



***HILFEN FÜR SCHWANGERE/MÜTTER MIT
(VERDECKTEN) PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN
IN MUTTER/VATER-KIND-EINRICHTUNGEN IN
KATHOLISCHER TRÄGERSCHAFT***

Handreichung für die Praxis

Impressum

© Herausgeberin:

Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder
in katholischer Trägerschaft

Zentrale Fachstelle des Deutschen Caritasverbandes
Sozialdienst katholischer Frauen, Gesamtverein e.V.

Agnes-Neuhaus-Str. 5

44135 Dortmund

Tel. 0231 557026-0

Fax 0231 557026-60

www.skf-zentrale.de

Projektleitung:

Petra Winkelmann, SkF Gesamtverein e.V.

Projektreferentin:

Gertrud Mertens, SkF Gesamtverein e.V.

Gestaltung:

Fortmann.Rohleder Grafik.Design, Dortmund

Dortmund, Januar 2016

Die Verantwortlichkeit für „fremde Inhalte“, die beispielsweise durch direkte oder indirekte Verknüpfungen (z.B. sogenannte „Links“) zu anderen Anbietern bereitgehalten werden, setzt unter anderem positive Kenntnis des rechtswidrigen bzw. strafbaren Inhaltes voraus. „Fremde Inhalte“ sind in geeigneter Weise gekennzeichnet. Der Sozialdienst katholischer Frauen e.V. hat auf „fremde Inhalte“ keinerlei Einfluss und macht sich diese Inhalte auch nicht zu Eigen. Der Sozialdienst katholischer Frauen e. V. hat keine positive Kenntnis über rechtswidrige oder anstößige Inhalte auf den verknüpften Seiten fremder Anbieter. Sollten auf den verknüpften Seiten fremder Anbieter dennoch rechtswidrige oder anstößige Inhalte enthalten sein, so distanziert sich der Sozialdienst katholischer Frauen von diesen Inhalten ausdrücklich.

HILFEN FÜR SCHWANGERE/MÜTTER MIT (VERDECKTEN) PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN IN MUTTER/VATER-KIND-EINRICHTUNGEN IN KATHOLISCHER TRÄGERSCHAFT

Handreichung für die Praxis

Hinweise zur Nutzung

Diese Handreichung wurde bewusst als interaktives PDF-Dokument erstellt. Sie haben so die Möglichkeit, gezielt in dem Dokument zu navigieren. Über die Lesezeichenliste oder auch aus dem Inhaltsverzeichnis können Sie direkt in für Sie interessante Kapitel wechseln. Mit den aktivierten Weblinks erreichen Sie aus dem Dokument heraus die entsprechenden Seiten im Internet.

Wir verwenden im Text aus Gründen der besseren Lesbarkeit bewusst die weibliche Form, weil überwiegend weibliche Personen in Mutter/Vater-Kind-Einrichtungen wohnen und arbeiten. Die männliche Form ist stets gedanklich eingeschlossen.

Inhalt

Einleitung	6
Teil I Grundlagen	8
1. <i>BEGRIFFLICHKEITEN</i>	8
2. <i>RECHTSLAGE</i>	10
3. <i>PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTE ALLEINERZIEHENDE – SYSTEMISCHE PERSPEKTIVE</i>	12
4. <i>KURZBESCHREIBUNG AUSGEWÄHLTER PSYCHISCHER BEEINTRÄCHTIGUNGEN</i>	15
4.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung	15
4.2 Depression	18
4.3 Angsterkrankungen	19
4.4 Traumafolgestörung, posttraumatische Belastungsstörung	20
5. <i>BINDUNG: SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN</i>	24
6. <i>KINDER PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTER ELTERN</i>	27
6.1 Auswirkungen der elterlichen psychischen Beeinträchtigungen auf Kinder	27
6.2 Resilienz: Schutzfaktoren für Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern	36
6.3 Kindeswohlgefährdung	38
Teil II Praxismodule	40
<i>EINLEITUNG</i>	40
1. <i>HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUM AUFNAHMEVERFAHREN VON MÜTTERN MIT (VERDECKT) PSYCHISCH AUFFÄLLIGEM VERHALTEN/PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND ZUR GESTALTUNG DER AUFNAHMEPHASE</i>	42
2. <i>METHODISCHE BAUSTEINE</i>	48
Einleitung	48
2.1 Diagnostik und Standards	49
2.2 Erhebungsbögen, Clearingbögen, Beobachtungs-, Checklisten	52
2.2.1 Frühes Screening (Mütter-Peripartalzeit)	52
2.2.2 Checkliste zur Anamneseerhebung bei psychisch beeinträchtigten Eltern	53
2.2.3 Erziehungsfähigkeit bei psychischer Beeinträchtigung	53
2.2.4 Familienorientierte Diagnostik	54
2.2.5 Kindeswohl, Kinderschutz	55
2.2.6 „Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz II“	57
2.2.7 Kinderschutz & Kindeswohlgefährdung	58
2.2.8 Dresdener Kinderschutzordner	59
2.2.9 Verfahren zum § 8a SGB VIII – Beispiele aus MVKE	59

2.3 Aufnahmephase & Frühes Clearing: Ablaufdiagramm, Gesprächsleitfäden	60
2.3.1 Best-Practice-Beispiele aus MVKE	61
2.3.2 Beispiel aus einer Stuttgarter MVKE der Landeshauptstadt Stuttgart: „Clearingphase mit daran anschließendem Training“ – Verlaufsschema	61
2.3.3 Entwurf eines Gesprächsleitfadens für die Aufnahmephase	61
2.4 Ressourcendiagnostik	63
2.5 Psychoedukation	65
2.6 Ausgewählte Methoden und konzeptionelle Grundaussagen	66
2.6.1 Empowerment	66
2.6.2 Der Transparenzbericht	66
2.6.3 Traumapädagogisch ausgerichtete und Resilienzen fördernde Konzepte	66
2.6.4 Die Elternschule	67
2.6.5 DBT und Skillstraining	67
2.6.6 Familien-Patenschaften für Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern	68
3. LINKSAMMLUNG	70
4. LITERATURLISTE	74
DANKSAGUNG	76
ANHANG	78
1__ Anfrageerhebung Teen & Baby, SkF Essen	78
2__ Materialien Haus Adelheid, SkF Köln	78
3__ Materialien Eltern-Kind-Einrichtung, SkF Wesel	78
4__ Checkliste zur Anamneseerhebung bei psychisch beeinträchtigten Eltern (Dr. Hipp)	78
5__ CHIMPs Material (aus Wiegand-Grefe, Halverscheid und Plass, Kinder und ihre psychisch kranken Eltern)	78
6__ Materialien Haus Maria Magdalena, SkF Freiburg	78
7__ Risikoeinschätzung (Mattejat, Wesel)	78
8__ Ressourcendiagnose (aus Lenz, Ressourcen fördern)	78
9__ Ulmer Wahrnehmungsbogen	78

Einleitung

Diese Handreichung wurde aus der Praxis angefragt und für die Praxis entwickelt. Mitarbeiterinnen aus Mutter(Vater)-Kind-Einrichtungen (MVKE) berichten seit Jahren, dass die Klientinnen immer häufiger psychische Auffälligkeiten/Beeinträchtigungen aufweisen, diese aber nicht unbedingt von Beginn an bekannt sind bzw. nicht immer direkt erkannt werden.

Damit einerseits die Mütter mit ihren Kindern die optimale Unterstützung erfahren und andererseits die Einrichtungen fachlich für die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Eltern befähigt werden, sollten in einem Projekt folgende Fragestellungen aufgegriffen werden:

1. Wie kann möglichst frühzeitig im Aufnahmeverfahren der MVKE festgestellt werden, welchen Unterstützungsbedarf die Mutter mit ihrem Kind hat?
2. Kann die psychisch auffällige/beeinträchtigte Mutter mit ihrem Kind unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen der Einrichtung optimal in ihrem Unterstützungsbedarf begleitet und befähigt werden?
3. Über welche Ressourcen sollten MVKE bei Aufnahme einer psychisch auffälligen/beeinträchtigten Mutter mit ihrem Kind verfügen?

Die Beschäftigung mit der Praxis führte zunächst zu der Einschätzung, dass es unter den bestehenden Rahmenbedingungen für die Einrichtungen nicht grundsätzlich möglich ist, in einem frühen Clearingprozess herauszufinden, ob bei der Mutter eine psychische Beeinträchtigung vorliegt oder ob es sich um psychische Auffälligkeiten handelt.

Neben sozialpädagogischer Familiendiagnostik, die in den Einrichtungen Standard ist, braucht diese Frage eine möglichst frühzeitige psychiatrische oder psychotherapeutische Klärung. Das geschieht nicht grundsätzlich regelhaft und hätte Auswirkungen auf strukturelle und inhaltliche Rahmenbedingungen der Arbeit.

Zusätzlich berichten die Einrichtungen, dass es für die konkrete Arbeit wichtig ist, neben einer festgestellten Diagnose die vorliegende Symptomatik in ihrer Wirkung auf Elternschaft und Bindungsaufbau zu beobachten. Das benötigt Zeit (zumal die Kinder oftmals gerade erst geboren sind).

Innerhalb dieses Zeitraums kann sich dann ergeben, dass die Einrichtung in ihren strukturellen wie inhaltlich-konzeptionellen Möglichkeiten von der Ausprägung der sich manchmal erst später entwickelnden Symptomatik überfordert ist.

Gleichzeitig bedeutet eine am Kindeswohl ausgerichtete Arbeit, so zügig wie möglich eine qualifizierte Entscheidung bezüglich der Förderung von „Bindung oder Trennung“ für Mutter und Kind zu finden und zu treffen.

Es ist also wichtig, einerseits frühe Clearinginstrumente anzuwenden (sozialpädagogisch und psychiatrisch/psychotherapeutisch), um eine Einschätzung vornehmen zu können – andererseits wird es nicht immer

möglich sein, diese Frage schnell und eindeutig klären zu können. Psychische Beeinträchtigungen sind nicht immer direkt zu erkennen, sie verlaufen in Phasen und auch in unterschiedlichen Ausprägungen – und Diagnosen geben in der Regel nur einen bestimmten Erkenntniswert wieder.

Das bedeutet: Wenn Einrichtungen sich entscheiden, anfragende psychisch auffällige/beeinträchtigte Eltern mit ihren Kindern aufzunehmen (es reicht schon die Vermutung, dass eine psychische Beeinträchtigung vorliegen könnte), benötigen sie für diese Arbeit bestimmte Grundhaltungen, Rahmenbedingungen und Standards.

Die frühzeitige Thematisierung der psychischen Befindlichkeit einer Schwangeren/Mutter und ihres Unterstützungsbedarfs schon im Aufnahmeverfahren kann dazu beitragen, baldigst Klarheit in Entscheidungsabläufe zu bringen und Möglichkeiten aber auch Grenzen für die sozialpädagogische Arbeit mit psychisch auffälligen/beeinträchtigten Müttern in der jeweiligen konkreten Einrichtung herauszufinden.

Darüber hinaus soll ab dem Zeitpunkt der Aufnahme zeitnah und zielgerichtet eine (langfristige) Perspektive für Mutter und Kind erarbeitet werden, um Beziehungswechsel in der frühen Kindheit möglichst zu vermeiden bzw. durch gut begleitete Trennungsprozesse Eltern und Kinder in dieser schwierigen Situation fachkompetent zu unterstützen.

Die Handreichung möchte im Hinblick auf die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Eltern Anregungen für die Gestaltung der Aufnahmephase und die ersten Wochen nach Einzug geben.

Nachfolgend werden zunächst in Teil I theoretische Grundlagen (Begriffsklärungen, rechtliche Rahmenbedingungen, Kurzbeschreibungen ausgewählter psychischer Beeinträchtigungen) vorgestellt.

In Teil II, Kapitel 1 werden Empfehlungen für die Gestaltung der Aufnahmephase in MVKE gegeben.

Daran anschließend werden in Teil II, Kapitel 2 praxisrelevante Module (Clearingbögen, methodische Anregungen, Links) vorgestellt.

Wir danken allen Mitarbeiterinnen für die engagierte und konstruktive Zusammenarbeit und hoffen, dass diese Arbeitshilfe Impulse für die fachliche Weiterentwicklung der Arbeit liefert.

Insbesondere danken wir den Einrichtungen, die eigene Materialien zur Verfügung gestellt haben und damit den Transfer von „Best Practice“ ermöglichen!

Dortmund, Januar 2016

*Psychisches Befinden
im Aufnahmegespräch
thematisieren*

*Langfristige
Perspektiven
frühzeitig bedenken*

Teil I Grundlagen

1. BEGRIFFLICHKEITEN

In Mutter(Vater)-Kind-Einrichtungen (MVKE) werden auf der Rechtsgrundlage des § 19 SGB VIII alleinerziehende Schwangere/Mütter mit Kindern bis zu sechs Jahren aufgenommen, wenn sie aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung dieser Form der Unterstützung bei der Pflege und Erziehung des Kindes bedürfen.

Infolge eigener biografisch belastender Erfahrungen (häufig wechselnde Bezugs- und Betreuungspersonen in der eigenen Kindheit, Suchtverhalten der eigenen Eltern, dauerhaft hohes Konfliktniveau zwischen den Eltern oder häusliche Gewalt, Armut usw.) verfügen die Schwangeren/Mütter oft über ein geringes Selbstwertgefühl, sie leiden unter Unsicherheiten und Ängsten, zeigen Bindungsprobleme (Angst vor Nähe-Distanzlosigkeit) oder äußern bereits bei alltäglichen Anforderungen starke Überforderungsgefühle. Sie haben oft einen Sonder- oder Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung und schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Sie können in der Regel nicht auf stützende soziale Netzwerke zurückgreifen (Familie, Freunde, Partner), sondern werden häufig durch verstrickte emotional-soziale familiäre Beziehungen zusätzlich belastet.

Die Abgrenzung zwischen Defiziten in der Persönlichkeitsentwicklung (die Voraussetzung der Hilfestellung sind), psychischen Auffälligkeiten sowie psychischen Erkrankungen/Behinderungen ist in der Praxis schwierig – die Übergänge sind fließend, psychische Erkrankungen treten in Schüben auf, Diagnosen liegen oft nicht vor etc.; außerdem sind große Interpretationsspielräume gegeben.

Im „Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ (2013) unterscheidet die Bundesregierung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung. Der Begriff Erkrankung wird nicht verwendet.

Der Teilhaberbericht definiert Beeinträchtigung/Behinderung wie folgt: „Liegt aufgrund von Besonderheiten von Körperfunktionen (Anmerkung der Verfasserin: dies schließt auch psychische und geistige Funktionen ein) oder Körperstrukturen eine Einschränkung vor, z. B. beim Sehen, Hören oder Gehen, wird dies als Beeinträchtigung bezeichnet. Erst wenn im Zusammenhang mit dieser Beeinträchtigung Teilhabe und Aktivitäten durch ungünstige Umweltfaktoren dauerhaft eingeschränkt werden, wird von Behinderung ausgegangen.“ (Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, S. 7)

Bei der Definition des Begriffs Behinderung orientiert sich der Teilhaberbericht an § 2 Sozialgesetzbuch IX.

Abgrenzungsprobleme

*Definition
Beeinträchtigung*

*Definition
Behinderung*

§ 2 Abs. 1 SGB IX lautet:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Mit dem Begriff psychische Beeinträchtigung werden im Teilhabebericht verschiedene Störungs- und Erkrankungsbilder zusammengefasst:

„Unter dem Begriff der Menschen (mit) psychischen Beeinträchtigungen werden im Folgenden alle Formen von psychischen Störungen und Erkrankungen gefasst“. (Teilhabebericht, S. 381)

Der Begriff „Beeinträchtigung“ schließt somit die diagnostizierten psychischen Erkrankungen nach ICD 10 oder DSM V ein.

Der Teilhabebericht verzichtet bewusst auf eine festlegende Aufzählung von Beeinträchtigungen. Er legt jedoch zugrunde, dass bei einer psychischen Beeinträchtigung davon ausgegangen wird, dass bei der betroffenen Person eine Einschränkung der psychischen Funktion vorliegt.

Der Teilhabebericht folgert auch, dass – wenn von Menschen mit Beeinträchtigungen gesprochen wird – „dann stets nur unter dem Blickwinkel, dass Beeinträchtigungen Teil menschlicher Vielfalt sind. Es ist eben normal, verschieden zu sein. Behinderung hingegen entsteht durch Benachteiligung“. (Teilhabebericht, S. 7)

Gleichzeitig ist es wichtig festzuhalten, dass für die Diagnostik und Behandlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine entsprechende fachliche Qualifikation vorliegen muss. Solche Leistungen werden größtenteils von Berufsgruppen im psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgungssystem erbracht. Es wird deutlich, wie schwierig die Abgrenzung zwischen psychischen Auffälligkeiten und psychischen Beeinträchtigungen ist. Der Begriff psychische Beeinträchtigung spiegelt wieder, dass wir es hier mit einer Dimension des menschlichen Daseins/mit Vielfalt zu tun haben und Diagnosen allenfalls als Versuch einer auf einem Kontinuum festgelegten Beschreibung dieser Vielfalt zu verstehen sind.

In den meisten Konzepten von MVKE sind bislang psychische Beeinträchtigungen (hier unter der Begrifflichkeit Erkrankungen – diagnostizierte Erkrankungen nach ICD-10 aufgeführt) als Ausschlusskriterium der Aufnahme benannt, da Erfahrungen zeigen, dass die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Müttern sehr personalintensiv ist und spezifische Fachkenntnisse im sozialpsychiatrischen Bereich erfordert.

Nur wenige MVKE bieten nach derzeitigem Stand Hilfen speziell für Eltern mit diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen/Behinderungen (psychisch oder geistig) im Rahmen des SGB XII an (z.B. Haus St. Josef,

*Psychische
Beeinträchtigung*

SkF Wesel; Haus Lucia, SkF München; Wohngruppe Nova, CV Duisburg). In diesen Einrichtungen können ggf. auch beide Elternteile mit Kind betreut werden.

Dennoch kommt es in MVKE nicht selten zur Aufnahme von Schwangeren/ Müttern mit massiven psychischen Auffälligkeiten oder (verdeckten, noch nicht diagnostizierten) psychischen Beeinträchtigungen. Die überweisenden Stellen (Jugendämter, soziale Dienste, psychiatrische Dienste u. a.) benennen nicht immer die psychische Beeinträchtigung als Grund für die gewünschte Aufnahme in die MVKE – möglicherweise haben sie sie auch nicht erkannt.

In Anlehnung an den Teilhabebericht der Bundesregierung 2013 wird in dieser Handreichung vorwiegend der Begriff „psychische Beeinträchtigung“ verwendet.

Dennoch werden die Begriffe Beeinträchtigung und Erkrankung teilweise synonym verwandt, da sie in der Fachliteratur, in vorliegenden Konzepten etc. bisher entsprechend verankert sind.

2. RECHTSLAGE

Rechtliche Grundlagen der Hilfgewährung für psychisch beeinträchtigte Mütter/Väter mit Säuglingen und Kleinkindern finden sich in verschiedenen Sozialgesetzbüchern.

§ 19 SGB VIII

So weist bereits § 1 Abs. 3 Satz 2 SGB VIII darauf hin, dass die Jugendhilfe Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen soll.

§ 19 SGB VIII konkretisiert dies für Eltern mit Kindern bis zu sechs Jahren, die diese Hilfe aufgrund ihrer Persönlichkeitsentwicklung benötigen.

Gelegentlich werden Hilfen für minderjährige oder junge volljährige Schwangere/Mütter und ihre Kinder auch auf der Rechtsgrundlage von § 34 SGB VIII oder § 41 SGB VIII für die Schwangere/Mutter und § 34 SGB VIII für das Kind gewährt.

§ 53 SGB XII

Leistungen für Eltern mit Behinderung werden vielfach über die Eingliederungshilfe gemäß § 53 SGB XII gefördert.

Unterschiedliche Interpretationen der Gesetze und Überschneidungen zwischen den Gesetzen führen in der Praxis allerdings immer wieder zu

erheblichem Klärungs-/Verhandlungsaufwand und rechtlichen Auseinandersetzungen.

Hinsichtlich der Hilfestellung für Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Abgrenzung der Hilfe nach § 19 SGB VIII von der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII von besonderer Bedeutung.

Verschiedene Gerichtsurteile haben in der Vergangenheit dargelegt, dass § 19 SGB VIII – als spezifisches Hilfeangebot für zwei Generationen – Vorrang vor § 41 SGB VIII (Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung) ebenso einzuräumen ist, wie gegenüber § 53 SGB XII (Eingliederungshilfe für Behinderte) oder § 67 SGB XII (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten).

Aktuell stellt sich die Rechtslage jedoch wie folgt dar:

Im Jahr 2012 erklärte der zuständige Senat des Bundessozialgerichtes, er werde seine bisherige Rechtsprechung nicht aufrecht erhalten, sondern sich der Rechtsprechung des BVerwG vom 22.10.2009 anschließen, nach der die Eingliederungshilfe für Eltern mit Behinderungen in stationären Einrichtungen vorrangig zuständig ist.

(Terminbericht 18/12 des Bundessozialgerichts vom 23. März 2012 und BVerwG Urteil vom 22.10.2009, AZ 5 C 19/08)

Demnach ist also in Fällen, in denen eine Mutter Anspruch auf Eingliederungshilfe hat, die Jugendhilfe für das Elternteil erst nachrangig zuständig. Die Leistungen für das Kind können sowohl auf der Rechtsgrundlage von § 19 SGB VIII als auch auf der Grundlage von § 34 SGB VIII übernommen werden.

Wenn die Mutter allerdings vor Aufnahme in die MVKE noch keine Eingliederungshilfe in Anspruch genommen hat, kann die diagnostische Abklärung der Frage, ob die stationäre Betreuung als Hilfe zur Erziehung wegen der Persönlichkeitsentwicklung des Elternteils erforderlich oder wegen einer (drohenden) Behinderung Eingliederungshilfe in einer MVKE zu gewähren ist, lange Zeit in Anspruch nehmen.

Aus Sicht der Einrichtungsträger ist bei der Hilfestellung für Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen und ihrer Kinder die Kooperation der Jugend- und der Eingliederungshilfe wünschenswert. Gemeinsame fachliche Standards, gemeinsame Hilfeplanungsprozesse, gemeinsame Entscheidungen bezüglich der langfristigen Perspektiven der Eltern und Kinder etc. würden zur Qualifizierung der Angebote beitragen und die Bedürfnisse beider Generationen gleichermaßen in den Mittelpunkt rücken.

*Vorrang der
Eingliederungshilfe*

*Kooperative
Hilfestellung*

3. PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTE ALLEINERZIEHENDE – SYSTEMISCHE PERSPEKTIVE

Eine psychische Erkrankung eines Elternteils betrifft die gesamte Familie und verändert alles. In der Fachöffentlichkeit spricht man in diesem Falle zu Recht von einer Familienerkrankung.

Laut GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell 2012) geben 13 % der Frauen und 8 % der Männer an, seelisch belastet zu sein. Bei Frauen findet man die höchste Prävalenz (Anteil von Personen in einer bestimmten Bevölkerung) im Alter zwischen 18 und 29 Jahren und zwischen 45 und 64 Jahren.

Die Mehrheit der Bewohnerinnen der MVKE ist noch keine 25 Jahre alt: knapp 20 % sind minderjährig, je ein Viertel der Bewohnerinnen sind unter 21 Jahre bzw. 22 bis 24 Jahre alt und weniger als ein Drittel älter als 25 Jahre.

Jugendliche Mutterschaft gilt, ebenso wie psychische Beeinträchtigung der Mutter, als ein möglicher Risikofaktor für die Entwicklung der davon betroffenen Kinder (Expertise „Gesundheitsfördernde Elternkompetenzen bei Kindern im Alter von 0–6 Jahren“, BZgA, S. 49/50).

<http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/>

[hintergruende-grundlagen/gesundheitsfoerderung/elternkompetenzen/](http://www.kindergesundheit-info.de/hintergruende-grundlagen/gesundheitsfoerderung/elternkompetenzen/)

Die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Eltern ist immer auch Familienarbeit. Zusätzlich zur psychischen Beeinträchtigung des Elternteils sind in diesen Familien fast alle typischen psychosozialen Belastungsfaktoren (z. B. Armut, fehlende Unterstützungssysteme, Arbeitslosigkeit) überrepräsentiert. Das erhöht auch das Erkrankungsrisiko für die Kinder (siehe Teil I, Kapitel 6, Kinder psychisch kranker Eltern).

MVKE arbeiten traditionell mit Blick auf die Mutter-Kind-Dyade und haben in ihrer konzeptionellen Ausrichtung einen Zweigenerationenblick.

Wenn Schwangere/Mütter (mit verdeckten psychischen Beeinträchtigungen) in MVKE aufgenommen werden, wird zunächst oft ein umfassendes Bündel an Problemen deutlich: Wohnungsnot, gesundheitliche Probleme in der Schwangerschaft, schwebende Gerichtsverfahren, Schulden, keinerlei soziale Unterstützung von der Familie/von Freunden oder erhebliche Belastungen durch Partnerschafts-/Familienkonflikte, wechselnde Wohnsitze vor der Aufnahme, Ausbildungsdefizite etc.

Rund 40 % der Aufnahmen in MVKE in katholischer Trägerschaft sind richterlich verfügt, d. h. sie werden von den Müttern zunächst nur unter dem Druck einer möglichen Trennung vom Kind in Anspruch genommen.

Insgesamt verschärfen Milieuherkunft und Ausbildungsdefizite die Situation der Bewohnerinnen und der davon mitbetroffenen Kinder weitgehend.

70 % der Elternteile in MVKE in katholischer Trägerschaft 2014 hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung (Auswertung der Strukturdaten MVKE in katholischer Trägerschaft 2014, SkF Gesamtverein e. V.).

Alleinerziehende geben mit 24,7 % mehr als doppelt so häufig psychische Erkrankungen an wie verheiratete Mütter (aus: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Heft 14, 2003, Seite 11/12). Allerdings ist dieses Ergebnis schwer zu interpretieren, da Kausalzusammenhänge zwischen Alleinerziehung und bestimmten Erkrankungen kaum hergestellt werden können und auch nicht untersucht ist, zu welchem Lebenszeitpunkt die Erkrankung auftrat. Dennoch ist die Alleinverantwortung für ein Kind/Kinder ein weiterer Belastungsfaktor, der bei Kumulation mit anderen Belastungsfaktoren das Risiko für psychische Erkrankungen erhöht.

Bei fast allen Bewohnerinnen der MVKE liegt also eine Bündelung von Risikofaktoren vor:

Sie sind jünger als andere Mütter in Deutschland, schlechter qualifiziert, alleinerziehend ohne unterstützende soziale Netzwerke und zunehmend häufiger psychisch beeinträchtigt.

Für die WHO (Weltgesundheitsorganisation, World Health Organization) ist das seelische Wohlbefinden essentieller Bestandteil von Gesundheit. Gesundheit ist demnach mehr als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.

In Deutschland werden psychische Störungen nach dem ICD 10 klassifiziert. Das ICD 10 enthält klinisch-diagnostische Leitlinien, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erarbeitet wurden. Sie sind in der Bundesrepublik Deutschland verbindlich.

Grundsätzlich ist es wichtig zu bedenken, dass alle psychischen Störungsbilder unterschiedlich hinsichtlich des Schweregrades, Verlaufes und der Dauer der Beeinträchtigung auftreten. Die Diagnose einer psychischen Störung alleine sagt darüber relativ wenig aus.

33,3 % aller Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland leiden jedes Jahr (12 Monatsprävalenz) an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung wie z. B. Alkohol/Drogensucht, Depressionen/Manien, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen etc. (DEGS-Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Robert-Koch Institut, 2012). Prävalenz ist ein Begriff aus der Epidemiologie und gibt die Häufigkeit einer bestimmten Krankheit in der Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes an. Die DEGS Studie 2012 kommt zum Ergebnis, dass in der Bundesrepublik Deutschland jedes Jahr Frauen etwas häufiger psychisch erkranken als Männer (Frauen 35,9 %; Männer 30,7 %).

*Psychische
Erkrankungen und
Alleinerziehende*

*Bündelung von
Risikofaktoren*

*Unterschiedliche
Schweregrade,
Verläufe und Dauer
der Beeinträchtigungen*

Mehrfachdiagnosen

Verschiedene psychische Störungen treten häufig parallel auf. Mehr als ein Drittel der Betroffenen hat mehrere Diagnosen (DEGS Studie zur Gesundheit in Deutschland 2012, DEGS1 und DEGS1-MH).

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile

Insgesamt fehlen aber Belege dafür, dass psychische Erkrankungen zunehmen. Viele Studien zeigen, dass die Häufigkeit seelischer Beeinträchtigungen seit Jahren recht konstant ist. Insgesamt ist die Gesellschaft aber sensibler geworden für psychische Probleme (Dr. U. Hapke, Robert Koch Institut, in „Die Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland“ 2012, Informationsbroschüre).

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/degs1_infobroschuere_inhalt.html

Psychische Beeinträchtigung und Elternschaft

Über die Prävalenz psychisch kranker Eltern lassen sich zurzeit keine verlässlichen Angaben machen. Deshalb ist es schwer abzuschätzen, wie viele psychisch erkrankte Patienten Eltern sind (Jungbauer & Lenz 2008, Schneider, 2009, in: A. Plass, S. Wiegand-Grefe, Hg., 2012).

Einige Studien kommen zu dem Ergebnis, dass rund ein Drittel aller psychiatrisch stationär aufgenommenen Patienten Eltern minderjähriger Kinder sind.

Psychische Beeinträchtigungen bei Schwangeren sind verbreitet, aber nicht wesentlich häufiger als sonst im Leben. Sie bleiben häufig unerkannt und unbehandelt. Ersterkrankungen in der Schwangerschaft sind eher selten. Man geht davon aus, dass das Risiko an einer postpartalen Depression zu erkranken höher ist, wenn die werdende Mutter bereits zuvor in ihrem Leben an einer Depression erkrankt war.

Schaut man sich die Elternschaftsquote bei psychisch Beeinträchtigten an, so fällt sie je nach psychiatrischem Krankheitsbild unterschiedlich hoch aus. Affektiv Erkrankte haben die höchste Rate mit knapp 70 %.

Insofern verwundert es nicht, dass Mitarbeiterinnen aus MVKE feststellen, dass der Anteil von Müttern mit depressiver Symptomatik vergleichsweise hoch ist wie der von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese Angaben sind allerdings statistisch nicht belegt.

Die Erhebung der Strukturdaten in MVKE wird ab 2015 durch eine prozesshafte Evaluation der Bewohnerinnendaten ergänzt, in der auch psychische Beeinträchtigungen abgefragt werden. Ab 2016 liegen dann voraussichtlich weitere wichtige Daten zur Arbeit der MVKE in katholischer Trägerschaft in der Bundesrepublik Deutschland diesbezüglich vor.

Häufig genannte psychische Beeinträchtigungen der Schwangeren/Mütter in MVKE sind:

- Persönlichkeitsstörungen (hier: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typ),
- Affektive Störungen (hier: unipolare Depression),
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (hier: Angststörungen),
- und Traumafolgestörungen (hier: insbesondere PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung).

Die Handreichung wird sich in der Beschreibung spezifischer Beeinträchtigungen auf die genannten Störungsbilder beschränken. Die Thematik der Suchterkrankungen in ihren Auswirkungen auf Elternschaft und der davon betroffenen Kinder wird nicht vertieft.

4. KURZBESCHREIBUNG AUSGEWÄHLTER PSYCHISCHER BEEINTRÄCHTIGUNGEN

4.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der Fachwelt geht man davon aus, dass ca. 70 % der Borderline-Patientinnen einschneidende traumatische Erfahrungen haben. Ein Trauma erklärt aber nicht per se das Vorhandensein einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Vielmehr wird von klinischen Forschern eine multifaktorielle Entstehungsgeschichte diskutiert. Mehrere Faktoren müssten dabei zusammenwirken. „Lieb et.al. gehen davon aus, dass genetische Faktoren und traumatische Erfahrungen während der Kindheit zu einer emotionalen Dysregulation und erhöhten Impulsivität führen könnten“ (aus: Alice Sendera/Martina Sendera, 2012, S. 18). Es gibt bis heute aber noch keine allgemeingültige wissenschaftliche Erklärung zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Persönlichkeitsstörungen sind Störungen, die tief verwurzelt sind, anhaltende Verhaltensmuster aufweisen und sich in starren Reaktionen in unterschiedlichen Situationen zeigen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigt viele unterschiedliche Symptome. Im Zentrum stehen dabei die Störung der Affektregulation, eine starke Impulsivität und eine Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen wie auch im Selbstbild. Sie geht mit einer instabilen/gestörten Mentalisierungsfähigkeit einher.

*Multifaktorielle
Entstehung*

Symptome

Mentalisierung ist die Fähigkeit, das eigene und das Verhalten anderer Menschen erklären zu können; Mentalisierung setzt Selbstreflexionsfähigkeit voraus. Das Konzept der Mentalisierung gründet in der Entwicklungspsychologie und auf Ergebnissen der Bindungsforschung. Es wird davon ausgegangen, dass die Möglichkeit der Mentalisierungsfähigkeit uns als Anlage gegeben ist, sie dann aber über feinfühligke frühe Bindungsbeziehungen weiter ausgeprägt und erworben werden muss. Mentalisierungsfähigkeit von Eltern bedeutet, dass sie in der Lage sind adäquat emotional auf ihr Kind einzugehen, die inneren Zustände ihres Kindes erfassen und begreifen können. Diese Fähigkeit zu mentalisieren, ist eine notwendige Bedingung für elterliche Fürsorge.

Weitere interessante Informationen zum Konzept der Mentalisierung finden sich im folgenden Artikel:

http://www.adler-institut-mainz.de/uploads/media/Mentalisierung_UEbersichtsarbeit.pdf

Viele an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Erkrankte können zwar sehr gut die Gefühle anderer Menschen wahrnehmen (Seismograph für Gefühle), diese aber nicht wirklich nachvollziehen und in den richtigen Kontext stellen. Es gelingt ihnen nicht, in eine „Beobachterrolle“ zu gelangen, die es Ihnen ermöglicht, sich von eigenen Gefühlen und Gedanken zu distanzieren und sich mental in andere einzufühlen.

Die Person erlebt den eigenen Körper als fremd und unwirklich. Durch selbstverletzendes Verhalten wird nicht selten versucht, die starken inneren Spannungszustände, so auch das Gefühl von anhaltender Leere, zu regulieren. Schmerz wird dabei nicht als Schmerz, sondern als Mittel zur Regulation erlebt.

Viele Borderline Erkrankte leiden unter Angstzuständen, oft vor dem Alleinsein, vor Einsamkeit und Verlassen werden. Gleichzeitig findet sich meist eine Unfähigkeit, der Situation angemessene Gefühle überhaupt wahrnehmen zu können.

Das Krankheitsbild ist komplex. Es umfasst extreme Stimmungsschwankungen, impulsives Verhalten, oft instabile Beziehungen. Es können Schuld-, Scham- und Ekelgefühle auftreten. Depressive Verstimmungen können immer wiederkehren bis hin zu schweren Depressionen mit der Gefahr von suizidalem Verhalten.

In der Regel zeigt sich ein mangelndes Selbstwertgefühl. Die Neigung zum Schwarz-Weiß-Denken und zu Spaltungen ist auffällig. Eine Tendenz zur Entwertung und zum Pessimismus ist oft vorhanden.

Die Diagnose wird entweder nach ICD 10 oder DSM V vorgenommen. Wikipedia informiert über die Unterschiede zwischen den beiden Schemata:

„Das DSM steht in Konkurrenz zur ICD 10, dem internationalen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation. Das DSM ist ein nationales Klassifikationssystem der USA. Es muss daher nicht die zahlreichen Kompromisse und Ergänzungen der ICD 10 berücksichtigen und enthält z. T. genauere diagnostische Kriterien. Dadurch ist es für die Forschung interessant. Die ICD 10 hingegen setzt ihren Schwerpunkt auf eine interkulturelle Perspektive und eine Anwendbarkeit auch in den Ländern der Dritten Welt. DSM-IV berücksichtigt im Gegensatz zur ICD 10 geschlechtsspezifische Unterschiede. Es vergibt keine eigenen Klassifikationsschlüssel, sondern eine von der APA ausgewählte Teilmenge jener Nummern, welche im 1979–1997 gültigen ICD 9 zur Klassifikation psychiatrischer Krankheiten vorgesehen waren. Die ICD 10 hat andere Klassifikationsschlüssel, was den Vergleich erschwert.“

https://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders

Weitere Informationen zu den Klassifikationssystemen lesen Sie auch auf der Homepage „Neurologen und Psychiater im Netz“ unter:

<http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/diagnostik/diagnosen/>

Die Borderline-Störung wird im ICD 10 unter der „emotional instabilen Persönlichkeit“ klassifiziert. (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)

Es werden zwei Typen unterschieden:

Impulsiver Typ (ICD 10 F 60.30)

und Borderline Typ (emotional instabile Persönlichkeit – Borderline Typus ICD 10 F 60.31)

<http://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html>

Im DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, englisch für „diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“) lautet dieses Störungsbild „Borderline-Persönlichkeitsstörung“.

Im DSM V werden neun Diagnosekriterien benannt. Um eine Diagnose stellen zu können, müssen fünf der aufgeführten neun Kriterien erfüllt werden.

Weitere interessante Informationen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung finden Sie auf der Homepage des Borderline-Netzwerkes Berlin

<http://www.borderline-netzwerk-berlin.de/index.php?id=8>

oder unter

<http://www.borderline-muetter.de>

ICD 10 F 60.31

ICD 10 F 32;
F 33; F 34

4.2 Depression

Das ICD 10 unterscheidet unipolare Depressionen (nur depressive Episoden) und bipolare Störungen (früher bekannt unter manisch-depressiver Erkrankung; Wechsel von manischen und depressiven Episoden).

Das ICD 10 klassifiziert dabei Depressionen nach depressiven Episoden unterschiedlicher Schweregrade und nach dem Verlauf.

ICD 10, F 32 Depressive Episode (einmalig), F33 rezidierende depressive Störung (wiederholt), F34 anhaltende affektive Störung.

Das DSM V klassifiziert eine sehr schwere Depression (früher endogene Depression) als Majore Depression.

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Beeinträchtigungen. Sie gehen oft mit einer psychischen Zweiterkrankung einher, z.B. einer Angststörung. Ursachen und Entstehung einer Depression sind multifaktoriell bedingt.

Frauen sind von diagnostizierten Depressionen oder depressiven Verstimmungen statistisch häufiger betroffen als Männer (10 % Frauen und 6 % Männer, 12 Monatsprävalenz). Die Häufigkeit steigt im Altersverlauf: In der Altersgruppe 18–29 Jahre geben 7 % der Frauen und 4 % der Männer eine im Jahresverlauf diagnostizierte Depression an. Bei der Altersgruppe 45–64 Jahre liegt die Zahl bei 14 % der Frauen und 9 % der Männer. (Robert Koch-Institut, Hg., 2014)

Bei alleinerziehenden Müttern ist die Diagnose Depression (im Jahresverlauf) häufiger vertreten als bei Müttern in Paarfamilien. Für alleinerziehende Väter gibt es ähnliche Angaben (S. Müters, J. Hoebel, C. Lange, 2013). Im GBE Kompakt 2/13 kommen die Autoren zum Ergebnis, dass der Umstand, alleinerziehend für ein oder mehrere Kinder verantwortlich zu sein, sowohl für Frauen als auch für Männer besondere Lebenslagen darstellt, die häufig mit psychischen Belastungen verbunden sind (GBE Kompakt, 2/2013).

Depressive Symptome können in der Schwangerschaft relativ häufig auftreten. Jedoch ist die Rate der an Depression Erkrankten in dieser Phase nicht wirklich höher als in der Allgemeinbevölkerung (ca. 10 %). Postpartal (innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt) erkranken ca. 15 % der Mütter an einer Depression. Ein hohes Risiko peripartal an einer Depression zu erkranken haben Frauen, die früher schon an einer Depression gelitten haben. Ursachen und Entstehung einer Depression sind multifaktoriell bedingt. Leider wird die Depression jedoch häufig nicht erkannt und damit auch nicht frühzeitig behandelt.

Depressionen gehen in der Regel mit einem starken Leidensdruck für die Betroffenen einher. Sie gehören zu den affektiven Störungen.

Affektive Störungen sind im ICD 10 klassifiziert und ein Sammelbegriff für Störungen, die vor allem Veränderungen von Gefühlen und Stimmungen umfassen.

Zahl, Intensität und Qualität der depressiven Symptome bestimmen den Schweregrad einer Depression. Es wird nach Hauptsymptomen und weiteren depressiven Symptomen unterschieden. Zur Diagnosestellung „Depression“ müssen diese Symptome mindestens ununterbrochen länger als 14 Tage anhalten.

Symptome der (unipolaren) Depression können sein:

Antriebsminderung, Verlust von Interesse, traurige Stimmungslage bis hin zu einem Gefühl der inneren Leere (nicht fühlen können), Verlust von Freudefähigkeit. Viele Betroffene neigen zum Grübeln und zu Konzentrationsstörungen. Das Selbstwertgefühl kann gemindert sein. Die Person fühlt sich müde und schlapp. Der Alltag ist kaum zu bewältigen. Zwangsgedanken mit aggressivem Inhalt sind oft schambesetzt (A. C. Schulz-Du Bois, 2014). Die Depression kann sich auch über körperlich-vegetative Beschwerden ausdrücken, z. B. über körperliche Schmerzen ohne körperliche Ursache oder vegetative Beschwerden wie Schlafstörungen. Oft kommt es zu suizidalen Gedanken.

Ca. 15 % der Menschen mit schwerer Depression nehmen sich das Leben.

Weitere Hinweise entnehmen Sie den folgenden Links

<http://www.neurologen-und-psychotherapeuten-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/depressionen/was-ist-eine-depression/>

<http://www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten/depression.html>

<http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/depression-erkennen.php>

4.3 Angsterkrankungen

Angst- und Panikstörungen treten in unterschiedlichen Erscheinungsformen auf, z. B. als frei flottierende Angst, in Form bestimmter konkreter Phobien oder als Panikattacken. Angststörungen treten bei ca. 10 % der Bevölkerung auf und haben oft erhebliche soziale Folgen. Sie können das gesamte Leben des davon betroffenen Menschen gravierend einschränken und haben in der Regel Auswirkungen auf Partnerschaft/Familie bis in das soziale Netzwerk hinein. Angsterkrankungen verlaufen oft chronisch.

ICD 10 F 40; F 41

Symptome

Wikipedia informiert:

„Obwohl Angst ein „Affekt“ ist, werden Angststörungen, Panikattacken und auch phobische Störungen in der ICD-10, einem modernen Klassifikationssystem, nicht in der Rubrik F 3 (Affektive Störungen), sondern im Kapitel F 4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) kodiert. Menschen mit Angststörungen empfinden selber oft gar nicht die Angst als das hervorstechende Symptom. Stattdessen werden häufig körperliche Symptome, wie etwa Schwindel, Herzrasen, Zittern, verminderte Belastbarkeit oder auch Magen-Darm-Beschwerden, zuerst genannt.“

<https://de.wikipedia.org/wiki/Angstst%C3%B6rung>

Auf der Homepage des Universitätsklinikums Bonn wird u. a. zwischen übersteigerten Ängsten (Phobien), Panikstörungen oder generalisierten bzw. spezifischen Ängsten unterschieden.

„Charakteristisch für die generalisierte Angststörung ist hingegen eine seit Monaten oder Jahren bereits bestehende quälende Angst und Besorgnis, die dauerhaft das Denken und Lebensgefühl der Betroffenen bestimmt und sich nicht mehr kontrollieren lässt. Andauernde innere Unruhe und Anspannung sowie ständiges Grübeln über mögliche Gefahren und Unglücksfälle sind kennzeichnend. Die Angst ist ein ständiger Wegbegleiter der Betroffenen und kann sich mitunter zu Panikattacken zuspitzen oder in eine Depression münden.“

http://psychiatrie.uni-bonn.de/krankheitsbilder/angst_und_angsterkrankungen/index_ger.html

Angstsymptome finden sich auf körperlicher Ebene (Zittern, Schwitzen, Herzrasen etc.), auf der Gefühlsebene (Anspannung, Belastung), in den Gedanken (die um Gefahren und Sorgen kreisen und damit zur Verstärkung der Angst beitragen) oder im Verhalten (häufig Vermeidungstendenzen).

Weitere Informationen unter:

<http://www.neurologen-und-psychotherapeuten-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/angsterkrankungen/was-sind-angsterkrankungen/>

4.4 Traumafolgestörung, posttraumatische Belastungsstörung

Der Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und heißt Verletzung. Das Gebiet der Traumaforschung ist noch relativ jung.

Schätzungen darüber, wie verbreitet Erfahrungen von traumatischem Inhalt in der Gesamtbevölkerung sind, gehen weit auseinander. Diagnostische Einordnungen/Begrifflichkeiten sind zum Teil unterschiedlich.

Statistisch angenommen werden kann, dass ca. 50–90 % der Bevölkerung im Leben mindestens eine traumatische Erfahrung machen, die gekennzeichnet ist durch eine seelische oder/und körperliche Todesnähe-Erfahrung. Nicht alle davon (ca. 15–50 %) bilden eine Traumafolge-Erkrankung aus. (M. Huber; Vortrag Komplextrauma erkennen und verstehen, 2014)
<http://www.michaela-huber.com/files/vortraege2014/komplextrauma-erkennen-und-verstehen-2014-11.pdf>

Studien legen nahe, dass ein großer Anteil der Menschen, die an einer psychischen Beeinträchtigung leiden, in ihrer Kindheit und Jugend traumatischen Erfahrungen ausgesetzt war.

Eine spezifische Form einer Traumafolgeerkrankung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Posttraumatische Belastungsstörungen, insbesondere komplexe Traumafolgeerkrankungen, sind oft von komorbiden Beeinträchtigungen wie z.B. Sucht, Ängsten, Depression oder auch Borderline-Persönlichkeitsstörungen überlagert. Das erschwert die Diagnose. Fachliche Diskussionen, insbesondere über Zusammenhänge und Abgrenzungsmöglichkeiten zwischen PTBS, komplexer PTBS, dissoziativen Störungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden noch geführt.

„Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist das gleichzeitige Vorkommen einer PTBS besonders häufig.“ (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk 2003; aus: DeGPT, Positionspapier Psychotraumatische Versorgung, Version 1/2013, S. 26)

www.degpt.de/DeGPT-Positionspapier%201.2013.pdf

In der traumatherapeutischen Fachwelt wird zugrunde gelegt, dass eine Traumafolgeerkrankung sich über ein einmaliges traumatisches Ereignis oder prozesshaft über das Aufeinanderfolgen von erschütternden, traumatischen Belastungsereignissen entwickeln kann.

Es wird unterschieden zwischen Monotrauma (ein einmaliges Ereignis) und Multitraumen (mehrere traumatische Ereignisse, meist schon ab früher Kindheit). Zur Ausprägung komplexer Traumafolgeerkrankungen wird davon ausgegangen, dass der Mensch in der Regel Multitraumen (jahrelange Erfahrungen traumatischen Inhalts) erlebt hat.

Im ICD 10 werden Traumafolgeerkrankungen klinisch diagnostisch erfasst unter:

- F 43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
hier: F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung und unter
- F 62.0 andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen.

ICD 10 F 43.1

Symptome

„Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine mögliche Folge-reaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können.“ (aus: S 3 – Leitlinie ICD 10, F 43.1; AWMF-Register-Nr. 051/010).

Sie „entsteht als eine verzögerte oder protrahierte (d.h. über einen längeren Zeitraum hinweg; Wochen oder auch Monate) Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (ICD 10, F 43.1) Ein chronischer Verlauf ist möglich.

Eine traumatische Situation ist gekennzeichnet durch einen Zustand von Ausgeliefertsein und großer existenzieller Bedrohung von Leib und Leben oder dem Erleben, dass eine andere Person akut bedroht ist (z.B. durch Zeugenschaft). Es ist für die Betroffenen nicht möglich, aus der Situation zu fliehen oder sich zu verteidigen (extremer Stress). In vielen Fällen kommt es durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Zu den charakteristischen Merkmalen einer PTBS zählen allgemeine Übererregbarkeit (Hyperarousal), Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, das wiederholte Erleben des Traumas in belastenden Gedanken und aufdrängenden Erinnerungen und Bildern (Intrusionen und Flashbacks), Alpträume, Erinnerungslücken (partielle Amnesien) und emotionale Störungen (Entfremdungsgefühle), innerliche Teilnahmslosigkeit, Vermeidungsverhalten von traumaassoziierten Stimuli, sozialer Rückzug, Interessenverlust.

Folgende Funktionseinschränkungen können bei einer PTBS auftreten: Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche, Gedächtnis- und Erinnerungsstörungen, Nervosität, Unruhe, innerer Druck, Schreckhaftigkeit, ausgeprägte Stimmungsschwankungen, mangelnde Emotionskontrolle, Grübeln, Misstrauen, vegetative Symptome, unterschiedliche Körperschmerzen, depressive Symptomatik mit Suizidalität.

Neben der PTBS werden weitere spezifische Traumareaktionen in der Fachwelt diskutiert. Hier seien die Komplexe PTBS und dissoziative Störungen erwähnt (Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1; AWMF-Register-Nr. 051/010).

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010I_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf

Die Komplexe PTBS wird von der DegPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) wie folgt beschrieben:

„Besonders schwere oder wiederholte bzw. langanhaltende Traumatisierungen, zum Beispiel infolge psychischer, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrungen oder auch Erfahrungen körperlicher bzw. emotionaler Ver-

nachlässigkeit in der Kindheit, können erhebliche Beeinträchtigungen des Erlebens, Denkens, Fühlens und auch der Interaktion mit der Umwelt nach sich ziehen. Bei vielen Betroffenen prägt sich ein vielfältiges Beschwerdebild aus, das ein Muster typischer Veränderungen beinhaltet und als komplexe posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet wird.“

<http://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/wie-%C3%A4u%C3%9Fern-sich-traumafolgest%C3%B6rungen/komplexe-posttraumatische-belastungsst%C3%B6rung/>

Die Entstehung komplexer Traumafolgestörungen (z.B. komplexe PTBS, dissoziative Störungen) wird in der Fachwelt auch unter dem Blickwinkel früher kindlicher Bindungsentwicklung und ihrer Störungen (Bindungsstörungen/Bindungstraumatisierungen) diskutiert.

„Besonders Kinder, die im Umgang mit ihren engsten Bezugspersonen körperliche, sexuelle oder seelische Gewalt erleben, entwickeln oft Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung“.

„Die beste Ausrüstung, um sich in der Welt zurechtzufinden, ist eine gute Portion Urvertrauen, erworben durch liebevolle, zuverlässige Bezugspersonen. Traumatische Erfahrungen in den ersten drei Lebensjahren, wie fehlende oder nicht zum Ausdruck gebrachte Liebe, Vernachlässigung oder Gewalt, stören die Gehirnentwicklung und leisten psychischen Störungen Vorschub.“ (Karl-Heinz Brisch, Elterliches Fehlverhalten erkennen und verändern, 2008, in: pädiatrie hautnah, 1-2008)

http://www.khbrisch.de/files/artikel_p__driatrie_hautnah.pdf

Eine sichere Bindung ist ein wichtiger Schutzfaktor, damit sich eine Traumafolge-Erkrankung nicht ausbildet.

Bei komplexen Traumafolgestörungen (z.B. komplexe PTBS, dissoziative Störungen) sind die Funktionseinschränkungen in der Regel weitreichender und die Verläufe chronisch. Zu den bereits erwähnten Funktionseinschränkungen können selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, Dissoziation und Fremdheitserleben der Welt gegenüber auftreten. Veränderung in den sozialen Beziehungen, sozialer Rückzug und Verlust sozialer Fähigkeiten können sich verstärken. Komorbide psychische Beeinträchtigungen sind oft vertreten.

Wichtig: Nicht alle Menschen, die eine traumatische Situation erlebt haben, bilden eine Traumafolgestörung aus. Neben dem traumatischen Ereignis an sich und seiner Wirkung auf den Menschen sind unterschiedliche individuelle und soziale Schutz- und Bewältigungsmechanismen/-möglichkeiten wirksam.

Sichere Bindung

5. BINDUNG: SCHUTZ- UND RISIKOFAKTOREN

Die Bindungstheorie, entwickelt von John Bowlby, besagt, dass Menschen ein genetisch angelegtes Bindungssystem haben, das zwischen der primären Bindungsperson und dem Säugling direkt nach der Geburt wirksam wird. „Bindung ist das gefühlsgetragene Band, das eine Person zu einer spezifischen anderen Person anknüpft und das sie über Zeit und Raum miteinander verbindet“ (John Bowlby, 1999).

Das angeborene Bindungsbestreben hat überlebenssichernde Funktion und wird bei Gefahr aktiviert. Das Kind sucht Schutz und Geborgenheit und wird, sofern es angemessen feinfühlig behandelt wird, später sicher gebunden seine Welt erkunden (explorieren).

Feinfühliges Reagieren der Eltern bedeutet, dass sie die kindlichen Signale wahrnehmen, richtig interpretieren und zeitnah zuverlässig beantworten. Durch die Befriedigung ihrer Bedürfnisse und getragen durch dieses elterliche Verhalten fühlen sich die Säuglinge sicher und gewinnen Vertrauen in die elterliche Versorgung und Zuwendung und einhergehend damit in die eigene Wirksamkeit.

„Das Bedürfnis sich zu binden ist biologisch disponiert und lässt sich als Regulationssystem interpretieren, das insbesondere in Situationen von Verunsicherung und Belastung wirksam wird“ (M. Kölch, U. Ziegenhain, J. M. Fegert, Hg., 2014, S. 15).

Feinfühliges Verhalten von primären Bezugspersonen im frühen Kindesalter (0–3 Jahre) beeinflusst die Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes. Die elterliche Feinfühligkeit im gegenseitigen Verstehen von Eltern und Kind ist die Grundlage für die Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung. Bindung ist ein lebensnotwendiger Faktor, da sie maßgeblich wichtig ist, damit ein Kind Urvertrauen aufbauen und sich gesund entwickeln kann. Sie ist gleichwertig mit anderen lebenswichtigen Grundbedürfnissen wie Essen und Trinken, Bewegung und Luft zum Atmen.

Eine sichere Bindung während der Säuglingszeit und Kindheit gehört zu den wichtigsten Schutzfaktoren für die weitere gesunde Entwicklung des Kindes im Lebensverlauf. Sicher gebundenen Kindern steht langfristig eine stärkere psychische Widerstandskraft (Resilienz) in emotional belastenden Situationen zur Verfügung.

Die Bindungsqualität wird in der so genannten „Fremden Situation“ (Ainsworth et al.) getestet. In dem Testverfahren befinden sich zunächst Mutter/Vater und Kind in einem Raum, dann kommt eine weitere – dem Kind fremde Person hinzu – und nach kurzer Zeit verlässt die Mutter/der Vater den Raum (Kind und fremde Person verbleiben dort). Nach einer Weile kommen Mutter/Vater zurück. Beobachtet wird das Verhalten des Kindes,

*Elterliche
Feinfühligkeit*

insbesondere beim Verlassen des Raumes durch den Elternteil und bei dessen Rückkehr.

Es werden folgende Bindungsstile (-muster) unterschieden:

- Sichere Bindung: eine liebevolle Beziehung zwischen Eltern (oder einer anderen Bindungsperson, die sich feinfühlig und zuverlässig kümmert) und Kind; die primäre Bindungsperson ist der „sichere emotionale Hafen“ des Säuglings (K. H. Brisch et al.). Eine sichere Bindung wird in der Regel dadurch erkennbar, dass das Kind beim Verlassen des Raumes durch den Elternteil Unsicherheit/Trauer zeigt und sich bei dessen Rückkehr nach angemessener Zeit beruhigt.
- Unsichere, vermeidende Bindung: diese Kinder unterdrücken ihr Nähebedürfnis. Auf Trennung reagieren sie mit wenig Protest und wollen bei Rückkehr der Bindungsperson nicht getröstet werden.
- Unsichere, ambivalente Bindung: diese Kinder zeigen nach Trennung von der Bindungsperson großen Stress, weinen und lassen sich auch nach Rückkehr des Elternteils nicht beruhigen. Einerseits möchten sie Nähe zur Bindungsperson, andererseits verhalten sie sich aggressiv abwehrend.
- Desorganisierte Bindung (beginnende Psychopathologie): diese Kinder sind in ihrem Bindungsverhalten schwer zuzuordnen. Zentrales Merkmal einer desorganisierten Bindung ist, dass diese Kinder in Situationen erhöhter Belastung keine Nähe und keinen Kontakt zur Bindungsperson aufnehmen. Sie wirken eher desorientiert in ihrem Verhalten zur Bindungsperson, zeigen z.B. starke Gehemmtheit, erstarren körperlich („Einfrieren“) oder zeigen Furchtreaktionen.

Studien in Deutschland, England und den USA belegen, dass sicher gebundene Mütter häufig auch sicher gebundene Kinder haben (75 % Übereinstimmung).

(Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 2. Jg., 2004, Heft 1, K. H. Brisch „Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen“)

<http://www.khbrisch.de/61-0-Wiss+Publikationen.html>

Etwa 80 % der Kinder von Eltern, die traumatisiert sind, zeigen desorganisiertes Bindungsverhalten.

(„Hauer Journal“ Zeitschrift des Dr. von Haunerschen Kinderspitals München, „Psychologische Aspekte der Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern“, 41/42, S. 20–27, K. H. Brisch 2010, München).

http://www.khbrisch.de/files/brisch_hauner_vernachl__ssigung.pdf

Bindungsstörungen

Höheres
psychiatrisches
Erkrankungsrisikos
für Kinder

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit können zu Bindungsstörungen führen.

Die Bindungsstörung gehört nach K. H. Brisch in den Bereich der Psychopathologie.

Als Ursache von Bindungsstörungen bei Kindern gibt er multiple, unverarbeitete Traumatisierungen des Kindes, vor allem in der frühen Kindheit, an. Die traumatischen Erfahrungen werden in der Regel von bedeutungsvollen Bindungspersonen ausgeführt und wirken über längere Zeiträume ein. Dazu gehören:

Massive Vernachlässigung; sexuelle Gewalt; körperliche Gewalt; emotionale Gewalt; multiple Trennungen/Verluste (vor allem von primären Bindungspersonen); miterlebte Gewalt in allen Formen (Augenzeugen); Verletzung von Bindungspersonen durch Gewalt.

(K. H. Brisch, T. Hellbrügge, Hg., Bindung und Trauma oder K. H. Brisch, Bindungen und Bindungsstörungen. Hilfen für bindungsgestörte Kinder, Internationale Konferenz München, 2007)

<http://www.ev-jugendhilfe-menden.de/Brisch%20Vortrag%20Iserlohn%2012-09-2007.pdf>

Wird bei Erwachsenen/Eltern ein „Erwachsenen-Bindungs-Interview“ (AAI) durchgeführt, können unverarbeitete traumatische Erfahrungen, wenn diese im Gespräch thematisiert werden, durch bestimmte Verhaltensweisen z.B. im Stocken des Sprachflusses, Gedankenabbrüchen, Vermeiden von Blickkontakt etc. erkannt werden. Dabei wird nicht der Inhalt des Erzählten bewertet, sondern Aufschluss aus der Kohärenz des Dargestellten gezogen.

Als diagnostisches Instrument kommt im „SAFE Sichere Ausbildung für Eltern“, Präventionsprogramm nach PD Dr. K. H. Brisch der „AAI“ in modifizierter Form als ein diagnostisches Instrument zur Anwendung und wird in der Mentorenausbildung in seiner Handhabung vermittelt.

<http://www.safe-programm.de>

Psychisch beeinträchtigte Eltern sind oftmals nicht in der Lage, emotional feinfühlig mit ihren Kindern umzugehen. Insbesondere in akuten Krankheitsphasen kann die Fähigkeit, ihren Kindern ein Gefühl von Schutz und Sicherheit zu geben, herabgesetzt sein. Die psychische Beeinträchtigung erschwert es ihnen, sich in ihr Kind hineinzusetzen. Die betroffenen Kinder können dann ihrerseits unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster entwickeln, was ihr eigenes psychiatrisches Erkrankungsrisiko erhöht.

6. KINDER PSYCHISCH BEEINTRÄCHTIGTER ELTERN

Wenn erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern gefragt werden, was für sie in der Kindheit/Jugend die stärksten Belastungen darstellten, beschreiben sie häufig:

- Desorientierung: Die Kinder waren geängstigt und verwirrt, weil sie die Probleme der Eltern nicht einordnen und nicht verstehen konnten.
- Schuldgefühle: Die Kinder glaubten, dass sie an den psychischen Problemen der Eltern schuld sind.
- Tabuisierung (Kommunikationsverbot): Die Kinder hatten den (meist begründeten) Eindruck, dass sie über ihre Familienprobleme mit niemandem sprechen dürfen. Sie hatten die Befürchtung, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie sich an Personen außerhalb der Familie wenden.
- Isolierung: Die Kinder wussten nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können und hatten niemanden, mit dem sie darüber sprechen können. Das heißt: sie fühlten sich allein gelassen.

(F. Mattejat, H. Remschmidt, 2008)

<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=60391>

Sowohl diese emotionalen und sozialen Belastungen als auch auftretende Erziehungsinkonsistenzen und Krisen der Eltern stellen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung dar.

„Kinder psychisch kranker Eltern haben statistisch gesehen je nach Art der Erkrankung eine drei- bis siebenfach höhere Disposition für psychische Erkrankungen im Vergleich zur ‚Normalbevölkerung‘. Verantwortlich für dieses erhöhte Risiko ist ein Zusammenspiel aus sozialen Komponenten, besonders schwierigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen sowie genetischen Faktoren.“ (Stellungnahme der Kinderkommission des Dt. Bundestages zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ vom 04.03.2013).

Den Risiken gegenüber stehen unterschiedliche personale, familiäre und soziale Ressourcen, wie z.B. die gute Selbstregulationsfähigkeit eines Säuglings, die Zuwendung verlässlicher Bezugspersonen oder die Inanspruchnahme professioneller Hilfeangebote.

6.1 Auswirkungen der elterlichen psychischen Beeinträchtigungen auf Kinder

Psychisch beeinträchtigte Eltern wünschen sich grundsätzlich auch nichts anderes als „bestmöglich gute“ Mütter/Väter für ihre Kinder zu sein. Und doch, die psychische Beeinträchtigung eines Elternteils destabilisiert das gesamte Familiensystem und beinhaltet Entwicklungsrisiken für die Kinder. In Deutschland leben insgesamt ca. 13 Millionen Kinder und Jugendliche. Aus mehreren Studien ist bekannt, dass psychisch kranke Menschen in etwa genauso häufig Kinder haben wie psychisch gesunde.

Folgt man aktuellen Hochrechnungen, so kann davon ausgegangen werden, dass ungefähr drei Millionen Kinder in der Bundesrepublik Deutschland im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung (vorübergehend, wiederholt oder dauerhaft psychisch erkrankt) erleben. Nach stationären Versorgungsdaten muss davon ausgegangen werden, dass etwa 175.000 Kinder pro Jahr erleben, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch in Behandlung ist. (F. Mattejat, B. Lisofsky, Hg., 2014) .

Zahlreiche Studien belegen die Mitbetroffenheit der Kinder psychisch kranker Eltern. Sie sind nicht nur häufiger mit besonderen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert, sondern haben selbst ein erhöhtes Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln (A. Lenz, 2012).

Insofern sind Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern als Risikogruppe hinsichtlich einer psychischen Erkrankung zu betrachten.

Das Risiko für Kinder psychisch kranker Eltern, an einer psychischen Störung zu erkranken, wird bestimmt durch unterschiedliche Faktoren:

Genetische Faktoren

Sind ein leiblicher Elternteil oder andere Verwandte an einer psychischen Beeinträchtigung erkrankt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit des Kindes, daran selber zu erkranken (genetischer Faktor).

In der Wissenschaft geht man davon aus, dass der genetische Faktor bestimmt, wie empfindlich ein Mensch für bestimmte Stressfaktoren ist und darauf reagiert. Insofern wird z.B. nicht die Depression vererbt, sondern die Verletzlichkeit, daran unter bestimmten Umweltbedingungen zu erkranken.

Allgemeines und spezifisches psychiatrisches Erkrankungsrisiko

Neben dem spezifischen psychiatrischen Erkrankungsrisiko (d.h. dem Risiko, an der gleichen psychischen Erkrankung wie das Elternteil zu erkranken), haben Kinder auch ein allgemein erhöhtes Risiko, an anderen psychischen Auffälligkeiten/Beeinträchtigungen zu erkranken.

Es wird davon ausgegangen, dass bis zu 60 % der Kinder psychisch kranker Eltern im Verlauf ihrer Kindheit selber irgendeine psychische Auffälligkeit/ Störung entwickeln (F. Mattejat, B. Lisofsky, 2014).

Das spezifische Erkrankungsrisiko, d.h. das Risiko an der gleichen psychischen Erkrankung wie das Elternteil zu erkranken, ist ebenfalls erhöht. So beträgt z.B. das Risiko eines Kindes, dessen Elternteil an Schizophrenie erkrankt ist, selbst im Lebensverlauf an einer Schizophrenie zu erkranken 13 %, während es in der Gesamtbevölkerung nur bei 1 % liegt.

Das Lebenszeitrisiko für unipolare Depression liegt in der Gesamtbevölkerung bei 6 %, bei Kindern, deren Eltern an einer Depression erkrankt sind, liegt das Lebenszeitrisiko bei 12 % (F. Mattejat).

In der Fachöffentlichkeit wird ein Zusammenhang zwischen einer spezifischen elterlichen Diagnose und einer ungünstigen Entwicklung des Kindes als wissenschaftlich bislang nicht nachgewiesen beschrieben. Als nahezu gesichert gilt aber, dass sich eine Persönlichkeitsstörung eines Elternteils besonders belastend auf die davon betroffenen Kinder auswirkt. (A. Plass, S. Wiegand-Grefe, Hg., 2012)

Weitere Belastungen und Wirkmechanismen

Die Kinder erleben direkte und indirekte Auswirkungen der psychischen Beeinträchtigung ihrer Eltern.

„Die Tatsache, bei einem psychisch beeinträchtigten Elternteil aufzuwachsen, ist ein psychosozialer Risikofaktor im Hinblick auf die seelische Gesundheit des Kindes, da die Erkrankung direkt zu belastenden Auswirkungen auf das Kind führen kann (z. B. Beeinträchtigung der Kinderbetreuung und des Erziehungsverhaltens, Trennung von den Eltern).“ (F. Mattejat, B. Lisofsky, 2014, S. 85).

Kinder verfügen über unterschiedliche individuelle Eigenschaften im Umgang mit Belastungsfaktoren.

„Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Kinder abhängig von ihrem Temperament auf die Belastungsfaktoren der psychischen Beeinträchtigung reagieren.“ (M. Kölch, U. Ziegenhain, J. M. Fegert, Hg., S. 51).

Das Belastungserleben der Kinder bei psychischer Beeinträchtigung des Elternteils (primäre Bindungsperson) scheint im größten Maße abzuhängen von:

- dem Krankheitsverlauf (Schweregrad und Chronizität) und den damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen des Elternteils,
- dem Alter der Kinder zu Beginn der Erkrankung. Je jünger das Kind ist, umso gravierender die Folgen. Es erlebt die Auswirkung der psychischen Beeinträchtigung fast wie von innen her mit. Dies irritiert Kinder in starkem Maße.

Erziehungskompetenz der Eltern und die Eltern-Kind-Beziehung

Die Erziehungskompetenz psychisch beeinträchtigter Eltern ist oftmals eingeschränkt und das Erziehungsverhalten kann problematisch sein. Studien beschreiben als allgemeines Verhalten psychisch beeinträchtigter Eltern gegenüber ihren Kindern, dass der Elternteil insgesamt weniger Wärme und Kontrolle zeigen kann.

Krankheitsbedingt ist die Aufmerksamkeit des Elternteils vielfach mehr auf die eigene Befindlichkeit als auf die Bedürfnisse des Kindes gerichtet. Viele Studien stellen fest, dass die Eltern-Säugling/Kind-Interaktion in Familien psychisch beeinträchtigter Eltern eingeschränkt ist, z. B. hinsichtlich der Empathie, der elterlichen Feinfühligkeit, der Mentalisierungsfähigkeit oder beim Blickkontakt, bei Körperkontakt oder der Mimik.

*Einschränkung der
Elternkompetenz*

Die sichere Bindung in der Säuglingszeit und Kindheit wird hiervon betroffen. Die Kinder entwickeln oftmals unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster.

Folgendes Interaktionsverhalten konnte bei psychisch beeinträchtigten Eltern häufig festgestellt werden:

1. Überstimulation des Kindes,
2. Unterstimulation des Kindes,
3. häufig wechselndes Interaktionsverhalten

(M. Kölch, U. Ziegenhain, J. M. Fegert, Hg., 2014).

Die Kinder sind häufig konfrontiert mit verwirrenden Verhaltensweisen ihres psychisch beeinträchtigten Elternteils, mit gravierenden Veränderungen ihrer Lebenswelt, evtl. mit traumatischen Erlebnissen und Erfahrungen. Die Kinder erleben die krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderungen und das „andere“ Verhalten des beeinträchtigten Elternteils, können es aber nicht einordnen. Sie können sich verängstigt und verwirrt fühlen. Insbesondere wenn das Kind z. B. mit in die Wahnsymptomatik einbezogen wird (psychotische Störungen), kann das für das Kind sehr bedrohlich und desorientierend sein. Manche Kinder glauben, dass sie Schuld sind an den psychischen Problemen ihrer Eltern und deren Folgen im Alltag. Kinder erleben nicht selten in ihrer Umgebung, dass psychische Beeinträchtigungen stigmatisiert sind, und vertrauen sich dann anderen nicht an und suchen keine Unterstützung. Sie haben Sorge, den Elternteil zu verraten, wenn sie über die psychischen Beeinträchtigungen sprechen. Oft schämen sich die Kinder auch für die psychische Beeinträchtigung ihres Elternteils und die damit einhergehenden Folgen im Alltag oder erleben Wut. Besonders in akuten Phasen der psychischen Beeinträchtigung muss das Kind die fehlende elterliche Fürsorge ausgleichen. Es erhält dann oftmals zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung. Das Kind versorgt sich, gegebenenfalls die Geschwister und oft auch noch den Elternteil. Die Parentifizierung des („guten“) Kindes ist dann nicht selten eine Folge.

Für viele Kinder stellt die Klinikeinweisung des Elternteils ein traumatisches Ereignis dar. Sie verbinden damit zusätzlich das Gefühl, alleingelassen zu sein. (A. Plass, S. Wiegand-Grefe, 2012)

Psychosoziale Belastungsfaktoren

Für Kinder, die in einer Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil leben, hat die psychische Beeinträchtigung des Elternteils über die direkte Erkrankung hinausgehende, weitreichende Auswirkungen. In diesen Familien sind zusätzlich zur psychischen Erkrankung des Elternteils fast alle wichtigen psychosozialen Belastungen überrepräsentiert, die das Risiko für

Kinder, an einer psychischen oder psychosomatischen Störung zu erkranken, erhöht.

Die anzutreffenden psychosozialen Belastungsfaktoren sind unter anderem:

- niedriger sozioökonomischer Status, Armut (mindestens ein Drittel dieser Familien kann laut Studien als arm eingestuft werden),
- unzureichende/beengte Wohnverhältnisse,
- soziokulturelle Aspekte, wie z. B. kulturelle Diskriminierung,
- niedriger Ausbildungsstand; Arbeitslosigkeit,
- Verlust wichtiger Bezugspersonen, vor allem eines Elternteils,
- häufige oder längere Trennungen von den Eltern im Alter von null bis sieben Jahren,
- sexueller Missbrauch und/oder Misshandlung,
- hohes Konfliktniveau der Eltern, Trennung/Scheidung,
- fehlendes soziales Unterstützungssystem.

(A. Lenz und F. Mattejat, Nicht von schlechten Eltern in: Jugendhilfe, Heft 3, Juni 2014, S. 84)

Als gravierend ist einzustufen, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren ihrerseits in gegenseitiger Wechselwirkung zueinander stehen und sich die Wahrscheinlichkeit des Aufkommens weiterer Belastungsfaktoren damit noch erhöhen kann.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Auftreten einzelner Belastungsfaktoren in der Regel für die Kinder noch gut zu bewältigen ist, nicht aber die Kumulation mehrerer/vieler Belastungsfaktoren in einer Familie.

Elterliche psychische Auffälligkeit/Beeinträchtigung und Erziehungskompetenz

Je nach Störungsbild des psychisch auffälligen/beeinträchtigten Elternteils erleben die davon betroffenen Kinder bei ihnen unterschiedliche Symptome. Dabei sind die Grenzen zwischen belastendem und kritischem, bis hin zu gefährdendem Verhalten, für die kindliche Entwicklung fließend. Die psychischen Beeinträchtigungen verlaufen oft in Phasen und es gibt bei bestimmten Störungsbildern auch symptomfreie/-arme Zeiten.

Hinweis: die Art der Beeinträchtigung (Diagnose) stellt „nur“ eine Orientierung dar. Wichtig ist es, die konkreten, spezifischen Symptome (Art und Ausprägung), die Dauer und den Verlauf der Beeinträchtigung, sowie das Alter des Kindes auf ihre Folgen für die kindliche Entwicklung zu betrachten.

Depression:

„Das Risiko, an einer schweren Depression zu erkranken, ist für Kinder depressiv erkrankter Eltern sechsmal höher, für eine andere affektive Störung

Einzelfallbetrachtung

zwei- bis dreimal höher als in der Gesamtbevölkerung.“ (A. Plass, S. Wiegand-Grefe, 2012, S. 53)

Depressive Störungen wirken sich bereits in der Schwangerschaft auf das biochemische Gleichgewicht des Embryos aus. Die Säuglinge weisen dann bereits biochemische, physiologische und Verhaltensdysregulationen auf. (A. Plass, S. Wiegand-Grefe, 2012)

Der Kontakt zwischen einem depressiven Elternteil und dem Kind wird in der Literatur als negativ gestimmt, kritisch, zurückweisend, überstrenge oder nachlässig in Disziplinfragen, passiv oder intrusiv beschrieben. Die Kinder erleben im Zusammenleben ein Rückzugsverhalten des Elternteils, z. B. durch Antriebslosigkeit, unentwegtes Grübeln, Interessenverlust. Der Alltag kann von Mutter oder Vater nur schwer bewältigt werden (z. B. Hoffnungslosigkeit, schnelles Ermüden). Das Erziehungsverhalten und die Erziehungskompetenz können eingeschränkt sein. Mutter oder Vater verhalten sich z. B. eher inkonsequent, haben Schwierigkeiten, Grenzen zu setzen und einzuhalten, reagieren überängstlich. Besonders schwer ist es für Kinder, wenn sie im Zuge der depressiven Symptomatik des Elternteils mit Suizidgedanken und/oder direkter Suizidalität konfrontiert werden (A. Plass, S. Wiegand-Grefe, 2012).

Eine mütterliche Depression ist für viele Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder mit unsicheren Bindungsbeziehungen verbunden. Über- oder Unterstimulation in der Eltern-Säuglings/Kleinkind-Interaktion stimmen nicht überein mit feinfühligem Verhalten, das zum Aufbau einer gesunden Bindungsbeziehung elementar ist. Auf Säuglinge und Kleinkinder kann eine stark ausgeprägte depressive Symptomatik der Mutter (verminderte Mimik und Motorik, herabgesetzte Affektivität und eingeschränkter Sprachgebrauch) wie eine real erlebte Trennung wirken. Man spricht von „anwesender Abwesenheit“ (Wiefel & Lehmkuhl, 2004, S. 29 in: A. Plass, S. Wiegand-Grefe, 2012, S. 53) – das Baby reagiert zuerst irritiert und ärgerlich, zieht sich dann aber auf Dauer emotional zurück.

Depressive Mütter von Kleinkindern zeigen oftmals weniger Interaktion und Engagement, langsamere und inkonsequentere Reaktionen auf kindliches Verhalten und weniger Struktur und Disziplin im Umgang mit dem Kind. Auch das Pflegeverhalten ist davon betroffen.

Depressive Mütter erleben sich zum Teil als weniger kompetent in der Erziehung und fühlen sich hohem elterlichen Stress ausgesetzt. Kinder, deren Mütter depressiv erkrankt sind, fallen durch gehemmtes, unsicher-ängstliches und passiv-zurückgezogenes Verhalten bis hin zu Aggressionen und niedrigen Selbstwert auf.

Postnatale Depression

Postnatale Depressionen treten bei 10 bis 15 % der Mütter nach der Geburt auf. Die Symptome entwickeln sich schleichend in den ersten Wochen, können aber auch erst nach Monaten auftreten.

Risikofaktoren, an einer postnatalen Depression zu erkranken sind: Depression oder Angst in der Frühschwangerschaft; depressive Erkrankungen in der Eigen-, oder Familienanamnese; Probleme im Umgang mit dem Säugling; Partnerschaftsprobleme und kritische Lebensereignisse; ungünstiges inneres Elternmodell; mangelndes soziales Netz.

Folgen für Mutter und Kind sowie die gesamte Familie können sein: unsichere Bindung von Mutter und Kind, emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, kognitive Defizite des Kindes.

Beachtenswert ist, dass nur ein sehr geringer Teil der betroffenen Mütter eine adäquate Behandlung erhält oder in Anspruch nimmt.

(A. Plass, S. Wiegand-Grefe, 2012)

Ute Ziegenhain und Christiane Deneke stellen fest, dass – sofern die Mutter trotz des Vorliegens einer postnatalen Depression über ausreichende Feinfühligkeit verfügt – (was nicht unbedingt mit dem Schweregrad der Depression einher geht), das Kind sich ungestört entwickeln kann (M. Kölch, U. Ziegenhain, J. M. Fegert, et al.).

Das bedeutet für die Arbeit der MVKE, dass der Einsatz von EPB zur Unterstützung und Stärkung mütterlicher Feinfühligkeit ein wichtiger Beitrag zur gesunden Entwicklung von Säuglingen/Kleinkindern von Elternteilen mit postnataler depressiver Symptomatik ist.

Hier noch ein interessanter Link zum Thema: Peripatale Depressionen

<http://marce-gesellschaft.de>

Traumafolgestörungen

Wie sich eine posttraumatische Belastungsstörung eines Elternteils auf die davon betroffenen Kinder auswirkt, ist bislang kaum oder gar nicht untersucht.

(A. Plass, S. Wiegand-Grefe, 2012)

In der Fachöffentlichkeit geht man jedoch von weitreichenden Folgen aus, insbesondere einer Störung in der Entwicklung einer gesunden Bindungsbeziehung und den daraus resultierenden Auswirkungen auf eine gesunde Entwicklung des Kindes.

K. H. Brisch stellt fest, dass 80 % der Kinder von traumatisierten Eltern ein desorganisiertes Bindungsmuster mit den entsprechenden Verhaltensweisen entwickeln würden (siehe auch „Bindung und Trauma“), wenn keine ausreichenden Schutzfaktoren vorliegen.

Bei unverarbeiteter Traumatisierung der Bindungsperson kann bereits das normale Verhalten des Kindes wie z. B. der Ausdruck von Bindungswünschen (Weinen, Kummer- und Schmerzäußerungen, Ablösetendenzen), Auslöser für Erinnerungen mit traumatischem Inhalt für das Elternteil wer-

den. Solche Eltern müssen wie „auf der Hut“ sein, da sie durch das kindliche Verhalten an eigene, schwere Ereignisse (Trauma) erinnert (getriggert) werden können.

Das Kind kann das Verhalten des Elternteils subjektiv als sehr verstörend bis existenziell bedrohlich erleben.

(Weitergehende Informationen zum Thema z.B.: K. H. Brisch, T. Helbrügge, Hg., 2012, oder K. Gebauer, G. Hüther, Hg., 2014)

Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS)

Kinder von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen weisen deutlich mehr psychische Störungen auf als Kinder von Müttern mit anderen psychischen Störungen. Es gilt als empirisch gesichert, dass Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen am stärksten gefährdet sind. Persönlichkeitsstörungen beeinträchtigen direkt die zwischenmenschlichen, vor allem die nahen Beziehungen. Die Kinder sind mit der Impulsivität (auch aggressiv durchbrechender Impulse) und Instabilität ihrer Mutter/ihres Vaters in allen Lebens- und Beziehungsbereichen (z.B. häufige Beziehungsabbrüche, Trennungen, Umzüge, Streit) und oftmals (gerade bei ausgeprägter BPS) mit einem Mentalisierungsdefizit des Elternteils konfrontiert. Die Risiken und Belastungen der Kinder können unter anderem sein: gestörte Bindungsentwicklung (Bindungstraumatisierung), Missbrauch, Vernachlässigung, Störungen des Sozialverhaltens, häufig wechselnde Beziehungen, Suizidalität etc. Das Familiensystem kann von Feindseligkeit und Überforderung geprägt sein und es kann zu Spaltungen im Familiensystem kommen, auch unter den Geschwistern (gutes Kind versus schwarzes Schaf der Familie). Das birgt auch die Gefahr der Parentifizierung des (guten) Kindes.

„Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung können die Nähe ihrer Kinder offenbar nur ertragen, wenn sie ohne eigenen Willen sind oder aber sie bemuttern.“

(M. Kölch, U. Ziegenhain, J. M. Fegert, 2014, S. 31). Weitere Infos:

www.borderline-muetter.de/

oder

<http://www.eltern-sein-mit-borderline.de/de/borderline-allgemein.html>

Psychotische Störungen

Ein akut psychotischer Elternteil erscheint plötzlich verwirrt und unverständlich, misstrauisch, nicht mehr ansprechbar für das Kind; er kann sich räumlich und zeitlich nicht mehr orientieren, wird vom Kind als fremd, manchmal sogar als unheimlich erlebt. Wenn das Kind in das Wahnerleben mit einbezogen wird, ist dies für das Kind oftmals besonders beängstigend und die Kinder erleben die Situation als unkontrollierbar.

Angststörungen

Ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko, selber an einer Angststörung zu erkranken, haben Kinder von Eltern, die unter einer Angststörung leiden. (A. Lenz, 2014). Die Eltern zeigen aufgrund ihrer Beeinträchtigung intrusives (aufdringliches), überbehütendes oder überkontrollierendes Elternverhalten. Manche reagieren auch mit emotionalem Rückzug als Schutz vor ängstigenden Reizen. Säuglinge erfahren von ihrer Mutter wenig Regulationshilfe. Die Babys wirken dann schnell frustriert, ärgerlich und unzufrieden, sie meiden Blickkontakt. Anders als depressive Mütter neigen angstgestörte Mütter zu einem noch intrusiveren Bemühen um die Aufmerksamkeit ihres Babys. Die Kinder bzw. das gesamte Familiensystem können mit in das Angstsystem einbezogen werden, mit allen daraus resultierenden Folgen. (M. Kölch, U. Ziegenhain, J. M. Fegert, Hg., 2014)

Für Kinder aller Altersstufen gilt: „Ist ein Lebensereignis derart bedrohlich, dass sich das Kind existenziell ausgeliefert und ohnmächtig fühlt oder die primäre Bezugsperson als ernsthaft bedroht erlebt, und ermöglichen die persönlichen Bewältigungsmechanismen des Kindes keine Lösung der Situation, so ist von einer traumatischen Situation auszugehen. Symptome sind zunächst als sinnvolle Reaktionen des Organismus auf die überwältigend erlebten Ereignisse zu verstehen.“ (Dr. Andreas Krüger „Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter im Überblick“, „Leitfaden häusliche Gewalt. Hinweise zu Diagnose, Dokumentation und Fallmanagement“, S. 25, herausgegeben von der Ärztekammer Hamburg in Kooperation mit der HIGAG, dem UKE, der Techniker Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, 2010, Hamburg)

http://www.aerztekammer-hamburg.de/aerzte/leitfaden_haeusl_gewalt_18_10_10.pdf

Dass Kinder Traumatisierung erleben, ist kein Randphänomen. Es geht mit einem erheblichen Risiko einer komplexen, nachhaltigen Schädigung für die Kinder einher. Diese Schädigungen können sich in unterschiedlichen Erkrankungen zeigen und sind mit erheblichem Leid für die Betroffenen verbunden.

(S. Habetha, S. Bleich, J. M. Fegert, 2012).

http://igsf.de/wp-content/uploads/2015/05/Deutsche_Traumafolgekostenstudie.pdf

Weitere interessante Informationen im Internet unter:

<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/160724/Datei/17981/Leitfaden%20%22Gewalt%20gegen%20Kinder%22%20.pdf>

<http://www.netz-und-boden.de/kinder-familien/auswirkungen.html>

6.2 Resilienz: Schutzfaktoren für Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern

„Resilienz ist ein Konzept, das darauf hinweist, dass manche Individuen eine relativ gute psychische Entwicklung nehmen, obwohl sie Risikoerfahrungen durchgemacht haben, die häufig zu ernsthaften Folgeerkrankungen führen. Das Ziel der Resilienzforschung besteht darin, Mechanismen zu identifizieren, die diese Unterschiedlichkeit der Entwicklungsverläufe erklären und die Hinweise für Präventionsansätze liefern können.“

(F. Mattejat, H. Remschmidt, 2008)

<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=60391>

Selbst unter schwierigen Bedingungen gibt es Kinder, die die Belastungen anscheinend unbeschadet überstehen. Daraus kann gefolgert werden, dass es Faktoren gibt, die ein Kind sozusagen „schützen“ können.

Resilienz ist keine Persönlichkeitseigenschaft, sondern entwickelt sich durch ein Zusammenspiel von Eigenschaften des Kindes und dem sozialen Kontext. Mit Resilienz ist eine erworbene „seelische/psychische Widerstandskraft“ gemeint. Sie ist nicht angeboren, sondern kann als ein dynamischer, kompensatorischer Prozess positiver Anpassung an schwierige Verhältnisse/Bedingungen gedacht werden. Sie kann als die Fähigkeit verstanden werden, personale und soziale Ressourcen als Schutzfaktor einsetzen zu können.

Michaela Huber unterscheidet zwischen primärer Resilienz (die angeborene oder in den ersten drei Lebensjahren erworbene Resilienz) und sekundärer Resilienz, die im Laufe des Lebens z.B. durch die Erfahrung, Probleme gemeistert zu haben, erworben wird. (M. Huber, 2015)

Resiliente Kinder sind allerdings keine unverwundbaren Kinder, die zu jeder Zeit mit allen Belastungen fertig werden. Vielmehr kann es sein, dass ein Kind zu einem Zeitpunkt in seinem Leben gegenüber bestimmten Belastungen resilient ist und zu einem späteren Zeitpunkt gegenüber anderen Belastungen vulnerabel.

„Resilienz stellt also keinen lebenslangen Schutzschirm dar, sondern kann sich über Zeit und Situation hinweg ändern.“ (A. Lenz, 2014, S. 151).

Mittlerweile sind durch wissenschaftliche Studien eine Reihe von generellen Schutzfaktoren für eine gesunde psychische kindliche Entwicklung identifiziert worden. „Schutzfaktoren sind Ressourcen, die eingesetzt werden, um die Entwicklung von psychischen Störungen und Auffälligkeiten zu vermeiden oder abzumildern.“ (Lenz 2008) (M. Kölch, U. Ziegenhain, J. M. Fegert, Hg., 2014).

Sie werden unterschieden in personale Ressourcen des Kindes und in familiäre und soziale Ressourcen. Alle Ressourcen stärken die psychische Widerstandskraft des Kindes und können dabei helfen, die Wirkung von Risikofaktoren zu puffern.

Personale Schutzfaktoren sind im Kind selber begründet: Ein ausgeglichenes Temperament des Kindes, Selbsthilfefertigkeiten und Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen, positives Selbstwertgefühl, Kommunikationsfähigkeit zählen unter anderen zu diesen Schutzfaktoren.

Familiäre Schutzfaktoren sind z.B. emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen zu mindestens einer Bindungsperson, zugewandtes, akzeptierendes und zugleich auch angemessen forderndes Erziehungsverhalten, ein Interesse der Mutter/des Vaters am Leben des Kindes.

Soziale Schutzfaktoren sind z.B. soziale Unterstützung und stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen, unterstützende/anregende Freundschaften.

In der Arbeit der MVKE mit Kindern psychisch auffälliger/beeinträchtigter Eltern ist es wichtig, die Ressourcen der Kinder zu suchen und zu fördern, damit sie möglichst immer wieder in ihrer Resilienz gestärkt werden. Das heißt, dass es neben einem evtl. eigenen Behandlungsbedarf des Kindes (therapeutische Arbeit) auch einen präventiven Aspekt in der Arbeit gibt. Diese Arbeit muss mit dem Kostenträger im Hilfeplan festgehalten und vereinbart werden.

Gerade die sichere und feinfühligte Bindungserfahrung gilt als ein zentraler Schutzfaktor für eine gesunde psychische Entwicklung eines Kindes, d.h. zum Schutz der Säuglinge und Kleinkinder ist die Förderung und Stärkung einer sicheren Bindungsbeziehung zwischen Mutter/Vater und Kind von großer Bedeutung.

Neben den generellen gilt es altersangemessen auch spezifische Schutzfaktoren von Kindern psychisch auffälliger/beeinträchtigter Eltern zu fördern. Spezifische Schutzfaktoren sind:

- positive Beziehungen in der Familie und außerhalb,
- Krankheitswissen/-verstehen,
- offener, aktiver Umgang mit der Beeinträchtigung.

Wenn wir über Schutzfaktoren für die Kinder sprechen, heißt das aber immer auch, dass die Mutter/der Vater Krankheitseinsicht und Veränderungs-/Behandlungsbereitschaft zeigen muss.

*Krankheitseinsicht
und Veränderungs-
bereitschaft*

„Grundlage aller Prävention ist eine qualifizierte und effektive Behandlung der elterlichen Erkrankung. Die psychischen Auffälligkeiten der Kinder können reduziert werden, wenn die elterliche Erkrankung erfolgreich behandelt wird.“ (F. Mattejat, H. Remschmidt; 2008)

<http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=60391>

6.3 Kindeswohlgefährdung

„In Familien mit psychisch kranken Eltern besteht ein erheblich erhöhtes Gefährdungspotential für das Kindeswohl“. (A. Lenz, 2014, S. 49)

Der Begriff Kindeswohlgefährdung ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) angesiedelt und regelt auch den Kinderschutz. § 1666 BGB Abs.1 lautet:

„(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.“

„Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hat den Begriff der Kindeswohlgefährdung konkretisiert und versteht darunter:

„... eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“ (BGH FamRZ 1956, S. 350)

Aus dieser Definition ergeben sich drei Kriterien für die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung, die gleichzeitig erfüllt sein müssen:

- gegenwärtig vorhandene Gefahr,
- Erheblichkeit der Schädigung sowie
- Sicherheit der Vorhersage.

(H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen, A. Werner, Hg., 2006)

http://db.dji.de/asd/ASD_Handbuch_Gesamt.pdf

Bei der Erörterung des Themas Kindeswohl erfolgt in der Regel eine Abwägung zwischen dem grundgesetzlich geschützten Elternrecht und den elementaren Schutzbedürfnissen der Kinder – das gilt auch, wenn wir über psychisch beeinträchtigte Eltern und ihre davon betroffenen Kindern sprechen. Die psychische Erkrankung und ihre Folgen für die kindliche Entwicklung werden allerdings zwischen den Beteiligten (z. B. Jugendamt, Anwälte, Gericht) im familiengerichtlichen Verfahren oftmals, wenn überhaupt, nur zurückhaltend angesprochen und behandelt. Dies hat unterschiedliche Ursachen (H.-H. Rotax „Psychisch kranke Eltern im Familiengericht – Versuch einer Darstellung der rechtlichen Grundlagen und Zusammenhänge“).

https://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung4/dokumentationzurfachtagung/vortrag_rotax.pdf

Grundsätzlich ist bei allen Entscheidungen zu beachten, dass einerseits psychische Beeinträchtigung eines Elternteils ein Risikofaktor für die gesunde Entwicklung eines Kindes darstellt. Diese Elternteile sind aufgrund ihrer Beeinträchtigung in der Regel wesentlich anfälliger für elterlichen Stress mit den Folgen von Überforderung bis hin zu Dekompensation. Andererseits kann aber nicht generell davon ausgegangen werden, dass alle Kinder automatisch in ihrem Wohl davon in gefährdender Weise betroffen sind. Kinder können sich störungsfrei auch bei und mit psychisch erkrankten Eltern entwickeln – wenn sie parallel unter guten sozialen Rahmenbedingungen aufwachsen und entsprechende Unterstützung erhalten.

Psychische Beeinträchtigungen verlaufen oft in Phasen. Es kann Zeiten der relativen Symptommfreiheit geben und nicht alle Verläufe sind chronisch. Für den Kinderschutz bedeutet das, dass neben den vorhandenen Risikofaktoren „Krisenphasen“ (vor allem in akuten Krankheitsphasen) und deren Auswirkungen auf das Kind unbedingt voraus-/mitgedacht sein müssen.

„Kinder psychisch kranker Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die erkrankten Eltern und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.“
(F. Mattejat, B. Lisofsky, Hg., 2014, S. 87)

Das Thema Kindeswohlgefährdung wirft viele Fragen auf, die kontrovers diskutiert und in dieser Arbeitshilfe nicht beantwortet werden können. Handlungsleitend für die vorliegende Arbeitshilfe ist jedoch immer das Wohl des Kindes, insbesondere wenn es die Frage „Binden oder Trennen“ des Kindes vom psychisch beeinträchtigten Elternteil zu klären gilt.

Die Fortbildungen zur „Entwicklungspsychologischen Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ des SkF Gesamtvereins bieten theoretisches Wissen zu den Feinzeichen des Befindens von Säuglingen und Kleinkindern und schulen den Blick der Mitarbeiterinnen auf das kindliche Verhalten. Die Analyse des kindlichen Verhaltens und der Eltern-Kind-Interaktionen anhand von Videoaufzeichnungen unterstützt die Entscheidungsfindung im Team, wenn es um die Frage geht, ob eine weitere gemeinsame Förderung einer psychisch kranken Mutter mit Kind vertreten werden kann oder zum Schutz des Kindes eine Trennung erforderlich ist.

Die Arbeitshilfe „Begleitung von Trennungsprozessen von Müttern(Vätern) und Kindern“ – „Empfehlungen zur Rückführung von Kleinkindern (aus Pflegestellen oder Einrichtungen der Jugendhilfe) zur leiblichen Mutter“ des SkF Gesamtvereins gibt für die Arbeit in MVKE weitere Empfehlungen zu diesen schwierigen Entscheidungen und Prozessverläufen.

Krisenvorsorge

*Krankheitseinsicht und
Hilfeakzeptanz*

Teil II Praxismodule

EINLEITUNG

Im Teil II werden praktische Handlungs- und Methodenmodule für die Arbeit im MVKE vorgestellt.

Die im ersten Kapitel dargestellten „Handlungsempfehlungen für die Einrichtungen“ wurden aus der konkreten Praxis von MVKE und der Auseinandersetzung und Weiterentwicklung dieser Praxiserfahrungen abgeleitet.

Daran anschließend wird im zweiten Kapitel eine Sammlung „Praktischer Bausteine“ (Checklisten, Links, Literatur etc.) ohne Anspruch auf Vollständigkeit vorgestellt.

Psychische Erkrankung eines Elternteils bedeutet für die gesamte Familie Veränderung. Kinder als Angehörige sind davon insbesondere betroffen. Dies gilt es noch stärker in den Blick zu nehmen. Hilfen müssen auf der Ebene der psychisch beeinträchtigten/auffälligen Eltern, auf der Ebene der Kinder und auf der Ebene der familiären Interaktion ansetzen. Über den psychisch beeinträchtigten Elternteil hinaus, benötigt die gesamte Familie präventive Maßnahmen und je nach Bedarf auch jedes Mitglied der Familie eine eigene Unterstützung/Behandlung/Therapie.

In MVKE werden Elternteile mit ihren Kindern im Rahmen des §19 SGB VIII unterstützt. Diese Eltern mit ihren Kindern sind per se schon mit vielfältigen Belastungs- und Risikofaktoren belegt. Kommt eine psychische Auffälligkeit/Beeinträchtigung des Elternteils hinzu, werden die Anforderungen und Belastungen noch größer.

Wie der Grundlagenteil verdeutlicht hat und die Erfahrungen der Praxis zeigen, hat das Konsequenzen für die Arbeit der MVKE. Es erfordert spezifisches Handlungswissen und Vorgehen, sowie zusätzliche Unterstützungsangebote in der Arbeit der MVKE. Ein familienorientierter Ansatz ist zu empfehlen.

Wenn im weiteren Empfehlungen zur Aufnahme und Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Eltern mit ihren Kindern in MVKE ausgesprochen werden, dann immer vor dem Hintergrund, dass die Arbeit mit den Familien einerseits durch die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) und die Eingliederungshilfe (SGB XII), andererseits aber auch durch das Gesundheitswesen (SGB V – medizinische, psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung/Therapie) geleistet wird.

*Spezifisches
Handlungswissen und
Vorgehen erforderlich*

Das heißt, es ist wichtig, die eigenen, spezifischen Auftrags- und Handlungsprofile („Alleinstellungsmerkmal“ – was können wir besonders gut für diese spezielle Zielgruppe anbieten?), sowie auch ein Wissen über die Möglichkeiten des jeweils anderen „Hilfesystems“ (medizinisch/ psychiatrisch/psychotherapeutisch) im Blick zu behalten. Ohne funktionierende Kooperationen wird eine adäquate Hilfe nicht gelingen können.

MVKE sind Einrichtungen, die mit ihrem Angebot vor allem im SGB VIII oder als Eingliederungshilfe im SGB XII angesiedelt sind. Sie haben mit ihrem ganzheitlichen Hilfeangebot einen unverzichtbaren Stellenwert im Hilfesystem. Ihre Arbeit ist grundsätzlich darauf ausgerichtet, gelingende Elternschaft zu unterstützen.

MVKE wollen helfen:

- psychosoziale Risikofaktoren abzupuffern/-mildern durch Stärkung und Befähigung der Eltern,
- gleichzeitig die Eltern-Kind-Interaktion zu stabilisieren und den Aufbau/ die Förderung von gelingender Bindungsbeziehung als Schutzfaktor für die Entwicklung des Kindes zu unterstützen,
- an der Erweiterung der Erziehungskompetenz des Elternteils zu arbeiten und sie zu stärken.

Diese Ausrichtung der Einrichtungen verändert sich nicht dadurch, dass Eltern psychisch beeinträchtigt sind. Die Unterstützungsbedarfe werden jedoch gegebenenfalls spezifischer und in der Regel umfassender und psychotherapeutische, psychiatrische Behandlungsansätze (gegebenenfalls auch für die gesamte Familie) kommen hinzu. Das Thema Kinderschutz (Binden–Trennen) rückt zudem noch stärker in den Fokus der Arbeit.

Psychiatrische/psychotherapeutische Krankenbehandlung wird jedoch nicht durch das SGB VIII geleistet, sondern erfolgt durch Institutionen und Angebote des Erwachsenenpsychiatrischen/Kinder- und Jugendlichenpsychiatrischen Gesundheitswesens und durch psychotherapeutische Angebote (SGB V).

Von Bedeutung wird deshalb auf die Zukunft hin sein, dass alle Institutionen über Gesetzesgrenzen hinweg kooperierend zusammenarbeiten.

MVKE können sich in ihrer Arbeit und ihrem Angebot zusätzlich profilieren.

1. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUM AUFNAHMEVERFAHREN VON MÜTTERN MIT (VERDECKT) PSYCHISCH AUFFÄLIGEM VERHALTEN/PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND ZUR GESTALTUNG DER AUFNAHMEPHASE

Konzepte der Einrichtungen

In den MVKE, die mit psychisch beeinträchtigten/auffälligen Eltern und deren Kindern arbeiten, ist ein Konzept, das sich eine Empowermentperspektive (Selbstbestimmung/Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit) zur Grundlage macht, wünschenswert. Das Kindeswohl bleibt dabei oberste Priorität.

- Bei chronisch verlaufenden psychischen/psychiatrischen Erkrankungen ist zur Aufnahme eine spezialisierte MVKE geeignet, deren Mitarbeiterinnen über Zusatzqualifikationen verfügen und die konzeptionell wie räumlich auf die Arbeit mit psychisch erkrankten Müttern eingestellt sind.
- Als Qualitäts- bzw. Mindeststandard für eine MVKE für Elternteile mit psychischen Auffälligkeiten/Erkrankungen wird die 24 Stunden personelle Betreuung angesehen. Eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung wird von den Müttern als Entlastungs- und persönlicher Sicherheitsfaktor erlebt und dient gleichzeitig der Sicherung des Kindeswohls.
- Da chronische psychische Erkrankungen langfristige Hilfeprozesse erfordern, ist bereits bei Aufnahme mit zu bedenken, welche Hilfe nach dem Aufenthalt in der MVKE folgen kann. Es kann sein, dass die betroffenen Mütter/Väter langjährige Unterstützung bei der Erziehung – ggf. bis zur Verselbständigung ihrer Kinder – benötigen.
- Bei der Aufnahme von psychisch auffälligen/beeinträchtigten Müttern ist die Einrichtungsgröße und Einrichtungsart (Apartmenthaus, Wohngruppe) zu berücksichtigen. Die Mütter benötigen je nach Hilfe- und Unterstützungsbedarf passgenaue Betreuungsmodelle, d.h. von intensiver Betreuung bis hin zu Verselbstständigungsangeboten. Vorteilhaft ist es, wenn die Einrichtungen intern differenzierte Betreuungsangebote vorhalten und je nach individuellem Hilfeverlauf Mütter „in beide Richtungen“ fließend innerhalb einer Maßnahme wechseln können oder Einrichtungen so gut vernetzt sind, dass sie auch langfristige Betreuungsperspektiven sicherstellen können.

*Rund-um-die-Uhr-
Betreuung*

*Interne
Differenzierung*

- Für Mütter mit psychischen Beeinträchtigungen sind unter den Aspekten:
 - Fähigkeit zum Bindungsaufbau,
 - Einübung und Stabilisierung neu gelerntem (Eltern-)Verhaltens,
 - Passgenaue Hilfeangebote in Krisenverläufen,
 flexible und auch zeitlich längerfristig angelegte Maßnahmenverläufe von Beginn an mit zu planen.
- Bei Mischfinanzierungen (Mutter Sozialhilfe, Kind Jugendhilfe) sollten im Hilfeplangespräch das Jugendamt und die Eingliederungshilfe (Sozialhilfeträger) gemeinsam anwesend sein. Dies ist leider bisher sehr selten der Fall; MVKE verhandeln derzeit getrennt mit verschiedenen Behörden – die auch unterschiedliche Rahmenbedingungen und Richtlinien vorgeben – über die Finanzierung und Rahmenbedingungen. Alternativ könnte auch der Jugendhilfeträger mit dem Sozialhilfeträger interne Kooperationsvereinbarungen abschließen und den MVKE gegenüber die Gesamtverantwortung übernehmen.
- Als eine zentrale Voraussetzung, eine psychisch beeinträchtigte Mutter mit ihrem Kind in die MVKE aufzunehmen, wird ein Mindestmaß an Mitwirkungsbereitschaft der Mutter eingestuft.
- MVKE verfolgen grundsätzlich das Ziel, Elternschaft zu ermöglichen; dies tun sie immer im Kontext eines Zweigenerationen-Blickes, d.h. dass die Hilfeangebote auf Mutter/Vater und Kind und auf die Beziehungsdyade Mutter/Vater und Kind ausgerichtet sind. Die Förderung einer sicheren Bindungsentwicklung/-erhaltung und der zuverlässigen Bedürfnisbefriedigung des Kindes zählt zu den wesentlichen Zielsetzungen der Arbeit in einer MVKE. Diese grundsätzlichen Ziele in der Arbeit aller MVKE unterscheiden sich nicht, egal ob ein Elternteil (verdeckt) psychisch beeinträchtigt/auffällig ist oder nicht.
- MVKE, die psychisch auffällige/erkrankte Elternteile aufnehmen, müssen in ihrer Konzeption und ihrem methodischen Vorgehen berücksichtigen, dass diese Mütter je nach Schwere und Verlauf ihrer „Erkrankung“ sowohl einen eigenen (als psychisch beeinträchtigte erwachsene Person) als auch einen zusätzlichen (bezogen auf die Gestaltung ihrer Mutterschaft) Unterstützungsbedarf haben. Es kann sein, dass die Mütter zu Beginn oder über den gesamten Verlauf der Maßnahme zur persönlichen Stabilisierung und Entwicklung eigene Angebote, auch zur Entlastung, benötigen.

- Die konzeptionelle Ausrichtung der Arbeit von MVKE, die mit psychisch auffälligen/beeinträchtigten Müttern arbeiten, sollte traumapädagogisch orientiert sein. Dies beinhaltet auch eine Resilienz fördernde konzeptionelle Grundhaltung und eine an den Ressourcen orientierte Arbeit mit Mutter und Kind.
- Die MVKE sollte videogestützte Methoden (Entwicklungspsychologische Beratung oder Marte Meo) in der Arbeit regelhaft einsetzen.

Empfehlungen zum Aufnahmeverfahren

- Vor einer Aufnahme wird empfohlen, dass alle aktuellen Informationen über das Elternteil eingeholt werden und fallrelevante Akteneinsicht genommen wird. Außerdem ist eine Entbindung von der Schweigepflicht (Zustimmung der Mutter zur Datenweitergabe) erforderlich, damit die Kooperation zwischen der MVKE, dem Jugendamt, dem medizinischen Dienst, der Psychiatrie etc. gelingen kann. Gleichzeitig ist es wichtig, nur die fachlich erforderlichen Informationen auszutauschen und den Datenschutz zu beachten.
- Eilaufnahmen psychisch beeinträchtigter Mütter/Väter sind nicht sinnvoll!
- Die Einrichtungen sollten einen strukturierten Gesprächsleitfaden/Fragebogen bei Anfragen, Bewerbungs-/Aufnahmegesprächen einsetzen, in dem insbesondere folgende Informationen eingeholt und Fragen aufgegriffen werden sollten:
 - Bereits beim ersten Telefonat mit dem Jugendamt sollten aktiv Fragen zur Klärung der psychischen/psychiatrischen Anamnese (Krankheitsgeschichte) gestellt werden („Forscher“ sein im Telefonat).
 - Zur Klärung der Zielperspektive der Klientinnen und ihrer Mitwirkungsbereitschaft kann ein schriftliches „Bewerbungsschreiben“ von den Klientinnen angefordert werden (z. B. Gründe zur Aufnahme, momentane Lebenssituation, kurzer Lebenslauf, Unterstützungsbedarf, Unterstützungswünsche und Ziele der Mutter).
 - Über welche Ressourcen zur Bewältigung akuter Krisen verfügt die Einrichtung? Über welche eigenen und externen Ressourcen verfügt die Mutter/verfügt das Kind?
 - Hat die Mutter ein soziales Helfersystem? Wie sieht dieses Netzwerk aus? Kann die Mutter darauf zurückgreifen? Dies kann z. B. mit Hilfe von Netzwerkanalysen frühzeitig erhoben werden.
 - Wie verhält sich das Jugendamt im Falle einer Krise der Mutter? Wer sorgt dann für das Kind?
 - Wenn möglich sollte das persönliche Helfersystem des Elternteils zum Infogespräch mit eingeladen werden; ggf. sollten auch Vorgespräche mit dem bisherigen Helfersystem geführt werden. Hier bietet sich die Möglichkeit einer frühzeitigen Netzwerkkonferenz an.

- Bei erheblichen psychischen Beeinträchtigungen kann es sinnvoll sein, dass zwei Kolleg(inn)en das Bewerbungs-/Aufnahmegespräch führen.
- Eine zusätzliche Möglichkeit zur Abklärung der Aufnahme (bzw. Ablehnung der Aufnahme) einer anfragenden Mutter kann darin bestehen „sie“ (nicht persönlich sondern den „Fall“) im Gesamtteam vorzustellen. Ziel dieses Vorgehens ist es, bereits im Aufnahmeverfahren die Ressourcen des gesamten Teams zu nutzen (systemische Grundhaltung – Vielfalt der Blickwinkel).
- Empfohlen werden kann aus den Erfahrungen einzelner MVKE die frühzeitige Vorstellung bei einem Psychiater zur diagnostischen Abklärung und die Einholung der Bereitschaft dazu vor Aufnahme. Eine regelhafte Thematisierung dieser Frage im Aufnahmegespräch kann auch zur Enttabuisierung des Themas Elternschaft psychisch beeinträchtigter Mütter/Väter beitragen!
- Die Kosten der Diagnostik bei einem niedergelassenen Psychiater können durch die Krankenkasse übernommen werden. Die Kooperation/Zusammenarbeit mit Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychiatrischen Institutsambulanzen ist zu empfehlen.
- Empfehlenswert ist auch ein frühzeitiges erstes Hilfeplangespräch (vier bis sechs Wochen nach Einzug bzw. nach der Entbindung) mit klaren ersten Ziel- und Zeitvereinbarungen. Einzelne Einrichtungen plädieren für ein noch früheres erstes HPG (bei Einzug bis max. zwei Wochen nach Einzug).
- Es ist ratsam, kontinuierlichen Kontakt mit dem Jugendamt im Maßnahmenverlauf zu halten, auch zwischen den Hilfeplangesprächen, damit im Krisenfall das Jugendamt über den bisherigen Verlauf gut informiert ist.
- Das Erstellen eines Krisenplanes sollte frühzeitig erfolgen. Dies stärkt von Beginn an die Selbstwirksamkeit der Mutter.

Situation des Kindes/Angebote für die Kinder

- Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung unterliegen einem erhöhten Risiko, selbst psychische Störungen zu entwickeln (siehe Teil I). Vor/bei Aufnahme von psychisch (verdeckt) auffälligen/beeinträchtigten Müttern ist es deshalb wichtig, dass das Kind eine eigene entwicklungspsychologische, medizinische, Bindungsverhalten etc. betreffende Anamnese erhält. Nicht selten sind die Kinder bei Aufnahme bereits reifungs- oder entwicklungsverzögert – was den Müttern die Akzeptanz abverlangt, diese Belastung oder Beeinträchtigung des Kindes realistisch wahrzunehmen und erforderliche Fördermaßnahmen zu unterstützen. Auch die kindlichen Ressourcen (Resilienz) sind von Beginn an zu berücksichtigen.

Kindspezifische Diagnostik und Hilfeplanung

*Kinderbetreuungs-
angebote erforderlich*

- Im Hilfeverlauf müssen die Auswirkungen der Erkrankung der Mutter auf das Kind stetig beobachtet und reflektiert werden. Der regelmäßige Einsatz von Beobachtungsbögen o.a. Instrumenten zur Einschätzung der Entwicklung des Kindes trägt dazu bei, Frühwarnzeichen drohender Kindeswohlgefährdung wahrzunehmen und bei Bedarf frühzeitige Hilfen einzuleiten.
- Eine frühzeitige Zusammenarbeit mit einer/m Kinder-, Jugendlichenpsychotherapeutin/en oder einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder mit Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrischen Zentren ist zur diagnostischen Abklärung auch bei Clearing (Trennung/Bindung) zu empfehlen. Die Mutter muss in ihrem Einverständnis dazu mitgenommen werden. Sozialpädiatrische Zentren arbeiten nur im Auftrag und auf Überweisung der niedergelassenen Vertragsärzte. Dies sind vor allem Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin.
- Die Kinderbetreuungsmöglichkeiten der MVKE sind auf die spezifischen Anforderungen bei Aufnahme von psychisch auffälligen/erkrankten Müttern hin abzuklären. Angebote zur Entlastung der Mütter bei der Versorgung/Betreuung des Kindes sind zwingend erforderlich.
- Ein eigenes (qualifiziertes!) Betreuungsangebot für die Kinder muss vorgehalten werden; der zeitliche Umfang der täglichen Kinderbetreuung hängt einerseits ab vom Krankheitsverlauf und von der psychischen Stabilität der Mutter und andererseits davon, wie viel eigene Zeit, ohne Elternteil, das Kind zur eigenen Stabilisierung und zur Förderung und Stärkung seiner Resilienz benötigt (Stichwort: Wie viel Mutter können wir dem Kind und wie viel Kind können wir der Mutter „zumuten“?).
- Hilfreich können der Aufbau und die Pflege von ehrenamtlichen Kinder-/Familienpatenschaftsangeboten sein (Christiane Perzlmaier, Birgit Sonnenberg, 2013, „Die vergessenen Angehörigen – Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern“ in: „Patenschaften praxisnah Herausforderungen und Umsetzung von Kinder- und Familienpatenschaften“, Beltz Juventa, Weinheim und Basel. Die Autorinnen arbeiten beim SKF e.V. München.).
Um solche Patenschaften aufzubauen, zu pflegen und fachlich zu begleiten sind zusätzliche personelle Ressourcen erforderlich!

Qualifikation des Personals

- Für die Arbeit mit psychisch auffälligen/erkrankten Müttern sind folgende Grundhaltungen des Personals wünschenswert:
 - Eine „systemische“ Grundhaltung (d.h. lösungs- und ressourcenorientierter Blick),
 - Resilienz fördernde Grundhaltung zur Stärkung der psychischen Widerstandskraft der Mutter und des Kindes (personale und familiäre/soziale Schutzfaktoren in der Arbeit stärken) sowie der Mitarbeiterinnen,
 - Bewusstsein/Klarheit bei Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen (Wissen um eigene „blinde Flecken“).
- Wünschenswert sind Teams, in denen unterschiedliche Weiterbildungen der Mitarbeiterinnen vorliegen, so dass sie zu differenzierten Einschätzungen beitragen können (z.B. systemische Beratung, EPB, Traumapädagogik, bindungsbasierte Beratung, SAFE Mentorenausbildung u.a.). Günstig erscheinen interne Fortbildungen für das gesamte Team, damit alle einen gemeinsamen und übereinstimmenden fachlichen Mindeststandard haben. Supervision, insbesondere Fallsupervision, muss für die Mitarbeiterinnen grundsätzlich angeboten werden. Mitarbeiterinnen einer MVKE, die mit psychisch beeinträchtigten Elternteilen arbeiten, sollten über folgendes Basiswissen verfügen:
 - Bindungstheorie,
 - Trauma und Traumafolgestörungen, Traumapädagogik,
 - sozialpsychiatrisches Wissen, z.B. zu den psychiatrischen/psychischen Krankheitsbildern mit ihren Symptomen, zu Wirkungsweisen von Psychopharmaka etc.,
 - unterschiedliche fachliche sozialpädagogische und therapeutische Methodenkenntnisse, z.B. Entspannungstechniken, Achtsamkeitsübungen, Einsatz von Skills,
 - spezifische Zusatzqualifikationen wie z.B. die Weiterbildung „Sozialpsychiatrische Fachkraft in der Arbeit mit Familien“.
- Ideal wäre ein altersgemischtes, multiprofessionell zusammengesetztes und berufserfahrenes Team aus den Bereichen Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Erziehung, Gesundheitswesen, Sozialpsychiatrie.

Kooperationen

In der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Müttern sind vielfältige Kooperationen hilfreich und unterstützend. Es ist zu empfehlen, dass das Team über Kenntnisse bzgl. spezifischer Netzwerke im Gemeinwesen, bei den freien/kommunalen Jugendhilfeanbietern, bei sozialpsychiatrischen Anbietern/Versorgungssystemen im Gemeinwesen und der Umgebung (immer auch zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“) verfügt und diese systematisch pflegt.

*Multiprofessionelles
Team*

2. METHODISCHE BAUSTEINE

Einleitung

Zu Beginn der Projektzeit war unter anderem die Annahme handlungsleitend, man könnte in einem Clearingprozess am Anfang einer Maßnahme „zügig“ herausfinden, wie psychisch stabil eine Mutter ist, um daraus passgenau abzuleiten, ob diese Mutter in dieser Einrichtung mit ihrem speziellen Hilfebedarf gut aufgehoben ist (für Mutter und Kind, aber auch für die Einrichtung als System).

Diese Vorstellung hat sich nur bedingt bestätigt.

Psychische Beeinträchtigungen verlaufen nicht grundsätzlich geradlinig: oft in Phasen, manchmal akut, manchmal fast symptomfrei, manche Verläufe sind chronisch, andere hingegen nicht.

Clearingverfahren geben eher eine Momentaufnahme und eine eventuelle Prognose wieder.

Wird eine psychisch auffällige Mutter mit ihrem Kind in einer MVKE aufgenommen, dann ist die Mutter mit ihren vielfältigen Unterstützungsbedarfen (auch den sich eventuell noch entwickelnden) Klientin dieser Einrichtung. Es muss grundsätzlich mitgedacht sein, dass dies auch bedeuten kann (wichtig: nicht muss), dass sich eine gravierende, psychische Beeinträchtigung erst noch voll zeigen oder ausbilden wird. Für die Einrichtung kann das weitreichende Konsequenzen haben, ebenso aber auch für die notwendige Behandlung und die Entwicklungsmöglichkeiten der Mutter und ihr Kind. Die Arbeit mit psychisch auffälligen/beeinträchtigten Müttern benötigt daher zusätzliche Standards.

MVKE in katholischer Trägerschaft haben einen hohen Qualitätsstandard in ihrer Arbeit.

Die Einrichtungen gestalten sich jedoch sehr unterschiedlich von der Größe über die Personalbesetzung bis zur konzeptionellen Ausrichtung hin.

MVKE möchten eine gute Gestaltung des Bindungs- und Entwicklungsprozesses für Mutter und Kind gewährleisten und nach Möglichkeit unnötige institutionelle Wechsel vermeiden.

Umso wichtiger ist es, schon bei begründeter Annahme einer psychischen Beeinträchtigung der Mutter mit dem davon betroffenen Kind frühzeitig herauszufinden, welchen Unterstützungsbedarf aktuell die Mutter und welchen das Kind hat, welche Belastungsfaktoren es gibt, aber auch welche Ressourcen genutzt werden können (prognostische Einschätzung der Entwicklungsmöglichkeiten und -grenzen). Dafür braucht es Instrumente und Verfahren, die diese frühzeitige Einschätzung ermöglichen – aber auch eine gewisse Zeitspanne.

Um eine größtmögliche Handlungssicherheit in der Arbeit der MVKE herzustellen, ist ein frühes Verfahren zur Einschätzung des weiteren Vorgehens

(gegebenenfalls auch die Nichtaufnahme der Mutter mit ihrem Kind) zu empfehlen. Ein solchermaßen aussagekräftiges Clearingverfahren benötigt professionelle Standards.

Nachfolgend werden Erhebungs- und Clearingbögen, Checklisten, Linksammlungen, Methoden und Literatur für die Aufnahmephase und die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Eltern und ihren Kindern in MVKE vorgestellt.

Die Sammlung ist entstanden im Rahmen des Projektes – durch die Praxis vermittelt und zusätzlich über Literaturstudium und Internetrecherche. Die Sammlung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

2.1 Diagnostik und Standards

Ist eine Mutter mit einer psychischen Beeinträchtigung oder Behinderung aufgenommen worden, stellt sich die Notwendigkeit einer umfassenderen Diagnostik einer sehr komplexen Situation. Aus diesem Vorgehen leiten sich dann die notwendigen Hilfen für Mutter und Kind ab.

Wird in MVKE von diagnostischer Einschätzung oder Diagnose gesprochen, dann meint das vorrangig

- eine sozialpädagogische Familiendiagnostik,
- die Einschätzung der Erziehungsfähigkeit/-kompetenz der Mutter/des Vaters
- sowie die Diagnostik zum Entwicklungsstand des Kindes.

Im Folgenden werden beispielhaft und in loser Auflistung einige insbesondere in Bezug auf die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Müttern interessante Standards, Arbeitsweisen, Methoden, Beobachtungs-, Screening- und Diagnoseinstrumente aufgelistet, die in MVKE in katholischer Trägerschaft bereits Anwendung finden.

Fünf Einrichtungen (Bocholt, Essen, Freiburg, Köln, Viersen) wurden im Laufe des Projektes besucht. Sie haben unter verschiedenen Fragestellungen Auskunft über ihre konkrete Arbeit gegeben.

Diese fünf Einrichtungen arbeiten „auch“ mit psychisch beeinträchtigten Eltern und verwenden u.a. folgende Instrumente:

- Entwicklungsdokumentation nach Petermann & Petermann,
- EPB (Entwicklungspsychologische Beratung, videobasiert, ressourcenorientiert),
- Pädagogische Arbeit nach Emmy Pikler, insbesondere Eltern-Kind-Gruppen
- PEKiP (Prager Eltern Kind Programm),
- Marte Meo Beratung,
- Alltagsbeobachtungen und deren Dokumentation,

*Praxis erprobte
Instrumente*

- Zusammenarbeit mit Frühförderzentren,
- Konsiliarische Beratung bei Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychotherapeutinnen,
- Austausch mit Therapeutinnen der Mütter und Kinder,
- EPDS/Edinburgh postnatal Depression Scale,
- Geschichten-Ergänzungs-Verfahren,
- Feinfühligkeitstraining,
- Familiendiagnostik mit den Methoden: Genogrammarbeit, biographischer Zeitstrahl, Familiengespräche, Aufstellungsarbeit (systemisch),
- Kipphardt Beobachtungsbögen und Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik,
- „Das Baby verstehen“ nach Cierpka.

Folgende Aspekte sind im Hinblick auf die Unterstützungsbedarfe zu bedenken:

- die psychosoziale Ausgangslage der Familie mit multiplen Problemfeldern,
- die medizinische/psychische/psychiatrische Ausgangslage, gleichermaßen für Kinder und Elternteile.

Die Komplexität der Problematik von psychisch beeinträchtigten Eltern mit ihren Kindern erfordert eine Diagnostik, die die gesamte Familie in den Blick nimmt und dabei auch transgenerationale Aspekte berücksichtigt. Diese Sicht ermöglicht es, über das Individuum hinaus auch auf die familiären Beziehungsstrukturen zu schauen.

Die im Grundsatz angewendeten Verfahren einer solchermaßen angelegten Diagnostik wären (nach A. Plass, S. Wiegand-Grefe, Hg., 2012)

- das diagnostische Gespräch, eine ausführliche biographische Anamnese (Eltern und Kinder gleichermaßen; mehrgenerationale Perspektive), Erhalt von Informationen zur psychischen Beeinträchtigung, zum Krankheitsverlauf und zur Krankheitsverarbeitung; ein „szenisches Verstehen“ im Gesprächsverlauf ist in die Diagnostik mit aufzunehmen (z.B. die Art der Kontaktaufnahme, Schilderung des Problems, die Stimmung, die Art der Beziehungsgestaltung),
- das diagnostische Interview (standardisiert und strukturiert, möglich nach Kriterien des ICD 10 oder DSM V) zur umfassenden Psychodiagnostik der Kinder und der Eltern (Erfassung evtl. psychischer Störungen; Erhebung der psychischen Belastung aller Familienmitglieder),
- eine Familiendiagnostik (das Problem der Familie verstehen und nach Lösungen suchen; Ziele vereinbaren),
- und eventuell eine zusätzliche klinische Diagnostik über Testverfahren/ Fragebögen, zum weiteren vertieften Erfassen der psychischen Beeinträchtigung und ihrer Symptomatik.

Ergänzt werden sollte die Erhebung durch die objektive, zurzeit vorliegende materielle und soziale Lebenslage der Familie, sowie eine ressourcenorientierte Diagnostik (soziales Netzwerk).

Drei MVKE (Duisburg, München, Wesel), die konzeptionell unterschiedlich, aber festgeschrieben mit psychisch beeinträchtigten Elternteilen und ihren Kindern arbeiten, waren maßgeblich beteiligt an der Erarbeitung der Handlungsempfehlungen für die Einrichtungen (siehe dazu Teil II, Punkt 1).

Über die bereits aufgeführten Methoden in MVKE hinaus (siehe oben) arbeiten sie mit weiteren, spezifischen Standards für die Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Elternteilen mit ihren Kindern.

So hält z.B. die Mutter-Kind-Einrichtung des SkF in Wesel, eine große Einrichtung, in der schon viele Jahre mit behinderten Eltern und ihren Kindern gearbeitet wird, in ihrem Portfolio unter anderem die Möglichkeit einer umfassenden Diagnostik als Angebotsprofil vor.

<http://www.mgh-skfwesel.de/download/Leistungsbeschreibung-August-2014.pdf>

Eine ähnlich umfassende Diagnostik wird nicht in allen MVKE angeboten werden können, nicht alle Einrichtungen werden bzw. sind solchermaßen spezialisiert und verfügen über die notwendigen Rahmenbedingungen dafür.

Jedoch sind diagnostische Verfahren und ein diagnostisches Inventar, mit dem zu einem frühen Zeitpunkt eine Einschätzung zum weiteren Hilfeplanverlauf für Mutter mit Kind vorgenommen werden kann, für alle Einrichtungen wünschenswert.

Diese „frühzeitige Diagnostik“ braucht „Mindeststandards“.

Clearingverfahren sind einzubetten in ein Gesamtkonzept. Das diagnostische Verfahren ist dem Anlass entsprechend (Was soll erhoben werden?) gezielt auszuwählen. Die Methoden sind zu erlernen und angemessen zur vorliegenden beruflichen Kompetenz einzusetzen. Gibt es dafür kein ausreichend ausgebildetes Personal bzw. fehlen die entsprechend qualifizierten Berufsgruppen (z.B. Psychologinnen, psychotherapeutisch/psychiatrisch ausgebildetes Personal) in den Einrichtungen, ist mit externen Diensten zu kooperieren.

Zum frühen Clearing gehört selbstverständlich auch ein frühzeitiger und kontinuierlicher Dokumentationsverlauf.

Es erscheint sinnvoll, darüber nachzudenken, vor der längerfristigen Aufnahme (der eigentlichen „Trainingsphase“) eine ausgewiesene Clearingphase zur Diagnostik der Mutter mit ihrem Kind vorzuschalten.

Eine MVKE, auf die in dieser Handreichung noch Bezug genommen wird, macht damit nachweislich gute Erfahrungen (unter Punkt 2.3.2).

Die Erfahrung mit dem Thema führt zu dem Ergebnis, dass bei begründeter Annahme einer psychischen Beeinträchtigung ein frühzeitiges Clearing mit erster Diagnostik sinnvoll und von Bedeutung ist, vor allem zur Minderung von Belastungsfaktoren für die Kinder, aber auch zur Stärkung der elterlichen Kompetenzen, um bestenfalls so weit wie möglich eigenständig mit ihrem Kind leben zu können. Nicht zuletzt gibt es den Einrichtungen Handlungssicherheit.

2.2 Erhebungsbögen, Clearingbögen, Beobachtungs-, Checklisten

2.2.1 Frühes Screening (Mütter-Peripartalzeit)

Die Marcé-Gesellschaft gibt auf ihrer Homepage interessante Informationen zum Thema.

<http://marce-gesellschaft.de/materialien/>

In dem Artikel „Wenn das Muttersein nicht glücklich macht – Depressionen und andere psychische Störungen müssen in der Peripartalzeit möglichst schnell diagnostiziert und behandelt werden, um Gefährdungen für Mutter und Kind zu vermeiden“ auf obiger Homepage werden unter anderem Risikofaktoren zur Einschätzung der Gefährdung, an einer peripartalen Depression oder anderen psychischen Beeinträchtigungen in der Schwangerschaft und frühen Mutterschaft zu erkranken, aufgelistet.

Zur Früherkennung und Einschätzung einer Gefährdung im oben genannten Sinn können die im Artikel aufgeführten Risikofaktoren sehr hilfreich und wichtig sein. Sie können in einer Anamnese regelhaft erhoben und besprochen werden.

Folgende Screeningbögen stehen online auf der Homepage zur Verfügung und können zur Nutzung heruntergeladen werden. Die Screeninginstrumente sind als Selbsthilfeeinstrumente angelegt. Sie sind in MVKE in Begleitung durch sozialpädagogisches Fachpersonal gut einzusetzen.

DASS-P

Das Screeninginstrument „Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit“ (DASS-P) kann zur Früherkennung von möglichen peripartalen emotionalen Beschwerden eingesetzt werden. Es dient dem Screening für eine zu hohe Belastung durch Stress, Angst und depressive Symptome in der Peripartalzeit, die als Risikofaktoren für den Verlauf von Schwangerschaft und Postpartalzeit für Mutter und Kind gelten.

Kommt es bei der Beantwortung der Fragen zu einem Gesamtwert über 5, so sollte eine weitere Diagnostik herangezogen werden.

<http://s522812237.online.de/wp-content/uploads/2015/04/DASS-P-FB-Formular-final.pdf>

PBQ-Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)

Die frühe Mutter-Kind Störung taucht noch in keiner diagnostischen Einordnung auf. Es wird davon ausgegangen, dass sie meist im Kontext einer psychiatrischen Beeinträchtigung auftritt, was allerdings nicht zwingend so sein muss.

Der Screeningbogen ersetzt keine Diagnostik, aber er hilft zu einer ersten Einschätzung, kann Klarheit über die Schwere und Form der Beeinträchtigung geben und damit gleichzeitig die Gefährdung, die sich daraus für das Kind ergibt, frühzeitig deutlich werden lassen.

In der Erläuterung wird angegeben, dass der Bogen alleine ausgefüllt werden kann. Es empfiehlt sich aber eine Begleitung bei der Beantwortung. (Wichtig: keine indirekten Manipulationen!)

http://www.mutter-kind-behandlung.de/downloads/fragebogen_PBQ.pdf

EPDS Befindlichkeitsfragebogen

Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) wird in der Zeit nach der Geburt angewendet. Das Screening-Instrument wurde von Cox, Holden & Sargovsky (1987) eingeführt. Es wurde speziell entwickelt, um Depressionen bei Müttern in üblichen Betreuungssituationen nach der Geburt zu entdecken. Wichtig: Der EPDS Fragebogen stellt keine klinische Diagnostik einer Depression dar und kann sie auch nicht ersetzen. Der Fragebogen soll zum frühen Zeitpunkt den Akteuren in der Begleitung von Müttern nach der Geburt ein Instrument an die Hand geben, das den klinischen Eindruck ergänzt und hilfreich bei der Entscheidung für das weitere Vorgehen ist.

http://www.schatten-und-licht.de/joomla/static_content/Dokumente/fragebogen-selbsteinschaetzung.pdf

2.2.2 Checkliste zur Anamneseerhebung bei psychisch beeinträchtigten Eltern

Dr. Michael Hipp, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, hat mit diesen „Checkpunkten“ Kriterien benannt, nach denen zum frühen Zeitpunkt in der Anamneseerhebung durch die Beleuchtung der Vorgeschichte der Mutter Anhaltspunkte zur Abwägung einer möglichen psychischen Beeinträchtigung eines Elternteils gesammelt werden können.

Diese Checkliste dürfen wir mit Genehmigung von Dr. Hipp im Anhang dieser Arbeitshilfe abdrucken.

2.2.3 Erziehungsfähigkeit bei psychischer Beeinträchtigung

Kölner Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, Stand Herbst 2011

http://www.stiftung-leuchtfueher.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Projekte_PDF/Leitfaden_fuer_die_Zusammenarbeit_-_Endfassung.pdf

Der Kölner Leitfaden ist unter obigem Link online herunter zu laden. Er bietet interessante Informationen zum Thema „Betreuung und Begleitung psychisch beeinträchtigter Eltern und ihrer Kinder“ und umfasst:

- eine Checkliste zu den individuellen (personalen) und familiären Entwicklungsaufgaben,
- eine Auflistung der Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nach Reinhold Schone,
- und einen Kriterienkatalog zur Einschätzung der Erziehungsfähigkeit psychisch beeinträchtigter Eltern von Dr. Michael Hipp.

2.2.4 Familienorientierte Diagnostik

Der CHIMPs-Beratungsansatz; Arbeitsmaterialien

Der CHIMPs-Beratungsansatz richtet sich an Familien mit einem Elternteil, das psychisch beeinträchtigt ist. Die psychische Beeinträchtigung umfasst die Diagnosegruppen des ICD 10. Das Konzept der Familienorientierten Beratung wurde innerhalb des Präventionsprojektes „Children of mentally ill parents“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelt.

Kinder im Alter von 3–21 Jahren werden in die Beratung einbezogen und auch der nicht erkrankte Elternteil nimmt an der Beratung teil. Ein wichtiges Augenmerk des Beratungsansatzes liegt auf der Stärkung der Krankheitsbewältigung. Neben einer umfassenden Psychodiagnostik finden Einzel-, Paar- und Familiengespräche statt. Sofern in der MVKE die klinischen/fachlichen Kompetenzen und die Ressourcen für eine Psychodiagnostik nicht vorhanden sind, sollte Sorge dafür getragen werden, dass diese an anderer Stelle vorgenommen werden kann.

Der Beratungsansatz mit seinen Handlungsanleitungen kann auch in anderen Präventionsmodellen aufgegriffen werden. Insofern lohnt sich die Lektüre des praxisnahen Buches: „Kinder und ihre psychisch kranken Eltern, Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz“ von S. Wiegand-Grefe, S. Halverscheid und A. Plass, Hogrefe, 2011. Dem Buch liegt eine CD mit Arbeitsmaterialien (Frage- und Dokumentationsbögen; Interviewleitfäden) bei. Zwei davon sind mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlages im Anhang dieser Arbeitshilfe enthalten.

Beide Instrumente bieten praktische Anregung zu Dokumentation und Fragestellungen für das Aufnahmeverfahren in MVKE, wenn sich der Eindruck einer psychischen Auffälligkeit oder psychischer Beeinträchtigung der Mutter/des Vaters einstellt. Der Fragebogen ist gegebenenfalls nicht eins zu eins übertragbar, da er in einem breiten Rahmen Informationen abfragt. Er gibt eine Fülle von wichtigen Fragen zur Anamnese vor (inklusive Fragen zur psychischen Beeinträchtigung, die direkt angesprochen wird).

MAD-J/Multiaxiales Diagnosesystem Jugendhilfe

Das MAD-J ist von Andre Jacob & Karl Wahlen entwickelt worden und wird in Teil III des Buches: „Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J)“ von den Autoren vorgestellt. (Dr. Andre Jacob & Karl Wahlen, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, München, 2006)

Es bietet die Möglichkeit, auf fünf Achsen Bedingungen zu erfassen, die elterliche Erziehungsprozesse und die Entwicklung von Kindern beeinflussen, mit dem Ziel, die Planung von Erziehungshilfen im Einzelfall zu unterstützen.

Das multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe umfasst folgende fünf Achsen:

- die klinisch-psychologische Individualdiagnose des Kindes,
- Erziehung und deren Bedingungen,
- medizinische Individualdiagnose des Kindes,
- psychosoziale Stressoren und Belastungen der Familie,
- psychisches Funktionsniveau des Kindes.

Dem Buch liegt eine CD mit Manual und Formularen zur praktischen Anwendung bei. Die Darstellung des Diagnosesystems fällt eher bruchstückhaft aus. Das Verfahren ist sehr umfänglich und erfordert vor Gebrauch die Bereitschaft einer intensiven theoretischen und praktischen Vertiefung. Die konkrete Anwendung braucht Zeit.

Trotzdem ergeben sich anhand der Formulare für die Praxis eventuell interessante Informationen. Das Buch selber bietet umfangreiche Informationen zu grundlegenden Fragen elterlicher Erziehung, ihrer Definition, ihrer Struktur und ihrer Bedingungen.

2.2.5 Kindeswohl, Kinderschutz

Screening – ein Instrument zur Einschätzung der Belastung und Gefährdung für Kinder

In Familien mit einem psychisch beeinträchtigten Elternteil besteht für das Wohl der Kinder ein deutlich erhöhtes Risiko. Der Umkehrschluss, dass dies immer so sei, ist jedoch nicht zulässig.

Albert Lenz beschreibt in seinem Buch „Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“, 2012, Psychiatrie Verlag, Köln (S. 47–52) unter anderem folgende Merkmale zur Einschätzung der Belastung und Gefährdung von Kindern:

- Verlauf der elterlichen Erkrankungen,
- Familiäre und psychosoziale Belastungsfaktoren,
- Eltern-Kind Interaktion,
- Parentifizierung,
- Tabuisierung der Erkrankung,
- Fehlende soziale Unterstützung,
- Alter der Kinder,
- Persönlichkeitsmerkmale der Eltern (z. B. misshandelnde Eltern),

- eigene Gewalterfahrung der Eltern,
- hoher, familiärer Stress, ausgelöst durch chronische Partnerkonflikte/ Partnergewalt.

Zur Einschätzung der Situation der Kinder psychisch auffälliger/beeinträchtiger Eltern müssen diese Aspekte grundsätzlich bedacht sein.

Checkliste zur Risikoeinschätzung

Der Balance Verlag hat uns die Genehmigung erteilt, die Checkliste zur Risikoeinschätzung (F. Mattejat und B. Lisofsky, 2014) mit Anleitung dieser Handreichung anzufügen.

Die Checkliste ist speziell für die Frage der Einschätzung, wann Hilfen für Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern erforderlich sind, gedacht. Sie wurde aus der Praxis für die Praxis entwickelt und bietet ein frühes Instrument zur Risikoeinschätzung an. Zielführend war der Gedanke, dass es ein Verfahren zur Einschätzung der Frage braucht, wann Hilfen notwendig sind und welche Sachverhalte dazu führen sollten, dass die Systeme Erziehungshilfe/Jugendamt und Psychiatrie/Sozialpsychiatrischer Dienst fallbezogen zusammenarbeiten.

Frühes Screening im Kinderschutz

Werkbuch Vernetzung – Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“

Unter folgendem Link finden Sie den Hinweis auf das Werkbuch Vernetzung – Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“

<http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/guter-start-ins-kinderleben/werkbuch-vernetzung.html>

Es empfiehlt sich die gesamte Lektüre mit ihren wertvollen Informationen, insbesondere auch zur Handhabung der Screeninginstrumente.

Neben zahlreichen anderen wichtigen und interessanten Themen sind im Materialanhang des Werkbuchs drei besonders empfehlenswerte Instrumente ausführlich beschrieben und erläutert:

1. „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“
2. „Entscheidungsbaum“
3. „Unterstützungsbogen Jugendhilfe“; Hilfeplanung im frühen Kindesalter

Die Original Fragebögen (Anhaltsbogen; Entscheidungsbaum; Handreichungen) finden sie auf der Homepage der Uniklinik Ulm (siehe Link oben). Sie können heruntergeladen werden (Passwort: GUTER ANHANG).

Das Screeninginstrument: „Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch“ dient der Prävention. Es wurde im Rahmen des Projektes der Universitäts-

Ulm „Guter Start ins Kinderleben“ von Dr. Heinz Kindler vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) München entwickelt. Der Anhaltsbogen setzt sich zum Ziel, rund um die Geburt Familien zu identifizieren, bei denen mehrfache Belastungen (Risikofaktoren) ein intensives präventives Angebot an Unterstützung und Begleitung rechtfertigen. Absicht ist es, späteren Fürsorge- und Erziehungsschwierigkeiten möglichst zuverlässig vorzubeugen.

Das Orientierungsinstrument „Entscheidungsbaum bei (drohender) Kindeswohlgefährdung“ soll helfen, das institutionelle Vorgehen zu strukturieren. Weitere Handreichungen im Werkbuch Vernetzung, die das Vorgehen bei mäßig kritischen Fällen („gelbe Fälle“) und bei potentiellen Fällen von Kindeswohlgefährdung („rote Fälle“) empfehlen, beschreiben dazu auch konkrete Handlungsschritte.

Der „Unterstützungsbogen für die Jugendhilfe“, Hilfeplanung im frühen Kindesalter ist eine Ergänzung bestehender Instrumente und Methoden der Hilfeplanung. Er dient der Fachkraft, die die Hilfeplanung leitet, zur Unterstützung. Insofern ist er auch interessant für die Arbeit der Fachkräfte in MVKE.

Bei der Erstellung des Bogens wurden wissenschaftliche Erkenntnisse über verschiedene Ursachen früher Vernachlässigung, beziehungsweise Miss-handlung ausgewertet. Die erkannten Faktoren wurden aufbereitet und sind mit Empfehlungen für die Hilfeplanung versehen im Unterstützungsbogen aufgeführt.

2.2.6 „Projekt „Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz II“

Folgender Link der Uniklinik Ulm führt zu weiteren Informationen im Kontext Früher Hilfen, Kinderschutz und Kooperation („Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz II“, Projektrunde 2, Mai 2012–August 2014).

<http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschungsprojekte/netzwerk-fruehe-hilfen-und-kinderschutz.html?key=1-17>

Auf der Homepage finden Sie auch die Dokumentation des Fachtages „Risiko-screening in der Kinder- und Jugendhilfe“ vom 10.04.2013 in Stuttgart. Dort werden weitere Screeninginstrumente vorgestellt, u.a. auch die Instrumente „Skala der elterlichen Feinfühligkeit“ und der „Wahrnehmungsbogen“.

Elterliche Feinfühligkeit, Screeninginstrument: SeF/Skala elterlicher Feinfühligkeit

Unter unten stehendem Link kann der Artikel „Elterliche Feinfühligkeit und kindliche Entwicklung – die Skala elterlicher Feinfühligkeit als Praxistool zur Beratung junger Eltern“ heruntergeladen werden.

Die Autorinnen Anne Katrin Künster und Ute Ziegenhain, Ulm stellen darin aktuell (2014) das Screeninginstrument SeF/Skala elterlicher Feinfühligkeit

Unterstützungsbogen

Skala elterlicher Feinfühligkeit

vor. Der SeF ist ein Selbstlernprogramm und kann Mithilfe eines Manuals oder eines kostenlosen E-Learn Programms erlernt werden.

Manual: U. Ziegenhain, S. Gebauer, B. Ziesel, A. K. Künster & J. M. Fegert (2010): Lernprogramm Baby-Lesen. Stuttgart: Hippokrates.

http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Stellenanzeigen/SHV_3_2014_Kuenster.pdf

Der Artikel enthält den Link (siehe unten) zur Homepage: „Frühe Hilfen und Interventionen im Kinderschutz“ (Universität Ulm). Hier wird ein kostenloses E-learning-Programm zur interdisziplinären Weiterbildung im Bereich „Frühe Hilfen und Kinderschutz“ (inklusive der Skala elterlicher Feinfühligkeit SeF, aber auch anderer Screeninginstrumente und deren Anwendung) angeboten. Der Kurs erstreckt sich über 90 Unterrichtseinheiten je 45 Minuten und vermittelt umfangreiche Informationen. Fachkräfte und im Arbeitsbereich ehrenamtlich Tätige erhalten die Möglichkeit, an dem kostenlosen E-Learning-Kurs „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“ teilnehmen zu können. Dafür bedarf es vorab einer Registrierung. Der Kurs kann, muss aber nicht, mit einem Zertifikat abgeschlossen werden.

www.elearning-fruehehilfen.de

bzw.

www.fruehehilfen-bw.de

Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz; Uniklinik Ulm

Der Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz (Dipl.-Päd. Leonore Thurn & Dr. Anne Katrin Künster, et al., 2013, KJPP Universitätsklinikum Ulm) wurde zum internen Gebrauch in der Geburtshilfe und Kindertagesbetreuung entwickelt. Er soll pädagogisch im Frühbereich tätigen Personen und Hebammen dabei helfen, systematisch Risiken und Anhaltspunkte für Kindesvernachlässigung, -misshandlung oder -missbrauch zu erkennen mit dem Ziel, gegebenenfalls möglichst frühzeitig und präventiv Unterstützung anbieten zu können. Der Bogen allein ist kein Instrument im Sinne des §8a SGB VIII um zu entscheiden, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt oder nicht.

Auch wenn er nicht direkt für den Gebrauch in MVKE entwickelt wurde, ist er auch dort einsetzbar.

Mit freundlicher Genehmigung der Uniklinik Ulm dürfen wir den Wahrnehmungsbogen Geburt und Kinder sowie den Hinweisbogen in die Handreichung aufnehmen.

2.2.7 Kinderschutz & Kindeswohlgefährdung

Das „Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)“, München, Deutsches Jugendinstitut e.V. ist unter dem Link http://db.dji.de/asd/ASD_Inhalt.htm herunter zu laden.

Es ist ein sehr umfangreiches Werk mit vielen Hintergrundinformationen und einer breiten Materialsammlung, incl. verschiedener Checklisten und

Prüfbögen etc. zum Thema Kindeswohl. Auch das Thema „psychisch auffällige/beeinträchtigte Eltern“ wird behandelt. Das Handbuch steht in seiner aktuellsten Version (2007) online und ist in manchen Informationen leider nicht auf dem neuesten Stand.

2.2.8 Dresdener Kinderschutzordner

https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/jugend-kinderschutz/Kinderschutzordner_Farbe.pdf

oder:

<https://www.dresden.de/de/leben/kinder/kinderschutz/fachkraefte.php>

Der Dresdener Kinderschutzordner ist online herunterzuladen; er bietet wichtige Informationen zum Kindeswohl sowie bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Er bezieht sich in Teilen der praktischen Anwendung auf die Stadt Dresden, beinhaltet aber in seinen inhaltlichen Ausführungen und seinen Handlungsempfehlungen grundsätzliche Informationen und einen umfangreichen und interessanten Materialanhang. Er enthält z. B. einen Ampelbogen zur Risiko-; Gefährdungseinschätzung für das Alter 0–2 Jahre, Instrumente zur Ressourcendiagnostik, eine Liste mit Indikatoren zur Erkennung von Risikofaktoren in der Schwangerschaft und Säuglingszeit und eine ausführliche Darstellung der Methode zur kollegialen Fallberatung.

2.2.9 Verfahren zum § 8a SGB VIII – Beispiele aus MVKE

MVKE in katholischer Trägerschaft arbeiten selbstverständlich entsprechend des § 8a SGB VIII.

In dieser Arbeitshilfe werden, stellvertretend für die professionelle Arbeit in vielen MVKE, zwei Best-Practice Beispiele dargestellt.

MVKE Maria Magdalena, SkF Freiburg e.V.; Kollegiale Kurzberatung nach „Lüttringhaus“ und den Ankerbeispielen des Stuttgarter Kinderschutzbogens

Die MVKE in Freiburg geht zur Risikobewertung nach § 8a SGB VIII über eine kollegiale Falleinschätzung nach „Lüttringhaus“ vor. Allen Mitarbeiterinnen sind die Ankerbeispiele des Stuttgarter Kinderschutzbogens dabei geläufig.

Zur Methode:

Dr. Maria Lüttringhaus bietet mit dem Modell der Kollegialen Kurzberatung ein Instrument zur Risikoeinschätzung an, bei dem unter Beteiligung des gesamten Teams mit relativ geringem Zeitaufwand durch ein strukturiertes Verfahren eine Einordnung (nach den Kategorien Graubereich/Leistungsbereich/Gefährdungsbereich) vorgenommen werden kann. Das Modell bietet darüber hinaus eine Ideenbörse für die weitere Fallarbeit. Information zu dieser Methode findet man z. B. im Artikel „Risikoeinschätzung im Team: Keine Zeit? Höchste Zeit! Das Modell der Kollegialen Kurz-

beratung zur Risikoeinschätzung und Planung des weiteren Vorgehens“; erschienen in der EREV Schriftenreihe, 49. Jg., Heft 1/2008, Quelle:
<http://www.luettringhaus.info/index.php?id=17>

Weitere Informationen zur Nutzung der Kollegialen Kurzberatung, z.B. einer Ressourcenorientierten Nutzung in: Jugendhilfe, 49. Jg., 1/2011, Hg. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Landesjugendamt Westfalen, 48133 Münster; hier: „Das Modell der ressourcenorientierten kollegialen Fallberatung in der Jugendhilfe“; Maria Lüttringhaus & Angelika Streich, Trends und Berichte, S. 397–415, 2011

http://www.luettringhaus.info/fileadmin/PDFs/JGFH49_1-2011_397.pdf

Der Stuttgarter Kinderschutzbogen und damit auch die Ankerbeispiele, ist/sind leider nicht mehr als Schriftversion verfügbar sondern nur als online Version. Diese muss gekauft werden und ist sehr teuer.

Die in schriftlicher Form bislang beschriebenen Ankerbeispiele sind online verfügbar, z.B. unter

http://sfb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/bb2.a.5723.de/201202_Ankerbeispiele_bis14Jahre.pdf

Siehe dazu auch:

https://www.duesseldorf.de/jugendamt/dwn/kinderschutzbogen_info.pdf

MVKE/Mehrgenerationenhaus SkF Wesel; Ablaufdiagramm zur Risikoeinschätzung nach § 8a SGB VIII

Das Ablaufdiagramm wird in der MVKE Wesel verwendet und ist uns als Beispiel zur Verfügung gestellt worden (siehe Anhang).

2.3 Aufnahmephase & Frühes Clearing: Ablaufdiagramm, Gesprächsleitfäden

In der Clearingphase sollte der Betreuungsbedarf auf allen Ebenen unter Einbezug des bisherigen Systems und der Ressourcen der Mütter/Väter abgeklärt werden. Das bedeutet, dass auch geklärt werden muss, ob die Betreuungsform/die spezielle Einrichtung passgenau für die Bedarfe und Förderungsmöglichkeiten ist. Dieser Entscheidungsprozess muss unter größtmöglicher Partizipation der Eltern stattfinden. Mit dem Jugendamt ist darauf zu achten, dass der Auftrag transparent und klar ist und dass unter bestmöglicher Einigkeit aller Beteiligten die Ziele und das Setting festgelegt werden. Dabei ist auf einen ausreichenden Zeitraum, immer unter Wahrung des Kindeswohls, zum Einleben und zur Orientierung für Mutter und Kind zu achten.

2.3.1 Best-Practice-Beispiele aus MVKE

Im Verlauf des Projektes wurden mehrere MVKE besucht. In einer nicht standardisierten Interviewerhebung wurden die praktische Arbeit und die Erfahrungen zur Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Elternteilen und ihren Kindern erhoben. Dabei wurden u.a. konzeptionelle und methodische Erfahrungen und Fragen besprochen. Einige Einrichtungen stellten Arbeitsmaterialien für die Handreichung zur Verfügung, die in dieser Arbeitshilfe aufgenommen werden dürfen. (Sie finden sie im Materialanhang.)

2.3.2 Beispiel aus einer Stuttgarter MVKE der Landeshauptstadt Stuttgart: „Clearingphase mit daran anschließendem Training“ – Verlaufsschema

Die Einrichtung arbeitet mit einer Clearingphase zur Abklärung des Erziehungsvermögens des Elternteils. Daran anschließen kann sich gegebenenfalls eine Trainingsphase für das Elternteil.

Clearingphase: Dauer 12 Tage

- bis zu drei Mütter können aufgenommen werden,
- EPB,
- psychologische Diagnostik (aus dem Fachbereich „Abteilung Erziehungshilfe“ des örtlichen Jugendamtes),
- psychiatrische und psychologische Diagnostik wird nicht über eigenes Personal der MKE geleistet.

Ablauf der Clearingphase:

Abklärung des Erziehungsvermögens der Mutter; 24 Std. Betreuung durch sozialpädagogische Fachkräfte; EPB; Sozialpädagogische Begutachtung und psychologische Diagnostik; Erstellen von Entwicklungsprognose und sozialpsychiatrischer Entwicklungsprognose, Abschätzung der Ressourcenpotentiale und der Möglichkeiten sie auszuweiten; laufende Reflexion mit der Mutter, laufend rückgekoppelt mit Auftragsgebern (Jugendamt/ASD/Beratungszentrum/Gericht); regelmäßige Zusammenarbeit mit einer Familienhebamme und einer Kinderärztin; laufende Protokollierung des Clearings und Abschlussprognose; Dokumente und Protokolle werden täglich mit der Mutter rückgekoppelt; leitendes Interesse im Clearing ist die Kindeswohl-sicherung.

Ziel des Clearings ist die Entscheidungsfindung, ob die Mutter mit ihrem Kind in das angeschlossene Training aufgenommen wird.

2.3.3 Entwurf eines Gesprächsleitfadens für die Aufnahme-phase

Orientiert an der Checkliste von Dr. Hipp zur Anamneseerhebung bei psychisch beeinträchtigten Eltern wurden einige Kriterien in den bestehenden Bogen der MVKE Haus Adelheid, SkF Köln eingefügt.

Diese Fragen ermöglichen gegebenenfalls, frühzeitig die Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden psychischen Beeinträchtigung deutlich zu machen (vgl.: Checkliste zur Anamneseerhebung Dr. Hipp). Der Bogen fragt auch schon nach ersten Ressourcen, ersetzt aber keine Ressourcendiagnostik. Grundsätzlich ist zu beachten, dass „Fragen zu stellen“ nicht nur der diagnostischen Informationsgewinnung dient, sondern zugleich immer auch eine Form der Intervention darstellt. Es lenkt die Betrachtung der Befragten auf bestimmte Aspekte, regt Denkprozesse an und verändert evtl. auch Wahrnehmungen. Darüber hinaus findet hier bereits die erste Gestaltung der entstehenden, professionellen Beziehung statt.

Gesprächsleitfaden für die Aufnahme phase:

1. Was ist der aktuelle Anlass, sich hier zu bewerben?
2. Fragen zur Lebensgeschichte
3. Gesundheit
 - Wie war Ihr Gesundheitszustand? Waren Sie schon einmal krank, psychisch oder körperlich?
 - Haben Sie Erfahrungen mit Drogen oder Sucht? Wie ist Ihr Internetverhalten?
 - Haben Angehörige oder Freunde Suchterfahrungen?
 - Hatten Sie selber schon einmal mit Essstörungen zu tun (Bulimie, Adipositas, Anorexie)?
 - Haben Sie Therapieerfahrung?
 - Wie war Ihr Gesundheitszustand als Kind? Gab es Entwicklungsverzögerungen; wurde ADHS diagnostiziert und haben Sie Medikamente zur Behandlung eingenommen?
 - Wie war Ihre emotionale und soziale Befindlichkeit in der Kindheit? Gab es z. B. übermäßige Ängste; Störungen des Sozialverhaltens?
 - Gab/gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen?
4. Schule/Ausbildung
 - Schulbildung?
 - Gab es Schulwechsel; wenn ja, häufig?
 - Gab es Lernstörungen?
 - Berufliche Praxis?
5. Fragen zur momentanen Situation
 - Staatsangehörigkeit Mutter? Kind?
 - Aufenthaltsstatus Mutter/Kind?
 - Kind
 - Beziehung zum Kind?
 - Kindesvater (Sorgerecht, Besuchskontakte)?
 - Andere Bezugspersonen des Kindes?

Soziales Umfeld

Soziales Netz (Freunde, Bekannte, Familie)?

Wohnen

Bisherige Wohnform?

Haushalt und Geld

Bisherige Unterhaltssicherung?

Haushaltsführung?

Umgang mit Geld/Schulden?

6. Fragen zur Person

Was sind Ihre Ressourcen/Stärken? Was können Sie gut?

Was macht Ihnen Freude?

Wie haben Sie eine für Sie schwierige Situation in Ihrer näheren

Vergangenheit gemeistert? Wer hat/was hat Ihnen dabei geholfen?

Welche professionelle Hilfen gab es bereits in der Vergangenheit und wann?

Wie gehen Sie mit Konflikten um?

Wo sehen Sie Ihre Schwächen/wo ihre Herausforderungen?

7. Ziele

Was möchten Sie erreichen?

Wie könnten wir Sie bei der Erreichung Ihrer Ziele unterstützen?

8. Absprachen

2.4 Ressourcendiagnostik

Die Ressourcendiagnostik hat in der Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Müttern und ihren Kindern einen großen Stellenwert.

Hat die Diagnostik der Probleme Informationen darüber erbracht, was geändert werden muss/sollte, liefert die Ressourcendiagnostik Informationen dazu, wie die vorliegenden Probleme und Belastungen am besten verändert werden können und wer/was dabei hilfreich sein kann.

Um eine Einschätzung vorzunehmen, ob eine Mutter in der Lage ist, für ihr Kind gegenwärtig und prognostisch auch in der Zukunft ausreichend gut sorgen zu können, bedarf es eines solchen Vorgehens.

Die Ressourcen sollten frühzeitig erhoben, dauerhaft gestärkt und nach Möglichkeit ausgebaut werden.

Für eine ressourcenorientierte Exploration empfehlen sich unter anderem folgende Fragen: (A. Lenz, 2010, hier: Basismodul 2, S. 69, Hogrefe Verlag, Göttingen)

- Gab es schon früher einmal ähnliche Probleme mit den Kindern/in der Familie?
Wie sind Sie damit umgegangen? Wie wurden diese gelöst?
- Was haben Sie bislang versucht, um mit den Problemen fertig zu werden?
- Was war hilfreich? Was nicht?
- Gab es Hilfen von außerhalb für die Familie?
- Gab es Personen innerhalb oder außerhalb der Familie, die geholfen haben? Wo sind die Personen jetzt?
- Gab es in Ihrer Familie schon einmal ein Ereignis, das für alle so schlimm oder sogar schlimmer war als die momentane Situation? Können Sie etwas von damals auf die heutige Situation übertragen?
- Gab es Zeiten, in denen das Problem nicht oder weniger stark auftrat? Was war damals anders?

Als ein ressourcenorientiertes diagnostisches Instrument empfiehlt sich die frühzeitige Netzwerkkonferenz. Das Augenmerk liegt darauf, wer und was in der jetzigen Situation im sozialen Umfeld hilfreich sein kann/könnte und was zur Aktivierung dessen notwendig ist – und zwar für Mutter und Kind. Handlungsleitend ist bei dieser Methode die Empowermentperspektive. Eltern wie Kinder sollen ermutigt werden, die eigenen Kompetenzen und Kräfte (wieder) zu entdecken.

Im Buch „Ressourcen fördern, Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern“, von A. Lenz, 2010, wird die Arbeit der Netzwerkkonferenz ausführlich vorgestellt. In der Durchführung der Netzwerkkonferenz mit allen Beteiligten wird mit dem Fragenkatalog „Erinnerung an die Zukunft“ gearbeitet. Ausgehend von gewünschten Resultaten am Ende des Hilfeprozesses, werden die zum Erreichen der Resultate notwendigen Maßnahmen überlegt. Dabei geht es immer um die Frage, was geschehen soll und welche Unterstützung zur Verbesserung der Situation für Kind und Mutter notwendig ist.

Die erste Frage lautet:

„Es ist ein Jahr vergangen und die familiäre Situation ist ganz gut geworden. Wie stellt sich das aus Ihrer (deiner) Sicht dar? Worüber sind Sie (bist du) besonders erfreut?“ (ebenda, S. 164).

In einem festgelegten Ablauf wird in einer zweiten Frage dann der handlungsbezogene Aspekt (persönlich und die soziale Unterstützung) fokussiert.

Die zweite Frage lautet:

„Was hat diese Entwicklung (die Sie geschildert haben/du geschildert hast) möglich gemacht? Was haben Sie (hast du) getan und welche Unterstützung haben Sie (hast du) bekommen und von wem?“ (ebenda, S. 165)

Im weiteren Verlauf der Netzwerkkonferenz werden weitere Fragen an die Familie und an die Personen aus dem Netzwerk zur Aktivierung von Ressourcen formuliert. Die Netzwerkkonferenz wird durch eine Ko-Moderatorin dokumentiert.

Ausgehend von den dokumentierten Ergebnissen der Netzwerkkonferenz wird dann in einem weiteren Schritt ein Plan des zukünftigen Vorgehens (Hilfe-, Kooperationsplan) erstellt. Dieser beinhaltet auch einen Krisenplan für das Kind.

Bei den in diesem Schritt der Konferenz getroffenen Vereinbarungen geht es um ganz konkrete Absprachen das Hier und Jetzt betreffend:

Wer übernimmt konkret etwas/macht was?

Was steht konkret als nächstes an, was wird gemacht?

Wann werden diese Schritte unternommen und wann treffen wir uns das nächste Mal?

Zur Dokumentation von „hilfreichen Personen“ empfiehlt sich die Methode der Netzwerkkarte. Die vorgestellte Methode Netzwerkkarte bezieht sich auf die Arbeit mit Kindern und Erwachsenen.

Im Anhang ist der Materialanhang aus dem Buch „Ressourcen fördern, Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern“, von Albert Lenz, 2010, Interventionsmodul 4 „Förderung sozialer Ressourcen der Kinder und Jugendlichen“ als pdf angefügt.

2.5 Psychoedukation

Zusätzlich sei hier nur kurz auf die große Bedeutung von Psychoedukation, vor allem für die Kinder hingewiesen. Kinder brauchen Information und Aufklärung über/zur psychischen Beeinträchtigung ihrer Mutter/ihres Vaters.

Die Teilnahme an Kindergruppen, als ein präventives Angebot für die Kinder, kann eine Möglichkeit dazu sein (z.B. Auryr-Gruppen).

Zur vertiefenden Lektüre sei hier das Buch „Ressourcen fördern, Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern“, Albert Lenz, empfohlen.

Auf der Homepage des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie finden Sie den Projektatlas Kinder, eine für das Internet entwickelte deutschlandweite Informationsplattform zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“. Hier

sind auch Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche von psychisch erkrankten Eltern aufgeführt.

Dachverband Gemeindepsychiatrie; Psychiatrienetz Kinder

<http://www.psychiatrie.de/dachverband/kinder/>

2.6 Ausgewählte Methoden und konzeptionelle Grundaussagen

2.6.1 Empowerment

Psychisch auffällige/beeinträchtigte Eltern und ihre Kinder bringen auch Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen zur Selbst-Befähigung in ihrem eigenen Leben mit. Dies lässt nicht außer Acht, dass gerade Eltern mit psychischer Auffälligkeit/Beeinträchtigung phasenweise oder auch dauerhaft Unterstützungsbedarfe in der Ausübung ihrer Elternschaft haben. Das Kindeswohl bleibt immer oberste Priorität des professionellen Handelns. Die notwendige Kooperation verschiedener Institutionen und Dienste in der Arbeit mit psychisch auffälligen/beeinträchtigten Eltern und den davon mitbetroffenen Kindern braucht klare Absprachen und Rahmenbedingungen. Die Empowermentperspektive kann dafür eine hilfreiche Handlungsempfehlung darstellen.

Weiterführende Informationen zum Thema Empowerment können Sie folgender Internetseite entnehmen:

<http://www.empowerment.de>

2.6.2 Der Transparenzbericht

Das Instrument „Transparenzbericht“ bietet ein methodisches Hilfsmittel zur transparenten Dokumentation des Prozess- und Hilfeablaufs. Es entspringt einer Empowermentgrundhaltung.

Die Version wurde uns freundlicherweise von der MVKE des SkF Freiburg zur Verfügung gestellt und ist im Materialanhang aufgenommen.

2.6.3 Traumapädagogisch ausgerichtete und Resilienzen fördernde Konzepte

In diesem Abschnitt orientiert sich die Arbeitshilfe insbesondere an den Ausführungen von Hedi Gies, Institut Trauma und Pädagogik. MVKE, vor allem wenn sie mit psychisch auffälligen/beeinträchtigten (oft jungen) Müttern (insbesondere auch mit traumatisierten Eltern) und deren Kindern arbeiten, sollten zu einem „sicheren Ort“ (Traumapädagogisches Konzept: „Pädagogik des sicheren Ortes“) für alle Beteiligten werden. Zwischen den Mitarbeiterinnen und den Müttern wie auch den Kindern entstehen und werden „emotionale Dialoge“ geführt. Für das Personal braucht es „geschützte Handlungsräume“ in ihrer Institution. Dafür muss institutionell und strukturell Sorge getragen werden.

„Sicherer Ort“

Die traumapädagogische Haltung ist geprägt von der Frage, was hilfreich ist zu tun und nicht, was richtig oder falsch ist. Für die Mitarbeiterinnen gilt in der Begleitung der Mütter wie der Kinder: wir sind die Profis und die Kinder und ihre Mütter sind die Expertinnen in ihren Angelegenheiten. Sie bringen Wissen um die Lösung ihrer Probleme und Schwierigkeiten mit und sie haben schon viel geleistet und überstanden (Resilienzperspektive). Mit der Arbeit wird ein Angebot gesetzt, damit Mütter wie Kinder in ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt und gefördert werden.

Das bedeutet, ein Milieu zu schaffen, das entsteht und getragen ist durch professionelle Bindungs- und Beziehungsarbeit als Kernkompetenz. Die Arbeit ist „Beziehungsarbeit“, getragen durch beständige und wiederholende liebevolle Fürsorge. Die Arbeit geschieht dabei „auch“ mitten im Alltag. Nicht zuletzt ist die Biographiearbeit mit den Müttern und gegebenenfalls auch den Kindern als wichtiger traumapädagogisch orientierter Aspekt in der Arbeit der MVKE dabei zu erwähnen und einzusetzen.

Zur Vertiefung des Themas sei an dieser Stelle insbesondere verwiesen auf das Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG) „Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe“ und einen Artikel von Jörg Harder „Traumapädagogik in familienanalogen Einrichtungen der stationären Jugendhilfe“. Beide Informationen erhalten Sie auf der Homepage des „Institut Trauma und Pädagogik“

<http://www.institut-trauma-paedagogik.de/index.php>

siehe auch:

<http://www.bag-traumapaedagogik.de/>

2.6.4 Die Elternschule

Die Elternschule ist ein Angebot zur Stärkung und Förderung von Elternkompetenz. Es wurde im Haus Maria Magdalena Freiburg speziell für die Arbeit in MVKE entwickelt. Das Konzept bietet eine interessante Vorlage zur Arbeit mit psychisch auffälligen/beeinträchtigten Eltern und deren Kindern. Freundlicherweise dürfen wir das Konzept hier vorstellen.

2.6.5 DBT und Skillstraining

Dialektisch-behaviorale Therapie/DBT ist eine von Marsha Linehan entwickelte Therapie. Sie ist konzipiert für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und setzt sich aus Modulen zusammen. Das Trainingsprogramm arbeitet mit Skills. Grundprinzip dieser Arbeit ist es, die Klientinnen zu unterstützen, ihre Gefühle steuern zu lernen und ein möglichst hohes Maß an Eigenverantwortung zu fördern und zu festigen. Die „Rolle“ der Therapeutinnen ist dabei unterstützend und gleichermaßen ähnlich eines „Trainers“.

An dieser Stelle sei auf eine interessante Software „Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten, Die Software für Betroffene“, 2013,

*Stärkung von
Elternkompetenz*

Schattauer Verlag, Stuttgart, hingewiesen. Das Trainingsprogramm ist ein Software-basierter Baustein aus der DBT. Es kann gegebenenfalls auch als Selbsthilfeprogramm angewendet werden.

2.6.6 Familien-Patenschaften für Kinder psychisch beeinträchtigter Eltern

Wie bereits im Punkt Handlungsempfehlungen für die Einrichtungen angeführt ist der Einsatz von Familienpaten insbesondere in der Arbeit mit psychisch auffälligen/beeinträchtigten Elternteilen und ihren Kindern zu empfehlen. Eine wichtige Chance zu einer gesunden Entwicklung liegt bei Kindern psychisch erkrankter Eltern in der Prävention. Familienpaten leisten hier einen wichtigen Beitrag. Kinder erhalten unter anderem einen Ort der „Normalität“, jenseits von psychischer Beeinträchtigung und eine zusätzliche stabile, belastbare, erwachsene Bezugsperson in ihrem Leben. Dies gilt erwiesenermaßen als wichtiger Schutzfaktor für diese Kinder. Sie erfahren eine weitere Bezugsperson außerhalb der Familie, es wird Vorsorge getroffen bei evtl. Klinikaufenthalt des Elternteils und es schafft nicht zuletzt emotionale Sicherheit und Orientierung für alle Beteiligten.

An dieser Stelle sei zur Vertiefung das Buch „Patenschaften praxisnah“ Herausforderungen und Umsetzung von Kinder- und Familienpatenschaften, C. Perzlmaier, B. Sonnenberg, 2013, BeltzJuventa, Weinheim und Basel, empfohlen.

Das Buch enthält detaillierte Informationen, auch zum Thema Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. Es vermittelt im Teil 2 Grundlagen zur Verwirklichung von Patenschaften, wie z.B. Rahmenbedingungen, Gewinnung von Paten, die Vermittlung, Begleitung der Paten und Familien, wie auch rechtliche Aspekte zur Patenschaft.



3. LINKSAMMLUNG

Hier finden Sie weitere interessante Links zum Thema.

Homepage vom Psychiatrienetz; Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
Das Psychiatrienetz wird von verschiedenen Verbänden und Verlagen getragen. Von hier aus gelangt man zu ihren einzelnen Homepages
<http://www.psychiatrie.de/>

Psychiatrienetz Kinder, Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
<http://www.psychiatrie.de/dachverband/kinder/>

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
hier findet man neben Informationen auch interessante Broschüren, z.B. „Seelische Krisen – Was tun?“ oder auch „Patientenrechte Therapie und Selbstverantwortung in psychischen Krisen“
<http://www.psychiatrie.de/dachverband/materialien/broschueren/>

Die Deutsche DepressionsLiga e.V. ist für an Depressionen erkrankte Menschen eine bundesweit aktive Patientenvertretung
<http://www.depressionsliga.de/>

Familienselbsthilfe-Psychiatrie
<http://www.kipsy.net>

Hier finden Sie Informationen zur Weiterbildung, „Sozialpsychiatrische Fachkraft“, FH-Münster:
<https://www.fh-muenster.de/fb10/termine/weiterbildungskatalog.php?wkid=1359#personen>

„Vom Säugling zum Kleinkind“ Fortbildungen, z.B. auch „SEE IT-0-3“
www.familienzentrum-potsdam.de

Die Aktion psychisch Kranke e.V. (APK) ist ein gemeinnütziger Verein, der durch das Bundesministerium für Gesundheit institutionell gefördert wird
<http://www.apk-ev.de/startseite/>

Hier findet man Informationen der APK zum Thema psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter;
<http://www.apk-ev.de/projekte/psychisch-krank-kinder-und-jugendliche-ueber-kiju/>

Fortbildungsangebote zur Entwicklungspsychologischen Beratung, die zum Teil auch in Kooperation mit dem SKF Gesamtverein ausgeschrieben werden, finden Sie unter
www.martha-muchow-institut.de

Kinder psychisch kranker Eltern; LVR Projekt 2010–2013 und Informationen zum interaktiven Atlas für Hilfen Kinder psychisch erkrankter Eltern

http://www.lvr.de/de/nav_main/kliniken/verbundzentrale/frderundmodellprojekte/anreizundmodellprogramme/kinderpsychischkrankerealtern/kinderpsychischkrankerealtern_2.jsp

Institut Kinderseele Schweiz – hier finden Sie Literatur, Links, Infos zum Thema

http://www.wikip.ch/home_63D.html

Umfassendes Infoportal für Eltern und Fachkräfte: Kindergesundheit – Info.de; BzgA

<http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/hintergruende-grundlagen/gesundheitsfoerderung/elternkompetenzen>

Internetportal der Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie

<http://www.dgppn.de/dgppn.html>

Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) des Robert-Koch-Institut (Langzeitstudie)

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_node.html

Die Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit, GAIMH, engagiert sich in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz für die Förderung seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit sowie für die Vermeidung und Früherkennung von Fehlentwicklungen.

<http://www.gaimh.org/willkommen.html>

LVR – Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen, KipE Rheinland

Abschlussstagung zum LVR-Förderprogramm am 22. Mai 2014

http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/klinikhph/klinikverbund/dokumente_132/KipE_Dokumentation_Abschlussstagung_22052014.pdf

Zentralinstitut für seelische Gesundheit

<https://www.zi-mannheim.de/>

Eine interessante Broschüre (Handout) für Eltern, um auch in psychisch belasteten Zeiten ihre Kinder gut unterstützen zu können:

http://www.stiftung-leuchtfueher.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Konzepte_PDF/Handout_Endversion_8.2014.pdf

Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern

<http://www.netz-und-boden.de/kinder-familien/ueberblick0.html>

Eine Homepage, die in erster Linie über die Situation von minderjährigen und erwachsenen Kindern von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung informiert

<http://www.borderline-muetter.de/cms/>

Selbsthilfe für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Angehörige und Umfeld

www.borderline-selbsthilfe.de und www.borderline-plattform.de

Homepage von PD Dr. Karl Heinz Brisch; Thema Bindung: Bindungstheorie, Forschung, Weiterbildung, Information

<http://www.khbrisch.de>

Homepage von Michaela Huber; Thema: Traumatisierung; umfangreiche Materialien/Folien ihrer Vorträge etc.

<http://www.michaela-huber.com/>

Ein Internetportal mit umfassenden Informationen zur psychischen/psychiatrischen Beeinträchtigung von Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen; unter Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie/ Risikofaktoren/psychische Erkrankung bei Eltern finden Sie spezifische, interessante Infos zum Thema.

<http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugend-psychiatrie/uebersicht/>

Die Homepage des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden, Wiesloch, Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Eine Information zur Mutter-Kind-Behandlung, bei psychischen Erkrankungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt; mit wichtigen Informationen auch rund um das Thema

<http://www.mutter-kind-behandlung.de>

Homepage der Deutschen Liga für das Kind; ein bundesweit tätiges, interdisziplinäres Netzwerk vieler Verbände und Organisationen aus dem Bereich der frühen Kindheit (0–6 Jahre).

<http://liga-kind.de>

Kinderschutz, Leitfaden Saarland, 2014

<https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/160724/Datei/17981/Leitfaden%20%22Gewalt%20gegen%20Kinder%22%20.pdf>

Kindeswohlgefährdung: Interessante Broschüre vom Kindeschutzzentrum Berlin

http://www.kinderschutz-zentrum-berlin.de/download/Kindeswohlgefaehrung_Auf11b.pdf

Arbeitshilfe zum Thema: Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern von Hans Leitner, Start gGmbH/Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg in Kooperation mit ASD-Leiterinnen Brandenburger Jugendämter entwickelt; gibt praktische Ratschläge

http://www.fachstelle-kinderschutz.de/cms/upload/Publikationen/Fachartikel/Kinder_psychisch_Kranker.pdf

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.
Infos über Sozialpädiatrische Zentren

<http://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/>

Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer

<http://www.bptk.de/patienten/psychische-krankheiten.html>

Homepage von „Irrsinnig – Menschlich e.V.“; Verein, der über psychische Beeinträchtigungen aufklären will

www.irrsinnig-menschlich.de

Aktuelle Broschüre: Kindervernachlässigung: Erkennen – Beurteilen – Handeln (2012)

http://www.isa-muenster.de/cms/upload/downloads/ISA_Kindesvernachl_Web.pdf

Kinderschutzbund

<http://www.kinderschutzbund-nrw.de/>

Entwicklungsdiagnostik/Kinder; interessante Seite auf der das Thema Testverfahren und Testdiagnostik vertieft wird:

<http://entwicklungsdiagnostik.de/index.html>

Artikel zur Evaluation des Stuttgarter/Düsseldorfer „Kinderschutzbogen“ (einem Diagnoseinstrument zur Gefährdungseinschätzung des Kindeswohls)

https://www.duesseldorf.de/jugendamt/dwn/kinderschutzbogen_abhandlung.pdf

4. LITERATURLISTE

- Albert Lenz, Anna Christina Schulz-Du Bois et al. „Kinder psychisch kranker Eltern – Risiken, Folgen und Herausforderungen für die Jugendhilfe“ in: Jugendhilfe, 52. Jg., Heft 3/2014
- Anna-Christina Schulz-Du Bois, „Psychiatrische Krankheitsbilder verstehen – der Kindeswohlgefährdung durch Zusammenarbeit entgegenwirken“, in: Jugendhilfe, 52. Jg., Heft 3/2014
- Alice Sendera; Martina Sendera (Hg.) 2012; Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung; Springer, Wien
- Fritz Mattejat, Beate Lisofsky (Hg.) 2014 „Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker“; Balance buch und medien Verlag GmbH, Köln
- Michael Kölch, Ute Ziegenhain, Jörg M. Fegert (Hg.) 2014, Kinder psychisch kranker Eltern, Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung; Beltz Juventa, Weinheim und Basel
- Albert Lenz, (2014); Kinder psychisch kranker Eltern; Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- Angela Plass, Silke Wiegand-Grefe (Hg.), 2012; Kinder psychisch kranker Eltern Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln; Beltz Verlag, Weinheim, Basel
- Albert Lenz (Hg.) 2010; Ressourcen fördern: Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern; Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen
- Albert Lenz, 2012, Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder; Basiswissen Psychiatrie Verlag, Köln
- Karl Heinz Brisch/Theodor Hellbrügge (Hg.), 2012, Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern; Klett-Cotta, Stuttgart
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013; Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Bonn
- Robert-Koch Institut (Hg.) 2014, Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, RKI Berlin
<http://www.geda-studie.de/deutsch/ergebnisse/geda-2012.html>;
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) Stand der Expertise 2011, „Gesundheitsfördernde Elternkompetenzen“; Köln
https://www.kindergesundheit-info.de/fileadmin/user_upload/kindergesundheit-info.de/Fachkraefte/Downloads/Expertise-Elternkompetenz_Download_140423.pdf
- DEGS Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2012, Hans-Ulrich Wittchen & Frank Jacobi; Robert Koch Institut, Berlin
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile
- Stephan Müters, Jens Hoebel, Cornelia Lange (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. Robert Koch-Institut (Hg.) Berlin
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 30.09.2013)
- Fritz Mattejat, Helmut Remschmidt; 2008; „Kinder psychisch kranker Eltern“, Übersichtsarbeit; in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 23, 6/2008
- Karl Heinz Brisch, Theodor Helbrügge (Hg.); 2012, Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern; Klett-Cotta, Stuttgart

- Karl Gebauer, Gerald Hüther (Hg.), 2014, Kinder brauchen Wurzeln; Patmos Verlag, Ostfildern
- Heinz Kindler, Susanna Lillig, Herbert Blüml, Thomas Meysen, Annegret Werner (Hg.) 2006, Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)
http://db.dji.de/asd/ASD_Handbuch_Gesamt.pdf
- Horst-Heiner Rotax, Richter am Amtsgericht i. R.; o. J., Psychisch kranke Eltern im Familiengericht – Versuch einer Darstellung der rechtlichen Grundlagen und Zusammenhänge“ https://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung4/dokumentation-zur-fachtagung/vortrag_rotax.pdf.
- Christiane Perzmaier, Birgit Sonnenberg; 2013; „Patenschaften praxisnah Herausforderungen und Umsetzung von Kinder- und Familienpatenschaften“; Beltz Juventa, Weinheim und Basel
- ZKJ Kindschaftsrecht und Jugendhilfe; Heft 8/2014; Michael Hipp, Dr. Petra Kleinz; Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) – Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung und unterstützende Angebote Früher Hilfen; in: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Köln
- Dr. Andre Jacob & Karl Wahlen (Hg.); 2006; Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J), Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, München
- Michaela Amering, Ilse Eichenbringer, et al. (Hg.), Albert Lenz, 2012, Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder, Psychiatrie Verlag, Köln
- Martin Bohus, Martina Wolf-Arehult, 2013, Interaktives Skillstraining für Borderline-Patienten, Die Software für Betroffene, Schattauer Verlag“, Stuttgart
- Karl Gebauer/Gerald Hüther (Hg.) et al., 8 Auflage 2014, Kinder brauchen Wurzeln Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung, Patmos Verlag, Ostfildern
- Michaela Huber (Hg.), 2015, Der geborgene Ort. Sicherheit und Beruhigung bei chronischem Stress, Junfermann Verlag, Paderborn
- SkF Gesamtverein e.V., Dortmund 2015: Auswertung der Strukturdaten MVKE in katholischer Trägerschaft 2014
- Susanne Habetha, Sabrina Bleich, Jörg M. Fegert, et al. Deutsche Traumafolgekostenstudie, Schriftenreihe IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel, Bd. III; Februar 2012, S. 19
- John Bowlby, 1999, Attachment and Loss, Vol. I Attachment, 2nd ed. New York

DANKSAGUNG

Aus folgender Literatur durften wir mit Erlaubnis der Verlage Materialien abdrucken.

Silke Wiegand-Grefe, Susanne Halverscheid und Angela Plass, Kinder und ihre psychisch kranken Eltern, Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz, Hogrefe, 2011, Göttingen

Fritz Mattejat und Beate Lisofsky, et.al. (Hg.), 4. Auflage 2014, Nicht von schlechten Eltern, Kinder psychisch kranker Eltern, Balance Buch und Medienverlag GmbH, Köln 2008

Albert Lenz (Hg.), et al., 2010, Ressourcen fördern Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern, Hogrefe Verlag, Göttingen

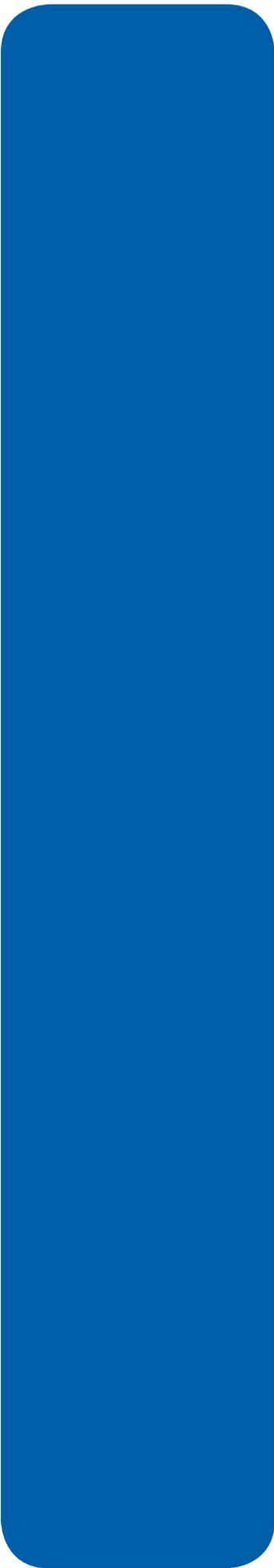
Die Uniklinik Ulm stellt uns zur Veröffentlichung freundlicherweise ihren „Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz“ zur Verfügung.

Dr. Michael Hipp genehmigte uns die Veröffentlichung seiner „Checkliste zur Anamneseerhebung bei psychisch beeinträchtigten Eltern“.

Dafür bedanken wir uns ebenfalls recht herzlich.

Allen Mitarbeiterinnen der MVKE in katholischer Trägerschaft, die engagiert im Projekt mitgewirkt haben und umfangreiches Material für die Arbeitshilfe zur Verfügung stellten, gilt unser besonderer Dank!

Großer Dank gebührt auch der GlücksSpirale, ohne deren finanzielle Unterstützung dies Projekt nicht möglich gewesen wäre.



ANHANG

1__ Anfrageerhebung Teen & Baby, SkF Essen

1 Bogen zur Erhebung neuer Anfragen

2__ Materialien Haus Adelheid, SkF Köln

21 Belegungsverfahren Haus Adelheid

22 Fragen zum Bewerbungsgespräch

3__ Materialien Eltern-Kind-Einrichtung, SkF Wesel

31 Aufnahmeverfahren Wesel

32 Vorlagen Aufnahmeverfahren

4__ Checkliste zur Anamneseerhebung bei psychisch beeinträchtigten Eltern (Dr. Hipp)

5__ CHIMPs Material (aus Wiegand-Greffe, Halverscheid und Plass, Kinder und ihre psychisch kranken Eltern)

51 Fragebogen Eltern vor der Beratung

52 Interviewleitfaden für das Erstgespräch mit den Eltern

6__ Materialien Haus Maria Magdalena, SkF Freiburg

61 Elternschule

62 Freiburg Leistungsvereinbarung Mutter und Kind – SkF 2011

63 Transparenzbericht

7__ Risikoeinschätzung (Mattejat, Wesel)

71 Mattejat et al. Checkliste zur Risikoeinschätzung

72 Ablaufdiagramm § 8a SGB VIII, SkF Wesel

8__ Ressourcendiagnose (aus Lenz, Ressourcen fördern)

81 Fragenkatalog „Erinnerung an die Zukunft“

82 Krisenplan

83 Netzwerkkarte für Kinder von 6–12 Jahren

9__ Ulmer Wahrnehmungsbogen

91 Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz – Rund um die Geburt

92 Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz –
Klein- und Vorschulkinder

93 Wahrnehmungsbogen für den Kinderschutz – Hinweis



Mutter-Kind-Einrichtungen