Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1119–1125
DOI 10.1007/s00103-010-1149-1
Online publiziert: 24. Oktober 2010
© Springer-Verlag 2010

S. Kluth[1] · **K. Stern**[2] · **J. Trebes**[2] · **H.-J. Freyberger**[1]
[1] Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, Greifswald
[2] AWO-Soziale Dienste gGmbH-Westmecklenburg

Psychisch kranke jugendliche und erwachsene Mütter im Vergleich

Erste Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“

Theoretischer Hintergrund

Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern sind eine Hochrisikogruppe für Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung [1, 2, 3, 4]. Darüber hinaus ergibt sich für diese Gruppe innerhalb unseres Versorgungs- und Beratungssystems eine gravierende Schnittstellenproblematik, da das allgemeine und das medizinische Versorgungssystem den Kinder- und Jugendbereich und das Erwachsenenalter in verschiedenen Segmenten abbildet [5]. Dies betrifft nicht nur die medizinische Versorgung, in der fachbezogen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie differenziert wird, sondern auch das System der Kinder- und Jugendhilfe, das administrativ und strukturell von entsprechenden Angeboten für Erwachsene getrennt wird. Wie von vielen Autoren angemerkt wird, gelangen dabei insbesondere Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern kaum in den Fokus präventiver Bemühungen, da differenzielle Angebote (insbesondere aufsuchender Art) in Deutschland kaum existieren. Auch die breit geführte Diskussion um integrierte Versorgungsprojekte im medizinischen Versorgungssystem hat an den eklatanten Versorgungslücken in diesem Bereich nichts ändern können.

Mittlerweile wächst seit über 15 Jahren nunmehr das Interesse der Forschung am Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ und an den Folgen für die Entwicklung des Kindes. Grundsätzlich kann es dabei als wissenschaftlich umfassend gesichert gelten, dass zu den zentralen Risikofaktoren für die frühe oder spätere Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern biografische Belastungen der Eltern (zum Beispiel eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen, sexueller oder gewaltbezogener Missbrauch und andere Formen der Traumatisierung) sowie partiell damit im Zusammenhang stehende psychische Erkrankungen einschließlich kritischem Alkohol- oder Drogenkonsum gehören [6]. Allein der Transfer zwischen der körperlichen Gewalt, die Menschen durch ihre eigenen Eltern erlebt haben und die sie später an ihre eigenen Kinder weitergeben, wird etwa auf 25% geschätzt [7]. Psychischen Erkrankungen kommt dabei diagnosen- und störungsunabhängig bereits ein erhebliches Potenzial zu. Zu nennen sind hier insbesondere auch psychische Störungen der Mütter im Zusammenhang mit der Geburt (insbesondere affektive Störungen und Schwangerschaftspsychosen) und schwere psychische Erkrankungen beider Elternteile (Suchterkrankungen, psychotische und Persönlichkeitsstörungen). Aber auch die Langzeitprognose von Kindern, deren Eltern an subsyndromalen psychischen Störungen, insbesondere an subsyndromalen Depressionen (sogenannten funktionellen Störungen und Befindlichkeitsstörungen), leiden, ist um ein Vielfaches schlechter als die von Kindern gesunder Vergleichsgruppen [8].

In unserem Modellprojekt konzentrieren wir uns auf Eltern mit Kindern im Baby- beziehungsweise Kleinkindalter. Wichtig sind innerhalb des Projektes präventive Aspekte. Weinberg und Tronick [1] weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass frühe Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung der Mutter die Entwicklung des Kleinkindes beeinflussen. Folgen hiervon sind oft Schlafprobleme, Regulationsstörungen und emotionale Störungen. Auch Reck [3] sowie Turmes und Hornstein [2] klassifizieren psychische Erkrankungen der Eltern (insbesondere der Mutter) als Hochrisikofaktoren für die Entwicklung der Kinder.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Entwicklung des Kindes ist das Alter der Mutter [9, 10]. Besonders sehr junge Müt-

ter (Teenagermütter) erleben zusätzliche psychosoziale Belastungen wie verstärkte Familienkonflikte, Isolation aus der Peergroup, finanzielle Probleme, unabgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung und Überforderung durch die neue Rolle. Insgesamt sind sie auf diese Rolle weder gemäß ihrer emotionalen Entwicklung noch ihrer Persönlichkeitsentwicklung ausreichend vorbereitet [9]. Zudem ist die eigene Biografie oft eher schwierig, und psychopathologische Auffälligkeiten sind häufig. Gegenüber dem Säugling zeigen jugendliche Mütter geringere emotionale Beteiligungen, sie sind weniger anregend, schweigsamer, unaufmerksamer und weniger positiv [11, 12, 13]. Das Zusammentreffen von psychischer Belastung und sehr jungem Alter der Mutter stellt also eine Kumulation von Risikofaktoren dar.

Zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern

Auch wenn frühe Schwangerschaften in Deutschland im Allgemeinen nicht typisch sind und der Anteil früher Elternschaften bei nur 7% [9] liegt, ist in Mecklenburg-Vorpommern die Zahl von Teenagerschwangerschaften im Vergleich zu anderen Bundesländern sehr hoch [14]. Dies gilt sowohl für die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche als auch für die Zahl an Lebendgeburten.

Zudem gehen sowohl Teenagerschwangerschaften als auch psychische Erkrankungen oft mit erschwerten psychosozialen Bedingungen einher. In Mecklenburg-Vorpommern ist die diesbezügliche Situation besonders schwierig. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt liegen hier bedeutsam erhöhte Arbeitslosigkeits- (und damit verbundene Armut) und Frühberentungsraten vor. Neben diesen schwierigen sozioökonomischen Bedingungen ist auch die Zahl an Personen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen bedeutend erhöht. Gleichzeitig zeigt sich aber aufgrund der Flächenlandcharakteristik Mecklenburg-Vorpommerns eine besonders inadäquate Inanspruchnahme zur Verfügung stehender Hilfen – dies gilt vor allem für den medizinischen Sektor [15].

Vor diesen Hintergründen wurde im Rahmen des Programms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit in Kooperation mit den Ländern im Juni 2008 das Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ in Mecklenburg-Vorpommern gestartet, das noch bis Dezember 2010 läuft. Da Mecklenburg-Vorpommern ein Flächenland ist, wurden mit Schwerin und Greifswald zwei Orte für das Projekt ausgewählt, die zum einen städtische und zum anderen ländliche Regionen repräsentieren und ein umfassendes Abbild des Bundeslandes ermöglichen.

Schwerpunktziel des Projekts ist zum einen die Etablierung eines möglichst niedrigschwelligen Beratungsangebots für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter und Väter mit Säuglingen und/oder Kleinkindern. Hierbei soll interdisziplinär vorgegangen und es sollen bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden. Zum anderen sollen die durch eine individuell angepasste psychologische Beratung erlangten Interventionseffekte mithilfe etablierter Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit in einem Prä-Post-Design auf Stabilität geprüft werden. Außerdem soll der Vernetzungsprozess mit Blick auf Veränderungen des Versorgungssystems und der Versorgungszufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer evaluiert werden. Ein Überblick über unterstützende Einrichtungen und Institutionen wird Eltern im Internet auf den Seiten der Beratungsstellen (http://www.medizin.uni-greifswald.de/psych/; http://www.awo-mv.de) kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

Leider gibt es für den deutschsprachigen Raum bisher nur sehr wenige Studien, die die psychosoziale und psychopathologische Situation jugendlicher Mütter berücksichtigen. Im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit sollen erste diesbezügliche Auswertungen vorgestellt werden, die sich auf die erste Erhebung, also auf die vorgefundene Ausgangslage, konzentrieren (Follow-up-Untersuchungen laufen noch und werden zu einem späteren Zeitpunkt berücksichtigt). Daten zur Symptomatik und zu psychosozialen Faktoren werden vergleichend, das heißt mit Blick auf jugendliche und erwachsene Mütter, betrachtet. Wie oben dargelegt, gilt bereits ein sehr junges Alter der Mutter als Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes und der Mutter. Es ist also zu vermuten, dass psychisch belastete junge Mütter über mehr eigene Probleme und Probleme mit dem Kind berichten als erwachsene psychisch belastete Mütter.

Da es in Mecklenburg-Vorpommern, wie oben beschrieben, eine inadäquate Inanspruchnahme von Hilfe gibt, soll zusätzlich dargestellt werden, welche Hilfen von den Familien bereits genutzt werden und in welchem Bereich Lücken zu finden sind.

Stichprobe, Instrumente und Methoden

Stichprobe

In die Untersuchungen wurden Mütter und Väter einbezogen, die mindestens ein Kind im Alter von null Monaten bis drei Jahren hatten. Der Zugang zum Projekt wurde über unterschiedliche Wege eröffnet. Vermittler waren vor allem zahlreiche Jugend- und Familienhilfeeinrichtungen wie freie Träger der Jugendhilfe, das Jugendamt, niedergelassene Ärzte und Kliniken (Psychiatrie, Kinderärzte, Allgemeinärzte, Hebammen et cetera), Tagesmütter und Kindergärten et cetera, die psychische Auffälligkeiten bei den Müttern feststellten. Einige Teilnehmer kamen auch von selbst, um die angebotene, individuell angepasste psychologische Beratung zu nutzen, die eine Stärkung der Eltern-Kind-Bindung und die Verringerung der Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes im Fokus hat.

Da viele Mütter durch die Familienhilfe Zugang zum Projekt fanden, ist der Anteil jugendlicher Mütter mit psychischen Belastungen sehr hoch. Da in Mecklenburg-Vorpommern Teenagerschwangerschaften im bundesdeutschen Durchschnitt gehäuft vorkommen, wurden diese als Subgruppe mit aufgenommen.

Als Referenz dienen die Daten einer Gruppe psychisch gesunder Mütter,

da es aus ethischen Gründen keine Kontrollgruppe (psychisch belastete Mütter ohne Intervention) gibt. Alle Eltern, die sich an das Projekt gewandt oder über einen dritten den Kontakt aufgebaut haben, haben auf ihren Wunsch hin die Intervention (psychologische Beratung) erhalten, selbst wenn die Teilnahme an der Studie und die damit verbundenen Untersuchungen nicht erwünscht waren. Die Gruppe der gesunden Mütter wurde über einen öffentlichen Aufruf beziehungsweise die Vermittlung dritter (vor allem von freien Trägern der Jugendhilfe) gewonnen.

In diesem quasiexperimentellen Design wurden seit Oktober 2008 mittels verschiedener Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, zu psychosozialen Faktoren und zur Behandlungszufriedenheit die Situation der Mütter zu zwei Erhebungszeitpunkten (To zu Beginn der Intervention, Follow-up sechs Monate nach der Intervention) erfasst. Bei allen Subgruppen kamen dieselben Instrumente zum Einsatz. Die Untersuchungen wurden von den Mitarbeitern der Projekte in Greifswald und Schwerin durchgeführt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Ersterhebungen betrachtet, da die Follow-up-Untersuchungen noch laufen.

Instrumente

Demografische Daten und die Anzahl der Kontakte zu Hilfeeinrichtungen wurden mittels selbst entworfener Fragebögen erhoben.

Die psychische Symptomatik wurde anhand der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) [16] erfasst. Dieses reliable Selbstratinginstrument umfasst 90 Items und screent die psychische Symptomatik umfassend. Zusätzlich wird mit dem „Diagnostischen Interview für Psychische Störungen“ (DIA-X) [17] ein strukturiertes Interview als Fremdrating eingesetzt, das hinsichtlich der Achse-I-Klassifikation die Lebenszeitsymptomatik der Probanden erfasst. Posttraumatische Belastungsstörungen wurde mit der entsprechenden Sektion des „Strukturierten Klinisches Interviews für DSM IV“ (SKID) [18] erhoben, Alkoholgebrauch beziehungsweise -miss-

Zusammenfassung · Abstract

Bundesgesundheitsbl 2010 · 53:1119–1125 DOI 10.1007/s00103-010-1149-1
© Springer-Verlag 2010

S. Kluth · K. Stern · J. Trebes · H.-J. Freyberger

Psychisch kranke jugendliche und erwachsene Mütter im Vergleich. Erste Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“

Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie wurden die Daten von insgesamt 104 psychisch belasteten Müttern aus Mecklenburg-Vorpommern mit Kindern im Alter von 0 Monaten bis drei Jahren berücksichtigt. Mithilfe von Fremd- und Selbstratings wurden die psychologische Symptomatik, soziale Unterstützung, elterliche Belastung und das Verhalten der Kinder erfasst. Mittelwertvergleiche wurden bei der Auswertung genutzt, um jugendliche mit erwachsenen Müttern zu vergleichen. 46,1% der Mütter sind jugendliche Mütter. Alle Mütter weisen eine Vielzahl psychologischer Probleme auf. Während erwachsene Mütter signifikant häufiger unter Affekt- und Angststörungen leiden, sind sexueller Missbrauch und Essstörungen signifikant häufiger bei jugendlichen Müttern zu finden. Jugendliche Mütter empfinden signifikant weniger soziale Unterstützung bei mehr elterlicher Belastung als die Gruppe der erwachsenen Mütter. Die Kinder werden von beiden Subgruppen als unauffällig beschrieben. Kontakte zur Jugendhilfe oder zu Haus- beziehungsweise Kinderärzten bestehen bei über 80% der Mütter. Psychiatrische oder psychologische Hilfe hatten im Vorfeld nur 23%. Zusammenfassend zeigen die Daten eine starke Belastung beider Gruppen. Es besteht großer Bedarf für Hilfen sowohl aus dem medizinischen als auch aus dem Jugendhilfebereich.

Schlüsselwörter

Kinder psychisch kranker Eltern · Jugendliche Mütter · Soziale Unterstützung · Elterlicher Stress · Inanspruchnahme von Hilfe

A comparison of teenage and adult mothers with mental diseases. Preliminary results of the project “Chances for children of parents with mental diseases and/or addiction problems”

Abstract

This study enrolled mentally ill mothers from Mecklenburg-Vorpommern, Germany, with children between the ages of 0 and 3 years. Using different self and expert ratings, psychological symptoms, social support, parental stress, and behavior of the children were assessed. Teenage mothers and adult mothers were compared using the mean values of the data. The data of 104 mothers were included; 46.1% of the mothers were younger than 20 years of age when they gave birth. All mothers show a variety of psychological problems. While adult mothers had significantly more affective and anxiety disorders, teenage mothers had significantly more eating disorders and sexual abuse in their histories. Young mothers reported subjectively significantly less social support and more parenting stress than older mothers. The children in both subgroups are described as unremarkable. More than 80% of the mothers had at least one contact with youth welfare, a general practitioner, or a pediatrician, while only 23% used psychiatric or psychological help. The data show a high level of stress in both groups and there is a great need for support from the medical sector as well as from youth welfare.

Keywords

Child of impaired parents · Teenage pregnancy · Social support · Stress psychological · Welfare

Tab. 1 Zugangswege der Mütter zum Projekt in Prozent und absoluten Zahlen

	Anzahl in %	Absolute Anzahl
Jugendamt	17,3	18
Träger der Jugend-/Familienhilfe	51	53
Psychiatrie/Psychologie (Klinik oder niedergelassen)	12,5	13
Kinder-/Allgemeinärzte	4,8	5
Hebammen/Geburtskliniken	0,9	1
Eigenmotivation	13,5	14

brauch mit dem „Strukturierten Interview zur Genetik von Alkoholismus“ (SIGA) [19]. Ergänzend kommt mit dem „Global Assessment of Functioning“ (GAF) [20] ein Fremdbeurteilungsverfahren zum Einsatz, das das Funktionsniveau der Mütter und damit die Beeinträchtigung durch die psychischen Belastungen erfasst.

Psychische Belastungen und der Anspruch, die Elternrolle wahrzunehmen, erzeugt bei Eltern Stress. Um die psychische Belastung der Mütter durch die Elternschaft zu erheben, kam deshalb die von Berry und Jones 1995 erstmals vorgestellte „Parental Stress Scale“ (PSS) [21] zum Einsatz. Dieses Instrument erfasst mittels 18 Items sowohl positive als auch negative Zuschreibungen der Elternschaft und erhebt elterlichen Stress. Unter den Bereich der positiven Aspekte fallen emotionale Zugewinne, persönliche Weiterentwicklung und Selbstbereicherung. Als negativ werden Zusatzkosten, erhöhte Belastungen und andere Einschränkungen verstanden. Die Reliabilität der PSS beträgt 0.83 (Cronbach's Alpha), die Retest-Reliabilität 0.81.

Als wichtige Ressource gilt soziale Unterstützung. Mithilfe des Fragebogens zur sozialen Unterstützung K-14 (FSozU K14) [22] wird anhand von 14 Items erhoben, inwieweit sich die Mütter sowohl emotional als auch praktisch unterstützt und sozial integriert fühlen. Der FSozU K14 gilt mit einer Retest-Reliabilität von 0,96 und einer internen Konsistenz von 0,94 als sehr zuverlässig.

Mithilfe der „Child Behavior Checklist 11/2-5“ (CBCL 11/2-5) [23] wurde das Verhalten der Kinder betrachtet. Dieser von den Müttern ausgefüllte Fragebogen betrachtet das Verhalten der Kinder auf den Skalen externalisierendes Verhalten, internalisierendes Verhalten, Trotzverhalten, Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität, Entwicklungsprobleme, Ängstlichkeit und affektive Probleme.

Datenanalyse

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 17. Die Subgruppen („jugendliche Mütter“, „erwachsene Mütter“, „gesunde Mütter“) wurden mittels Mittelwertvergleichen auf signifikante Unterschiede geprüft. Korrelationen zwischen dem PSS und dem FSozU K14 wurden nach Pearson berechnet.

Ergebnisse

Insgesamt sind in die vorliegenden Berechnungen die Daten von 104 Müttern und ihren 137 Kindern eingegangen. Zusätzlich wurden für die Referenzgruppe 37 gesunde Mütter mit ihren 41 Kindern untersucht.

Tab. 1 gibt einen Überblick über die Zugangswege der Mütter zum Projekt. Hier zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen (p=0,84).

Die Mütter haben zum Untersuchungszeitpunkt ein Alter von durchschnittlich 24,7 Jahren, 46,1% (N=48) der Mütter sind Teenagermütter, das heißt vor dem 20. Geburtstag Mutter geworden. Die Kinder haben zum Untersuchungszeitpunkt ein durchschnittliches Alter von 15 Monaten, 65,7% der Kinder sind männlich. **Abb. 1** zeigt zudem, wie alt die Mütter bei der Geburt des ersten (nicht zwangsläufig des untersuchten) und des untersuchten Kindes waren.

62,5% (N=65) der untersuchten Mütter sind alleinerziehend, 19,2% (N=20) leben in einer festen Partnerschaft, und 18,3% (N=19) sind verheiratet. Zur finanziellen Situation geben 47,1% (N=49) an, dass diese schlecht oder sogar sehr schlecht sei. 14,4% (N=15) der Mütter geben hingegen an, dass ihre finanzielle Lage gut oder sogar sehr gut sei. 38,5% (N=40) schätzten ihre finanzielle Situation als durchschnittlich ein.

8,7% (N=9) der Mütter der Interventionsgruppen befinden sich derzeit noch in der Ausbildung (Schule oder Berufsausbildung), während 26,9% (N=28) ohne Schul- und 36,5% (N=38) ohne Berufsabschluss sind. 27,8% (N=29) der Mütter haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. 12,5% (N=13) der Mütter gehen derzeit einem Beruf nach.

In den oben genannten Skalen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Subgruppen. Allerdings gibt es einige bedeutsame Unterschiede zu den gesunden Müttern. So sind diese mit einem durchschnittlichen Alter von 25,1 Jahren zwar nicht signifikant älter, aber mit 8,1% ist bei ihnen der Anteil jugendlicher Mütter bedeutend geringer. Zudem leben sie signifikant häufiger in festen Partnerschaften oder sind verheiratet (p=0,03), und sie sind signifikant seltener ohne Berufs- oder Schulabschluss (p=0,009).

Abb. 2 zeigt die psychopathologischen Befunde der Mütter, die mittels des SCL-90-R, des DIA-X, des SIGAs und des SKIDs erhoben wurden. Beim „Global Assessment of Functioning“ (GAF) zeigen sich keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern (p=0,81), jedoch signifikante Unterschiede zur Gruppe der gesunden Mütter (p=0,007). Der t-Test ergab signifikante Unterschiede zwischen den Subgruppen hinsichtlich der sozialen Unterstützung (p=0,021, erfasst durch den FSozU K-14) und der Belastung durch das Elterndasein (p=0,018, erfasst durch die PSS). In **Abb. 3** sind die Mittelwertunterschiede für die beiden Interventionsgruppen und die Gruppe der gesunden Mütter dargestellt. Für beide Subgruppen gilt, dass gesunde Mütter sich signifikant besser unterstützt fühlen (p<0,03) und von weniger elterlicher Belastung berichten. Mit r=–0,831 ist die Korrelation zwischen sozialer Unterstützung und elterlichem Stress hoch signifikant (p=0,006).

Die Auswertungen zur Einschätzung der Kinder mittels des CBCL 1,5-5 ergibt keine signifikanten Alterseffekte (p=0,54). Auf allen Skalen liegen die Kin-

der innerhalb des Normbereichs und sind nicht auffällig. Hier zeigen sich keine Unterschiede zu den Kindern der Referenzgruppe (p=0,71).

Von Kontakten zu helfenden Einrichtungen berichten 96% der Mütter, nur 4% von ihnen hatten in den zwölf Monaten vor dem Kontakt mit der Arbeitsgruppe keinerlei Berührung mit Hilfeeinrichtungen. 64% beschreiben regelmäßige Kontakte (mindestens einmal im Monat) zu Familien- beziehungsweise Jugendhilfe oder zum Jugendamt; 82% hatten mindestens einen Kontakt zu einer dieser Einrichtungen im vergangenen Jahr. 87% hatten Kontakte im medizinischen Sektor (vor allem Kinderarzt, Hausarzt oder Hebamme). Nur 23% hatten innerhalb des letzten Jahres Kontakt zu psychiatrischen oder psychologischen Einrichtungen (Klinik, niedergelassene Psychiater oder Psychologen beziehungsweise psychologische Beratungsstellen).

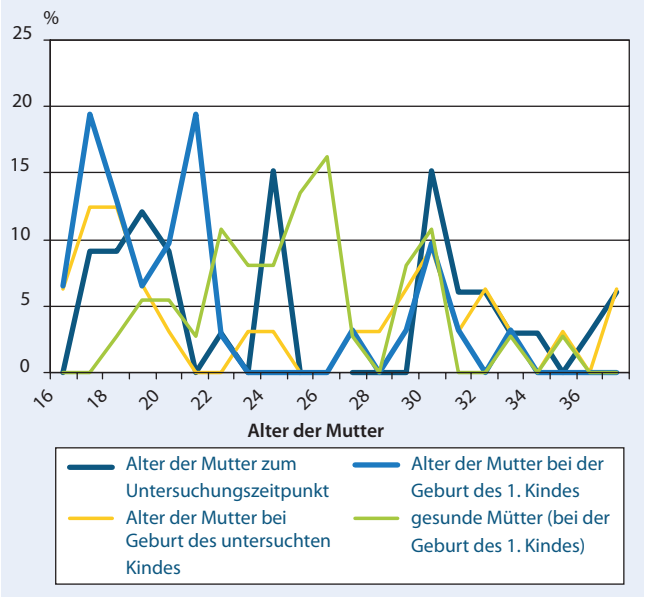

Abb. 1 ▶ Alter der Mütter bei Geburt des ersten Kindes, zum Untersuchungszeitpunkt und zum Zeitpunkt der Geburt des untersuchten Kindes

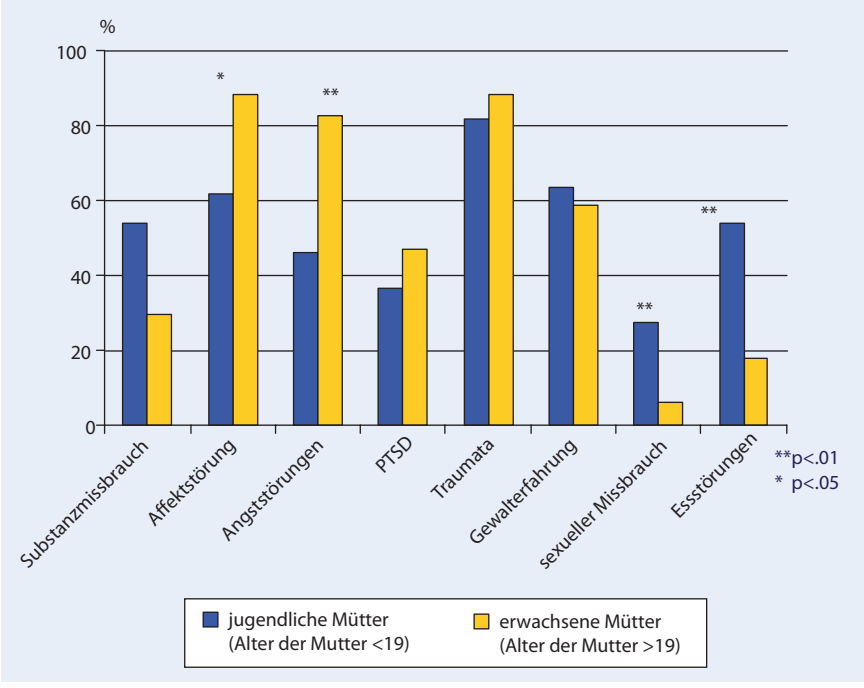

Abb. 2 ▲ Häufigkeiten psychologischer Störungen

Diskussion

Die im Modellprojekt erreichten Mütter weisen (wie in **Abb. 2** dargestellt) eine sehr hohe psychopathologische Symptomatik auf. Auffällig ist, dass Gewalterfahrungen in der eigenen Biografie in beiden Subgruppen gehäuft auftreten, dass sexueller Missbrauch aber vor allem bei den jugendlichen Müttern eine wesentliche Rolle spielt. Betrachtet man das hohe Risiko des Gewalttransfers zwischen den Generationen [7], bedeutet dies ein massives Risiko für die Kinder. Auch die häufig auftretenden Affektstörungen stellen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung der Kinder dar, da diese oft mit geringer Sensitivität der Mütter gegenüber dem Kind einhergehen [3, 9].

Verstärkend gibt es zu den hohen psychosozialen Belastungen eine fehlende wahrgenommene soziale Unterstützung. Dies bedeutet allerdings nicht, dass es keinen Kontakt zu helfenden Einrichtungen gibt. Wie gezeigt werden konnte, besteht bei den meisten der untersuchten Familien (mehr als 80%) Kontakt zum Jugendamt, zur Jugend- oder Familienhilfe, zu Hebammen und zu Kinder- beziehungsweise eigenen Hausärzten. Besonders jugendliche Mütter haben dennoch das Empfinden, ohne ausreichende soziale Unterstützung dazustehen (**Abb. 3**). Die Hilfe der verschiedenen Institutionen wird offenbar nicht als ausreichend unterstützend empfunden. Dies entspricht den Ergebnissen der Berliner Interventionsstudie [9] und denen von Szylowicki [24], die feststellten, dass „erzwungene Hilfen" weniger effizient oder sogar kontraproduktiv sind. Eine Erhöhung der Eigenmotivation, Hilfe anzunehmen, ist also eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Intervention [25].

Natürlich spielt auch das häufige Fehlen eines eigenen sozialen Netzwerkes, bestehend aus Familie und Freunden, eine nicht zu verachtende Rolle. Gerade sehr junge Mütter, die oftmals in Jugendhilfeeinrichtungen leben und kaum oder sogar keinen Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie haben, fühlen sich oft sehr isoliert. Wie gezeigt werden konnte, gibt es einen starken Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und elterlicher Belastung. Die Wahrscheinlichkeit, in eine

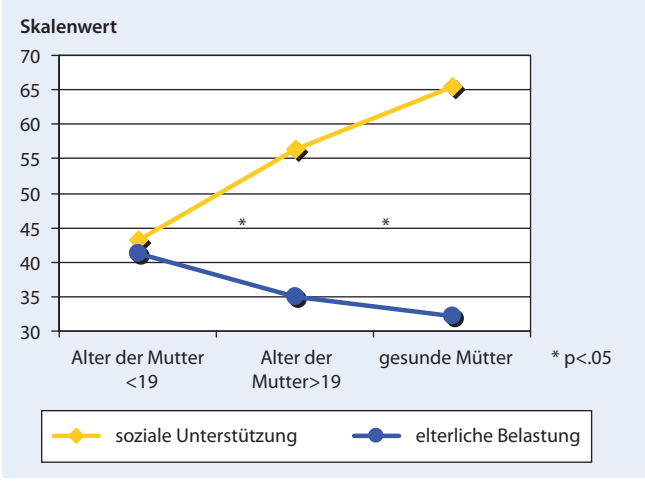

Abb. 3 ◀ Beziehung zwischen sozialer Unterstützung und elterlicher Belastung unter Einbezug des Alters der Mütter

Überforderungssituation zu kommen, steigt somit an.

Das Ausmaß der elterlichen Belastung entspricht den bisherigen diesbezüglichen Ergebnissen aus anderen Studien zu Kindern psychisch kranker Eltern [26]. Sowohl im Vergleich zu US-Normen als auch zu der von uns betrachteten Gruppe gesunder Mütter geben beide Subgruppen erhöhte (wenn auch nicht maximale Werte) für elterlichen Stress an. Dass sehr junge Mütter stärkere Belastungen empfinden als ältere, scheint unter anderem auch mit der erhöhten psychosozialen Belastung einherzugehen, die sich durch ihr Alter bedingt [10, 12, 27, 28]. Es wird weniger Unterstützung von außen wahrgenommen, die negativen Zuschreibungen steigen, während die positiven an Gewicht verlieren. Auch diese Daten unterstreichen, dass es notwendig ist, den Müttern vorhandene Hilfen so darzubieten, dass diese auch wahrgenommen werden können. Die Bedeutung der Eigenmotivation und passgenauer Intervention steigt. Das Problem liegt also weniger in fehlenden Hilfen als in den zu hohen Schwellen, diese in Anspruch zu nehmen.

Trotz der eigenen Belastung beschreiben die Mütter das Verhalten ihrer Kinder aber noch als unauffällig. In den ersten drei Lebensjahren mit der Intervention zu beginnen scheint also eine Möglichkeit darzustellen, mit Blick auf die Kinder tatsächlich präventiv zu wirken. Natürlich darf hierbei nicht vergessen werden, dass störungsbedingt die Möglichkeit besteht, dass die Probleme der Kinder von der Mutter nicht oder nicht richtig wahrgenommen werden [29]. Andererseits belegten Wang und Goldschmidt [30] sowie auch Östman und Hansson [31] in ihren Studien, dass die Eltern durchaus sensitiv für die Probleme ihrer Kinder sind und diese wahrnehmen und benennen können.

Inanspruchnahme von Hilfe ist ein Thema, das in der bisherigen Diskussion immer wieder aufkam. Wie unsere Untersuchungen zeigen, sucht nur ein Bruchteil der Mütter psychiatrische oder psychologische Unterstützung, obwohl Probleme durchaus realisiert und verbalisiert werden können. Dies entspricht den Ergebnissen zahlreicher Untersuchungen, die belegen, dass Unterstützungsmöglichkeiten entweder nicht bekannt sind oder ihnen mit Ängsten (wie der Angst vor dem Verlust des Sorgerechts) begegnet wird [25, 30, 32, 33]. Diese Studien zeigen auch, dass zwar viele Eltern professionelle Hilfe für die Kinder in Anspruch nehmen, diese aber im Jugendhilfebereich liegt. Ein Großteil der Hilfen erfolgt aber noch immer intrafamiliär [33]. Bei jugendlichen Müttern ist der familiäre Zusammenhalt oft nicht gegeben, sondern häufig durch eine schwierige Vergangenheit belastet [9]. Dies senkt wiederum das Gefühl sozialer Unterstützung.

Eine weitere Schwelle der Hilfesysteme liegt für viele Eltern in den „Komm-Strukturen" [25, 26]. Durch aufsuchende Arbeit versucht das Modellprojekt dieser Schwelle entgegenzuwirken.

Der hohe Anteil an jugendlichen Müttern der Studie ist für Mecklenburg-Vorpommern beziehungsweise den Gesamtraum Deutschland nicht repräsentativ. Er ist vor allem in den Zugangswegen zum Projekt (Jugend-/Familienhilfe in den Familien) begründet. Dennoch ist zu bedenken, dass Mecklenburg-Vorpommern in den letzten Jahren zu den drei Bundesländern mit den meisten Schwangerschaftsabbrüchen und Lebendgeburten bei minderjährigen Schwangeren gehört. Diese Thematik muss also unbedingt betrachtet werden, vor allem dann, wenn neben dem jungen Alter auch eine starke psychische Belastung vorliegt. Risikofaktoren kumulieren in diesem Fall. Da die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (vor allem in Vorpommern) aufgrund von Problemen, wie zum Beispiel schlechte Infrastrukturen et cetera, ohnehin erschwert ist [15], wird auch hier eine Schwellensenkung erforderlich.

Die hier vorliegenden ersten Daten sind grundlegend für die Entwicklung und Prüfung funktionierender Hilfemodule und niedrigschwelliger Angebote für die Region Mecklenburg-Vorpommern. Inwieweit die angebotenen niederschwelligen Interventionen tatsächlich wirken, wird die Auswertung der derzeitig noch laufenden Follow-up-Untersuchungen zeigen.

Wie die vorliegenden Daten zeigen, sollte künftig eine besondere Aufmerksamkeit auf den psychisch belasteten jugendlichen Müttern liegen, da, wie vermutet, in dieser Gruppe eine Vielzahl von Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes kumuliert vorliegt. Hier sind vor allem das hohe Risiko des Gewalttransfers, die geringe soziale Unterstützung und die hohe elterliche Belastung zu nennen. Auch wenn sich bei den sehr jungen Müttern eine höhere Problematik aufzeigt, weisen die Mütter beider Gruppen einen hohen Bedarf an Unterstützung und Hilfe sowohl aus dem Sektor der Jugendhilfe als auch aus dem der Psychologie beziehungsweise Psychiatrie auf.

Korrespondenzadresse

S. Kluth
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie,
Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
Deutschland
Ellernholzstr. 1–2, 17475 Greifswald
kluth@uni-greifswald.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Weinberg MK, Tronick EZ (1998) The impact of maternal psychiatric illness on infant development. J Clin Psychiatry (Suppl 2):53–61
2. Turmes L, Hornstein C (2007) Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status Quo. Nervenarzt 78:773–774, 776–779
3. Reck C (2007) Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 56:234–244
4. Mattejat F, Remschmidt H (2008) The children of mentally ill parents. Dtsch Arztebl Int 105:413–418
5. Fegert J, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (2009) Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Schattauer, Stuttgart New York
6. Trocme N, McPhee D, Tam KK (1995) Child abuse and neglect in Ontario: incidence and characteristics. Child Welfare 74:563–586
7. Dudeck M, Barnow S, Spitzer C et al (2006) Die Bedeutung von Persönlichkeit und sexueller Traumatisierung für forensische Patienten mit einem Sexualdelikt. Psychother Psychosom Med Psychol 56:147–153
8. Egle U, Hoffmann SO, Joraschky P (2005) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserkrankungen. Schattauer, Stuttgart New York
9. Ziegenhain U, Derksen B, Dreisörner R (2003) Frühe Elternschaft: jugendliche Mütter und ihre Kinder. Monatsschr Kinderheilkd 151:608–612
10. Nord CW, Moore KA, Morrison DR et al (1992) Consequences of teen-age parenting. J Sch Health 62:310–318
11. Crockenberg S (1987) Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. Child Dev 58:964–975
12. Field TM, Widmayer SM, Stringer S, Ignatoff E (1980) Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: an intervention and developmental follow-up. Child Dev 51:426–436
13. Ragozin A, Basham RB, Crnik KA et al (1982) Effects of maternal age on parenting role. Dev Psychol 18:627–634
14. Laue E (2007) Minderjährige Schwangerschaften in Deutschland. Statistische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten. In: Teenagerschwangerschaften international. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln, S 3–11
15. Grabe HJ, Alte D, Adam C et al (2005) Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pommerania. Psychiatrische Praxis 32:299–303
16. Franke GH (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Beltz Test, Göttingen
17. Wittchen HU, Pfister E (1997) DIA-X-Interviews: Manual für Screening Verfahren und Interview. Swets Testservice, Frankfurt
18. Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1996) Strukturierte klinisches Interviews für DSM IV (SKID) Beltz-Test, Göttingen
19. Bucholz KK, Cadoret R, Cloninger CR et al (1994) A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA. J Stud Alcohol 55:149–158
20. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (2001) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Beltz, Göttingen Bern Toronto Seattle
21. Berry J, Jones W (1995) The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. J Soc Pers Relat 12:463–472
22. Fydrich T, Sommer H, Brähler E (2007) Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (FSozU). Manual. Hogrefe, Göttingen
23. Achenbach TM (2000) CBCL 1 1/2–5 Child Behavior Checklist 1 1/2–5 – Deutsche Fassung. Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder. Hogrefe, Göttingen
24. Szylowicki A (2006) Patenschaften für Kinder psychisch Kranker. In: Schone, Wagenblass S (Hrsg) Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Juventa, Münster, S 103–107
25. Kölch M (2009) Versorgung von Kindern aus der Sicht ihrer psychisch kranken Eltern. In: Expertise im Rahmen des 13 Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jungendberichts, München
26. Kölch M, Schmid M (2008) Elterliche Belastung und Einstellung zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfe. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 57:774–788
27. Crockenberg S (1985) Professional support and care of infants by adolescent mothers in England and the United States. J Pediatr Psychol 10:413–428
28. Fürstenberg FF Jr, Brooks-Gunn J, Chase-Lansdale L (1989) Teenaged pregnancy and childbearing. Am Psychol 44:313–320
29. Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein RE et al (2007) Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. Pediatrics 119:208–218
30. Wang AR, Goldschmidt VV (1996) Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. Acta Psychiatr Scand 93:57–61
31. Ostman M, Hansson L (2002) Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37:243–248
32. Gundelfinger R (1997) Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? Kindheit Entwicklung 6:147–151
33. Hearle J, Plant K, Jenner L et al (1999) A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. Psychiatr Serv 50:1354–1356

Buchbesprechungen

Johannes W. Grüntzig, Heinz Mehlhorn

Robert Koch

Seuchenjäger und Nobelpreisträger

Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag 2010, 1087 S., 500 Abb., (ISBN 978-3-8274-2710-6), geb., 99.00 EUR

Robert Koch (1843–1910) – Deutscher Champion im Nationensprint, und Exportschlager schon zu Kaisers Zeiten, in denen er 1905 den Medizin-Nobelpreis für seine epochemachenden Entdeckungen der Erreger von Milzbrand (1876) als Provinzarzt in Wollstein (Posen), Tuberkulose (1882) als Regierungsrat im Reichsgesundheitsamt Berlin und Cholera (1884) als zum Forschungszweck in die orientalischen Choleraländer dauerbeurlaubter Hygieneprofessor der FWU Berlin erhielt.

Auch heute ist das Interesse noch ungebrochen. Das beweist dieses 3kg-schwere wundervoll illustrierte und mit viel empathischer Aufmachung, Allgemein- und Aktenkunde spannend-weitausholend geschriebene Buch.

Die Autoren setzen sich aber ein weit größeres Ziel als noch eine Biographie des Kollegen. Es werden nicht nur sämtliche Facetten seines Wirkens als Reichs-Berater in allen Gesundheitsdingen und Institutsgründer, als Organisator und Leiter von wissenschaftlich ertragreichen Expeditionen in Pest-, Malaria-, Typhus- und Schlafkrankheitsgebiete exemplarisch beschrieben, sondern auch seine Kämpfe mit renitenten Kollegen, sein allgemeines Wirken für die öffentliche Gesundheitspflege und seine und seiner Mitarbeiter weitere Forschungen zur Tuberkulose, zur Milchhygiene und zur insistierenden Entwicklung des ominösen Tuberkulins, das sich zur Diagnose segensreich, aber zur Therapie desaströs erwies.

Ein weiteres Anliegen der Biographen ist, Robert Kochs Persönlichkeit und seine diffuse Familienaffäre nach den glücklich entdeckten Archivalien ausführlich zu klären und zu retten. Jedes der sechzehn informationsstrotzenden Kapitel endet mit einem perspektivisch-summierenden rotmarkierten Fazit „Wissen kompakt".

Das Ganze ist ein langes Vergnügen zu lesen und zu betrachten, zu blättern und zu wundern.

L. Jaenicke