe oder
A: Nein.

I: Sagst du da fehlt noch was?
A: Also, die Zielgruppe der Kinder oder die Zielgruppe der Mütter?

I: Eher jetzt auf die Zielgruppe der Kinder bezogen.
A: Ok, ähm, gut. Also bei den Müttern wär die Antwort definitiv *Nein.* Und dann lass ich's da. Bei den Kindern, ch, ja, also ne Borderline-Diagnostik, die kriegt ein Kind ja nicht einfach so, folglich wird es nicht dieselben Schwierigkeiten haben wie die Mütter. Ähm, der DSM 4 würde es erlauben ab etwa 16, der ICD ab 18 und ich find beides, es

ist schon recht früh für, also ja, nach den G8-Richtlinien kann man schon sagen, Borderline könnte man da diagnostizieren. Im Regelfall würde man erstmal oppositionelles Verhalten beobachten. Man würde vielleicht eine, eine Art Hyperkinetik vermuten können. Bei den Kindern, die sich in den Bindungstypen eher passiv verhalten, also die wenn, äh, wenn Explorations- und Bindungsverhalten mit demselben Monotonie und denselben Bewegungen steuern, könnte man sagen, vielleicht geht man in die ADS-Richtung, also ich glaub es verschleiert viel, viel die Diagnostik bei diesen Kindern bis so ein Therapeut/Therapeutin draußen, äh, die Mutter kennenlernt in so einem Moment und dann schmeißt du wahrscheinlich deinen gesamten Diagnostikbogen über den Haufen, weil du dann merkst, und es gibt verdammt gute, andere Erklärungen auch. Und erstmal nur Erklärungen, Diagnostik muss ja noch nicht vergeben werden. Ähm, generell haben wir grade einen Engpass, würde ich sagen, in dieser Stadt, und nicht nur in dieser Stadt, hmhm, ich find das ist ein, äh, kleines, wenn man so will, staatliches Problem im Gesundheitswesen und auch in der kassenärztlichen Vereinigung. In der Öffentlichkeit wird gerne diskutiert, wir haben zu wenig Therapeuten. Fakt ist, das stimmt überhaupt nicht, wir haben unendlich Menschen da draußen, die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind nach humanistischen Verfahren, also nach gestalttherapeutischen Verfahren, systemischen Ansätzen, ähm, also Dinge, die nicht direkt von der Kasse anerkannt werden oder nur unter über fünf Umwege oder nur von manchen Kassen über drei Umwege. Dadurch können Eltern die Therapie ihrer Kinder nicht absetzen und müssten sie selbst bezahlen, also was im Endeffekt 70-100 Euro die Stunde kosten kann, was bei, naja, kannst du ausrechnen, bei den aktuellen Gassituations-, äh, äh, auch wenn das jetzt gedeckelt wird, aber, kann jemand 300, 400 Euro im Monat für ein Kind und die Therapie ausgeben. Dann könnte man drüber diskutieren, ja könnte man, wenn man, ich werd jetzt bös, aber das soll nicht so gemeint sein, wenn man das iPhone13 nicht hat, den fetten SamsungHD4K-Fernseher nicht hat, und, äh, Friseur- und Nagelstudiotermine einfach ein, ab und zu mal aussetzt, dann hat man dieses Geld, aber dazu muss ich das Kind und dessen Gesundheit auf Priorität Nummer Eins setzen. Und, äh, jemand, der dir sagt, dass er das nicht tut, das tut schon auch weh. Also, äh, das ist jetzt erstmal pädagogisch nicht nachvollziehbar. Fakt ist aber, dass die, hm, die KVB bestimmte Pla-, äh Kassensitze vergibt, manchmal teilen sich die Menschen auf halben Sitzen, aber es ist eine Farce zu sagen, wir haben zu wenig Therapeuten. Wir haben verdammt viele und auch richtig gute Therapeuten da draußen, die nicht abrechnen können und oder dürfen, einfach weil das System das so will. SGB5 Krankenkassengesetz. None of my business.

I: Und bezüglich der Borderline-Mütter wäre deine Antwort auch *Nein*, es gibt nicht genügend Hilfesysteme für sie?
A: Chaa, also manchmal, wenn du hier sitzt und mit diesen Personen sitzt, äh, du überlegst, wie könnten die bei Therapeuten anrufen, jetzt wo's gschnackelt hat, also jetzt wo sie sich irgendwas eingestehen, also ich würde auch hier drinnen nicht, ich würde Verdachtsdiagnose von emotionaler Instabilität in den Raum werfen, vielleicht an irgendeiner bestimmten Stelle, wo die Beziehung halbwegs haltbar ist und auch bestimmte Items dazu erklären und sagen, das könnte man checken lassen, da gäbe es möglicherweise Richtungen, wie man die Mutter vielleicht weiter unterstützen könnte. Wenn die dann Therapeuten/innen anruft, und, äh, sagt ich hab, pfff, äh, pfff, mutmaßlich da irgendwie Aktien in der F60 oder im Borderline die, äh, Problematik, dann werden die im Regelfall nicht zurückgerufen. Also Therapeuten reißen sich nicht um diese Form, also das ist einfach ne Erfahrung, das, ich will jetzt da keinem zu nahe treten, aber es sind Menschen, die unsagbar anstrengend sind, der Therapieerfolg ist unsagbar schwer, die Wirkfaktoren brauchen ihre Zeit, ähm, deswegen gibt es bestimmte Verfahren eben, mmm, und wenn du das aber nicht erwähnst am Telefon, dann kann es trotzdem sein, dass du dann innerhalb der Konsiliarsitzungen dann doch verabschiedet wirst, also du, äh, entweder du frustrierst sie indem sie erstmal die Wahrheit hinterm Berg halten, falls es eine Wahrheit ist, eine Verdachtsdiagnose, schon klar, und das andere ist, du erwähnst das direkt und die meisten Therapeuten werden höchstens zwei aber allerhöchstens zwei Menschen dieses Typus überhaupt, ähm, gleichzeitig, ja, betreuen, also nennen wir's therapieren. Wenn überhaupt zwei, vielleicht auch nur einen, manche werden sicherlich auch sagen, das mach ich gar nicht. Also ja, selbst die raren Plätzen haben dann noch das Problem, dass mit diesem Störungsbild oder Symptomniveau, wenn man das so nennen will, wenig Menschen arbeiten wollen.

I: Und welche Ressourcen würdest du sagen haben Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung?
A: Ch, die Ressourcen, ähm, also ich muss ehrlicherweise sagen, ich mag diese Menschen total gerne, mmm, bin froh, dass du nicht fragst, ob man, ob ich mit solchen Menschen, äh, verheiratet sein wollen würde, dazu würd ich keinen Kommentar abgeben, aber die Ressourcen an sich, wenn wir jetzt mit denen befreundet wären auf dieser Ebene, ich find die Ressourcen großartig, die es gibt. Wenn du jetzt sagen würdest,

ich wollt schon seit längerem mal wieder und ich hab neulich im Tedi gesehen und ich könnt ja mal wieder sowas wie Seidenmalerei, Acryl oder sonst irgendwas tun, die würden im Gespräch mit dir jetzt, sehr klischeehaft ist klar, aufstehen, zum Tedi gehen, zwei dieser Sets kaufen und mit dir zusammen im Wohnzimmer ne Staffelei aufbauen, gut laufende Musik dazu, ne kleine Mojitoparty und jetzt malen wir, weil das ist ne saugeile Idee. Das ist ne riesen Ressource. Also sie können uns helfen an manchen Stellen unsere eigenen Ängste und Zweifel wirklich mit Feuer übern Haufen zu brennen und zu sagen, das machen wir jetzt einfach. Wo wir vielleicht, naja, so die Akademikereltern oder generell so wenig Kinder und dann sehr selten und Karriereplanung und so, ach komm, lass machen. Dieses *komm lass machen* hat wirklich Rieseneffekt und die Leidenschaft dahinter. Also selbst wenn du in einer depressiv-deprimierten Phase bist, was Borderliner durchaus auch haben und andere Komorbiditäten, dich können sie ein Stück weit rausholen. Und zwar zu jeder Uhrzeit, du weißt, ich bin für dich da. In so einer Phase, auch früh um vier, kannst du die anrufen, die sind da. Für wen kannst du das sagen sonst. Die sind gnadenlos leidenschaftlich. Und packen Dinge an mit verhältnismäßig geringer Frustrationstoleranz, aber so gering ist sie auch nicht, weil dadurch, dass sie recht oft auch scheitern, aber permanent wieder neu anfangen, könnte man sagen, das könnte man sagen, sie brauchen überhaupt keine Frustrationstoleranz, sie machen ja sowieso. Während wir aus Erf- aus Misserfolgen würden wir lernen, an bestimmten Stellen des assoziativen Lernens würde man sagen kann ein Borderliner nicht den Lerneffekt für die nächste Situation so gut erfassen, dass die Copingstrategie sich von allein verändert. Schließlich ist es nun mal eine Persönlichkeitsstörung und, n, kein, kein Pappenstiel, wenn sie das könnten, sie, ich schwöre dir, sie würden es tun. Das Leben, das sie führen, ist sauanstrengend, wenn die irgendwie anders könnten, sie würden's tun. Deswegen mag ich die, weil die an bestimmten Stellen können sie nichts dafür, also halt wirklich nichts und wenn man mit ihnen auf der Einsichtsbasis arbeiten kann, die haben ein großes Herz. Also wirklich, wo man nicht sagen kann, dass Menschen, die mit ihnen umgehen, ihnen dieses große Herz zwingend bieten. Sie haben's trotzdem. Respekt, bemerkenswert, manche würden sich zurückziehen in Isolation und anderes. Das tun die im Regelfall nicht. Das wär jetzt die Ressourcenseite, auf der andern Seite, naja.

I: Und wenn du jetzt so an deine eigenen gemachten Erfahrungen mit Borderlinern denkst.

A: Denk ich die ganze Zeit. Auch,

I: Genau. Und, ähm, das jetzt so ein bisschen mit der Theorie vergleichst, die man aus Büchern rauszieht, unterscheidet sich das arg, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne oder sind diese Theorie, Theorien, die Klischees, die man da hört schon zutreffend in der Praxis?

A: Pfff, ich vermeide grade ein Gespräch da drüber, ob die ICD als Klassifikationssystem generell geeignet ist, aber lassen wir das mal. Ich würde sagen *jein*. Also diese klassischen Unterteilungen nach Dulze oder nach Lawson oder auch nach dem ICD in diesen zweitypisierten Formen, das sind sicherlich Richtschnüre und Hinweise und dafür find ich sie gut. Wenn ich weiß, ich habe eine, äh, ei, äh, hysteroides, psychotisches Symptomniveau, das ich halbwegs identifizieren kann im Rahmen dieser Persönlichkeitsstörung, ähm, dann weiß ich ungefähr, in welche Richtung ich mit jemandem arbeiten müsste und mit, was die Kinder am ehesten bräuchten, Konjunktiv, und äh, also allein als, als, als Fahrplan, nur so als Fahrplan, wie's die VAG im Moment ja auch macht, mal fahren wir, mal nicht, aber es fährt zumindest auf dieser Schiene. Als Fahrplan find ich's gut. Meiner Erfahrung nach lässt sich mm, mit Sicherheit nicht jedes Symptomniveau, also ich hab mindestens eine Person jetzt grade auch im Kopf, die krieg ich in keine dieser, äh, Hexe, Einsiedler, verwahrlostes Kind, Königinnen Level, also gar nicht, das passt nicht. Aber selbst hier bietet die ICD ja nen Ausweg und sagt, es gibt ja auch sowas wie Persönlichkeitsmischstörungen, nicht nur innerhalb der Achse 2 auf dem B-Cluster, sondern auch innerhalb der ganzen Persönlichkeitsspektren. Und das find ich prinzipiell ganz gut, also erfahrungsgemäß ist mir die Diagnostik hier drinnen nicht unendlich wichtig, es sei denn dem Klienten ist sie wichtig und er hat dann endlich was in der Hand und dann gibt es Wege, die man damit gehen kann. Es gibt keine Medikamente dagegen, beispielsweise, also einer von der medizinischen Ebene, du kannst eine Persönlichkeitsstörung mit Medikamenten, also grade hier könntest du ja selbst starke Medikamente an bestimmten Stellen gar nicht geben, weil hohe Suchttendenz gegeben ist, zumindest im Grundbild, ähm, hier wird's nur über Einsicht gehen. Also ja, als Fahrplan find ich's gut und nein eine Vierfeldertafel geht nicht auf in der Praxis.

I: Ok, dann meine letzte thematische Frage. Ist eine Familie, wo, ähm, eine Person mit Borderline-Persönlichkeitsstörung drin ist, erstmal von außen erkennbar? Also, wenn du jetzt ne Familie erstmal siehst, kannst du das erkennen auf den ersten Blick oder musst du dann Einblick in das Familienleben, in die Person wirklich bekommen?

A: Also, ich mein wie arrogant wär ich, wenn ich sagen würde, naja das riecht man, ähm, ich glaube der Unterschied ist tatsächlich ein Hausbesuch zum Erstkontakt versus ein oder zwei also meistens eine, von mir aus eine, Mutter und ein Kind kommen in unsere Räumlichkeiten, äh, das ist definitiv ein Riesenunterschied, als wenn du mitkriegst, was da zu Hause sonst noch so ist, am besten auch falls es einen Vater oder wechselwirkend eine, eine, eine, eine Frau, Schrägstrich zweite Mutter oder eine Partnerin gibt, ähm, das zu erleben macht nen Riesenunterschied. Wahrscheinlich würdest du sowohl in diesem Kontakt unserer Räumlichkeiten als auch zu Hause mit einem gem-, gewissen Gefühl rausgehen. Mmm, wenn du selbst, ich weiß nicht, äh, ich will jetzt keine Rückfrage stellen für dein Interview, aber wenn du selbst Erfahrungen gemacht hast, wenn du eine Person, nur eine, im Kopf hast, wo du weißt das ist ein diagnostizierte Person dieses Spektrums, ähm, und du hast, das erste Mal, dass du mit dieser Person irgendwie in einem Raum warst oder die kennengelernt hast und, oder im zweiten, dritten Kontakt, des, was es mit dir auf einer Körperebene macht, beispielsweise du gehst aus so einem Kontakt raus, das kann auch ein ewiglanger WhatsApp Verlauf sein, weil die haben eine recht hohe WhatsApp Antwortzwang, ist ein falsches Wort, aber sie sind sehr, sehr, sehr, sehr neugierig, impulsiv, also die antworten auch gleich und zu jeder Uhrzeit und die lassen auch nicht locker, im Regelfall, ich will nicht immer *die* sagen, weil es gibt nicht die einen, ähm, wenn du merkst, du fühlst dich manchmal wie von einem LKW überfahren, speziell in diesem Spektrum, um ein anderes Fenster aufzumachen, manchmal im Kontakt mit depressiven Patienten aus dem neurotischen Spektrum, ich merke für mich, je weniger Energie mein Gegenüber in den Raum legt, umso mehr, also wie eine Wippe, würde ich anspringen, Energie in den Raum zu geben. Das bin einfach ich, habe Lust, kann ich steuern, wenn ich es merke, ich habe Lust auszugleichen das Stimmungsniveau. Ich werd‘s nicht tun, aber ich merke, dass ich die Lust dazu habe in diesem und das gibt’s bei dem, äh, Borderline-Spektrum auch. Bestimmte Körperwahrnehmungen an mir krieg ich fest, das ist wissenschaftlich sicherlich sowas von nicht haltbar, um Gottes Willen, aber es ist wirklich ein bestimmter Bereich, der in mir anspringt, wenn ich im Rahmen solcher Menschen sitze und im Regelfall danach, ich kann zumindest überlegen, krm, dass ich nicht die, das Angstspektrum oder was so im Vordergrund steht oder die perfekte Mutter, oder, oder, man wird sicherlich auch fehlgeleitet aus narzisstischen oder histrionischen Spektren, das ist wirklich zu viel Überschneidungen, und eine Persönlichkeitsstörung diagnostizierst du sicher nicht in einem Gespräch, das überhaupt nicht zur Diagnose dient zu Hause oder hier, aber ich glaube, ein Geschmack, neigschmeckt hätte

ich schon die Richtung in Erwägung zu ziehen. Also sehr, sehr, sehr Verdachts, Verdachts, aber doch, ich glaube, das Gefühl dazu dürft ich ausreichend oft haben. Und dann muss man dem auf den Grund gehen und sicherlich auch wieder überwerfen und, und, und, und, und ist schon klar. Geht ja nicht um die eigene Großartigkeit, um Gottes Willen.

I: Genau, das wären meine Fragen. Gibt's noch irgendne Anregung, irgendne Ergänzung, die dir jetzt grad auf der Seele brennt, die du noch machen möchtest, was jetzt in meinen Fragen nicht abgedeckt wurde?
A: Tja, vielleicht, tatsächlich, wenn man sich damit beschäftigt, äh, auch das Persönlichkeitsporträt, das hier glücklicherweise schon aus dem Regal gefallen ist Oldham und Morris mal reinzulesen, wie könnte man das noch sehen, ähm, um, um für diese Menschen ein gewisses Bild zu wecken. Wenn ich im pädagogischen Bereich drüben so bin, und es fällt so ein Begriff wie Borderline oder auch Psychose oder Wahnsinn oder also so was wie ganz, zunächst mal heftige medizinische oder psychomedizinische Begriffe, ähm, auch Pädagogen schrecken zurück und sagen Oh Gott, hands off, irgendwie, ja Borderline da will ich nichts mit zu tun haben oder ich hab Angst oder kann ich, wenn wir's, wenn wir's sprunghaft nennen, wenn wir andere Begriffe dafür finden, dass diese Menschen einen sehr, sehr temperamentvollen Stil aus guten Gründen, das kannst du immer unterstellen, die Gründe sind verdammt gut, was die alles nicht gekriegt haben, also ich würde wenn dann wahrscheinlich versuchen, ein warmes Herz für die zu wecken, was die tun und was sie auch gegen dich tun, das tun sie nicht, weil sie dich wirklich nicht mögen oder weil sie dich hassen und glorifizieren, verteufeln, schwarz weiß und so weiter, also ich würde empfehlen, ein Leben, ja so *ein Leben mit/ohne Lola*[7]*,* das ist ein verhältnismäßig guter Roman, den man dazu lesen kann, den sprunghaften Stil aus dem Persönlichkeitsporträt, den praktischen Alltag, äh, das Buch, das du in den Händen hältst, ähm, *Schluss mit dem Eiertanz.* Und sicherlich auch immer wieder den Kreisman *Ich hasse dich, verlass mich nicht*, einer der extremen Klassiker. Ich glaube, wenn man sich da so ein bisschen reinfuchst und Persönlichkeitsstörungen verdienen, dass wir uns reinfuchsen, das ist kein Schnupfen, der mal eben vorbei geht und für uns beide, wir sind beide zu alt, wir werden auch nie mehr eine kriegen. Das ist tatsächlich der Witz, also wenn du über die 20 hinaus so immer noch nicht persönlichkeitsgestört diagnostiziert worden bist, weil es auch wirklich keinen Grund dazu gibt, in all den diagnostischen Fragen fangen wir sehr früh in

[7] Anmerkung der Autorin: *Ein Jahr mit ohne Lola.*

der Kindheit an und gucken, wo sich dieses Verhalten zeigt. Wir beide werden es niemals kriegen. Das ist wie ein absoluter Albtraum in den ersten Lebensjahren eines Menschen, die if sie, mit dem sie den Rest ihres Lebens leben müssen und eventuell deren Kinder auch. Haben wir ein Herz dafür, was für ein Albtraum das wohl ist. Und wenn wir diejenigen sind, die aus dem sozialpädagogischen Bereich den Schutz dafür bieten wollen, Gott verdammt, dann bieten wir bitte Schutz, nicht Angst und Verurteilung, weil genau das sind die Symptome, die die schon in sich tragen. Wir sollten nicht besser sein, das will ich damit nicht sagen, aber verhalten wir uns doch bitte wenigstens als hätten wir es nicht, obwohl sie das in uns dauernd rausprovozieren. Seien wir froh, wir haben es nicht und behandeln wir nicht so als wären die Schuld dran, dass wir uns jetzt, dass sie uns grade wütend gemacht haben. Das ist unser Problem, wenn wir uns nicht abgrenzen können, nicht deren. Also ja, habt ein Herz, das ist ok.

I: Ok. Dann, vielen Dank.

A: Danke dir.

Anhang 5: transkribiertes Interview Expertin B

Interview mit Fachkraft aus dem ambulant betreuten Wohnen
Expertin B

I: Genau, also meine erste Frage ist, in welchem Arbeitsfeld du tätig bist und was deine genaue Berufsbezeichnung ist?
B: Mhm ähm ich beziehungsweise, ich hab im betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen also im ambulanten betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen gearbeitet. Ähm in der Zeit wo ich ähm ne ne Mutter mit Borderline-Störung begleitet hab und ähm bin von Beruf Sozialarbeiterin.

I: Ok und seit wann, also wie lang warst du in diesem Arbeitsfeld dann tätig?
B: Ähm ich glaube sechs Jahre und hab auch die Klientin, die ich jetzt primär im Blick hab, ähm seit von Beginn an begleitet. Also sechs Jahre lang begleitet.

I: Ok, und was waren da so deine täglichen Aufgaben in diesem Arbeitsfeld?
B: Ähm, im ambulant betreuten Wohnen, ähm, ist der Schwerpunkt, wie der Namen quasi schon sagt, die ambulante Betreuung und meistens geht es um 5 Schwerpunkte des ist einmal die Haushaltsführung, die ähm oder alles, was mit Haushalt zu tun hat, also auch so Organisation des kann sehr, sehr weitgefächert sein. Die Freizeitgestaltung, ähm, auch so Kontakt mit anderen, soziale Kontakte, ähm Beziehung, ähm, dann die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die der Umgang mit der ähm mit den Auswirkungen der psychischen Erkrankung aber auch mit der Erkrankung selbst. Der letzte äh war Arbeit ähm Alltags-, Tagesgestaltung also Alltagsgestaltung, Tagesgestaltung im Rahmen von auch Arbeit oder arbeitsähnliche Tätigkeiten oder, wenn das alles nicht ging wie dann eben so ne Alltagsstrukturierung stattgefunden hat. Und ähm beim ähm beim ambulant betreuten Wohnen ist das so, dass da ähm alle ein bis zwei Jahre ein Hilfeplangespräch stattfindet und man quasi mit dem Klienten/mit der Klientin selber die Ziele möglichst nach SMART ähm Richtlinien ähm festlegt und an denen auch arbeitet. Also das Ziel ist eigentlich mit den Klienten/Klientinnen selber die Ziele festzulegen, die sie erreichen möchten, in den jeweiligen Bereichen.

I: Ok, dann würde ich in die thematischen Fragen einsteigen. Ähm, wie stellt sich denn deiner Erfahrung nach die Problematik dar, wenn die Mutter an einer BPS erkrankt ist, und welche Schwierigkeiten treten da so in der Mutter-Kind-Bindung auf?
B: Ähm, also ich hab die Familie in dem Sinne ähm mit Schwerpunkt auf die Mutter begleitet und ähm zwar von der Geburt an. Also bereits in der Schwangerschaft und dann eben die ersten ähm zweieinhalb Lebensjahre, also noch relativ jung. Ähm, ich fand die hauptthematischen Thematiken bei der besagten Klientin vor allem ähm diese eigene, also die eigene Regulation grade in so Extremsituationen. Also Beispiel so Schwangerschaft, Geburt hat sie insgesamt total gut gemeistert. Also auch manchmal so mit so ner bewundernswerten Routine oder auch so ner, also ich finde da ham Menschen mit Borderline-Störung auch schon ne krasse Stärke. Aber grad in der Beziehung, wenn son Kind eigentlich alles von einem braucht ähm fand ich war es manchmal für meine Klientin total schwierig das dem Kind zu geben. Gerade in Zeiten, wo sie eigentlich selber völlig über ihre eigene Grenzen gegangen sind, was ja gerade bei kleinen Kindern relativ Normalfall ist ähm. Aber da dann quasi auf sich zu achten und so diese ganzen Situationen, die Menschen mit Borderline machen müssen, hm in welchem Bereich bin ich gerade emo emotions-, regulationsmäßig ähm, da eigentlich für sich zu sorgen und es irgendwie im Blick zu haben und gleichzeitig aber eigentlich n n Kind zu haben dem dem des halt egal ist in welchem Rahmen man jetzt gerade ist. Und dem dem Kind ist ja auch egal, ob man dafür jetzt gerade Zeit braucht oder nicht, sondern es wird halt gebraucht und ich glaub für diese ähm diesen Faktor eigentlich ganz wenig Zeit für sich zu haben, wenn man‘s grade braucht und so ganz für jemand anders da zu sein fand ich mit eins der Hauptthematiken, die die schwierig waren, weil es ganz schwierig war die, dass die Klientin sich selber stabil halten konnte. Genau, das war glaub ich der erste Teil der Frage.

I: Genau, dann hast du da irgendne Veränderungen in dieser Mutter-Kind-Beziehung gespürt oder im Bindungsverhalten des Kindes?
B: Mmm. Ich weiß nicht, ob ich das so ganz konkret auf auf die allein also auf die Erkrankung alleinig zurückführen kann. Des find ich total schwierig. Ich finde ähm meine Klientin war von Anfang an sehr viel eingebunden in Systemen. Ähm, dass ich so das Gefühl hatte, dass das Kind sehr schnell ok war auch woanders zu sein. Also was ich so im ersten Moment, also ich glaub es kommt immer von Kind zu Kind an, aber wenn ich jetzt so sagen würde des wär vielleicht ne n Hinweis drauf, dass es einfach sehr schnell gewöhnt war, dass die Mutter vielleicht nicht immer da sein kann. Ähm, und

dass es damit halt reagiert hat, dass es mehr, oder dass es besser damit umgegangen ist bei anderen Kin oder bei anderen Menschen zu sein und sich von anderen beruhigen zu lassen und solche Sachen. Mm ich war natürlich nicht so in dem Alltag dabei. Ähm, zumindest nicht so häufig. Ich glaub schon, dass ähm des Kind so im Nachhinein selber bestimmt auch immer wieder Schwierigkeiten hatte so die Emotionen zu regulieren. Des ist natürlich jetzt bei einem unter dreijährigen Kind sowieso so der Fall, aber ich glaube, dass das so, ich hab die Familie auch später noch weiterhin gesehen, hab da so n bisschen so ä Themen mitbekommen und ähm dass es z.B. schon im Nachhinein so Auswirkungen hatte, dass es das Kind eben selber immer wieder Schwierigkeiten hatte gerade z.B. Wut zu kontrollieren oder da glaub ich in so ner Situation müsste man ja als Eltern des erstmal selber reflektieren. Wo man eigentlich gerade steht und des Kind dann auffangen und ich glaub des war schon auch immer wieder schwierig, sodass das Kind glaub ich schon eher herausfordernde Situationen erlebt hat mit der eigenen mit der eigenen Gefühlsregulation und ich glaub es hat schon auch viel geweint an sich. Also grade auch so Nächte. Aber des find ich wiederum total schwierig zu sagen, das liegt jetzt daran, dass die Mutter ne Borderline-Störung hatte. Der ihr Familiensystem war total schwierig. Der Mann selber ähm war jetzt nicht ne stabile Komponente, sondern auch sehr unsicher. Also das ganze Familiensystem war sehr ähm instabil und herausfordernd, sodass ich jetzt nicht sagen würde das lag jetzt an der Mutter, sondern ich glaub an schon an der Gesamtsituation.

I: Ok, du wirst garantiert diese vier Bindungstypen kennen, sicher gebunden, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorientiert. Würdest du sagen, du kannst da irgendwas dazu sagen, wie dieses Kind an seine Mutter gebunden war? Oder sagst du ne, da erlaubst du dir kein Urteil.
B: Also richtig würd ich mir jetzt kein Urteil erlauben. Mmm, ich hatte aber schon das Gefühl, dass im es Großen und Ganzen schon sicher gebunden war. Also ich finde schon, dass meine Klientin des zu nem ganz großen Teil auch sehr gut gemacht hat. Also ähm, dass ich schon des Gefühl hatte, sie hat dann des Kind über alles gestellt, so in dem Sinne und ähm hat ähm versucht da immer da zu sein und des Kind irgendwie aufzufangen und ihm da irgendwie so ne sichere Bindung zu geben und des hatte eher Auswirkungen dann in der Gefühlssituation von ihr selbst. Also, dass es ihr selber schlecht ging und dass sie Auswirkungen ähm gespürt hat ähm, die sie dem Kind versucht hat nicht zu zeigen. Gleichzeitig glaube ich auch, dass es jetzt ähm dass es nicht ne nicht mehr super sicher gibt. Also ich glaub so in dem dass es, ja wie soll ich sagen,

ich glaub, wenn ichs einschätzen müsste, glaub ich schon, dass es grundsätzlich ne sichere Bindung ist. Äh, die wurde da auch viel begleitet und ich glaub des macht sie auch sehr gut. Aber natürlich gibt's glaub ich Situationen, die nicht einfach sind, und wo keine sichere Bindung da ist. Also da, ich weiß nicht, ob‘s bei den Bindungstypen auch so Mischtypen gibt. Dann bin ich für nen Mischtyp.

I: Ok, gut. Damit ist meine Frage beantwortet. Ok, was ist nun deiner Ansicht nach für die Kinder hilfreich von Borderline-Müttern? Also, wie kann man sie unterstützen?
B: Mmm, also ich glaub des kommt natürlich sehr auf des Alter an. Ähm ich finde schon, dass grade bei ganz kleinen Kindern, wenn es irgendwie möglich ist und die Gesamtsituation des zulässt, das glaub ich weitere Versorgungsmöglichkeiten hilfreich sind. Also so was wie sozialpädagogische Familienhilfe, wenn die Verwandtschaft stabil ist, da einfach viel Anbindung zu haben. Also so n Netzwerk, des die Mutter entlastet. Also dass das Kind einfach sichere Bindungen auch woanders erfährt, oder auch dieses ähm, dass andere für es da sind. Also ich glaub des hilft sehr bei der Resilienz von Kindern oder diese diese Resilienz aufzubauen. Mmm und hilft auch der der Mutter sich zu entlasten. Ähm, auch so diesen Druck zu haben. Also zumindest war das bei meiner Klientin so, dass sie das Gefühl hatte, sie muss da jetzt Übermenschliches leisten. Ähm um da dann bisschen auch Druck rauszunehmen, ähm, ich finde auch eben so frühe Krippeneinbindungen. Also so einfach so Zeiten zu schaffen, wo viele Dinge einfach geregelt sind, wo Rituale da sind, wo kein Chaos ist. Das war bei meiner Klientin ganz viel, dass so ne Tagegestaltung da manchmal auch schwierig war. Ähm, da einfach so beide zu unterstützen, dass es so weiter Rahmenaspekte gibt. Das fand ich bei den den Kleinsten immer ganz hilfreich. Ich glaube schon, dass es bei Älteren total hilfreich ist über so Emotionen, Gefühle zu sprechen. Da vielleicht im besten Fall, je nachdem wie die Mutter auch mit ihrer Erkrankung umgeht ähm, vielleicht auch gemeinsam über diese Situation zu sprechen und dem Kind einfach so ne ähm, so Erklärungen zu liefern das einschätzen zu können. Aber grade auch über die eigenen Gefühle irgendwie, so n Gefühl dafür zu kriegen, ähm. Das würd ich schon sagen, dass das sehr hilfreich sein kann. Und ich glaub schon ähm, dass grade bei solche Situationen Unterstützung von außen total hilfreich sein kann, wenn die Mutter dazu bereit ist. Und natürlich auch das Kind irgendwie dazu bereit ist ähm, sie in der Beziehung zu unterstützen. Ähm gerade glaub ich auch, wenn‘s dann irgendwie Themen gibt sich wieder zu distanzieren. Also wenn die Mutter sich von dem Kind alleine gelassen fühlt. Also ich find gerade am Anfang ist das häufig, find ich, gar nicht so n krasses

Problem, weil des Kind so abhängig ist von der Mutter und bei meiner Klientin war es z.B. so, dass die des auch sehr gestärkt hat. Also ihr ne Aufgabe gegeben hat, nen Sinn über sich hinauszuwachsen, also ihr des ganz viel Energie gegeben hat und ich glaub aber, dass es dann auch schwierig werden kann, wenn so Kinder ihre ersten Distanzierungen machen. Also so diese Perspektive nach außen, Freunde zu bekommen und so weiter. Die Mutter nicht mehr so wichtig ist, dass dieser Abnabelungsprozess dann glaub ich gut begleitet werden muss. Um da nicht so ähm, so dysfunktionale Situationen rauszu, oder dass ja dass die so ein bisschen aufgefangen werden können. Könnte ich mir vorstellen.

I: Ok. Dann, wie ist dein Eindruck bezüglich der Hilfesysteme? Also, gibt es genügend Anlaufstellen, die die Zielgruppe auch tatsächlich auffangen, oder sagst du da fehlt noch was?
B: Ähm, ich find schon, dass es einiges gibt, das sehr gut ist. Ähm ich finde immer die Kooperation und Zusammenarbeit ist natürlich immer sehr abhängig von den einzelnen Akteuren. Ähm, wenn das gut läuft find ich kann da auch viel schon aufgefangen werden. Grade eben mit sozialpädagogischer Familienhilfe oder dann eben auch die Einzelbetreuung ähm, jetzt z.B. bei uns im BeWo[8] ist dann für die Mutter da. Ne also solche Dinge ähm aber auch wenn im Kindergarten da ähm aktiv ist und ei also ne und wenn so Schulsysteme oder egal welche Systeme, wenn die da n Stück weit auch sensibel dafür sind und Ressourcen haben da ähm mehr zu arbeiten oder enger zusammenzuarbeiten kann das sehr hilfreich sein. Ähm das ist glaub ich aktuell wenig der Fall. Ähm, da gibt's wenig Ressourcen, also ich finde da, aber ich glaube das ist ein allgemeines Thema. Ähm, aber insbesondere für Familien, die irgendwie ne psychische Erkrankung in der in der Familie haben, ist das glaub ich gerade sehr, sehr schwierig, weil du einfach wenig Möglichkeiten hast da eng zusammenzuarbeiten. Mmm ich finde grad im in Nürnberg ist natürlich des Südklinikum mit der Tagesklinik total hilfreich für für Mütter ähm, wo ich schon erlebt hab, dass das glaub ich ne ne sehr positive Auswirkung haben kann. Ähm, was finde ich noch sehr stark oder vielleicht hats meine Ratsuchende auch einfach nicht so angenommen. Aber was ich finde noch mehr sein kann ist einfach Therapie für Menschen mit Borderline. Ich hab die Erfahrung gemacht, dass wir ambulant eigentlich keine Therapie gefunden haben, die z.B. auch ganz eng mit DBT zusammengearbeitet hat. Also man kann z.B. ne DBT Gruppe finden, aber hat dann keinen Therapeuten, der dementsprechend zur DBT

[8] Betreutes Wohnen

parallel arbeitet. Des ist ja eigentlich so n Gesamtkonzept und gerade dann für Mütter, wo des eigentlich noch viel wichtiger wäre ähm, gibt's dann glaub ich noch weniger. Ähm, also ich glaub so spezielle Angebote wären glaub ich schon sehr hilfreich für solche ähm für solche. Klar des sind natürlich sehr spezielle Situationen, aber ich glaub, dass die schon hilfreich wären. Ich find grade auch im, aber des ist jetzt eher allgemein für Menschen mit Borderline. Ähm da ist grad am Klinikum Nord jetzt die ähm die Krisenstation. Ich glaub das is schon des wo ich des Gefühl hab, da is ne gute Versorgung da. Ähm, aber des is natürlich auch nicht spezialisiert für ähm für Mütter. Und grade, wenn man keinen Menschen hat, der die Kinder dann sicher nehmen kann, wenn‘s einem selber schlecht geht, hat man schon wenig Möglichkeiten. Also du hast dann halt die Möglichkeit, irgendwie die Kinder in ne Familie zu geben, für ne Kurzzeit, ich weiß gar nicht wie des richtig heißt, nicht Kurzzeitpflege. Aber ähm in akut genau in so ne Akutpflege äh Situation ähm. Aber ich glaube, des kostet ganz viel Kraft. Also ich glaub, wenn‘s so Möglichkeiten geben würde, wie zum Beispiel, dass Kinder da auch irgendwie mitbetreut werden könnten, oder ne also ich glaub für solche Situationen gibt's für Mütter ganz wenig. Also ich find schon, dass da Mensch mit Borderline nochmal viel mehr eigentlich leisten müssen, aber wenn, die meisten ham ja da nicht unbedingt so ein sicheres Netzwerk. Das heißt sie ham ganz wenig Möglichkeiten, wo sie ihre Kinder auch mal hinbringen können. So dass die sicher, dass die sich um sich kümmern können. Also ich weiß schon, dass es in der Zeit z.B. Situationen gab, da hätte ich meine Klientin gerne auf die Krisenintervention, also Krisenintervention angemeldet. Aber es war klar, wir wissen nicht, wo die Kinder hinsollen. Solche Situationen sind glaub ich, äh, super herausfordernd, wenn ähm, wenn grade ne Mutter und des is glaub ich also würd ich jetzt mal sagen sehr wahrscheinlich, dass da einfach auch Krisen auftauchen, wenn man grade auch kleine Kinder oder auch größere Kinder hat. Ähm, dass so diese diese Versorgung der Mutter eigentlich ganz wenig gewährleistet werden kann. Wenn‘s in den stationären Rahmen geht. Genau.

I: Ok. Und wenn du‘s auf die Kinder beziehen würdest, was würdest du da sagen? Haben wird da genügend Hilfesysteme, die das auffangen können?

B: Mmm,

I: Auch wenn des jetzt nicht so dein Gebiet war.

B: Jaa, also ich glaub was ich mir schon wünschen würde wär ähm, des ist natürlich also genau, weil wenn wir hier wünsch dir was spielen. Ich glaube, dass es schon irgendwie so Einrichtungen, wenn die des mehr aufm Schirm haben. Also insgesamt

Eltern mit psychischer Erkrankung, aber grade auch ähm Eltern mit ner Borderline-Störung ähm, des macht glaub ich ganz viel mit dem Kind und ich glaub wenn da grade also sei es Lehrer, Kindergä also ne Erzieherinnen. A wenn‘s da entweder auch spezielle Angebote geben würde, oder die des auch mehr im Blick haben, dann würde des glaub ich hier den Kinder sehr viel helfen in verschiedenen Situationen. Weil man vielleicht individuellere Lösungen für sie finden würde. Ähm, grade auch so Themen, ne also wenn, wenn zu Hause halt mal wieder alles schief geht und die dann aber in Kindergarten total verstört kommen oder auch in die Schule und dann nicht leisten können ähm, dann nicht quasi direkte Sanktionen zu bekommen, sondern vielleicht erst mal ne Nachfrage und wenn jemand weiß, was es bedeutet ne Eltern mit Borderline-Störung zu haben, dann gibt’s da glaub ich ne andere Reaktion darauf. Und ich glaub des wär schon was, was total hilfreich wär. Mmmm, ich weiß nicht genau, ich meine es gibt auch Gruppen in Nürnberg für Kinder, ich weiß jetzt psychisch kranker Eltern oder ob‘s auch welche gibt für speziell, ähm, Mütter mit Borderline-Störung. Aber wenn‘s des nicht gibt wär sowas natürlich hilfreich, weil des einfach so ne ähm also zu einen so ne son Umgang mit Situationen hilfreich sein kann. Grade auch mit anderen, denen des auch so geht und sich glaub ich auch damit wieder so n Stück weit Dinge mm nicht normalisieren, aber zumindest aushaltbarer machen. Oder man auch an gemeinsamen Lösungen arbeiten könnte. Aber auch so was wie Psychoedukation. Also wie kann ich reagieren, wenn ne Situation ist. Wie kann ich mich selber schützen. Auf was kann ich selber achten. Also ich find solche Themen fänd ich für Kinder ähm, von Müttern mit Borderline-Störung eigentlich total wichtig.

I: Mhm, aber du sagst, die gibt’s im Moment noch nicht genügend.
B: Ich glaube nicht. Also ich, weil die so klein waren, weil unter drei ist es natürlich total schwierig da irgendwas äh anzubieten. Aber ich glaub ähm ich weiß nicht so genau, wie des Angebot für Ältere aussieht, da kenn ich mich nicht aus. Was natürlich auch mega wär, hehe wär natürlich auch noch mehr Angebote was z.B. auch so Marte Meo ähm Therapie angeht. Weil ich glaube schon, dass wenn Eltern mit, und es würde auch den Kindern tatsächlich etwas bringen, weil ich glaub wenn Eltern ähm beobachten können, wie sie reagieren und die auch motiviert sind Dinge anders zu tun. Wenn man sich des gemeinsam anschaut, wie des in nem System dann funktioniert oder was da grade passiert, dass dann Kinder auch davon profitieren, dass Eltern sich mit der Beziehungsarbeit auseinandersetzen. Oder mit der Erziehungsarbeit. Ähm, des ist jetzt zwar kein Angebot für Kinder in dem Sinne, aber ich glaub, dass die da mega davon

profitieren würden. Ähm, wenn so konkret an Dingen gearbeitet wird. Genau und ich glaub ansonsten für Kinder, ich glaub allgemein, gerade auch von jungen von von ähm von ähm von klein auf is so zusätzliche Betreuung oder externe Betreuung glaub ich total wichtig. Also ich glaub eben selber dann auch wieder allgemeine Sachen, günstige Krippenplätze, genügend Kindergartenplätze, die auch in der Nähe sind, die es grade für Menschen mit Borderline leicht machen ihr Leben zu gestalten, was sowieso schon kompliziert ist. Ähm, Schule, Hort ähm, wenn die gut ausgebaut sind und da ein tragfähiges System ist, dann ist des glaub ich schon was, was Kinder ganz viel unterstützt, weil die da Routine und Sicherheiten haben und des einfach nochmal n zusätzliches Hilfesystem ist zu dem, was eigentlich daheim passiert.

I: Ok, du hast es vorhin schon so kurz angeschnitten, was würdest du sagen haben Mütter mit ner BPS für Ressourcen? Was können die richtig gut und was können wir vielleicht sogar von ihnen lernen?
B: Ähm, ich glaub was die richtig, richtig gut können is ähm, n Gespür für Dinge haben. Ähm natürlich im äh im besten Fall eigentlich für Situationen, wo‘s ihren Kindern nicht gut geht, um des dann positiv einzusetzen und dann nachzufragen. Ähm, und auch so dieses ähm, ich find schon so diese, auf der anderen Seite diese ganz große Kraft über sich selber hinauszuwachsen, weil ich finde, dass die im Alltag sowieso ständig über sich hinauswachsen müssen und irgendwie Übermenschliches leisten müssen. Ähm, da dann aber in solchen Situationen sich tatsächlich zurückzustellen und sehr viel für sich also für die Kinder zu tun. Und ähm, des find ich ist schon noch was, was ich immer wieder bewundernswert find, grad in solchen Situationen. Mmm, und ja ich find auch so chaotisch, also zumindest bei der Klientin, die ich hatte, dann manchmal so dieses Alltagsleben is, wo man manchmal so des Gefühl hat, selbst da brennts ständig und man hat eigentlich gar kein Gefühl, dass da irgendwie Alltag ist. Ähm, hat sie des find ich total gut geschafft, ihren Kindern dennoch so ne Sicherheit zu vermitteln. Und irgendwie zu sagen, ich bin da und ähm, ich mach des. Und dafür hatte sie dann immer noch irgendwie so Energie und ähm, des ist natürlich trotzdem, also ich glaub in jedem ander, also ich find des total ähm, schwierig zu sagen, weil dieser Alltag natürlich trotzdem nicht strukturiert war. Aber ich glaub so dieses Gefühl hat sie trotzdem geschafft irgendwie rüberzubringen. Ähm, genau. Ich glaub des sind so die Hauptaspekte, die mir grad so auf die Schnelle einfallen.

I: Ok gut , dann passt die Frage. Ähm, würdest du sagen, dass sich deine Erfahrungen, die du jetzt mit deiner Klientin gemacht hast, sowohl im positiven als auch im negativen so n bisschen von dieser Theorie oder auch dem Bild, was man von Borderlinern hat unterscheiden?

B: Im positiven wie im negativen?

I: Ja, egal welche Erfahrungen du jetzt gemacht hast.

B: Es ist für mich son bisschen die Frage, was is denn des Bild, also weil ich find es gibt ganz viele Bilder. Denkst du an nen bestimmtes, oder?

I: Gesellschaftlich würde ich eher an ein sehr Borderliner sind sprunghaft, die brechen jede Beziehung ab, sind gefühlt entweder die Männer sind im Knast die Frauen sind in der Psychiatrie, so dieses Bild was zu Beispiel auch viele Boulevardmedien vermitteln.

B: Mhm, um des Bild geht's dir grade?

I: Genau.

I: Ähm, also ich glaub. Was ich schon n Stück weit bestätigen würde, ist glaub ich schon dieses n Stück weit auf der einen Seite schon dieses Sprunghafte, ähm. Wobei ich da schon sagen würde, dass des einfach sehr, mm, also des Bild stimmt dennoch nicht, weil des Sprunghafte passiert aus aus ner selbst aus nem Selbstschutz heraus, aus ner Selbstverteidigung raus und auch aus, wie ich immer finde, also zumindest ähm, bei meiner Klientin war das so, dass der Dinge passiert sind, die passiern halt auch, also keine Ahnung. Also so was passiert mir nicht im ganzen Leben, was der in ner Woche passiert manchmal. Also wo ich manchmal auch denk, da kommen manchmal so Ketten zustande, die es auch irgendwie schwierig machen, da ruhig und entspannt durchs Leben zu gehen. Also ich hab auchs Gefühl ich find‘s sehr erstaunlich in was für Situationen Menschen mit Borderline kommen. Manchmal auch so n bisschen gefühlt was die anziehen. Also, ähm, find ich schon auch äh faszinierend, deswegen find ich hat das Sprunghafte so ein bisschen seine Berechtigung in dem Bild. Aber ich finde aus ner anderen Situation heraus nicht, weil die des ähm so wollen, sondern weil‘s ne eigentlich ne Reaktion ist. Mm, was die Beziehungen angeht find ich, mmm, ich glaub es hängt sehr von dem Gegenüber ab und ob jemand bereit ist in die Beziehung zu investieren. Ähm, ich glaube schon, dass Menschen mit Borderline sehr wohl dazu in der Lage sind Beziehungen zu gestalten und auch sicher einzugehen. Ähm, wenn der Gegenüber es schafft diese Sicherheit zu geben. Und sich die Zeit nimmt diese Sicherheit aufzubauen. Und ich glaube des is des, was manchmal so schwierig ist, weil gerade auch so in gesellschaftlichen Situationen oder auch in Arbeitssituationen, auch in Beziehungssituationen, ähm gerade auch in Systemsituatio-

nen. Also wenn man an Jugendamt und all diese ganzen Sachen denkt, ähm ist Beziehung meistens nicht lange. Also auch Erzieher sind ja manchmal nur für n Jahr da und dann sind sie wieder weg und so Sachen. Und ich glaub, des is was, was es für Menschen mit Borderline extrem schwierig macht. Ich hatte so des Gefühl, ich hatte ne sehr, sehr tragfähige Beziehung zu meiner ähm Klientin, aber ich hab auch viel investieren müssen. Also ich musste sie schon überzeugen, mmm dass sie sicher ist. Und ich kann es aus der aus der Perspektive von Menschen mit Borderline sehr gut verstehen, dass sie da sehr, sehr vorsichtig sind und lieber ganz schnell abbrechen, bevor sie noch mehr verletzt werden, oder noch mehr ähm Nachteile haben. Mmm, deswegen würde ich da auf jeden Fall widersprechen, dass ähm dass Menschen mit Borderline keine tragfähigen Beziehungen eingehen würden. Mmm, ich erleb Menschen mit Borderline auch als unglaubliche Kämpferinnen. Ähm, im absolut positiven Sinne, also man hat so des Gefühl, die versuchen ihr Leben irgendwie zu managen, auf ihre beste Art und Weise und auf aus manchmal gut gemeinten Dingen, oder Dingen, die für sie Sinn ergeben, entsteht aber in der Gesellschaft irgendwie was Chaotisches und des ist aber nicht mit Absicht, sondern des ist eigentlich aus ner aus nem aus ner guten Intention heraus passiert und des find ich manchmal so schade, weil man ihnen dann schnell diesen Stempel gibt, von die kriegen des nicht auf die Reihe, oder die wollen nicht, oder die machen ähm, die rasten nur aus oder was auch immer. Ähm, was ich so einfach nicht ähm, ja ich find immer, dass die versuchen, also ich hab meine Klientin immer erlebt, dass sie eigentlich konstant gekämpft hat ihr Leben in Griff zu kriegen. Und natürlich auch Situationen hatte, wo sie keine Energie mehr hatte und wo dann auch Dinge passiert sind, die auch blöd waren. Aber ähm, dass so ganz viel eigentlich passiert ist, aus ner aus nem guten aus ner guten Idee heraus. Ähm, und dass da des Bild find ich manchmal sehr, sehr negativ geprägt ist. Also ich glaub, dass das für Menschen mit Borderline unglaublich schwierig ist Alltag zu gestalten, aus dem Grund heraus, was einfach ihre Geschichte mit sich bringt und wie sie geprägt wurden und was sie auch irgendwie ähm. Also na sie ham sich ja selber nicht ausgesucht diese Erkrankung zu bekommen und ähm, letztendlich sind andere Menschen und andere Umstände ähm, Grund dafür, dass sie des jetzt aushalten müssen. Und ich find die meisten Menschen mit Borderline oder die, die ich kenne ähm versuchen da wirklich des Beste zu geben. Und des find ich sehr schade, was dann manchmal so dieses Bild ist und ich glaub grad so dieser Ausdruck mit ähm in der Psychiatrie oder im Gefängnis ist letztendlich ne Konsequenz daraus, dass ihnen glaub ich ähm zu wen- also des is jetzt n bisschen pauschal gesagt, aber ich glaube, dass mit mehr Unterstützung und

mit konstanterer Unterstützung und auch mit so also ne wo nicht sofort mit ähm mit Leistung, oder Check, oder mit ähm Finanzierung zu tun hätte. Dass wenn man da Menschen, die äh die in solchen Situationen sind, viel früher Hilfe anbieten würde oder z.B. auch ne funktionierende Therapie, dass dann solche Sachen einfach gar nicht passieren würden, weil letztendlich ist des ja meistens irgendwelche Ausdrücke von irgendwelchen Situationen, wo sie ihre Emotionen nicht regulieren konnten und dann ähm letztendlich in Situationen kamen, die dann gegen das Gesetz verstoßen, oder was auch immer. Ähm, wo aber der Punkt ja viel früher anfängt und wenn man da andere Unterstützung geben würde, ähm, dann glaube ich schon, dass solche Dinge auch vermeidbar wären

I: Ok, genau. Ähm wenn du jetzt an deine Familie denkst, die du hattest, würdest du sagen, dass sie für Außenstehende, die von der Problematik nichts wissen erkennbar ist, dass die Mama ne psychische Erkrankung hat oder sagst du nee, von außen ist des so n bisschen heile Welt, des passt alles?
B: Mmm also ich glaub jetzt nur auf der Straße oder jetzt mal kurz aufm Spielplatz würde man des glaub ich nicht unbedingt erkennen mmm. Ich glaub, was man schon vom Bild her sehen würde, dass es nicht gerade äh ähm die Bildungsschicht ist also ne also dass es jetzt nicht gerade Menschen sind, die ähm sich an die Regeln halten oder die ähm immer gepflegt aussehen oder so was. Also ich glaub des muss ma ähm da da hat einfach so die die eigene Geschichte schon ganz viel Auswirkung gehabt ähm auf des äußerliche Erscheinen. Mmm, ich glaub, wenn man sie näher kennt würde man schon erkennen, dass es Schwierigkeiten gibt. Sowohl in dem, in der ich glaub in der Kommunikation der Eltern ähm. Ich glaub weniger in der Kommunikation mit den Kindern auf den ersten Moment. Ich glaub in der zweiten würde man das vielleicht schon auch merken, wenn man sie näher kennt. Aber ich glaub jetzt so auf den allerersten Blick vielleicht nicht unbedingt, auf den zweiten glaub ich schon.

I: Ok, also würdest du sagen Kindergärten, Schulen können des schon erkennen?
B: Auf jeden Fall.
I: OK, gut damit wär ich mit meinen thematischen Fragen am Ende. Hast du noch Ergänzungen, Anregungen, die jetzt in meinen Fragen keinen Platz gefunden haben, die du aber noch loswerden möchtest?
B: Hm, ne ich glaub nicht. Also ich hoffe, dass äh dass so insgesamt schon deutlich geworden ist, dass ich glaub, dass Menschen mit Borderline, oder Mütter mit Borderli-

ne ähm und deren Kinder einfach Unterstützung brauchen und dass sie immer versuchen ähm ihr Bestes zu geben und da glaub ich auch sehr stark dran. Ich glaub schon, dass wenn ähm wenn da mehr Unterstützung wäre auf jeglicher Ebene, dass dann viele Dinge auch nochmal und grade auch frühzeitig, dass dann einfach viele Dinge anders laufen könnten. Genau.

I: Gut. Dann vielen Dank.

Anhang 6: zusammengefasste Tabelle 1

Frage	Antwort Experte A	Antwort Expertin B
1.	- im ambulanten Fachdienst in der psychosozialen Beratung vor allem für Mütter - Gestalttherapeut, aber auch Kinderpfleger, Erzieher und Sozialpädagoge	- habe im ambulant betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen gearbeitet → in der Zeit eine Mutter mit BPS - Beruf: Sozialarbeiterin
2.	- im Fachdienst seit 5 Jahren; in der Einrichtung seit 9 Jahren - tägliche Aufgaben: Interviews, kollegiale Beratung, Anleitung für Studenten, psychosoziale Beratung (therapienahe Beratung), Abteilungen unterstützen (mit Materialien, Diagnostik, Arztbriefen, Therapeutensuche und -anbindung, Moderation bei JA-Gesprächen (Jugendamtsgesprächen, Clearing, Berichtsergänzungen) - alles auf Grundlage von Datenschutz	- sechs Jahre - Klientin mit BPS von Beginn an begleitet, also auch sechs Jahre - ambulante Betreuung als Schwerpunkt mit fünf Schwerpunkten: 1. Haushaltsführung (alles, was mit Haushalt zu tun hat); 2. Freizeitgestaltung (soziale Kontakte, Beziehungen, Teilhabe); 3. Umgang mit Störung und deren Auswirkungen; 4. Alltags- und Tagesgestaltung (auch Arbeitsgestaltung und Tagesstrukturierung - alle zwei Jahre Hilfeplangespräch → Ziele mit Klient SMART formulieren
3.	- Kernproblematik: stressorientiertes Symptomniveau (Eltern, die aufgrund vielfältiger Situationen Stress haben) - jedes vierte Kind in Deutschland lebt wahrscheinlich mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen - kann physiologische Auswirkungen haben: Hauterkrankungen, dermatologischer Bedarf bei Neurodermitis, Asthma, Bronchialerkrankungen, Spannungskopfschmerzen - bei Eltern mit BPS massive Auswirkungen, je nach Ausprägung bei den Eltern - Bsp. aus Praxis: Mutter mit narzisstischem Symptomniveau: Kind darf keine eigenständige Person sein, sondern soll nur Großartigkeit der Mutter wiederspiegeln (gute Noten, hübsch sein) → alle sol-	- Familie mit Schwerpunkt auf die Mutter begleitet, von Beginn an (also auch Schwangerschaft, bis Kind ca. zweieinhalb Jahre alt war) - Hauptthematik bei der Klientin: eigene Regulation v.a. in Extremsituationen - Schwangerschaft, Geburt hat sie sehr gut gemacht → mit bewundernswerter Routine → Menschen mit Borderline haben da eine große Stärke - aber in der Beziehung, wenn Kind alles von einem braucht, für Klientin schwierig, dem Kind das zu geben → v.a. wenn sie gerade selbst über eigenen Grenzen ist - Hauptthematik, die schwierig war: Situationen, wo Menschen mit BPS schauen müssen, wo sind sie gerade emotions-, regulationsmäßig und für sich sorgen müssen und gleichzeitig Kind haben, dem das egal ist,

	len glauben, dass man eine tolle Mutter ist mit einem begabten Kind → schädigend und missbräuchlich → Kinder nicht groß werden lassen (Niedlichkeit behalten), vier-/fünfjähriges Kind noch in den Kinderwagen, was motorische Entwicklungsverzögerungen begünstigt → wenn Kind dann doch groß wird, noch mehr Kinder bekommen → hier wurde Bedarf auf Haustiere gelenkt - aufgrund von Geburtenreihenfolge nach Alfred Adler wird erstes Kind auf jeden Fall ebenfalls sprunghaft sein, da es die ungebremste Symptomatik der Mutter abbekommt → ambivalent-unsichere Bindung (nach Bowlby Typ C) oder desorganisierte Bindung (Typ D) → nicht sicher, ob Mutter Sicherheit oder Quelle der Angst → manchmal ist sie beides → Paradox → Kinder gehen zur Mutter damit diese sie beschützt → Mutter kann aber nicht vor sich selbst beschützen → Ambivalenz: manchmal wird sie es schaffen, wenn das Kind gefällt und manchmal nicht - absolute Herabwürdigungen und Beleidigungen im Alltag *du kleine Hure; du bist fett; du bist dumm*, etc. und dann wieder gelobt werden für eine schöne Schleife → Typ Hexe oder psychotisches/ hysteroides Symptomniveau → zerstören die Kinder unabsichtlicherweise → die Frage ist, wo fängt die Absicht an - kann Folge haben, dass kleines Kind physiologisch stirbt - als Jugendlicher vielleicht selbstverletzendes Verhalten, Suizid, oder in ganz extremen Fällen Mord der Mutter - das erste Kind wird sich auch im Bereich sprunghafte oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung bewegen → Spiegel der Mutter	ob man gerade Zeit hat oder die für sich braucht → wenig Zeit für sich selbst, wenn man sie braucht und immer für jemanden da sein, schwierig → schwierig für Klientin sich selbst stabil zu halten - Bindungsverhalten nicht alleinig auf BPS der Mutter zurückführbar → total schwierig - Klientin von Anfang an in viele Systeme eingebunden → für Kind war es schnell okay, bei anderen Menschen zu sein und sich von ihnen beruhigen zu lassen → vielleicht erster Hinweis, dass Kind gewöhnt war, dass Mutter nicht immer da sein kann - war nicht so häufig im Alltag mit dabei - Kind hatte bestimmt immer wieder Schwierigkeiten, Emotionen zu regulieren → bei kleinen Kindern sowieso immer der Fall → im Nachhinein hatte es aber schon so Auswirkungen, dass das Kind Probleme hatte z.B. Wut zu kontrollieren → so eine Situation müsste man als Eltern erst einmal selbst reflektieren, wo steht man gerade und Kind auffangen → das war schon immer schwierig - Kind erlebt herausfordernde Situationen mit eigener Gefühlsregulation - Kind hat auch viel geweint, vor allem in den Nächten - aber total schwierig zu sagen, dass das an der BPS der Mutter liegt - Familiensystem war total schwierig → Vater war auch keine stabile Komponente, sondern sehr unsicher - Familiensystem an sich instabil und herausfordernd, lag an der Gesamtsituation und nicht nur an BPS der Mutter - schwierig, Urteil darüber zu erlauben, wie das Kind gebunden war → aber im Großen und Ganzen schon sicher gebunden - Klientin hat das zu großen Teilen sehr gut gemacht → Kind über alles gestellt und versucht, immer da zu sein

	- gewisse Hinweise auf erhöhte Bisexualität im Bereich Borderline → vielleicht weil Herausforderungen sehr groß und dann die Suche der Identität in der Borderline-Problematik → Platz in der Welt kann evtl. besser gefunden werden, wenn die Identität verwaschener ist und man somit mehr Anknüpfungspunkte hat - prinzipiell kann es sein, dass die Kinder alles von der Mutter übernehmen - Beziehungen funktionieren auch über Gewalt und Drohungen → Praxisbeispiel: Drohung, sich selbst an intimer Stelle zu verletzen, wenn der Mann nicht tut was man will → Verantwortung auf den anderen übertragen → causa efficiens - Partner sind oft nicht lange haltbar → wenn viele Kinder, dann meistens von verschiedenen Partnern - Sprunghaftigkeit des Borderliners macht gute Bindung fast unmöglich → Morris and Oldham würden sagen, Borderliner fährt den ganzen Tag Achterbahn mit einem (Bsp.: läuft nachts durchs Glasscherbenviertel und hat keine Angst) → zeigen gefühlt keine Angst → wenn dann nur Symptomatiken von Angst im Umgang mit Konsequenzen und Copingstrategien → sie können viel Geld ausgeben, mutig genug um auf einem Autobahnbrückengeländer zu balancieren, immer lockerer Spruch auf den Lippen, intelligent, charismatisch, durchsetzungsfähig, leidenschaftlich → von himmelhochjauchzend zu zu Tode betrübt - Leben mit ihnen schwierig → je nach Typus - Praxisbeispiel: zwei Borderline-Mütter leben ganz gut mit Schematherapie nach Young damit → haben Einsichtsfähigkeit, dass leiden größer ist als Angst vor Veränderung → Kipppunkt → und Einsichtsfähigkeit was die Mutter dem Kind zumutet,	und Kind aufzufangen und sichere Bindung zu geben → hatte eher Auswirkungen auf sie selbst in Gefühlsituationen, dass es ihr selbst schlecht ging und Auswirkungen gespürt hat, aber versucht hat, es dem Kind nicht zu zeigen - gleichzeitigt glaubt sie, dass Kind nicht super sicher gebunden ist → grundsätzlich schon sichere Bindung, da auch viel dabei begleitet wurde und Mutter das sehr gut machte, aber auch Situationen, die nicht einfach sind und wo keine sichere Bindung da ist → Mischtyp

	antut oder entzieht (Bindungsbereiche) - Borderliner erfahren viele Kontaktabbrüche → sie schmeißen weg, werden aber auch weggeschmissen - sprunghaft → müssen sich ihren Platz in der Welt hart erkämpfen - diese Zielgruppe möchte genauso gerne Kinder wie jeder andere auch, warum auch nicht	
4.	- auf Erwachsenenebene höflich klarmachen, was sie da mit ihren Kindern tun → *Wolltest du das? Ist es gut, dass Lieblingsspielzeug vor den Augen des Kindes an seinem Geburtstag kaputt zu machen?* → Einsichtsfähigkeit der Mutter fördern - früh ansetzen, Kinder nicht früh erwachsen machen, aber bestimmte Dinge schon früh erlernen, z.B. Selbstkundgabe, Gefühle äußern - Kind sollte sachverständige Dritte (nach Wygotski) haben, also Resilienzpersonen, Nachbar, Oma, etc. → außer Oma ist Mutter der Mutter, dann hat diese vielleicht Bindungsverhalten von der Oma erlernt → bei Typ Hexe wäre das genug, um sich auf Enkelgeneration auszuwirken - sozialpädagogische Unterstützung sowohl für Eltern als auch für Kinder - Unterstützungsangebote → Hilfesysteme erweitern → Bsp. aus Einrichtung, Kinder werden im Rahmen einer SPFH und/oder einer EZB parallel zu Eltern betreut - Sport → ich erlebe mich, kann meine Leistungen realistisch einschätzen - Freunde, die mich nicht abwerten, wie ich es zuhause erlebe - kann sicherlich nicht verhindert werden, dass das Kind etwas abbekommt - JA muss entschieden, ob das Kind rausgenom-	- kommt sehr auf das Alter des Kindes an - bei ganz kleinen Kindern, wenn möglich weitere Versorgungsmöglichkeiten (SPFH, stabile Verwandtschaft) → viel Anbindung haben → Netzwerk, das die Mutter entlastet → dass Kind sichere Bindung auch woanders erfährt, dass andere für es da sind - hilft bei dem Aufbau der Resilienz für Kinder und bei Entlastung der Mutter - Klientin hatte Druckgefühl, dass sie jetzt Übermenschliches leisten muss → Druck rausnehmen - frühe Krippeneinbindungen → Zeiten, wo Dinge geregelt sind, Rituale und kein Chaos - bei Klientin Tagesgestaltung oft schwierig → deshalb Rahmenaspekte schaffen - bei Älteren viel über Emotionen und Gefühle sprechen → je nach Umgang der Mutter mit der BPS auch zusammen über Situation sprechen und Kind eine Erklärung zur besseren Einschätzung zu geben - über eigene Gefühle sprechen und Gefühl dafür bekommen, kann sehr hilfreich sein - Unterstützung von außen sehr hilfreich, wenn Mutter und Kind dazu bereit sind, in der Beziehung unterstützt zu werden - auch bei Themen, wie z.B. wieder Distanzierung → wenn Mutter sich von Kind allein gelassen fühlt - am Anfang kein Problem, da Kind sehr abhängig von Mutter ist → Klientin hat das sehr gestärkt, weil sie

	men wird oder nicht - übertrieben viel Lob → nicht weil generell viel loben gut ist, sondern weil das Kind zuhause sehr wahrscheinlich nicht viel Lob bekommen wird - Lob, Anerkennung und Wertschätzung vorstellen wie ein Glas, wenn das Kind in die Einrichtung kommt, ist das Glas eigentlich leer → man kann super viel loben und reinhauen → Lob für normale Dinge, z.B. toll, dass du du bist. → weniger schulisches Lob, sondern, toll wie du das machst, ich weiß der Mama geht es gerade nicht so gut, wie ist das für dich? - sich wirklich für das Kind interessieren → weil die Mama durch die Sprunghaftigkeit nicht fragen wird, wie es dem Kind geht → auch manchmal bei Nicht-Borderline-Familien zu wenig Interesse - viel Interesse, viel Anerkennung - Geschwisterkonstellationen im Blick behalten → ältere Kinder übernehmen eventuell Erziehungsaspekte für jüngere Kinder - schauen, darf das Kind eine eigenständige Person sein (Hüte ala Virgina Satir), ist es auch Bruder, Schwester, Sohn, Tochter, usw. - Kind braucht so viel Zeit wie möglich außerhalb der Familie, um in sensiblen Phasen Wissensdurst zu stillen und Anerkennung zu bekommen und um geliebt zu werden (im pädagogischen Kontext → *Wir haben dich gerne hier. Du bist eine Bereicherung für unsere Gruppe. Wenn etwas ist, kannst du zu uns kommen. Und wir werden nicht sagen, du dummes hässliches irgendwas.* - Kind versorgen - *Schluss mit dem Eiertanz* ist ein super Buch, für Beteiligte, Angehörige, Betroffene selber und Pädagogen → Liste, wie kann man mit diesen Kindern	Aufgabe hatte und Sinn; hat ihr viel Energie gegeben - kann aber dann schwierig werden, wenn Kind erste Distanzierungen macht (Perspektive nach Außen, Freunde), wenn Mutter nicht mehr so wichtig → Abnabelungsprozess gut begleiten → keine dysfunktionalen Situationen, sondern auffangen

	tatsächlich arbeiten, was brauchen sie, in welchen Situationen können Partner wie reagieren und was brauchen sie; wie kann man die Kinder schützen; wie zeige ich Grenzen auf und definiere diese; wie Prioritäten setzen und Verhalten der Mutter nicht herunterspielen -mit transferfokussierter Therapie à la Kernberg oder Schematherapie oder DBT à la Linehan das innere Thermometer der Sprunghaften sichtbar machen und so bewusst werden lassen, dass sie auch den Raum und die Situation verlassen können, statt sich mit anderen anzulegen → Praxisbeispiel: jemand geht raus und knallt Tür zu, wird aber wieder kommen in paar Minuten oder halt zum nächsten Termin → das ist ein Erfolg, denn sie hätten auch schreien, schlagen oder beleidigen können, stattdessen springen sie auf und rennen wütend nach draußen - diese Erfolge schüren, denn nur dann kann die Person zurückkommen und es kann mit ihnen an der Beziehung zu den Kindern gearbeitet werden - Fachkräfte können sich als Moderatoren anbieten → Kind klar machen, dass die Mutter in einer Situation vielleicht in großer Sorge war, Bsp. großer Streit, weil Kind mit Feuerzeug gespielt hat - therapeutische Anbindung der Kinder, wenn der Bedarf da ist → evtl. Spieltherapie, wird von Kind nicht immer als Therapie wahrgenommen, sondern vielleicht als Ort, wo es mit anderen Kindern fühlen, sprechen und spielen kann - Orte außerhalb der Familie; Kindern Freiraum woanders schenken, am besten pädagogisch angeleitet, aber auch z.B. Vereine	
5.	- sehr schnelles und eindeutiges Nein - bei den Müttern definitiv nein	- es gibt einiges, das sehr gut ist → Zusammenarbeit immer abhängig von einzelnen Akteuren → wenn gut

	- Borderline-Diagnostik bekommt Kind nicht einfach so und wird dann auch nicht dieselben Schwierigkeiten haben wie die Mutter - DSM 4 erlaubt Borderline-Diagnose ab 16, ICD-11 ab 18 →beides recht früh - im Regelfall wird zuerst oppositionelles Verhalten beobachtet → Hyperkinetik wird vielleicht vermutet - wenn Kinder sich vom Explorations- und Bindungsverhalten eher passiv verhalten, dann vermutet man vielleicht ADHS - Diagnostik der Kinder wird sehr verschleiert, bis Therapeut die Mutter kennenlernt und merkt, dass es für das Verhalten des Kindes eine wirklich gute Erklärung gibt - Erklärung reicht erstmal, Diagnostik muss ja nicht sofort vergeben werden - generell gerade Engpass in Fürth aber auch anderen Städten → ist ein staatliches Problem im Gesundheitswesen und in der kassenärztlichen Vereinigung - in der Öffentlichkeit wird gerne gesagt, dass zu wenig Therapeuten vorhanden sind, aber das stimmt gar nicht, es sind viele Menschen, die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nach humanistischem Verfahren, nach gestalttherapeutischem Verfahren, nach systemischen Ansätzen sind → dies wird von den Kassen nicht anerkannt oder nur über fünf Umwege oder nur von manchen Kassen über drei Umwege → Eltern können Therapie der Kindern nicht absetzen und müssen sie selbst bezahlen (ca. 70-100€ die Stunde) → können Eltern das zahlen, ja vielleicht, wenn man andere Dinge wie z.B. Nagelstudiotermine, iPhone 13, etc. weglässt, aber dazu müsste man die Gesundheit des Kindes auf Priorität eins setzen → Farce zu sagen,	läuft, kann viel aufgefangen werden - SPFH oder Betreutes Wohnen sehr hilfreich - aber auch aktive Kindergärten, Schulsysteme, wenn sie sensibel dafür sind und Ressourcen haben, eng zusammenzuarbeiten, sehr hilfreich → aktuell passiert das eher nicht, da wenig Ressourcen → das ist allgemeines Thema, aber v.a. für Familien, die psychische Störung haben sehr schwierig, das wenig Möglichkeiten zusammenzuarbeiten vorhanden - Südklinikum Nürnberg mit der Tagesklinik sehr hilfreich → habe positive Auswirkungen erlebt - müsste mehr Therapie für Menschen mit BPS geben → Erfahrung, dass ambulant keine Therapie gefunden, die mit DBT zusammenarbeitet (zwar DBP-Gruppe, aber keinen parallel arbeitenden Therapeuten) - für Mütter, wo es sehr wichtig wäre, gibt es noch weniger → spezielle Angebote wären sehr hilfreich - Im Klinikum Nord in Nürnberg Krisenstation → gute Versorgung, aber nicht spezialisiert auf Mütter → wenn niemand die Kinder sicher nehmen kann, wenn es einem schlecht geht, wenig Möglichkeiten (höchstens Kindern in Familie oder in Akutpflege geben) → kostet viel Kraft - Möglichkeit, dass Kinder bei so etwas mitbetreut, wäre gut, für Mütter gibt es da sehr wenig - Menschen mit BPS müssen da viel mehr leisten und haben oft nicht so gutes soziales Netzwerk → wenig Möglichkeiten, wo Kinder hinbringen - Praxisbeispiel: gab Situationen, wo Klientin besser auf Krisenintervention, aber wo dann die Kinder hin → sehr herausfordernde Situationen - sehr wahrscheinlich, dass bei Müttern Krisen auftreten mit den Kindern - Versorgung der Mütter kann da v.a. im stationären Rahmen nicht gut gewährleistet werden

	wir haben zu wenig Therapeuten, wir haben viele und gute Therapeuten, die aber nicht abrechnen können oder dürfen - würde niemals in diesem Setting BPS diagnostizieren, sondern Verdachtsdiagnose von emotionaler Instabilität, wenn Beziehung gerade gut ist, Items dazu erklären und sagen, dass man das mal checken lassen könnte - wenn dann Mutter Therapeuten anruft und sagt, ich bin eventuell in F60 oder in der Borderlineproblematik, werden sie meistens nicht zurückgerufen - Therapeuten reißen sich nicht um Borderliner → es sind Menschen, die sehr anstrengend sind, Therapieerfolg ist sehr schwer, Wirkfaktoren brauchen Zeit - wenn man es am Telefon nicht sagt, kann es sein, dass innerhalb der Konsiliarsitzungen beendet wird - die meisten Therapeuten nehmen höchstens zwei Borderliner gleichzeitig an, manchmal nur einen, oder manchmal auch gar nicht - selbst die wenigen Therapieplätze, die es gibt, nehmen dann noch weniger Borderliner an	- bei Kindern wären Einrichtungen, die das beachten, wichtig → Mutter mit BPS macht viel mit dem Kind → Lehrer, Erzieher sollten das im Blick haben → spezielle Angebote würden Kindern in den unterschiedlichen Situationen helfen → es müssten individuelle Lösungen gefunden werden → nicht wenn Kind wegen herausfordernder Situation zuhause verstört in Kindergarten oder Schule kommt und z.B. keine Leistung bringt, nicht gleich Sanktionen, sondern erst mal Nachfrage → wenn jemand weiß, was eine Mutter mit BPS bedeutet, gibt es andere Reaktion → wäre sehr hilfreich - es gibt in Nürnberg Gruppen für Kinder von psychisch kranken Eltern → Gruppen für Kindern mit Mutter mit einer BPS wären auch sehr hilfreich → Umgang mit Situationen, Kontakt mit anderen, denen es genauso geht → Dinge normalisieren sich dadurch etwas, oder werden zumindest aushaltbarer → gemeinsam Lösungen erarbeiten - Psychoedukation → wie reagiere ich in bestimmten Situationen, sich selbst schützen, auf sich achten → total wichtig - sie glaubt, da gibt es momentan noch zu wenig → unter drei natürlich schwierig - wie Angebot bei Älteren ausschaut, weiß sie nicht genau - mehr Angebote wie z.B. Marte Meo Therapie wären super → wenn Eltern beobachten können, wie sie reagieren und motiviert sind, Dinge zu ändern, können Kinder davon profitieren, wenn Eltern sich mit Beziehungsarbeit/ Erziehungsarbeit auseinandersetzen → zwar kein Angebot direkt an die Kinder, aber wenn konkret an Dingen gearbeitet wird, profitieren sie davon - zusätzliche Betreuung oder externe Betreuung sehr wichtig → allgemeine Sachen: günstige Krippenplätze, genügend Kindergartenplätze, die auch in der Nähe

		sind → muss es der Mutter leicht machen sowieso schon kompliziertes Leben zu gestalten - Schule, Hort, wenn tragfähiges System, unterstützt Kinder auch → Routine und Sicherheit → zusätzliches Hilfesystem
6.	- ich mag diese Menschen total gerne - die Ressourcen an sich sind großartig - Beispiel: man sagt, man würde gerne mal wieder Seidenmalerei, Acryl, etc. machen oder sonst etwas, der Borderliner würde aufstehen, etwas dafür einkaufen, die Staffelei aufbauen, gute Musik laufen lassen und eine Mojitoparty machen, weil das ist eine mega gute Idee - können uns helfen, unsere eigenen Ängste und Zweifel zu vergessen und sagen, so das machen wir jetzt einfach mal - im Sinne von *komm lass machen* → viel Leidenschaft - gnadenlos leidenschaftlich → wenn du selbst in einer depressiven Phase bist, können sie dich ein Stück weit heraus holen und sind immer für dich da, egal zu welcher Uhrzeit - packen Dinge mit verhältnismäßig geringer Frusttrationstoleranz an → brauchen sie die? Sie scheitern oft, fangen permanent von neuem an - Borderliner tun sich schwer damit, aus Misserfolgen zu lernen (assoziatives Lernen) und haben somit auch Schwierigkeiten damit, die Copingstrategien von allein zu verändern → ist ja eine Persönlichkeitsstörung → wenn sie es könnten, würden sie es tun - ihr Leben ist super anstrengend und sie können oftmals nichts dafür - wenn man mit ihnen auf der Einsichtsbasis arbeitet, funktioniert es häufig sehr gut	- was sie sehr gut können: Gespür für Dinge haben → am besten für Situationen, wo es den Kindern nicht gut geht und dann positiv einsetzen und nachfragen - ganz große Kraft, über sich selbst hinauszuwachsen → müssen im Alltag ständig über sich hinauswachsen und Übermenschliches leisten - sich in Situationen zurückstellen und sehr viel für Kind machen bewundernswert - bei Klientin war zwar Alltagsleben sehr chaotisch, da brennt es ständig, da ist fast kein Alltag → trotzdem gut geschafft, Kind Sicherheit zu vermitteln → Gefühl von, ich bin da und ich mache das → hatte dafür immer Energie - Alltag war natürlich nicht strukturiert, aber Gefühl hat sie trotzdem geschafft

	- haben ein großes Herz -Respekt davor, dass sie großes Herz behalten, auch wenn sie es oft nicht zurückbekommen, sich nicht zurückziehen in Isolation, sondern weiterkämpfen	
7.	*-jein* -klassische Unterteilung nach Dulze, Lawson, nach ICD in zweitypisierte Formen, Richtschnüre und Hinweise und somit gut → wenn man weiß, welches Symptomniveau man hat, kann man auch besser wissen, in welche Richtung man mit der Person arbeiten muss und was die Kinder brauchen → als Fahrplan gut - manche kann man nicht in das Schema (z.B. Hexe, Einsiedler, verwahrlostes Kind, Königinnen Level) einordnen → ICD: es gibt auch Persönlichkeitsmischstörungen; nicht nur innerhalb der Achse 2 auf dem B-Cluster, sondern auch innerhalb ganzer Persönlichkeitsspektren - Diagnostik in diesem Bereich erst mal nicht so wichtig, außer dem Klienten ist sie wichtig, um endlich was in der Hand zu haben und damit umgehen zu können - Medikamentöse Behandlung nicht möglich; starke Medikamente manchmal nicht möglich zu geben, da hohe Suchttendenz im Grundbild → muss über Einsicht gehen - als Fahrplan gut, aber als Vierfeldertafel in der Praxis nicht möglich	- bestätigen, dass Mutter mit BPS schon ein Stück weit sprunghaft → Bild stimmt dennoch nicht ganz, weil Sprunghaftes passiert nur aus Selbstschutz heraus → bei Klientin sind Dinge in einer Woche passiert, die passieren anderen nie → da kommen manchmal Ketten zustande, die ruhiges, entspanntes Leben schwierig machen → erstaunlich in welche Situationen Borderliner kommen und was sie anziehen → Bild der Sprunghaftigkeit hat etwas Berechtigung, aber nicht, weil sie das so wollen, sondern als Reaktion - ob Borderliner Beziehungen eingehen hängt vom Gegenüber ab, und ob dieser darin investiert → Borderliner können Beziehungen eingehen und gestalten, wenn der Gegenüber Sicherheit gibt und sich Zeit nimmt Sicherheit aufzubauen - Schwierigkeit: in gesellschaftlichen, Arbeits-, Beziehungs- und Systemsituationen ist Beziehung oft nicht lange (JA; Erzieher nur ein Jahr da) → macht es für Menschen mit BPS schwierig - Beziehung mit Klientin sehr tragfähig, aber zuvor sehr viel investiert - aus Perspektive der Borderliner sehr verständlich, dass sie vorsichtig sind und lieber abbrechen, bevor sie verletzt werden oder Nachteile haben - widersprechen, dass Menschen mit BPS keine tragfähigen Beziehungen eingehen können - Menschen mit BPS im positiven Sinn als Kämpfer → versuchen ihr Leben zu managen → aus manchmal gut gemeinten Dingen, die für sie Sinn ergeben, entsteht in Gesellschaft etwas chaotisches → keine Absicht, son-

		dern aus guter Intention heraus → schade, weil dann schnell der Stempel, die bekommen nichts auf die Reihe, wollen nicht, oder rasten nur aus → Klientin hat immer versucht zu kämpfen ihr Leben in den Griff zu bekommen → klar Situationen, wo sie keine Energie mehr hatte, oder schlechte Dinge passiert sind, aber immer aus einer guten Idee heraus - Bild manchmal schon sehr negativ geprägt - Menschen mit BPS haben es schwer, Alltag zu gestalten, wegen ihrer eigenen Geschichte und Prägung → haben sich nicht selbst ausgesucht BPS zu bekommen, sondern wegen anderen Menschen und Umständen → die meisten, die sie kennt versuchen Bestes zu geben - schade, wenn dann manchmal negatives Bild - Idee von Menschen mit BPS landen in der Psychiatrie oder im Gefängnis ist Konsequenz daraus, dass sie oft nicht genug Hilfe bekommen → wenn mehr konstante Unterstützung und nicht sofort Leistung, Check, Finanzierung, sondern viel früher Hilfe, funktionierende Therapien, würden diese Dinge gar nicht passieren → meistens ist es Ausdruck aus Situationen, wo Emotionen nicht reguliert werden konnten → dann Situationen, wo sie gegen Gesetz verstoßen → wenn an viel früherem Punkt Hilfe, dann solche Dinge vermeidbar
8.	- wäre arrogant zu sagen, dass man es sofort erkennen kann - Hausbesuch zum Erstkontakt macht den Unterschied → riesiger Unterschied, wenn man mitbekommt, was zu Hause, auch mit etwaigen Partnern los ist - wahrscheinlich gewisses Gefühl nach dem Gespräch - Kontakt macht was mit einem auf der körperlichen Ebene; oder ewiglanger WhatsApp Verlauf (hoher	- nur auf der Straße oder kurz am Spielplatz nicht unbedingt - Vom Bild her schon sehen, dass nicht Bildungsschicht → halten sich nicht an Regeln oder sehen nicht immer gepflegt aus → Geschichte hatte schon viele Auswirkungen auf äußerliches Erscheinungsbild - wenn näher kennen, schon bemerken, dass es Schwierigkeiten gibt (in der Kommunikation der Eltern, im ersten Moment weniger in der Kommunikation mit den Kindern → auf den zweiten Blick, wenn man sie

	Antwortzwang, sehr neugierig, impulsiv, antworten gleich zu jeder Uhrzeit, lassen nicht locker) - Gefühl nach dem Kontakt wie von einem LKW überfahren →je weniger Energie die Person in den Raum legt, desto mehr Energie wirft man in den Raum (Stimmungsniveau ausgleichen) -bestimmte Körperwahrnehmungen feststellen (wissenschaftlich nicht haltbar) → während des Kontaktes und auch danach - Persönlichkeitsstörung kann nicht in einem Gespräch diagnostiziert werden → einen Geschmack in diese Richtung bekommt man allerdings schon → verdachtsmäßig → dann muss man dem auf den Grund gehen und eventuell auch wieder überwerfen	näher kennt schon) - Kindergärten, Schulen könnten das schon erkennen
9.	- das Buch Persönlichkeitsporträt von Oldham und Morris empfehlen → wie könnte man das noch sehen - ein gewisses Bild für diese Menschen wecken - auch Pädagogen schrecken vor diesen starken medizinischen und psychomedizinischen Begriffen und Diagnosen wie BPS oder Psychosen zurück, weil man davor eventuell Angst hat - diese Menschen haben einen sehr temperamentvollen Stil und das aus gutem Grund - Versuchen ein warmes Herz für diese Menschen zu wecken - was sie tun, tun sie nicht, weil sie dich nicht mögen/ hassen - Buchempfehlung: *Ein Jahr mit ohne Lola; Das Persönlichkeitsporträt; Schluss mit dem Eiertanz; Ich hasse dich, verlass mich nicht* - Persönlichkeitsstörungen verdienen es, dass man sich hineinfuchst - wenn man über 20 Jahre ist und noch nichts di-	- dass deutlich geworden ist, dass Mütter mit BPS und deren Kinder Unterstützung brauchen - sie glaubt stark daran, dass sie immer versuchen ihr Bestes zu geben - wenn mehr und vor allem frühzeitige Unterstützung auf allen Ebenen, könnten Dinge anders laufen

	agnostiziert wurde, wird auch keine BPS mehr diagnostiziert werden → diagnostische Fragen fangen sehr früh in der Kindheit an → schauen wo sich dieses Verhalten zeigt - absoluter Albtraum in den ersten Lebensjahren eines Menschen, müssen mit diesem den Rest ihres Lebens leben und eventuell die Kinder auch - Herz dafür, was das für ein Albtraum ist - sozialpädagogischer Bereich sollte diesen Menschen den Schutz bieten, keine Angst und Verurteilung, sondern Schutz - wir sollten nicht besser sein, aber uns so verhalten, als hätten wir es nicht, obwohl Borderliner es provozieren - seien wir froh, dass wir es nicht haben - behandeln wir sie nicht so, als wären sie schuld daran, dass sie uns gerade wütend machen -das ist unser Problem, wenn wir uns nicht abgrenzen können, nicht ihres - Wunsch: ein Herz dafür haben!	

Anhang 7: zusammengefasste Tabelle 2

Frage	Antwort Experte A	Antwort Expertin B
1.	- ambulanter Fachdienst in der psychosozialen Beratung v.a. für Mütter - Gestalttherapeut, Kinderpfleger, Erzieher, Sozialpädagoge	- im ambulant betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen → in der Zeit Mutter mit BPS - Beruf: Sozialarbeiter
2.	- im Fachdienst: 5 Jahre; in Einrichtung: 9 Jahre - tägliche Aufgaben: Interviews, kollegiale Beratung, Anleitung von Studenten, psychosoziale Beratung (therapienahe Beratung), Abteilungen unterstützen (mit Materialien, Diagnostik, Arztbriefen, Therapeutensuche und -anbindung), Moderation bei JA-Gesprächen (Clearing, Berichtsergänzungen)	- Sechs Jahre → Klientin auch sechs Jahre begleitet - ambulante Betreuung als Schwerpunkt mit fünf Schwerpunkten: 1. Haushaltsführung; 2. Freizeitgestaltung (soziale Kontakte, Beziehungen, Teilhabe); 3. Umgang mit psychischer Störung und deren Auswirkungen; 4. Alltags- und Tagesgestaltung; 5. ? - Hilfeplangespräche (alle zwei Jahre)
3.	- Kernproblematik: stressorientiertes Symptomniveau - jedes vierte Kind lebt in Deutschland mit psychisch erkranktem Elternteil zusammen - kann physiologische Auswirkungen haben → je nach Ausprägung der Eltern → kleines Kind könnte physiologisch sterben → als Jugendlicher: Selbstverletzendes Verhalten, Suizid, oder sogar Mord der Mutter - Praxisbeispiel: Mutter mit narzisstischem Symptomniveau: Kind darf keine eigenständige Person sein, nur Großartigkeit der Mutter wiederspiegeln (gute Noten, hübsch sein) → alle sollen glauben, großartige Mutter mit begabtem Kind → schädigend und missbräuchlich → Kinder nicht groß werden lassen (Niedlichkeit behalten) → Bsp.: vier-/fünfjähriges Kind in den Kinderwagen → motorische Entwicklungsverzögerungen → wenn Kind groß, mehr Kinder bekommen - Geburtenreihenfolge (nach Alfred Adler): erstes	- Hauptthematik bei Klientin: eigene Regulation v.a. in Extremsituationen - Schwangerschaft & Geburt sehr gut → mit bewundernswerter Routine → große Stärke - aber in Beziehung, wenn Kind alles braucht, schwierig für Klientin das zu geben, v.a. wenn gerade an eigenen Grenzen - schwierige Hauptthematik: Situation, wo sie sich emotions-, regulationsmäßig um sich selbst kümmern muss, Kind aber gleichzeitig was braucht (egal, ob sie Zeit hat) → wenig Zeit für sich selbst und immer für jemanden da sein → schwierig für Klientin, sich stabil zu halten - Klientin von Anfang an in vielen Systemen eingebunden - für Kind schnell okay, bei anderen zu sein und sich beruhigen zu lassen → Hinweis, dass Kind gewöhnt war, dass Mutter nicht immer da sein kann - Kind hatte Schwierigkeiten Emotionen z.B. Wut zu regulieren → Mutter müsste dann reflektieren und

	Kind sprunghaft oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Spiegel der Mutter), da ungebremste Symptomatik der Mutter → prinzipiell möglich, dass Kind alles von Mutter übernimmt → ambivalent-unsichere Bindung (Typ C nach Bowlby) oder desorganisierte Bindung (Typ D) → nicht sicher, ob Mutter Sicherheit oder Quelle der Angst, manchmal beides (Paradox) → Ambivalenz: manchmal wird Mutter es schaffen zu beschützen, manchmal nicht - Herabwürdigungen/Beleidigungen, aber Lob für schöne Schleife (Typ Hexe oder psychotisches/hysteroides Symptomniveau) → zerstören Kinder unabsichtlich - Sprunghaftigkeit macht gute Bindung fast unmöglich → Bsp.: ganzen Tag Achterbahn fahren → können viel Geld ausgeben, mutig, immer lockerer Spruch, intelligent, charismatisch, durchsetzungsfähig, leidenschaftlich → von Hoch zu Tief - Leben mit ihnen je nach Typus schwierig → Praxisbeispiel: zwei Mütter leben mit Schematherapie nach Young gut, sind einsichtsfähig (was sie Kind im Bindungsbereich antun) → Kipppunkt	Kind auffangen → schwierig → Kind erlebt herausfordernde Situationen mit eigener Gefühlsregulation - Kind hat viel geweint, v.a. in den Nächten - schwierig, das auf BPS der Mutter alleinig zurückzuführen → Familiensystem war an sich instabil und herausfordernd → Gesamtsituation - im Großen und Ganzen war Kind sicher gebunden → aber nicht super sicher gefunden → Mutter wurde von Anfang an bezüglich Bindung begleitet und hat es gut gemacht, aber auch Situationen, wo keine sichere Bindung → Mischtyp - Klientin hat zu großen Teilen sehr gut gemacht → Kind über alles, versucht immer da zu sein und Kind aufzufangen und sichere Bindung geben → hatte eher Auswirkungen auf Gefühlssituation der Mutter, dass es ihr schlecht geht, hat versucht, es vor dem Kind nicht zu zeigen
4.	- auf Erwachsenebene Einsichtsfähigkeit fördern - früh bestimmte Fähigkeiten (Selbstkundgabe, Gefühle äußern) erlernen - sachverständige Dritte (Wygotski) / Resilienzpersonen (Oma, Nachbar, etc.) - sozialpädagogische Unterstützung → SPFH/EZB: Kinder werden parallel zur Mutter betreut - Unterstützungsangebote/ Hilfesysteme erweitern - Sport → sich selbst erleben, Leistungen realistisch einschätzen - Freunde, dich mich nicht abwerten, wie zuhause - Kind wird etwas abbekommen → JA muss ent-	- bei kleinen Kindern weitere Versorgungsmöglichkeiten (SPFH, stabile Angehörige) → viel Anbindung und Netzwerk, das Mutter entlastet → Kind erfährt woanders sichere Bindung → hilft beim Resilienzaufbau des Kindes und Entlastung der Mutter - Klientin hatte Druckgefühl → Druck rausnehmen - früher Krippenbesuch → geregelte Zeiten mit Ritualen ohne Chaos - bei Klientin Tagesgestaltung oft schwierig → Rahmenaspekte schaffen - bei Älteren über Emotionen/Gefühle sprechen → je nach Situation mit Mutter gemeinsam mit Kind spre-

	scheiden, ob Kind in der Familie bleibt - viel Lob, weil zuhause wahrscheinlich eher selten → für normale Dinge, eher nicht schulische Leistungen → Anerkennung - Interesse für das Kind (wegen Sprunghaftigkeit oft nicht von Mutter) - Geschwisterkonstellationen im Blick haben→ ältere Kindern übernehmen eventuell Erziehungsaspekte für jüngere Kinder - Kind soll eigenständige Person sein dürfen - Zeit außerhalb der Familie (Wissensdurst, Anerkennung und Liebe bekommen) → Freiraum schenken, pädagogisch, aber z.B. auch Vereine - Kind versorgen - transferfokussierte Therapie à la Kernberg, Schematherapie oder DBT à la Linehan, um Sprunghaftes bewusst zu machen → dann kann mit Mutter an Beziehung zu Kindern gearbeitet werden - eventuell therapeutische Anbindung der Kinder (z.B. Spieltherapie)	chen, damit Kind besser einschätzen kann → über Gefühle sprechen kann sehr hilfreich sein - Unterstützung von außen kann sehr hilfreich sein, wenn Mutter und Kind dazu bereit - auch bei Themen wie z.B. Distanzierung: am Anfang kein Problem, da Kind sehr abhängig von Mutter → Klientin hat das sehr gestärkt, hatte Aufgabe und Sinn; viel Energie gegeben → kann aber schwierig werden, wenn Kind erste Distanzierungen macht (Perspektive nach außen, Freunde) und Mutter nicht mehr so wichtig ist → Abnabelungsprozess gut begleiten → keine dysfunktionalen Situationen, sondern auffangen
5.	- für Mütter definitiv nein; viele Therapeuten nehmen höchstens zwei Borderliner gleichzeigt → oft kein Rückruf oder nach Konsoliarsitzung beendet, weil die Menschen sehr anstrengend sind, Therapieerfolge sehr schwer sind und die Wirkfaktoren lange Zeit brauchen - Diagnostik der Kinder wird verschleiert, bis Therapeut Mutter kennenlernt und erkennt, dass es für Verhalten des Kindes gute Erklärung gibt - Engpass in Fürth aber auch anderen Städten → staatliches Problem im Gesundheitswesen und in der kassenärztlichen Vereinigung - nicht zu wenig Therapeuten, sondern viele gute Therapeuten, die von Krankenkassen nicht aner-	- gibt einiges was gut ist; Zusammenarbeit abhängig von einzelnen Akteuren → wenn gut, kann viel aufgefangen werden - SPFH, betreutes Wohnen, Tagesklinik im Südklinikum, Krisenstation in Nordklinikum in Nürnberg sehr hilfreich - aktive Kindergärten, Schulsysteme, die sensibel dafür sind, im Moment leider noch nicht vorhanden → müssten sensibel sein und individuelle Lösungen, nicht Leistungsdruck und Sanktionen, sondern Nachfragen - mehr Therapie notwendig → Erfahrung, dass ambulant keine Therapie zu DBT-Gruppe gefunden - für Mütter noch weniger → spezielle Angebote →

	kannt werden und nicht abrechnen dürfen	Kinder müssten mitbetreut werden → stationär eher schlechte Versorgung - Gruppen für Kinder mit Borderline-Müttern wären hilfreich → Umgang mit Situation, Kontakt mit anderen → Dinge werden aushaltbarer, an Lösungen arbeiten - Psychoedukation - Angebote wie z.B. Marte Meo Therapie → Kinder profitieren davon, wenn Eltern an Beziehung arbeiten - allgemeine Sachen: günstige und genügend Kindergartenplätze in der Nähe
6.	- mag diese Menschen gerne, ihre Ressourcen sind großartig - Bsp.: wenn man sagt, man würde gerne Acryl machen, Borderliner würde etwas dafür einkaufen, Musik laufen lassen und Mojiotoparty machen, weil coole Idee → können helfen, unsere eigenen Ängste/Zweifel zu vergessen, einfach machen - viel Leidenschaft → sind immer für einen da, egal wann, wenn es ihnen gut geht - relativ geringe Frustrationstoleranz - tun sich schwer mit assoziativem Lernen → kein Verändern von Copingstrategien → wenn sie könnten, würden sie sich verändern, können oftmals nichts dafür, dass ihr Leben schwer ist - haben großes Herz, ziehen sich nicht in Isolation zurück, sondern kämpfen - wenn Einsichtsbasis, dann Arbeit mit ihnen sehr gut möglich	- Gespür für Dinge haben → wenn es Kindern nicht gut geht, einsetzen und nachfragen - ganz große Kraft, über sich selbst hinauszuwachsen → müssen das im Alltag ständig - Sich zurückstellen und viel für Kind machen - bei Klientin war Alltag zwar chaotisch, aber konnte Kind Sicherheit und Gefühl von ich bin da vermitteln → dafür immer Energie
7.	- teilweise - klassische Unterteilung als Hinweise/ Fahrplan gut - manche nicht in das Schema einordnen → Persönlichkeitsmischstörungen	- Mütter mit BPS schon sprunghaft aber aus Selbstschutz heraus → Borderlinern passieren viele Dinge - Beziehungen hängen von Investition und Sicherheit des Gegenübers ab → oftmals keine langen Beziehungen überall macht es schwierig → nachvollziehbar, dass sie vorsichtig sind

		- aus von ihnen gut gemeinten Dingen entwickelt sich manchmal etwas Negatives - schade, dass das Bild oft negativ - haben sich die Störung nicht selbst ausgesucht und bemühen sich - Konsequenzen wie Psychiatrie oder Gefängnis, da oftmals keine und frühzeitige Unterstützung und dann Problem Emotionen zu kontrollieren
8.	- Hausbesuche machen Unterschied - wahrscheinlich gewisses Gefühl nach dem Gespräch (z.B. auf körperlicher Ebene, oder sehr langer WhatsApp Verlauf) → bestimmte Körperwahrnehmungen feststellen (wissenschaftlich nicht haltbar)	- auf den ersten Blick nein, auf den zweiten schon - vom Bild her keine Bildungsschicht: halten sich nicht an Regeln oder sehen nicht immer gepflegt aus - Kindergärten/Schulen können das erkennen
9.	- Buchempfehlung: *Schluss mit dem Eiertanz; Ein Jahr mit ohne Lola: Das Persönlichkeitsporträt; Ich hasse dich, verlass mich nicht* - Verständnis wecken (auch Pädagogen schrecken vor der Diagnose zurück) - haben guten Grund für alles, sie machen das nicht, weil sie dich nicht mögen/hassen - Herz dafür haben, was für ein Albtraum das ist → Schutz bieten, keine Angst und Verurteilung - keine Schuld bei Ihnen suchen	- Mütter mit BPS und deren Kinder brauchen Unterstützung - Bild, dass sie immer versuchen ihr Bestes zu geben - wenn mehr und vor allem frühzeitige Unterstützung auf allen Ebenen könnten Dinge anders und vor allem besser laufen

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in der Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Lauf an der Pegnitz, den 10.01.2023

Bernhard Stephanie