Michael Hipp/Petra Kleinz

# Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

## Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und unterstützende Angebote Früher Hilfen

**„Sie kann einfach keine Bindung zu ihrem Kind herstellen – dabei will sie doch eine gute Mutter sein!" Diese Erfahrung machen Mitarbeiter/innen in Angeboten Früher Hilfen immer wieder, insbesondere bei Müttern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) leiden. Im Folgenden werden Zusammenhänge zwischen mütterlicher Erkrankung und Problemen der Mutter-Kind-Bindungsentwicklung verdeutlicht sowie Möglichkeiten wirkungsvoller Unterstützung durch Frühe Hilfen aufgezeigt, wie sie z.B. im Sozialdienst katholischer Frauen (SkF) praktiziert werden.[1]**

INHALT


- **Erscheinungsweisen, Verbreitung und Ursachen der mütterlichen Erkrankung sowie Risiken für die Kinder**
  - Erscheinungsweisen
  - Ursachen
  - Risiken für die Kinder
- **Möglichkeiten und Grenzen der Frühen Hilfen**
- **Fazit**


## ■ Erscheinungsweisen, Verbreitung und Ursachen der mütterlichen Erkrankung sowie Risiken für die Kinder

Häufig handelt es sich bei den Klient/innen sozialer Dienste um sogenannte „Multiproblemfamilien", die v.a. durch finanzielle Nöte, psychische Auffälligkeiten, Arbeitsunfähigkeit, Konflikte mit Behörden, Partnerschafts- und Beziehungsprobleme sowie mangelnde lebenspraktische Kompetenzen einschließlich Haushaltsdesorganisation belastet sind. Auch wenn eine ärztliche Diagnose oft nicht bekannt ist, vermuten die Fachkräfte nicht selten eine BPS hinter diesen Problemanhäufungen. Obwohl ihre Symptome nicht neu sind, ist diese Krankheitsbezeichnung erst seit 1980 eine anerkannte psychische Störung. Sie wurde in das weltweit einheitliche Klassifikationssystem für Krankheitsbilder und Symptome, das ICD-10, aufgenommen.

Der Autor, Dr. Michael Hipp, ist Leiter des sozialpsychiatrischen Dienstes Hilden/Kreisgesundheitsamt Mettmann.

Die Autorin, Dr. Petra Kleinz, ist Fachreferentin beim Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverein e.V.

In den Angeboten Früher Hilfen stellen Mütter mit einer BPS die Mitarbeiter/innen v.a. im Blick auf das Wohl der Kinder vor besondere Herausforderungen, denn bei dieser Erkrankung handelt es sich, wenn sie voll ausgeprägt ist, um ein schwerwiegendes psychiatrisches Störungsbild, das sich auch erheblich auf die mütterlichen Fürsorgekompetenzen auswirkt. Die Übergänge zwischen Frühen Hilfen als früher, niedrigschwelliger und präventiver Hilfe sowie intervenierendem Kinderschutz sind insbesondere in diesem Kontext manchmal fließend. Ziel Früher Hilfen muss es sein, die Klientinnen zur Annahme intensiverer Hilfen und medizinischer Unterstützung zu motivieren.

### Erscheinungsweisen

Zwischen dem 14. und 40. Lebensjahr sind 5 % bis 6 % der Bevölkerung von einer BPS betroffen, wobei Ausmaß und Ausprägungsgrade der Erkrankung stark differieren können (Grant, B. F. et al., 2008).[2] Ihr Anteil ist demnach sechsmal so hoch wie der der Schizophrenie-Erkrankten. Ca. Dreiviertel der Erkrankten sind weiblich, die Kinderrate ist überdurchschnittlich hoch. Menschen mit einer BPS werden entsprechend der deutschen Übersetzung (borderline – Grenzlinie) auch als „Grenzgänger" bezeichnet, da sie häufig hinsichtlich ihrer Gefühlslage, ihren sozialen Beziehungen, ihrem Selbstbild sowie ihrem Verhalten extremen Schwankungen ausgesetzt sind, die sich in Impulsivität und Instabilität äußern. Zugrunde liegt diesen Schwankungen v.a. eine Störung der Affektregulation, die als quälende diffuse Spannungs- und Erregungszustände wahrgenommen wird. Auffallend ist das in mindestens 70 % der Fälle zu beobachtende selbstschädigende Verhalten, v.a. in Form von „Ritzen", bei dem die Betroffenen sich selbst Schnittverletzungen zufügen (Bohus, M., 2009). Die Gefährlichkeit der Erkrankung wird besonders deutlich in der Rate von 8 % bis 10 % vollendeter Suizide, bezogen auf die Gesamtzahl der diagnostizierten Erkrankten (Bohus, M., 2009). In bis zu 80 % der Fälle erfolgt zumindest phasenweise ein Substanzmittelmissbrauch, insbesondere von Alkohol und Drogen. Diese und weitere problematische Verhaltensmuster, wie Hochrisikoverhalten, bei dem der eigene Tod zwar nicht direkt intendiert, aber billigend in Kauf genommen wird, wiederholte Suizidversuche, Essstörungen, exzessive Nutzung elektronischer Medien, dissoziative (tranceartige) Zustände, lassen sich als dysfunktionale Versuche deuten, die unerträglichen Spannungen zu regulieren. Häufig wird die BPS im Sinne der Komorbidität von weiteren Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen Belastungssyndromen, psychosomatischen Erkrankungen, Angststörungen oder Depressionen begleitet (Bohus, M., 2009). Eine psychiatrische und/oder psychotherapeutische, manchmal medikamentöse, Behandlung ist i.d.R. indiziert. Sie kann selbstverständlich nicht durch Frühe Hilfen ersetzt, sondern allenfalls flankierend ergänzt werden, wobei es dann um Beratung, Unterstützung und die Förderung der mütterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenz geht.

### Ursachen

Für die Arbeit mit Müttern mit BPS sind Einblicke in die Krankheitsgenese hilfreich. Auch wenn hier noch nicht alle Fragen geklärt sind, so ist sich die Fachwelt doch weitgehend einig, dass es sich bei einer BPS immer um eine bio-psycho-soziale Störung handelt. Als Ursache wird ein Zusammenspiel von konstitutionell-neurobiologischen Faktoren, ungünstigen frühkindlichen Bindungserfahrungen und Traumatisierung angenommen. Bei letzterer geht man davon aus, dass ca. 70 % der Borderline-Patienten in ihrer Kindheit ein akut existenzbedrohendes Trauma durch Missbrauch oder Gewalt erlitten haben; die restlichen ca. 30 % erlebten andere, eher schleichend wirkende Trau-

1 Der Fokus richtet sich auf die Mütter, denn die Väter sind in den Frühen Hilfen nur selten präsent. Zudem spielen die Mütter in der frühen Bindungsentwicklung der Kinder zumeist die Hauptrolle. Insgesamt gesehen ist die Bedeutung der Väter für die Kinder und ihre Entwicklung jedoch unbestritten und wird in der Arbeit des SkF auch berücksichtigt.

2 Die epidemiologischen Angaben betreffen v.a. die Lebenszeitprävalenz, d.h. den Prozentsatz der Bevölkerung, der einmal im Leben eine Borderline-Symptomatik gezeigt hat. Dies passiert v.a. in den ersten drei Lebensjahrzehnten. Zu einem bestimmten Zeitpunkt sind immer nur 1,5 % bis 2 % der Bevölkerung (oder 3 % von 15 bis 30 Jahren) erkrankt.

mata, wie die Botschaft, ungewollt zu sein oder abgelehnt zu werden. Hinsichtlich der Traumafolgen unterscheiden sich Borderline-Patienten nicht von anderen Menschen mit traumatischen Erfahrungen. Häufig resultiert aus der Traumatisierung ein posttraumatisches Belastungssyndrom. Für Außenstehende harmlos wirkende Gegebenheiten können für die Betroffenen dann zu Triggern (Auslösereizen) werden, die sie das Trauma wieder und wieder erleben lassen. Sie verbrauchen sehr viel Energie, um diesen vermeintlichen „Überlebenskampf" zu gewinnen und sind in einer ständigen Alarmbereitschaft. Das äußert sich bei 80 % der Borderline-Patienten durch Schlafstörungen infolge erhöhter Wachsamkeit und/oder große Schreckhaftigkeit bzw. ständige Übererregung. Die Vermeidung von Auslösereizen wird zur Hauptbewältigungsstrategie, wobei oft sogar eine Triggergeneralisierung stattfindet, bei der die vermeintlichen „Gefahrenzonen" bis zur Handlungsunfähigkeit ausgeweitet werden. Beispielsweise können Kontakte mit Ämtern nicht mehr verlässlich gestaltet, öffentliche Verkehrsmittel nicht mehr benutzt und die Post nicht mehr geöffnet werden. Daraus können große Folgeprobleme resultieren, wenn Rechnungen nicht bezahlt oder Termine ignoriert werden. Die Betroffenen sind dann häufig nicht mehr in der Lage, ihren Alltagsanforderungen gerecht zu werden und beispielsweise einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder einen Haushalt zu führen.

Die frühkindliche Traumatisierung kann sich nachweisbar auf die Gehirnentwicklung auswirken. Die Balance zwischen den limbischen Kernstrukturen ist zugunsten des Bindungs-Alarm-Systems (Amygdala) und zulasten der Gedächtnisorganisation (Hippocampus) verschoben. Die kortikalen Steuerungszentren (z.B. im präfrontalen Cortex) sind unterentwickelt und somit nur unzureichend zur kognitiven Affektregulierung in der Lage. Die von der Bindungsentwicklung des Kindes abhängigen Sprachzentren sind nicht ausreichend entfaltet. Die während der traumatischen Bedrohung erfolgte Abspaltung kindlicher Persönlichkeitsanteile führt zu einer nachhaltigen Identitätsfragmentierung. Aufgrund dieser psychischen Desintegration treten in Abhängigkeit von den Kontextbedingungen unterschiedliche trauma-assoziierte „Ego-States" auf. Die damit verbundene Erlebnisdiskontinuität erschwert nachhaltige Lernerfahrungen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich Patienten mit BPS demnach wenig von Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, denn bei beiden können vergleichbare hirnorganische Veränderungen festgestellt werden. Die pädagogische Erfahrung, dass Kinder, die Angst haben, nicht lernen können, findet hier eine Begründung. Ab drei Jahren, wenn sich beim Kind normalerweise feste Arbeitsmodelle von Bindung, d.h. Erwartungen bzgl. der interpersonellen Kontaktgestaltung, fixiert haben, ist eine vollständige Korrektur der Störung nur noch selten möglich, sondern nur noch das ansatzweise Lernen von Kontroll- und Bewältigungsstrategien. Die fehlenden Fähigkeiten müssen auf Dauer durch Angebote der Sozialen Arbeit substituiert werden, da die Lernfähigkeit durch ein unverarbeitetes Trauma lebenslang eingeschränkt ist.

Die BPS manifestiert sich i.d.R. während der Pubertät zwischen 13 und 14 Jahren. Das erste sichtbare Symptom ist häufig Schulabsentismus (Schulschwänzen) zur Vermeidung von Stresssituationen. Auch selbstverletzendes Verhalten tritt meist schon früh auf. Weitere Symptome treten im Laufe der Entwicklung hinzu und dauern bis weit in das Erwachsenenalter an. Ab ca. 40 Jahren beruhigt sich das Stressverarbeitungssystem i.d.R. und die Symptome klingen ab; man spricht von einem Aging out. Die Hauptkrankheitsphase deckt sich demzufolge auch mit der fruchtbaren Altersspanne der Frauen. Im Gegensatz zu Frauen mit einer Schizophrenie-Erkrankung beispielsweise bekommen Frauen mit einer BPS tendenziell überdurchschnittlich viele Kinder. Diese erhöhte Kinderrate steht im Zusammenhang mit der Entstehungsgeschichte der mütterlichen Persönlichkeitsstörung und lässt sich als Versuch deuten, ihr eigenes frühkindliches Geborgenheitsdefizit auszugleichen. Sie wünschen sich eine „heile" Familie und wollen alles besser machen als die eigene Mutter. Menschen mit einer BPS können nicht allein sein. Sie benötigen andere Menschen als Hilfsobjekte zur Kompensation ihrer Verlassenheitsängste und Regulation ihrer Affekte. In der Extremform werden die Kinder entsprechend schon mit dem impliziten Auftrag geboren, eine „gute Mutter" zu sein als Ersatz für die fehlende eigene gute Mutter. Die damit verbundene Funktionalisierung und Parentifizierung (Rollenumkehr) des Kindes durch den Wunsch der Mutter nach einer „Nachbeelterung" für sich selbst stellt demnach einen Selbstheilungsversuch dar. Weil die Kinder mit der ihnen zugewiesenen Rolle als Eltern- oder Partnerersatz naturgemäß überfordert sind und die Mütter demzufolge enttäuschen, werden sie als „böse" wahrgenommen und es entsteht schnell der Wunsch nach einem weiteren Kind, mit dem die Hoffnung verknüpft wird, dass nun alles besser wird.

### Risiken für die Kinder

Aufgrund ihrer störungsbedingten Einschränkungen agieren die Mütter mit einer BPS auch in der Interaktion mir ihren Kindern ständig auf einem sehr hohen Affektniveau. Ihr Verhalten ist stark schwankend, für die Kinder unberechenbar und widersprüchlich. Nicht selten kommt es zu psychischer Misshandlung und zur wechselnden Überbewertung und Abwertung der Kinder sowie zur Invalidierung ihrer Erfahrungen und Gefühle, die für ungültig erklärt werden. Durch ein sogenanntes „Mentalisierungsdefizit" stehen manche Mütter mit ausgeprägter BPS hinsichtlich ihrer Fähigkeit, sich in ihre Kinder (und andere Menschen) hineinzuversetzen, sich in ihre Gefühlswelt einzufühlen und sie zu verstehen, auf dem Entwicklungsniveau dreijähriger Kinder (Bateman, A. W./Fonagy, P., 2008). Sie sind so sehr mit sich selbst und ihrer Affektregulation beschäftigt, dass sie die Signale ihrer Kinder entweder gar nicht wahrnehmen oder sie interpretieren sie durch eigene Bedürfnisse verzerrt und sind nicht in der Lage, adäquat darauf einzugehen. Dies umso mehr, wenn die Kinder, z.B. durch ihr Schreien, für die Mütter zu Auslösereizen für ein Wiedererleben ihrer Traumata werden. Zusammen mit der Überforderung der Mütter bei der Alltagsbewältigung führt diese mangelnde bzw. inkonsistente Wahrnehmung und Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse schnell dazu, dass die Versorgung der Kinder nicht ausreichend sichergestellt und die Grenze zur Kindeswohlgefährdung überschritten ist, die von den Mitarbeiter/innen der sozialen Dienste stets im Auge behalten werden muss. Diese Gefahr ist deswegen so eklatant, da hier die große Bedürftigkeit des Säuglings auf die beeinträchtigte Feinfühligkeit und die verzögerte Responsivität der Mutter trifft. Dadurch sind auch die Voraussetzungen für den Aufbau einer sicheren Bindung, die wiederum Grundvoraussetzung für eine gesunde Entwicklung des Kindes darstellt, u.U. nicht ausreichend gegeben. Den Kindern fehlt dadurch ein wichtiger Schutzfaktor für ihr gesamtes Leben. Zudem bahnt eine Bindungsstörung zur Mutter den Weg zu anderen Traumatisierungen des Kindes, wie Missbrauch und Gewalt. Sie erhöht ebenso wie Frühgeburtlichkeit die allgemeine Vulnerabilität (Verletzlichkeit). So wird verständlich, dass sich eine unbehandelte BPS auch auf die Kinder überträgt („vererbte Wunden") und es zu dem immer wieder berichteten Phänomen kommt, dass sich bestimmte Familien über Generationen hinweg in der Betreuung eines sozialen Dienstes befinden. Dies gilt allerdings nicht nur für Familien, bei denen eine BPS vorliegt.

## ■ Möglichkeiten und Grenzen der Frühen Hilfen

Viele Mütter in prekären Lebenssituationen scheuen den Gang zum Jugendamt, bei dem es sich in ihrer Wahrnehmung noch immer um eine „Kinderwegnahmebehörde" und weniger um eine Instanz mit vielfältigen Hilfemöglichkeiten handelt. Diesen Müttern fällt es leichter, die sehr niedrigschwelligen, voraussetzungsfreien, freiwilligen und kostenlo-

sen Angebote der Frühen Hilfen aufzusuchen, die z.B. bei mittlerweile ca. 100 Ortvereinen des SkF, häufig unter dem Namen „Guter Start ins Leben", vorgehalten werden. Sie besuchen dort ein Elterncafé oder ein spezielles Mutter-Kind-Angebot. Bereits hier können ein erstes Clearing (Klären) der Situation und des Hilfebedarfs sowie die Anbahnung weitergehender Hilfen erfolgen.

Unter diesen Klientinnen befinden sich auch Mütter mit einer BPS. Bei ihnen sind i.d.R. vielfältige multiprofessionelle und auch multiinstitutionelle Hilfen erforderlich (Hipp, M. et al., 2010). Die gute Vernetzung vor Ort, die ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Frühen Hilfen ist, erweist sich hier als unabdingbar, um gemeinsam die Hilfen zu installieren, die als lebensnotwendige „Basics" einen integrierenden, Struktur, Versorgung und Sicherheit bietenden Rahmen für Mutter und Kind sicherstellen und oft weit über Frühe Hilfen hinausgehen, ehe an der Entwicklung der Mütter und der Förderung ihrer Erziehungskompetenzen gearbeitet werden kann. Zunächst müssen eine geeignete Wohnmöglichkeit für Mutter und Kind gefunden sowie deren Finanzierung gesichert werden. Auch die Sorge für ärztliche/psychotherapeutische Behandlung sowie angemessene Ernährung, Sauberkeit, Kleidung usw. zählt hierzu. Die Verbindung zum psychiatrischen Versorgungssystem kann durch die Implementation des ambulant betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen hergestellt werden. Gegebenenfalls müssen entlastende Hilfen, wie z.B. eine Sozialpädagogische Familienhilfe als Hilfe zur Erziehung, eine Familienhebamme oder, unter bestimmten Voraussetzungen, der Einsatz von Familienpaten organsiert werden. Diese Hilfen gehören zum Angebotsspektrum vieler Ortsvereine des SkF.

Unverzichtbar ist dabei immer eine gute fachliche Vorbereitung und ständige Begleitung/Supervision der Helfenden, v.a. auch der ehrenamtlichen Paten. Sie erleichtert den adäquaten Umgang mit mangelnder Krankheitseinsicht und Unzuverlässigkeit der Mütter bei Terminen und Absprachen und die Einhaltung nötiger Distanz und Abgrenzung. Es gilt, Manipulationen zu durchschauen sowie Beziehungsfallen aufzudecken und die Helfenden davor zu schützen. Sie sollten damit umgehen können, von der Mutter aus Angst vor Einsamkeit zunächst idealisiert und geradezu „ausgebeutet" zu werden, um dann, sobald sie eine Grenze setzen oder Kritik äußern, erleben zu müssen, wie die anfängliche Euphorie in ihr Gegenteil umschlägt, weil die Mutter sich plötzlich bedroht fühlt. Nun werden sie übergangslos mit Aggression konfrontiert und als Person massiv abgewertet. Nur ein verständnisvoller, professioneller Umgang mit dieser für Laien unerklärlichen Reaktion der Mutter kann dann den völligen Beziehungsabbruch verhindern.

Ein Hauptaugenmerk in den Frühen Hilfen muss der Förderung der Mutter-Kind-Bindung gelten, denn viele Mütter mit BPS haben hier erhebliche Probleme. Aufgrund ihrer störungsbedingten Einschränkungen fällt es ihnen schwer, über rein sprachliche Beratung zu lernen und ihr Verhalten entsprechend zu ändern, denn ihre sprachgebundene Mentalisierungsfähigkeit ist aufgrund der Strukturschwäche des Präfrontalkortex unterentwickelt. Gleichfalls können sie aufgrund ihrer beeinträchtigten Selbstwirksamkeitserwartungen nur begrenzt „am Modell" lernen, in dem eine andere Person ihnen wünschenswertes Verhalten vorführt und sie es nachahmen. Wesentlich erfolgversprechender ist es, wenn die Mütter über ihr eigenes Verhalten lernen und ihr „emotionales Gehirn" (Limbisches System) anhand von positiven Bildern angesprochen wird. Erst das, was die Mütter mit BPS durch Bilder buchstäblich sehen, können sie wirklich glauben und die so gewonnene Einsicht zukünftig vermehrt in ihrem Handeln anwenden. So werden Lernprozesse möglich, die die Feinfühligkeit und Responsivität der Mütter fördern und dadurch wichtige Grundlagen für einen Bindungsaufbau schaffen. Diese Erkenntnis machen sich verschiedene Methoden videogestützter Beratung wie Marte Meo, Entwicklungspsychologische Beratung und STEEP™ zunutze, die in vielen Ortsvereinen des SkF zum festen Bestandteil ihrer Beratungsdienste zählen und nicht nur Müttern mit BPS und ihren Kindern zugutekommen. Sie werden im Folgenden exemplarisch skizziert.

**Marte Meo** bedeutet sinngemäß „etwas aus eigener Kraft" erreichen. Diese von der Niederländerin Maria Aarts entwickelte Beratungs- und Unterstützungsmethode knüpft an die Entwicklungspotenziale der Mütter an. Per Video werden alltägliche Situationen zwischen Mutter und Kind, auch im häuslichen Umfeld, aufgenommen, um anschließend gelungene Kommunikationssequenzen mit der Mutter gemeinsam anzuschauen und zu besprechen. Sie kann dadurch ihre Stärken erkennen und systematisch ausbauen, wodurch die Bindungsentwicklung zwischen ihr und ihrem Kind gefördert wird. Besonders positive Bilder, sogenannte „magic moments", die der Mutter ausgedruckt mitgegeben werden, stärken ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung und ihren Stolz und motivieren sie zu weiteren Verhaltensänderungen.

Die **Entwicklungspsychologische Beratung** wurde am Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, im Rahmen eines Modellprojektes von der Arbeitsgruppe Ziegenhain, Fries, Bütow und Derksen erforscht. Auf der Basis einer wertschätzenden und ressourcenorientierten Haltung den Müttern gegenüber und unter Einbeziehung entwicklungspsychologischer Erkenntnisse werden die Mütter anhand von kurzen, überwiegend in ihrer Wohnung aufgenommenen Videosequenzen gelungener Interaktionen mit ihrem Kind für dessen individuelle Fähigkeiten und Bedürfnisse sensibilisiert. Es gelingt so, Unsicherheiten und Hilflosigkeit der Mütter zu reduzieren und ihnen einen neuen Blick auf ihr Kind zu ermöglichen. Durch das Videofeedback erhalten sie Anregungen für einen bindungsförderlichen Umgang mit dem Kind.

**„STEEP™"** ist ein in den USA entwickeltes sehr intensives Beratungs- und Frühinterventionsprogramm, das durch Prof. Gerhard Suess auch in Deutschland etabliert wurde. Auf der Grundlage der Bindungstheorie intendiert es die Förderung der Eltern-Kind-Beziehung v.a. in hoch belasteten Familien. Der Name ist die Abkürzung von „Steps toward effective and enjoyable parenting – Schritte hin zu gelingender und Freude bereitender Elternschaft". Auch hier wird der Umgang der Mütter mit ihrem Kind zuhause per Video aufgenommen und gemeinsam nach dem Motto „Seeing is believing – Was man sehen kann, das glaubt man auch" ausgewertet. Dabei werden die Verhaltens- und die Repräsentationsebene angesprochen und Veränderungen zugänglich gemacht. Flankiert werden die Interventionen durch soziale Unterstützung in Form von professionellen Hilfen sowie Gruppenarbeit mit anderen Müttern und einer helfenden und beratenden Beziehung zur Fachkraft.

Die beschriebenen Konzepte, wie auch weitere Methoden, z.B. Video-Home-Training und können nachhaltige Erfolge verbuchen, allerdings sind nicht alle Mütter mit BPS in der Lage, von ihnen hinsichtlich ihrer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu profitieren. Man kann jedoch nicht beliebig lange abwarten, ob sich die Mutter-Kind-Beziehung doch noch ausreichend entwickelt, da es ein enges Zeitfenster für den Bindungsaufbau gibt und das Kind irreversiblen Schaden erleidet, wenn es unzureichend versorgt wird und die Bedingungen für den Bindungsaufbau schlecht sind. Es besteht daher ein Zeitdruck für alle Akteure, der es erforderlich macht, innerhalb der ersten zwei Jahre intensiv die Situation der Eltern zu klären und Hilfen zu installieren sowie gleichzeitig engmaschig Bilanz zu ziehen und weitergehende Entscheidungen zu fällen. Kernfrage ist hierbei, ob die Mütter sich durch die Hilfen weiterentwickeln und ihre mütterlichen Fähigkeiten entfalten können. Reichen die ambulanten Angebote nicht aus, muss über Alternativen der kindlichen Versorgung und Erziehung, z.B. in einer Mutter-Kind-Einrichtung oder Pflegefamilie, nachgedacht werden. Bei akuter Kindeswohlgefährdung ist selbstverständlich sofortiges Handeln erforderlich.

## ■ Fazit

In Bezug auf die Mütter mit BPS sind die ersten Lebensjahre des Kindes besonders intensiv zu begleiten, um eine gesunde Entwicklung trotz erheblicher mütterlicher Belastungen zu ermöglichen. Die Erfahrungen zeigen, dass dies gelingen kann und sich auch hohe Investitionen an Beratung und Unterstützung oft lohnen.

Frühe Hilfen sind oftmals der „Türöffner" für weitergehende Hilfen, z.B. zur Erziehung. Sie können intensivere pädagogische und medizinisch-therapeutische Hilfen keinesfalls ersetzen, jedoch sinnvoll ergänzen. Aufgrund seines nicht stigmatisierenden Images und niedrigschwelligen Zugangs ist der SkF besonders prädestiniert, um diese Hilfen zu vermitteln und teilweise selbst zu erbringen. Deshalb unternimmt der Verband große Anstrengungen, um seine Dienste optimal und passgenau weiterzuentwickeln und qualitativ hochwertige Angebote für diese Zielgruppe vorzuhalten.[3] Er fördert die Fach- und Methodenkompetenz seiner Mitarbeiter/innen durch Fortbildung und Supervision und bietet eigene, mehrere Module umfassende Ausbildungen, z.B. in Entwicklungspsychologischer Beratung an. Auch Kinderschutzaspekten wird Rechnung getragen, indem 2013 in einer Qualifizierungsmaßnahme 25 Mitarbeiter/innen zur „Insoweit erfahrenen Fachkraft" (Kinderschutzfachkraft gemäß § 8a SGB VIII) zertifiziert weitergebildet wurden. Die gute interne und externe Vernetzung, auch mit den Jugendämtern und Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe, steigert ebenfalls die Qualität der Arbeit. Wo es gelingt, die mütterlichen Kompetenzen zu stärken, kann in vielen Fällen eine dauerhafte Trennung von Müttern mit BPS und ihren Kindern vermieden werden.

**Literatur**


**Aarts, Maria** (2011, 3. überarb. Auflage): Marte Meo – Ein Handbuch. Aarts Productions

**Bateman, A. W./Fonagy, P.** (2008): Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Psychosozialverlag

**Bohus, M.** (2009): Borderline Persönlichkeitsstörungen.
In: Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.; 2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2, Springer-Verlag, S. 533–559

**Brisch, K. H; Hellbrügge, T.** (Hrsg.; 2007): Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie. Klett-Cotta

**Farrell Erickson, M./Egeland, B** (2009): Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Klett-Cotta

**Grant, B. F.** et al (2008): Prevalence, correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder
In J Clin Psychiatry; 69 (4), S. 533–545

**Hawellek, C./v.Schlippe, A.** (Hrsg., 2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell, Vandenhoeck u. Ruprecht

**Hipp, M./Staets, S.** (2006): Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern KIPKEL – Erfahrungen der Praxis.
In: Schone, R./Wagenblass, S. (Hrsg.; 2006, 2. Aufl.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis. Institut für Soziale Arbeit e.V., Bd. 21 Juventa.

**Hipp, M./Schatte, D./Altrogge, B.** (2010): Multiinstitutionelles Kooperationsprojekt im Kreis Mettmann: Präventive Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder
In: Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59. Jahrgang 9/2010, S. 716–730

**Höschel, K./Bohus, M.** (2005): An der Grenze zur Verzweiflung. Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Praxis.
In: Der Neurologe und Psychiater 3/05, S. 20–26

**Mattejat, F./Lisofsky, B.** (Hrsg.; 2000, 2. Auflage): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Psychiatrie-Verlag

**Schmutz, E.** (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism)

**Schone, R./Wagenblass, S.** (Hrsg.; 2006, 2. Auflage): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis. Institut für Soziale Arbeit e.V., Bd. 21

**Suess, G. J./Pfeifer, W-K P.** (Hrsg.;1999): Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Psychosozial-Verlag


3 Die Homepage des SkF www.skf-zentrale.de informiert auch über die Angebote der Ortsvereine im Bereich Frühe Hilfen.




ZKJ

ZKJ – Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe

**Redaktion im Verlag**
Theresa Rothe
Telefon: 0221/ 9 76 68-305
Telefax: 0221/ 9 76 68-236
E-Mail: theresa.rothe@bundesanzeiger.de

**Verantwortlich für den Inhalt**
Prof. Dr. Stefan Heilmann
Prof. Dr. Dr. h. c. Reinhard Wiesner
Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.

**Manuskripte**
Manuskripte sind unmittelbar an die Schriftleitung oder an die Redaktion im Verlag zu senden. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Der Verlag behält sich das Recht zur redaktionellen Bearbeitung der angenommenen Manuskripte vor.

**Erscheinungsweise**
monatlich, jeweils zum 15. des Monats

**Bezugspreise/Bestellungen/Kündigungen**
Einzelheft EUR 11,50 inkl. MwSt. inkl. Versandkosten (Inland EUR 1,50 pro Ausgabe/Ausland EUR 3,– pro Ausgabe) Der Jahresabopreis beträgt EUR 129,20 inkl. MwSt. inkl. Versandkosten (Inland EUR 0,75 pro Ausgabe/Ausland EUR 3,– pro Ausgabe) (für Mitglieder der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. bke, Bundes-Arbeitsgemeinschaft für Familien-Mediation BAFM und BAG-Bundesarbeitsgemeinschaft Verfahrensbeistandschaft/Interessenvertretung für Kinder und Jugendliche e.V. und für Studenten beträgt der Jahresabopreis EUR 105,40 inkl. MwSt. inkl. Versandkosten [Inland EUR 0,75 pro Ausgabe/Ausland EUR 3,– pro Ausgabe]). Bestellungen über jede Buchhandlung oder beim Verlag. Der Bezugszeitraum beträgt jeweils 12 Monate. Kündigungen müssen schriftlich erfolgen und spätestens am 15. des Vormonats, in dem das Abonnement endet, beim Verlag eingegangen sein.

**Verlag: Bundesanzeiger Verlag GmbH**
Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Geschäftsführung: Dr. Matthias Schulenberg, Fred Schuld
Leitung Service/Vertrieb: Birgit Drehsen
Telefon: 0221/9 76 68-121

**Abo-Service**
Ulrike Vermeer
Telefon: 0221/ 9 76 68-229
Telefax: 0221/ 9 76 68-236
E-Mail: ulrike.vermeer@bundesanzeiger.de



**Urheber- und Verlagsrechte**
Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Jegliche Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Mit der Annahme des Manuskriptes zur Veröffentlichung überträgt der Autor dem Verlag das ausschließliche Vervielfältigungsrecht bis zum Ablauf des Urheberrechts. Das Nutzungsrecht umfasst auch die Befugnis zur Einspeicherung in eine Datenbank sowie das Recht zur weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken, insbesondere im Wege elektronischer Verfahren einschließlich CD-ROM und Online-Dienste.

**Haftungsausschluss**
Die in dieser Zeitschrift veröffentlichten Beiträge wurden nach bestem Wissen und Gewissen geprüft. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Eine Haftung für etwaige mittelbare oder unmittelbare Folgeschäden oder Ansprüche Dritter ist ebenfalls ausgeschlossen. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht notwendig die Meinung der Redaktion wieder.



**Anzeigenleitung**
Hans Stender
Bundesanzeiger Verlag GmbH
Amsterdamer Str.192, 50735 Köln
Telefon: 0221/9 76 68-343
Telefax: 0221/9 76 68-288
E-Mail: hans.stender@bundesanzeiger.de

**Anzeigenpreise**
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 35 vom 1.1.2014

**Herstellung**
Günter Fabritius, Telefon: 0221/ 9 76 68-182

**Satz**
Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

**Druck**
Appel & Klinger Druck und Medien GmbH, Schneckenlohe

**ISSN: 1861-6631**

Bundesanzeiger Verlag