



Buck-Horstkotte • Renneberg • Rosenbach

2. Auflage

Mütter mit Borderline- Persönlichkeitsstörung

Das Trainingsmanual
»Borderline und Mutter sein«



BELTZ

Leseprobe aus Buck-Horstkotte • Renneberg • Rosenbach,
Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, ISBN 9978-3-621-28971-9
© 2022 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28971-9>

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort zur zweiten Auflage | 9 |
| 1 Hintergrund | 11 |
| 1.1 Einleitung | 11 |
| 1.2 Wissenschaftlicher Hintergrund | 14 |
| 1.2.1 Die Symptomatik der Borderline-Störung und mögliche Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten | 14 |
| 1.2.2 Ätiologische Faktoren der Borderline-Störung und ihre Bedeutung für die Mutterschaft | 17 |
| 1.2.3 Forschungsergebnisse zu Kindern von Müttern mit Borderline-Störung | 20 |
| 1.2.4 Ressourcen und protektive Faktoren | 22 |
| 1.2.5 Bestehende Elterntrainings und Unterstützungsangebote | 23 |
| 1.2.6 Grundlagen des Trainings »Borderline und Mutter sein« | 23 |
| 2 Das Gruppentraining »Borderline und Mutter sein« | 27 |
| 2.1 Rahmenbedingungen des Gruppentrainings | 27 |
| 2.2 Aufbau des Trainings | 30 |
| 2.3 Interventionsstrategien in speziellen oder schwierigen Situationen | 34 |
| 2.4 Einzelne Sitzungen | 40 |
| 2.4.1 Sitzung 1: Borderline und Mutterschaft – Risiken und Chancen für Mutter und Kind | 40 |
| 2.4.2 Sitzung 2: Achtsamkeit | 44 |
| 2.4.3 Sitzung 3: Kindliche Grundbedürfnisse | 49 |
| 2.4.4 Sitzung 4: Stress | 54 |
| 2.4.5 Sitzung 5: Stressbewältigung | 57 |
| 2.4.6 Sitzung 6: Struktur und Flexibilität | 60 |
| 2.4.7 Sitzung 7: Umgang mit Konflikten | 62 |
| 2.4.8 Sitzung 8: Umgang mit Gefühlen | 66 |
| 2.4.9 Sitzung 9: Die Bedeutung des Körpers in der Kindererziehung | 69 |
| 2.4.10 Sitzung 10: Grundannahmen in der Kindererziehung | 72 |
| 2.4.11 Sitzung 11: Selbstfürsorge für Mütter | 75 |
| 2.4.12 Sitzung 12: Abschluss | 77 |
| 3 Die Durchführung des Trainings in verschiedenen Settings | 79 |
| 3.1 Das Gruppentraining im stationären Setting | 79 |
| 3.1.1 Rahmenbedingungen und allgemeine Empfehlungen | 79 |
| 3.1.2 Aufbau des Trainings | 81 |
| 3.2 Anwendungsbereich Mutter-Kind-Einrichtung | 82 |
| 3.3 Das Training im Einzelsetting | 85 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.3.1 | Das Thema »Kinder« in der psychotherapeutischen Behandlung von Frauen mit einer Borderline-Störung | 85 |
| 3.3.2 | Relevante Aspekte für die Behandlung von Müttern mit BPS bei der Therapievorbereitung und -planung | 87 |
| 3.3.3 | Therapeutische Strategien und die Integration von Trainingselementen im Therapieverlauf | 89 |
| 4 | Der soziale und institutionelle Kontext | 91 |
| 4.1 | Begleitende Einzelgespräche | 91 |
| 4.1.1 | Kennenlernphase und Exploration | 91 |
| 4.1.2 | Gemeinsame Ziele finden – Vereinbarungen treffen | 94 |
| 4.1.3 | Inhalt und Struktur der begleitenden Einzelgespräche | 95 |
| 4.1.4 | Abschlussphase | 96 |
| 4.2 | Angehörige, Väter, Partner, Partnerinnen und Freundeskreise | 97 |
| 4.3 | Das Hilfesystem | 100 |
| 4.3.1 | Faktoren, die für gelingende Hilfeprozesse wichtig sind | 103 |
| 4.3.2 | Aufgaben einzelner Berufsgruppen und Einrichtungen | 109 |
| | Nachwort | 112 |
| | Anhang | |
| | Verzeichnis der Arbeits- und Infoblätter | 118 |
| | Hinweise zur Arbeit mit dem Arbeitsmaterial | 119 |
| | Literatur | 211 |
| | Weiterführende Literatur | 216 |
| | Sachwortverzeichnis | 217 |

1 Hintergrund

1.1 Einleitung

1.2 Wissenschaftlicher Hintergrund

1.1 Einleitung

Kinder zu haben und zu erziehen, bedeutet Freude und Belastung zugleich. Auch für Eltern, die psychisch gesund sind, sind die ersten Jahre der Kindererziehung häufig mit Umstellungen verbunden, die nicht immer leicht zu bewältigen sind: Sie müssen in der Regel mit deutlich weniger Schlaf auskommen und gleichzeitig alle anderen Aufgaben – im Beruf, im Haushalt, Zusammenleben etc. – bewältigen. Es ist eine Herausforderung, wenn nicht die eigenen Bedürfnisse, sondern die des Kindes den Alltag bestimmen. Bei aller Freude sind junge Eltern in den ersten Jahren häufig deutlich angestrenzter als sonst.

Borderline-Störung und Kindererziehung

Der Alltag von Menschen mit einer Borderline-Störung (BPS) ist geprägt von wiederkehrenden Krisen und extremen Schwankungen in der Stimmung, dem Selbstwert und der Identität. Die Betroffenen handeln in Stresssituationen oft sehr impulsiv und selbstschädigend, reagieren gereizt, trinken zu viel Alkohol oder verletzen sich selbst, um die für sie nicht aushaltbare Situation zu verändern. Gleichzeitig haben sie große Schwierigkeiten, stabile Partnerschaften und Beziehungen zu führen. Sie handeln in Situationen, die sie überfordern, sehr emotional, schnell und heftig. Diese Instabilität ist dabei in der Regel sehr stabil (Renneberg, 2003).

Was geschieht nun, wenn Personen, die unter solchen Stimmungsumbrüchen und Problemen leiden, mit der Aufgabe konfrontiert sind, für die Entwicklung eines Kindes verantwortlich zu sein? Stabilität und Zuverlässigkeit sind für eine gesunde kindliche Entwicklung sehr wichtig. Wie können Frauen, die sich nie sicher sind, geliebt zu werden und die ein schlechtes Selbstbild haben, ihren Kindern Liebe, Geborgenheit und Halt vermitteln?

Fallbeispiel einer Mutter mit Borderline-Störung

Um die Lebenssituation von Müttern mit einer Borderline-Störung und ihren Kindern besser zu verstehen, schildern wir im Laufe des Buches immer wieder anhand eines Fallbeispiels, welche Probleme bei einer Mutter mit einer Borderline-Störung auftreten können.

■ Beispiel

Anja wurde als Kleinkind von ihren Eltern, die beide alkoholabhängig waren, oft tagelang ohne Essen allein eingesperrt, bis sie schließlich in einer Pflegefamilie untergebracht wurde. Seit ihrer frühen Kindheit litt Anja unter heftigen Wutanfällen. Ihre Wut richtete sie gegen Gegenstände, andere Menschen und sich selbst. Während des Aufenthaltes in einer Tagesklinik lernte sie ihren Freund kennen und wurde nach kurzer Zeit ungeplant schwanger. Ein Abbruch der Schwangerschaft kam für sie nicht in Frage, jedoch hatte sie große Angst, ihrem Kind eines Tages durch ihre unkontrollierten Wutanfälle Schaden zuzufügen. Oft dachte sie, das Schreien ihres Sohnes und seine ständigen Ansprüche nicht mehr aushalten zu können. Sie war jedoch nicht bereit, sich an das Jugendamt zu wenden, um Hilfe zu bekommen: »Die kennen mich noch von früher, die nehmen mir sofort mein Kind weg.« Sie begann eine Therapie, fest entschlossen, ihre Probleme in den Griff zu bekommen und zu lernen, dem Kind eine gute Mutter zu sein.

Kindliche Bedürfnisse. Es herrscht weitgehende Übereinstimmung darüber, was Kinder durch alle Entwicklungsphasen hinweg für ihre gesunde Entwicklung brauchen. Allgemein gesagt kann man von drei Bedürfniskategorien sprechen:

- (1) Kinder haben vitale Bedürfnisse (Nahrung, Pflege, Kleidung, Obdach, Sicherheit und Schutz vor Gewalt),
- (2) soziale Bedürfnisse (Liebe, Zuneigung, Anerkennung, Fürsorge, Gemeinschaft)
- (3) sowie das Bedürfnis nach Kompetenz und Selbstbestimmung (Bildung, Aktivität, Selbstachtung).

Je kleiner die Kinder sind, desto stärker sind sie zur Kommunikation und vor allem zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse auf ihre primären Bezugspersonen angewiesen.

Auch wenn es Gesetze und Regelungen gibt, welche die Rechte von Kindern verankern und sicherstellen sollen, liegt die Hauptverantwortung für die Befriedigung dieser Bedürfnisse in der Regel bei den Eltern. Ihnen obliegt es, ein adäquates, förderndes und gesundes Umfeld zu schaffen, in dem das Kind sich entwickeln kann. Institutionen und Bildungseinrichtungen übernehmen ergänzende, kompensatorische und kontrollierende Funktionen. Sind die Eltern aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage, diese Bedürfnisse zu befriedigen, kann dies eine Vielzahl negativer Folgen für die Entwicklung der Kinder mit sich führen (Plass & Wiegand-Grefe, 2012).

Kinder als Ressource. Kinder können dazu beitragen, dass Eltern Sinn und Halt im Leben finden. Sie helfen unter Umständen, die eigene Lebensgeschichte in einem neuen Licht zu sehen und – oft das erste Mal im Leben – Zugehörigkeit und Verantwortung zu erleben. Mütter und Väter werden damit konfrontiert, die eigene Situation und die des Kindes verantwortlich gestalten zu müssen. Die Aktivierung eigener Ressourcen und Kompetenzen ist erforderlich, um dem ihnen anvertrauten Wesen gerecht zu werden. Die Sorge um das Kindeswohl kann dadurch in einem nicht zu unterschätzenden Maß für die Aufnahme einer Therapie motivieren sowie Katalysator für notwendige Entwick-

lungsschritte der Mutter sein. Viele Mütter mit einer Borderline-Störung sind sich ihrer Verantwortung für ihre Kinder durchaus bewusst und würden alles dafür tun, um sie von der eigenen psychischen Problematik fernzuhalten und zu verhindern, dass die Kinder Ähnliches durchmachen müssen wie sie selbst.

Frauen, die in ihrer eigenen Lebensgeschichte kaum Erfahrungen von Sicherheit, Liebe, Schutz, Zugehörigkeit und Geborgenheit machen konnten, verbinden die Vorstellung von Elternschaft oft mit dem dringenden Wunsch nach einem Menschen, der zu ihnen gehört und der sie vorbehaltlos akzeptiert. So erleben Frauen häufig in der Schwangerschaft und der ersten Zeit der Mutterschaft eine innige Nähe zu ihrem Kind, die dazu beiträgt, dass Mutter und Kind sich glücklich und zufrieden fühlen, besonders dann, wenn das Kind sich ausgeglichen und ruhig verhält.

Kinder als Herausforderung. In aller Regel jedoch zeigen Kinder, die sich gesund entwickeln, spätestens gegen Ende des Säuglingsalters Autonomiebestrebungen. Sie haben unaufschiebbare Bedürfnisse und nehmen wenig »Rücksicht« auf die psychische Verfassung ihrer Eltern. Sie spenden nicht nur Trost, sondern sind auch eine Belastung. Die Mütter kommen immer wieder in einen Konflikt zwischen ihrem Anspruch, eine gute Mutter zu sein und ihren eigenen Bedürfnissen nach Ruhe, Zeit für sich und Treffen mit Freunden. Häufig entsteht aus solchen Konflikten ein Teufelskreis aus kindlicher Verhaltensauffälligkeit und mütterlicher Frustration.

Wo ist der Platz für die Kinder in der Psychotherapie der Borderline-Störung?

In der psychotherapeutischen Behandlung der Borderline-Störung wurden in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte erzielt, auch wenn es weiterhin noch viel Raum für Verbesserung der Therapieergebnisse gibt (Storebø et al., 2020). In der Psychotherapie der Borderline-Störung gibt es eine klare Hierarchie der Therapieziele (Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörungen, DGPPN, im Druck).

An erster Stelle steht der Abbau der Suizidalität und des selbstverletzenden und selbstschädigenden Verhaltens. Das Überleben und das Wohl der Patientin stehen im Vordergrund. Die Therapierenden sind daher mit den aktuellen Krisen der Patientinnen oft so beschäftigt, dass das Thema, wie es den Kindern geht, häufig zunächst sekundär ist.

Auch wissen die Behandelnden teilweise nicht, was sie in solchen Situationen tun sollen oder wie sie die Kinder schützen können. Sie sind ja »eigentlich« für die Mutter zuständig. Oft sind die Kinder kein Thema in der Psychotherapie, und es wird das behandelt, was die Mutter als dringlich präsentiert: in der Regel an erster Stelle das eigene Leid und die Konflikte mit dem Partner oder bei der Arbeit. Die Unterstützung bei der Bewältigung aktueller Krisen ist eine herausfordernde und schwierige Aufgabe in der Therapie der Borderline-Störung. Probleme, Misshandlungen und Vernachlässigung der eigenen Kinder werden von den Müttern oft aus Angst oder Scham verschwiegen oder zunächst nicht thematisiert, weil sie weniger dringlich erscheinen. Ängste vor Stigmatisierung und vor dem Verlust des Sorgerechts führen nicht selten dazu, dass sich betroffene Eltern scheuen, bei den zuständigen Stellen Hilfe zu suchen und Probleme anzusprechen.

Auf diese Weise kommen Mütter mit einer Borderline-Störung und ihre Kinder häufig erst dann mit dem Jugendamt in Kontakt, wenn es für eine sinnvolle Prävention zu spät

ist: bei akuter Kindeswohlgefährdung sowie in schweren Krisensituationen. Doch auch bei rechtzeitiger Intervention fehlt auf Seiten der Institutionen oft das Wissen über die Störung. Dies kann dazu beitragen, dass Hilfeprozesse ausbleiben oder misslingen und dass das Misstrauen gegenüber den Institutionen, die für das Kind zuständig sind, wächst.

Psychotherapeutinnen werden in der Regel anders wahrgenommen als Ämter und offizielle Stellen. Die in den Sitzungen besprochenen Inhalte unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Müttern ermöglicht der geschützte Rahmen der Psychotherapie, offen über ihre Probleme zu sprechen und so Wege zu finden, das Kind trotz eigener psychischer Defizite zu schützen und zu fördern. Die Erfahrung, nicht verurteilt zu werden und Verständnis zu finden, öffnet Türen, eigene Schwächen anzunehmen.

Was erwartet Sie in diesem Buch?

Dieses Buch möchte Hintergrundwissen, Orientierung und vor allem Anleitung für die praktische Arbeit mit Müttern mit einer Borderline-Störung bieten und gleichzeitig dazu ermutigen, sich dieser Thematik stärker zu öffnen.

Das in diesem Buch vorgestellte Gruppentherapieprogramm wurde auf Basis klinischer Erfahrungen und des aktuellen Stands der Forschung entwickelt.

In Kapitel 1 werden zunächst aktuelle Forschungsbefunde zusammengefasst, die die Lebenssituation und mögliche Schwierigkeiten von Müttern mit einer Borderline-Störung und ihren Kindern beleuchten. Es wird das Hintergrundwissen erläutert, auf dem das Gruppentraining aufbaut. Kapitel 2 enthält das Therapiemanual; Kapitel 3 liefert Anregungen zur Umsetzung des Programms in unterschiedlichen Settings: Stationäre Einrichtung, Mutter-Kind-Einrichtung und Einzeltherapie. In Kapitel 4 finden Sie weitere Informationen zu den begleitenden Einzelgesprächen, dem Umgang mit Vätern, Angehörigen und Partnern und den institutionellen Rahmenbedingungen. Im Nachwort ziehen wir ein Fazit mit den bisherigen Rückmeldungen und Bewertungen der Teilnehmerinnen des Trainings. Im Anhang finden sich die Arbeitsblätter und Informationsmaterialien für Trainerinnen und Teilnehmerinnen.

1.2 Wissenschaftlicher Hintergrund

Ich habe die Diagnose einer Borderline-Störung. Es tut mir sehr weh zu sehen, wie meine Kinder darunter leiden. Ich will auf keinen Fall, dass sie dasselbe durchmachen müssen wie ich. Ich wäre so gern eine perfekte Mutter!

Zitat einer betroffenen Mutter

1.2.1 Die Symptomatik der Borderline-Störung und mögliche Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten

Symptomatik. Die Borderline-Störung (BPS) ist charakterisiert durch ein andauerndes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten. Die Angst davor, verlassen zu werden und die gleichzeitige Schwierigkeit, enge Beziehungen aufrechtzuerhalten, führen zu schwerwiegenden Problemen in der gesam-

2 Das Gruppentraining »Borderline und Mutter sein«

- 2.1 Rahmenbedingungen des Gruppentrainings
- 2.2 Aufbau des Trainings
- 2.3 Interventionsstrategien in speziellen oder schwierigen Situationen
- 2.4 Einzelne Sitzungen

2.1 Rahmenbedingungen des Gruppentrainings

Das Gruppentraining ist konzipiert für eine Gruppengröße von vier bis sechs Teilnehmerinnen und kann sowohl im ambulanten als auch im teilstationären Setting oder auch in Einrichtungen der komplementären Versorgung (betreute Wohneinrichtungen, Erziehungsberatungsstellen o. Ä.) durchgeführt werden. Das Training beinhaltet zwölf Sitzungen à zwei Stunden und behandelt elf Module.

Für den Einsatz im stationären Bereich gibt es in Abschnitt 3.1 weitere Hinweise.

Um einen Transfer in den Erziehungsalltag zu gewährleisten, ist es nötig, dass die Mütter während der Dauer des Trainings mit ihren Kindern zusammenleben bzw. einen regelmäßigen Umgang haben (mind. 1× die Woche).

Trainerinnen. Das Training sollte immer von zwei Trainerinnen durchgeführt werden. Das Manual orientiert sich am Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Bohus & Wolf-Arehult, 2013; Linehan, 1996b). Vorerfahrungen der Trainerinnen in DBT sind daher sehr hilfreich, jedoch keine unbedingte Voraussetzung, um das Training durchführen zu können. Die Trainerinnen sollten jedoch grundsätzlich mit den Schwierigkeiten und der Behandlung von Patientinnen mit einer Borderline-Störung vertraut sein. Weiterhin ist es sehr hilfreich, dass mindestens eine der Trainerinnen Erfahrungen im Umgang mit kleinen Kindern hat. So können alterstypische Verhaltensweisen und Schwierigkeiten besser eingeordnet werden und im Idealfall eigene Beispiele und Erfahrungen genannt werden (auch im Sinne der Entpathologisierung, z. B. »Mein Kind hatte auch eine Phase mit schrecklichen Trotzanfällen. Das war mir auch immer sehr unangenehm.«). Besonders in der Anfangsphase und bei unerfahrenen Gruppenleiterinnen ist eine regelmäßige Supervision durch eine in dem Programm oder ersatzweise in DBT erfahrene Supervisorin hilfreich.

Einzeltherapie. Analog zur klassischen DBT hat sich bewährt, dass begleitend zur Gruppe einzeltherapeutische Gespräche stattfinden, in denen die Mütter das Gelernte vertiefen und ihrer individuellen Situation anpassen, Krisen besprechen und motivationale Hürden überwinden können (s. Abschn. 3.1). Einzel- und Gruppentherapeutinnen sollten während des Gruppentrainings kooperieren und sich austauschen. Dieser Austausch sollte auf jeden Fall auch der Patientin transparent gemacht werden (Schweigepflichtent-

bindung muss vorliegen). In der Regel werden Einzel- und Gruppentherapeutin zwei verschiedene Personen sein. Es ist aber auch möglich, dass eine der Gruppentrainerinnen zugleich einzeltherapeutisch mit den Teilnehmerinnen arbeitet. Die zweite Gruppentrainerin sollte dann eine distanziertere Haltung einnehmen können.

Sollte eine Mutter aktuell nicht in einzeltherapeutischer Behandlung sein muss geklärt werden, ob die Mutter früher bereits im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ein Verständnis von ihrer Problematik erlangt und grundlegende Techniken zum Umgang mit ihren eigenen Problemen erlernt hat.

Videoaufnahmen. Es hat sich sehr bewährt, alle Gruppensitzungen auf Video aufzunehmen. Zu Supervisions- und Interventionszwecken sind die Videoaufnahmen die beste Grundlage. Eine besondere Funktion kommt den Videoaufnahmen in den Sitzungen zu, in denen Rollenspiele aufgezeichnet und gemeinsam in der Gruppe besprochen werden. Die Videoaufnahmen sind vielen Teilnehmerinnen zunächst unangenehm, wenn ihre Bedeutung jedoch transparent ist und die Aufnahmen selbstverständlich in jeder Sitzung gemacht werden, werden sie angenommen und auch geschätzt. Im Vertrag zur Gruppenteilnahme werden die Videoaufzeichnungen explizit erwähnt.

Vorbereitung und Aufnahmevoraussetzungen

Bei der Auswahl der Teilnehmerinnen sollte darauf geachtet werden, dass keine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt. Grundsätzlich werden zwei Arten der Kindeswohlgefährdung unterschieden:

- ▶ elterliches Handeln, beispielsweise Gewaltanwendung gegenüber dem Kind
- ▶ elterliches Unterlassen, zum Beispiel Vernachlässigung eines Kindes

Kindeswohlgefährdung. Im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) § 1666 werden gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls aufgeführt.

Anzeichen für akute Kindeswohlgefährdung sind:

- ▶ Gefahr an Leib und Leben
- ▶ körperliche Gewalt (dem Kind körperliche Verletzungen oder Schmerzen zufügen)
- ▶ grobe Vernachlässigung der Pflege und Versorgung bei Kleinstkindern und Säuglingen (essen, trinken), grobe Vernachlässigung der Aufsichtspflicht im Sinne von Gefahrenabwehr bei Babys und Kleinkindern
- ▶ grobe psychische Gewalt bzw. inadäquate Kommunikation (z. B. Anschreien, Ignorieren, grobes Fehldeuten kindlicher Signale)

Auch akute Suizidalität und andere massiv selbstschädigende Verhaltensweisen sind Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der Gruppe.

In der folgenden Tabelle sind Selbst- und Fremdgefährdungen nach Dringlichkeit und Gefährdungspotential geordnet aufgeführt.

Tabelle 2.1 Selbst- und Fremdgefährdung

| kindeswohlgefährdend | selbstgefährdend |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ schwere körperliche Gewalt gegen das Kind/ sexueller Missbrauch/lebensbedrohliche Vernachlässigung ▶ Kind wird häufig Zeuge von Gewalt in der Beziehung und/oder muss um die Unversehrtheit eines Elternteils fürchten (durch Suizidversuche/-drohungen oder äußere Gewalt) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Suizidalität, lebensbedrohlich selbstschädigendes Verhalten |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ körperliche und seelische Gewalt («Klaps«, grob anfassen, häufiges Anschreien, Beschimpfen und Bedrohen) ▶ Vernachlässigung kindlicher Bedürfnisse nach Zuwendung, Anerkennung, Selbstbestimmung und Anregung | <ul style="list-style-type: none"> ▶ selbstverletzendes Verhalten ▶ schwere Vernachlässigung eigener Bedürfnisse (z. B. essen, schlafen, Gesundheit) ▶ Aufrechterhalten gewalttätiger Beziehungen |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ anhaltend invalidierendes Verhalten gegenüber dem Kind («Du bist nicht richtig.«) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ anhaltend selbstinvalidierendes Verhalten («Ich bin nicht richtig.«) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ mangelnde Förderung sozialer Teilhabe ▶ mangelnde Entwicklung schulischer und anderer Fähigkeiten, Interessen und Freizeitaktivitäten (z. B. Sportverein, Musik, Kindergeburtstage gestalten, Einladungen, Unterstützung bei Hausaufgaben) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ fehlendes soziales Netz ▶ Mangel an Zugehörigkeit und eigenen Interessen (Arbeit, Freizeitgestaltung) |

Die Voraussetzungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm sind auch dann erfüllt, wenn die Mutter zwar ihr gefährdendes Verhalten noch nicht vollständig zu kontrollieren vermag, sie sich jedoch in einer geschützten Einrichtung befindet oder andere Bezugspersonen bzw. ein professionelles Hilfesystem den Schutz des Kindes gewährleisten.

Wir gehen davon aus, dass die Diagnostik der Borderline-Störung sowie die Aufklärung darüber im Vorfeld geschehen sind. Sollte dies nicht der Fall sein, werden dafür mehrere Sitzungen vor dem Training benötigt.

Vorgespräch. Die Trainerinnen sollten vor Trainingsbeginn mindestens ein Einzelgespräch mit jeder Teilnehmerin führen, in dem folgende Themen behandelt werden (vgl. auch Kap. 4.1 »Begleitende Einzelgespräche«):

- ▶ Anlass für Teilnahme am Gruppentraining klären
- ▶ über den Ablauf des Trainings, den zeitlichen Aufwand, die Rahmenbedingung und ggf. Kosten informieren
- ▶ Veränderungsmotivation und Bereitschaft, sich auf das Training einzulassen (Commitment), klären
- ▶ Therapievertrag für das Gruppentraining besprechen und mitgeben (s. AB 12 »Mustervertrag ›Gruppentraining«)
- ▶ Kindeswohlgefährdung abklären

2.2 Aufbau des Trainings

Zeitliche Struktur der Sitzungen

Jede Gruppensitzung dauert 2× 50 Minuten mit 20 Minuten Pause. Vor jeder Sitzung wird die Tagesordnung von den Trainerinnen an einer Tafel/am Flipchart aufgeschrieben. Diese wird zu Beginn jeder Sitzung vorgestellt.

Im Anschluss wird für jede Teilnehmerin die momentane Anspannung auf einer Skala von 0–100 (s. INFO 00.1c) abgefragt. Gibt eine Teilnehmerin eine Anspannung von über 70 an, sollte überprüft werden, was sie zur Spannungsreduktion tun kann, um an der Gruppe teilnehmen zu können (z. B. Skills). Im Anschluss wird eine Achtsamkeits- oder Aktivierungsübung durchgeführt. Die Übungsvorschläge (INFO 00.1b) können durch eigene Übungen der Trainerinnen oder Teilnehmerinnen ergänzt oder ersetzt werden.

Hausaufgaben. In allen Sitzungen mit Ausnahme der ersten werden während der ersten Stunde die Hausaufgaben und Erfahrungen der Teilnehmerinnen besprochen. Die Hausaufgaben werden jeweils reihum vorgestellt. Es empfiehlt sich, die Zeit auf die Anzahl der Teilnehmerinnen so aufzuteilen, dass für jede Teilnehmerin, je nach Gruppengröße, 5–10 Minuten zur Verfügung stehen. Damit die Aufmerksamkeit und Beachtung gerecht aufgeteilt werden, kann eine Eieruhr oder ein Timer als »Hüterin der Zeit« hilfreich sein. Bei der Besprechung der Hausaufgaben sollte immer vorab erfragt werden, ob die Infoblätter gelesen wurden und ob es dazu Fragen oder Kommentare gibt, damit diese bei Bedarf geklärt werden können. Auf einigen Infoblättern gibt es Fragen für die Teilnehmerinnen. Diese müssen nicht zusätzlich bei der Hausaufgabenbesprechung besprochen werden. Die Hausaufgaben bilden die Voraussetzung für den Transfer des Gelernten in den Alltag. Nur wenn die Teilnehmerinnen das in der Gruppe besprochene alternative Erziehungsverhalten auch ausprobieren, erfahren sie, ob es für ihre individuelle Situation mit ihrem Kind hilfreich ist. Die Relevanz der Hausaufgaben hat eine der Gruppenteilnehmerinnen prägnant zusammengefasst als Antwort auf die Frage am Ende der Gruppensitzungen, was sie als besonders hilfreich empfand: »Die Hausaufgaben; es ist hart, sie regelmäßig zu machen, aber nur über die Anwendung im Alltag lernt und verändert man etwas« (Sellin, 2014, S. 39).

Fehm und Helbig (2008) fassen die empirisch ermittelten Befunde zur Steigerung der Adhärenz bei Hausaufgaben zusammen und geben einige Empfehlungen.

■ Empfehlungen für Hausaufgaben

- ▶ Hausaufgaben sollten leicht und wenig zeitaufwendig sein.
- ▶ Hausaufgaben sollten auf den vorhandenen Stärken und Ressourcen der Teilnehmerinnen aufbauen.
- ▶ Der Zusammenhang der Hausaufgaben mit den langfristigen Therapiezielen sollte deutlich sein.
- ▶ Für die Hausaufgaben sollten schriftliche Materialien wie Notizen, Protokollbögen oder Arbeitsbücher eingesetzt werden.
- ▶ Alle vereinbarten Aufgaben sollten in der darauffolgenden Stunde nachbesprochen werden.