

**„Das Beste, was man tun kann als Elternteil, ist langweilig zu sein“,
Existenzanalytische Psychotherapie mit Eltern von Jugendlichen mit emotional
instabiler Persönlichkeitsstörung**

Masterarbeit für den
Universitätslehrgang Existenzanalyse und Logotherapie
eingereicht von Kathrin Bergthaler

Paris Lodron Universität Salzburg
Erstbetreuerin: Mag.^a Doris Fischer-Danzinger
Zweitbetreuer: Univ. Prof. Dr. MMag. Emmanuel J. Bauer
Wien/Salzburg, Oktober 2024

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinen InterviewpartnerInnen für ihre Zeit und die wertvollen Gespräche.

Außerdem gilt ein großer Dank meinen Eltern, die mich auf meinem Weg zur Psychotherapeutin immer unterstützt haben. Danke besonders an meine Mutter, für das Korrekturlesen (auch) dieser Abschlussarbeit.

Danke an Bettina, es war mir eine große Freude diesen Weg gemeinsam zu gehen.

Ein liebevolles Danke an meine Familie Manuel und Jakob.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Methode.....	3
3. Kurze Erklärungen zur Existenzanalyse für den Kontext dieser Arbeit.....	5
3.1 Das Strukturmodell.....	5
3.2 Person und Persönlichkeit – eine Begriffsklärung.....	7
3.3 Das Prozessmodell.....	12
4. Therapeutischer Prozess mit einem Elternteil.....	13
4.1. Informationen zum Störungsbild.....	16
4.1.1 Merkmale einer Persönlichkeitsstörung.....	17
4.1.2 Diagnosekriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung.....	19
4.1.3 Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Existenzanalyse.....	21
4.2 Diagnostische Spezifika emotional instabiler Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen.....	26
4.2.1 Pubertät und Verdacht auf Persönlichkeitsstörung.....	36
4.2.2 Entstehung emotional instabiler Persönlichkeitsstörung	40
4.3 Einen Umgang mit der Diagnose finden.....	50
4.4 Therapeutisches Arbeiten zu Themen der Grundmotivationen.....	59
4.5 Alltagsgestaltung.....	67
4.5.1 Grenzsetzungen - eigene Zweifel und Ängste.....	68
4.5.2 Nähe und Distanz	70
4.5.3 Altersadäquate Information an Geschwisterkinder.....	74
4.5.4 Informationen an das Umfeld.....	76
4.6 Umgang mit selbstverletzendem Verhalten	77
4.7 Umgang mit Krisen und Suizidalität.....	88
4.7.1 Unterscheidung Suizidgedanken und akute Suizidalität.....	89
4.7.2 Handeln bei akuter Suizidalität.....	90
4.7.3 Elterngespräche nach einem Suizidversuch.....	92
4.7.4 Suizidprävention.....	94
4.8 Schuld und Verantwortung.....	96
5. Résumé.....	104
6. Literatur.....	106

1. Einleitung

Selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken, Suizidversuche, starke Idealisierung, heftige Abwertung und Probleme in sozialen Beziehungen – all dies können Anzeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bei Jugendlichen sein, die ihren Alltag und den Alltag ihrer Familie prägen. Vermehrt hören oder lesen wir medial über steigende psychische Erkrankungen bei Jugendlichen. Wie aber geht es nun den Eltern dieser Jugendlichen? Was brauchen sie und wie kann ein therapeutisches Arbeiten mit ihnen aussehen? Als primäre Bezugspersonen tragen sie eine große Verantwortung bzgl. der Entstehung und der Besserung der psychischen Gesundheit ihrer Kinder – oder nicht?

Die Vergabe der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter wird ambivalent diskutiert (siehe Kapitel 5.3), wobei auch festgehalten werden muss, dass die Klassifikation spätestens mit der zu erwartenden Etablierung des ICD11¹ im Umbruch befindlich ist, hin zu einem mehrdimensional geprägten Verständnis (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:V). Dennoch liegt nach den im ICD 10² gültigen Diagnosekriterien der Beginn der Störung im späten Kindesalter oder der Adoleszenz (vgl. Kapitel 5.1). Es handelt sich also um tief verwurzelte Verhaltensmuster, die über starre Reaktionen auf unterschiedliche Situationen sichtbar werden.³ Da Jugendliche in ihrer Entwicklung noch nicht gefestigt sind, wird mit der Vergabe einer Persönlichkeitsstörungsdiagnose in der Regel mit entsprechender Vorsicht umgegangen, dennoch können Anzeichen oder Hinweise einer solchen Störung als ein *Verdacht auf* emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostisch festgehalten werden. Dies ermöglicht den Hinweis auf bestimmte Problemstellungen, aber gleichzeitig auch eine spätere Korrektur, sollte die Entwicklung in eine gesunde Richtung gehen.⁴ Gerade bei Jugendlichen ist aufgrund der laufenden Entwicklung noch vieles offen.

1 <https://icd.who.int/en>, 4.6.2022

2 <https://www.sgipt.org/diagnos/PPSPAc/AlIKriPS.htm>, 4.6.2022

3 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f60-f69.htm#F60.2>, 4.6.2022

4 Ein Beispiel dafür wäre eine Adoleszentenkrise, die sich im Verlauf als nicht anhaltend zeigt und so nicht als tiefgreifende Persönlichkeitsstörung sondern beispielsweise als Anpassungsstörung diagnostiziert werden könnte. Das Erkennen und Formulieren früher Anzeichen ermöglicht frühe Interventionen, die den weiteren Verlauf mitgestalten. (Vgl. https://www.clenia.ch/wp-content/uploads/fachtagung-clenia-littenheid_adoleszentenkrise-versus-personlichkeitsstorung_kathrin-sevecke.pdf, 04.06.2022)

Aus diesem Grund bezieht sich die vorliegende Masterarbeit auf die psychotherapeutische Arbeit mit Eltern, bei deren Kindern ein Verdacht auf emotional instabile oder das Vollbild einer solchen Störung diagnostiziert wurde.

Auf Basis der Fachliteratur, sowie halbstrukturierter Interviews mit ExpertInnen aus dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychotherapie sowie im Spezifischen der Existenzanalyse beschäftigt sich die vorliegende Masterarbeit diesbezüglich mit der Beantwortung folgender Fragen:

Was sind wesentliche Merkmale der psychotherapeutischen Arbeit mit Eltern von Jugendlichen mit Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung? Was kann die Existenzanalyse hier beitragen?

Welche Themenbereiche können sich in der Arbeit mit Eltern von Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung ergeben? Wie ist hier das Verständnis und der Zugang der Existenzanalyse?

Daraus ergeben sich untergeordnete Fragen zum **theoretischen Verständnis**, aber auch zum **konkreten therapeutischen Arbeiten**. Über semi-strukturierte, qualitative Interviews bleibt dabei genug Raum für die Schilderung von Erfahrungen und konkreten Beispielen. Diese Arbeit beschäftigt sich mit potenziellen Themen der therapeutischen Elternarbeit, ohne dabei jedoch den **phänomenologischen Zugang** der Existenzanalyse zu verlieren. Viel mehr ist dieser ein wesentlicher Teil der empirischen Methodik der Arbeit. Zudem findet er sich in der Diskussion der erhobenen Punkte wieder, ohne dabei einen Anspruch auf Vollständigkeit oder auf im Einzelfall anwendbare Allgemeingültigkeit zu erheben.

Unter der Annahme einer therapeutischen Versorgung der Jugendlichen richtet sich der Blickwinkel auf das Leid und die Fragestellungen der Eltern. Es geht um die Suche nach einem gemeinsamen **Verständnis** unter der **Vermeidung von „Schuldzuweisungen“** durch das Behandlungssystem.

Unter diesem Blickwinkel setzt sich die vorliegende Arbeit wie folgt zusammen:

Zu Beginn der Arbeit steht eine kurze **Einführung** in das Struktur- und das Prozessmodell der **Existenzanalyse** (Kapitel 3.1, 3.3), sowie eine kurze Auseinandersetzung mit den Begriffen Person und Persönlichkeit (3.2). Ziel dieses ersten Teils ist es, die vorliegende Arbeit auch für Nicht-Existenzanalytiker:innen verständlich zu machen.

Ein weiterer Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema der emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen und spezifisch der Frage der **Vergabe dieser Diagnose** im

Jugendalter (Kapitel 4.2). Ergänzt wird dies durch einen existenzanalytischen Blickwinkel (4.1.3). Eine existenzanalytische Diagnostik auf Basis der vier **Grundmotivationen** bietet Anhaltspunkte hinsichtlich der Entstehung und zeigt zugleich auf, in welchen Bereichen sich auch **Themen für die Arbeit mit den Eltern** zeigen können. Nach einer ersten Annäherung an die Frage, wie ein **Umgang mit der Diagnose** gefunden werden kann (4.3), werden ganz konkrete Frage- und Problemstellungen aus dem Alltag diskutiert. So geht es darum, wie es gelingen kann Grenzen zu setzen und was dies in manchen Fällen erschweren kann (Kapitel 4.5.1). Es wird der Frage nachgegangen, wie mit Geschwisterkindern (4.5.3) über das Thema gesprochen werden kann und wie mit Informationen an das Umfeld des Kindes umgegangen werden kann (4.5.4). Konkrete Themen wie der Umgang mit selbstverletzendem Verhalten (4.6), mit Krisen und Suizidalität (4.7) sind ebenfalls Teil dieses Abschnitts.

Abschließend geht es um die Frage von Schuld, Schuldgefühlen und Verantwortung (Kapitel 4.8), bevor die Arbeit im Resümee zusammengefasst wird.

Ein **wichtiger Hinweis**: Die vorliegende Arbeit ist **kein Leitfaden** oder Handbuch für die therapeutische Arbeit mit den Eltern, vielmehr ist es ihr Ziel Anregungen aus ersten eigenen Erfahrungen als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision, den ExpertInneninterviews und der Fachliteratur zu geben. Es handelt sich um eine Annäherung an das Thema **ohne Anspruch auf vollständigen Überblick**. Für das therapeutische Arbeiten gilt frei nach Haltung der Existenzanalyse: Was wesentlich ist, wird sich zeigen.

2. Methode

Methodisch wurden für die vorliegende Masterarbeit neben der Literaturrecherche vier semi-strukturierte ExpertInneninterviews geführt. Diese fanden im Zeitraum zwischen Anfang September und Mitte November 2022 statt. Der Interviewleitfaden war so gestaltet, dass sich, neben einem festen Bestandteil des Leitfadens, ein Teil der Fragen an der jeweiligen Expertise meines Gegenübers orientierte. Zusätzlich blieb in den qualitativen Interviews dabei genug Raum für die Schilderung von Erfahrungen und konkreten Beispielen.

Allen InterviewpartnerInnen wurde angeboten, die Transkription des Interviews für mögliche Korrekturen und eine Freigabe zu erhalten. Drei Personen haben dieses Angebot angenommen, ein Interviewpartner hat das Interview ohne Zusendung des Transkripts freigegeben. Insgesamt wurde nur eine kurze Passage eines Interviews herausgenommen, die für den Inhalt dieser Arbeit nicht wesentlich war. Bei den verwendeten Zitaten wurde eine sprachliche Verschönerung insofern vorgenommen, als Füllwörter und Wortwiederholungen

für eine bessere Lesbarkeit weggelassen wurden. Betonungen wurden kursiv gedruckt. Fett gedruckte Wörter dienen lediglich der Strukturierung von Textpassagen und sind von der Betonung unabhängig. Alle InterviewpartnerInnen haben der namentlichen Nennung innerhalb der Arbeit zugestimmt.

Ein kurzer Überblick beschreibt die InterviewpartnerInnen und den jeweiligen zusätzlichen Schwerpunkt des Interviews. Zwei Interviews wurden mit Personen aus dem Fachbereich der Existenzanalyse geführt.

PhDr. Barbara Gawel⁵ ist Psychotherapeutin in freier Praxis in Wien. Sie ist Pädagogin und zertifizierte Kinder- und Jugendpsychotherapeutin sowie Lehrsupervisorin. Die Schwerpunkte des Interviews setzten sich aus spezifischen Fragen hinsichtlich existenzanalytischer Theorie und Erfahrungen in der Arbeit mit Jugendlichen und Eltern in der freien Praxis zusammen.

PD Dr.med. Dr. phil. Alfred Längle⁶ ist Arzt, Psychotherapeut, klinischer Psychologe, Gründer der Existenzanalyse nach Längle, Lehrtherapeut und Lehrsupervisor, sowie Vorsitzender und Gründungsmitglied der internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE-I). Der Schwerpunkt des Interviews lag auf der existenzanalytischen Sichtweise hinsichtlich emotional instabiler Persönlichkeitsstörung im Jugendalter und der Arbeit mit den Eltern.

Univ.-Prof. Dr. Paul Plener, MHBA⁷ ist Universitätsprofessor für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Medizinischen Universität Wien und Leiter der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Wiener AKH sowie Autor zahlreicher Publikationen aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Interview wurde aufgrund seiner hohen Expertise neben Fragen der Diagnostik vor allem der Schwerpunkt auf das Thema des selbstverletzenden Verhaltens gelegt.

Dr. Harald Eder⁸ ist Facharzt für Psychiatrie, sowie Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und war langjähriger Leiter einer Station an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Wiener AKH, die auch für die Unterbringung nach UBG zuständig ist. Als Oberarzt an der Klinik zeichnet ihn unter anderem seine Expertise in der Arbeit mit Familien in Krisensituationen aus. Der Schwerpunkt des Interviews lag auf Fragen

5 <https://www.barbaragawel.at/index.php?location=about>, 1.1.2023

6 <https://www.laengle.info/>, 1.1.2023

7 Lebenslauf unter: https://fruehjahrssymposium.at/images/ffs2022/pdf/CV_pplener.pdf; 1.1.2023

8 <https://s-i-t.at/ueber-uns/harald-eder>, 1.1.2023

der Diagnostik, Elterngesprächen und Familiendynamiken von Familien mit Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung.

3. Kurze Erklärungen zur Existenzanalyse für den Kontext dieser Arbeit

Für ein Verständnis der im weiteren Text verwendeten Begriffe aus der Theorie der Existenzanalyse gibt dieses Kapitel einen ganz kurzen Überblick über die spezifische Theorie. Ziel des Kapitels ist es, die vorliegende Arbeit auch für Nicht-Existenzanalytiker:innen verständlich zu machen.

3.1 Das Strukturmodell

Grundlage des existenzanalytischen Theorieverständnisses bildet das Strukturmodell der vier personal-existenziellen Grundmotivationen (Längle 1992). Da auch in der Therapie mit den Eltern zu Themen aller Grundmotivationen gearbeitet wird bzw. werden kann, gibt dieses Unterkapitel eine kurze Beschreibung der Struktur der vier Grundmotivationen.

Längle erweitert Frankls⁹ Modell des Willens zum Sinn um drei weitere Bereiche, die der Sinnfrage vorausgehen. Diese stehen mit Fragen in Verbindung, die sich dem Menschen bzw. der Person in ihrer Existenz stellen und deren Beantwortung somit die Basis für eine „erfüllte Existenz“ (ebd.) bilden. So geht es in der **ersten Grundmotivation** um Halt, Raum und Schutz als Grundbedingung, um die Erfahrung des Angenommenseins und eines Annehmenkönnens der gegebenen Bedingungen, um ein „Ja zur Welt“ (Längle 2016:27). Auf Basis der ersten Grundmotivation bildet sich das Grundvertrauen.

In der **zweiten Grundmotivation** ist das Mögen zentral, Voraussetzungen dafür sind Zeit, Nähe und Beziehung, also die Zuwendung zu den Werten, einem „Ja zum Leben“ (vgl. ebd.). Auf Basis der zweiten Grundmotivation bildet sich der Grundwert (vgl. ebd.). Auch bezogen auf die Arbeit mit den Eltern bzw. die Betrachtung der intrafamiliären Beziehungen und der elterlichen Bindung zum Kind spielen Fragen der zweiten Grundmotivation eine Rolle.

In der **dritten Grundmotivation** geht es um „das Eigene“, also um Individualität und Abgrenzung im Zusammenhang mit der Frage: Darf ich *so* sein? Hier stellt sich die Frage der personalen Stellungnahme: Wie ist es *für mich* stimmig? Es geht also um ein „Ja zum Personsein“ (vgl. ebd.). In der dritten Grundmotivation geht es auch um den Selbstwert. Im

9 Siehe u.a. Frankl 1990.

Zusammenhang mit emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen zeigen sich, neben anderen, besonders auch Defizite auf der zweiten und dritten Grundmotivation. Der Verlust der Beziehung zum Eigenen führt zu einem Gefühl des Verlorenseins (vgl. Längle 2016:20) und kann im Weiteren eine tiefe Einsamkeit und innere Leere erzeugen. „Das Gefühl der eigenen Wertigkeit, der Selbstwert, geht verloren.“ (Längle 2016:20). Voraussetzung für Selbstwert und Ich-Bildung ist in der Existenzanalyse ein dialogischer Prozess zwischen innen und außen. Von außen spielt das Erhalten von Beachtung und Gerechtigkeit und das Erleben von Wertschätzung eine selbstwertinduzierende Rolle (vgl. Längle 2016:42). Von innen tragen die Bereiche der Selbstwahrnehmung, des Sich-ernst-Nehmens und Sich-Beurteilens und –Wertschätzens zur Ich-Bildung und Entstehung des Selbstwerts bei (vgl. ebd.). Ergebnis ist die Entwicklung der Ich-Strukturen und ein Selbstbild, das für Orientierung zur eigenen Person sorgt. Auch auf der Ebene der dritten Grundmotivation, wie auch im Bereich der anderen Grundmotivationen, spielen Erfahrungen im Außen, also mit wichtigen Bezugspersonen, eine wesentliche Rolle. Das unterstreicht, bezogen auf das Behandlungsangebot für Jugendliche mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung, die Relevanz der über ein reines Beratungssetting hinausgehenden Arbeit mit den Eltern.

Die **vierte Grundmotivation** beschäftigt sich mit ontologischen Fragen wie der Frage: Was soll durch mich in die Welt kommen oder wofür lebe ich? (Längle et al. 2014:13). Auf der vierten Grundmotivation bietet die existenzielle Beantwortung von Fragen nach dem Sinn Orientierung. Ein „Ja zum Leben“ (Längle 2016:27) eröffnet Fragen der Auseinandersetzung mit der Gegenwart und der Zukunft.

Aus dem existenzanalytischen Verständnis der vier Grundmotivationen ergibt sich die Frage nach den dort auffindbaren Ressourcen und personalen Fähigkeiten, aber auch das Erklärungsmodell unterschiedlicher Pathologien. In Bezug auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung zeigen sich Defizite auf der zweiten und dritten Grundmotivation, wobei die Existenzanalyse davon ausgeht, dass bei Persönlichkeitsstörungen alle vier Grundmotivationen maßgeblich betroffen sind.

Alle vier Grundmotivationen zeichnen sich durch bestimmte **Copingstrategien** aus, also durch automatisch ablaufende Schutz- oder Bewältigungsreaktionen (vgl. Längle et al. 2014:11). „Es werden ängstliche, depressive, hysterische und dependente Copingreaktionen unterschieden, die jeweils eine Hauptreaktion, eine paradoxe Reaktion, ein Aggressionsmuster und ein dem Totstellreflex analoges Verhaltensmuster umfassen.“ (Längle et al. 2014:11). Da eine detaillierte Ausführung im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist,

gibt die folgende Tabelle einen Überblick über die Copingreaktionen der vier Grundmotivationen auf den vier Stufen Grundbewegung, Aktivismus, Abwehrdynamik und Totstellreflex:

Aktivierungsstufe Grundmotivation	Grundbewegung (Vermeidungs-versuch - Schadenreduktion)	Aktivismus (Bewältigungs- versuch – sich frei kämpfen)	Abwehrdynamik (Aggressionstyp - Ge- waltanwendung)	Totstellreflex (Überwältigungs- erleben - Zeitgewinn)
1.GM = ängstlich	Fliehen	Ankämpfen	Haß (Destruktion)	Lähmung
2.GM = depressiv	Rückzug	Leisten/ Entwerten	Wut (Beziehungssu- che)	Erschöpfung Resignation/Apathie
3.GM = hysterisch	auf Distanz gehen	Rechtfertigen Recht geben	Zorn, Ärger; Groll, Trotz (Abgrenzung)	Dissoziation (Spaltung, Leugnung)
4.GM = dependent	Provisorisches Engagement („provisorische Daseinshaltung“)	Provokation, Idealisierung, Fanatismus („Para-Existen- tialität“)	Spielerische Aggr., Empörung, Zynismus, Sarkasmus	Psychisch = Betäu- bung Geistig: Nihilismus?

Abbildung 1: Stumm/Pritz 2000:115

3.2 Person und Persönlichkeit – eine Begriffsklärung

Um zu klären, was mit einer Persönlichkeitsstörung gemeint ist, stellt sich auf theoretischer Ebene die Frage nach einer Begriffsdefinition von Persönlichkeit aus existenzanalytischer Sicht. Im Zuge der Literaturrecherche stellt sich hierbei heraus, dass eine vermeintlich einfache Klärung des Begriffs doch wesentlich komplexer ist. Dieses Kapitel ist also der Versuch einer Abgrenzung und Klärung dessen, was unter Person, Persönlichkeit, Ich-Selbst-Sein, Charakter oder Temperament verstanden werden kann.¹⁰

Bauer (2020) weist in einer begriffsgeschichtlichen Abhandlung darauf hin, dass das substantivische Selbst im 17. Jahrhundert in der Diskussion, worin die Identität der Person begründet sei, Bedeutung erlangt habe (vgl. Bauer 2020:51). Er beschreibt hier das auf Locke zurückgehende Verständnis der Identität der Person durch die Kontinuität des Bewusstseins¹¹ (ebd.), wobei nach diesem Verständnis die Verknüpfung der Person rein an das Bewusstsein die Erfahrung jeglicher Leiblichkeit außen vor lässt.¹² Auch Lockes Kritiker, so Bauer,

¹⁰ An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass eine detaillierte philosophische Diskussion des Personenbegriffs in Existenzanalyse und Existenzphilosophie den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Aus diesem Grund habe ich mich für eine einführende Abhandlung des doch zentralen Begriffs entschieden.

¹¹ Sich selbst als sich betrachten können bzw. durch Selbstbewusstsein sich als „ich selbst“ betrachten können.

¹² Leib-Geist-Dualismus bzw. cartesianischer Substanzdualismus (vgl. Bauer 2020:54).

„fordern die Person oder das Selbst als geistige Substanz oder zumindest als Eigenschaft eines geistigen Substrats zu begreifen“ (Bauer 2020:51) und somit eine Verbindung zwischen personal-moralischer und physischer Identität (vgl. ebd.). Philosophisch stellt sich also die Frage: Ist die Person eine Substanz? Bauer beschreibt weiter, wie Kant die Legitimität der Behauptung der Substantialität der Person bezweifelt und der Frage des denkenden Subjekts als Gegenstand seiner selbst nachgeht (vgl. ebd.). Die Begriffe des Selbstbewusstseins¹³ und der Selbstreflexion scheinen in der Diskussion der Person und des Ichs von Beginn an wesentlich. Eine Diskussion des Personenbegriffs bei Kant bzw. weiterführend der Selbstbezogenheit in der Differenzierung von „I“ und „Me“ bei James, bzw. Vertiefung der sozialen Dimension bei Mead würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Festgehalten werden kann zum Personenbegriff aber auf Basis seiner begriffsphilosophischen Geschichte ein ganzheitliches Verständnis der Person in ihrer leiblichen, seelischen und geistigen Dimension (vgl. Bauer 2020:57), wie es auch in der Existenzanalyse zentral ist. Zurückgehend auf Frankl (1990) fügt der Begriff der psychischen und physischen Ebene des Menschen noch eine personale Ebene hinzu. Dies erweitert das weitgehend deterministisch verstandene Psychophysikum um eine Dimension, in der eine personale Stellungnahme möglich und auch gefragt ist. Mit dieser Dimension wird eine Selbstdistanzierung möglich und die Person kann sich in der geistigen Dimension zu Abläufen des Psychophysikums, schließlich zu sich selbst und zu anderen, verhalten (vgl. Längle et al. 2014:37). Frankl (1990) definiert dies als „das Freie im Menschen“, das den inneren Dialog ermöglicht.¹⁴ Das Menschenbild der Existenzanalyse ist durch einen Personenbegriff geprägt, der **Freiheit** eröffnet und **Verantwortung** einfordert. Die Person ist zu ihrer je eigenen Stellungnahme aufgefordert. Ein erfülltes und verantwortliches Menschsein, so Bauer (2021b), hat „die Voraussetzung, vom bloß agierenden Ich zum authentischen Selbst-Sein bzw. Ich-Selbst-Sein vorzudringen.“ (Bauer 2021b:90) Erst mit diesem Schritt verwirklicht der Mensch sein Wesen als Person.¹⁵ Mit der psychologisch-existenziellen Diskussion des Selbst-Seins, so Bauer (2020:57), rückt gewöhnlich die Konsistenz, innere Kohärenz und Einmaligkeit in den Blick. „Das Selbst wird dabei vom Ich unterschieden, insofern letzteres die aktiv-gestaltende oder antwortende denkend-wollende Instanz meint, das Selbst dagegen quasi die personale

13 Sich seiner selbst bewusst sein

14 Kritik zum Freien im Menschen kommt von Bauer (2021a) – siehe unten.

15 Siehe auch Selbstvollzug der Person im personalen Akt

Erscheinungsgestalt dieser ich-initiierten Prozesse in der konkreten Wirklichkeit.“ (ebd.) Bauer fasst das Selbst als dynamisches Phänomen, das ständigen Veränderungen unterworfen ist und spricht in Bezug auf diese Veränderungen in unterschiedlichen sozialen Kontexten von einem pluriformen Rollenverhalten (nicht einer Pluralität von Selbsts). (vgl. Bauer 2020:58) „Das lebendige Selbst“, so Bauer, „zeigt sich hier als konkrete Ausprägung der Person, in der diese zu sich kommt und sich in ihrem eigentlichen Wesen und ihrer authentischen Existenz erkennt.“ (Bauer 2020:59) Das Selbst definiert er demnach als „die konkrete Ausdrucksgestalt des freien und verantwortlichen Existenzvollzugs der Person.“ (ebd.) Dabei ist wesentlich, dass **personales Selbst-Sein** als **zweifach dialogisch** verstanden wird ¹⁶, nämlich im äußeren (In-der-Welt-Sein) und inneren Dialog (Bei- und Mit-sich-Selbst-Sein). (vgl. Bauer 2020:57) Über das personale Selbst-Sein wird der Mensch also offen für tiefgehende Beziehungen nach Innen und Außen (vgl. ebd.). Noch viel mehr ist „sein Person-Sein, so die existenzanalytische Grundauffassung (...) im Tiefsten darin begründet, ontologisch gleich ursprünglich mit sich selbst und mit anderen in Beziehung zu sein.“ (Bauer 2021a:9) So setzt die Existenzanalyse bei der **personal-dialogischen Grundstruktur** der menschlichen Existenz an (vgl. Bauer 2018:82), wobei Existenz im philosophischen Sinne, also als fakultatives Sein, verstanden wird. „Mit anderen Worten“, so Bauer (2018) mit Bezug auf Längle (2013), „ein sinnvoll in Freiheit und Verantwortung gestaltetes und mit Entschiedenheit vollzogenes Leben in der je eigenen Welt.“ (Bauer 2018:82) Zusammenfassend kann zum **Personenbegriff** in Hinblick auf die zweifach dialogische Konstitution der Person Bauers eine umfassende **Definition** herangezogen werden. Er hält fest:

„Existieren statt bloßem Vorhanden-Sein ist dem Menschen möglich, weil er Person ist, das heißt eine Ganzheit aus Leib, Seele und Geist darstellt, die kraft ihrer Ansprechbarkeit, ihres Verstehens und ihrer Antwortfähigkeit in der Lage ist, gewissenhaft Stellung zu nehmen, innere Zustimmung zu finden, in Freiheit und Verantwortung authentisch zu leben, Werte zu verfolgen und Sinn zu verwirklichen.“ (Bauer 2018:82)

Durch die **personale Stellungnahme** kommt der Mensch von einem „bloßen“ Sein zum Existieren, so der theoretische Hintergrund aus der Existenzphilosophie. Der Daseinsvollzug, so führt Bauer (2021a) aus, ist also bei einem aus existenzanalytischer Sicht erfüllten Leben nicht reine Psychodynamik, sondern „der personale Akt eines leiblich, psychosozial und geistig konstituierten Subjekts“ (Bauer 2021a:8). Dieses Subjekt hat durch seine Ansprechbarkeit, das Verstehen und die Antwortfähigkeit die Möglichkeit, frei Stellung zu nehmen, gewissenhaft zu entscheiden und authentisch zu antworten (vgl. ebd.). Die Freiheit

16 Dadurch wird auch zweifacher Entfaltungsprozess möglich.

der Person ergibt sich nicht nur aus einem Freisein *von*, sondern vielmehr aus einem Freisein *für* etwas. Darunter versteht Frankl ein Freisein für in der Welt auffindbare Werte. Bauer betont zudem, dass ohne die Beziehung zu sich selbst keine personale Stellungnahme möglich wäre (vgl. Bauer 2018:84).

Es gilt also den Begriff der Person von dem der Persönlichkeit zu unterscheiden. Gawel fasst den Personenbegriff im Interview so: „Wenn wir jetzt in der Existenzanalyse, das kommt von Frankl, sagen, ah schau, da gibt es auch sowas wie eine Person. Die Person in uns ist das, von dem wir ausgehen, also es gibt immer einen Teil in uns, der gesund ist, der unantastbar ist.“ (Int. Gawel:4p:133-135) Längle erweitert dieses Konzept und betont zur Selbstdistanzierung die Fähigkeit zum inneren Dialog als wesentliches Merkmal der Person. So beschreibt er die Person durch ihr **doppeltes, dialogisches Bezogensein** (vgl. Längle et al. 2014:27) im Hinblick auf ein Angefragtsein aus der Außen- und Innenwelt (siehe oben). So führt laut Längle die Offenheit der Person zu Charakteristika wie Scham, Verletzlichkeit, Intimität oder Authentizität (vgl. ebd.). „Die personale Potenz (Dynamik) zeigt sich in der Fähigkeit, in einen Umgang mit sich selbst und der Welt zu gelangen.“ (ebd.). Dieser Prozess beinhaltet drei Schritte: die Ansprechbarkeit oder auch Beeindruckbarkeit, die Stellungnahme und hierbei auch das Verstehen und das Ausdrucksvermögen, also das Geben einer Antwort (vgl. ebd.). Auf dieser theoretischen Basis steht das existenzanalytische Prozessmodell mit der Methode der **Personalen Existenzanalyse** (kurz: PEA, siehe Kapitel 3.2). Gawel führt dies im Interview so aus: „Wir nennen das die Person, das ist unser ganz Authentisches, das ist das, das sich zu was verhalten kann, das sagen kann: ich. Das ist das Freie im Menschen, das ist das Wesen des Menschen. (...) Und das ist das Ansprechbare und auch das Antwortende.“ (Int. Gawel:4p:135-139)

Bauer sieht die Definition nach Längle von Person als „das Freie *im* Menschen“, als Fähigkeit oder Potential kritisch. Er betont, dass er Person nicht als eine dem Menschen innewohnende Fähigkeit, sondern als den Menschen in seiner Ganzheit versteht, dem diese Fähigkeit zukommen kann (vgl. Bauer 2021a:13). Verbindend ist bei Längle und Bauer das dialogische Prinzip in seiner doppelten dialogischen Offenheit, sowie der Punkt, dass der Mensch durch sein Person-Sein seine Würde erhält (vgl. ebd., sowie Längle 2013). Bauer weist darauf hin, dass ein „solch dialogisches Dasein impliziert, sich selbst und die anderen Personen anzuerkennen.“ (Bauer 2020:60) Er sieht den Menschen durch seine ontologische Beziehung mit sich und mit anderen als **Person** konstituiert (vgl. ebd.) und hält als Definition fest:

„Als Person verstehe ich den lebendigen Menschen in seiner Ganzheit, dessen Person-Sein auf einem bestimmten modus existendi bzw. modus essendi beruht, der ursprünglich geprägt ist durch Freiheit, Geistsein, Leiblichkeit (und nicht bloß Körperlichkeit), Weltoffenheit, Selbstbewusstsein, Intentionalität, Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz, interpersonale Relationalität und Gewissen.“ (Bauer 2020:60)

Wesentlich für diese Arbeit scheint zudem, dass, zurückgehend auf Frankl, die Person aus Sicht der Existenzanalyse nicht erkranken kann, „die **Persönlichkeit** in diesem Falle schon, weil das meine Psychodynamik fasst“ (Int. Gawel:4:212). Damit, so erläutert sie weiter, sind **Copingreaktionen** gemeint, die im Falle einer Persönlichkeitsstörung wenig flexibel sind. Gawel definiert den Begriff der Copingreaktionen so: „Bei uns in der Existenzanalyse sind meine Copingreaktionen meine automatischen Schutzreaktionen meiner Psyche. Da, wo ich ein bisschen Beifahrer bin. Die übernehmen und die versuchen mich zu schützen vor etwas, das ich im Moment als bedrohlich erlebe.“ (Int. Gawel:4:128131)

So kommt sie im Interview zu einer Differenzierung der Begriffe aus **praktisch-therapeutischer Sicht**. Sie fasst zusammen, Person, „das ist immer das, das ich anfragen kann, das ist das, das mir antworten kann. Das ist das, das nicht sagt, ich bin jetzt die Persönlichkeitsstörung, sondern ich habe eine Persönlichkeitsstörung. (...) Ja. das ist immer das, wovon wir ausgehen, dass wir sagen, gut, da ist Therapie möglich.“ (Int. Gawel:4p:133-144) Und sie beschreibt weiter, dass mit **Persönlichkeit die Struktur der Psychodynamik** gemeint ist, „die mein Erleben einfach einfärbt. (...) Und wenn etwas mein Erleben einfärbt, dann ist es immer die Grundlage für mein Verhalten.“ (Int. Gawel:4:112-114) Bauer (2020:54) hält ebenso fest, dass Person etwas anderes ist als Persönlichkeit, reduziert aber auf Basis seines Artikels zum egologischen Ich-Sein (2020) den Begriff der Persönlichkeit nicht auf die Psychodynamik. Viel mehr versteht er Persönlichkeit als eine „Art individuelle, durchaus vernünftig orientierte, gesellschaftlich eingebettete Ausdrucksgestalt des Menschen als Person.“¹⁷

Für Eltern kann sich die Frage stellen, was zum Charakter, Temperament oder der Persönlichkeit des Kindes gehört und was darüber hinaus Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung sind. Hier gilt es im Gespräch die einzelnen Begriffe zu unterscheiden und gemeinsam zu schauen, welche Eigenschaft und welche Verhaltensweise welcher Kategorie zugeordnet werden können. Gawel trägt im Interview zu einer Klärung der Begriffe bei: „Also das **Temperament** ist relativ einfach, das ist so ein bisschen das Tempo, mit dem wir auf die Welt kommen. Ich sag immer unser Strickmuster (...). Der eine ist ein bisschen

¹⁷ Mailverkehr mit Prof. Bauer, April 2024

schneller, der andere ist ein bisschen langsamer, so wie es mir im Eigenen entspricht.“ (Int. Gawel:3p:105-107) Auch den Begriff **Charakter** definiert sie, und zwar als „das Kontinuierliche, das Konstante, so meine konstanten Einstellungen, meine Handlungsweisen, mein Individuelles (...), so Wiedererkennungswert, würd' ich jetzt einmal sagen, meine Werthaltungen, meine Besonderheiten.“ (Int. Gawel:4:108-110)

Wesentliches Merkmal einer Persönlichkeitsstörung ist eine **Einengung der Copingreaktionen**: „(...) da habe ich eine Copingreaktion oder zwei Copingreaktionen, die das gängige Muster meiner Wahrnehmung und meiner Reaktion sind.“ (Int. Gawel:4:131-132) Dies unterscheidet den Begriff von dem der Person, des Temperaments oder des Charakters, außerdem lassen sich so Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen im Zuge einer Störung von denen eines gesunden pubertierenden Teenagers differenzieren (siehe Kapitel 4.2.1) Für die existenzanalytische Psychotherapie ist die „Eigentlichkeit“ der Person ein Schlüsselbegriff (vgl. Kolbe 2019:5), in der das für den jeweiligen Menschen Wesentliche sichtbar wird. Denn so hält Kolbe fest: „Wir Menschen können auch uneigentlich leben, sodass wir dann apersonale Verhaltensweisen vollziehen (...) und als Person nicht spürbar, nicht erkennbar werden.“ (ebd.) Mit der Methode des existenzanalytischen Prozessmodells wird diese Eigentlichkeit - dieses Personsein in seinem Vollzug - durch Begegnung personal angefragt, wie im folgenden Kapitel näher beschrieben wird.

3.3 Das Prozessmodell

Die Personale Existenzanalyse (Längle 1988) steht im Zentrum phänomenologisch-therapeutischer Therapieprozesse der Existenzanalyse. Übergeordnetes Ziel ist die Entwicklung bzw. Stärkung „einer autonomen, authentischen, emotional erfüllten, sinnvollen und personal verantworteten Existenz“ (Längle et al. 2014:38). Die Einführung der **PEA** und der vier Grundmotivationen markiert die personale Wende in der Existenzanalyse und eine theoretische Trennung der beiden Schulen Logotherapie und Existenzanalyse. Die Methode wird in vier Schritte unterteilt, wobei dies so zu verstehen ist, dass der Übergang der Schritte je nach Art und Ausprägung der Pathologie der Klient:innen durchaus längere Zeiträume in Anspruch nehmen kann, sodass die vier Schritte nicht unbedingt für den Ablauf einer Therapiestunde gedacht sind. Ziel ist es, bei jedem Schritt zu einer möglichst dichten Beschreibung zu kommen und sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen. Angesprochen bzw. angefragt wird die ansprechbare, verstehende und antwortende Person (siehe oben) in den Schritten der Erhebung einer Beschreibung der Ausgangslage (**PEA-0**), des Eindrucks (**PEA-**

1), der Stellungnahme (**PEA-2**) und des Ausdrucks (**PEA-3**) (vgl. Längle 2014). Ein genaueres Eingehen auf die Methode ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

4. Therapeutischer Prozess mit einem Elternteil

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, wie der therapeutische Prozess mit einem Elternteil konkret aussehen könnte bzw. welche spezifischen Inhalte sich aufgrund der Erkrankung des Kindes ergeben. Eine Empfehlung zur Psychotherapie ergibt sich nicht nur, wenn bei einem Elternteil bereits eine psychische Erkrankung vorliegt, sondern aus der Tatsache, dass die **Verhaltensweisen von Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung für Eltern sehr belastend** sein können. Zentraler Punkt der Therapie ist die **psychische Gesundheit des Elternteils**, Teil des therapeutischen Prozesses können aber auch eine **störungsbildspezifische Psychoedukation** sowie spezifische Themen aus dem **Familienalltag** und der **Familiengeschichte** sein. Es geht darum, Verhaltensweisen gemeinsam zu verstehen, einzuordnen und einen Umgang mit bestimmten wiederkehrenden Situationen zu erarbeiten. Dies bietet nicht nur den Jugendlichen, sondern auch den Eltern eine Stütze im Alltag, wobei von einer **Wechselwirkung** ausgegangen werden kann. Auch Fragen nach ähnlichen Erfahrungen in der Familiengeschichte und eigenen Verletzungen finden hier Platz.

In diesem Kapitel werden einzelne mögliche Themen der psychotherapeutischen Elternarbeit vorgestellt. Damit ist weder gemeint, dass diese zwingend vorkommen, noch dass diese die gesamte therapeutische Arbeit umfassen. Hier zeigt sich der **phänomenologische Zugang** der Existenzanalyse als für den therapeutischen Prozess wegweisend. Die vorgestellten Themenschwerpunkte kommen nicht ausschließlich bei Eltern von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen vor, wenngleich die Diagnose häufig bestimmte Themen mit sich bringt. Jöbstl beschreibt in diesem Zusammenhang, dass sich Angehörige mit der Zeit selber ihrer Gefühle unsicher werden, sie „erleben sich hin- und hergerissen zwischen Liebe und Abscheu und zwischen Einengung durch die Intensität der Nähe und Forderungen und der Angst vor Beziehungsverlust durch Zurückgestoßen-Sein und Entwertungen.“ (Jöbstl 2017:76) Dies könne dazu führen, dass sich Angehörige innerlich zurückziehen und eine resignierende Haltung einnehmen (vgl. ebd.), was wiederum weder der **eigenen psychischen Gesundheit** zuträglich ist, noch die* **Jugendlichen in einer gesunden Entwicklung unterstützt**. Eine therapeutische Unterstützung auf Elternebene ist, so mein Argument, also nicht nur für den Elternteil hilfreich, sondern dient in zweiter Instanz auch einer möglichst

guten Entwicklung des/der* Jugendlichen. Aus existenzanalytischer Sicht ist die **Beziehung** zwischen einem Menschen und der Welt von Beginn an dialogisch. Der Mensch kommt „unfertig“ auf die Welt und ist von Beginn an auf konkrete Bezugspersonen angewiesen. Existieren, so schreibt Angermayr¹⁸, wird in der Existenzanalyse als Auseinandersetzung und dialogischer Austausch verstanden. Dies geschieht auch zwischen der Person und der Welt und beginnt in der Kindheit über nahe Bezugspersonen (vgl.ebd.). Eine **Persönlichkeitsstörung ist immer auch eine Beziehungsstörung**, weswegen es aus meiner Sicht **angebracht**, wenn nicht sogar erforderlich ist, auch **mit den nahen Bezugspersonen zu arbeiten**, die in diese Beziehungen involviert sind. Über ein gemeinsames Arbeiten mit den Eltern, das heißt aus existenzanalytischer Sicht über ein gemeinsam Verstehens der Situation anhand des Prozessmodells (siehe Kapitel 3.3), können auch die Eltern zu einem **anderem Umgang** mit der Situation beitragen. Über ein Verstehen der Zusammenhänge der momentanen Situation und der eigenen Geschichte, der eigenen Psychodynamik und der spezifischen Familiendynamik in der Interaktion mit dem Kind besteht über die vertiefte psychotherapeutische Auseinandersetzung das Angebot, gemeinsam nach einem Umgang mit den spezifischen Herausforderungen und Problemstellungen zu finden. Dabei spielen nicht nur beraterische Elemente eine Rolle. Die **Stärkung der Eltern**, die Raum für eigene Themen erhalten, kann deutlich zur **Veränderung und Entlastung familiärer Verhältnisse** beitragen.

Als **Settingempfehlung** eignet sich aus meiner Erfahrung das **Einzelsetting**, damit ausreichend Platz für die **eigene Wahrnehmung**, das **eigene Empfinden** und die **eigene Geschichte außerhalb einer Eltern- und Paardynamik** gewährleistet bleibt. Im Einzelfall kann die Möglichkeit genutzt werden, einzelne vorbereitete und moderierte Familiengespräche zu einem klar begrenzten Themengebiet anzubieten. Eder empfiehlt das „nachdem das jeder für sich so ein bisschen wiederkaut, verdaut, nochmal angeschaut, verändert [hat]“ (Int. Eder:13:434-435), wobei gemeinsame Gespräche mit den Eltern von Seiten der Jugendlichen nicht immer unbedingt begrüßt werden, wie auch er aus dem klinischen Alltag beschreibt. In Bezug auf den Elternteil empfiehlt es sich, genau zu prüfen, ob eine solche Intervention den Prozess nicht mehr stört, als es ihn unterstützt. Äußern die Eltern den Wunsch nach einem Familiengespräch, kann der Frage nachgegangen werden,

18 <https://markusangermayr.at/psychotherapie/existenzanalyse.html>, 11.10.21

woher dieser Wunsch kommt und ob es nicht auch andere Institutionen gibt, die hinzugezogen werden können und beispielsweise direkt im Familienalltag unterstützen.

Wie generell in der Therapie ist eine gute therapeutische Beziehung und das Vertrauen in die Therapie bzw. Therapeut:in wesentlich, wobei es gut ist, von Anfang an **mögliche Erwartungshaltungen** zu thematisieren: „Der kleinste gemeinsame Nenner muss sein, dass man zumindest mal mit gewissen Vorschusslorbeeren in die Geschichte hineingeht und zur Kenntnis nimmt, die wissen’s nicht besser, die werden’s für mich nicht lösen (...)“, Möglicherweise treten gerade Eltern, die eine Empfehlung zur Therapie von den Behandler:innen des Kindes erhalten haben, mit einem starken Wunsch nach einer von außen vorgegebenen Lösung an die* Therapeut:in heran. Hier sieht Eder es als relevant, „auch den Druck und der stillen oder weniger stillen Forderung, rauszugehen mit einer Lösung“, (Int. Eder:13:438-439) anzusprechen. Eine gemeinsame Klärung der Aufgabe, der Möglichkeiten und Herangehensweise der Psychotherapie sowie das Formulieren gemeinsamer Therapieziele scheint hier besonders wichtig. Genauso gilt es, elterliche Erwartungen zu thematisieren: „(...) das ist tatsächlich die große Kunst und die große Schwierigkeit, das hinzukriegen. Dann kann’s aber, wenn man das einigermaßen hinkriegt, kann’s extrem wichtig und wertvoll sein.“ (Int. Eder:13:444-446)

Letztlich können viele Fertigkeiten, die in einer Therapie mit betroffenen Jugendlichen erarbeitet werden, auch bei den Eltern gestärkt werden. Der **Umgang mit eskalierenden Familienkonflikten**, hoher Anspannung und Stress, mit starken Emotionen des Kindes, aber auch starken eigenen Emotionen können zum Thema werden. Häufig geht es auch um starke Erschöpfung mit eventuellen **Selbstvorwürfen** und **Schuldgefühlen**. Gemeinsam kann geschaut werden, welche **Handlungsspielräume** es zwischen Extrempositionen geben kann und was davon für den Elternteil stimmig und umsetzbar ist. Auch auf Elternebene kann die Stärkung von zwischenmenschlichen Beziehungen und die **Zuwendung zum Mögen** (2. Grundmotivation) Entlastung bringen. Begegnung und Zuwendung, sowie die Stärkung des Grundwertes können dabei therapeutische Elemente sein.

In Therapie kann es unter anderem um folgende Fragen gehen: Wie geht es dem Elternteil in seiner/ihrer* Elternrolle und wie abseits dieser? Wie ist sie/er* bisher mit Herausforderungen und schwierigen Situationen umgegangen? Und wie gelingt ihm oder ihr* diesbezüglich eine Stellungnahme anhand unterschiedlicher Fragen: So mache ich es, aber stimmt es *für mich*? Kann ich im Grunde dazu stehen? Mache ich es so, weil es sich so „eingespielt“ hat bzw. aus Gewohnheit oder weil es der vermeintlich einfachere Weg ist? Oder komme ich zu einer

bewussten personalen Stellungnahme? Denn etwas zu tun „heißt noch nicht, dass dieses Tun, dieses Leben auch durch mich als Person angeeignet ist.“ (Kolbe 2014:32) Kolbe spricht hier vom „Personieren“ des eigenen Daseins. Kann ich also zu meinem Verhalten stehen, kann ich es verantworten und ist es auch gut, mich so zu verhalten? „So erleben wir, dass wir in unserem Personsein immer neu herausgefordert sind – einmal zu einem *Umgehen* mit den Gegebenheiten und Situationen unseres Lebens und zum anderen zu einer *Zustimmung* zu unserem Erleben und unserem Handeln.“ (Kolbe 2014:33) Wie oben beschrieben, ist das Erleben und **Verhalten von Jugendlichen** mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung nicht von personaler Stellungnahme geprägt, sondern **affektbestimmt. Umso wichtiger ist es, nahe Bezugspersonen dabei zu unterstützen, vermehrt zu entschiedenen und authentischen Stellungnahmen zu kommen** und dabei die besonderen Anforderungen im Alltag mit dem/der Jugendlichen zu besprechen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Ein existenzanalytischer Ansatz orientiert sich phänomenologisch daran, was für die Person in Therapie gerade wesentlich ist und was in der gemeinsamen therapeutischen Arbeit auftaucht. Zusätzlich zeigt sich aus der Praxis, dass sich für die Zielgruppe Eltern von Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung bestimmte inhaltlich relevante Themen vermehrt ergeben und damit Teil der Therapie werden können. In diesem Kapitel werden nun diese möglichen Themenschwerpunkte besprochen, der Fokus liegt auf einem existenzanalytischen Zugang und bei manchen Themen zusätzlich auf der Psychoedukation zu bestimmten Verhaltensweisen des Kindes, im Sinne einer Halt gebenden Orientierung für die Eltern (1. Grundmotivation), die besonders bei potenziell selbstgefährdendem Verhalten des Kindes für die therapeutische Arbeit hilfreich sein kann. Wie in anderen Therapien gilt auch hier: Krise hat Vorrang.

Trotz der Diagnose des Kindes stehen der Vater oder die Mutter in der Therapie im Vordergrund. Dennoch zeigt die klinische Erfahrung, dass es zentrale Themen gibt, die sich für die Eltern durch die Erkrankung des Kindes ergeben können. Diese werden in den folgenden Unterkapiteln besprochen.

4.1. Informationen zum Störungsbild

Am Beginn der therapeutischen Arbeit mit dem Elternteil steht die Frage, auf welchem Wissensstand sich die Eltern befinden. Welche Informationen in welcher Detailliertheit gegeben werden, hängt davon ab, was die Eltern schon wissen und welche Informationen sie noch brauchen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sie, wenn eine Diagnose

des Kindes vorliegt, bereits durch die Behandler:innen des Kindes Informationen erhalten haben. Häufig bringen diese Gespräche für die Eltern auch Stress oder Anspannung, weswegen nicht immer alle Inhalte an- oder mitgenommen werden können. Genau wie die Jugendlichen, die ihre Informationen oft aus dem Internet beziehen, informieren sich auch Eltern über Informationsseiten oder online Elternforen.

Als fundierte Basis für erste Informationen an die Eltern können der in diesem Kapitel dargelegte kurze **Überblick über die Diagnose** einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter **im Allgemeinen**, sowie die Diagnose der **emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Spezifischen** herangezogen werden. Ergänzt wird dies durch einen **existenzanalytischen Blickwinkel**. Eine existenzanalytische Diagnostik auf Basis der vier Grundmotivationen bietet Anhaltspunkte hinsichtlich der Entstehung und zeigt zugleich auf, **in welchen Bereichen sich tendenziell Themen für die Arbeit mit den Eltern zeigen**. Dieses Kapitel ist für die Elternarbeit relevant, da Eltern auch mit Fragen bezüglich der Diagnose und der damit im Zusammenhang stehenden Prognose in die Therapie kommen. Das bedeutet nicht, dass alle Informationen für die Eltern wesentlich sein müssen. Ziel des Kapitels ist es, eine Orientierung hinsichtlich des Störungsbildes und der Vergabe der Diagnose im Jugendalter so zu geben, wie sie auch für die Eltern relevant ist.

4.1.1 Merkmale einer Persönlichkeitsstörung

Das ICD-10 versteht Persönlichkeitsstörungen als **tief verwurzelte, anhaltende** Verhaltensmuster, die in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen sichtbar werden.¹⁹ „Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen deutliche Normabweichungen hinsichtlich **Wahrnehmungen, Denken, Fühlen und interpersonalen Beziehungen**.“ (Steinhausen 2019:363) Diese Verhaltensmuster sind stabil, beziehen sich auf mehrere Bereiche des Verhaltens und das Verhältnis zur eigenen Person.²⁰ Daraus ergeben sich subjektives Leiden und Störungen der sozialen Funktionen.

Grundsätzlich werden Persönlichkeitsstörungen in **drei Cluster** eingeteilt, wobei die emotional instabile Persönlichkeitsstörung bzw. die Borderline-Persönlichkeitsstörung dem Cluster B (dramatisch, emotional) zugeordnet wird.²¹

19 Vgl. <https://www.icd-code.de/icd/code/F60.-.html>, 12.12.2020

20 <https://www.icd-code.de/icd/code/F60-F69.html>, 12.12.2020

21 Vgl. z.B. Schmeck/Schlüter-Müller 2009:17p.

Alternativ zu dieser kategorialen Diagnostik wird im **DSM-5** sowie im **ICD 11** – hier mit der Ausnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung - ein dimensionaler Ansatz verfolgt. Es werden also Abstufungen vorgenommen, anstatt das Vorliegen der Störung kategorial festzustellen oder auszuschließen. In einem ersten Schritt wird der Schweregrad der Störung eingestuft. Dann erfolgt eine Qualifizierung, vorgenommen durch vorherrschende Persönlichkeitszüge. Dabei werden negative Affektivität, soziale Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung, Zwanghaftigkeit und das Borderline-Muster als Kategorien erfasst (vgl. Steinhausen 2019). „Bei 1-3 Kriterien wird von „Traits“ gesprochen, bei 3-4 Kriterien von einer unterschwelligen Störung, bei 5-8 Kriterien von einer durchgehenden Störung und bei 7-9 Kriterien von einer prototypischen Störung.“ (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:15) Die Grenze des Alterskriteriums ist im DSM-5 und ICD-11 deutlich offener gestaltet als im ICD-10 (vgl. Kölch et al. 2020:406), wobei im DSM-5 angemerkt ist, dass eine Diagnose vor Volljährigkeit mit Vorsicht zu behandeln ist (vgl. ebd.). Plener erklärt im Interview dazu, dass trotz des dimensional Ansatzes des ICD 11 auch dort die Borderline-Persönlichkeitsstörung, beschrieben unter „Borderline-Muster“ (vgl. auch Mitmansgruber 2020), bestehen bleibt. Er führt dazu aus:

„Der Grund, warum das bestehen geblieben ist, während die anderen alle aufgelöst worden sind, war ja, dass man gesagt hat, na gut, wir haben hier ein Störungsbild, das man offenbar relativ gut differenzieren und beschreiben kann. Und zu dem es viel Forschung [gibt] und letzten Endes wir auch wissen, wie wir's behandeln können, was bei vielen anderen Persönlichkeitsstörungen gar nicht der Fall war (...)“ (Int. Plener:4:118-123)

Im klinischen Alltag kann beobachtet werden, so beschreiben auch Schmeck/Schlüter-Müller (2009), dass sich die einzelnen in Klassifikationssystemen getrennten Persönlichkeitsstörungen häufig dimensional überlappen. „Wenn eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, ist die Wahrscheinlichkeit, dass auch die Kriterien einer oder mehrerer anderer Persönlichkeitsstörungen zutreffen, deutlich erhöht.“ (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:58)

Ein weiterer Unterschied ist die Zeitspanne, die für die Diagnose der Störung vorgegeben ist. Im ICD 11 sind mindestens 2 Jahre vorgesehen, der Anfang muss also nicht wie bisher in der Kindheit bzw. Jugend liegen (vgl. Hauser et al 2021). Was die Veränderung hinsichtlich der Diagnosevergabe durch die Neuerung im ICD 11 betrifft, führt Eder an, dass sich hier erst zeigen muss, wie dies im klinischen Alltag gelebt werden wird:

„Von daher wird man dann sehen, wie sehr diese andere Aufteilung der Kategorien und damit auch die veränderte Wahrnehmung dieser Gruppe von Störungen, wie sich das durchsetzen wird tatsächlich in der Vergabe. Und ob's auch gelingt, die Persönlichkeitsstörungen, die etwas anders gelagerte Schwerpunkte haben, also, ob diese Diagnosen auch vergeben werden und ob damit

auch der Schwankungsbreite und auch der individuellen Mischung möglicherweise wieder mehr Abbildungsgerechtigkeit widerfährt. Weil jetzt ist in Wirklichkeit Persönlichkeitsstörung ist gleich Borderline. Diese Verkürzung ist das, was letztlich gelebt wird.“ (Int. Eder:6:203-211)

Auch viele Eltern stellen diese Verbindung her, ohne möglicherweise genau zu wissen, wie hier differenziert werden kann. Für die **Arbeit mit den Eltern** sind vor allem die oben angeführten **Merkmale einer Persönlichkeitsstörung** ausschlaggebend, da diese sich in ihrer Entstehung, Dauer und Auswirkung auf unterschiedliche Lebensbereiche von Merkmalen anderer psychischer Störungen unterscheiden. Woran eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung erkannt werden kann, wird im folgenden Kapitel behandelt.

4.1.2 Diagnosekriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

Im ICD 10 ist die emotional instabile Persönlichkeitsstörung durch die deutliche Tendenz beschrieben, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren. Diese steht in Verbindung mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung und einer Neigung zu emotionalen Ausbrüchen sowie einer Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren.²² Das beschäftigt auch Eltern, da Konflikte mit impulsiven Handlungen den Alltag der Betroffenen prägen.

Die **Diagnosekriterien** werden in diesem Kapitel angeführt, da sie gegebenenfalls mit den Eltern durchgegangen und **im Hinblick auf spezifische Alltagssituationen überprüft** werden können. Dies führt **weg von allgemeinen Kriterien zu einer dichten Beschreibung tendenziell schwieriger Alltagssituationen**, die mithilfe der Methode der PEA bearbeitet werden können. Zusätzlich lassen sich so Beschreibungen und eine mögliche Einordnung von Alltagsschwierigkeiten (PEA0) finden, was Eltern Orientierung und Halt geben kann.

Damit **keine begriffliche Verwirrung der Eltern** entsteht, kann die Information wichtig sein, dass im ICD 10 mit F60.30 und F60.31 zwei Typen emotional instabiler Persönlichkeitsstörung unterschieden werden. F60.30 beschreibt den **impulsiven Typ**, der vorwiegend durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle gekennzeichnet ist. Die diagnostischen Kriterien für F60.30 setzen sich, wie folgt, zusammen:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">A. Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (F60) müssen erfüllt sein.B. Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen, darunter Item 2:<ul style="list-style-type: none">1. Deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln |
|--|

²²Vgl. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f60-f69.htm> , 29.12.2020

2. Deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. Unbeständige und launische Stimmung

Tab. 1 ICD 10 nach Dilling/Freyberger 2012:241

F60.31 beschreibt den **Borderline-Typus**, der zusätzlich durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen beschrieben wird. Chronische Gefühle innerer Leere, intensive, aber unbeständige soziale Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen sind ebenfalls Teil des Störungsbildes (vgl. ebd.). Die diagnostischen Kriterien setzen sich, wie folgt, zusammen:

- A. Die allgemeinen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (F60) müssen erfüllt sein.
- B. Mindestens drei der oben unter F60.30 B. erwähnten Kriterien müssen vorliegen und zusätzlich mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen:
 1. Störung und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und «inneren Präferenzen» (einschließlich sexueller)
 2. Neigung, sich auf intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
 3. Übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
 4. Anhaltende Gefühle von Leere

Tab. 2 ICD10 nach Dilling/Freyberger 2012:241p.

Aus den Diagnosekriterien wird ersichtlich, dass diese Störung durch schwerwiegende Schwierigkeiten in der Impuls- und Affektkontrolle gekennzeichnet ist. Eine auffällige Beziehungsgestaltung in Verbindung mit Spaltungen, projektiver Identifizierung (vgl. Kölch et al. 2020:404) und häufigen Beziehungsabbrüchen prägen das Leben der Jugendlichen und somit auch ihrer Familien. Rasch wechselnde Stimmungen und Emotionen, Gefühle einer tiefen, teilweise als bodenlos empfundenen Leere und (aggressive) Impulsdurchbrüche sind Teil des klinischen Bildes und für den Familienalltag in vielen Fällen schwierig. Charakteristisch ist, wie der Name schon sagt, eine hohe emotionale Instabilität. Im Therapieprozess sind bestimmte Gegenübertragungsreaktionen wie Hass, Rachegefühle, Schuldgefühle und Wiedergutmachtungswünsche charakteristisch (vgl. Kölch 2020), diese können sich auch auf der Ebene der Beziehung zu den Eltern zeigen.

4.1.3 Persönlichkeitsstörung aus Sicht der Existenzanalyse

Was den Schweregrad einer psychischen Störung betrifft, bezieht sich die Existenzanalyse auf die Einteilung einer groben Strukturdiagnose aus der Tiefenpsychologie und unterscheidet zwischen den Strukturebenen Neurose, Persönlichkeitsstörung, Psychose und Persönlichkeitsveränderung. Wesentlich ist, dass es sich hier nicht um eine genaue Diagnose von Störungsbildern, sondern um eine grobe Einteilung der Stabilität der Ich-Funktionen handelt. Kolbe beschreibt diese aus existenzanalytischer Sicht als „die Fähigkeit, Gegebenes aufzunehmen und Wesentliches wahrzunehmen“ (Kolbe 2014:35) auf der ersten Grundmotivation. Auf der zweiten Grundmotivation ist die „Fähigkeit, sich vom Gegebenen und Wesentlichen berühren zu lassen“ (ebd.) zentral. Auf der dritten Grundmotivation geht es um „die Fähigkeit hinsichtlich des Wesentlichen sich selbst und dem Anderen gerecht zu werden“ (ebd.). Auf der vierten Grundmotivation schließlich ist das Thema die „Fähigkeit, das Wesentliche zu vollziehen“ (ebd.). Die Stabilität der Ich-Funktionen, so Kolbe, ist also die Folge der Integrationsleistung der Person im Hinblick auf die Themen der vier Grundmotivationen (vgl. ebd.). Das Strukturniveau zeigt sich aufgrund der Möglichkeiten und Einschränkungen personaler Fertigkeiten und Aktivitäten. Kolbe unterscheidet hier zwischen Konfliktebene und instabiler Strukturebene und hält fest: „Die Konfliktebene betrifft eher neurotische Störungen bei relativ intakter struktureller Festigkeit der Persönlichkeit, während die instabile Strukturebene ein instabiles Persönlichkeitsniveau zur Voraussetzung hat, das sich durch ein fixiertes Regulationssystem stabilisiert.“ (Kolbe 2014:38) Zusätzlich wird aus existenzanalytischer Sicht davon ausgegangen, dass bei dem Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung alle vier Grundmotivationen betroffen sind. Die Existenzanalyse beschäftigt sich mit den Fähigkeiten des Menschen, sich in seinen situativen Weltbezügen frei und verantwortlich zu verhalten, authentische Entscheidungen zu treffen (vgl. Kolbe 2014:32) und in einen bewussten und entschiedenen Umgang mit den Anforderungen des Lebens zu kommen.²³ In der existenzanalytischen Psychotherapie stellt sich daher die Frage, inwieweit das Person-Sein gelingt, also eine emotionale Beeindruckbarkeit, eine Fähigkeit, Positionen einzunehmen und sich gestalterisch in die Welt einzubringen (vgl. ebd.), vorhanden sind und gelebt werden können. Wie nun zwischen einem neurotischen Niveau und dem einer Persönlichkeitsstörung differenziert werden kann, soll in Anlehnung an Kolbe (2017) an **fiktiven Beispielen** gezeigt werden. Er hält fest, dass sich in der Persönlichkeit „eine Neigung

23 Siehe dazu auch Personenbegriff in der Existenzanalyse, auch behandelt in Kapitel 3.2

im Erleben und Reagieren auf situative Gegebenheiten“ (Kolbe 2017:19) zeigt und zählt dazu die „spontane Emotionalität, Affektivität und Reaktionsbereitschaft.“ (ebd.)

In Anlehnung an Kolbe (2017) lässt sich dies mit Hilfe des **ersten Beispiels** verdeutlichen: Ein ängstlicher Jugendlicher fährt auf Schulsikurs. Seine spontane Emotionalität ist Unsicherheit, in der Affektivität zeigt sich eine erhöhte Anspannung. Die Reaktionsbereitschaft ist Rückzug bzw. das möglichst genaue Planen der Schulreise. Im Zusammenhang mit der für ihn aufregenden, aber auch beängstigenden Skikurswoche zeigt sich eine Neigung zur Vorsicht oder Angst auf neurotischer Ebene, die der Jugendliche wahrscheinlich auch bereits aus anderen Situationen kennt. Der im Beispiel beschriebene Jugendliche mit ängstlichen Persönlichkeitszügen ist durchaus auch getrieben durch seine Psychodynamik, wenn er an den bevorstehenden Schulsikurs denkt. Die erhöhte Anspannung führt möglicherweise zu Einschlafschwierigkeiten, er ist beunruhigt und verunsichert. Dennoch beginnt er zu planen, was er mitnehmen möchte, was er braucht und was ihm zusätzlich Sicherheit gibt, wie beispielsweise ein lustiges Buch, ein Kartenspiel und einen Polster, der ihm sonst auch zu Hause beim Einschlafen hilft. Er spricht sich mit seinen Klassenkolleg:innen ab und vereinbart mit einer Gruppe guter Freunde ein Zimmer zu teilen. All das gibt ihm Halt, langsam kommt er in einen Umgang mit der Situation und mit seiner Angst. Er entscheidet sich dafür, auf den Skikurs mitzufahren, weiß auch, dass ihn die Eltern abholen würden, wenn er es dort nicht aushalten würde. So erlebt er ausreichend Sicherheit, um sich der für ihn schwierigen Situation zu stellen.

Das Beispiel zeigt einen **gesunden Umgang** mit einer Situation, die durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale erst eine potenzielle Überforderung darstellt. Die Persönlichkeit zeigt sich anhand unterschiedlicher Persönlichkeitsmerkmale, wobei es unterschiedliche Persönlichkeitsprägungen gibt. Diese entwickeln sich aus genetischen Anlagen, biographischen Erfahrungen und den Gestaltungsleistungen der Person (vgl. Kolbe 2017:20). Aus dieser Sichtweise ergibt sich, dass sich die Persönlichkeit entwickelt und daher auch weiterhin entwickeln kann, eine Veränderung jedoch nicht unbegrenzt möglich ist. Die Aufgabe des Menschen ist es, „auf dem Boden seiner Persönlichkeit mit den situativen Herausforderungen seiner Lebenswelt konstruktiv, angemessen und sinnstiftend umzugehen und dabei die Potenziale der Persönlichkeit zu nutzen, aber auch ihre Einseitigkeiten zu vermeiden.“ (Kolbe 2017:2) Bei einer **Persönlichkeitsstörung** hingegen sind die Möglichkeiten einer **situativen Anpassung stark eingeschränkt**. Das Erleben und die Reaktionsmöglichkeiten sind beschränkt und rigide, was den Gestaltungsspielraum wesentlich

einschränkt und den differenzierten **Vollzug der Ich-Funktionen** verhindert (vgl.ebd.). Es zeigt sich also, dass bei Persönlichkeitsstörungen die personal-existenzielle Dimension bedeutend weniger zum Tragen kommt. Betroffenen gelingt es dann kaum, durch personale Stellungnahme in einen Umgang mit für sie schwierigen Situationen zu kommen. Die Psychodynamik übernimmt sozusagen die Führung. Ich-Funktionen, die es erlauben würden, zu einem differenzierten Umgang und einer entschiedenen Stellungnahme zu kommen, stehen nicht ausreichend zur Verfügung.

Für eine Konkretisierung dieser Differenzierung nun also zum **zweiten Beispiel**. Eine Jugendliche²⁴ mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erfährt, dass ihre beste Freundin sich nicht mit ihr treffen möchte, weil sie eine andere Freundin trifft. Ihre spontane Emotionalität ist Enttäuschung, Ärger und Wut, die Affektivität hohe Anspannung und innere Unruhe. Zur Reaktionsbereitschaft gehören selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken. Ihr Handlungsspielraum ist nicht zuletzt aufgrund der Heftigkeit der Gefühle bzw. einer als bedrohlich erlebten Leere deutlich eingeschränkt. Eine Spaltung zwischen starker Idealisierung und massiver Abwertung der Freundin erschwert die Situation zusätzlich. Die spezifisch erlebte Angst und der damit verbundene Schmerz sind also, wie das Beispiel zeigt, in der Persönlichkeitsstörung wesentlich stärker ausgeprägt und tiefer als in der Neurose (vgl. Längle 2003). In der Psychodynamik zeigen sich starre Muster hinsichtlich der Wahrnehmung, der Reaktionsbereitschaft und des Verhaltens. Die von Krug 2011 adaptierte Übersicht zeigt Copingstrategien anhand der Grundmotivationen:

Grund-motivation (GM)	Grundgefühl bei einer Störung	Grundbewegung (Vermeidungs-versuch)	paradoxe Bewegung (Bewältigungs-versuch)	Abwehrynamik im Nicht-Entkommen (Aggressionstyp)	Überwältigungs-erleben (Totstellreflex)
1. GM: Halt, Schutz, Raum, Sicherheit	ängstlich	Fliehen	Ankämpfen	destruktiv: Haß	Lähmung
2. GM: Nähe, Wärme, Beziehung	depressiv	Rückzug	Leisten/Entwerten	beziehungssuchend: Wut	Erschöpfung, Resignation
3.GM: Wertschätzung, Unabhängigkeit, Autonomie	hysterisch	auf Distanz gehen	Aktivismus (Überspielen)	abgrenzend: Zorn/Ärger; Spalten	Dissoziation (Spaltung, Leugnung, Abschottung)
4.GM: Erfüllung, Freude, Sinn	dependant	provisorische Lebenshaltung	Idealisierung	kämpferisch: Fanatismus	Nihilismus

Abbildung 2: Abbildung 3: Krug 2011 modifiziert nach Längle 1998

Für Persönlichkeitsstörungen aus existenzanalytischer Sicht beschreibt Kolbe (2017), dass deren Entstehung Zeit braucht und ihnen meist eine **massive Verletzung oder ein massiver Mangel eines existenziellen Grundthemas** zugrunde liegt. Er beschreibt eine **Mangel- oder**

24 Das Geschlecht wurde unabhängig von den beiden Beispielen festgelegt.

Traumagenese. Dem fügt er hinzu: „Diese Verletzung ist außerdem so stark, dass alle weiteren existenziellen Grundthemen des Menschen mitbetroffen sind.“ (Kolbe 2017:21) Er beschreibt, dass bei Persönlichkeitsstörungen die **Psychodynamik die Führung übernimmt**, da dem Menschen für einen gelassenen Verhaltensspielraum weder Halt (1.Grundmotivation), noch Beziehung (2. Grundmotivation), noch ein Selbstkonzept (3.Grundmotivation) oder ein Sinnhorizont (4.Grundmotivation) zur Verfügung stehen (vgl. Kolbe 2017:21). Abhängig davon, welches der Themen dominiert, lassen sich die Persönlichkeitsstörungen laut Kolbe in vier Cluster ängstliche (Halterfahrung), depressive (Beziehungsqualität), extrovertierte (Selbstwert) und „existenzielle“ (Kontext) Persönlichkeitsstörungen einteilen (vgl. ebd.).²⁵

Bezogen auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter beschreiben die beiden interviewten ExpertInnen aus dem Feld der Existenzanalyse besonders den Einfluss der **zweiten und dritten Grundmotivation als Basis für die Entwicklung der Störung**. Zusammenfassend bringt es Längle auf den Punkt: „Also die emotional instabile Persönlichkeit würde ich ansiedeln in erster Linie in der zweiten und direkt gefolgt von der dritten. (...) Und dann die erste und dann die vierte in abnehmendem Maß.“ (Int. Längle:3:77-80) Gawel beschreibt, dass eine emotionale Zuwendung und ein empathisches Eingehen auf die jeweilige Situation und die Bedürfnisse des Kindes bereits im Säuglingsalter beginnt. Sie hält fest, „dass auf der dritten Grundmotivation ein gewisses Gespür fürs Baby da sein muss, ein gewisses Gespür für dieses Kind, was brauchst du? Das sich noch nicht verständlich machen kann.“ (Int. Gawel:2:63-65)

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung wird auch als **Störung des Selbstwertes und der Emotionsregulation** verstanden. So hält Matuszak-Luss fest: „Das zentrale Charakteristikum der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Existenzanalyse ist das instabile beziehungslose, nicht integrierte Selbstbild (3. Grundmotivation).“ (Matuszak-Luss 2017:33) Dies wirkt sich, wie sie beschreibt, auch auf Themen der zweiten Grundmotivation und somit auf die Beziehungsgestaltung aus: „Die Betroffenen haben keinen Bezug zu sich und zeigen daher auch instabile Beziehungsmuster zu anderen (2.GM).“ (Matuszak-Luss 2017:33) Da die Selbstwertbildung im sozialen Kontext stattfindet und die Entwicklung der Emotionsregulation bereits im frühen Kindesalter von wichtigen Bezugspersonen mitbeeinflusst wird, kann dies ein Thema in der Therapie mit den Eltern werden. Es erschließt

²⁵ Angemerkt werden aus einem existenzphilosophischen Kontext, dass der Begriff „existenzielle Persönlichkeitsstörung“ durchaus insofern fraglich ist, als dass mit Existenz eine bestimmte Qualität des Daseinsvollzugs gemeint ist. (Vgl. E-Mail-Verkehr Prof. Bauer, April 2024)

sich sowohl über die **Biographiearbeit** mit dem Elternteil als auch über das **Besprechen einzelner familiärer Alltagssituationen**. Defizite im Urvertrauen und im Annehmen dessen, was ist, so Matuszak-Luss, verweisen auf den Hauptstörungsbereich auf Ebene der ersten Grundmotivation (vgl. Matuszak-Luss 2017:33).

Auch nach Kolbe²⁶ umfasst die Entstehung zwei Bereiche. Basis ist erstens eine Grundwelterfahrung, also die Erfahrung erwünscht zu sein²⁷, die von den Eltern übernommen wird. Zweitens braucht es die Erfahrung der Einzigartigkeit, den Respekt, den das Kind durch andere erfährt, richtet es auf sich²⁸. Hier geht es auch um eine gerechte Behandlung, in der dem, was dem Kind wertvoll ist, auch Rechnung getragen wird. Damit wird es auch ernst genommen und kann in späterer Folge in eine kritische Auseinandersetzung mit sich gehen (vgl. ebd.). Über die Beziehung zu den Eltern werden diese Bereiche maßgeblich mitbeeinflusst.

Im weiteren Interview betont Gawel, dass das nicht bedeuten würde, dass Eltern oder Bezugspersonen alles von Beginn an wissen oder richtig einschätzen müssten. Sie sieht aber eine gewisse **Feinfühligkeit und Zuwendung auf der zweiten und dritten Grundmotivation als wesentliche Voraussetzung**²⁹ bereits für die Begegnung mit dem Säugling oder Kleinkind: „Da haben wir immer [die] Verschränkung zweite und dritte Grundmotivation. Also zweite Grundmotivation die Zuwendung und dritte ist einfach dieses Versuchen zu schauen, was brauchst du jetzt im Moment und dann vielleicht auch die Chance haben, dass wir gemeinsam draufkommen.“ (Int. Gawel 2:67-70) So kommt es zu einer Stärkung der Ich-Strukturen, worunter man bestimmte Fähigkeiten des Menschen versteht, die, entwicklungspsychologisch betrachtet, von außen induziert werden: Selbstachtung, sich gerecht werden und sich wertschätzen können. (vgl. Längle 2017:4) „In weiterer Folge sind sie im Inneren selbständig aufzubauen, um zu einer autonomen, authentischen und wirksamen Persönlichkeit werden zu können. Dieses Ich-Sein-Können ermöglicht in der Folge das Person-Sein-Können durch die Fassung des Eigenen mithilfe dieser Fähigkeiten.“ (ebd.) Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung gibt es hier Schwierigkeiten. Die Brüchigkeit im inneren Selbst-Sein zeigt sich besonders anhand intensiver, impulsiver, instabiler und

26 <https://vorarlberg.orf.at/v2/radio/stories/2584830/>, 10.11.2019

27 Gut, dass es mich gibt.

28 Wenn ich erfahre, dass ich darf, kann ich auch so sein.

29 Erste Grundmotivation: Halt und Schutzerfahrungen spielen hier besonders auch in den ersten Lebensjahren eine Rolle, in denen sich ein Kind noch nicht selbst beruhigen kann (vgl. auch Polyvagaltheorie).

destruktiver Persönlichkeitsstrukturen. Dabei wird die Ich-Schwäche besonders als Beziehungsschwäche sichtbar (vgl. Längle 2017:5).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich aus Sicht der Existenzanalyse bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung bedeutende Defizite auf Ebene der zweiten und dritten Grundmotivation zeigen. Die Störung wird so auch als Störung der Emotionsregulation und des Selbstwertes verstanden, wobei beim Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung alle vier Grundmotivationen beeinträchtigt sind. In der Arbeit mit den Eltern kann besonders eine Stärkung der Ressourcen auf Ebene der zweiten und dritten Grundmotivation (siehe Kapitel 4.4) unterstützend wirken, da Schwierigkeiten in diesen Bereichen in der Eltern-Kind-Beziehung auftreten.

4.2 Diagnostische Spezifika emotional instabiler Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Die frühe Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Kindes- und Jugendalter war lange Zeit umstritten und ist es teilweise immer noch (vgl. Schmeck/Schlüter-Müller 2009). Ein Argument gegen eine frühe Diagnosestellung, und das ist ein wesentlicher Punkt, ist die Sichtweise, dass die Diagnose der Persönlichkeitsstörung in Konflikt tritt zu bestimmten Entwicklungsannahmen (vgl. Steinhausen 2019:364). Es stellt sich also die Frage, wie mit Auffälligkeiten, die schon früh auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung hinweisen, umgegangen werden soll. Weil es ein Thema ist, das Eltern beschäftigt, widmet sich dieses Kapitel der Frage, ob die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung überhaupt schon in einem Alter erstellt werden kann, in dem, entwicklungspsychologisch gesehen, große Veränderungen in relativ kurzer Zeit geschehen. (Wann) ist es aus professioneller Sicht legitim, das zu tun, und welche alternativen Wege zeigen sich in der Praxis?

Entwicklungsdynamik und Diagnosezeitpunkt

Eine Interviewpartnerin beschreibt ebenfalls die Besonderheit der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter und stellt fest: „Wir wissen, dass wir durch verschiedenste prägende Phasen durchgehen, wir wissen, dass wir durch sehr große Herausforderungen durchgehen, dass gerade im Kindes- und im Jugendalter riesige Entwicklungsschritte gemacht werden.“ (Int. Gawel:5:162-164) Sie benennt hier einen wichtigen Punkt. Mit der Annahme von stabilen und weitgehend fixierten Verhaltensmustern, so kritische Stimmen gegenüber einer frühen Diagnostik, widerspricht die Diagnose der Sichtweise, dass Kinder und Jugendliche noch

nicht am Ende ihrer psychischen Entwicklung bzw. der Persönlichkeitsentwicklung stehen. Dieser Entwicklungsgedanke³⁰ hat in der Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mehr Gewicht als in der Behandlung von Erwachsenen:

„Wenn Entwicklung sowohl in psychologisch-normativer wie auch psychopathologischer Hinsicht als ein offener und unabgeschlossener Prozess verstanden wird, der interaktiv und transaktional ist, dann steht er im Widerspruch zu einer Betrachtungsweise, die eine Störung als Ergebnis einer fixierten und eher statischen Struktur betrachtet.“ (Steinhausen 2019:364)

Im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bei Kindern kaum und auch bei Jugendlichen nicht häufig gegeben, so Steinhausen:

„Die Entwicklungspsychopathologie erkennt zwar einerseits für das Kindesalter die Bedeutung an, die u.a. dem Temperament als Beschreibung von Verhaltensstilen, wie Emotionalität, Aktivität und Soziabilität für die Entwicklung des Kindes einschließlich der Bahnung psychischer Störungen zukommt.“ (Steinhausen 2019: 364)

Andererseits werden gerade im Kinder- und Jugendbereich oben genannte Verhaltensstile auch als Reaktion auf die soziale Umwelt gesehen, der auch in der Entwicklung von Störungen eine wesentliche Rolle zukommt (vgl.ebd.).

Klar ist aber, dass die **Entwicklung der Persönlichkeit nicht mit dem 18. Geburtstag abgeschlossen** ist. Oder, wie es Gawel im Interview formuliert: „Ich glaube nicht, dass man aufhört irgendwann sich zu entwickeln. Ich glaube, dass wir uns immer wieder entwickeln (...), dass es einfach ein lebenslanger Prozess ist.“ (Int. Gawel:5:158-160) Auch Eder geht im Interview auf die Frage ein, wann die Persönlichkeitsentwicklung „abgeschlossen“ ist:

„Ob die Persönlichkeitsentwicklung tatsächlich an irgendeinem Punkt abgeschlossen ist, würd' ich persönlich eher bezweifeln. (...) Weil ich durchaus der Meinung bin, dass man erstens die Chance hat, sich auch mit 75 in seiner Persönlichkeit noch weiterzuentwickeln. Und auf der anderen Seite glaube ich, dass diese Entwicklung ohnehin passiert. Also ich glaub', Mensch verändert sich in seinem Wesen und auch, wie er der Welt gegenübertritt und auch wie er die Welt sieht und empfindet sein gesamtes Leben. Nur halt in der Pubertät ist sicher so eine der Zeiten, wo diese Veränderungen am raschesten gehen und am tiefgreifendsten ausfallen können.“ (Int. Eder:7: 218-226)

Ab wann ist es also daher legitim, die Diagnose zu vergeben? Gawel spricht sich gegen eine zu frühe Diagnose aus. Etwas anders gestaltet sich für sie die Lage aber mit zunehmendem Jugendalter: „Wenn sich die Leute nähern, so 17, 18, 19, ist das für mich nochmal ganz etwas anderes, als wenn bei mir ein Siebenjähriger, ein Elfjähriger, ein Vierzehnjähriger sitzt, die mitten in der Entwicklung drinnen sind, (...) da würde ich wirklich sagen, je früher, desto nein.“ (Int. Gawel:6:199-201) Auch Steinhausen (2019) hält im Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie fest, dass im Kontrast zu der geringen Anwendbarkeit für das Kindesalter

30 Siehe im Hinblick auf Persönlichkeitsstörungen auch Sevecke/Fuchs (2017)

Persönlichkeitsstörungen für das Jugendalter, und hier besonders für die fortgeschrittene Adoleszenz, eine gewisse klinische Relevanz haben. Dem fügt er hinzu: „Aber auch hier ist jeweils sehr sorgfältig zu prüfen, ob der Entwicklungsgedanke und die damit verknüpfte interaktive Betrachtungsweise der Ableitung von Störungen im klinischen Einzelfall durch die Zuschreibung einer Persönlichkeitsstörung empfindlich verletzt werden kann.“ (Steinhausen 2019:364)

Das **ICD10** legt die Vergabe der Diagnose ab dem 16. Lebensjahr nahe (vgl. auch Von Auer/Kaess 2022:11). Die Autor:innen fügen dem jedoch hinzu, dass es möglich sei, die Diagnose früher zu stellen, „wenn die Symptomatik stark ausgeprägt ist, schon über einen Zeitraum von über einem Jahr besteht und davon auszugehen ist, dass es sich eher um einen langfristigen Verlauf handelt und die Symptomatik einen hohen Leidensdruck auslöst.“ (ebd.) Auch eine Interviewpartnerin erläutert, dass **erste Anzeichen bereits im Kindesalter** erkannt werden können: „Man muss schon dazu sagen, dass man zum Beispiel schon bei Kindern, wirklich Kindern, nicht nur Jugendlichen, bei Kindern teilweise merkt, ah, da ist was anders. Ah, die nehmen das anders wahr, die reagieren anders, die sind eher verfestigt in einem Bereich.“ (Int. Gawel:6:177-179) Und doch sieht sie eine frühe Vergabe der Diagnose kritisch und erklärt: „Der erste Grund ist, es ist eine sehr heftige Erkrankung. Es ist eine lebenslange Begleiterkrankung und da sich früh festzumachen, glaube ich, kann auch den Blick einengen.“ (Int. Gawel:6:184-186) Aber Gawel spricht hier nicht, wie später in dieser Arbeit behandelt, die Veränderung der Eigenwahrnehmung durch die Vergabe der Diagnose und eine mögliche Identifikation mit dieser an, sondern bezieht sich auch auf eine **Beeinflussung weiterer Behandler:innen**:

„Also, ich glaube, dass, man ist ja nicht ein Leben lang beim gleichen Facharzt, man ist nicht ein Leben lang beim gleichen Psychotherapeuten und man bringt ja immer wieder seine Gutachten mit, seine Befundbriefe (...) ich, subjektiv gesehen, glaube, dass man dadurch etwas einengen könnte von der Wahrnehmung vielleicht vom Personal, also von außen, vom Helfersystem vielleicht.“

Aus der klinischen Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie erläutert Eder, dass sich das **Alter**, ab dem in der klinischen Praxis die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben wird, **zunehmend nach unten verschoben** hat:

„Also der Status Quo ist tatsächlich, dass die Grenze (...) nach unten rutscht und im Moment so eben bei dem berühmten 14. Lebensjahr - Scheideweg mündiger/unmündiger Minderjähriger, wobei jetzt diese Grenzen (...) eine gewisse Willkürlichkeit ja auch haben und von einem Land zum anderen, so wie das Wahlalter oder solche Dinge, ja unterschiedlich definiert werden, aber der Trend geht tatsächlich so in die Gegend, ab 14 sei es legitim.“ (Int. Eder:3:97-102)

Wie kommt es also zu dieser Entwicklung, trotz der kritischen Stimmen hinsichtlich einer früheren Diagnostik?

Veränderung der Sichtweise auf das Störungsbild

Zum Thema der Vorsicht vor möglichen **Stigmatisierungen** führen mehrere InterviewpartnerInnen aus, dass sich die **Sichtweise auf das Störungsbild in den letzten Jahren geändert** hat. So erläutert beispielsweise Plener: „Ich glaub’, dass diese Idee von, man soll’s nicht zu früh diagnostizieren, letzten Endes eine historische ist. Also eigentlich, wenn man die Literatur betrachtet, ist das wenig haltbar.“ (Int. Plener:3:81-82) Diesbezüglich ergänzt er, und das ist für die Einordnung und Bedeutung der Diagnose wesentlich, dass „man mittlerweile mehrere Therapieverfahren identifiziert hat, die dazu beitragen, dass man das verändern kann. Also das ist ins Wanken gekommen.“ (Int. Plener:3:89-91) Was also erst als starr und wenig veränderbar galt, kann zunehmend als **veränderbar** und damit besser behandelbar gesehen werden.

Eder beschreibt eine andere Möglichkeit und gibt an, „dass es wieder einmal eine typisch österreichische Lösung gab, zu sagen, es ist eine **Persönlichkeitsentwicklungsstörung** (...), was ich an und für sich insofern gut find’, als es, glaub ich, die Problematik sauberer trifft, wie zu sagen (...) Persönlichkeitsstörung ja/nein.“ (Int. Eder:3p:104-108) Auch Eder spricht sich also im Interview für eine **weniger kategoriale und mehr deskriptive Diagnostik** aus: „Ich glaub’, für binäre Zuordnungen eignet sich’s einfach nicht so gut.“ (Int. Eder:4:110) Er erklärt aber gleichzeitig, wie diese Entwicklung entstanden ist:

„Auf der anderen Seite ist es halt insofern legitimer geworden, das auch zu machen, weil die ursprüngliche Definition, dass das quasi ein trait ist, das heisst ein Zustand, der besteht und bestehen bleibt und in der ganz ursprünglichen Konzeption man ja auch davon ausgegangen ist, dass es eigentlich unveränderbar und damit in gewisser Weise auch unbehandelbar ist.“ (Int. Eder:4:110-114)

So finden sich auch in der Literatur Stimmen, die diese Entwicklung in Richtung zurückhaltender Vergabe kritisch betrachten: „Durch die strenge Altersgrenze solcher Syndromdefinitionen ist die Entwicklungsdynamik von Borderlineprozessen und –strukturen im Kindes- und Jugendalter aus dem Blickfeld geraten.“ (Von Klitzing 2018:1) Auch die Interviewpartner beschreiben, dass sich die Diagnostik von dieser Vorsicht vor einer frühen Vergabe etwas wegbewegt: „Jetzt sind wir ein Stück weiter. Es gibt durchaus eine gewisse Fülle an Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungskonzepten (...), dieses totale Stigma hat sich ein bisschen aufgeweicht.“ (Int. Eder:4:46-48) Eder weist darauf hin, dass das aber **in**

der Praxis nicht immer so sein muss und mahnt zur kritischen Sichtweise im Hinblick auf eine möglicherweise vorschnelle Diagnostik:

„Ob das in der Community der Behandler dann auch immer so gelebt wird, stell' ich mal ein bisschen in Frage. Also ich glaub' sehr wohl, dass grade das Label Borderlinestörung sehr oft aus der Hüfte und aus der Emotionalität der behandelnden Community vergeben wird und stigmatisierend gemeint ist (...) Nicht im Sinne einer Feststellung einer Diagnose, sondern als, ja, Sammelbecken für negative Gefühle und Mühsal im Umgang mit emotionaler Instabilität.“ (Int. Eder:3:118-124)

Dies wiederum spricht also für eine nicht vorschnelle, sondern gut begründete Vergabe nach einem längeren Beobachtungszeitraum, der es zulässt, von einer **länger andauernden Entwicklung** zu sprechen (siehe oben).

Braucht Früherkennung „Frühbenennung“?

Kaess und Brunner 2016 argumentieren für eine **Früherkennung und Frühintervention** bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Dazu nehmen sie sich dreier Argumente gegen eine frühzeitige Diagnose an und sammeln Evidenz, die diese widerlegt. Im folgenden Unterkapitel dieser Arbeit (4.2.1.) wird die Unterscheidung zwischen altersspezifischen Phänomenen der Pubertät und Anzeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung behandelt. Auch Kaess und Brunner thematisieren das Argument der mangelnden Validität dieser Diagnose im Jugendalter, das an sich durch Stimmungsschwankungen, Unsicherheit, die eigene Identität betreffend, oder eine erhöhte Impulsivität gekennzeichnet ist (vgl. Kaess/Brunner 2016:10). Die Autoren kritisieren, dass Probleme klinisch auffälliger Jugendlicher dementsprechend **mit anderen Störungsbildern**, wie einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens oder mit depressiver Störung (F.90) **erklärt** werden (vgl. Kaess/Brunner 2016:10p.). Ähnliches berichtet Gawel aus ihrem therapeutischen Alltag:

„(...) Ich kriege oft Jugendliche in meine freie Praxis, die waren schon beim Facharzt, die waren beim psychologischen Gutachten und die kommen schon mit ihren Befunden. Und da ist meistens eine Sammlung an Einzelsymptomen drinnen, die mir erklären, ah, aha, also da geht das hin, also schau, was die anderen alles sehen. Und die sich aber eher damit behelfen, dass sie mir die Einzelsymptome, dass sie die eben hinschreiben. Das ist oft auch in der Akzeptanz der Eltern.“ (Int. Gawel:6:205-210)

Dem fügt sie hinzu, dass sich Setting und Zielgruppe in einer niedergelassenen Praxis ohne Krankenkasse von der einer Klinik unterscheiden (vgl. ebd.), wobei die Vergabe von mehreren unterschiedlichen Diagnosen den Blick für eine mögliche Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung schärft: „Das krieg ich sehr oft, dass ich eine Sammlung kriege von vier, fünf Diagnosen, von was weiß ich (...) eine Essstörung, eine Zwangsstörung, eine hyperkinetische Störung, eine Dysthymie, wo man sich denkt, ah, ja. Und es macht einen (...)

aufmerksam.“ (Int. Gawel:7:217-225) Dem halten Brunner und Kaess entgegen, dass es inzwischen ausreichend Daten gibt, die das Auftreten von Borderline-Störungen im Jugendalter belegen und beschreiben:

„Zusammenfassend gibt es inzwischen ausreichend Daten, die die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter als eine schwere Erkrankung mit einer meist positiven Anamnese für schwerwiegende negative Kindheitserlebnisse, einem hohen Risiko für riskantes und selbstschädigendes Verhalten, einer stark ausgeprägten psychiatrischen Komorbidität, sowie einem besonders reduzierten psychosozialen Funktionsniveau mit ausgeprägten Langzeitfolgen stützen.“ (Kaess/Brunner 2016:12)

Auch Plener erklärt, dass die Vorsicht bei der Diagnosestellung auf einer Annahme basiert, die mittlerweile widerlegt ist: „Ich glaub’, basierend darauf, dass man früher davon ausgegangen ist, dass es eine lebenslange, kaum zu behandelnde Störung ist, und beides haben wir in den letzten 10-15 Jahren gelernt, stimmt nicht, hat man sich sehr schwer getan, diese Diagnose zu vergeben.“ (Int. Plener:3:82-85) Dazu führt er genauer aus: „Wir wissen mittlerweile aufgrund der Längsschnittstudien (...), dass das nicht unbedingt stimmt, dass es lebenslang bestehen bleibt, sondern tatsächlich, wenn man den Zehnjahresfollowup anschaut, weniger als die Hälfte die Kriterien erfüllen.“ (Int. Plener:3:85-89)

Als weiteres Argument gegen die Vergabe der Diagnose wird die mangelnde Stabilität der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter diskutiert, da sich die Persönlichkeit im Jugendalter noch in Entwicklung befindet. Dagegen argumentieren Kaess und Brunner, dass **Persönlichkeit über die gesamte Lebensspanne gewissen Veränderungen unterworfen** ist. Sie sehen das Jugendalter nicht als Phase der besonderen Veränderbarkeit der Persönlichkeit. (vgl. Kaess/Brunner 2016:13) Die Autoren beziehen sich hier auf unterschiedliche Quellen. So beispielsweise auf eine Studie zur Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen bei der Transition ins junge Erwachsenenalter (Shiner et al. 2003), die beschreibt, dass **Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsmuster eine deutliche Stabilität aufweisen**. Auch Plener beschreibt im Interview, dass sich das diesbezügliche Fachwissen geändert hat:

„Das andere, das ins Wanken gekommen ist, das auch sehr viel dazu beigetragen hat, dass man sehr zurückhaltend war mit der Diagnose, ist, dass man früher angenommen hat, die Persönlichkeit von Kindern und vor allem Jugendlichen ist weniger stabil als die von Erwachsenen. Das stimmt aber offensichtlich nicht.“ (Int. Plener:3:91-94)

Genauer beschreibt er weiter, dass die **Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen nicht die Stabilität der von Erwachsenen hat, aber dennoch bereits ein relativ stabiles Ausmaß** aufweist. „Sie ist also eigentlich vergleichbar, bei Jugendlichen zumindest, mit der von Erwachsenen.“ (Int. Plener:3:95) Durch diese Erkenntnis kommt es zur Veränderung der

Sichtweise der Persönlichkeitsstörung und der Empfehlungen hinsichtlich der Diagnosevergabe: „In der [zum Zeitpunkt des Interviews] noch nicht veröffentlichten, aber in der AWMF S3-Leitlinie Borderline Persönlichkeitsstörung³¹ wird sich deswegen der Hinweis darauf finden, dass eine Diagnose ab dem 13. Lebensjahr zumindest eigentlich vertretbar erscheint.“ (Int. Plener:3:96-98) Auch Kaess und Brunner beleuchten Annahmen zur Stabilität der Persönlichkeit. Sie beziehen sich auf eine Metaanalyse von 92 Studien (Roberts et al. 2006), die die Veränderung der Persönlichkeit im Laufe des gesamten Lebens zum Thema macht. Die Autoren fassen zusammen:

„Von den sechs untersuchten übergeordneten Persönlichkeitskategorien zeigte sich bei vier Kategorien die deutlichste Veränderung im jungen bis mittleren Erwachsenenalter. Hierbei waren auch die Faktoren emotionale Stabilität und Extraversion, zwei Faktoren, die oftmals mit der Borderline-Pathologie in Verbindung gebracht werden.“ (Kaess/Brunner 2016:13)

Um ihr Argument zu untermauern, beziehen sich die beiden auf eine Studie hinsichtlich der Stabilität von Persönlichkeitsstörungsmerkmalen bei jugendlichen Patient:innen (Chanen et al. 2004). Sie fassen zusammen, dass die „Studie zeigte, dass sowohl die Zweijahres-Stabilität der kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen als auch die der dimensionalen Persönlichkeitspathologie mit Befunden des Erwachsenenalters vergleichbar war.“ (Kaess/Brunner 2016:13) Und ergänzen, dass sich auch speziell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung stabile Werte zeigten (vgl. ebd.). Die Autoren argumentieren daher, dass „die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter nicht mehr oder weniger stabil ist als im Erwachsenenalter.“ (Kaess/Brunner 2016:13) Da sie Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung nicht als „komplett stabiles und unveränderbares Konstrukt“ (ebd.) verstehen und dies für alle Lebensphasen gelte, plädieren sie für Früherkennung und Frühintervention (ebd.). Es gibt also keinen Hinweis darauf, dass die Entwicklung der Persönlichkeit mit Erreichen des 18. Lebensjahr zu einer entscheidenden oder plötzlich ansteigenden Stabilität der Persönlichkeit führt. „Dies kann als deutlicher Hinweis dafür gesehen werden, dass die in den Diagnosesystemen angesetzte Grenze von (16-) 18 Jahren für die Stellung der Persönlichkeitsstörungsdiagnose willkürlich gesetzt ist.“ (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:11) Eine Früherkennung und gleichzeitig klare Benennung der vorliegenden Störung eröffnet, so dieses Argument, auch die Möglichkeit frühzeitig passend zu behandeln.

Kategoriale versus deskriptive Annäherung

31 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-015>, 11.12.2022

Unter dem Stichwort *heterotype Kontinuität* weisen Schmeck und Schlüter-Müller darauf hin, dass bei der Beobachtung des individuellen Verlaufs der Persönlichkeitsentwicklung in unterschiedlichen Lebensphasen verschiedene Verhaltensweisen Indikatoren für das gleiche Persönlichkeitsmerkmal sein können (vgl. ebd.). Es kann zwischen *states* und *traits*, also zwischen vorübergehenden Zuständen und stabilen Persönlichkeitsmerkmalen unterschieden werden (vgl. ebd.).

Plener beschreibt im Interview eine **zu erwartende Veränderung der Diagnosekriterien**:

„Im DSM5, wie auch im jetzt kommenden **ICD11**, wird sich keine Altersbeschränkung nach unten mehr finden (...). Also es steht ja im ICD10 noch, dass es wahrscheinlich unangemessen ist, ich glaube, so ist der genaue Ausdruck, vor dem 16. Lebensjahr. Das hat sich sehr stark aufgelöst.“ (Int. Plener:3:98-101)

Gawel weist darauf hin, dass Hinweise auf Züge einer Persönlichkeitsstörung in der Praxis diagnostisch auch **unter einer anderen Kategorie festgehalten** werden:

„(...) zum Beispiel, wenn von den Psychologinnen jemand kommt (...), da hatten wir zum Beispiel letztens die Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens und dann aber auch noch eine Z73.1., bei deutlich akzentuierten Persönlichkeitszügen von vorwiegend emotional instabilem Typ.“ (Int. Gawel:7:226-230)

Längle spricht sich für eine klare Benennung und anschließende Deskription aus, Therapeut:innen würde er empfehlen:

„Wenn man wirklich nur den Verdacht hat und keine fixierten Symptome sieht, sondern meint, in der Kürze der Untersuchung oder des stationären Aufenthaltes können wir noch nicht mehr sagen, aber es nicht auszuschließen, dann ist Verdacht eine richtige Bezeichnung. Aber es wird meistens verwendet als halbfeige Auswegslösung. Es wäre dann schon besser zu sagen, Züge einer solchen Persönlichkeitsstörung sind festgestellt und dann die auch aufzählen und beschreiben.“ (Int. Längle:5:164-169)

Differenzialdiagnostisch ist wesentlich, dass bei Persönlichkeitsstörungen von einer Störung ausgegangen wird, die mit der Entwicklung der Persönlichkeit vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter verbunden ist. Im Unterschied dazu steht die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung, beispielsweise nach Extrembelastung (ICD 10: F62.0). Unter der im ICD10 festgehaltenen Kategorie F62.1 wird noch die Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit festgehalten.

In Bezug auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung findet sich eine häufige **Komorbidität** mit zum Beispiel Essstörungen, depressiven Störungen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch. (vgl. Schmeck/Schlüter-Müller 2009:59) Differenzialdiagnostisch ist eine Abgrenzung zu einer akuten psychotischen Störung (F23), zur dissoziativen Störung (F44), zu affektiven Störungen (F3), artifiziellen Störungen (F63) und hyperkinetischen Störungen (F90) relevant. (vgl. ebd.) Aus meiner Beobachtung im klinischen Alltag kann bei

Jugendlichen, die sich schon im Kindesalter aufgrund von Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, im oppositionellen Verhalten oder in der Schulverweigerung in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befanden, als Vordiagnose auch häufig eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92) (eventuell auf den familiären Rahmen beschränkt) zu finden sein. Auch die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur posttraumatischen Belastungsstörung (F42.1) ist von Bedeutung, wobei sich potenziell traumatische Ereignisse häufig in der Anamnese finden. Auch eine bereits durchgeführte Vordiagnostik mit manchmal mehreren unterschiedlichen Diagnosen bzw. diverse kinder- und jugendpsychiatrische ambulante oder stationäre Vorbehandlungen können Teil einer längeren Vorgeschichte sein. Hinsichtlich der Diagnosestellung ist die Unterscheidung wichtig, „ob das Verhaltensmuster tatsächlich überdauernd ist oder ob es sich um eine Episode einer anderen psychischen Erkrankung handelt (z.B. Depression).“ (Kölch et al. 2020:407)

In diesem Kapitel wurden unterschiedliche Antworten auf die Frage beleuchtet, ob und unter welchen Umständen es aus professioneller Sicht legitim ist, eine Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung schon im Kindes- oder Jugendalter zu vergeben. In Zusammenhang mit der Antwort auf diese Frage stehen unterschiedliche Sichtweisen auf die **Vergabe von psychiatrischen Diagnosen generell**. Eder legt dar, dass sich die Art von Diagnosen auch grundsätzlich im Lauf der Zeit ändert und geändert hat: „(...)also wenn man noch Entlassungsbriefe von Psychiatrien von vor 20 oder 30 Jahren liest, (...) da waren Diagnosen noch nicht so kategorisiert, noch nicht so bis in die Tiefe durchdacht, aber öfter sehr viel deskriptiver, um was es im Kern geht.“ (Int. Eder:4p:139-142) Es ist also davon abhängig, wie man den Sinn und Zweck einer Diagnose definiert: „Jetzt ist es natürlich (...) für die Kurzkommunikation und in Wirklichkeit sollte eine Diagnose ja eigentlich nur das sein (...), so eine Art Telegramm, damit Nachbehandelnde oder andere Menschen einmal recht geschwind eine Idee haben, um was es geht.“ (Int. Eder:5:142-146) Hier beschreibt er eine Veränderung in Richtung **kürzerer und standardisierterer Informationsweitergabe**:

„Und früher war die genaue Beschreibung und wie genau man die Diagnose formuliert oft (...) von Philosophie und Haltung getragene und geprägte Geschichte und da hat man halt, dem Zug der Zeit folgend, versucht mit möglichst sauberen, technisch anmutenden Kategorien die persönliche Haltung und Philosophie rauszubringen.“ (Int. Eder:5:148-151)

Eder beschreibt **Diagnosen** also als „**Werkzeug mit Nachteilen**“ (ebd.):

„Also fürs kurze Zusammenfassen und damit sich das Gegenüber schnell einmal auskennt, in welche Himmelsrichtung red ma, funktioniert’s super, für die Darstellung des individuell

betroffenen Menschen hat's auch Nachteile, sagen wir so. Die Notwendigkeit nämlich, sich kategorial festlegen zu müssen.“ (Int. Eder:5:156-159)

In der Literatur, aber auch in den Interviews finden sich zurückhaltendere Positionen, aber auch ganz klare Aufrufe zu einer sehr klaren Benennung des Störungsbildes, gerade wenn es sich um eine Persönlichkeitsstörung handelt. Längle beispielsweise betont: „Ich halte dieses Nicht-Diagnostizieren eigentlich für eine therapeutische Feigheit. Ich sage wirklich das mit einem starken Ausdruck (...)“ (Int. Längle:4:127-128) Er erläutert, dass es hier **nicht um eine Festschreibung des Menschen, sondern um eine Benennung von dessen festgefahrenen Wahrnehmungs- und Reaktionsweisen** geht: „Ich diagnostiziere ja fixierte Verhaltensweisen, fixierte Copingreaktionen, die auffallen. Und damit wird nicht der Mensch entwertet und damit wird nicht ein Lebenscurriculum vorgeschrieben.“ (Int. Längle:5:150-152) Auch bereits bei Kindern sieht er das so: „Es gibt Kinder, die schon mit drei Jahren eindeutig emotional instabile Persönlichkeitszüge haben, wenn man das feststellt und das nicht diagnostiziert, ist das unethisch.“ (Int. Längle:4:136-138) Dies begründet Längle damit, dass eine fehlende Diagnosestellung oder eine Umschreibung der Störung über mehrere andere Diagnosen auch die Weiterbehandlung beeinflusst, denn:

„(...) hier ist dringend Behandlung angesetzt, je früher, desto besser. Das wissen wir bei allen Störungen. Wenn man da nun sagt, nein, man darf das nicht diagnostizieren und daher ist auch keine Behandlung erforderlich, ist das eine therapeutische Feigheit. Das ist eine Hilfsverweigerung. So stark sehe ich das, weil ich wirklich auch genügend Patienten erlebt hab', wo es dann auch in etwa so war, wo keine Hilfe angeboten wurde und wo dann Familien zerbrochen sind und Geschwister geschädigt wurden.“ (Int. Längle:4p:140-145)

Längle untermauert im Interview also das Argument, dass eine frühe Diagnostik zu einer frühen Behandlung führt und somit keine Stigmatisierung, sondern ein Schritt in Richtung Behandlung ist.

Conclusio zur Diagnostik emotional instabiler Persönlichkeitsstörung im Jugendalter

Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Frage der Stigmatisierung, die sich bei psychischen Erkrankungen im Allgemeinen stellt, insbesondere bei der Vergabe von Persönlichkeitsstörungen im Kindes- bzw. Jugendalter, von Bedeutung ist. So gibt es Stimmen, die zu einer gewissen Zurückhaltung oder Vorsicht mahnen, und dennoch gibt es valide Argumente für eine frühe Diagnostik und Intervention. Speziell die Annahme, dass die Persönlichkeit im Kindes- und besonders im Jugendalter stabiler ist, als zuvor gedacht, bringt eine veränderte Sichtweise. So verändert sich auch, wie oben durch unterschiedliche Interviewzitate dargelegt, die Wahrnehmung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung und ihre Behandelbarkeit. Nach momentanem Stand von Diagnoseleitlinien und Experten aus

dem Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe oben) verschiebt sich das empfohlene Mindestalter in den letzten Entwicklungen eher nach unten. Auch die Sicht auf das Störungsbild verändert, eine kategoriale Annäherung wird sich spätestens mit der Einführung des ICD11 hin zu einer eher deskriptiven Sichtweise entwickeln.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema der Diagnosevergabe einer Persönlichkeitsstörung im Jugendalter ist von Seiten der Therapeut:in des Elternteils wichtig, um Annahmen und Sorgen gemeinsam einordnen zu können. Zusätzlich hilfreich ist der phänomenologische Ansatz der Existenzanalyse, der es erlaubt, mit den Eltern ausführlich darüber zu besprechen, was sich zeigt. Also in einem ersten Schritt eine von der vergebenen Diagnose unabhängige Beschreibung zu finden, die sich auf den Alltag der Familie bezieht. Bei Eltern, die der Diagnose kritisch gegenüberstehen, kann man anbieten, sich gemeinsam das Für und Wider anzusehen, und dabei aber auf einer beschreibenden Ebene bleiben. Für ein gemeinsames Verständnis des Störungsbildes und der Diagnose kann die Therapeut:in mit den Eltern gegebenenfalls gemeinsam auch die Kriterien durchgehen und klären, wo die Eltern das Verhalten ihres Kindes in der Diagnose erkennen. Längle betont die Relevanz von klar ausgesprochenen Diagnosen gegenüber den Jugendlichen, „denn alle Unklarheit ist gerade in der Behandlung von diesen Störungen, die ja sowieso mit Unklarheit aufgewachsen sind, nur eine Fortsetzung ihrer unklaren Lebensbezüge. (...) Es ist also ein Mitspielen, ist wie eine Gegenübertragung, ein Mitspielen in der Pathologie.“ (Int. Längle:5:171-174) In einer ähnlichen Form gilt das für die Eltern und so ist ein **gemeinsames Benennen und Differenzieren ein erster Schritt im Umgangs** mit einer von den Eltern oft zuerst als schwierig oder beängstigend wahrgenommenen Diagnose.

4.2.1 Pubertät und Verdacht auf Persönlichkeitsstörung

„Für diese Diagnose muss man kein Arzt sein: Gefühlsschwankungen, das Vermeiden von Alleinsein, Impulsivität, scheinbar grundloser Ärger - das sind klassische Symptome der Pubertät. Halten diese Zustände über einen längeren Zeitraum an und sind extrem ausgeprägt, könnten sie jedoch bereits erste Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung sein (...)“³² (derstandard, Feb. 2015)

Dieses Kapitel geht der Frage nach, wie eine Unterscheidung zwischen pubertären Verhaltensweisen und Anzeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung getroffen werden kann. Welche Wahrnehmungs-, Reaktions- und Verhaltensweisen dienen der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und welche weisen bereits auf eine

32 <https://www.derstandard.at/story/2000011102806/zwischen-pubertaet-und-persoenlichkeitsstoerung>, 19.08.2020

Erkrankung hin? Gibt es hier eine klare Trennlinie und wie lässt sich die Ähnlichkeit oder sogar die Überschneidung der Phänomene erklären?

Die Adoleszenz, miteinbegriffen die Pubertät, ist ein Lebensabschnitt mit großen Veränderungen. Diese betreffen die soziale, die körperliche, die psychische, aber auch die geistige Ebene. Wo gibt es also phänomenologische Überschneidungen und Abgrenzungen zwischen den Stimmungsschwankungen, der Impulsivität oder auch des Risikoverhalten als Spezifikum der Pubertät und den Symptomen der beginnenden Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung? Wie auch Baierl (2014) beschreibt, kann es in der Pubertät durch innere und äußere Veränderungen und Anforderungen zu Erlebens- und Verhaltensweisen kommen, die sonst häufig mit psychischen Störungen assoziiert werden. Schnell wechselnde, intensive Stimmungen, wechselnde Interessen und Zukunftspläne, Identitätskrisen, Selbstüberschätzung und Selbstwertprobleme können „normaler“ Bestandteil dieser Lebensphase sein (vgl. Baierl 2014:18). Genauso zählen außergewöhnliches Verhalten und auffallende Kleidung, Schwankungen der schulischen Leistungen, das Infragestellen von Regeln und Autoritäten sowie der Rückzug von Familienaktivitäten zu Verhaltensweisen in der Pubertät (vgl.ebd.).³³

Bezeichnend und wichtig für diesen Lebensabschnitt sind Veränderungen auf Ebene der **dritten Grundmotivation**. Eine wesentliche Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz mit Beginn der Pubertät ist die Verselbstständigung und damit auch die Abgrenzung von den Eltern und das Weiterentwickeln und Leben des jeweils Eigenen (3. Grundmotivation). Dies bedeutet nicht nur für die Jugendlichen, sondern auch für die Eltern eine Veränderung. Die fortschreitende **Abgrenzung von den Eltern**, so Biberich, betrifft „jenes Verhalten, das sich als Folge von Sozialprozessen, Veränderungen im Denken vom emotional-impulsiven hin zu einem mehr reflektierten und abstraktionsfähigen Menschen und einer damit verbundenen Stärke der Ich-Funktionen (...) äußert.“ (Biberich 2016:188) Darunter versteht er eine Stärkung der Selbstwahrnehmung, des Selbsterlebens, der Selbstabgrenzung, der Selbstbeurteilung, eine erhöhte Spannungstoleranz und bessere Realitätsprüfung (vgl. ebd.). Teil der psychosozialen Reifung ist die Weiterentwicklung der Selbstreflexionsfähigkeit und die Überprüfung und **Infragestellung von bisher akzeptierten Vorgaben und Normen**. Jugendliche entwickeln kritische Sichtweisen, wobei ein wesentliches Moment die Infragestellung von Autoritäten und die Orientierung an Gleichaltrigen darstellt (vgl. Baierl

33 Zur Diagnostik passageres Geschehen versus strukturelle Defizite siehe auch Huber et al. 2017

2014:16). Längle ergänzt im Interview: „Und da spürt man auch, es geht denen darum, ihr Leben leben zu können, ihr Leben versuchen zu können. Und das geschieht mitunter heftig, braucht auch manchmal Aggression, um sich durchsetzen zu können.“ (Int. Längle:3:91-94) Jugendliche bilden sich ihre eigene Meinung und treten für ihre eigene Sichtweise ein, sie überprüfen von außen gegebene Konventionen auf ihre Stimmigkeit. „Visionäre, revolutionäre oder oppositionelle Ideen und Verhaltensweisen scheinen in diesen Jahren oft die einzig gültigen Wahrheiten zu sein.“ (Baierl 2014:16) Längle betont im Interview: „Diese pubertierenden Auseinandersetzungen sind daher praktisch immer themengebunden. Es geht um Ausgehzeiten, um Schule, Schulthemen, um Kleidungsthemen, Haare, Frisur, Freundschaften, Sexualität. Und da entstehen thematisch bezogene Auseinandersetzungen.“ (Int. Längle:3:97-99)

Gleichzeitig können auch Krisen Teil dieses Altersabschnitts sein. Baierl beschreibt beispielsweise **Niedergeschlagenheit, Verzweiflung und Suizidgedanken** als zeitweise oder dauerhafte Begleiter der Pubertät (vgl. ebd.) „Krisenhafte Entwicklungen mit Suchtverhalten, Kriminalität oder Gewalt stellen möglicherweise missglückte Autonomieentwicklungsversuche dar“ (ebd.), entscheidend ist aber, dass sich diese mit Ende des Jugendalters zurückbilden. Mit der Orientierung weg von elterlichen Vorgaben hin zur Peer-Group, so Preuß und Sumpfig, können auch Risiken verbunden sein. Zusätzlich führen sie an, dass die Neigung zur Entwicklung einer psychischen Störung in dieser Altersgruppe deutlich erhöht ist (vgl. Preuß, Sumpfig 2010:29).

Nun ist es für Eltern, aber auch für Fachpersonen nicht immer einfach, pubertäre Reaktions- und Verhaltensweisen klar von ersten Anzeichen einer sich entwickelnden Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden. Plener beschreibt im Interview den **neurobiologischen Status** der Phase des Jugendalters, bei dem weniger kortikale Kontrolle über Impulse vorhanden ist:

„Es gibt die Hypothese der dualen Systeme (...), dass man sagt es gibt sehr aktive Hirnstrukturen, auch dopaminerg unterlegt, die für den Drive verantwortlich sind und welche, die eher noch nicht gut ausgereift sind wie die Kontrollfunktionen im dorsolateralen präfrontalen Cortex, das ist also der Status der Jugend, der Adoleszenz, wenn man so will.“ (Int. Plener:4:129-133)

Dem fügt er hinzu, dass das, was im Jugendalter Teil der Entwicklung ist, auf neurobiologischer Ebene auch bei bestimmten Patient:innengruppen im Erwachsenenalter gefunden werden kann. Er bezieht sich auf neurobiologische Studien mit Erwachsenen, die einen Suizidversuch unternommen haben und führt aus, dass sich hier genau diese

„Disbalance“ feststellen lässt (vgl. Int. Plener:4:133-136). Auch er beschreibt, dass die Grenzlinie zwischen jugendlichem Verhalten und Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung nicht immer einfach zu ziehen ist, dennoch gibt es sie. Wie er anhand von beispielhaften Themen beschreibt, geht es auch um die Frequenz beziehungsweise Ausprägung bestimmter Verhaltensweisen:

„(...) was ist jugendtypisch: Probierkonsum bei Drogen oder mal ungeschützten Geschlechtsverkehr haben. Was ist wiederum nicht typisch: promiskuitives Verhalten im Jugendalter und immer wieder ungeschützten Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern zu haben. Es ist auch nicht typisch, dass ich dauernd Drogen gebrauche, um meine Emotionen zu regulieren, wenn ein Probierverhalten komplett jugendtypisch ist.“ (Int. Plener:5:152-157)

Längle hält in der Differenzierung fest: „In der Pubertät erlebt man anders als in der Störform.“ (Int. Längle:3:83-84) und führt weiter aus, dass in der Pubertät zu beobachten ist, „dass der junge Mensch versucht, das, was ihm wertvoll ist und was ihm wichtig ist, also zweite und dritte Grundmotivation, da dahinter zu stehen, es durchzusetzen und sich dabei auch zu lösen von den Vorgaben und von der Führung der Erwachsenen.“ (Int. Längle:3:84-87) Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung fällt es jedoch auch in dieser Phase deutlich schwerer, ein stabiles und kohärentes Selbstbild zu entwickeln (vgl. Foelsch et al. 2008). Es kann also **zwischen einer altersadäquaten Identitätssuche und einer klinisch relevanten Identitätsdiffusion unterschieden** werden (vgl. ebd.). Zweiteres geht einher mit **psychopathologischen Auffälligkeiten**, wie „dissoziativen Zuständen, Selbstverletzungen, depressiven Verstimmungen bis hin zu akuter Suizidalität und Alkohol- oder Substanzmissbrauch.“ (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:22) Sicherlich ist die Ausprägung hinsichtlich der Intensität und Dauer ausschlaggebend, jedoch ist die weitere Entwicklung nicht immer von Anfang an klar abschätzbar. Von einer pathologischen Ausprägung ist dann auszugehen, wenn es **andauernde und deutliche Beeinträchtigungen** in zentralen Bereichen wie der Beziehungsgestaltung mit Erwachsenen, aber auch Gleichaltrigen, der schulischen Integration und Belastbarkeit, sowie der Emotionsregulation, Affekt- und Impulskontrolle gibt. Im Vergleich zum Verhalten pubertierender Jugendlicher zeigen sich bei Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung **fixierte Copingstrategien**, die nur wenig, bezogen auf die jeweilige Situation, adaptiert werden können. Auch Plener spricht von **konstanten, maladaptiven, inflexiblen** Reaktionen und erläutert: „Das heißt, ich kann nicht auch anders. Ich verhalte mich dann halt so, dass es mir auch Leiden bringt. Und das ist, glaub ich, was, das man in der **Konstanz** und auch in der **Persistenz** in der Persönlichkeitsstörung auch im Jugendalter wesentlich ausgeprägter hat.“ (Int. Plener:5:143-146) Er beschreibt diese

Verhaltensweisen im Kontext einer Persönlichkeitsstörung als starrer als im Jugendalter und fügt hinzu: „(...) und es geht auch um eine **höhere Frequenz**. Nicht *mal* selbstverletzen, sondern das immer wieder als Emotionsbewältigungsmechanismus auch zu brauchen, weil meine Emotionsregulation eben nicht besonders gut funktioniert.“ (Int. Plener:5:148-150) Auch Längle spricht diesen Unterschied an und meint, dass es bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung zu **Impulsdurchbrüchen** kommt, „**die oft keinen entsprechenden Anlass** haben, die oft weit über das Ziel hinausschießen, viel mehr als in der Pubertät, die im Dialog schwerer einzufangen sind und anzusprechen sind.“ (Int. Längle:3:102-103) Hier definiert er einen klaren Unterschied: „(...) bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist es wie eingerastet. Und es verbreitet eine **ganz andere Atmosphäre**. Es wirkt bedrohlicher. Die Pubertät ist nicht bedrohlich. Aber dort hat man auch das Gefühl der Hilflosigkeit mehr als bei der Pubertät.“ (Int. Längle:3p:105-108)

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass es Parallelen gibt und bei ersten Anzeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Jugendalter nicht immer von Anfang an eindeutig festgelegt werden kann, wie die weitere Entwicklung verläuft. Dennoch gibt es deutliche Indizien, krankheitswertige Symptome, die über rein pubertäre Verhaltensweisen hinausgehen. Entscheidend sind hier die Ausprägung im Sinne der Frequenz und Persistenz sowie des eigenen Leidensdrucks. Für die Arbeit mit den Eltern ist es hilfreich, die jeweiligen Verhaltensweisen gemeinsam durchzugehen und einzuordnen. Der Hinweis, dass die weitere Entwicklung des eigenen Kindes in der Adoleszenz und im weiteren Erwachsenenalter immer ein Stück weit offen bleibt, kann zwar eine gewisse Unsicherheit belassen, ist aber dennoch wesentlich.

4.2.2 Entstehung emotional instabiler Persönlichkeitsstörung

Für ein Verständnis der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung stellt sich die Frage, was zur Entwicklung einer solchen beiträgt bzw. in weiterer Folge, welche Schutzfaktoren es daher auch geben kann.

Genetische Prädisposition oder krankmachende Prägung durch die Eltern?

Ein Aspekt ist der Blick auf das familiäre Umfeld, auf nahe Bezugspersonen, die Jugendliche in ihrer bisherigen Entwicklung begleitet haben. Ätiologische Prädispositionen ergeben sich in Bezug auf das familiäre Umfeld durch **frühkindliche Bindungsstörungen**, aber auch **elterliche psychische Erkrankungen** im frühen Alter des Kindes (vgl. Köch et al. 2020:106). **Schwierige psychosoziale Umstände** oder so genannte Adverse Childhood

Experiences (ACE)³⁴ können zur Genese einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung beitragen (vgl. ebd.).

Plener hält im Interview fest, dass der **genetische Anteil** an der Entstehung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nicht so gering ist, wie das lange Zeit angenommen wurde, und geht davon aus, „dass der Roundabout etwa um die 50-55% liegen dürfte.“ (Int. Plener:1:9-10) Er erklärt weiter:

„Die Regelkreise, die involviert sind, haben was mit der emotionalen Verarbeitung zu tun. Letztens sehen wir deutlich im Bereich der Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Überaktivierung des limbischen Systems, die vor allem sich in einer Überaktivierung des anterioren singulären Cortex und der Amygdala darstellen lässt und letzten Endes die Konnektivität mit dem Frontalcortex, vor allem dorsolateralem präfrontalem Cortex vermindert erscheint, sodass die Kontrollfunktionen über die limbischen Funktionen, dass es da einen Mismatch gibt.“ (Int. Plener:1:12-18)

Anders formuliert, beschreibt er eine Prädisposition, die jene Teile des Gehirns betrifft, die für die Impulskontrolle und Emotionsverarbeitung zuständig sind. Wobei er festhält: „(...) es ist ja nicht per se so, dass es in einer Krankheit mündet. Wie bei den meisten psychischen Erkrankungen, wenn ich eine genetische Vulnerabilität habe.“ (Int. Plener:2:55-56)³⁵ Viel mehr betont er das Zusammenspiel einer genetischen Vulnerabilität mit der Reaktion von Bezugspersonen:

„Sodass auch in den gängigeren Modellen, die momentan diskutiert werden, letzten Endes dieser Mismatch, den ja unter anderem Marsha Linehan beschrieben hat, von einer gewissen genetischen Vulnerabilität, mit dem die Kinder auf die Welt kommen, indem sie eben zum Beispiel sehr stark auf Emotionen reagieren, zusammentrifft mit einem Umfeld, das nicht passend ist.“ (Int. Plener:1:23-27)

Auch Längle beschreibt im Interview bei der Frage nach der Entstehung der Störung ein Zusammenspiel von Verhaltensweisen des Umfelds, wie beispielsweise widersprüchlichen und für das Kind nicht zuordenbaren Vorgaben, mit einer gewissen Prädisposition. Er merkt an, dass „sich die emotional instabile Persönlichkeit auf der Ebene einer Persönlichkeitsstörung nur [dann entwickelt], wenn es auch eine vererbte Basis dazu gibt, sonst bleibt es auf der neurotischen Ebene.“ (Int. Längle:1:18-20) Er weist hier also auf die Ausprägung hin und hält fest: „Das ist schon auch eine wichtige Differenzierung. Man kann das auch auf neurotischer Ebene abfangen, wenn die Kinder keine Veranlagung dazu haben.“ (Int. Längle:1:20-22)

34 Für den Zusammenhang zur Borderline-Störung siehe auch Porter et. al 2019

35 Siehe auch epigenetische Faktoren

Die InterviewpartnerInnen gehen von einer möglichen Disposition aus, alle beschreiben aber auch bestimmte **Faktoren oder Dynamiken in der Eltern-Kind-Beziehung**, die die Entstehung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung begünstigen: „Das heißt, wir gehen im Prinzip davon aus, dass es so was wie eine Disposition geben kann, aber nicht unbedingt jetzt geben muss. Und es kann genauso sein, (...) dass der Heranwachsende kein Gegenüber hat oder ganz ambivalente Gegenüber zum Beispiel (...).“ (Int. Gawel:1:10-13) Längle führt zu diesem Punkt aus: Das „inkludiert auch die **fehlende Begegnung**, das fehlende wirkliche Interesse und das fehlende Attachment für das Kind.“ (Int. Längle:1:26-27) und beschreibt das Verhalten der Eltern so:

„Man geht nicht auf das Kind ein, man nimmt es nicht ernst. Es wird wie eine Ware behandelt, wie ein Gegenstand, der herumgeschubst wird, zwar vielleicht versorgt, aber eben nicht angetroffen in seinem eigentlichen Menschsein, keine personale Begegnung, auch keine solche begegnende Atmosphäre, keine Atmosphäre des Verstehens im familiären Kontext.“ (Int. Längle:1:27-31)

Plener erklärt, dass auch ein **zu starkes emotionales Reagieren der Eltern** die Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung begünstigen kann. Auch Eder beschreibt den Einfluss des Umfelds, geht aber dabei darauf ein, dass es ungünstig ist, wenn das **Umfeld** wiederum **nur auf stark ausgelebte Emotionen reagiert**:

„Das heißt, wenn man die Lernerfahrung sammelt, um gehört zu werden, muss man Krach machen (...) Nämlich garnicht unbedingt so auf der bewussten Ebene, sondern eben auf der vorgelebten, oder die Erfahrung machend, angepasst sein, brav sein, vernünftig sein, bringt nix, dann probiert man halt andere Dinge aus. Wenn man damit Erfolg hat, steigt die Chance, dass man es beibehält.“ (Int. Eder:1:12-18)

Plener betont wiederum, dass es immer davon abhängig ist, wie die **Veranlagung und der Charakter des Kindes mit der Prägung des Umfelds interagieren**:

„Und da ergibt sich dann diese Eltern-Kind-Interaktion daraus, das heißt, (...) es gibt ja dann nicht nur Kinder mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in diesen Familien, sondern kann für ein anderes Kind, das weniger herausfordernd ist, eigentlich ein passendes emotionales Umfeld sein.“ (Int. Plener:1:27-30)

Er streicht hervor, dass diese Information wichtig ist, „weil es auch eine gewisse **Validierung der Schwierigkeiten der Eltern** mit sich bringt (...)“ (Int. Plener:1:31) und führt aus, dass es es entlastend sein kann, „wenn man sich das vor dem Hintergrund überlegt, dass sie vielleicht ja geschafft haben, ganz gesunde Kinder auch aus dieser Familie hervorzubringen, aber dass es da nicht gepasst hat und dass die Ansprüche *dieses* Kindes die Ressourcen der Eltern überfordert haben.“ (Int. Plener:1:31-34)

Schmeck und Schlüter-Müller beschreiben, dass subtilere **Störungen der Eltern-Kind-Interaktion**, „bei der die affektiven Äußerungen des Kindes von seinen primären

Bezugspersonen nicht konsistent oder auch widersprüchlich gespiegelt werden oder bei denen die Passung zwischen Bezugsperson und Kind nicht ausreichend gelingt“ (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:46), schwierig zu erfassen sind. Und auch in den Interviews berichten die ExpertInnen von bestimmten Dynamiken in der Eltern-Kind-Beziehung, die sich in der klinischen und psychotherapeutischen Praxis wiederholt zeigen, wie beispielsweise ein „Hin- und-Her-Schwanken zwischen Idealisierung und Entwertung“ (Int. Plener:7:215-216) oder „(...) alles, was Kinder ängstigt, alles, was unberechenbares Elternverhalten ist.“ (Int. Plener:7:221) Zur **Unberechenbarkeit der Eltern** zählen „inkonsistentes Verhalten (...), Unklarheit, Mehrdeutigkeiten, Unverlässlichkeit, stark auch wenn die Eltern, Vater und Mutter, in verschiedenen Richtungen Vorgaben machen, beziehungsweise loben und strafen.“ (Int. Längle:1:9-11) Neben einer „Dichte an potenziell instabilen Beziehungen und engen Bezugspersonen, die selber emotional instabil sind, das heißt, die diesen Lebensstil, wenn man so will, tatsächlich auch vorleben“ (Int. Eder:1:8-10) zählt jegliche Form der **Gewalterfahrung** zu einem der größten Risikofaktoren für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung. Dazu gehört „(...) alles, was **potenziell traumatisierend ist, überwältigende Ereignisse**, die grundlegend ins Leben eingreifen, wo man das Gefühl hat, man hat kaum oder nur wenig Einflussmöglichkeiten.“ (Int. Eder:1:10-12) Einen starken Zusammenhang in der Entstehung der Störung sieht auch Längle in „(...) Traumatisierungen, die vergewaltigungsähnlichen Charakter haben im subjektiven Erleben des Kindes, inklusive natürlich emotionalem Missbrauch und Verdinglichung (...), da kann man fast nur emotional instabil werden.“ (Int. Längle:132-35) Ebenso führt Plener aus, dass Misshandlungs-, Missbrauchs-, Vernachlässigungserlebnisse auf verschiedenen Ebenen großen Einfluss auf die Entwicklung der Störung haben. „Also nicht nur sexuell oder körperlich, sondern natürlich auch eine emotionale Misshandlung oder auch Vernachlässigung.“ (Int. Plener:1:21-23) Gawel geht auf den Punkt der **Vernachlässigung** genauer ein und berichtet aus ihrer therapeutischen Praxis, dass es hier ein breites Spektrum gibt:

„Das muss jetzt nicht so wirklich die schlimmste aller Vernachlässigungen [sein], aber was man immer wieder hört, ist: Da habe ich teilweise bei den Großeltern gewohnt, da musste ich dort wieder ausziehen, dann war ich wieder kurz bei meiner Mutter (...) Das merkt man sehr stark, dieses wie abgeschoben zu werden oder wie wo zurückgelassen zu werden.“ (Int. Gawel:8:275-279)

Ihrer Erfahrung nach wohnen die betroffenen Jugendlichen dann über Phasen beispielsweise bei den Großeltern, wobei dies nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Situation beiträgt. So führt Gawel an, dass Jugendliche in der Praxis auch von Gewalt durch die

Großeltern berichten. Ebenso sei eine **Ungleichbehandlung von Geschwistern** immer wieder zu beobachten: „Der jüngere Bruder zum Beispiel darf bei der Mama bleiben, ich durfte nicht. Solche Sachen, also da haben wir viel.“ (Int. Gawel:8p:279-280) Sie beschreibt aus ihrer Erfahrung das Fehlen einer guten Beziehung zu den Eltern und fasst das wie folgt:

„Allein lassen, auch wenn Leute da sind, also so die fehlende Zuwendung, das fehlende Interesse, [das] fehlende Gespür für ein Gegenüber. So vielleicht selber nicht gelernt, was braucht ein Kind, selber nicht bekommen, was sie als Kind gebraucht haben und dadurch dann unfähig es weitergeben zu können.“ (Int. Gawel:9:298-301)

Zum Thema unterschiedlicher Gewalterfahrungen bemerkt Gawel, dass es hier nicht nur um physische Übergriffe geht, sondern Jugendliche sehr häufig von verbaler Gewalt durch die Eltern erzählen. Dazu zählt sie alles, „was den Selbstwert so richtig kaputt macht.“ (Int. Gawel:9:293) Darunter fällt beispielsweise die **Gegenüberstellung von Geschwistern**: „Du bist so, der in der Mitte ist so und der Kleine ist so. Da fährt die Eisenbahn drüber, also so ganz viele **Abwertungen**.“ (Int. Gawel:9:294-296)

Psychische Erkrankung eines Elternteils

Auch **psychische Erkrankungen von Familienangehörigen** können als Risikofaktor gesehen werden, sind jedoch auch nicht in allen Fällen diagnostiziert oder eindeutig. Längle erläutert, dass es bei **psychischen Erkrankungen eines Elternteils** auch darauf ankommt, welche das sind, da diese sich auch auf die Entwicklung des Kindes auswirken können. Beispielhaft zählt er auf:

„Sind die Eltern depressiv, zurückgezogen, fehlen sie den Kindern. Sind sie ängstlich, dann sind sie dominant und „du-überfürsorglich“, das halten die Kinder auch wieder nicht aus. Haben sie selber Persönlichkeitsstörungen, und das ist leider vielleicht ein bisschen häufiger der Fall bei Kindern mit Persönlichkeitsstörungen, dann schaukelt es sich auch auf.“ (Int. Längle:8:262-268)

Plener beschreibt zu dieser Frage, dass es alles hier schwierig macht, was die Fähigkeit beeinflusst, möglichst emphatisch auf das Kind einzugehen:

„Also [alles], was die Responsivität betrifft, das kann eine depressive Erkrankung genauso sein wie eine selber vorhandene Persönlichkeitsstörung, eine Angsterkrankung, also ich würd' das jetzt gar nicht unbedingt so an einzelnen Störungsbildern aufhängen, sondern mehr an der Beeinträchtigung der Fähigkeit der Reaktion.“ (Int. Plener:6:203-206)

Eine psychische Erkrankung eines Elternteils ist ein Risikofaktor, muss aber nicht zwangsweise zu einer Erkrankung des Kindes führen. Die Behandlung des Störungsbildes des Elternteils hat in der Therapie Vorrang, wobei von einer Auswirkung der psychischen Stabilisierung des Elternteils auf das gesamte Familiensystem auszugehen ist. Entscheidend ist grundsätzlich, dass die Familienanamnese keine alleinige ätiologische Begründung darstellt. Das Zusammenspiel unterschiedlicher bio-psycho-sozialer Faktoren ist für die

Entstehung einer Persönlichkeitsstörung entscheidend. Die gemeinsame **phänomenologische Analyse der Eltern-Kind-Beziehung** – jetzt und in der Vergangenheit – ist wichtiger Teil in der Elternarbeit. Warum ist die Frage nach der Eltern-Kind-Beziehung für Therapeut:in und Elternteil relevant?

Bowlby (1982) beschreibt bereits im Rahmen der Bindungstheorie frühe Interaktionsmuster zwischen Kind und Bezugsperson, die zu einer mehr oder weniger stabilen Bindung führen. Aus diesen Erfahrungen, so schreibt er, entsteht ein inneres Arbeitsmodell des Kindes als weitere Basis für bindungsrelevantes Verhalten, Gefühle und Gedanken (vgl. ebd.), das sowohl zum Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung als auch der Psychopathologie beitragen kann (vgl. ebd.).

In der Weiterentwicklung des Konzepts ergänzt Bowlbys Mitarbeiterin Ainsworth (Ainsworth et al. 1978) den Begriff der Feinfühligkeit der Bezugspersonen gegenüber den Bedürfnissen des Kindes. Es geht um die feinfühligke und richtige Wahrnehmung und Interpretation der Signale des Kindes und eine angemessene und dem Alter des Kindes entsprechende Reaktion darauf (vgl. ebd.). Das ist die Basis für die Entwicklung einer sicheren Bindung. Bei Kindern, die dies nicht erfahren, bildet sich ein anderes inneres Bindungsmodell³⁶. Gawel zieht im Interview die Verbindung zwischen existenzanalytischer Sichtweise und Bindungstheorie:

„Also von der Bindungstheorie her, also in der Existenzanalyse ist es ja so, wir sehen, dass der Mensch immer [auch, Anm.K.B.] bezogen ist auf jemand anderen als auf sich selber (...) Also ich mit mir, existenzanalytisch gesehen, und ich mit der Welt. Und dann haben wir natürlich auch noch von der Entwicklung her dieses Ich-Werden am Du (...). Die personale Begegnung an sich braucht ja auch eine tragfähige Beziehung, die sie voraussetzt.“ (Int. Gawel:2:48-54)

Für die Arbeit mit den Eltern unterstreicht eine bindungstheoretische Ansätze³⁷ berücksichtigende Sichtweise die Relevanz einer ausführlichen Familienanamnese. Zum einen geht es hier um die frühe Kindheit des/der* Jugendlichen, aber durchaus zum anderen auch um eigene Bindungserfahrungen der Eltern selbst. Auch in den Interviews wird auf die Relevanz einer sicheren Bindung als Teil grundlegender Schutzfaktoren hingewiesen, dabei ist es wesentlich, „mindestens eine wichtige Bezugsperson zu haben, die Kontinuität, Zuwendung und Stabilität vermitteln kann, vorlebt und die so ein sicherer Rückzugsort ist, wo man quasi auch gehen kann, Wertschätzung auftanken (...).“ (Int. Eder:1:20-22) Unterschiedliche Risiko- und somit auch Schutzfaktoren wurden also durch die InterviewpartnerInnen thematisiert. **Aus existenzanalytischer Sicht zusammengefasst**, fällt

³⁶ Siehe Bindungsklassifikationsmodell (Ainsworth et al. 1978) oder später Main/Solomon (1990) etc.

³⁷ Bowlby steht hier als namhafter Vertreter am Beginn dieses Ansatzes. Eine Ausführung der weiteren Entwicklung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich.

alles in diesen Bereich, was zu einer hohen **Verunsicherung auf Ebene der unterschiedlichen Grundmotivationen** führt.

Existenzanalytische Sichtweise der Entstehung

Physische, aber auch psychische Gewalt führt zu einer Verunsicherung auf der **ersten Grundmotivation** in den Bereichen Schutz, Halt und (sicherer) Raum. Dieser Bereich betrifft die Ausbildung des Grundvertrauens. Gawel beschreibt die Voraussetzung einer **sicheren Bindung** als Grundlage für die Entwicklung des Personseins und die Entwicklung der Grundmotivationen auf einer sicheren Basis der ersten Grundmotivation:

„Von der Bindung her, wir haben das, wie sich die Grundmotivationen entwickeln, aber das, was das Kind immer braucht, ist eine gewisse sichere Bindung. Wir brauchen unser Grundvertrauen, wir brauchen unser Urvertrauen, diese Dinge, damit der Mensch so stabil wie möglich aufwachsen kann.“ (Int. Gawel:2:53-57)

Wie auf allen Grundmotivationen sind auch auf der ersten nicht ausschließlich die Erfahrungen in der Kernfamilie für Kinder und Jugendliche prägend. So beschreibt Eder im Interview die Relevanz haltgebender Faktoren - existenzanalytisch formuliert, könnte man sagen haltgebende Faktoren der ersten Grundmotivation mit Auswirkungen auf die vierte - nicht nur auf der interpersonellen, sondern auch auf einer darüber hinausgehenden gesellschaftlichen Ebene:

„Und dann kommt natürlich, glaub' ich, auch ein generelles Gefühl der Unsicherheit, des Bedroht-Seins, wie wir es einfach jetzt in diversesten Varianten erleben, einfach auch dazu. Weil halt letztlich eine totale Unsicherheit, wie wird es nächstes Jahr um die Zeit ausschauen, wer wird gesund sein, wer wird leben, werden wir heizen können, wo wohnen wir, kommt der Krieg bis an unsere Haustür oder drüber hinaus... macht's natürlich auch so schwierig, was zu planen, was zu träumen und das Gefühl zu haben, es macht einen Sinn sich zu überlegen, wo will ich denn hin im Leben.“ (Int. Eder:2:45-55)

Auf der ersten Grundmotivation dient alles Haltgebende als Schutzfaktor. Auch hier zeigt sich eine **Verbindung in der Auswirkung der grundmotivationalen Ressourcen der Eltern auf die Entwicklung des Kindes**. So wirken sich starke Ressourcen der Eltern auf Ebene der zweiten Grundmotivation nicht nur auf diesen Bereich des Kindes, sondern auch auf den Halt der ersten Grundmotivation aus. Plener fasst zusammen: „(...) das Beste, was man tun kann als Elternteil, ist langweilig zu sein (...), weil dann ist man berechenbar und das ist unmittelbar entängstigend. Also am besten immer gleich auf die gleichen Situationen reagieren.“ (Int. Plener:7:221-226)

Auf der **zweiten Grundmotivation** zeigen sich Verunsicherungen hinsichtlich der Beziehung zu den Eltern und deren Zuwendung, aber auch hinsichtlich einheitlich und einschätzbar vertretener Werte. Hilfreich für die Entwicklung ist ein Elternteil, der emotionale

„Schwankungen auch einordnen und sortieren kann für die Kinder, begreiflich machen kann.“ (Int. Plener:2:46-46) Störungen auf der zweiten Grundmotivation wirken sich auf die Entwicklung des Grundwerts und damit auf die Grundbeziehung zum Leben aus (vgl. Längle:2014:76). Längle sieht hier im Interview: „(...) Beziehung, Zeit haben für das Kind und Nähe, emphatisches Eingehen auf das Kind, mitgehen, mitfühlen und sich darin teilen“ (Int. Längle:2:62-63) als wesentliche Elemente. Gawel verbindet die zweite mit der dritten Grundmotivation und betont „(...) die Beziehung als Voraussetzung für einen gelingenden Existenzvollzug, also quasi zweite Grundmotivation, und vor allem auch die Verfügbarkeit auf der dritten.“ (Int. Gawel:2:60-61)

Auf Ebene der **dritten Grundmotivation** geht es um die Entstehung und Festigung des Selbstwerts, um ein Gesehen- und Beachtetwerden in einem wertschätzenden und gerechten Rahmen. Gawel beschreibt, dass sich hier bei den Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung in der Praxis hohe Verunsicherungen zeigen: „(...) so, wie du bist, bist du mir nicht recht (...) oder du bist wie dein Vater. Also so schmerzhaft Dinge (...) die man nicht ändern kann, man kann sich dann ja nicht passender machen.“ (Int. Gawel:9:301-304) Wesentliche Stärken oder Voraussetzungen, die Eltern auf der dritten Grundmotivation mitbringen sollten, fasst Längle so zusammen: „also sich mitteilen, auch sagen, was einem selber wichtig ist und versuchen zu verstehen, was dem Kind wichtig ist und das in einem Dialog abzustimmen.“ (Int. Längle:2:63-65) In der Arbeit mit den Eltern kann es also um eine **wertschätzende, aber deswegen nicht alles gewährende Begegnung auf der dritten Grundmotivation** gehen. Wie Eder es formuliert: „(...) auch die Erlaubnis, es ist okay, wie du bist, du darfst so weitermachen (...) oder eben zu sagen, du bist zwar okay, mach' aber bitte aus den und den Gründen trotzdem nicht so weiter.“ (Int. Eder 1:22-26) Hier betont er die Trennung einer grundlegenden Einstellung, die durch mögliche Grenzsetzungen nicht verändert wird: „Du als Mensch grundsätzlich bist total okay und mir willkommen und dennoch ist das und das (...).“ (Int. Eder:1:32) Gawel erklärt dies aus Sicht der Existenzanalyse auf Basis der dritten Grundmotivation „im Sinne des Personseins. Darf ich sein? Darf ich *so* sein? Vor den anderen? Vor mir?“ (Int. Gawel:1:26.27) und schildert Schwierigkeiten des Personwerdens im Kontext instabiler Bezugspersonen oder sogar Traumatisierungen (vgl.ebd.). Die Vorbedingungen einer erfüllten dritten Grundmotivation fasst sie, wie folgt: „(...) also quasi, dass dem Kind Beachtung entgegen gebracht werden muss, damit es später lernt, sich selbst zu achten, aber vor allem auch in den Bereichen der

Wertschätzung und vor allem der Gerechtigkeit. Also, wer bist du und allein, dass du da bist, ist gut und nicht einmal so, einmal so.“ (Int. Gawel:2:37-40)

Auswirkungen zeigen sich auch auf der **vierten Grundmotivation**, wenn es zu Fragen von Sinn und Perspektiven kommt und es den Jugendlichen besonders schwerfällt, eine Ausrichtung auf einen Wert in der Zukunft (Längle 2014:80) zu finden. Außerdem, so Längle im Interview, geht es hier auch um einen Kontext als „gute, warme und verständige Familie“ (Int. Längle:2:65-68) für die Basis einer weiteren Entwicklung in Richtung Kindergarten- und Schulkontext.

Aus existenzanalytischer Sicht kann also **zusammengefasst** werden, dass es bezüglich der Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung Risiko- und Schutzfaktoren auf allen vier Grundmotivationen gibt, wobei besonders der zweiten und der dritten Grundmotivation Bedeutung zukommt. Ohne Existenzanalytiker zu sein, bezieht sich Eder auf die von ihm beschriebenen Bereiche (siehe Zitate oben) und zieht den Schluss: „Und wenn da überall Unsicherheiten sind, hat man auch das Gefühl: wozu? (...) Also auf all diesen Ebenen und wenn du auf keiner Ebene das kriegst, wo soll's herkommen? (...) Dann fallen die eigenen Schwankungen natürlich viel größer aus.“ (Int. Eder:2:57-65) Dies, so erklärt er, kann sich in der Frühpubertät und Pubertät besonders auswirken, „wo man quasi die Instabilität auch auf einer biologischen Basis letztlich [hat] und auch das Pendeln und Ausprobieren zu den Lebensaufgaben gehört.“ (Int. Eder:2:43-45) Denn, „wenn man da aber zu dem Zeitpunkt nicht auch den Genuss einer gesicherten Ruheposition irgendwie mitbringt, dann wird's einfach zu viel.“ (Int. Eder:2:45-46)

Prognose und therapeutische Elternarbeit

In der **therapeutischen Arbeit mit den Eltern** lässt ein existenzanalytisch-phänomenologischer Blick genug Raum für die Betrachtung der **momentanen familiären Situation** und der Frage, wie es dem Elternteil mit unterschiedlichen Aspekten dieser Situationen geht bzw. wie er/sie* diese versteht. Ebenfalls relevant erscheint auch eine ausführliche **Familienanamnese** der jetzigen **Kernfamilie** sowie des **ursprünglichen familiären Umfelds des Elternteils**, beispielsweise über gemeinsames biographisches Arbeiten.

Ein vorbelastetes familiäres Umfeld kann, aber muss nicht in allen Fällen geben sein. Faktoren wie „instabile Familienverhältnisse, Rivalisierung ums Kind, unklare Erziehungsziele“ (Int. Eder:2:38-19), „uneinheitliche Bezugspersonen, die dem Heranwachsenden ein Bild überstülpen, also so sollst du sein, jetzt mal so, morgen anders,

(...) vielleicht auch so der Faktor der **Scheinharmonie** in einer Beziehung.“ (Int. Gawel:1:13-15) oder „rasch wechselnde und eben nicht vorhersehbare Vorgaben, was okay und was nicht okay ist. Also, wenn das unvorhersehbar ist, sorgt das halt hochfrequent für eine emotionale Destabilisierung.“ (Int. Eder:2:41-42) Plener fügt dem im gemeinsamen Gespräch hinzu, dass auch die Eltern mögliche **schwierige biographische Erfahrungen** mitbringen können, die sich **in der Familiengeschichte erneut zeigen**. Er gibt an, dass die Ressourcen von Eltern durch die Ansprüche eines emotional stark reagierenden Kinds überfordert sein können und fügt dem hinzu: „Was natürlich auch wieder **transgenerational betrachtet** werden kann, in dem Sinne, dass vielleicht selber die Eltern Missbrauchs-, Misshandlungs-, Vernachlässigungserfahrungen hatten und das jetzt perpetuiert wird in der Familiengeschichte.“ (Int. Plener:1p:34-37)

Prognostisch ist festzuhalten, dass eine frühe Diagnose nicht für eine schwierige Entwicklung stehen muss, dies beschreiben auch die Interviewpartner:innen, die für Jugendliche und junge Erwachsene prinzipiell ein großes Entwicklungspotenzial sehen. Eder beschreibt hier aus seiner klinischen Praxis:

„Ich habe nicht wenige Jugendliche gesehen, die über Jahre Stammgast waren, ambulant, stationär, teilweise auch sehr lange und und wirklich wilde Geschichten, die dann mit Mitte/Ende 20 (...) vorbeikommen und wo man dann mitkriegt, wie's weitergegangen ist. Die dann ein, ja ich will jetzt nicht sagen durchschnittlich, muss nicht unbedingt Kleingartensiedlung, Haus, Hund, Kinder sein, aber die ein in der Mitte der Gesellschaft sich befindendes Lebensmodell für sich gefunden haben, das irgendwie funktioniert.“ (Int. Eder:14:472-478)

Denn auch prägende Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit dem Störungsbild gemacht werden, können sich mit der Entwicklung des (jungen) Erwachsenenalters verändern:

„Und die, die tatsächlich ganz viele, auch wilde Schwankungen und Geschichten und Verletzungen und [eine] Serie von Suizidversuchen (...), dann tatsächlich als Teil ihrer Lebensgeschichte integriert haben, die aber in der praktisch gelebten Erfahrung des Erwachsenen, dann erwachsenen Menschen keine aktuelle Rolle mehr spielt, sondern eine historische.“ (Int. Eder:14:480-483)

Für die Arbeit mit den Eltern ist klar, dass die weitere Entwicklung nicht vorhergesagt werden kann. Eder würde hier darauf achten kurz- und mittelfristig keine unrealistischen Erwartungen zu erzeugen und dies im Elterngespräch ungefähr so formulieren: „Heans, das geht schon seit zwei Jahren so, ich glaube nicht, dass es in zwei Monaten grundsätzlich anders sein wird. Das ist, glaub ich, auch wichtig, der Realitätscheck.“ (Int. Eder:14p:89-91) Dennoch hält er fest, dass die Störung längerfristig nicht in dieser Intensität bestehen bleiben muss: „Es ist kein Schalter, aber aber von Entwicklung ist bei den Allermeisten

potenziell alles möglich, wenn vielleicht mehr wie eine Abzweigung hintereinander aber richtig genommen wird.“ (Int. Eder:15:493-495)

Zusammenfassend kann für dieses Kapitel festgehalten werden, dass die Entstehung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung durch unterschiedliche bio-psycho-soziale Faktoren beeinflusst wird, wobei einer genetischen Prädisposition ein höherer Stellenwert zukommt, als vielleicht bisher angenommen. Schwierige psycho-soziale Umstände und Gewalterfahrungen auf unterschiedlichen Ebenen stellen Risikofaktoren dar. Die ExpertInnen beschreiben in den Interviews häufig auftretende Dynamiken in der Eltern-Kind-Beziehung und halten fest, dass die Reaktion der Eltern auf Verhaltensweisen und Emotionen des Kindes ausschlaggebend ist. Dafür empfiehlt sich auch in der Arbeit mit den Eltern eine ausführliche Familienanamnese der jetzigen Kernfamilie sowie ihrer Ursprungsfamilie. Ein einschätzbarer und einheitlicher Umgang der Eltern mit den Emotionen des Kindes wird als wesentlicher Schutzfaktor genannt. Schließlich werden in diesem Kapitel Risiko-, aber auch Schutzfaktoren anhand der Struktur der vier Grundmotivationen besprochen. Grundmotivationale Ressourcen der Eltern wirken sich auf allen vier Grundmotivation auf die Entwicklung des Kindes aus. Abschließend bleibt ein wichtiger Punkt, dass eine Validierung der Schwierigkeiten der Eltern ein wichtiger Teil der Gespräche ist, da eine Persönlichkeitsstörung auch aus dem Zusammenspiel einer genetischen Vulnerabilität des Kindes mit Reaktionen des Umfelds entsteht, wobei dieses Umfeld für ein wiederum anderes Kind passend sein kann. Prognostisch wird festgehalten, dass trotz des Schweregrads eine Persönlichkeitsstörungen die weitere Entwicklung im jungen Erwachsenenalter offen bleibt.

4.3 Einen Umgang mit der Diagnose finden

Nach einer ersten Erhebung der Situation und deren spezifischer Aspekte und Bedeutungen für den Elternteil geht es darum, einen Umgang damit zu finden. Anhand der PEA ist das Ziel eine personale Stellungnahme und die stimmige Positionierung des Elternteils anhand dessen, was sich in der Praxis in der Arbeit mit den Eltern zeigt. In diesem Kapitel werden dazu zwei Fragen beantwortet. Erstens, was brauchen Jugendliche mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung von ihren Eltern? Und zweitens, darauf aufbauend, die Frage, was Eltern brauchen, um in einen guten Umgang mit der Erkrankung des Kindes zu kommen?

In der Praxis, so beschreiben die InterviewpartnerInnen, zeigen sich Unterschiede in den ersten Reaktionen Jugendlicher auf die Diagnosestellung im Vergleich zur Reaktion ihrer

Eltern. So führt Eder an: „Also Jugendliche (...) sehen öfter diese Diagnose auch als erwünscht und die fühlen sich davon beschrieben und identifizieren sich auch damit. (...) Die erkennen sich wieder und nicht wenige wollen das auch stehen haben.“ (Int. Eder:6:185-188) Auch Plener beschreibt, dass sich Jugendliche im Zusammenhang mit der Diagnosestellung häufig erleichtert zeigen, „weil ein Name gefunden wurde und sie dann ohnehin schon viel gegoogelt haben in Wahrheit.“ (Int. Plener:5p:175-176) Schwieriger, so erläutert er, kann es dann werden, wenn es zu einer zu starken Identifikation mit dem Störungsbild kommt „(...) was natürlich auch gefährlich werden kann, wenn ich jetzt *das* bin. Also geht’s ja auch wieder drum, was habe ich sonst noch für Persönlichkeitsanteile, eben nicht die Erkrankungen zur Definition meiner Persönlichkeit zu machen.“ (Int. Plener:6:178-181)

Für Eltern, so führt Eder aus, ist es seiner Erfahrung nach oft schwieriger, in einen guten Umgang mit der Diagnose zu kommen, „(...) weil die eben so das Stigmatisierende, Unveränderbare in der Emotion haben und für nicht wenige Eltern ist es eine Diagnose, die quasi ähnlich schrecklich ist wie eine unheilbare körperliche Erkrankung.“ (Int. Eder:6:190-192) Aus der klinischen Praxis beschreibt er, dass Eltern mit „Erschrockenheit, Betroffenheit, manches Mal auch Abwehr [reagieren], manches Mal aber auch quasi die offizielle Bestätigung eigener Befürchtungen [sehen].“ (Int. Eder:6:195-196) Alle Familienmitglieder sind mit einer Situation konfrontiert, die überfordernd sein kann. **Jugendliche** sind angefragt, einen **Umgang mit den Reaktionen, Grenzsetzungen und Sichtweisen der Eltern** zu finden, oder wie Eder es im Interview formuliert: „Gibt ja auch den schönen Satz, erwachsen ist man, wenn man Dinge gut findet, obwohl auch die Eltern sie mögen.“ (Int. Eder:β:289-290) Für ein gutes Miteinander ist es aber auch wesentlich, dass **Eltern einen Weg finden, mit den Sichtweisen der Jugendlichen umzugehen**, was auch diese vor Herausforderungen stellen kann. „Die zentrale Frage ist tatsächlich: Verstehst du mich? Bzw. die für das Alter charakteristische Aussage: Du verstehst mich nicht. Und ich glaub’, dass es sehr wichtig ist, diesen beiden Anteilen Raum zu geben.“ (Int. Eder:7:238-240)

Was brauchen also die Jugendlichen von ihren Eltern?

Ein Experte antwortet wie folgt: „Einerseits glaub’ ich authentisch zu sagen, was man kennt, was man vielleicht nicht kennt, aber sich vorstellen kann und das, was man sich halt nicht vorstellen kann, wo man den anderen tatsächlich nicht versteht.“ (Int. Eder:7:240-242) Eder beschreibt im weiteren Interview eine Grundhaltung, die von **Wertschätzung, Verständnis und Akzeptanz** getragen ist, fügt dem aber hinzu: „Gleichzeitig glaub’ ich aber tatsächlich **Abgrenzung** und **Klarheit** braucht’s auch. Auch dieses zu sagen, das verstehe ich nicht oder

das verstehe ich, ich akzeptier's aber trotzdem nicht aus diesen und jenen Gründen.“ (Int. Eder:8:250-252) Als Beispiel fügt er hinzu: „Also ich verstehe deinen Wunsch, mehr Geld zu haben, um dieses und jenes machen zu können, es ist aber trotzdem nicht okay, es irgendjemandem wegzunehmen, zu klauen (...).“ (Int. Eder:8:254-255) Was Jugendliche brauchen, ist laut Gawel **emotionale Zuwendung** auf der zweiten Grundmotivation und **Interesse am Gegenüber** auf der dritten Grundmotivation:

„Das, was sie brauchen würden, wäre einfach einmal jemand, also „einfach einmal jemand“, das stell' ich jetzt sehr unter Anführungszeichen, es bräuchte jemanden, der sich zuwendet, jemanden, der da ist. Jemand, der auch nicht für alles eine Lösung hat, aber den es trotzdem zumindest interessiert.“ (Int. Gawel:10:328-31)

So wie die Störung alle Grundmotivationen betrifft, gibt es auch auf allen vier Ebenen Unterstützungsbedarf der Jugendlichen. Gawel beschreibt dies zuerst mit Bezug auf die „(...) erste Grundmotivation: Hast du einen Raum? Hast du ein Zimmer? Kannst du eine Türe zumachen? Interessiert das jemanden, ob du eine Türe zumachst oder nicht? Hast du eine gewisse Privatsphäre? Schauen sie in deine Sachen? Oder hast du auch genug?“ (Int. Gawel:10:333-336) In der ersten Grundmotivation geht es um Schutz, Raum und Halt, das kann auch ganz basale Alltagsbedürfnisse betreffen, wie zum Beispiel „seinen Platz im Kühlschrank zu haben oder diese Dinge, die einfach wichtig wären bei Jugendlichen, die halt dann flügge werden mit der Zeit.“ (Int. Gawel:10:347-348)

So zeigen sich in der psychotherapeutischen und klinischen Praxis bestimmte Dynamiken, die gut mit den Eltern angeschaut und besprochen werden können. Jugendliche wie Eltern können durch einen **Blick auf die Interaktion und somit auf die gemeinsame Kommunikation** profitieren. Gawel hält im Bezug auf die Jugendlichen fest, dass das Thema Kommunikation eines der wichtigsten Punkte für die Jugendlichen ist (vgl. Int. Gawel:10:340). Sie beschreibt dies aus ihrem Alltag in der psychotherapeutischen Praxis: „Ich merk' das oft, dass dann, wenn sie jugendlich werden, da geht's dann so oft um's „Prinzip“, unter Anführungszeichen, da weiß dann kein Mensch mehr, worum es geht (...).“ (Int. Gawel:10:340-342) Gawel verdeutlicht dies mit einem Beispiel, in dem ein Jugendlicher nicht ernst genommen wird: „Wenn der Jugendliche sagt, er möchte zum Beispiel kein Fleisch essen, kann das ein familiäres Problem werden, weil dann die Eltern, da habe ich jetzt einen, da kaufen sie nur mehr Schmalz und Fleisch. Alles das, was er dermaßen ablehnt (...).“ (Int. Gawel:10: 342-344) Es geht also um ein **Gesehen- und Akzeptiertwerden** auf der dritten Grundmotivation, aber auch um Fragen, die die zweite Grundmotivation betreffen: „Darf ich das Recht haben auf mein Mögen? Darf ich das Recht haben auf meine Werte? Da wären wir wieder in der

zweiten Grundmotivation (...)“ (Int. Gawel:11:351-352). Eder merkt im Interview an, dass es hier oftmals eine **vermittelnde Rolle** zwischen Elternteil(en) und Kind braucht, die Verständnis zeigt, dieses aber auch gegebenenfalls begrenzt: „Ja, letztlich brauchen die [Eltern] auch genau diese Dualität, einerseits ein bisschen Dolmetscher zu spielen und zu sagen, ich verstehe Ihre Position und ich verstehe, wo sie herkommt. Oder ab hier versteh' ich sie auch nicht mehr.“ (Int. Eder:9:304-306) Für die Eltern sieht er eine gemeinsam ordnende Unterstützung als wichtig, die jedoch auch Verbindungen zum Kind schaffen kann. Dafür werden die „eigenen Konflikte, wo sortier' ich mich mit meiner Art zu leben in der Gesellschaft, in der ich jetzt bin“ (Int. Eder:9:310-311) angesprochen und dabei versucht den Elternteil „auch von der Emotionalität her anzusprechen, in der Hoffnung, dass man Emotionen irgendwie finden kann, wo dann doch wieder eine Verbindung möglich wird und ein Verstehen auf emotionaler Ebene vielleicht ein bissi leichter fällt.“ (Int. Eder:9:311-314)

Was brauchen die Eltern?

Auch Eltern profitieren durch den gemeinsamen Blick auf die Interaktion und hier besonders durch eine **verständnisvolle Außenperspektive**. Nun stellt sich also die Frage, **was brauchen denn die Eltern** bzw. was könnte für die Eltern eine Unterstützung sein? Plener berichtet bezüglich der Reaktion der Eltern auf die Diagnose, dass diese „das oft immer noch sehr erschreckt wahrnehmen, weil sie natürlich genau die Ideen im Hinterkopf haben: Es ist lebenslang, es ist eigentlich nicht behandelbar, es ist ganz schrecklich und die bringen sich alle um.“ (Int. Plener:6:181-183) Er betont zu diesem Punkt, dass es auch „relativ erfolgreiche Leute mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (Int. Plener:6:190-191) gibt, führt aber an, „(...) dass natürlich bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die Wahrscheinlichkeit, Krankenhausbehandlungen oder Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch zu nehmen (...) höher ist, als wenn ich das nicht hätte.“ (Int. Plener:6:194-196). Gleichzeitig argumentiert er: „Auf der anderen Seite kann man sich schon **verabschieden von der Nichtbehandelbarkeit**, von der zeitlichen Persistenz.“ (Int. Plener:6:196-197)

Neben dem eigenen Umgang mit der Diagnosestellung sind Eltern auch gefragt, einen Umgang mit der Reaktion des Kindes zu finden, die sich deutlich von ihrer eigenen unterscheiden kann. Hier, aber nicht nur bei diesem Punkt, kann in der Therapie gemeinsam erkundet werden, wie Eltern darauf reagieren, wie es ihnen damit geht und welche Verunsicherungen beispielsweise entstehen. Längle betont die Relevanz eines stabilen Umfelds der Jugendlichen und hält in diesem Zusammenhang fest, dass es wichtig ist, dass sich hier auch die Umwelt anpassen kann, sodass beispielsweise Eltern wenig reagieren „in

gespiegeltem Verhalten, also auf Aggression mit Aggression reagieren., sondern dass die Umgebung lernt, und das ist das große Lernpotenzial für die Umgebung mit diesen Menschen, dass die lernen ein bisschen **moderater, gefasster, beständiger, ruhiger zu werden** (...)“ (Längle:7:235-239). Dafür können wiederum **psychoedukative Elemente** hilfreich sein, damit Eltern das Verhalten des Kindes anders einordnen können. Plener fasst dies, wie folgt, zusammen:

„Und das ist nun mal zum Beispiel die Emotionskontrolle, die eine große Herausforderung darstellt und wenn ich die dahinterliegenden Mechanismen verstanden hab’ und auch verstanden hab, die Person macht das nicht aus Jux und Tollerei (...), dann kann ich auch bei Eltern natürlich auslösen, dass ein Stück weit mit diesem Verständnis es mehr Nachsicht gibt für Dinge.“ (Int. Plener:7:235-342)

Dazu stellt er klar, dass das nicht als „biologischer Fatalismus“ verstanden werden, soll, „sondern das sind ja Systeme, die wir trainieren können.“ (Int. Plener:7:238), denn: „wir sehen ja auch biologische Veränderung nach Psychotherapie. Aber ich muss härter arbeiten, um jetzt mal so eine DBT-Regel zu zitieren, um das Gleiche zu erreichen wie Menschen ohne eine Borderline-Persönlichkeitsstörung in dem Bereich.“ (Int. Plener:7:239-241) Auch Gawel erläutert, dass Psychoedukation und **beratende Elemente** den Eltern den Umgang mit der Diagnose und den Verhaltensweisen des eigenen Kindes erleichtern kann:

„Also ich glaube, dass sie ein gewisses Wissen, eine gewisses Know-How in einfacher Sprache brauchen. Und warum? Das sage ich jetzt nicht, weil ich den Eltern nicht zutraue, dass sie verstehen, was ich sage, sondern ich glaube (...), dass es dann ganz wichtig ist, wenn man sie schon einmal da hat, zu sagen, schauen Sie, wir schauen jetzt auch a) b) und c), gemeinsam, in kleinen Schritten, leicht verdaulich, miteinander, in der Kommunikation. Und wir schauen uns dann wieder an, wie geht’s Ihnen damit und was brauche Sie?“ (Int. Gawel:11:369-378)

Eltern brauchen **Information**, die es ihnen neben der eigenen Orientierung auch erlaubt „**in ihrem Umfeld anders dazustehen** und (...) daher sich nicht so sehr unter Druck setzen zu lassen vom Umfeld für bestimmte Reaktionen der Kinder.“ (Int. Plener:7:244-245)

In einem nächsten Schritt richtet sich der Blick auf die **eigenen Emotionen des Elternteils**. Plener meint zu diesem Punkt: „Ich glaub’, was sie auch brauchen, ist selber viele Emotionsregulationsskills, weil die einfach in diversen Situationen landen und ich glaub’, natürlich ist es super, wenn man es schafft, dass es irgendwie eine Form von schnellem Ansprechpartner gibt.“ (Int. Plener:8:247-249) Er beschreibt, dass in der DBT-A³⁸ teilweise mit einer telefonischen Ansprechperson für die Eltern gearbeitet wird. Er merkt dazu an, dass dies seiner Erfahrung nach eher selten in Anspruch genommen wird: „Das wird so ein, zwei Mal versucht und dann wird’s immer weniger, wenn überhaupt. Aber das ist trotzdem das

38 Dialektische Behaviorale Therapie für Adoleszente

Wissen darum, (...) ich bin nicht allein mit dieser Geschichte und ich kann im Notfall, wenn alle Stricke reißen (...) mir Hilfe holen.“ (Int. Plener:8:251-254) Da eine **durchgehende Ansprechperson** außerhalb einer Institution wie der Klinik kaum angeboten werden kann, ist es sinnvoll, mit dem Elternteil zu besprechen, an welche Stellen man sich in **Krisensituationen** wenden kann. Plener meint dazu: „Da ist ein wesentlicher Auftrag von auch Kinder- und Jugendpsychiatrien, ein Stück weit sich als stabiles Hinterland anzubieten, wenn da sonst niemand anderer ist.“ (Int. Plener:8:256-257) Hier spricht er nicht nur von **Notfallplänen**, mithilfe derer die Eltern in Notsituationen reagieren können, denn „es gibt auch viele Situationen, die extrem herausfordernd sind, wo’s jetzt nicht um Leib und Leben geht, sondern wo es einfach kracht und die Reaktionen noch heftiger sind, als sie ohnehin bei Jugendlichen sein können, wo es ohnehin auch kracht.“ (Int. Plener:8:260-263) Was Eltern hier also als hilfreich empfinden können, ist eine **Unterstützung unmittelbar in oder nach heftigen Konfliktsituationen**: „(...) und wenn’s nur eine Unterstützung ist zu sagen: bei sich bleiben, rausgehen aus der Situation, es ist vollkommen in Ordnung, jetzt kochen wir mal nicht hier weiter hoch, sondern Zack: Cut. Und dann erst wieder.“ (Int. Plener:8:264-266) Er führt weiter aus „in der Situation, wenn man selber emotional mittendrin steckt, ist es, glaub’ ich, gut, wenn man **sich austauschen** kann. Und das ist etwas, was man vielleicht lieber mit **professionellen Helfern** macht als mit irgendwelchen anderen Personen.“ (Int. Plener:8:266-269) Wenn auch nicht unmittelbar in der Situation, so ist das gemeinsame Besprechen von Konflikt- und potenziellen Krisensituationen Teil der Themen, die im therapeutischen Setting Platz finden. Entlang der PEA können potenziell überfordernde Situationen gut gemeinsam bearbeitet werden. Die **Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit** auf Ebene der dritten Grundmotivation und das erneute **gefühlvolle Zugehen auf das Kind** auf der zweiten Grundmotivation können gerade anhand von Beispielen aus dem Alltag greifbar bearbeitet werden. Längle schlägt hier „*debriefing*“ vor, „also die Möglichkeit, über besondere Belastungen zu sprechen, sozusagen **Alltagssupervision**, wie sie mit speziellen Situationen umgehen können und dann, was sie persönlich belastet.“ (Int. Längle:9:304-306) Dafür empfiehlt er eine therapeutische Begleitung, wobei er anmerkt: „Vielleicht reicht die Gruppe aus, aber vielleicht auch zusätzlich einzeltherapeutische Sitzungen. In der Praxis wird das meistens nicht so gehandhabt.“ (Int. Längle:9:307-308) Bedauerlicherweise unterscheiden unterschiedliche InterviewpartnerInnen zwischen theoretischen Empfehlungen und deren Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis. Dennoch scheint es an dieser Stelle wichtig, an den Empfehlungen auch ein Stück weit festzuhalten, denn „(...) Eltern brauchen selbst

Unterstützung, brauchen selbst **Begegnung**, brauchen vielleicht auch Selbsthilfegruppen (...), damit sie sich mit anderen Eltern auch austauschen können, die Erfahrungen untereinander teilen und so voneinander und miteinander lernen.“ (Int. Längle:9:301-304) In Hinblick auf eigene therapeutische Erfahrungen der Eltern betont Gawel: „(...) was es einmal ganz wichtig bräuchte, ist **selber die Erfahrung einer tragfähigen Beziehung** zu machen, selber das ein Stück weit in den Elterngesprächen vielleicht auch ein bissl **nachzunähren**.“ (Int. Gawel:11:364-366) Aus ihrer Sicht als Kindertherapeutin führt Gawel aus: „Ich glaube, dass Eltern Angehörigengespräche brauchen, wo sie nur alleine mit dem Therapeuten sein können, wo sie einmal **wirklich alles sagen können** auch, oder lernen können, sagen zu können, was sie brauchen.“ (Int. Gawel:11:378-380) Wenn es die Möglichkeit gibt, dafür einen eigenen Raum zu nutzen, eine eigene Therapie zu beginnen, gerät man nicht in die Situation, dass Eltern den Raum des Kindes auch für ihre eigenen Themen mitbeanspruchen würden. Damit der therapeutische Raum für die Kinder oder Jugendlichen weiterhin geschützt bleibt, muss dessen Nutzung durch die Eltern begrenzt bleiben: „(...) das sage ich jetzt aus meiner Sicht als Kindertherapeutin, dass man Elterngespräche, wenn man der Kindertherapeut ist, begrenzen muss. Also dass sie wichtig sind, ja, aber man darf nie in die Verlegenheit kommen neben der Kindertherapie die Eltern zu therapieren.“ (Int. Gawel:11:380-383) Daraus ergeht die **Empfehlung eines niederschweligen Angebots von Psychotherapie und/oder Beratung für die Eltern**. Dafür gilt mit Längles Worten: „Nicht aufdrängen, (...) sensible Kontaktaufnahme mit der Frage, wie es ihnen damit geht. Wo sie gerade Probleme haben? Wo man ihnen helfen kann mit den Problemen (...)“ (Int. Längle:10:324-326). So ergibt sich, soweit die Rahmenbedingungen es zulassen, die Empfehlung für oder mit den Eltern nach einem gesonderten Therapieplatz zu suchen. Gawel geht hier so weit zu sagen, „dass unsere Verantwortung ist als Kindertherapeuten auch zu schauen, könnten die Eltern eventuell wo unterkommen. Wären sie eventuell bereit? Würde es eventuell guttun?“ (Int. Gawel:11p:385-387) Sie stellt aber gleichzeitig einen Bezug zur **Realität in der Praxis** her und merkt an: „Ich weiß, es würde oft gut tun, wenn sie in eine Therapie kämen, in der Realität ist es oft schon wirklich toll, wenn sie sich einmal Beratungsgespräche holen.“ (Int. Gawel:12:387-389) Gawel mahnt zum Abgleich der Idealvorstellung mit den real gegebenen Bedingungen: „Ich glaube, wir müssen ganz realistisch einmal davon ausgehen, dass zwei Psychotherapien in der Familie eine Stunde pro Woche eine große finanzielle Belastung sind (...)“ (Int. Gawel:12:417-418). Auch die Möglichkeiten, relativ kurzfristig einen kostenfreien oder kostengünstigeren Platz zu finden, sieht sie **eingeschränkt** und erklärt, „dass die Wartelisten

da, wo sie es ein bisschen billiger kriegen oder wo sie es auf Krankenschein kriegen, sehr lang sind und wenn einmal eine Diagnose im Raum steht, sie nicht ein Jahr warten können, bis sie ihre Fragen klären.“ (Int. Gawel:12p:419-421) Zudem kommt hinzu, dass Eltern ihrer Erfahrung nach häufig keine eigene Psychotherapie in Anspruch nehmen, „weil die **Hemmschwelle**, zu jemand noch anderem zu gehen, (...) oft so etwas Großes [ist], dass es meistens nicht passiert.“ (Int. Gawel:13:427-428) Dennoch betont Gawel: „Aber es braucht schon einmal einen Raum, wo die Eltern mal da sein können und selber einmal ihre Copingreaktionen rauslassen können, selber einmal ihre Ängste rauslassen können, selber einmal sich selber sein können, da, wo sie gerade stehen.“ (Int. Gawel:13:439-442) Auch Längle beschreibt, dass Eltern so etwas brauchen würden wie „einen **Begegnungsraum**, einen **Beziehungsraum**, wo sie sich unverstellt mit ihren Gefühlen, ihren Nöten, ihrem Schmerz, das ist ja auch ein Schmerz, dass das Kind sich so verhält, auch zeigen können und auf **Verständnis** stoßen und Hilfe bekommen, wo Hilfe halt möglich ist.“ (Int. Längle:10:344-346)

Therapeut:innen können hier eine Rolle einnehmen, die Verständnis für den Elternteil, aber auch für das Kind signalisiert. Dabei ist es wesentlich, mögliche Abwertungen, auch bisherige Behandler:innen oder Institutionen betreffend, nicht zu verstärken. Eine Spaltung von Behandler:innen in gute und schlechte Therapeut:innen, die schlussendlich miteinander in Konkurrenz treten, ist für die Familien nicht hilfreich und erschwert den Zugang zu notwendiger Unterstützung. Aus der Praxis beschreibt Gawel, dass solche Abwertungen des Helfer:innensystems wiederholt zu beobachten sind:

„(...) da fällt mir auf, also das kann man bitte nicht generalisieren, aber in manchen Familien ist das so, dass sie [die Familien] mit einer gleichzeitigen sehr starken Abwertung des Helfersystems daherkommen. Was wollen die mir sagen? Was wollen die eigentlich von mir? Die kennen sich alle nicht aus. Oder, wenn man versucht was zu tun: Na, die können mir auch nicht helfen oder die tun ja nix, weil zuhause natürlich das alles dann auch nicht umgesetzt wird. (...) teilweise, aber in vielen Familien haben wir [eine] heftige Dynamik“ (Int. Gawel:9p:308-316).

Eine Möglichkeit ist es gegebenenfalls einen Austausch in Anwesenheit der Familie, nach vorheriger Absprache, die therapeutische Verschwiegenheit betreffend, anzuregen. Dies bedarf der Bereitschaft und Zustimmung aller Beteiligten.

Letztlich bleibt Psychotherapie der Eltern freiwillig. Es ist die Entscheidung der Eltern sich auf diesen Prozess einzulassen. Diese Bereitschaft ist nicht grundsätzlich immer gegeben:

„Dann gibt’s natürlich auch den Fall, so noch von früher, als ich nachgehende Psychotherapie gemacht habe (...), wo die Eltern keinerlei Einsicht haben, wo sie keinerlei Gesprächsbereitschaft haben, wo sie sagen, ja, das Kind geht in Therapie und damit Ende. Das Kind wird repariert, ich bin nicht bereit zu irgendetwas.“ (Int. Gawel:14:461-464)

Wenn die Bereitschaft des Elternteils jedoch gegeben ist oder erarbeitet werden kann, braucht es **zusammengefasst** in einem ersten Schritt Informationen zum Störungsbild und eine gemeinsame Erhebung der Situation mit möglichen **psychoedukativen Elementen**. Im **Umgang mit den eigenen Emotionen** empfehlen die befragten ExpertInnen das Erarbeiten eigener Emotionsregulationsskills. Die **Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit** in schwierigen Situationen bietet neue Möglichkeiten, danach wieder auf das Kind zuzugehen. Das gemeinsame **Besprechen von Konflikt- und Krisensituationen** findet Platz in der Therapie, wobei auch Kontaktpersonen für schwierige oder akute Situationen besprochen werden können. **Krisenpläne für Notfälle** geben den Eltern Halt. Wie in Kapitel 4.9 genauer ausgeführt wird, ist es zentral, dass diese Gespräche von einer **nichtwertenden Haltung** getragen sind und der Elternteil auf diese Weise einen eigenen **Beziehungs- und Begegnungsraum** abseits des Alltags erlebt. Eine **Stärkung des Elternteils** und ein mögliches Nachnähren auf Ebenen der unterschiedlichen Grundmotivationen **wirkt sich in weiterer Folge auch auf das Familiensystem aus**.

Umgang mit der Diagnose aus existenzanalytischer Sicht

Um zusammenfassend kurz festzuhalten, was für Eltern aus **existenzanalytischer Sicht** hilfreich sein kann einen Umgang mit der Diagnose des Kindes zu finden, kann ebenfalls auf die vier Grundmotivationen Bezug genommen werden. Auf Ebene der ersten Grundmotivation braucht es Raum, Schutz und Halt. Dafür kann unter anderem ein psychotherapeutisches Setting dienen, das es als geschützter Raum erlaubt eigene Belastungen und auftretende Gefühle im ersten Schritt zu beschreiben. Eine gemeinsame Klärung – wie ist es jetzt und wie geht es Ihnen damit – kann haltgebend wirken. Nun gibt es also diese Diagnose, wie geht es Ihnen damit?

Auf Ebene der zweiten Grundmotivation kann es beispielsweise um die Beziehung/Zuwendung zu Anderen aber auch zu sich selbst, sowie um Ressourcenarbeit gehen. Die Stärkung des eigenen Mögens bietet eine Möglichkeit seine eigene Kraft zu spüren, sich zuzuwenden, sich berühren zu lassen.

In der dritten Grundmotivation geht es um Wertschätzung, aber auch um Abgrenzung. Die Frage nach dem je Eigenen und in weiterer Folge nach einer personalen Stellungnahme werden zentral. In Bezug auf einen Umgang mit der Diagnose des Kindes kann die Frage auftauchen, ob es eine Verbindung zu eigenen Verhaltensweisen des Elternteils gibt. In der Therapie kann es rein exemplarische um Fragen gehen wie: Stehe ich zu mir, auch wenn ich

mich verliere, zum Beispiel in Konfliktsituationen? Wie geht es mir dabei? Habe ich ein Gespür für das je Eigene, das Stimmige bzw. bin ich hier mit mir in einem Dialog?

Aus meiner persönlichen Erfahrung sind Themen der vierten Grundmotivation seltener oder erst später im therapeutischen Prozess mit den Eltern Thema. Sie können aber beispielsweise mehr Gewicht erlangen, wenn sich im Familienalltag etwas verändert und der Elternteil sich neu orientiert. Die Frage, was soll durch mich noch in die Welt kommen, kann dann wieder neu zum Thema werden. Aber auch in Bezug auf den Umgang mit der Diagnose des Kindes sind Fragen der vierten Grundmotivation relevant. Heruntergebrochen kann es beispielsweise u.a. um die Fragen gehen: Für wen bzw. für was setze ich mich ein bzw. bringe ich Zeit auf? Worin sehe ich meine derzeitigen Aufgaben als Elternteil und was soll dadurch beispielsweise gestärkt werden? Welche Werte sind mir dabei wichtig?

Was die Person im Einzelfall braucht, lässt sich nicht vorbestimmen. Voraussetzung bleibt trotz all der oben genannten thematischen Anregungen ein **phänomenologisch offener Blick**. Thema sind Schwierigkeiten und Herausforderungen, die der Alltag mit dem Kind mit sich bringt. Gegebenenfalls zeigt sich in den Gesprächen auch der Behandlungsbedarf des Elternteils im Hinblick auf eine eigene psychische Störung. In jedem Fall gestaltet sich der Therapieverlauf mit Zuhilfenahme der PEA entlang von Fragen der vier Grundmotivationen, wie im folgenden Kapitel dargestellt wird.

4.4 Therapeutisches Arbeiten zu Themen der Grundmotivationen

Die psychotherapeutische Arbeit mit dem Elternteil umfasst, individuell angepasst, alle vier Grundmotivationen. Zum Einstieg in den Prozess können als Teil des Beziehungsaufbaus und der Anamnese Fragen zur **ersten Grundmotivation** gestellt und deren Aspekte nach Möglichkeit gestärkt werden. Wesentlicher Teil des gemeinsamen therapeutischen Prozesses ist die Erhebung der persönlichen Situation, des jeweiligen Vorwissens zum Störungsbild und der Bedeutung der Diagnose für den Elternteil auf Ebene PEA 0 (siehe Kapitel 3.3). Informative, psychoedukative Elemente (siehe Kapitel 4.1.) können **haltgebend** eingesetzt werden, auch Informationen zu ambulanten, wie **stationären Unterstützungsangeboten und Notfallnummern** sind für Eltern hilfreich.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig hervorzuheben, dass Familien mit Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung im Umgang mit den starken und rasch schwankenden Emotionen des Kindes gefordert sind. Grenzüberschreitendes, impulsives Verhalten, potenziell gefährliche Selbstschädigungen und wiederkehrende Krisensituationen

können Eltern stark verunsichern und ihnen das Gefühl geben, mit der Kontrolle auch den Halt zu verlieren. Nicht zuletzt sind Eltern in diesen Situationen mit eigenen starken Gefühlen konfrontiert. Als Basis für eine Auseinandersetzung damit gilt es also zuerst zu **überprüfen, wie viel Halt, Schutz und Raum der jeweilige Elternteil hat** und inwieweit er/sie* dies wahrnehmen und darauf vertrauen kann. In diesem Rahmen kommt es auch zu einer Klärung, ob Eltern selbst auf potenziell gefährdende Verhaltensweisen gegenüber sich oder anderen zurückgreifen. Auch die Frage nach der Erfüllung basaler Bedürfnisse steht am Anfang der Therapie, da diese den Rahmen für ein Einlassen auf die gemeinsame therapeutische Arbeit mitbestimmen. Für einen ersten Eindruck wird danach gefragt, wie sich der **Wohnraum und die finanzielle Sicherheit** gestalten und ob es frühere oder noch **bestehenden Gewaltbeziehungen** gibt.

Anschließend ist es wesentlich, sich nach dem Wissenstand des Elternteils bzgl. des Kindes zu erkundigen. Gawel beschreibt dies anhand folgender Fragen:

„(...) was wissen Sie, was haben Sie gelernt? Was hat Ihnen der Facharzt gesagt? Was ist Ihnen im Krankenhaus gesagt worden? Wie haben Sie's verstanden? Brauchen Sie eine gewisse Klärung? Möchten Sie noch etwas wissen? Möchten Sie mit denen noch einmal sprechen oder können wir etwas klären?“ (Int. Gawel:14:475-478)

Die Interviewpartnerin betont dabei, dass sie hier besonderen Wert auf eine offene Herangehensweise legt, um zu einer ersten Einschätzung der Situation zu kommen. Gemeinsam kann mit dem Elternteil zwischen Pubertät und Persönlichkeitsstörung differenziert werden (siehe Kapitel 4.2.1), um Verunsicherungen zu besprechen. Ein Merkmal sind, wie oben ausgeführt, länger anhaltende Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen nicht immer einfach festzustellen sind: „Das ist tatsächlich eine Schwierigkeit bis öfter einmal unmöglich, also da braucht es dann (...) einen gewissen Entwicklungsbogen, um das jeweils einordnen zu können.“ (Int. Eder:3:77-79) Auch für die* Therapeut:in kann das eine schwierige Situation sein, da die Eltern nach klaren Zuordnungen und Halt suchen:

„Das ist eben auch die Schwierigkeit gerade mit Eltern, die ja dann oft zu tiefst verunsichert sind und eben auch wieder nach Sicherheiten, Gewissheiten, Klarheiten suchen. Denen das zu vermitteln, die Sicherheit und die Klarheit, wo es möglich ist und gleichzeitig auch eine gewisse Akzeptanz dafür zu schaffen, dass gerade in diesem Lebensabschnitt das durchgängig nicht zu erreichen ist.“ (Int. Eder:3:79-83)

Auch Längle schlägt ein konkretes Vorgehen vor, er würde ebenfalls damit beginnen sich die Probleme aus Sicht des Elternteils schildern zu lassen. „Und dann kann ich dazu sagen, ja, genau das sind die Symptome und dahinter ist eine Krankheit, die uns bekannt ist. Es ist also nicht irgendetwas, was man nicht kennt, sondern darüber gibt es Forschungen und klare

Behandlungsprogramme.“ (Int. Länge:6:199-201) Er würde erklären: „Das ist eine Störung, die schon tiefer greift, als (...) eine Angst hat oder eine depressive Anwandlung.“ (Int. Länge:6:202-203) und dazu mit der Erklärung der veränderten Wahrnehmung der Jugendlichen ihre Verhaltensweisen erklären:

„Es ist eine Störung, die in das Gerüst der Persönlichkeit, also wie Menschen ihr Leben erleben und sich darin verhalten, eingreift. Und diese Wahrnehmung, dieses Erleben ein bisschen verbiegt, sodass manche ganz harmlosen Äußerungen in der Verbiegung durch dieses verbogene Gerüst bei den Patienten so ankommen, als ob es ein massiver Angriff wäre, obwohl es von außen betrachtet gar nicht so wirkt. Aber für sie subjektiv ist es durch diese Verzerrung der Wahrnehmung so gewaltig, so schwierig und entsprechend ist dann die Verhaltensreaktion.“ (Int. Länge:6:204-209)

So können im Weiteren die Wahrnehmung des Elternteils zum Thema und schwierige Situationen gemeinsam besprochen werden. Durch die teilweise Unvorhersehbarkeit des Verhaltens des Kindes kann das Gefühl von Kontrollverlust und Hilflosigkeit entstehen. Dies kann eine Verschlussenheit zur Folge haben, die weitere schwierige Situationen zusätzlich erschwert. Auf Ebene der Realisation der ersten Grundmotivation ist es also zentral, das **(Grund-)Vertrauen** zu stärken. Das Aushalten und das Annehmen werden Thema in der Therapie.

Die stark wechselnden Gefühlszustände von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörung übertragen sich auch auf Bezugspersonen in ihrem sozialen Umfeld. Besonders Eltern und im gleichen Haushalt lebende Geschwisterkinder leiden unter dem Wechsel zwischen Hilflosigkeit, Wut, Angst und Verzweiflung. Umso wichtiger ist es für Personen im sozialen Nahverhältnis, insbesondere für die Eltern als Entscheidungsträger:innen, dass ein **geschützter Rahmen für die eigenen Gefühle** zur Verfügung steht. Im therapeutischen Prozess dienen die erste und die zweite Stufe der PEA (siehe Kapitel 3.3) einer Annäherung und einem Verständnis der eigenen Gefühle. Diese Entlastung hilft in den weiteren Schritten der Stellungnahme (PEA 2) und der konkreten Umsetzung (PEA 3) dabei, einen entschiedenen Umgang mit häufigen Beziehungskonflikten zu finden. Die **Dynamik zwischen Eltern und Kind** kann von starker **Idealisierung und Abwertung** geprägt sein, was die Beziehungsgestaltung schwierig macht. Ohne vorwegzunehmen, dass diese Prägung durch die Eltern oder Pflegeeltern entstanden sein muss, ist es wertvoll, diese gemeinsam zu betrachten. Kennt der Elternteil dieses Thema aus dem eigenen Leben, möglicherweise bereits aus der eigenen Kindheit oder Jugend? Wie geht es ihm/ihr* damit und wie zeigt sich das im Alltag? Was zeigt sich beim Elternteil auf Ebene der zweiten und dritten Grundmotivation und welche Ressourcen gilt es hier zu stärken?

Auf Ebene der **zweiten Grundmotivation** geht es um die Stärkung der **(Grund-)Beziehung** zu sich selbst, um Nähe und Wärme. Die **Beziehung des Elternteils zu sich selbst** und das **Mögen** werden Themen der Psychotherapie. Hier kommt es zur **Zuwendung** zum Positiven, aber auch zum **Trauern** um Negatives und Schwieriges. Entlastungsgespräche stärken die Zuwendung zu sich und schließlich auch die emotionale Öffnung in der Beziehung zum Kind. In meiner bisherigen Arbeit mit betroffenen Eltern zeigt sich immer wieder eine hohe Orientierung am Verhalten und den vermuteten Bedürfnissen des Kindes, wobei die eigenen Bedürfnisse für lange Zeit in den Hintergrund gestellt werden. Fragen, die die Auseinandersetzung mit eigenen Gefühlen anregen, werden in Erstgesprächen manchmal erst als irritierend und beinahe paradox erlebt, von den Eltern im weiteren Verlauf jedoch als hilfreich beschrieben. Auch Von Auer und Kaess halten fest: „Sich in dieser Situation freundlich zu begegnen, bedeutet nicht die Verantwortung abzugeben.“ (Von Auer/Kaess 2022:57) Das **Beschreiben und Verstehen der eigenen Gefühle** und der damit in Zusammenhang stehenden primären Impulse unterstützt das Verständnis der eigenen Emotionen, ermöglicht eine **Validierung** und in einem weiteren Schritt die **Regulation** der eigenen Gefühle in schwierigen Alltagssituationen.

Da Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung das eigene Spüren schwerfällt, kommt es zu einer höheren Orientierung am Außen, wodurch sich eine symbiotische Verstrickung mit Anderen ergeben kann (vgl. Matuszak-Luss 2017:33). Sollte sich dies in der Arbeit mit dem Elternteil zeigen, wird erarbeitet, wie das Kind zu einer altersadäquaten Loslösung und Selbstständigkeit kommen kann. Dafür geht es um ein gemeinsames Verständnis, was genau dies bis zu diesem Zeitpunkt schwierig gemacht hat und welcher Teil der **Beziehungsdynamik** durch den Elternteil möglicherweise begünstigt wird. Es geht um ein **Erkunden der eigenen Dynamik** und im weiteren Schritt um eine **Trennung zwischen der eigenen Psychodynamik und der Psychodynamik des Kindes**. Wo greifen diese beiden Bereiche ineinander und verstärken sich vielleicht gegenseitig? Wie versteht das der Elternteil, woran kann er/sie* es erkennen und welche Möglichkeiten der Distanzierung und Trennung dieser Dynamiken sind im Alltag möglich? Gibt es von Seiten des Kindes eine Art Sehnsucht nach Symbiose oder gibt es hier auch auf Seiten des Elternteils ein Verlangen nach großer Nähe? Besteht Angst vor Beziehungsverlust?

Eltern beschreiben unterschiedliche Gefühle. Sie berichten über Frustration und sich aufstauenden Ärger. Eine als „immer gleich“ wahrgenommene Dynamik führt zu zunehmender Erschöpfung, auch in der Beziehung zum Kind. Diese Erschöpfung kann in

einen depressiven Zustand übergehen. In der Arbeit zur zweiten Grundmotivation können die **Gefühle erkannt und beschrieben** werden, wobei ihnen von therapeutischer Seite wertschätzend und verständnisvoll begegnet wird.

In einem weiteren Schritt geht um eine teilweise **Distanzierung** und eine **Differenzierung** unterschiedlicher Situationen. Durch wiederkehrende, überschießende Reaktionen des Kindes kommt es eventuell verständlicherweise zu einer raschen Bewertung durch die Eltern. Hier gilt es in der Therapie, diese „Schablone“ mit der Bewertung „schon wieder...“ im Hinblick auf unterschiedliche Situationen anzuschauen und möglicherweise das **eigene Schwarz-Weiß-Denken des Elternteils ein Stück weit zu relativieren**. Das Wahrnehmen von sich rasch einstellenden Bewertungen (vgl. auch Von Auer/Kaess 2022:30p.) kann zu einer ersten Entschärfung potenzieller Konfliktsituationen führen, wobei es nicht darum geht, diese Gefühle und Gedanken zu unterdrücken. Im weiteren Verlauf der Therapie können gemeinsam bisherige und alternative Handlungsmöglichkeiten besprochen werden.

Auch die **Stärkung der elterlichen Stresstoleranz** kann Teil der Therapie sein. Eltern beschreiben immer wieder eine Dynamik, „die sich entspinnt (...) und dann vielleicht auch überschießend, weil ich keinen Nerv mehr hab’, weil ich selber mit mir zu tun habe, dann auch vielleicht aggressiv reagiere auf herausforderndes Verhalten.“ (Int. Plener:6p:210-212). Auf Ebene der zweiten Grundmotivation steht im Fokus, dass auch Eltern wieder Kraft tanken. Im Gespräch mit den Eltern wird meiner Erfahrung nach immer wieder angegeben, dass dafür im fordernden Alltag keine Energie oder keine Zeit bleiben würde. Die Strategie, die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen, kann phasenweise hilfreich sein, führt aber mittel- und langfristig zu zunehmender Erschöpfung des Elternteils, was sich wiederum auf die Beziehungsgestaltung zu sich, aber auch zu anderen Familienmitgliedern auswirkt. Hier gilt es festzuhalten, dass die **Jugendlichen davon profitieren, wenn die Eltern auf sich achten und wieder zu Kräften kommen**. Dafür braucht es **Selbstfürsorge**, sowie das **Lösen von „ich sollte“ und „ich müsste“** (vgl. Von Auer/Kaess 2022:569). Das bedeutet **im Rahmen aller Empfehlungen des Helfer:innensystems auch seine eigene Positionierung zu finden**. Die **Stärkung des eigenen sozialen Netzwerkes**, der **eigenen Interessen** können in der Therapie angeregt werden. Das wirkt auch möglichen Verstrickungen zwischen Kind und Elternteil entgegen. So kann mit dem Elternteil erarbeitet werden, sich Zeit für sich zu nehmen und Zeit für die Aktivitäten einzuräumen, die beispielsweise früher Freude bereitet haben. Unabhängig davon wird es immer wieder zu Situationen kommen, in denen die gewonnene Zufrieden- oder Gelassenheit verloren geht. Ein Ziel der Therapie ist es zu

akzeptieren, dass dies immer wieder passieren kann (vgl. auch Von Auer/Kaess 2022:29), ohne gleichzeitig anzunehmen, dass sich das nie ändern werde. So zeigen sich auf der zweiten Grundmotivation Schutzfaktoren für den Elternteil, die sich auf das weitere Familiensystem auswirken. Ein Verständnis und ein wertschätzender Umgang mit eigenen Gefühlen bildet auch die Basis für diesen Umgang mit den Gefühlen der/des* Jugendlichen. Gut ist es, so Plener, „wenn man es schafft, den sehr schnell wechselnden Stimmungslagen oder sehr stark erlebten Emotionen und auch emotionalen Ausbrüchen einen ruhigen Gegenpol zu bieten als Elternteile und auch ein Verständnis schafft für, warum geht's mir gerade so?“ (Int. Plener:2:39-42) Dies ist erst möglich, wenn der Elternteil selbst auch bei sich bleiben kann und möglicherweise häufig erlebten Dynamiken etwas entgegenzusetzen vermag. So wird die **Resilienz** des Elternteils gestärkt und gleichzeitig eine gewisse **Vorbildwirkung** unterstrichen.

Mit der Überlegung, dass Personen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung keinen Bezug zu sich haben und frühe Spaltungsprägungen in primären Beziehungen als eine der möglichen Ursachen gesehen werden (vgl. Matuszak-Luss 2017:33), scheint es umso wichtiger, sich mit den Eltern diesen Bereich anzusehen und die **Beziehungsgestaltung gemeinsam zu beleuchten**. Betroffene Jugendliche haben häufig Schwierigkeiten damit, allein zu sein, und gleichzeitig Probleme in der Erhaltung sozialer Beziehungen. Wutausbrüche und Suizidandrohungen können dies noch verstärken. Umso wichtiger ist es, den Eltern einen eigenen Raum für ihre diesbezüglichen Gefühle zur Verfügung zu stellen. So bekommt der Ärger, aber auch der möglicherweise dahinterliegende Schmerz, die Kränkung und die Trauer Raum, um bearbeitet und versorgt werden zu können. Gerade in sehr emotionalen Familien profitiert davon der Elternteil, aber auch das Kind und ein „Teufelskreis von unangemessenen Gefühlsausbrüchen und invalidierenden Reaktionen“ (Von Auer/Kaess 2022:45) kann verhindert oder abgeschwächt werden.

Hilfreich können dabei im späteren Schritt der PEA 3 (siehe Kapitel 3.3) bei der Frage nach der konkreten Umsetzung im Alltag beispielsweise **konkrete Handlungsweisen oder Rituale** sein. Was möchte der Elternteil auf Basis der personalen Stellungnahme mit wem, wie und bei welcher Gelegenheit konkret im Alltag umsetzen und wie kann das gelingen? Manchmal sind kleine Schritte bereits hilfreich, wie beim Nachhausekommen nach einem langen Arbeitstag kurz vor der Wohnungstür innezuhalten und zu überlegen, was möchte ich in die Abendgestaltung mitbringen? Was ist mir daran wichtig und wann ist der richtige

Zeitpunkt dafür? Entlastend kann sein gezielt Pausen zu machen und wohltuende Aktivitäten mit und ohne Familie einzuplanen.

Nicht zuletzt, wenn es um konkrete Reaktions- und Handlungsweisen im Alltag geht, stellt sich auf der **dritten Grundmotivation** die Frage, ist das für *mich* als Elternteil auch stimmig? Ist das für den Elternteil in einer authentischen Form möglich? Kann er/sie* auch er/sie* selbst sein und sein/ihr* Eigenes wertschätzen, einbringen und dazu stehen? Eltern kommen aus der klinischen Erfahrung eines Interviewpartners dort an ihre Grenzen, wo sie „als Person in Frage gestellt oder abgewertet werden; die Dinge, über die sich die Eltern definieren, abgelehnt werden.“ (Int. Eder:8:257-258) Dazu führt er aus: „Das können kulturelle Traditionen sein, das kann Religion sein, das kann, ja tatsächlich, auch ein Bild von einem Eltern-Kind-Verhältnis sein, das sich ja doch in den letzten zwei, drei, vier Generationen extrem verändert hat.“ (Int. Eder:8:258-260) Dies ist ein Thema der **dritten Grundmotivation** mit der Frage **ist es gut so, wie ich bin und darf ich auch so sein?** Hier können sich Themen des Elternteils zeigen, die potenziell durch die/den* Jugendlichen zusätzlich verstärkt werden. Gawel hält zu diesem Punkt fest: „(...) es muss nicht die erfüllte dritte Grundmotivation sein, weil das ist auch ein hehres Ziel (...), aber eine gewisse Stabilität in meinem Ichsein, Sosein, Personsein, eine gewisse Stabilität in dem, dass ich es aushalte, wenn ich mit mir bin, wie bin ich“ (Int. Gawel:3:76-60) sollte gegeben sein bzw. in der Therapie gestärkt werden. Gawel verweist hier auf biographische Erfahrungen der Eltern und meint: „Man kann’s immer nachnähren, aber eine bissl eine Erfahrung [der Eltern] bräuchte es schon dazu.“ (Int. Gawel:3:86-87)

Hinzu kommt, dass Eltern sich besonders nach krisenhaften Situationen mit Jugendlichen selbst in Frage stellen, sich möglicherweise Vorwürfe machen und in starkes Grübeln bis hin zur Erschöpfung kommen. Fragen nach der Verantwortung und der Schuld werden darum gesondert in Kapitel 4.8 behandelt.

In der therapeutischen Arbeit zur dritten Grundmotivation wird der **Selbstwert** Thema der Therapie. Da dieser Aspekt auch ein Thema der Pubertät ist, lohnt sich ein kurzer Exkurs zur Selbstwertstärkung der Eltern sowie der Jugendlichen. Bei Jugendlichen mit Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung sind direkte oder indirekte Fragen, kritische bzw. negative Annahmen hinsichtlich des Selbstwerts häufig deutlich stärker ausgeprägt. Mit einem positiven oder hohen Selbstwert verbinden Jugendliche, aber auch Erwachsene, beispielsweise ein selbstsicheres Auftreten oder ein starkes Selbstvertrauen. Aus existenzanalytischer Sicht konstituiert sich der Selbstwert einerseits aus biographischen

Erfahrungen, bezieht sich also auf bisherige Beziehungs- bzw. auch Bindungserfahrungen (vergleiche Kapitel 4.2.2). Andererseits hält Kolbe (2010) fest, dass der Mensch ein Leben lang an einem guten Selbstwert arbeiten kann, auch dann, wenn seine bisherigen Erfahrungen weniger positiv waren (vgl.ebd).

In der Existenzanalyse wird zwischen **Innen- und Außenperspektive der Selbstwertentwicklung** unterschieden³⁹. Die Außenperspektive setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen: erstens der Beachtung, die der Mensch von außen erhält, aus der er die Selbstbeachtung bildet; zweitens der Gerechtigkeit, die dem Menschen widerfährt, die als Basis für die Selbstentfaltung dient; und drittens der erhaltenen Wertschätzung als Basis der Selbstwertfestigung. Für Eltern kann dies deswegen relevant sein, weil gemeinsam geschaut werden kann, inwiefern diese drei Bestandteile in der Familie eine Rolle spielen bzw. wie sie gelebt und erlebt werden. Wenn es aus therapeutischer Sicht im jeweiligen Fall schlüssig ist, kann die gemeinsame Frage nach dem eigenen Selbstwert der Mutter oder des Vaters gestellt werden. Inwieweit erlebt die Person selbst Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung und wie ist ihre eigene Geschichte zu diesen Themen? In manchen Fällen bietet es sich an, biographisch bis ca. zum Alter der/des* Jugendlichen zurückzugehen und in aller Offenheit gemeinsam zu schauen, was dort aufgefunden werden kann. Wie war oder ist es um den eigenen Selbstwert bestimmt, wie ist dessen Geschichte? Hier lohnt es sich, als Therapeut:in an die **Innenperspektive der Selbstwertentwicklung**⁴⁰ zu denken. Auch diese hat drei Bestandteile: erstens das Selbstbild, das über die Selbstwahrnehmung durch Distanznahme möglich wird; zweitens der Authentizität, die entstehen kann, indem sich die Person selbst ernst nimmt und sich gerecht wird; und schließlich drittens der Selbstkritik durch eigene Beurteilung und Wertschätzung (vgl. ebd.). Kolbe (2010) weist darauf hin, dass die Arbeit an Selbstwertthematiken oft mit starken Emotionen in Verbindung steht. Im Therapieverlauf kann es sinnvoll sein, mit dem Elternteil immer wieder zu beleuchten, ob diese Arbeit für sie/ihn* noch passend und stimmig ist und sich eine Auseinandersetzung mit dem Thema auch lohnt. Auch kann ein regelmäßiges Nachfragen, welche Veränderungen sich durch die in der Therapie bearbeiteten Themen im Alltag ergeben, zielführend und aufschlussreich sein. Abschließend zur therapeutischen Arbeit auf Ebene der vier Grundmotivationen bleibt noch die **vierte Grundmotivation** mit der Frage, was soll durch mich in die Welt kommen? In

39 https://www.gle-d.de/wp-content/uploads/zusammenfassung_selbstwertvortrag.pdf, 1.2.2023

40 https://www.gle-d.de/wp-content/uploads/zusammenfassung_selbstwertvortrag.pdf, 1.2.2023

welchen **Sinnzusammenhängen** sehe ich mich und wie orientiere ich mich diesbezüglich? Diese Fragen können stärkend sein, da es zu einer Erweiterung der Perspektive über die (familiäre) Situation hinaus kommen kann.

Zusammenfassend kann mit den Worten Längles festgehalten werden: „das Wichtigste ist, dass Eltern einen guten Dialog haben, miteinander und jeder mit sich selbst den inneren Dialog. Wenn der nicht mehr gut [ist], also der äußere Dialog und der innere Dialog, dann kommt es zur Überforderung.“ (Int. Längle:14:386-488) Umso wichtiger scheint es daher, belasteten Eltern die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation in einem eigenen, geschützten Raum zu ermöglichen. Längle würde das im Gespräch mit einem Elternteil so formulieren: „Und schauen Sie gut drauf (...), dass Sie auch lernen mit so einer Störform besser umzugehen, damit Sie nicht zu viel Stress haben und nicht zu viel darunter leiden.“ (Int. Längle:7:216-218) und begründet das, wie folgt: „Weil auch da kann man viel machen und damit tun Sie Ihrem Kind das Beste, wenn Sie auch gut auf sich schauen und auch gut lernen damit umzugehen.“ (Int. Längle:7:218-220) Welche Grundmotivationen in der Therapie näher thematisiert werden, hängt vom Elternteil und seiner/ihrer* Geschichte ab. Anregungen dazu können diesem Kapitel entnommen werden.

4.5 Alltagsgestaltung

Aus der Beschreibung des Störungsbildes und den daraus folgenden Auswirkungen auf den Alltag ergeben sich spezielle Anforderungen an die Eltern. Da betroffene Jugendliche unterschiedlichen Situationen aufgrund von wenig flexiblen Denk-, Fühl-, Wahrnehmungs-, und Verhaltensmustern immer wieder ähnlich begegnen, kann die Beziehungsgestaltung im Alltag für Eltern sehr herausfordernd und belastend sein (vgl. Baierl 2014:140). Die Art und der Zeitpunkt der elterlichen Reaktion können eine Eskalation oder Deeskalation der Situation mitbeeinflussen.

Wie Von Auer und Kaess in ihrem Ratgeber richtig hinweisen, kann es dabei passieren, dass Eltern unbeabsichtigt gefährliches Verhalten der Jugendlichen verstärken oder begünstigen, wenn sie es beispielsweise als beängstigend wahrnehmen (Von Auer/Kaess 2022:37). Eltern können dann das Gefühl bekommen, in ihrer Elternrolle nicht mehr handlungsfähig zu sein, wobei der Weg mit den wenigsten Konflikten nicht unbedingt eine Unterstützung des Kindes bedeutet. Das Wissen allein, dass Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung stark im Außen agieren, um der Brüchigkeit und dem Schmerz im Inneren auszuweichen, bringt im Alltag noch keine Entlastung. Wie also umgehen mit alltäglichen Grenzsetzungen,

mit rasch wechselnder großer Nähe und starker Distanz? Und wie kann man Verhalten, das mit den Störungsbild in Verbindung steht, Geschwisterkindern oder dem Umfeld erklären, bzw. ist das überhaupt notwendig? Mit diesen Fragen beschäftigt sich das folgende Kapitel.

4.5.1 Grenzsetzungen - eigene Zweifel und Ängste

Gerade bei Jugendlichen mit hoch emotionalen Reaktionen kann es für Eltern zunehmend schwierig sein, Grenzen zu setzen und diese auch beizubehalten. Wohlwollende und verlässliche Grenzsetzungen geben jedoch Halt und Sicherheit für beide Seiten. So wird der Elternteil auch als schützend wahrgenommen und kann bei Schwierigkeiten in der Welt außerhalb der Familie Ansprechpartner:in sein. Zusätzlich bieten diese Grenzsetzungen die Möglichkeit, sich dagegen zu wehren. Autonomiebestrebungen und die Auseinandersetzung mit Regeln und Rollen sind wichtiger Teil der Entwicklung und erhalten durch elterliche Grenzsetzungen einen sicheren Rahmen (vgl. Resch 1999:115). Das beschreibt auch Eder im Interview, indem er betont, dass es wichtig ist, Grenzen zu setzen. Gleichzeitig müssen diese von Seiten der Jugendlichen auch ausgetestet werden. Hierzu führt er aus:

„Grenzen haben ja immer zwei Funktionen. Also sie schützen mich gegen was, was von außen kommt und gleichzeitig halten sie mich aber auch in einem bestimmten Bereich. Das Fiese ist, die Schutzfunktion funktioniert nur, wenn ein Kind, eingeschränkt dann auch ein Jugendlicher, mitkriegt, die Grenzen sind so fest, dass sie mich auch halten; auch aufhalten und einschränken an gewissen Stellen, weil Grenzen, die ich als Kind zum Einsturz bringe, schützen mich gleichzeitig auch sicher nicht vor allen Dingen, die von außen kommen.“ (Int.Eder:10:63-68)

So gilt auch bei Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung: „Soziale situative Grenzen fördern bei entsprechender Permeabilität und Flexibilität somit beim Kind Kontrolle, Orientierung, Sicherheit, Vorhersehbarkeit und nicht zuletzt Selbstwert und Identität.“ (Resch 1999:116) In der Praxis ist aus meiner Erfahrung beobachtbar, dass Eltern in diesem Bereich oft Schwierigkeiten haben. Sie beschreiben ein Gefühl der eigenen Hilflosigkeit. Hier gilt es im Gespräch zu klären, was sich der Elternteil zutraut. In welchem Verhältnis zum Kind sieht er oder sie* sich momentan und was hat eine möglicherweise über längeren Zeitraum erlebte Hilflosigkeit bewirkt? Gibt es hier bestimmte Befürchtungen? Welche Situationen haben dieses Gefühl genährt? Wo erlebt er/sie* eine Einschränkung der eigenen Handlungsfähigkeit? Welche Gefühle zeigen sich in diesem Zusammenhang noch?

Auch kann es sein, dass Eltern „Fehler“ der eigenen Eltern nicht wiederholen wollen und dadurch dazu tendieren, genau gegenteilig zu handeln. Hier kann gemeinsam ergründet werden, ob es um einen Schutz vor einer Gefahr geht, die möglicherweise in der Vergangenheit liegt. Was will der Elternteil eigentlich vermeiden bzw. erreichen und wie

zeigt sich das im Alltag an ganz konkreten Situationen? Auch hier kann wieder mit der PEA gearbeitet werden.⁴¹

Aus therapeutischer Sicht ist klar, dass weder zu starre noch fehlende Grenzen hilfreich sind. Resch betont: „Keinerlei Grenzen zu setzen ist auch eine Form der emotionalen Verwahrlosung.“ (Resch 1999:116) Doch im Familienalltag mit Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung stellt sich das für Eltern oft nicht so einfach dar. Hier können einzelne Situationen gemeinsam besprochen werden, Eder schlägt vor: „(...) einen gewissen **Pragmatismus** auch irgendwie hineinzukriegen und zu sagen: Horchens zu, lohnt es sich an dieser Stelle in ganz große Auseinandersetzungen hineinzugehen? Sind Sie an der Stelle überhaupt in der Lage die **Regeln, die Sie verkünden, auch durchzusetzen?**“ (Int. Eder:10p:350-353) Er betont eine gewisse Flexibilität der Eltern, und rät dazu „(...) zu sagen: Hean's, Sie müssen die Regel als Wunschvorstellung als moralische Vorgabe nicht aufgeben, aber wenn klar ist, Sie können sie nicht durchsetzen, schadet es mehr, als dass es hilft, wenn ich mich an der Stelle in die ganz große Auseinandersetzung gebe.“ (Int. Eder:11:353-356) Dies begründet er: „Weil der Lerneffekt ist, wenn ich mit genug Vehemenz über die Grenze drübergeh', dann gibt's nichts und niemanden, der mich hält.“ (Int. Eder:11:358-359) Dabei ist nicht nur die Art, sondern auch der Zeitpunkt einer Grenzsetzung relevant. Androhungen von Konsequenzen passieren häufig in sich steigernden Konflikten, gleichzeitig sind auch das die Konsequenzen, die dann von beiden Seiten nicht oder nicht lange eingehalten werden.

Eltern von Kindern mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung beginnen eine Psychotherapie möglicherweise erst nach einer längeren Zeit hoher Belastung, die mit „**eingetübter**“ **Hilflosigkeit** und einer gewissen **Resignation** in spezifischen Alltagssituationen einhergehen kann. Eltern zeigen auf dieser Basis unterschiedliche Coping-Strategien: „Manche Eltern geraten dadurch in eine Selbstwertkrise und begehen den Fehler, sich an das Kind zu klammern und zu versuchen, frühere kindliche Strukturen durchzusetzen, die den Möglichkeiten des Jugendlichen nicht mehr angemessen sind.“ (Preuß, Sümpfig 2010:27). Wenn auf Basis der ersten Grundmotivation die Bedürfnisse nach Schutz und Halt (auch im Rahmen von heftigen Konflikten) gesichert sind, steht eine **Stärkung der Ressourcen auf der zweiten und dritten Grundmotivation** im Vordergrund. Dazu gehört auch die Wahrnehmung der je eigenen Grenzen und gegebenenfalls die Erarbeitung einer **guten Selbstfürsorge** (2. Grundmotivation) im Hinblick auf die Prognose einer

41 Beispielhafte Fragen wären hier: Was haben Sie versucht? Wie war die Situation und welchen Ausgang hat sie genommen? Wie geht es Ihnen damit? Verstehen Sie das? Soll das so bleiben?

Persönlichkeitsstörung. Die **Grenzen der faktischen Handlungsspielräume** der Eltern können dann gemeinsam **evaluiert** und auch **anerkannt** werden. Ganz konkret empfiehlt es, sich den Rahmen für verbindliche Regeln und Vereinbarungen so zu setzen, dass Eltern mit Überschreitungen noch gut umgehen können und sich dabei nicht erpressbar machen. Die Veränderung hin zu einem respektvollen, verlässlichen und guten Miteinander liegt dabei nicht alleine beim Kind, auch das kann in der Therapie besprochen werden. Eine Stärkung des Grundvertrauens für Eltern und Kinder bedeutet eben auch eine Stärkung des Grundvertrauens des Elternteils als Person und in seiner/ihrer* Rolle. Veränderung passiert hier möglicherweise in kleinen Schritten.

Eltern kommen nach längeren Leidensphasen mit dem Wunsch, es soll schnell Hilfreiches passieren, aber gleichzeitig darf diese Veränderung nicht ängstigen, nach dem Motto: Es muss unbedingt etwas geschehen, aber es darf nichts passieren. Den Elternteil in den Erwartungen nach raschen Lösungen zu enttäuschen kann Teil des therapeutischen Prozesses sein. Grenzen, die lange nicht gesetzt wurden, werden sich kaum von heute auf morgen in einem Schritt etablieren lassen. Und dennoch gab es in der Vergangenheit unterschiedliche Lösungsansätze und Bemühungen, die gewürdigt werden können. Gemeinsam kann an dieser Stelle reflektiert werden, was bisher gelungen ist und worauf vielleicht auch wieder zugegriffen werden kann. Das Setzen von Grenzen kann kräftezehrend sein, dafür gilt es die elterlichen Ressourcen zu stärken und Strategien im Umgang mit Stress und Überforderung zu finden. Zusätzlich kann in der Therapie die Abgrenzungsfähigkeit des Elternteils gestärkt werden und er/sie* ermutigt werden sich auch Auszeiten zu nehmen, um sich beispielsweise von der Wut des Kindes nicht „anstecken“ zu lassen. Es kann besprochen werden, wie es gelingen kann, Kompromissbemühungen des Kindes anzuerkennen und Möglichkeiten anzubieten, bei denen keine Seite einen Gesichtsverlust erleidet. Trauer, Wut, Aggression oder Hilflosigkeit, die beispielsweise bei Problemen mit Grenzsetzungen auftreten können, bekommen in der Therapie ausreichend Raum, was zu einer Entlastung im Alltag führt.

4.5.2 Nähe und Distanz

Bindung und Beziehung mit primären Bezugspersonen sind ausschlaggebend für das Gelingen der Beziehungsgestaltung von Kindern, Jugendlichen und späteren Erwachsenen. Die Ambivalenzen zwischen teilweise starker Nähe und gleichzeitig dem Aufbau einer emotionalen Unabhängigkeit und Distanz sind für das Jugendalter charakteristisch. Bei Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung zeigt sich dies markanter und

beeinflusst die ihre Beziehungsgestaltung zu den Eltern, aber auch zu anderen Personen. „Bindungen sind nicht sicher. Stattdessen besteht eine existenzielle Angst vor einer das Selbst gänzlich vereinnahmenden Nähe oder vor emotionaler Distanz/Trennung/Alleinsein; sie bestimmt das Verhalten dieser Kinder und Jugendlichen.“ (Resch et al. 2016 OPD-KJ-2: 140). Eine liebevolle, verlässliche, klare und authentische Eltern-Kind-Beziehung gilt auch bei Jugendlichen mit einer Persönlichkeitsstörung als prognostisch günstig (vgl. Baierl 2014:143). Und dennoch ist es gerade das, was diese Jugendlichen aufgrund des Störungsbildes oft schwer annehmen können. Im Elternratgeber für den Familienalltag mit psychisch auffälligen Jugendlichen (vgl. ebd.) werden Eltern darauf hingewiesen, dass Jugendliche mit emotional instabiler Persönlichkeitsentwicklungsstörung beständig Beziehungen testen und immer wieder torpedieren: „Zudem wird Ihrem Kind die Beziehung teilweise als viel zu lose erscheinen und es wird versuchen, förmlich mit Ihnen zu verschmelzen, um Sie ganz für sich zu haben.“ (Baierl 2014:143). Gleichzeitig ist es aber Teil dieser Dynamik, dass die Jugendlichen diese Nähe nicht aushalten, sie dann als erdrückend oder bedrohlich erleben, auch wenn sie sie zeitweise selbst vehement einfordern (vgl. ebd.). Die Herausforderungen der sprunghaften Dynamik zwischen Nähe und Distanz sind für Eltern oft belastend. Dadurch, dass betroffene Jugendliche ihre Wünsche, Sehnsüchte, Ängste, aber auch ihre Frustration auf ihnen nahestehende Personen projizieren, wird es für Eltern schwierig, Entscheidungen zu treffen und dabei diese Zuschreibungen auszuhalten. Baierl wendet sich an die Eltern und beschreibt die Situation so: „Abwechselnd werden Sie überidealisiert oder verteufelt werden. Mal sind Sie der einzige Mensch, der Ihr Kind versteht und der es vor bösen anderen schützen muss, mal sind Sie ganz allein schuld an allem Elend Ihres Kindes.“ (Baierl 2014:143p.) Er spricht die Spaltungstendenz an und weist darauf hin, dass unterschiedliche Personen im sozialen Umfeld abwehrende, aggressive oder bedürftige Anteile wahrnehmen und darauf reagieren. „Statt sich dann darüber zu streiten, wer nun recht hat, sollte bewusst bleiben, dass beide Anteile da sind und gewürdigt werden wollen.“, schlussfolgert Baierl (2014:133). Auch Kolbe sieht Spaltung als spezifischen Coping-Mechanismus der Persönlichkeitsstörung (vgl. Kolbe 2017:21) und beschreibt, dass die betroffene Person eine starke Überforderung und Bedrohung empfindet, aus der es sich zu befreien gilt. „Diese Bedrohung wird als unerträglicher Schmerz erlebt, zu dem Distanz gesucht wird. Und dieser Schmerz nun wird abgespalten. Dies hilft den überfordernden Schmerz des Bedroht-seins nicht fühlen zu müssen“ (Kolbe 2017:21), folgert er. Baierl weist diesbezüglich darauf hin, dass die Unsicherheit der betroffenen Jugendlichen dazu führen

kann, dass sich diese ganz auf ihr Gegenüber einstellen und dadurch verschiedene Personen zu konträren Sichtweisen kommen. „Jugendliche mit Borderline-Störung sind häufig sehr manipulativ. Für die Eltern gilt es zu unterscheiden, „ob ein Verhalten tatsächlich manipulativ ist, wo es lediglich eine echte Not ausdrückt und wo es aus einer echten Not heraus manipuliert wird.“ (Baierl 2014:144)

Für Eltern kann es sich schwierig gestalten, dem verzweifelten Bemühen des Kindes das reale oder gefühlte Alleinsein zu vermeiden, entgegen zu kommen und gleichzeitig in der Elternrolle zu bleiben anstatt zum besten Freund oder der besten Freundin zu werden. Dem kommt hinzu, dass auch vermeintlich enge Beziehungen von hoher Instabilität geprägt sind und häufig eine erhöhte Reizbarkeit des Kindes beobachtet werden kann. Wie also damit umgehen?

Jugendliche mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsentwicklungsstörung erleben Gefühle teilweise als bedrohlich. Manchmal fällt es ihnen schwer Gefühle zu erkennen bzw. zuordnen zu können. So kommt es, dass sie manchmal gefühllos auf andere aber auch innerlich auf sich selbst völlig gefühllos wirken, dann aber wieder regelrecht von intensiven Gefühlen überschwemmt werden (vgl. Baierl 2014:149). In der Therapie kann mit dem Eltern gemeinsam geschaut werden, wie **Gefühle im familiären Rahmen** angesprochen oder benannt werden können und wie es dem Elternteil damit geht. Soweit es möglich ist, brauchen betroffene Jugendliche eine* **zuverlässige Ansprechpartner:in**, die in ihren Reaktionen und Vorgaben einschätzbar ist und dadurch Sicherheit vermittelt. Die emotionale Instabilität und wiederkehrende Phasen der inneren Leere sind die Betroffenen zutiefst verunsichernd (vgl. Baierl 2014:145), was die Relevanz eines **haltgebenden Elternteils** unterstreicht. In der Therapie mit dem Elternteil wird demnach der eigenen Halt (1. Grundmotivation) aber auch der Halt im Sinne eines zu sich und für sich Einstehens (3. Grundmotivation) zum Thema. Das Leeregefühl des Kindes in Bezug auf die Innen- und Außenwelt, wird von Eltern teilweise als Kälte oder große Distanz wahrgenommen, bzw. als Unzugänglichkeit des Kindes erlebt. In der Therapie mit den Eltern geht es erst um Fähigkeiten der ersten Grundmotivation, bevor anhand der PEA gearbeitet werden kann.

Kommt es zu **Spaltungen hinsichtlich anderer Bezugspersonen**, wie Freund:innen oder Lehrer:innen ist es hilfreich, wenn Eltern diese Sichtweisen hinterfragen und nicht automatisch übernehmen. Ein Schwarz-Weiß-Denken ist für das Störungsbild typisch. „Die Intensität der Gefühlsexpression und Handlungen (2.GM) wurzelt in der Gefühllosigkeit. Bedrohung durch das „Negative“ (wenn das Gegenüber nicht mehr den Wunschvorstellungen

des Patienten entspricht) (...) muss durch die Impulsivität abgewehrt werden.“ (Matuszak-Luss 2017:34) Um so wichtiger ist es, dass Eltern diese Bilder von beispielsweise böswilligen Lehrer:innen oder gemeinen Freund:innen nicht übernehmen, sondern dem Kind helfen Abstufungen zu treffen (vgl. auch Baierl 2014:146). Beispielsweise kann es erst zur Idealisierung einer Lehrer:in kommen. Wenn das erst idealisierte Bild jedoch von der realen Erfahrung bedroht wird, wird es ins Gegenteil abgeändert. Für Eltern ist es hier wichtig, dass sie ihrem Kind Unterstützung signalisieren, ohne diese Bilder zu bestätigen. Dies braucht immer wieder Relativierung, ein Aufzeigen von Beschreibungen, die sich zwischen den beiden Extrempositionen bewegen, wobei auf Kränkungen und Enttäuschungen eingegangen werden soll. Zusätzlich kann an einer elterlichen Unterstützung zur Stärkung der zweiten Grundmotivation des Kindes gearbeitet werden. Eltern können ihre Kinder dabei unterstützen zu erkennen, was ihnen gut tut oder was ihnen schadet. Voraussetzung dafür ist ein guter Zugang zur eigenen zweiten Grundmotivation (siehe Kapitel 4.4). Hier gilt es nicht nur das Kind hinsichtlich emotionaler Schwankungen und sozialer Konflikte zu unterstützen, sondern auch selbst auf die eigenen Energieressourcen zu achten. Weder eine möglicherweise durch Sorge begründete zu große Nähe, noch eine möglicherweise in Überforderungen begründete Distanz sind mittelfristig für Kind oder Elternteil hilfreich. Stattdessen geht es darum, die Fähigkeit der Jugendlichen so zu stärken, dass diese mit Enttäuschungen und Kränkungen besser umgehen können. Dafür ist es notwendig, dass auch die Eltern diese Enttäuschungen ein Stück weit aushalten können (1. Grundmotivation) ohne sofort etwas dagegen zu tun. Die verminderte Stresstoleranz betroffener Jugendlicher ist „ebenfalls Ausdruck der Beziehungslosigkeit zu sich und des damit leicht erschütterbaren emotionalen Gleichgewichts“ (Matuszak-Luss 2017:34), eine mangelnde Abgrenzungsfähigkeit (2. und 3. Grundmotivation) und ein ständiges Bedrohungserleben (1. und 3. Grundmotivation) erschweren diese Situationen zusätzlich (vgl. ebd). Ergebnis können **Verwickelungen** bzw. **Verstrickungen** sein. Bezugspersonen merken dann, dass sie im Umgang mit der* Jugendlichen nicht mehr frei sind. Auch eine Verwirrung oder ein Unverständnis der Situation, starker ausgeübter Druck können Teil dieses Erlebens sein. Längle merkt dabei an, dass das Verwickeln eine sehr geschickte Art ist eine Beziehung zu haben, ohne sich dabei auf diese wirklich einzulassen (vgl. Längle 2017:10). Umso wichtiger ist eine **liebvolle und beständige Klarheit der Eltern** gegenüber den betroffenen Jugendlichen, die darauf nicht unbedingt immer positiv reagieren. Im Gegenteil, unerwünschte Entscheidungen oder Grenzsetzungen können zu großer Distanz, impulsiven Handlungen oder sogar

Suizidandrohungen (siehe Kapitel 4.7) führen. Eder führt an, dass es auch bei Phasen großer Distanz wichtig ist,

„wenn’s irgendwie geht, trotzdem die Basis von Akzeptanz als mein Kind, trotzdem noch mit rüber zu kriegen, um wenn’s im hier und jetzt gar nicht geht, wenigstens eine **Rückkehr zu ermöglichen**. Also zu sagen, Ok, das Nähe-Distanz-Verhältnis, das wir im Moment haben, leben, leben müssen, kann man sich ja auch nicht immer Aussuchen, wieviel Nähe und Distanz man tatsächlich hat (...), aber zu sagen, es ist nix unverrückbar, man kann potenziell alles auch wieder geradebiegen.“ (Int. Eder:7p:242-248)

Unabhängig von Äußerungen und Handlungen betroffener Jugendlicher ist die Unterstützung eines **positiven Grund- und Selbstwerterlebens** (siehe Kapitel 4.1.3) Basis für eine positive Entwicklung. Bei allen elterlichen Unterstützungsversuchen bleibt dabei zu bedenken, dass eine zu starke Nähe, bei der Mütter oder Väter die Rolle des Elternteils verlassen und beispielsweise zum besten Freund oder der besten Freundin werden, Jugendliche in ihrer altersadäquaten Entwicklung tendenziell einschränkt und zusätzlich das Erleben von Selbstwirksamkeit erschwert. In der Therapie geht es darum den Elternteil zu stärken. So kann er/sie* auch in schwierigen Situationen bei sich bleiben und schwingt nicht mit jeder emotionalen Schwankung des Kindes in gleicher Ausprägung mit. Dafür kann in der Therapie besprochen werden, wie er/sie* auch in heftigen Konfliktsituationen die Beziehung zu sich selbst halten und darüber hinaus pflegen kann. Gegebenenfalls können methodisch konkrete Hilfestellungen anhand von bestimmten Affirmationen oder Bildern, das Üben von eigenen Skills oder das Verankern von Erinnerungssymbolen im Alltag angeboten werden.

Zusammenfassend kann eine Reflexion des Nähe-Distanz-Verhältnisses für den Elternteil die Perspektive auf andere **Reaktions- und Handlungsmöglichkeiten** eröffnen, wobei der Fokus im Gegensatz zum Alltag auf die **Gefühle und Bedürfnisse des Elternteils** gelegt wird. Eine **Stärkung der eigenen Position** und mögliche **konkrete Hilfestellungen** für den Alltag dienen der **Entlastung und Stärkung** der personalen Ressourcen. Hilfreich kann es sein, darauf hinzuweisen, dass eine **Vermeidung des Setzens von Grenzen** aufgrund von Ängsten und Befürchtungen in einen **Kreislauf** münden kann, der Grenzsetzungen - und damit Halt durch Klarheit für beide Seiten - zunehmend verunmöglicht.

4.5.3 Altersadäquate Information an Geschwisterkinder

Im klinischen Alltag sprechen Eltern in Gesprächen immer wieder Unsicherheiten bzgl. der Kommunikation mit Geschwisterkindern an. In diesem Bereich stellen sich unterschiedliche Fragen. Wie spreche ich mit meinem Kind über die Erkrankung der Schwester oder des Bruders, wie über Vorfälle, die das Kind möglicherweise auch selbst miterlebt hat?

Inhalt der Therapie mit den Eltern kann es sein sie zu ermutigen, das Gespräch mit Geschwisterkindern aktiv zu suchen und so eine Tabuisierung zu vermeiden. Geschwister erleben tendenziell Situationen, die sie überfordern oder die nicht nachbesprochen werden. Es kann so der Eindruck entstehen, dass darüber nicht gesprochen werden darf und die Kinder bleiben mit ihren Fragen und Befürchtungen alleine. Dem gilt es entgegenzuwirken. Das Wissen über die Krankheit hilft dabei bestimmte Verhaltensweisen besser verstehen zu können und wird so zum Resilienz-Faktor hinsichtlich weiterer Belastungen. Im Einzelfall kann es hilfreich sein solche Gespräche mit den Eltern vorzubereiten oder auch zu begleiten, da auch den Erwachsenen manchmal die Worte fehlen. Die Wortwahl, sowie die Dauer des Gesprächs hängen hier vom Alter des Kindes/Jugendlichen ab. Psychoedukative Elemente sind wichtiger Teil des Gesprächs.⁴² In verständlicher Sprache gilt es zu erklären, was sich durch das Störungsbild zeigt. Ungeduld und erhöhte Reizbarkeit, sowie ein schneller Wechsel von Gefühlen sind Teil der Symptomatik. Dem können für Andere sehr heftig wirkende Reaktionen bzw. Verhaltensweisen folgen. Bevor besprochen wird, wie die Eltern, die Familie damit umgehen kann und möchte, empfiehlt es sich zu erklären, dass beispielsweise Geschwisterkonflikte Auslöser für heftige Reaktionen sein können, diese aber nicht begründen. Sollte es zu selbstverletzendem Verhalten oder zu Suizidversuchen gekommen sein, gilt es auch diese in altersgerechter Sprache zu besprechen. Wesentlich kann es sein aufzuzeigen, dass nun unterschiedliche Menschen zusammenhelfen, damit eine langsame Besserung eintreten kann. Hier kann aufgezeigt werden, welche Unterschiede es in der Behandlung von physischen und psychischen Krankheiten gibt und was daher schon gemacht wird oder angedacht ist (jugendpsychiatrische Betreuung, Medikamente, Psychotherapie etc.). Zentral ist, dass das Gespräch den kognitiven Fähigkeiten des Kindes angepasst ist und so geführt wird, dass es auch die Eltern nicht überfordert. Geschwister sollen ermutigt werden Fragen zu stellen, um so gemeinsam Orientierung und Halt herzustellen. Eltern können zur **Validierung der Gefühle des Geschwisterkindes** angehalten werden, wobei es die Möglichkeit gibt diese **Gespräche im therapeutischen Rahmen vor- und nach zu besprechen**.

42 Auch altersadäquate Bücher in kindergerechter Sprache können als unterstützendes Material empfohlen werden.

4.5.4 Informationen an das Umfeld

Eine Frage, die es für die Eltern auszuloten gilt, ist, wieviel und welche Informationen an das Umfeld weitergegeben werden. Hier geht es im Besonderen um Informationen an die Schule bzw. Ausbildungsstelle, aber auch um Informationen an den Freundes- und Bekanntenkreis bzw. die erweiterte Familie. Eder sieht dies pragmatische und nennt hier „zwei Kategorien: die, die unbedingt notwendig sind und die, die sowieso rauskommen.“ (Int. Eder:13:451-452) Eltern befürchten möglicherweise eine Stigmatisierung des Kindes nach Bekanntgabe der Diagnose an das Umfeld. Plener führt hier an: „Also prinzipiell ist das Wichtigste, man ist niemals zur Ehrlichkeit verpflichtet [beide lachen kurz]. Es gibt kein Muss, um irgendwie einen Seelen-Striptease vor den Direktoren oder dem Schulpersonal zu veranstalten und das ist immer das Grundprinzip.“ (Int. Plener:9:309-311) Auf den Punkt gebracht meint er: „Ich muss mir gut die Frage stellen, was nutzt’s und was schadet’s?“ (Int. Plener:9:311-312) und nennt ein Beispiel:

„Wenn man häufige Schulfehlzeiten hat, einfach aufgrund von zum Beispiel Therapien, ich hab’ das grad als Thema letzte Woche mit einer Klientin, und auch Dinge, wie selbstverletzendes Verhalten eine Rolle spielen, die im Schulkontext vielleicht schon aufgefallen sind und Nachfragen provoziert haben, dann ist es gut, dass man zumindest benennt, dass eine Therapie stattfindet, weil das der Schule auch den Druck nimmt.“ (Int. Plener:9p:312-316)

Denn, so legt er dar, erhält die Schule möglicherweise Nachfragen anderer Eltern und sollte darauf in entsprechender Weise reagieren:

„Wo es natürlich nicht darum geht zu sagen, ja genau, der hat die Störung XY und ist dort und dort in Behandlung, aber wo man zumindest als Schule gerne so reagiert zu sagen, wir wissen um das Problem (...), wir können da keine Details weitergeben, aber sie können uns vertrauen, dass das am Schirm ist (...)“ (Int. Plener:219-222)

Grundsätzlich würde der Experte dies aber vom Verhältnis zur Schule abhängig machen:

„Wenn ich Gefühl hab’ von Elternseite, die sind mir ohnehin nicht gewogen (...), dann ist es vielleicht einfach nur gut sagen, ja, die Probleme sind bekannt, ich geh’ in Therapie und gut.“ (Int. Plener:10:326-329) Im Gegensatz dazu hält er fest:

„Wenn ich wirklich das Gefühl hab, da ist jemand, der sehr engagiert ist, da gibt’s eine Vertrauenslehrerin, die sich voll reinhaut und die vielleicht auch in der Schule für Krisensituationen sogar benutzt werden kann, um akute Krisensituationen abzufedern, also fast schon in eine therapeutische Rolle kommt oder eingebunden ist, dann, denke ich, müsste man Farbe bekennen, weil sonst wär’s auch ein Stück weit unfair den Leuten [gegenüber], die es machen sollen.“ (Int. Plener:10:229-333)

Zusammengefasst meint er: „Also wenn ich die Schule als aktiven Part brauche, ich glaub’ dann ist spätestens der Zeitpunkt gekommen, wo ich sehr dazu raten würde, das zu

benennen.“ (Int. Plener:10:335-336) Wobei es dabei wichtig sei anzuführen, dass „das jetzt länger dauert und dass das nicht in drei Wochen gegessen ist (...)“ (Int. Plener:10:338)

Im therapeutischen Setting mit den Eltern kann also die individuelle Situation erhoben und gemeinsam erarbeitet werden, was für den Elternteil ein stimmiger Weg im Umgang mit Informationen an das Umfeld ist. Längle erklärt, dass Informationen zum Störungsbild für die Eltern, aber auch gegebenenfalls für das erweiterte Umfeld wichtig sind, um das Verhalten des Kindes besser einordnen zu können. Es ist wichtig zu wissen: „(...) das Kind wählt das nicht, daher kann man ihm auch keinen Vorwurf machen und es auch nicht beschuldigen. Das sind automatisierte Reaktionen, die hier einsetzen und darum ist es schon ein, ein etwas schwereres Störungsbild, das einer langen Behandlung bedarf.“ (Int. Längle:7:213-216)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Menge und Art der Information, die an das Umfeld des Kindes und der Familie weitergegeben wird, im Einzelfall entschieden werden muss. Um einer möglichen **Stigmatisierung vorzubeugen** ist es ratsam **nicht unhinterfragt** und vor allem **nicht ohne Zustimmung des Kindes** außenstehende Personen über die Diagnose und deren Hintergrund zu informieren. Dennoch kann eine **proaktive Kommunikation in manchen Bereichen** das Verständnis des Umfelds fördern und so dem Kind Erleichterung im Alltag bringen.

4.6 Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

Bei Eltern und anderen Bezugspersonen kann selbstverletzendes Verhalten, das nicht ausschließlich im Zusammenhang mit einer Persönlichkeitsstörung auftritt, verschiedene Emotionen und Reaktionen auslösen. Unterschiedliche Schweregrade von nicht-suizidalen Selbstverletzungen (NSSV) können Angehörige beunruhigen, verunsichern, frustrieren, traurig oder auch wütend machen. Überforderungen und Verunsicherung im Umgang mit den betroffenen Jugendlichen und die Frage nach adäquater Reaktion auf dieses Verhalten sind Themen, die auch in einem therapeutischen Setting entlastend besprochen werden können.

Hierbei gilt es anzumerken, dass es **unterschiedliche Schweregrade und Möglichkeiten** an Selbstverletzungen gibt wie Ritzen und Schneiden unterschiedlicher Ausprägung, Schlagen gegen Gegenstände, starkes Reiben oder Kratzen, Verbrennungen oder andere Selbstverletzungen wie zum Beispiel Kaltverbrennungen durch Deosprays oder das Schlucken scharfer oder spitzer Gegenstände. All diese Verhaltensweisen können ein **breites Spektrum an Reaktionen** bei Eltern auslösen. So können Unverständnis oder sogar Ekel vor den

Verletzungen des eigenen Kindes die Beziehung und die Kommunikation zwischen Kind und Elternteil beeinflussen. Eltern berichten darüber, dass es sich anfühle, als würden ihnen die Verletzungen des Kindes selbst weh tun. Häufig sorgen sie sich auch über die Zukunft des Kindes, was den Fortbestand des Verhaltens bis ins Erwachsenenalter oder auch später sichtbare Narben betrifft.

In-Albon et al. führen an, dass die erste Erfahrung mit selbstverletzendem Verhalten des Kindes für Eltern eine **Überforderung** darstellen kann, was möglicherweise eine Phase des Schocks, der Verleugnung oder Bagatellisierung mit sich bringt (vgl. In-Albon 2015:49). „Es ist daher wichtig, den Eltern zu vermitteln, dass eine Verleugnung der Selbstverletzungen ihres Kindes dazu führen kann, dass sie auch die tatsächliche emotionale Belastung ihres Kindes nicht wahrnehmen.“ (ebd.)

Da selbstverletzendes Verhalten häufig in Zusammenhang mit **familiären Konflikten** auftritt oder solche Konflikte nach sich zieht (vgl. In-Albon et al. 2015:49), ist es wertvoll, so das Argument dieser Arbeit, **den Eltern einen sicheren Raum** für die Bearbeitung dieser Konflikte **zur Verfügung zu stellen**. Zusätzlich kann auf Ängste und Sorgen eingegangen werden und gemeinsam eine Art und Weise erarbeitet werden, wie diese Themen im familiären Rahmen besprochen werden können. **Was ist nun wesentlich in der therapeutischen Arbeit mit den Eltern?**

„Ich habe mal so Elterngruppen gemacht (...).“, berichtet Plener im Interview „und die auch gefragt, was war das Wichtigste aus der Elterngruppe für sie und sie sagen: das Allerwichtigste war, dass ich gesehen hab’, wir sind nicht die Einzigen.“ (Int. Plener:10:344-347) Der erste Schritt im Finden eines Umgangs als Elternteil ist die Psychoedukation der Eltern und im weiteren Prozess das Thematisieren der Eindrücke, Gefühle und primären Impulse nach der Methode der personalen Existenzanalyse (siehe oben). Auch Plener betont im Experteninterview die Rolle der Psychoedukation über das Phänomen, weil „Eltern haben immer noch, obwohl es so ein Massenphänomen ist, weil halt nicht darüber gesprochen wird, das Gefühl, das ist was ganz Seltenes und was ganz Schwerwiegendes und nur wir als große Rabeneltern, bei uns tritt das auf.“ (Int. Plener:10:347-349) Im Zuge der **Psychoedukation** scheint es also relevant **über das Phänomen an sich** aufzuklären, um ein Verständnis für das Verhalten des Kindes zu erarbeiten und in weiteren Schritten einen eigenen Umgang damit zu finden. Neben unterschiedlichen Arten und Ausprägungen dieses Verhaltens gilt es aber vorrangig **nichtsuizidale Selbstverletzungen von selbstverletzenden Handlungen mit suizidalen Absichten zu unterscheiden** und „darzulegen, dass das grundsätzlich

unterschiedliche Dinge sind.“ (Int. Eder:15:504) Nach der Definition von Petermann und Nitowski fällt unter Ersteres eine „funktionell motivierte, direkte und offene Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ (Petermann/Nitowski 2009:227). Im ICD 10 wird dies nicht als eigenes Störungsbild, sondern als eines von neun Diagnosekriterien der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung des Borderlinetypus angeführt (vgl. Kaptiel 4.1.2). Die Kodierung einer „vorsätzlichen Selbstschädigung“ auf Achse 4 ist im klinischen Alltag wenig üblich (vgl. In-Albon et. al. 2015:2). Wesentlich für die Eltern ist die Unterscheidung zu suizidalen Handlungen, denn: „Oft wird NSSV fälschlicher Weise als suizidale Handlung gewertet, obwohl mehrfach gezeigt werden konnte, dass es sich hinsichtlich der Intention, das eigene Leben zu beenden, um zwei getrennte Entitäten handelt und NSSV oft auch als „Ventil“ gebraucht wird, um suizidale Impulse zu kontrollieren.“ (Kölch et al. 2020:546) Die Autor:innen weisen jedoch darauf hin, dass bei Jugendlichen mit NSSV ein höheres Risiko für spätere Suizidversuche oder Suizide beobachtet werden kann, da sie zu einer Gruppe mit hohem psychischem Stress gehören. Zusätzlich kann auch die Schwelle zu suizidalen Handlungen durch die Gewöhnung an das selbstverletzende Verhalten herabgesetzt sein (ebd.). In der Psychoedukation der Eltern geht es hiermit um eine Aufklärung, welche Verhaltensweisen als potenziell suizidal eingeschätzt werden müssen und einer Krisenintervention und fachärztlichen Abklärung bedürfen. Neben der Trennung von NSSV und suizidalem Verhalten können mit dem Elternteil direkte und indirekte Formen der Selbstschädigung und deren Vorkommen in der Familie besprochen werden (vgl. Kölch et al. 2020:549).

Zur Psychoedukation der Eltern zählen auch **Informationen zu den Hintergründen** selbstverletzenden Verhaltens. So steht dies häufig im Zusammenhang mit einer Erwartung von Entlastung von starken negativen Gefühlen und ist von wiederholten Gedanken an Selbstverletzungen begleitet (vgl. auch Resch 2017:18). Resch beschreibt einen „typischen“ Spannungsbogen als Charakteristikum des Phänomens der Selbstverletzung, wobei er grundsätzlich davon ausgeht, dass selbstverletzendes Verhalten **multifaktoriell bedingt** ist. Am Beginn steht, so schreibt er, meist eine zwischenmenschliche Erfahrung, die bei dem/der* Jugendlichen große Betroffenheit auslöst, jedoch vom Umfeld nicht erkannt oder antizipiert werden kann (vgl. Resch 2017:24). Über eine Fehlregulation „mit Wutgefühlen, Verzweiflung, dysphorischer Verstimmung, Angst, abgelehnt zu werden, sowie Gefühlen der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit“ (ebd.) misslingt die subjektive Benennung sowie die

Bewältigung dieser negativen und auch widersprüchlichen, starken Gefühle. „Es kommt zu eskalierenden Zyklen negativer Selbsteinschätzung mit Selbstvorwürfen, Selbsthass, Scham und Wut.“ (Resch 2017:24) Hier wird in weiterer Folge die Selbstverletzung als ein starker Reiz wahrgenommen, der Erleichterung bringen bzw. die Anspannung unterbrechen kann. Jedoch können nach der Selbstverletzung wiederum Gefühle von Scham oder auch Selbstvorwürfe auftreten, was erneut zu hoher Anspannung und weiteren Selbstverletzungen führen kann (vgl. ebd.). Für die Arbeit mit den Eltern ist anzumerken, dass dies nicht so sein muss. Zentral ist hier vielmehr die Verbindung der Selbstverletzung mit der **Emotionsregulation** und einer vorübergehenden Entlastung. Hinter Selbstverletzungen, so Resch, steht ein „ganzes Motivbündel aus bewussten und unbewussten Anteilen“ (Resch 2017: 39). Hier geht es darum nach der Sichtweise und dem Erleben der Eltern zu fragen und darüber aufzuklären, „dass wir ja eigentlich wissen, dass die überwiegende Mehrzahl der Leute, die sich selber verletzen, sagen, primär geht es um eine Emotionsregulationskomponente.“ (Int. Plener:11:363-365)

Häufige **komorbide Störungen** bei Jugendlichen sind affektive Störungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Resch 2017:39). Wesentlich ist jedoch, und das ist auch ein relevanter Punkt in der psychoedukativen Arbeit mit den Eltern, dass es auch **passageres Auftreten** von selbstverletzendem Verhalten gibt. Es scheint wesentlich, Eltern zu vermitteln, dass dieses als Reaktion auf eine Adoleszentenkrise, eine starke Überforderung in sozialen Nähebeziehungen beispielsweise, **auch vereinzelt oder einmalig auftreten** kann (vgl. ebd.). Wobei die Autor:innen darauf hinweisen, dass Adoleszentenkrisen in psychische Krankheitsbilder übergehen können, „sowie ein Anhalten krisenhafter Risikoverhaltensweisen und psychischer Auffälligkeiten bis ins Erwachsenenalter beobachtet werden [kann].“ (In-Albon et al. 2015:9) Teil der Psychoedukation ist es auch, über die **Prävalenz des Phänomens** zu informieren. Auch Plener hält es für „wahnsinnig wichtig über die Häufigkeit des Phänomens [aufzuklären].“ (Int. Plener:11:351) und betont: „Das ist was eigentlich unglaublich Häufiges, wenn wir davon ausgehen, dass in Österreich ca. ein Fünftel aller 15jährigen sich schon mal selber verletzt hat. Das sind wahnsinnig viele. Und Österreich liegt damit im EU-Schnitt, also nicht bei den Ländern, die vorne dabei sind (...).“ (Int. Plener:11:351-354) Er gibt an, dass Schätzungen zufolge, sich etwa 4% der Jugendlichen selbst verletzen würden und schlägt vor, um die Zahlen den Eltern näher zu bringen, am besten nicht mit Prozentzahlen zu arbeiten, „sondern im Elterngespräch mit Absolutzahlen. Also von 100 machen das vier, also einer von

25 verletzt sich, einer pro Klasse verletzt sich bei 15jährigen wirklich häufig. Und in jeder Klasse wird es einen geben, der das macht. So, damit man das jetzt einmal einordnen kann.“ (Int. Plener:11:356-358)

Häufig treten Selbstverletzungen zyklisch und mehrheitlich in der Adoleszenz auf (vgl. In-Albon et al 2015:7). Studien zeigen eine **signifikante Reduktion selbstverletzender Verhaltensweisen mit zunehmendem Erwachsenenalter** (vgl. ebd). Diese Information kann auch **für Eltern entlastend** sein. Plener würde das den Eltern so erklären: „(...) es ist immer wichtig das Wissen, dass wir als Menschen, wenn wir auf Krisenlagen stoßen, reaktivieren wir alte Verhaltensmuster, die wir immer schon hatten. Also sobald die Anforderung groß genug ist (...).“ (Int. Plener:14:473-475) Nach erneuten Selbstverletzungen nach längeren Pausen können von Seite der Eltern dennoch Enttäuschung, Hilflosigkeit, Frustration oder andere Gefühle entstehen. Eltern können zu dem Eindruck gelangen, dass diese Verhaltensweise das Kind das restliche Leben begleiten würde, da es zu Zeiten, in denen die Eltern eine Verbesserung wahrnehmen, erneut zu Selbstverletzungen kommen kann. Plener hält im Interview jedoch diesbezüglich fest, dass jede selbstverletzungsfreie Phase auch die Idee bestärkt, dass dies auch möglich ist und erläutert, dass dies nach manchmal jahrelangen Selbstverletzungen ein großer Fortschritt sein kann (vgl. Int. Plener:14:485-489). Dem fügt er hinzu, „(...) dass normalerweise dann die Phasen auch wieder kürzer und schneller kontrollierbar werden. Und das, auch wenn man sagt, gut das war jetzt ein Rückschlag, aber meistens dauert der nicht so lange und die Phase, wo es dann wieder ohne geht, wird länger.“ (Int. Plener:14p:489-492) So kann auf ein „**Ausschleichen**“ mit **Verlängerung der symptomfreien Zeiten** hingearbeitet werden. Er meint hierzu: „Ich glaub’, das ist eher das Ziel, weil das so ein starker Mechanismus ist, der so gut funktioniert. Den herzugeben ist schwierig.“ (Int. Plener:15:494-495) Dies ist auch für die Einschätzung der Eltern wesentlich, denn mit der Information, dass das Ziel eher ein **Ausschleichen** als eine möglichst rasche und abgeschlossene Beendigung des selbstverletzenden Verhaltens ist, können sie auch **Rückfälle anders einordnen**. Zusätzlich kann es hilfreich sein zu wissen, dass die Prognose für selbstverletzendes Verhalten gut ist, auch wenn das nicht unbedingt mit einer psychischen Verbesserung einhergehen muss, da es auch beispielsweise eine Verlagerung in Richtung Alkoholkonsum geben kann (vgl. Int Plener:15:510-512) und dennoch: „Wir wissen, dass die meisten Leute auch ohne Therapie aufhören sich zu verletzen, sobald sie 18, 19 werden. Das ist die überwiegende Mehrheit. Das heißt nicht unbedingt, dass es ihnen emotional besser geht.“ (Int. Plener:15:508-510)

Durch eine phänomenologische Vorgehensweise können Gefühle, Sorgen und Unsicherheiten der Eltern Platz finden und validiert werden. Zu Beginn der Arbeit zum Thema Selbstverletzungen mit dem Elternteil gilt es nach **PEA 0** die Situation zu erheben und gemeinsam zu schauen, was das Gegenüber weiß, vermutet oder befürchtet: „(...)die Eltern wissen in vielen Fällen nur einen Bruchteil vom selbstverletzenden Verhalten, weil man viele Körperstellen an seinen jugendlichen Kindern ja nicht mehr zu Gesicht bekommt, aus gutem Grund.“ (Int. Gawel:15:510-512) Diese Vorgangsweise bedient sich offener Fragen, wie Gawel beispielhaft anführt:

„Was wissen Sie? Was sehen Sie? Was nehmen Sie wahr? Wie oft nehmen Sie es wahr? Nehmen Sie wahr, dass ihre Tochter, ihr Sohn, dass sie dann weggeht, er dann weggeht? Dass es da gewisse Auslöser gibt? Gibt's da gewisse Stressfaktoren in eurer Familie, die eher dazu führen? Ja. Was auch immer, in der Familie, im Außen?“ (Int. Gawel:15:513-517)

Wobei sie dazu anmerkt, dass Auslöser oder Stressfaktoren nicht unbedingt aus dem familiären Kontext entstehen müssen. Auch Plener würde ähnlich vorgehen (vgl. Int. Plener:11:362-363). Dann schlägt er vor, über die reine Psychoedukation hinaus im Einzelfall gemeinsam genauer hinzusehen: „Das heißt aber trotzdem auch, warum ist es jetzt bei *Ihrem* Kind so stark?“ (Int. Plener:11:372-373), wobei er dazu rät, andere Komponenten oder beeinflussende Faktoren zu erfragen: „In der Familie interessiert mich vor allem, wie wird mit dem Thema umgegangen? Kann's sein, dass vielleicht auch implizit verstärkende Mechanismen am Aufrechterhalten sind (...) über Aufmerksamkeit oder Ähnliches, soziale Faktoren?“ (Int. Plener:11:367-371) Auch Gawel würde im weiteren Verlauf mit einer weiteren Abklärung der Situation auf Ebene von PEA0 fortfahren: „Dann interessiert mich immer, wissen Sie, wie tief sich Ihr Kind schneidet (...). Ob sich Ihr Kind dann selber auch versorgt? Müssen Sie dann mit Ihrem Kind zum Arzt? Was haben Sie da für Erfahrungen?“ (Int. Gawel:15:519-522) Dann kann geklärt werden, ob eine Erstversorgung der Wunden durch die Eltern notwendig und auch für das Kind akzeptabel ist, „dann sage ich, wissen Sie schon, wie Sie sich dazu verhalten müssen? Wissen Sie, was Sie tun? Was dürfen Sie überhaupt? Was lässt Ihr Jugendlicher überhaupt zu?“ (Int. Gawel: 15:523-524) Auch Plener weist im Experteninterview darauf hin, dass in dem Fall von den Behandler:innen der Jugendlichen mit diesen zu klären ist, wie die **Wundversorgung und Wundkontrolle** aussieht, um Infektionen zu vermeiden (vgl. Int. Plener:12:196-411). Hier kann es sein, dass Eltern wenig über Selbstverletzungen oder deren Hintergründe wissen, bzw. wenig mit ihren Kindern ins Gespräch kommen. Dies macht die Situation für Eltern meist schwieriger, wie es auch Gawel anspricht: „(...) wie oft sind die [Eltern] einfach ausgesperrt und sind in der

totalen Hilflosigkeit.“ (Int. Gawel:16:526) Eine Frage, die sich daher für Eltern im Zusammenhang mit Selbstverletzungen des Kindes auch generell stellt, ist die **Art und Weise, dieses Thema in der Familie anzusprechen**. Die Frage, ob es überhaupt angesprochen werden soll und wann, wo und wie das in einem für alle Beteiligten guten Rahmen stattfinden kann, kann Eltern stark verunsichern. Der Umgang des Elternteils mit Emotionen und der **im Familiensystem gelebte Umgang mit Emotionen** und Emotionsregulation ist Teil der phänomenologischen Erhebung der PEA. In-Albon et al. führen an, dass es in der Arbeit mit den Eltern zu berücksichtigen gilt, dass selbstverletzendes Verhalten auch Teil einer Lerngeschichte sein kann, bei der die Unterdrückung oder ein schwieriger Umgang mit Gefühlen innerhalb der Familie eine Rolle spielen (vgl. In-Albon et al. 2015:50). Ergeben sich in der therapeutischen Arbeit mit den Eltern Fragen nach der Thematisierung von Selbstverletzungen im familiären Rahmen, ist aus existenzanalytischer Sichtweise ein gemeinsames Finden einer Antwort zentral. Es geht hier darum, was für die betroffene Person möglich und in letzter Konsequenz auch stimmig und sinnvoll ist (siehe zentrale Fragen der vier Grundmotivation Kapitel 3.1). In diesem Prozess können den Eltern Informationen als Orientierungshilfe zur Verfügung gestellt werden, die gerade in einer starken Überforderungssituation haltgebend fungieren. Plener berichtet im Interview aus der klinischen Praxis: „Ich glaub’, was Eltern als allerersten **Impuls** ganz häufig zeigen, ist **Kontrolle ausüben zu wollen**.“ (Int. Plener:12:411-412) und drückt sein grundsätzliches Verständnis dafür aus. Und dennoch betont er, dass damit nie eine absolute Sicherheit erreicht werden kann. Im Gegenteil, **gegebenenfalls kann dies das Verhalten sogar verstärken**: „(...) also, man schließt alles Scharfe weg oder versperrt die Laden mit den Messern. Aber das muss man den Leuten auch ganz klar sagen, dass das sich in aller Regel vielleicht auch sogar in eine Negativspirale hineinschaukeln kann.“ (Int. Plener:12:412-415) In einer Realitätsklärung bleibt mit den Worten Pleners festzuhalten: „Man kann es nicht kontrollieren. Also man muss aufpassen, dass man nicht in ein Machtspiel eintritt, im Sinne von, ich schließe alles Scharfe weg, und der Jugendliche fühlt sich aufgefordert zu zeigen, naja, es geht trotzdem.“ (Int. Plener:12:415-417) Um dies zu verdeutlichen, bringt er ein Beispiel aus dem klinischen Alltag: „Weil auf jeder geschlossenen Station, auf der man sehr gut auf Dinge aufpasst, die Patienten haben dürfen, wird man sich trotzdem selbst verletzen können. Das erleben wir jeden Tag eigentlich, dass auch sehr kontrollierte Umgebungen immer ein Restrisiko bieten (...).“ (Int. Plener:12p:419-221) Den Eltern gibt er daher nach Möglichkeit den Rat: „Auf diese Machtspiele, würde ich Eltern immer sagen: gar nicht

eingehen. Es wird immer die Chance geben, sich selber zu verletzen, wenn man will.“ (Int. Plener:13:422-423)

Eine **völlige Tabuisierung von selbstverletzendem Verhalten** hingegen und schließlich der auch für den/die* Jugendliche* damit in Zusammenhang stehenden Emotionen **verhindert damit auch eine emotionale und kognitive Bearbeitung**. Daher kann nicht nur eine Bearbeitung der Stellungnahme des Elternteils unterstützend sein, auch auf ein fortlaufendes therapeutisches Angebot für das Kind soll als Teilentlastung der Eltern geachtet werden. Für die Kommunikation der Eltern mit dem Kind zum Thema Selbstverletzungen stellen In-Albon et al. Kommunikationsregeln auf (siehe Abb.3). Ein Zurverfügungstellen dieser Regeln kann als hilfreich empfunden werden, wesentlich ist aber, diese nicht als gegeben anzunehmen. Bei Interesse des Elternteils können diese gemeinsam durchgegangen werden, um zu schauen, was in welcher Form als passend und stimmig erlebt wird und übernommen werden kann. Es gilt gemeinsam zu evaluieren, was diese Regeln im je eigenen familiären Alltag bedeuten und was daraus in der individuellen Situation hilfreich sein könnte. Folgende Regeln können hier Bearbeitung finden und Orientierung in der Kommunikation geben:

- „- Das Thema Selbstverletzung sollte von Eltern offen und so früh wie möglich angesprochen werden. Eltern sollten nicht glauben, dass ihr Kind aus diesem Verhalten „herauswächst“ und dass von selbst aufhören wird.
- Eltern sollten versuchen, ihre Sorgen konstruktiv zu verwenden, indem sie ihrem Kind dabei helfen, den Einfluss ihrer/seiner selbstverletzenden Handlungen auf sich selbst und auf andere zu verstehen.
- Es ist sehr wichtig, dass Eltern die Gefühle ihres Kindes ernst nehmen und wertschätzen. Dies ist etwas anderes als das selbstverletzende Verhalten wertzuschätzen.
- Eltern sollten darauf achten, keinen Druck auf ihre Kind auszuüben, wenn es nicht mit ihnen sprechen will. Selbstverletzendes Verhalten ist ein sehr emotionales Thema und das Verhalten selbst ist häufig ein Hinweis auf Schwierigkeiten dabei hat, Emotionen verbal auszudrücken.
- Eltern sollten Rücksicht darauf nehmen, dass direkte Fragen zuerst meist als beängstigend und invasiv erlebt werden, vor allem, wenn sie von einer Bezugsperson gestellt werden, an der dem Jugendlichen etwas liegt.
- Machtkämpfe sollten unbedingt vermieden werden. Eltern können das Verhalten ihres Kindes nicht kontrollieren und es ist meistens nicht zielführend von dem Kind zu verlangen, das selbstverletzende Verhalten zu beenden.
- Eltern können aber ihrem Kind dabei helfen, das Problem und die Notwendigkeit sich helfen zu lassen zu erkennen. Sie sollten nicht versuchen das Problem ohne professionelle Hilfe in den Griff zu bekommen.“ (In-Albon et al. 20214:51)

Eine wichtige Komponente bei der Thematisierung durch die Eltern spricht Plener im Interview an: „(...) Barry Walsh hat das mal **low key dispassionate demeanour** genannt, das heißt, dispassionate, ich geh’ da nicht leidenschaftlich mit sehr viel Emotion rein. Oh mein

Gott, wie konntest du dir das antun, das muss doch weh tun, oh mein Gott (...).“ (Int. Plener:13:441-443) Hierbei merkt er an, dass dies seiner Erfahrung nach den Eltern oft sehr schwerfällt. „Also, das ist gar keine Verurteilung oder Ähnliches, die sehen, ihr Kind ist verletzt. Eltern reagieren auf verletzte Kinder, üblicher Weise, aber hier geht’s drum, dass man sagt, Emotionen eher runterholen und das auf die Ebene einer Wunderversorgung stellen.“ (Int. Plener:13:446-448) Er meint also:

„(...) es geht darum, wie wenn man sich irgendwie gestoßen hätte und jetzt in der Situation nicht verstärkend zu werden, sondern, und zu sagen, dass ist jetzt eine hohe Kunst, was ist denn heute gewesen, dass das wieder so stark... weil dann verknüpfe ich einen auslösenden Reiz mit dem selbstverletzenden Verhalten und schenke dem ganzen Aufmerksamkeit und bringe einen Verstärker in die ganze Situation hinein.“ (Int. Plener:13:450-454)

Damit sagt er nicht, dass Selbstverletzungen nicht von den Eltern angesprochen oder besprochen werden sollen, aber er rät klar zu einer **zeitlichen Distanz zur Situation**. Dem fügt er hinzu, dass es ideal wäre, bereits vor der Situation ins Gespräch zu kommen: „Das Ziel ist immer, Leute zu erwischen, denen es schlecht geht, bevor sie ins Handeln kommen und das Sprechen statt dem Handeln ein bissl zu trainieren.“ (Int. Plener:14:457-459) Auch mögliche Vorwürfe, die von Seiten der Eltern in dieser Situation aufgeworfen werden könnten, wurden im Interview angesprochen. Plener räumt hier ein:

„Ja, ist eh schwer genug, weil natürlich, wenn das jetzt die dreihundertste Selbstverletzung ist, wegen der man ins Spital fährt, fällt’s einem natürlich schwer, an sich zu halten. Das kann ich auch sehr gut nachvollziehen, aber alles, was emotional ist, und das wäre ja Vorwürfigkeit in dem Zusammenhang auch, ist relativ schlecht in der Situation.“ (Int. Plener:14:465-468)

Wertvoll kann es ebenso sein, wie ein anderer Interviewpartner anführt, den Eltern zu vermitteln, „dass es wieder diese Mischung aus klarer Botschaft, was man davon hält, und einer gewissen zugewandten Freundlichkeit auf der Handlungsebene braucht (...).“ (Int. Eder:15:504-506) Auch er thematisiert, dass es wichtig ist, dem Thema einen nicht zu zentralen Platz einzuräumen. „(...)um’s vielleicht auch nicht von außen so in den Fokus zu rücken und im Fokus zu halten, dass es eigentlich für den Jugendlichen quasi keinen gesichtswahrenden Ausweg gibt.“ (Int. Eder:15:506-508) Dabei, so Eder, ist es hilfreich, **keine direkten Konsequenzen** an das selbstverletzende Verhalten oder dessen Fehlen zu knüpfen, um dem Verhalten keine das Leben zu sehr steuernde Rolle zuzuschreiben (vgl. ebd), „weil da gibt’s für den Jugendlichen auch kaum eine Möglichkeit ohne Gesichtsverlust und dem Gefühl des Nachgebens oder des Sichunterwerfens an die Regeln, das wieder auszulassen und ziehen zu lassen.“ (Int. Eder:15:511-513)

Ein weiterer Punkt, der mit den Eltern gegebenenfalls bearbeitet wird, ist die Tatsache, dass **Vorgaben von außen**, was die Beendigung selbstverletzenden Verhaltens betrifft, eventuell **zum Gegenteil führen** können. Wie Eder beschreibt: „Das als „eigene Leistung (...) oder eigene Entscheidung (...) zu erleben ist unmöglich (...), oder sehr, sehr, sehr schwierig, wenn von außen viel massivere Forderungen und Grenzen und sonstwas kommen. Da wird man dann von außen in so eine Null-oder-Eins-Position gebracht.“ (Int. Eder:15:516-519) Wie der Interviewpartner im weiteren Verlauf des Gesprächs beschreibt, kann eine starke generelle Abwertung und Betonung des selbstverletzenden Verhaltens, beispielsweise mit der Feststellung „(...) auch, wenn du's weniger tust, aber du tust es noch.“ (Int. Eder: 15:521) die Reduktion desselben hemmen oder verhindern. „Also, da ist auch so wenig Raum für eine organische Entwicklung.“ (Int. Eder:15:522)

Ein zusätzlicher Faktor, der von Eltern in manchen Fällen beobachtet wird, ist die **Verbreitung** von selbstverletzenden Verhaltensweisen **im Freundeskreis** der Jugendlichen. Hierzu gilt es zu sagen, dass die hohe Orientierung an der Peer-Group altersspezifisch ist, wie Längle es zusammenfasst: „Man merkt, sie [die Jugendlichen] vertrauen ihren eigenen Überlegungen und den Peers und so, wo sie drinnen sind, immer mehr, schließlich mehr als den Eltern selber. Und das ist ein wichtiger Schritt in der Entwicklung der Autonomie.“ (Int. Längle:3:89-91) Liebermann et al. (2009) weisen im Bezug auf selbstverletzendes Verhalten in Jugendgruppen darauf hin, dass offen gezeigte Spuren der Selbstverletzung einen starken Kommunikationsaspekt besitzen. Zusätzlich kann, so die Autor:innen, der Faktor der Provokation der Erwachsenen einen verstärkenden Effekt haben (vgl. ebd.). „Der Drang, sich selbst zu verletzen, kann ansteckend werden – es gibt Gruppen, in denen, kaum dass einer sich zu schneiden beginnt, die anderen bereitwillig mitziehen“, beschreibt auch Resch (2017:12). Eine Sichtbarmachung des eigenen Leides über beispielsweise Ritzen oder Schneiden kann in der Peer-Group ein Zugehörigkeitsgefühl erzeugen und für einzelne Mitglieder einen phasenweisen Wechsel zwischen Unterstützung einfordernder und unterstützender oder sogar helfender Rolle ermöglichen. Plener beschreibt im Interview, dass es nicht an sich problematisch ist, über selbstverletzendes Verhalten zu sprechen, aber es dann wird, wenn eine Identifikation stattfindet und die Verhaltensweise als mögliche Problemlösung angenommen wird: „(...) also der Person geht's genau so wie mir, das ist ja vielleicht auch eine Option.“ (Int. Plener:16:528) Dem fügt er hinzu: „(...) wenn man wegkommt von der Glorifizierung zu einem, es ist ein Emotionsregulationsmechanismus, aber es ist halt einer, der eigentlich ziemlich dysfunktional ist, dann ist es in der

Kommunikation prinzipiell besser.“ (Int. Plener:16:537-539) Für die Eltern wird in vielen Fällen rasch klar, dass ein Verboten oder eine von den Eltern gewünschte Einschränkung bestimmter Sozialkontakte häufig bei Jugendlichen den gegenteiligen Effekt zeigt. Hilfreicher ist es hier, dem Kind eine Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und gegebenenfalls mit Überforderungen in sozialen Situationen in einer entsprechenden Therapie zu ermöglichen. Dabei kann erneut klar gemacht werden, dass es Unterstützung gibt, aber nicht mit dem Ziel einer sofortigen, schlagartigen Veränderung. Mit den Worten von Gawel: „Dann sag' ich oft: Sie werden vielleicht schon gehört haben, dass es da gewisse Methoden gibt, die man einsetzen kann, um es vielleicht ein bisschen zu minimieren. Nicht gleich, um es wegzukriegen (...).“ (Int. Gawel:16:530-532)

Können die Eltern das Ausmaß und die Gefahren des selbstverletzenden Verhaltens mit Unterstützung durch die* Therapeut:in einschätzen, kann gemeinsam ein erstnehmender, aber auch ein Stück weit akzeptierender oder nachsichtiger Umgang entwickelt werden. Hier kann es darum gehen, die momentane Situation erstmal als solche auszuhalten (1. Grundmotivation) und für dieses **Aushalten** alle damit in Verbindung stehenden Fragen und alle auftauchenden Gefühle zu thematisieren. Ein **Annehmen** der momentanen Realität (ebenfalls 1. Grundmotivation) ist wichtig, um nicht den Druck für alle Beteiligten zusätzlich zu erhöhen. Denn „kaum eine Veränderung gelingt auf Anhieb, das muss man jetzt einmal so sagen. (...) Ich sag' immer Tennisspielen, Klavierspielen, (...), Eislaufen, Serviettenfalten (...), Lesen, Schreiben, nix davon klappt auf Anhieb und ohne Patzer.“ (Int.Eder:15p:524-531) So **trägt eine Unterstützung der Eltern auch zu einer Unterstützung des gesamten Familiensystems bei**. Die Stärkung familiärer Ressourcen unterstützt so auch die Jugendlichen bei Bewältigung emotionaler Schwierigkeiten (vgl. In-Albon et al. 2015:49pp). Nach Möglichkeit und Zustimmung aller Beteiligten kann auch mit der* involvierten Kinder- und Jugendtherapeutin Kontakt aufgenommen werden. Plener empfiehlt im Interview ein gemeinsames Gespräch mit der Familie, in dem Jugendliche den Eltern erlernte **Skills** zeigen können. Zum Einen sieht er dies als wichtige Maßnahme, „weil das auch dem Jugendlichen zeigt, dass die Eltern sich committen und bereit sind, an sich zu arbeiten, was unglaublich viel wert ist und das Commitment der Jugendlichen dann auch erhöhen kann.“ (Int. Plener:18:626-629) Zum Anderen sieht er es als hilfreich, „auch vor dem Hintergrund, dass natürlich vielleicht eine genetische Last auch da sein kann und eine möglicherweise nicht ganz so intakte Emotionsregulation (...).“ (Int. Plener:18:623-625) Die **Thematisierung der Emotionsregulation der Eltern** und der Umgang mit Emotionen im familiären Kontext

können im Kontext der eigenen Psychotherapie angeschaut und gegebenenfalls bearbeitet werden.

4.7 Umgang mit Krisen und Suizidalität

Der Alltag mit Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung bringt **wiederkehrende Krisen** mit sich. Auch Lebensüberdruß, Suizidgedanken, konkrete Suizidpläne oder Suizidversuche können Teil dieser Krisen sein. Baierl hält fest: „Die beständigen inneren Wechsel, die gefühlte Not, die anders noch nicht abbaubaren Spannungen, die Tendenz zu dramatischem Erleben, die Ausweichbewegungen und die Versuchung zu manipulieren, werden immer wieder zu Krisen führen.“ (Baierl 2014:148) Für Eltern stellen diese Phasen ebenfalls eine hohe Belastung dar. Im therapeutischen Setting geht es darum, zu entlasten, **Ressourcen der Eltern zu (re)aktivieren**, aber auch gemeinsam zu einer **Einschätzung krisenhafter Situationen** zu kommen. Wesentlich ist, dass der Elternteil Suizidalität **erkennt, ernst nimmt und einschätzen kann**, in welchen Fällen konkretes und sofortiges Handeln gefragt ist. Zusätzlich ist es essenziell, den Elternteil **über Hilfsangebote** zu **informieren**. An welche Stellen kann er/sie* sich beispielsweise auch in der Nacht wenden, sollte sich die Situation zu Hause besonders schwierig gestalten. Außerdem kann besprochen werden, wie eine mögliche Suizidalität angesprochen werden kann.

Mögliche **Hinweise auf eine Verschlechterung** des Zustandes der* Jugendlichen können vermehrter sozialer Rückzug, eine verstärkte Tag-Nacht-Umkehr, Schlafstörungen oder beispielsweise auch Stimmungsschwankungen sein, die stärker als gewöhnlich ausfallen. Hier kann auch eine plötzliche Veränderung der Stimmung in eine positive Richtung, trotz gleichbleibender Probleme oder Schwierigkeiten im Alltag, auftreten. Aus meiner Erfahrung mit Eltern beschreiben diese einen manchmal **appellativ** wirkenden Charakter von Suizidankündigungen, die sie teilweise als erpresserisch wahrnehmen. Damit gehen Schwierigkeiten in der Gefährdungseinschätzung durch die Eltern einher. Auch Baierl behandelt diesen Punkt und führt an, dass es sich lohnt zu hinterfragen, „welcher Appell ausgesprochen wird beziehungsweise was demonstriert werden soll.“ (Baierl 2014:148), wobei er darauf hinweist, dass auch manipulativ gedachte Suizidversuche gefährlich sein können (vgl. ebd.). Eltern bewegen sich im **Spannungsfeld** zwischen **ernsthafter Selbstgefährdung** der* Jugendlichen und der schwierigen Aufgabe, bestimmten **Dynamiken standzuhalten** bzw. ihnen etwas entgegenzusetzen. „Einerseits gilt es, Krisen als solche ernst zu nehmen, andererseits sollten Sie aufpassen, dass diese nicht zu viel Raum einnehmen. Vor

allem aber dürfen Sie sich durch Krisen nicht erpressen lassen.“ (Baierl 2014:148), so der Ratgeber für Eltern. Hier gilt es, die Situation einzuordnen und zu unterscheiden, wann welche konkreten Handlungen gesetzt werden müssen. **Suizidgedanken an sich sind nicht automatisch gefährlich**, wie das nächste Kapitel beschreibt.

4.7.1 Unterscheidung Suizidgedanken und akute Suizidalität

Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass es für Jugendliche nicht einfach ist (mit Erwachsenen) über Suizidgedanken zu sprechen. Es handelt sich immer um den Ausdruck einer **Notlage**. Auch für Eltern ist das Thema häufig erschreckend. Beim Thema Suizidgedanken, so Eder im Interview, ist es relevant, „ein Stück zu entängstigen, auch zu betonen, dass auch das letztlich eine physiologisch altersentsprechende Überlegung ist. So vom Prinzip her auch wieder, wer bin ich, wo bin ich (...) und was ist, wenn's mich nimmer gibt.“ (Int. Eder:16:537-542) So ist es auch für Eltern wichtig, grob einordnen zu können, wann eine Gefährdung vorliegt und **professionelle Hilfe** auch **akut** in Anspruch genommen werden muss. Hier können **Handlungsmöglichkeiten der Eltern** und deren **Begrenzung** besprochen werden. Eder meint dazu:

„Und man muss halt sagen, Suizid ist letztlich die ultimative Autonomie. (...) Und gleichzeitig schon auch klarzumachen, dass nicht jeder Suizidgedanke die Notwendigkeit hat, Feuerwehr, Polizei und ich weiß nicht was zu involvieren und gleichzeitig es aber auch nicht [zu bagatellisieren, Anm. K.B.]: ja, das sagst immer oder lass' mich damit in Ruh', ich kann's nicht mehr hören.“ (Int. Eder:16:542-549)

Auch Gawel weist darauf hin, dass es wesentlich ist, die Situation zu **klären** und **ernst** zu **nehmen**, auch wenn Eltern mit **Bagatellisierungen** reagieren. Sie berichtet im Interview, „dass das sehr oft wegbagatellisiert wird.“ (Int. Gawel:16:543) und bringt diesbezüglich Beispiele aus der Praxis: „Das Leben ist halt so und das hältst schon aus. Und führ' dich nicht so auf (...). Dir geht's doch eh so gut, andern geht's viel schlechter.“ (Int. Gawel:16:543-546) In der Analyse dieser elterlichen Reaktion beschreibt sie das als gewisse „**Schutzreaktion**, wenn es mir selber zu viel wird. Weil als Eltern, wenn mein Kind sich das Leben nehmen will, ist das natürlich bedrohlich.“ (Int. Gawel:16:547-549)

Dem Elternteil kann im Rahmen der Therapie **Unterstützung im Finden einer Einschätzung** einzelner Situationen angeboten werden. Auch in diesem Bereich ist die PEA ein wertvolles Instrument. In einem ersten Schritt wird nach einer möglichst genauen und dichten **Beschreibung der jeweiligen Situation** gefragt, um danach zu erkunden, wie es dem Elternteil in dieser Situation gegangen ist und jetzt damit geht. Gawel führt beispielhaft folgende Fragen an: „(...) was sagt Ihr Kind? Was genau sagt er oder sie? Worum geht's da?

Ist das etwas, ja, dann bring' ich mich um oder ist das etwas, etwas Konkretes? Wie geht's Ihnen auch dabei? Was spüren Sie, wenn Ihr Kind...?“ (Int. Gawel:16:539-541)

Zusätzlich zur Gefährdungseinschätzung kann die Therapie also **Raum für eine eigene Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid und Suizidgedanken** bieten. Fragen wie, was macht das mit Ihnen oder wie geht es Ihnen da und wie reagieren Sie in spezifischen Situationen, können Thema sein. Es bietet sich die Möglichkeit, „sich prinzipiell damit zu beschäftigen, was halte ich davon, wie stehe ich dazu.“ (Int. Eder:17:562-563) Eine **Enttabuisierung** des Themas **beginnt (auch) in der Therapie der Eltern**, wobei Eder darauf hinweist, dass das Nachdenken über Suizid „noch nichts Bedrohliches und schon gar nichts Pathologisches ist, weil ja doch die überwiegende Mehrheit der Menschen das Thema dann auch wieder mal in den Hintergrund räumt mit einem grundsätzlichen: Ja, hff, quasi ist eine Möglichkeit, aber eigentlich, ich strebe es nicht an.“ (Int. Eder:17:563-566) Auch für die Jugendlichen sei diese **Haltung der Eltern** wichtig, so Eder im Interview, da auftretende Suizidgedanken auch für sie sehr beängstigend sein können. In der Arbeit mit den Eltern kann im weiteren Prozess geschaut werden, ob es für sie möglich und stimmig ist im Gespräch mit dem/der* Jugendlichen darauf einzugehen. Suizidgedanken oder eine mögliche Suizidalität anzusprechen kann auch Eltern Überwindung kosten. Umso wichtiger scheint es, dass sie den Anfang machen und das Thema in der Familie **nicht zum Tabu** wird (vgl. Baierl 2014:187).

4.7.2 Handeln bei akuter Suizidalität

In manchen Fällen werden Eltern auch von Seiten des/der* Jugendlichen und deren Behandler:innen in die **Sicherheitsplanung** miteinbezogen. Falls eigene Sorgen und Ängste der Eltern dort nicht ausreichend besprochen werden können, da dies den sicheren Raum des Kindes einschränken würde, bietet die eigene Psychotherapie Raum und Zeit für die Bearbeitung der elterlichen Sorgen und Ängste. Wenn die Befürchtung einer Gefährdung im Raum steht und der/die* Jugendliche beispielsweise bereits Suizidgedanken thematisiert hat, ist es wichtig, mit dem Elternteil einen Plan für den Notfall zur erarbeiten. Denn „Eltern müssen wissen, wo sie anrufen können 24/7.“ (Int. Plener:16:560) Grundsätzlich basiert das Vorgehen der Eltern auf deren Einschätzung der Situation. Zuerst geht es also darum, im Kontakt mit dem Kind die Situation zu erfassen und zu einer **Einschätzung der Gefährdung** zu kommen. Ausschlaggebend ist, dass sich Eltern nicht vollkommen sicher sein müssen und, auch wenn sie die Situation alleine nicht einschätzen können, ohne Verzögerung Unterstützung suchen. Suizidankündigungen und Warnsignale müssen in allen Fällen ernst

genommen werden. Wenn es eine Möglichkeit gibt, in einem ersten Schritt Unterstützung anzubieten oder Symptome zu lindern, soll dies auf jeden Fall gemacht werden. Hier kann in der Arbeit mit den Eltern erschlossen werden, inwieweit es dem Elternteil möglich ist, auf die emotionale Situation des Kindes einzugehen oder sogar zu versuchen das Kind zu entlasten. Die Möglichkeiten der Krisenbewältigung im familiären Rahmen sind nicht immer konstant, daher kann es wichtig sein, weitere Leute einzubeziehen bzw. professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eltern und Kind sollten dies nach Möglichkeit schon vor dem Auftreten einer Krisensituation besprechen und verbindliche **Krisenpläne mit Wenn-Dann-Bedingungen** vereinbart haben. Baierl erläutert, dass im Vorfeld festgelegt werden soll, „wer was tut beziehungsweise nicht tut“ (Baierl 2014:149), damit dies nicht im Krisenfall diskutiert werden muss (vgl. ebd.). Dies gibt beiden Seiten **Sicherheit und Halt in schwierigen Situationen**. Eine **emotionale Zuwendung** des Elternteils scheint in diesem Zusammenhang genauso wichtig wie das Vermeiden einer von **ständiger Angst** und **Überfürsorge** geprägten Haltung. Wenn sich Jugendliche gerade stark in einem Ablösungsprozess von den Eltern befinden oder das Verhältnis generell schwierig ist, kann es sein, dass sie es ablehnen, gemeinsam mit den Eltern Krisenpläne zu besprechen. In solchen Fällen kann mit den Eltern **ein Notfallplan für Akutsituationen** erstellt werden, der ihnen Sicherheit gibt (1. Grundmotivation). Wesentlich ist es hier, dass klar ist, welche Institutionen kontaktiert werden können - welche Klinik ist beispielsweise zuständig und unter welcher Telefonnummer erreiche ich dort auch nachts jemanden. Wie komme ich mit meinem Kind in diese Klinik, welche Möglichkeiten habe ich auch gegen den Willen des Kindes mit ihm die Klinik aufzusuchen, wann sind beispielsweise Rettung und/oder Polizei zu verständigen und wie ist normalerweise das zu erwartende Vorgehen der Einsatzkräfte etc. Zudem gibt es bestimmte Hinweise in der Risikoeinschätzung, auf die Eltern achten können. Baierl listet Hinweise auf und meint:

„Für ein eher hohes Risiko sprechen: klarer Todeswunsch; unklare Absprachefähigkeit; Wahl eher harter Methoden; Nutzung objektiv gefährlicher und vom Jugendlichen als gefährlich eingeschätzter Substanzen oder hohe Dosierung; detaillierte Planung; geringe Wahrscheinlichkeit, rechtzeitig entdeckt und gerettet zu werden; geringer Appellcharakter; berauschter Jugendlicher und das Vorliegen von vielen Risikofaktoren.“ (Baierl 2014:189)

Auch bisherige Suizidversuche oder akute Belastungen erhöhen das Risiko (vgl. ebd.), besonders zu nennen sind Suizide oder Suizidversuche im Freundeskreis, wobei sich dies auch auf Online-Freundschaften beziehen kann, die Eltern manchmal nicht direkt im

Blickfeld haben. Besonders von Bedeutung ist es jedoch, dem Elternteil zu erklären, dass weder das Fehlen noch das Vorhandensein dieser Anzeichen eine Garantie darstellen.

4.7.3 Elterngespräche nach einem Suizidversuch

Nach Suizidversuchen geht es nicht nur um die Not der/des* betroffenen Jugendlichen, auch der Leidensdruck der gesamten Familie gerät in den Fokus. Durch eine Entlastung der Eltern kann sich die Familiensituation stabilisieren, was wiederum allen Familienmitgliedern zugute kommt. Es werden dabei **verschiedene Elemente** wirksam: Erstens eine **grundsätzliche Information** zum Phänomen an sich, wie Eder es beschreibt:

„Auch ein bisschen über die Fakten aufzuklären, in welchem Alter das halt international so ist und wo möglicherweise eben diese Impulsivität einen geschwinder als zu anderen Lebenszeiten zu dem Punkt bringt, wo man das Gefühl hat, man hat gar keine Idee außer der einen, was man tun könnte, um mit irgendwas umzugehen.“ (Int. Eder:17:581-585)

Zweites steht in einem weiteren Schritt eine **gemeinsame Analyse der Situation** im Mittelpunkt. Als Kinder- und Jugendpsychiater führt Plener aus: „Also ich würd' gern wissen, wie die Situation von den Eltern erlebt wurde. Ob es Hilferufe, versteckte, vielleicht auch Ankündigungen gab. Oder man kann auch durchaus diskutieren, ob aus Elternsicht das nachvollziehbar war vom Stressor her (...)“ (Int. Plener: 17:593-595) Bei der Analyse der Situation zeigt sich die Belastung des Elternteils, Eder meint dazu:

„Das ist tatsächlich eine ganz, ganz schwierige Sache, den Ängsten aber auch den Vorwürfen und den ganzen negativen Gefühlen irgendwie standzuhalten und trotzdem zu versuchen mehr als *eine* Perspektive zuzulassen. Und den Blick so ein bisschen schweifen zu lassen, welche Bedeutung es haben könnte“ (Int. Eder:17:577-579)

Im Zuge dieses Schritts gibt es in der Therapie **ausreichend Raum für die Gefühle** des Elternteils. Drittens kann in der Therapie Zeit dafür sein, gemeinsam zu schauen, ob es eine für Mutter oder Vater mögliche und **stimmige Weise** gibt, den entstandenen **Vertrauensverlust anzusprechen**, ohne dabei zusätzliche Enge zu erzeugen (vgl. Int. Eder). Gleichzeitig, so führt der Interviewpartner aus, ergibt sich gerade bei Elterngesprächen die Frage der Schuld. Habe ich als Elternteil zum Beispiel etwas nicht oder nicht rechtzeitig bemerkt oder falsch eingeschätzt? (Siehe hierzu auch Kapitel 4.8)

Eder empfiehlt auf Basis dieser Analyse viertens die gemeine Suche nach konstruktiven Wegen für den **Umgang mit ähnlichen Situationen in der Zukunft**. Dabei macht Eder darauf aufmerksam, dass zu enge oder kontrollierende Grenzsetzungen als Reaktion zwar verständlich, aber auch nicht zielführend sind: „(...) dass nicht sozusagen nach (...) einem Suizidversuch heraus dann jahrelange Hemmung der Entwicklung stattfindet, indem es

überhaupt nicht altersgemäße Einschränkungen gibt.“ (Int. Eder:18:599-601) Gleichzeitig geht es aber auch darum, die Situation ausreichend ernst zu nehmen und „darauf hinzuweisen, dass das trotzdem eine Gefahr, eine Gefährdung und eine gravierende Situation ist, die mit bloßer Abwehr nicht konstruktiv lösbar ist.“ (Int. Eder:18:601-603) Die gemeinsame Einschätzung der Situation und ihres Gefährdungsgrades bedarf einer gemeinsamen Evaluation mit dem Elternteil. Wie Eder darlegt: „(...) sich Schneiden kann recht grauslich sein, kann auch seine Folgen haben, aber vom Gefährdungsgrad ist natürlich eine Strangulation oder ein Aus-dem-Fenster-Springen in Wirklichkeit sehr viel höher.“ (Int. Eder:18:610-612)

Zusammengefasst geht es um eine elterliche und **personale Stellungnahme daraus hervorgehenden Handlungs- bzw. Verhaltensweisen** zwischen zu viel und zu wenig, zu behütend und damit einschränkend, und zu wenig ernstnehmend am anderen Pol des Spektrums. Auch hier kann ein therapeutisches Setting und damit ein geschützter Raum außerhalb des familiären Rahmens eine Ressource sein. So geht es darum „letztlich eben auch zu verstehen und der Geschichte auch Raum zu geben und ein bisschen Geburtshilfe auch zu leisten, vielleicht offensichtliche Themen oder Emotionen, wenn sie nicht kommen, anzusprechen.“ (Int. Eder:18:614-616) Aus seiner klinischen Erfahrung an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie schildert der Interviewpartner, dass es in Elterngesprächen nach Suizidversuchen von Jugendlichen hilfreich sein kann, die „eigene Betroffenheit auch anzusprechen, um zumindestens den **Raum zu öffnen und vorzuleben**, dass es möglich ist, darüber zu sprechen. Dass man das kann und dass man das darf.“ (Int. Eder:18:622-624) Im Einzelfall kann eine Art „Normalisierung“ auftretender Gefühle, wie beispielsweise Wut, Trauer oder Scham in einer Überforderungssituation die sich so überhaupt nicht „normal“ anfühlt, unterstützend sein. Ein gemeinsames Finden der passenden Worte für die eigenen Gefühle kann hier erste Orientierung schaffen. In Folge kann, wenn es das Anliegen des Elternteils ist, ein Gespräch mit dem Kind vorbereitet werden. Längle empfiehlt auch, **Dialoge im Rollenspiel** anzubieten und unabhängig davon zu besprechen: „Wie kann ich das ansprechen, was soll ich tun, wenn ich gerade dazu komm', wie soll ich da reagieren?“ (Int. Längle:16:548-549) Auch Gawel legt dar, dass bei Suizidgedanken sowie bei Suizidversuchen für sie als Kindertherapeutin das gemeinsame Gespräch mit Eltern und Kind wichtig ist: „Also ich persönlich setz' sie mir dann gemeinsam rein einmal in einer Stunde und schau', wie sie miteinander reden und auch, wie es mir geht“ (Int. Gawel:16:559-661)

Plener weist zusätzlich darauf hin, dass der **Zeitpunkt** des Gesprächs von Bedeutung sein kann:

„(...) also wir haben ja bei Suizidversuchen ein kurzes Window of Opportunity, das sich auch schnell wieder schließen kann. Weil die Meisten, die einen Suizidversuch überlebt haben, sind ja froh, dass sie's überlebt haben. Das kann auch binnen weniger Tage wieder rückläufig sein, aber da ist was, wo ich oft eine höhere Bereitschaft hab', an Lösungen zu arbeiten.“ (Int. Plener:17:595-599)

Zur Gesprächsbereitschaft der Jugendlichen ergänzt er, dass die **Bereitschaft der Eltern** zu dieser Zusammenarbeit auch von bisherigen Suizidversuchen des Kindes und deren Frequenz abhängt: „(...)wenn wer jetzt 15 Suizidversuche gemacht hat, dann ist die Erschöpfung eine hohe beim Umfeld und dann kommen die leicht in eine Dynamik hinein, dass sie sagen, mah, interessiert mich nicht mehr.“ (Int. Plener:18:607-609) Grundsätzlich, so hält er indes fest, ist das „nicht so häufig und dann hat man oft eine große Betroffenheit nach dem Suizidversuch und auch eine Motivation, sich externe Hilfe dazu zu holen, die man nutzen kann.“ (Int. Plener:18:610-612) Für therapeutische Gespräche mit den Eltern bleibt es wesentlich, mit **Halt gebender**, aber auch **präventiver Intention Handlungsmöglichkeiten** für die Zukunft zu besprechen. Denn „man kann gemeinsam in eine Diskussion kommen, basierend auf dem jetzigen Anlassfall, über Auslöser der Suizidalität und was Eltern tun können, um sie zu erkennen und auch rückzumelden.“ (Int- Plener:18:615-617) So wird sichergestellt, dass Eltern mit diesem Thema nicht allein bleiben und entsprechende Unterstützung erhalten.

4.7.4 Suizidprävention

Häufig geht Suizidversuchen eine **längere Zeit des Abwägens** bzw. der Entscheidungsfindung voraus. Das bedeutet auch, dass es mögliche Anzeichen geben kann, die aber manchmal erst im Nachhinein verstanden werden (vgl. Baier 2014:186). Wesentlich für Eltern ist, dass Ankündigungen eines Suizids immer ernst zu nehmen sind. Auch Äußerungen der Hoffnungs- oder Hilflosigkeit, vermehrter sozialer Rückzug, das Verschenken von Gegenständen, die von besonderem persönlichen Wert sind, können beispielsweise weitere Anzeichen sein. Neben dem Ernstnehmen solcher Anzeichen ist es wichtig, dass Eltern die Situation nicht durch Schuldzuweisung verschlechtern oder dem/der* Jugendlichen ein schlechtes Gewissen machen. Auch wenn die subjektive Belastung des Elternteils hoch ist, dienen Sätze wie „Was tust du mir an?“ eher zu einer Verschärfung als einer Entlastung der Situation. Das Bewerten und Verurteilen der Suizidgedanken bzw. der Suizidalität wird zur zusätzlichen Belastung für das Kind, das dies gegebenenfalls als Kränkung und Provokation empfindet und überschwänglich emotional reagiert. Auch ein

Gesprächsabbruch durch den Elternteil und damit das Alleinlassen des Kindes kann vermieden werden, indem der **Elternteil seine Emotionen** gesondert in der Therapie **bearbeiten** kann. Eine zu rasche Suche nach Veränderungsmöglichkeiten wird von Jugendlichen meiner Erfahrung nach tendenziell als Bagatellisierung der Situation wahrgenommen. Auch wenn das Gegenteil damit gemeint ist, fühlen sich Betroffene dann in ihrer Not nicht oder zu wenig gesehen und ernst genommen, was ihre Situation wiederum schwieriger macht. Baierl weist darauf hin, dass für die Suizidalität des Kindes dessen subjektives Empfinden und nicht die Einschätzung der Eltern ausschlaggebend ist (vgl. Baierl 2014:188). Längle sieht es als wesentlich, Jugendliche mit dem Thema nicht alleine zu lassen, aber zu prüfen, **welche Beziehung** jetzt eine **Unterstützung sein kann**. „Vielleicht ist es der Vater gerade nicht oder die Mutter gerade nicht, weil die Suizidalität gerade aus dieser Beziehung heraus genährt wird oder vielleicht sogar entstanden ist. Aber zu klären, mit wem es gut ist, dass der Jugendliche beisammen ist.“ (Int. Längle:13:423-425) Diese Gespräche sind nicht einfach und können unterstützend mit dem Elternteil im Rahmen der Therapie vorbereitet werden. „(...) wenn Eltern Gespräche führen können, das können natürlich manche einfach nicht, aber wenn sie's können, dieses Potenzial anzupapfen und mit den Eltern darüber sprechen, wie sie mit den Jugendlichen sprechen können.“ (Int. Längle:13:433-435) Ein wesentlicher Faktor ist die Ambivalenz des Kindes selbst, die zeigt, dass es auch innere Instanzen gibt, die sich für das Leben entscheiden. Im therapeutischen Gespräch mit den Eltern kann erkundet werden, ob und wie diese auch durch den Elternteil gestärkt werden können. Dabei geht es **nicht um eine reine Beratung** des Elternteils, sondern um die Frage, wie geht es ihm/ihr* mit der Situation. Gab es vielleicht **ähnliche Situationen** in der **Familiengeschichte**? So kann sichergestellt werden, dass Eltern selbst ausreichend Unterstützung erfahren, um ihre Kinder auch in schwierigen Situationen möglichst verständnisvoll unterstützen zu können. Natürlich können unmittelbare **Gefahrenquellen**, auf die Jugendliche möglicherweise in Impulshandlungen zugreifen, **reduziert** werden. So kann es zum Beispiel sinnvoll sein, bestimmte Medikamente zu versperren. Dies mag spontane Möglichkeiten reduzieren, verhindert aber deswegen nicht zwingend Suizidversuche. Letztlich geht es auch für die Eltern um den Umgang mit einem verbleibenden **Restrisiko**, wie Eder ausführt: „Aber das ist natürlich ganz schwierig, dieses bestehende Restrisiko als Elternteil auch zu akzeptieren, dass das eben zum Beispiel eine der Grenzen ist, wo man einiges tun kann, einiges tun soll, aber die absolute Sicherheit nicht erreichbar und nicht

lebbar ist.“ (Int. Eder:16:551-553) Auch in diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach der Verantwortung und nach möglichen Schuldgefühlen.

4.8 Schuld und Verantwortung

Gerade bei Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung, die zu stark schwankenden Emotionen und impulsivem Verhalten neigen, fragen sich Eltern nach ihrem Anteil an der Entstehung der Störung. Heftige Konfliktsituationen, Kränkungen und Sorgen um die Reaktionen der Jugendlichen können das Zusammenleben prägen. Gleichzeitig stellt sich für Eltern immer wieder die Frage, ob sie an der Erkrankung der Jugendlichen schuld sind. Sie fragen sich, ob sie etwas anders machen oder die Erkrankung gar verhindern hätten können. Gerade nach Suizidversuchen oder starken Selbstverletzungen kommt es auch bei Eltern zu **Schuldgefühlen**. „Viele von ihnen fragen sich, was sie in der Erziehung oder in der Beziehung falsch gemacht haben und erwarten von therapeutischer Seite möglichst konkrete Antworten.“ (In-Albon et al. 2015:50) Auch Gawel berichtet von einer **Verstärkung** der Schuldgefühle **in bzw. nach Akutsituationen** und beschreibt, dass ihrer Erfahrung nach Eltern auch das Gefühl bekommen, „der bringt sich dann wegen mir um.“ (Int. Gawel:16:552) Hinzu kommt, dass auch **Helfer:innen** unterschiedlicher Berufsgruppen in manchen Fällen den Eltern einen hohen Grad an **Mitverantwortung zuschreiben**. Dies kann bei den Eltern zu dem Gefühl führen, nichts (mehr) richtig machen zu können. Von Seiten des Kindes sind sie häufig mit starken Abwertungen konfrontiert und werden dennoch gebraucht. In Alltagssituationen, die von gereizten oder als überzogen wahrgenommenen Reaktionen der Jugendlichen geprägt sind, kann so **zusätzliche Unsicherheit** entstehen. Somit wird die Welt der kontrastierenden Widersprüche der Jugendlichen auch für Eltern stark spürbar, sie wird ein Stück weit auch ihre Realität.

Vor einer Abhandlung des Themas auf empirischer Basis der ExpertInneninterviews ist es erforderlich, aus philosophischer Sicht zwischen **Schuld** und **Schuldgefühlen** zu **unterscheiden**. Bauer (2021c) beschreibt Schuld als Grundbedingung menschlicher Existenz und bezieht sich existenzphilosophisch u.a. auf Heidegger, der schuldig zu werden als (unumgängliches) menschliches Existenzial beschreibt. So fasst Bauer zusammen: „Dieses Schuldig-werden-Müssen im Zuge der Verwirklichung der Freiheit liegt an der Endlichkeit und Zeitlichkeit des Daseins, die wiederum bedeuten, dass das Dasein nicht Grund seiner selbst, sondern ein geworfenes ist. Es liegt also an der genuinen ontologischen Struktur, dass das Dasein als solches schuldig ist.“ (Bauer 2021c:4) Um begrifflich Schuld und

Schuldgefühle zu differenzieren, hebt Bauer sechs unterschiedliche Bedeutungen von Schuld hervor. Er unterscheidet Schuld im Sinne des Geschuldeten (debitum), Schuld als Ursache nach einem Kausalitätsprinzip, Schuld im moralischen Sinn aus dem Verschulden (culpa), Schuld im juristischen Sinn, existenzielle Schuld (siehe oben) und Schuld im theologischen Sinn. (vgl. Bauer 2021c:5p.) Im Kontext dieser Arbeit scheint vor allem die Schuld im moralischen Sinn relevant, die Bauer wiederum an vier Kriterien gebunden sieht. Nämlich an eine Vorsätzlichkeit bzw. einen Mangel an Sorgfalt, an eine Verantwortlichkeit bzw. Zuständigkeit, an eine Zurechnungsfähigkeit und an die unbedingte Geltung der moralischen Norm (vgl. ebd.). Bezogen auf die Situation der Eltern würde das Verhaltensweisen betreffen, die vorsätzlich oder durch einen Mangel an Sorgfalt, beispielsweise Fürsorge, gesetzt wurden. Hier ist vorausgesetzt, „dass ein inneres Verhalten vorliegt, welches dem Schuldigen zum Vorwurf gemacht werden kann.“ (Bauer 2021c:6) Basis ist die Freiheit und Fähigkeit zur Stellungnahme (vgl. ebd.). Durch die Elternschaft ist in der zweiten von Bauer angeführten Kategorie eine klare Zuständigkeit gegeben. Auch die Zurechnungsfähigkeit wird in den allermeisten Fällen gegeben sein. Das vierte Kriterium der unbedingten Geltung der moralischen Norm beschreibt, dass „Sollens-Ansprüche“ (vgl. ebd.) nicht rein durch äußere Vorgaben oder Konsequenzen entstehen, sondern ein Verhalten erst dann moralisch ist, „wenn es aus freier eigener Einsicht aus der Verpflichtung des autonomen moralischen Sittengesetzes“ (Bauer 2021c:6) entsteht .

Schuldgefühle beschreibt Bauer grundsätzlich als gesunde natürliche Reaktion, „denn Emotionen und deren personale Integration in Gefühle entstehen direkt oder indirekt im Vollzug des In-der-Welt-Seins und enthalten immer ein intentionales, repräsentationales und evaluatives Moment.“ (Bauer 2021c:7) Er verweist auf Kant und formuliert als mögliche Definition von Schuldgefühlen „die innere psychische Betroffenheit von einer Schuld oder einem moralisch fragwürdigem Verhalten vor dem Hintergrund der inneren Abstimmung des persönlichen Handelns mit dem eigenen Gewissen bzw. der eigenen praktischen Vernunft (...).“ (Bauer 2021c:7) Wie Bauer weiter ausführt, setzt sich das Schuldgefühl aus kritischer Selbstbeurteilung, einem diffusen Gefühl der Selbstbewertung und einem gewissen Maß an Reue zusammen. (vgl. ebd.) In Bezug auf Schuldgefühle der Eltern hebt das die Bedeutung einer Klärung des Geschehenen und der momentanen Situation hervor (PEA 0), dann kann auf die Gefühle und deren Geschichte eingegangen werden. Wesentlich scheint es, Schuldgefühle gemeinsam in der Therapie zu thematisieren, damit sie nicht ein Ausmaß erreichen, in dem sie destruktiv oder lähmend sind bzw. bleiben. Genauso kann jedoch ein

ständiges Aufrechnen von Schuld lähmend wirken. (vgl. Bauer 2021c:10) Familiäre Interaktionen können das Fortbestehen der Probleme positiv oder negativ beeinflussen, wesentlich in der Arbeit mit den Eltern ist jedoch, dass es zu **keinen expliziten oder impliziten Schuldzuschreibungen durch die Therapeut:in kommt**. Es gilt zu bedenken, dass das Verhalten der Eltern zwar ein Einflussfaktor ist, aber deswegen **nicht automatisch** die Handlungen des/der* Jugendlichen verursacht (vgl. In-Albon et al. 2015:50), bzw. nicht der einzige Faktor in der Entstehung ist.

Aus **Sicht der Existenzanalyse** ist wiederum zentral, dass Therapeut:innen **nicht von Schuld freisprechen** können und diese auch nicht ohne genaueres Hinsehen relativiert oder abgetan werden soll. In der auf Frankl zurückgehenden Sichtweise der Existenzanalyse bringt die Freiheit des Menschen auch eine bestimmte Verantwortung mit sich. Zudem wird es als unvermeidlich gesehen, sich im Leben auch schuldig zu machen (vgl. Fintz-Müller:2022).

Praktisch bedeutet das für die therapeutische Arbeit die „Dualität zwischen Schuld und Verantwortung [anzusehen, Anm. K.B.]. Das so ein bisschen zu trennen und zu definieren, was verstehen wir unter Schuld? Weil da bewegen wir uns in ganz anderen Kategorien, wie in der Verantwortung.“ (Int. Eder:17:592-594) Hier spielt, wie Gawel und Eder in den jeweiligen Interviews beschreiben, auch das soziale Umfeld der Eltern unter Umständen eine Rolle. Eder führt aus dem klinischen Alltag an, dass Eltern hier unter Druck geraten können:

„Wenn du das nicht schaffst, dass dein Kind bestimmte Dinge macht und bestimmte Dinge nicht macht, dann liegt das daran, dass du a) unfähig bist zu erziehen und b) wahrscheinlich selber ein schlechter Mensch bist, dem man nicht trauen kann, weil man nicht weiß, wo er nicht überall die Regeln bricht. Und das ist tatsächlich oft sehr schwierig, das hinzukriegen.“ (Int. Eder: 10:324-329)

Gawel hält im Interview fest, „dass die Eltern einmal ein **Umfeld brauchen, das ganz wenig wertet**. Das einmal ganz wenig mit dem erhobenen Zeigefinger daherkommt und sagt: Sie wissen schon, wie das entstanden ist!“ (Int. Gawel:11:355-355) Plener sieht das ähnlich und führt aus:

„Ich glaube, die Eltern brauchen erst einmal eine **Ent-Schuldigung**. Also ich glaube, es spielen ganz viele Schuldgefühle mit und die sind hinderlich, weil ganz schnell findet man sich in der Haltung, dass man sich rechtfertigen muss, und das ist nicht konstruktiv.“ (Int. Plener:7:229-231)

Dies gilt, wie Gawel weiter ausführt, auch für die Therapie:

„(...) wie wir nämlich bei deiner ersten Frage versucht haben zu klären, gibt es mehrere Möglichkeiten warum etwas entsteht, warum etwas aus dem Ruder läuft, warum etwas bei manchen Familien wieder zurückgeht und warum sich etwas verfestigt, und da ist mir ganz wichtig, je mehr ich mit dem erhobenen Zeigefinger daherkomme und je mehr ich schon weiß, woher das Problem rührt, desto mehr wird mir das Gegenüber zumachen, ob das jetzt die Eltern sind oder die Adoptiveltern oder Pflegeeltern (...).“ (Int. Gawel:10:355-362)

In einem ersten Schritt kann also in der Therapie **geklärt werden, wie es zu dem Gefühl der Eltern kommt**, an der Erkrankung des Kindes (mit) schuld zu sein. Längle hält hierzu aus existenzanalytischer Perspektive fest:

„Ja, wir klären gerne die Schuld, weil **Schuld ist nicht gelebte Verantwortung** (...) und dann fragen wir die Eltern, wofür fühlen Sie sich schuldig? Worin sehen Sie Ihre Schuld liegen? Ja, dass das Kind so ist. Ja, was haben Sie konkret dazu beigetragen, dass das Kind so ist?“ (Int: Längle:11:369-371)

Er beschreibt, dass es wichtig ist, genau zu erheben, wofür sich ein Elternteil schuldig fühlt und ob es einen kausalen Zusammenhang mit der Entwicklung der Störung des Kindes gibt. So kann es beispielsweise um **physische oder psychische Gewalthandlungen** gehen, worauf Längle, wie folgt, reagieren würde: „Also, da würde ich schon eine Schuld darin sehen, wenn Sie das Kind so traumatisiert haben, so zurückgewiesen, so unverständlich vorgegangen sind.“ (Int. Längle:11:377-378). Dazu würde er weiter ausführen: „Diese Schuld ist eine sehr **berechtigte Schuld**. Und die ist jetzt auch hilfreich, dass Sie sich da schuldig fühlen, weil da erkennen Sie, dass Sie etwas anders machen sollen. Und das ist der **Wert der Schuld**.“ (Int. Längle:11:378-380) Nach dieser Feststellung würde er gemeinsam mit dem Elternteil wieder auf die Handlungsebene zurückkommen: „Und lassen Sie uns überlegen, was Sie tun können? Wie ich Ihnen auch helfen kann, dass das nicht wieder vorkommt und so weiter. Und dann würde ich mal an dem arbeiten.“ (Int. Längle:11:380-382) Auch Eder empfiehlt eine ähnliche Vorgangsweise und hält fest, „dass es eben diesen Realitätscheck braucht: Hab’ ich getan, was ich für nötig halte und was mir möglich ist? Was auch schon nicht leicht ist. [Und] ja, was ist auch schiefgegangen?“ (Int. Eder:11:377-380)

Es geht also darum, Fragen der Schuld und des Schuldgefühls nicht abzutun, sondern ernst zu nehmen, aber dabei auch dort zu **entlasten**, wo sich Eltern selbst **zu viel Schuld** zuweisen. So wird der **Handlungsspielraum nicht weiter eingeengt**. Starke Schuldgefühle schränken tendenziell die emotionale Flexibilität und die konkrete Handlungsfähigkeit ein. Wer sich schuldig fühlt und sich in der Rolle der „Täter:in“ sieht oder vom Gegenüber so dargestellt wird, dem wird es deutlich schwerer fallen, sich zu distanzieren und emotional möglichst ruhig reagieren zu können. Starke Selbstvorwürfe können eine Stellungnahme und somit auch Veränderung erschweren bis verunmöglichen. Gawel schlägt dazu vor, den Elternteil auch wieder mit gegenwartsbezogenen Fragen zu konfrontieren:

„Ja, über das lässt sich reden und alles, aber wichtig ist: Aber was tun wir jetzt? (...) Was sind die Fragen der Gegenwart? Worum geht's jetzt? Wie tun wir? Wir können nämlich alles ändern. Ich kann nicht die Vergangenheit ändern, aber ich kann meine Kommunikation jetzt ändern, ich kann meine Zugewandtheit jetzt ändern. Ich kann schauen, wie gehe ich jetzt um, wenn er

ausflippt. Da muss ich vielleicht nicht noch mehr Druck dagegen machen, sondern kann ich sagen: ah, ich habe gelernt, dass... Also, ich versuche das ein bisschen zu stärken, damit wir nicht ständig wiederholen. Weil das Einzige, was wir haben, ist die Gegenwart.“ (Int. Gawel:15:491-502)

Eder sieht das ähnlich und würde bei starken Schuldgefühlen versuchen mit dem Elternteil in eine gewissen Distanz zu kommen: „Weil’s ja meine gesamte Energie und Aufmerksamkeit nach innen lenkt, wo vielleicht in dem Moment mein Handeln nach außen in Richtung meines Kindes oder der Umgebung sehr viel sinnvoller ist.“ (Int. Eder:12:389-391) Er bringt **ein Beispiel**: „Wenn ein Kind in der Schule einen Aufstand gemacht hat und es gibt eine Disziplinkonferenz (...), wenn ich mich da nur mit meiner Schuld beschäftige, bin ich in meinem Handeln völlig blockiert und das Kind ist dann dem, was immer dann passiert, alleine ausgesetzt.“ (Int. Eder:12:391-394) Dies könnte im Nachhinein wiederum zu einer erneuten Frage der Schuld führen, weil dem Kind zu wenig Halt und Unterstützung gegeben wurde: „Entweder geht’s dann unter und nimmt Schaden unter der Wucht der Konsequenzen, oder aber es bringt mich weiter auseinander, weil die Wahrnehmung dann ist: da ist Not, da hätte ich Eltern gebraucht.“ (Int. Eder:12:396-398)

Wesentlich scheint die **Unterscheidung zwischen Schuld und Schuldgefühl**. Wie oben ausgeführt wurde, kann Schuld aus existenzphilosophischer Sicht als Existenzial des Menschseins und somit als unumgänglich gedacht werden. In der therapeutischen Arbeit mit den Eltern können sich Schuldgefühle als begründet herausstellen, was eine Versöhnung mit dem Kind aber in erster Linie auch mit sich selbst zum Thema macht. Bauer (2021c) sieht in einem „guten“ Umgang mit Schuld Reue als unverzichtbar. Er führt aus, dass der Mensch durch diese Art von Reue das personale Selbstsein aktiviert (vgl. Bauer 2021c:14) und fasst aus psychotherapeutischer Sicht hier folgende Schritte zusammen:

- „a) Bedauern des Schadens, d.h. das Eingeständnis, dass das Getane nicht richtig war, und gesunde Scham;
- b) Gespür für das Richtige, für das mir Wesensgemäße und Eigentliche aufnehmen;
- c) Entwicklung einer Änderungsabsicht und einer Wiedergutmachungsbereitschaft;
- d) sich selber verzeihen bzw. Versöhnung mit sich, was nur möglich ist, wenn ein Loslassen des Alten erfolgt;
- e) schließlich die Wahl des eigentlichen Selbst und
- f) Öffnung nach außen, neue Begegnung mit der Mitwelt und neue Eingliederung in die menschliche Gemeinschaft – durch das Bitten um Entschuldigung (...) und schließlich durch ein angemessenes und mögliches Maß an Wiedergutmachung.“ (Bauer 2021c:14)

Schuldgefühle können aber auch aufkommen, obwohl sich Betroffene nicht schuldig gemacht haben, genauso ist das umgekehrt möglich. Längle führt dies im Interview aus: „Es kann hier aber auch ein Missverständnis vorliegen: ich bin schuldig, aber ich hab’ mein

Kind nie geschlagen, ich habe immer versucht, ich bin natürlich schon manchmal ausgerastet und es ist mir auch mal zu viel geworden (...)“ (Int. Längle:12:386-389) Es bedarf also in einem ersten Schritt einer gemeinsamen Klärung auf Ebene von PEA-0. Mit den Worten von Längle würde das therapeutisch beispielsweise so aussehen:

„Ja, lassen Sie uns das **konkret** anschauen, was hätten Sie denn anders tun können? Und Sie dürfen ja von sich auch nicht verlangen, dass Sie eine Heilige sind, sondern Sie dürfen ja auch Mensch sein. Und da wird einem schon auch etwas zu viel und da schreit man schon auch mal auf, aber das ist kein ursächlicher Beitrag, dass das Kind so geworden ist.“ (Int. Längle:12:391-394)

Er fasst das für den weiteren therapeutischen Prozess so zusammen:

„Und da arbeiten wir anhand der konkreten Erlebnisse und Erfahrungen daran, dass sich die Schuld vielleicht auch auflösen kann, dass das ein übertriebenes, ängstlich übertriebenes, vielleicht depressives **Muster einer Schuldzuschreibung** war, die einfach zu weit geht und die die ganze Situation vielleicht noch erschwert hat.“ (Int. Längle:12:394-398)

Auch Plener betont im Interview klar: „**Verantwortung** gilt’s für das zu übernehmen, wo ich auch tatsächlich Verantwortung habe.“ (Int. Plener:8:274) Hierzu meint er: „Also, wenn ich misshandelndes Verhalten gezeigt habe, dann braucht’s auch wieder ein Verantwortungsübernehmen und das auch **benennen als falsch**. Und mich für diese Sachen auch zu **entschuldigen**, auch wenn ich dafür eine blöde Antwort krieg’.“ (Int. Plener:8:275-277) Dies bezieht er nicht nur auf die Gegenwart oder unmittelbare Vergangenheit: „(...) auch wenn’s (...) fünf Jahre zurückliegt, in aller Regel tut’s den Eltern auch leid (...), ich red’ jetzt von Dingen, die in der Vergangenheit, wo ich heute, aus heutiger Sicht sag’, das tut mir eigentlich fast leid, dass ich so reagiert hab’.“ (Int. Plener:8p:278-282) Denn auch Eltern können in eine Überforderung geraten und unpassend reagieren. „Und dann ist es schon auch im Gespräch zwischen Eltern und Jugendlichen, das man begleitet, therapeutisch etwas, wo man sagt, da hab’ ich mich nicht ordentlich verhalten, das tut mir auch leid aus heutiger Sicht.“ (Int. Plener:9:282-284) Zu verstehen, wie es dazu kommt, dass man in bestimmten Situationen auf eine bestimmte Weise reagiert und was dies vielleicht auch mit eigenen **biographischen Erlebnissen** zu tun hat, kann Teil der Psychotherapie sein. Es geht dann also nicht nur darum, das Verhalten des Kindes einordnen zu können, sondern auch darum, **sich selbst** in seinen Reaktionen ein Stück weit **besser zu verstehen**. Wesentlich ist die Ausnahme, wie sie auch Plener im Interview anführt, einer bestehenden **Gefährdung des Kindes** durch einen Elternteil, in der **Maßnahmen im Rahmen des Kinderschutzes** getroffen werden müssen.

Als weiteren wichtigen Aspekt verweist Plener zum Thema Schuld auf die Rolle einer entsprechenden **Psychoedukation** im Hinblick auf die Entstehung der Störung, Plener merkt diesbezüglich im Interview an: „(...)man wird viele Eltern finden, die sagen, so was kenne ich bei mir“ (Int. Plener:2:63) und führt weiter aus, dass hier Information über eine mögliche genetische Prädisposition (siehe Kapitel 4.2.2) gegeben werden kann. Dazu meint Plener: „Einerseits kreiert Genetik wieder: Um Gottes Willen die Schuld, was habe ich dem Kind angetan?“ (Int. Plener:2:63-64), dem stellt er jedoch entgegen: „auf der anderen Seite ist es dann nicht nur schlechte Erziehung.“ (Int. Plener:2:64-65) Hier kann es zu einer Entlastung der Eltern durch eine Wertschätzung von therapeutischer Seite und den Hinweis auf eine multifaktorielle Entstehung kommen:

„Und ich glaube, das hat etwas sehr Validierendes, dass man sagt, es sind auch große Herausforderungen, mit denen das Kind kommt. Und natürlich nicht 100% der Nachkommenschaft, weil's halt nicht überall durchschlägt, wie bei allen genetischen Dingen (...). Es ist halt ein Konglomerat aus vielen Dingen und das kann auch ein Stück weit entlastend sein, glaub' ich, wenn man das bespricht.“

Er fasst dazu zusammen: „Also, es hieße mehr so in dem Sinne von, es war halt da und man muss damit umgehen lernen. Das mag mir nicht gefallen, aber ist auch nicht alles meine Schuld.“ (Int. Plener:3:73-74) Er bringt auf den Punkt: „Eigentlich geht's drum, und deswegen finde ich auch die Beschäftigung mit der Neurobiologie doch relativ lohnend, ein Erklärungsmodell anzubieten, was genau die Herausforderungen sind.“ (Int. Plener:7:233-234) So bietet sich in weiterer Folge die Möglichkeit für einen ressourcenorientierten Fokus, denn es ist wichtig „(...) nicht nur die pathogenen Beziehungsmuster der Familien, sondern deren Ressourcen zu betrachten und sich den besonderen Stärken der Familie zuzuwenden, um diese zu mobilisieren.“ (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:67)

Ein weiteres Argument für ein **psychotherapeutisches Angebot** für die Eltern ist also, dass das Thema **Schuld und Verantwortung** dort den Platz finden kann, den es benötigt. Dieses Argument findet sich auch in den Interviews. So, wie es für das Kind wichtig ist, dass es „seinen Raum und sein Gegenüber bekommt, einmal laut denken zu können, ohne dass es sofort Konsequenzen im Alltag hat, also Stichwort geschützter Raum“ (Int. Eder:12p:420-422), ist das auch für die Eltern eine **wertvolle Ressource**. Das beschreibt er weiter: „Und tatsächlich glaub' ich auch, dass das für die Eltern auch mal gut sein kann, ihre individuellen und auch als Eltern, und möglicherweise auch die Paarebene (...) [anzusehen und zu besprechen, Anm. K.B.]“ (Int. Eder:13:424-426) So sieht Eder, dass „Therapie als ein eben

nicht zu Hause seiender, moderierter, neutraler Raum mit einem Gegenüber, dem man eine gewisse Deutungskompetenz gibt“ (Int. Eder:13:426-428), wertvoll sein kann.

Auch Plener sieht Vorteile eines Angebots der Psychotherapie für die Eltern, „allein schon dadurch, dass der Umgang mit den Verhaltensweisen so herausfordernd ist, glaub’ ich schon, dass sie davon **profitieren** könnten.“ (Int. Plener:9:295-296) Gleichzeitig weist er darauf hin, dass die Situation der Eltern und eine **mögliche psychische Erkrankung** beachtet und die Therapie dementsprechend verändert werden muss. So hält er fest, „dass man sich sehr gut anschauen muss, inwieweit vielleicht auch eine spezifische Psychopathologie da ist,(...) der Fokus ist ein anderer.“ (Int. Plener:9:296-298) Hier unterscheidet er noch einmal zwischen einem rein beratendem und einem psychotherapeutischen Setting: „Wenn ich sag’, ich will einen Umgang haben mit den herausfordernden Verhaltensweisen meiner Kinder, dann ist es vielleicht auch mit einer Beratung getan, wiewohl man dann jemanden braucht als Berater, der wirklich gut ist und weiß, worum’s geht.“ (Int. Plener:9:298-301) Im Rahmen einer Therapie ist eine tiefer gehende Auseinandersetzung möglich. So auch bei einer psychischen Erkrankung eines Elternteils. Mit Pleners Worten: „Oder aber ich sag’ selber, da ist eine **Psychopathologie**, die das begleitet, dann wird eher der **Fokus bei den Eltern** sein und wie schafft man’s, dass sie ihre **eigene Geschichte** abarbeiten, ihr eigenes Verhalten reflektieren. Und **im Kontext dessen dann den Alltag besprechen** oder Situationen besprechen, (...) wo’s Schwierigkeiten mit den Kindern gibt.“ (Int. Plener:9:301-305) Anzumerken gilt diesbezüglich, dass auch ein psychotherapeutisches Setting beratende Elemente nicht vollkommen ausschließt, aber deutlich darüber hinausgeht. „Ebenso ist die Zuwendung zu dem Leid, das diese Familie erfährt, indem sie ein psychisch schwer und chronisch krankes Kind hat, erforderlich.“ (Schmeck/Schlüter-Müller 2009:67) Längle hält, bezugnehmend auf die Eltern, nach Akutsituationen fest: „Sie dürfen die Verantwortung nicht alleine tragen. Sie brauchen selbst auch Hilfe, wenn Suizidversuche schon stattgefunden haben, denn in irgendeiner Form macht sich jeder Gedanken, was hab’ ich falsch gemacht, dass das passiert ist.“ (Int. Längle:16:528-530)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in der Schuldfrage eine Unvoreingenommenheit von Therapeut:innenseite wesentlich ist. So, wie keine Schuld zugeschrieben werden soll, so kann von dieser auch nicht freigesprochen werden. Hingegen gilt es aus existenzanalytischer Sicht genau zu klären, ob bestehende Schuldgefühle auch tatsächlich mit einer Schuld in Verbindung stehen. Gelingt das, wird der Wert der Schuld

sichtbar und die Person kommt in die gelebte Verantwortung der Gegenwart. Eine erste Entlastung durch Psychoedukation kann ebenso Teil der Therapie sein wie ein gemeinsames Verstehen von Schuldgefühlen über den Zugang der eigenen Biographie.

5. Résumé

Nach einer kurzen Einführung zu zentralen Themen der Existenzanalyse ging es in der vorliegenden Masterarbeit um wesentliche Merkmale der psychotherapeutischen Arbeit mit Eltern von Jugendlichen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung. Daraus ergaben sich Themenbereiche zum **theoretischen Verständnis**, aber auch zum **konkreten therapeutischen Arbeiten**. Informationen zum **Störungsbild** – wie zur **Entstehung** (4.2) oder zur Vergabe der **Diagnose** (4.1) - bildeten so nicht nur die erste Grundlage dieser Arbeit, sondern wirken als **psychoedukative** Elemente im therapeutischen Setting Halt gebend. Sie sind Orientierungshilfe und möglicherweise klärend in Bezug auf **Schuldgefühle und mögliche Schuldzuschreibungen** (Kapitel 4.8). Durch einen **existenzanalytischen Blick** wurden Risiko- und Schutzfaktoren anhand der Struktur der **vier Grundmotivationen** besprochen (4.2). Durch eine nicht wertende, phänomenologisch offene, therapeutische Grundhaltung kann mit Eltern anhand der **PEA** gearbeitet werden. Die Therapie bietet einen geschützten Raum für den **Umgang mit eigenen Emotionen** und die Stärkung der elterlichen Klarheit und Abgrenzungsfähigkeit, sowie ein **mögliches Nachnähren auf Ebene unterschiedlicher Grundmotivationen** (Kapitel 4.3). Dies wirkt sich wiederum auf Interaktionen zwischen Eltern und Kind aus und ist so im Idealfall für beide Seiten unterstützend.

Schließlich wurden in der vorliegenden Arbeit ganz konkrete Fragestellung besprochen, die den **familiären Alltag** beeinflussen (4.5). Speziell der Umgang mit **selbstverletzendem Verhalten** (4.6), sowie mit **Krisen und Suizidalität** (4.7) waren hier zentrale Themen. Die Relevanz einer Psychotherapie der Eltern wurde deutlich, da Krisen nicht einmalig, sondern häufig wiederkehrend bzw. über lange Zeit auftreten. Dies wirkt sich auf den Familienalltag aus. Damit müssen nicht nur Jugendliche, sondern auch Eltern, die auch eine Mitverantwortung für die Zukunft ihres Kindes tragen, einen Umgang finden. Häufig kommt es auch in diesem Zusammenhang nicht nur zu Fragen der **Verantwortung**, sondern auch zu Fragen der **Schuld** (Kapitel 4.8).

In einer **Schlussbetrachtung** dieser Arbeit lässt sich festhalten, dass eine Verantwortung dem Kind gegenüber letztlich für die Eltern auch bedeutet Verantwortung für sich selbst zu

übernehmen. Wenn es die eigene emotionale Überforderung, sei es aufgrund der eigenen biographischen Vorgeschichte, aufgrund eskalierender Familienkonflikte oder selbstschädigender Handlungen des Kindes, schließlich nicht mehr ermöglicht adäquat empathisch zu reagieren, ist eine **psychotherapeutische Unterstützung des Elternteils für die gesamte Familie relevant**. Aus existenzanalytischer Sicht spielen Erfahrungen im Außen, also mit wichtigen Bezugspersonen, in Hinblick auf alle vier Grundmotivationen eine wesentliche Rolle. Eltern beeinflussen durch interaktionelle Affektregulation die Entwicklung des Kindes im Umgang mit seinen Emotionen⁴³ und sind als primäre Bezugspersonen wesentliche Begleiter:innen in der weiteren Entwicklung betroffener Jugendlicher. Umso wichtiger scheint es also, genau diese Personen zu stärken – in ihrer **Dialogfähigkeit nach innen und außen**, ihrer **Stellungnahme** und ganz konkret im **Umgang mit äußerst herausfordernden Alltagssituationen**. Der im Interview humorvoll eingebrachte Rat des Kinder- und Jugendpsychiaters Paul Plener klingt so einfach, wie er im realen Familienalltag betroffener Familien schwierig sein kann: „Das Beste, was man tun kann als Elternteil, ist langweilig zu sein“ (Int. Plener:7:222)

Abschließend wird festgehalten, dass die vorliegende Arbeit **nicht als Leitfaden** zu verstehen ist, sondern viel mehr eine Sammlung möglicher Themen der therapeutischen Arbeit mit betroffenen Eltern darstellt. Wie sich die Therapie mit den Eltern gestaltet, entscheidet sich im Einzelfall.

43 Siehe dazu auch Resch 1999:103

6. Literatur

- Ainsworth, Mary, Blehar, Mary, Waters, Everett, Wall, Sally. 1978. Patterns of Attachment. A psychological study of the strange situation, Hillsdale: Lawrence Erlbaum.⁴⁴
- Baierl, Martin. 2014. Familienalltag mit psychisch auffälligen Jugendlichen, Ein Elternratgeber. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Bauer, Emmanuel. 2018. Das Dialogische Prinzip in der Psychotherapie, in Bauer, Emmanuale (Hrsg.), Das Dialogische Prinzip – Aktualität über 100 Jahre, Wissenschaftliche Buchgesellschaft: Darmstadt, S. 65-90.
- Bauer, Emmanuel. 2020. Vom egologischen Ich-Sein zum authentischen Selbst-Sein, in Salzburger Jahrbuch für Philosophie 2020 (65), S.45-62.
- Bauer, Emmanuel. 2021a. Ich – Person – Gewissen, Dargestellt am Phänomen der inneren Zwiesprache, in Existenzanalyse 2021 (1/38), S. 8-15.
- Bauer, Emmanuel. 2021b. Personale Inkarnation des Ich im Selbst, vom Ich zum Selbst zum Wir, in Existenzanalyse 2021 (2/38), S. 86-91.
- Bauer Emmanuel. 2021c. Mit Schuld versöhnt leben lernen, in: Zeitschrift für Liturgie und Bibel (75/1), S. 2-15.
- Bowlby, John. 1982. Attachment and Loss: Retrospect and Prospect, in: American Journal of Orthopsychiatry, 1982, Vol.52 (4), S.664-678.
- Fintz-Müller, Anette. 2002. Frankl mit Jaspers verstehen. Logotherapie und Existenzphilosophie. Dissertation. Konstanz.
- Foelsch, Pamela, Odom, Anna, Schmeck, Klaus, Schlüter-Müller, Susanne, Kernberg, Otto. 2008. Behandlung von Adoleszenten mit Identitätsdiffusion, in Persönlichkeitsstörung Theorie und Therapie, 2008 (12/3), S. 153-162.
- Frankl, Viktor. 1990. Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Piper: München (Neuausgabe).
- Hauser, Nicole, Herpertz Sabine, Habermeyer Elmar. 2021. Das überarbeitete Konzept der Persönlichkeitsstörungen nach ICD-11: Neuerungen und mögliche Konsequenzen für die forensisch-psychiatrische Tätigkeit, in: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 2021(15), S. 30-18.
- Huber, Eva, Bock, Astrid, Hans, Miriam, Wieser, Elke, Steinmayr-Gensluckner, Maria, Sevecke, Kathrin, Benecke, Cord. 2017. Emotionserleben, Emotionsregulation und strukturelle Störung bei Jugendlichen. Psychotherapie Forum, 22(3), S. 48 - 62.
- In-Albon, Tina, Plener, Paul L., Brunner, Romuald, Kaess, Michael (Hrsg). 2015. Selbstverletzendes Verhalten. Hogrefe: Göttingen.

44 Siehe auch Psychology Press Classic Editions. 2015. Routledge: New York und London:
<https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2021/01/Ainsworth-Patterns-of-Attachment.pdf>, 10.01.2024

- Jöbstl, Barbara. 2017. Zerissen zwischen Extremen, Die Not der Angehörigen von Borderline-Patienten, in: Existenzanalyse 2017 (34/2), S.75-79.
- Kaess, Michael, Brunner, Romuald. 2016. Rationale zur Früherkennung und -intervention der Borderline-Persönlichkeitsstörung, in: Kaess, Michael, Brunner, Romuald (Hrsg.), Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jugendalter, Früherkennung und Frühintervention. Kolhammer: Stuttgart, S. 9-21.
- Kolbe, Christoph. 2010. Vortrag: Selbstwert als Schlüssel zur Selbstentfaltung, Handout Herstsseminare: Führen und leiten.
- Kolbe, Christoph. 2014. Person und Struktur, Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit, in: Existenzanalyse 2014 (2), S. 32-40.
- Kolbe, Christoph. 2017. Das verletzte Selbst, Persönlichkeitsstörungen aus existenzanalytischer Sicht, in: Existenzanalyse 2017 (34/2): S. 19-25.
- Kolbe, Christoph. 2019. Person – Ich – Selbst, Klärungen sowie existenzanalytische Anmerkungen zur Ich-Struktur, in Existenzanalys 2019:26(2): S. 4-11.
- Kölch, Michael, Allroggen, Marc, Plener, Paul. 2020. Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, in Kölch, Michael, Rassenhofer, Miriam, Fegert, Jörg (Hrsg.). Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 3. Auflage. Springer: Berlin, S. 399-413.
- Krug, Wolfram. 2011. Sinnvoll Stress Bewältigen, Wesentliche Aspekte für eine logotherapeutisch-existenzanalytische Begründung eines am Erleben ansetzenden Stressmanagementkonzepts. Abschlussarbeit.
- Längle, Alfred. Lleras Fernando, Tutsch, Liselotte, Wicki, Beda. 2016. Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie, aus dem Downloadbereich der Gesellschaft für Existenzanalyse und Logotherapie.
- Längle, Alfred. 2013. Lehrbuch der Existenzanalyse, Grundlagen. Facultas: Wien.
- Längle, Alfred. 1998. Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse, in Existenzanalyse 1/1998, S. 16-127.
- Längle, Alfred. 2005. Kann ich mich auf mein Gefühl verlassen, in Längle (Silvia), Sulz (Hrsg.), das eigene leben, ein lesebuch zur existenzanalyse (sic). GLE Verlag, Wien.
- Liebermann, Richard, Toste, Jessica, Heath, Nancy. 2009. Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention, in Nixon, Mary, Heath, Nancy (Hrsg.), Self-injury in youth, The Essential Guide to Assessment and Intervention. New York: Routledge. S. 195-217.
- Main, Mary, Solomon, Judith. 1990. Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg M.T. Et al (Hrsg), Attachment in the preschool years. University of Chicago Press: Chicago, S. 121-160.

- Matuszak-Luss, Karin. 2017. Multidimensionale Diagnostik und Ätiopathogenetische Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Abgrenzung zu Traumafolgestörungen, in *Existenzanalyse* 2017 (13/2): S. 31-41.
- Mitmansgruber, Horst. 2020. Die „neue“ Borderline-Persönlichkeitsstörung: Dimensionale Klassifikation im DSM-5 und ICD-11, in: *Psychotherapie Forum* 24, S. 89–99.
- Petermann, Franz, Nitowski, Dennis. 2009. Verhaltensdiagnostik selbstverletzendem Verhaltens, in: *Nervenheilkunde* 2009; 28(04): 227-231.
- Resch, Franz et al. 1999. *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*, Ein Lehrbuch. Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim.
- Resch, Franz, Romer, Georg, Schmeck, Klaus. Arbeitskreis OPD-KJ-2 (Hrsg.). 2016. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter, Grundlagen und Manual*. 2. überarbeitete Auflage. Hogrefe: Bern.
- Resch, Franz. 2017. *Selbstverletzung als Selbstfürsorge, Zur Psychodynamik selbstschädigenden Verhaltens bei Jugendlichen*. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Resch, Franz, Sevecke, Kathrin. 2018. Identität – Eine Illusion? Selbstentwicklung in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 67(7): S. 613 – 623.
- Schmeck, Klaus, Schlüter-Müller, Susanne. 2009. *Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter*. Springer: Heidelberg.
- Sevecke, Kathrin, & Fuchs, Martin. 2017. Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter sind kein "lebenslanges Schicksal". *Der Neurologe & Psychiater*, 18(1-2), 26 - 31.
- Steinhausen, Hans-Christoph. 2019. *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Urban & Fischer: München/Jena.
- Von Auer, Anne Kristin, Kaess, Michale. 2022. *Ratgeber Borderline-Persönlichkeitsstörung, Informationen für Eltern und weitere Bezugspersonen*. Hogrefe.