

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

9

HANDREICHUNG

ELTERN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN DEN FRÜHEN HILFEN

Grundlagen- und Handlungswissen

Erstellt von Prof. Dr. Albert Lenz,
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn
Gefördert vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)



HANDREICHUNG

MATERIALIEN ZU FRÜHEN HILFEN

**ELTERN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN
IN DEN FRÜHEN HILFEN**

Grundlagen- und Handlungswissen

Herausgeber: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)

Prof. Dr. Albert Lenz

INHALT

	EINLEITUNG	7
	TEIL A	
	PROBLEMLAGEN UND BELASTUNGEN DER KINDER VON ELTERN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG	10
1	VERLAUFSMERKMALE DER ELTERLICHEN ERKRANKUNG UND PSYCHOSOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN ALS RISIKOFAKTOREN	12
	1.1 Alter des Kindes bei der Erstmanifestation der elterlichen Erkrankung	13
	1.2 Interaktionsverhalten im Kontext elterlicher psychischer Erkrankung	14
	1.3 Verlauf der elterlichen Erkrankung und Komorbidität	17
	1.4 Krankheitsbewältigung in den Familien	18
	1.5 Psychosoziale Belastungsfaktoren	19
	1.6 Soziale Belastungsfaktoren	21
	1.7 Kumulation von Belastungsfaktoren	23
2	SPEZIFISCHE AUSWIRKUNGEN FÜR KINDER VON ELTERN MIT EMOTIONAL INSTABILEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN	25
	2.1 Persönlichkeitsstörungen – eine Einführung	26
	2.1.1 Allgemeine Merkmale der Persönlichkeitsstörungen	27
	2.1.2 Merkmale der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung	29
	2.2 Spezifische Belastungen und Risiken für die Kinder	31
	TEIL B	
	FRÜHINTERVENTIONSPROGRAMME FÜR ELTERN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG	38
3	METHODEN DER UNTERSUCHUNG	40
	3.1 Auswahlkriterien	41
	3.2 Systematische Literaturrecherche – Strategie der Datengewinnung und Analyse	41
4	ERGEBNISSE – DARSTELLUNG AUSGEWÄHLTER FRÜHINTERVENTIONSPROGRAMME	42
	4.1 Spezifische Frühinterventionsprogramme und Angebote für Mütter mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung	44

4.2	Krankheitsunabhängige Frühinterventionsprogramme und Angebote für psychisch erkrankte Eltern	46
4.3	Stationäre Mutter-Kind-Behandlung – ein Rooming-in-Angebot	52
4.3.1	Rooming-in – Aufrechterhaltung der Beziehungskontinuität	54
4.3.2	Versorgungssituation und Bedarf an Mutter-Kind-Behandlungsplätzen	55
5	ZUSAMMENFASSUNG DER BEFUNDE ZUR WIRKSAMKEIT VON FRÜHINTERVENTIONEN BEI KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN	57
	TEIL C	
	DIE PRAXIS: FRÜHE HILFEN UND DIE ARBEIT MIT PSYCHISCH KRANKEN ELTERN	60
6	NETZWERKE FRÜHE HILFEN	62
6.1	Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie in den Frühen Hilfen	64
6.2	Fallbezogene Kooperation bei Frühen Hilfen für Eltern mit emotional instabiler Persönlichkeit	65
6.2.1	Fallbezogene Kooperation und Partizipation	68
7	EINSCHÄTZUNG DER BELASTUNGEN UND RISIKEN IN DEN FAMILIEN	70
7.1	Screeninginstrumente zur Erfassung von Belastungen und Gefährdungsrisiken	72
7.2	Psychometrische Instrumente zur Erfassung von Belastungen und Ressourcen	74
8	ENTWICKLUNG EINER HELFENDEN BEZIEHUNG UND HALTUNG	77
8.1	Wissen über Elternschaft und psychische Erkrankung	78
8.2	Gestaltung der Beziehung zu Eltern mit einer psychischen Erkrankung	82
	FAZIT	84
	LITERATUR	88



EINLEITUNG

Psychische Erkrankungen sind keine Seltenheit, sondern kommen in der Gesamtbevölkerung häufig vor. Sie gehören nach dem Bundesgesundheitsurvey (BGS) zu den häufigsten Erkrankungen insgesamt. Man kann davon ausgehen, dass in Deutschland 31,1% der Erwachsenen im Laufe eines Jahres unter einer psychischen Störung leiden (Jacobi 2009). Die Häufigkeitsrate unter Frauen beträgt 37 % und fällt damit wesentlich höher aus als unter den Männern mit 25,3% (Lenz 2014). Diese Raten entsprechen denen, die in vergleichbaren internationalen Studien gefunden wurden. Es ist also davon auszugehen, dass ein Viertel bis ein Drittel der Erwachsenen im Verlaufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllen. Zudem weisen etwa 39% der Personen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, mehr als eine psychische Störung auf (Lenz 2014). Die häufigsten Störungen sind Angststörungen (14,5%), affektive Störungen, vor allem Depressionen (11,9%), somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden, für die keine hinreichenden organischen Ursachen gefunden werden können (11%), Störungen durch psychotrope Substanzen, vor allem Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit (4,5%), und psychotische Störungen (2,6%). Hinzu kommen Persönlichkeitsstörungen wie die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung). Sie treten häufig komorbid mit anderen Störungen, wie z. B. Depressionen, Angststörungen, substanzinduzierten Störungen, Essstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen auf, die in aller Regel den Anlass für eine Behandlung darstellen. In der Allgemeinbevölkerung kann bei Persönlichkeitsstörungen von einer Prävalenzrate (unbehandelte Prävalenz) von ca. 4 bis 10% und in klinischen Populationen sogar von bis zu 40% (behandelte Prävalenz) ausgegangen werden (Zanarini/Hörz 2011).

Aus angloamerikanischen Studien wissen wir, dass psychisch kranke Menschen im Durchschnitt genauso häufig Kinder haben wie psychisch gesunde (Lenz 2014). Bezogen auf den stationären psychiatrischen Versorgungsbereich kommen im deutschsprachigen Raum mehrere Studien übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass ca. 30%

der mit schweren psychischen Erkrankungen behandelten Patientinnen und Patienten Eltern von minderjährigen Kindern sind (Schmid u. a. 2008). Der überwiegende Teil der Erkrankten lebt zudem mit ihren minderjährigen Kindern zusammen. Hierbei kann ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden. So zeigte sich in einer Studie von Lenz (2005), dass 60% der erkrankten Väter und ca. 77% der erkrankten Mütter mit ihren minderjährigen Kindern im selben Haushalt wohnten. Betrachtet man die Diagnosen, so wird deutlich, dass unter den erkrankten Eltern mit Kindern unter 18 Jahren alle großen Diagnosegruppen vertreten sind. Am häufigsten kamen affektive Störungen (ca. 36%), Persönlichkeitsstörungen (ca. 26%) und psychotische Erkrankungen (ca. 23%) vor. Menschen mit einer emotional instabilen (Borderline-Persönlichkeitsstörung) oder einer anderen Persönlichkeitsstörung sind also in etwa genauso häufig Eltern wie affektiv erkrankte oder psychotisch erkrankte Menschen. Diese Ergebnisse konnten auch in Stichtagserhebungen an vier psychiatrischen Kliniken bestätigt werden (Kölch/Schmid 2008).

Beschränkt man sich nicht auf die stationäre Psychiatrie, sondern bezieht noch zusätzlich den gesamten psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich mit ein, so dürfte die Elternschaftsrate bei psychisch erkrankten Menschen vermutlich wesentlich höher liegen. Erste empirisch fundierte Hinweise dafür liefert die Auswertung von Basisdokumentationsdaten dreier großer Fachkliniken für Psychotherapie und Psychosomatik mit einem Akut- und Reha-Bereich im Zeitraum von 2008 bis Mitte 2012 (Christiansen, unveröffentlicht). Es zeigte sich, dass in allen drei Kliniken 60–70% der Patientinnen und Patienten Kinder hatten. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten hatten ein bis zwei Kinder, 20–30% aber auch drei Kinder und mehr. 50–97% der Kinder lebten bei den Eltern in einem gemeinsamen Haushalt. Angststörungen und Depression waren die häufigsten Störungen, unter denen diese Eltern litten. Lediglich bei den Patientinnen und Patienten mit Essstörungen hatte die überwiegende Mehrzahl (80%) keine Kinder.

Verlässliche Daten, die Aufschluss über die tatsächliche Zahl der Kinder geben, die bei psychisch erkrankten Eltern aufwachsen, liegen bislang nicht vor. Wir sind daher auf Schätzungen angewiesen. Eine plausible Schätzung hat Mattejat (2014) vorgenommen. Er geht in seiner Hochrechnung von den epidemiologischen Daten aus der Allgemeinbevölkerung aus und nimmt in seiner Abschätzung konservativ an, dass im Verlauf eines Jahres 15% der Bevölkerung unter einer psychischen Störung leidet. Geht man weiter davon aus, dass psychisch kranke Menschen im Durchschnitt etwa genauso häufig Kinder haben wie psychisch gesunde Menschen, kommt Mattejat auf etwa drei Millionen Kinder, die im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung erleben. Bei Berücksichtigung der stationären Versorgungsdaten – in Deutschland gibt es etwa 56.000 Betten in psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen – kann nach Mattejat von ca. 175.000 Kindern ausgegangen werden, die im Verlauf eines Jahres die Erfahrung machen, dass ein Elternteil stationär psychiatrisch behandelt wird.

Das erhöhte Risiko der Kinder, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, und die Belastungen, die sich für die Kinder durch das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil ergeben, konnten in zahlreichen Studien aufgezeigt werden. Dabei zeigte sich, dass ein sehr junges Alter der Kinder bei der Erstmanifestation der Erkrankung ihrer Eltern einen wesentlichen Risikofaktor darstellt, da die elterliche Erkrankung einen maßgeblichen Einfluss auf die Beziehungs- und Erziehungs-kompetenzen hat.

Die Häufigkeiten von psychischen Erkrankungen von Eltern sowie die Auswirkungen auf die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder machen die Relevanz des Themas »Kinder psychisch kranker Eltern« für die Frühen Hilfen deutlich. Bislang werden Eltern mit einer psychischen Erkrankung noch nicht mit spezifischen Angeboten im Rahmen der Frühen Hilfen angesprochen. Aus diesem Grund hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) diese Handreichung in Auftrag gegeben.

Die belastenden Lebenssituationen und Problemlagen der Familien sind vielschichtig und reichen von sehr junger Elternschaft, Alleinerziehung, Armut, geringer Bildung, finanziellen Problemen, chronischer Disharmonie

in der Partnerschaft und Gewalt in der Familie, kindlicher Entwicklungsverzögerung oder Behinderung bis hin zur belasteten Biografie und psychischen Erkrankung der Eltern. Die elterliche psychische Erkrankung ist mit multiplen Belastungen und spezifischen Problemen verknüpft, die das Entwicklungs- und Gefährdungsrisiko für die Kinder in einer besonderen Weise erhöhen.

Um psychisch erkrankte Eltern mit ihren jungen Kindern frühzeitig und ohne Stigmatisierung zu erreichen und ihnen passgenaue Hilfen anbieten zu können, ist es erforderlich, die spezifischen Problemlagen der erkrankten Eltern bzw. die vielfältigen Belastungen für die Familien und deren Auswirkungen auf die Kinder zu kennen.

Die Veröffentlichung informiert über psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Kinder sowie über die Betreuung von psychisch erkrankten Eltern. Exemplarisch wird dabei die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) in den Fokus gerückt, da gerade diese Persönlichkeitsstörung massive Auswirkungen auf die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder haben kann.

Ziel war, ...

1. den internationalen Forschungsstand zu Präventionsmöglichkeiten und zu den Wirkungen von Programmen für Eltern mit einer psychischen Erkrankung, speziell auch mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung aufzubereiten,
2. die Konzepte zur Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern als Übersicht zusammenzustellen und
3. so Unterstützung und Impulse für die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern im Kontext der Frühen Hilfen zu geben.

Aufbau der Handreichung

Frühe Hilfen richten sich an alle werdenden Eltern mit Kindern bis zu drei Jahren, um den Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe zu sichern (NZFH 2014). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in belastenden Lebenssituationen. Sie tragen dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden.

Im ersten Teil der Veröffentlichung wird ein Überblick über den Forschungsstand zu den Problemlagen bzw. Belastungen der Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung gegeben. Ausgehend von den Belastungen, denen Kinder unabhängig vom jeweiligen elterlichen Störungsbild ausgesetzt sind, werden die Merkmale der Persönlichkeitsstörungen und ihre spezifischen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter dargestellt.

Im zweiten Teil werden die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche zu internationalen Frühinterventionsprogrammen für Eltern mit einer psychischen Erkrankung und zu den Wirksamkeitsbefunden von Frühinterventionen vorgestellt.

Auf der Grundlage des Forschungsstandes zu den Problemlagen und Belastungen der Kinder und den Ergebnissen der Literaturrecherche zu den Frühinterventionen werden Ansatzpunkte und Empfehlungen für die Arbeit in den Frühen Hilfen mit Eltern mit einer psychischen Erkrankung und insbesondere einer emotional instabilen Persönlichkeit entwickelt.

A

PROBLEMLAGEN UND BELASTUNGEN DER KINDER VON ELTERN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

- 1. VERLAUFSMERKMALE DER ELTERLICHEN ERKRANKUNG
UND PSYCHOSOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN ALS
RISIKOFAKTOREN**
- 2. SPEZIFISCHE AUSWIRKUNGEN FÜR KINDER VON ELTERN
MIT EMOTIONAL INSTABILEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN**

Kinder psychisch kranker Eltern haben im Vergleich zu Kindern aus der Allgemeinbevölkerung generell ein deutlich erhöhtes Entwicklungs- sowie Gefährdungsrisiko. Sie bilden somit eine besondere Risikogruppe (Grube/Dorn 2007; Jeske u. a. 2009; Wiegand-Grefe u. a. 2009). Studien zeigen beispielsweise, dass Kinder, die psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden, häufig aus Familien stammen, in denen ein Elternteil oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind. So ergab eine Datenerhebung an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Marburg, die über vier Jahre durchgeführt wurde und in die alle stationär behandelten Kinder und Jugendlichen einbezogen waren, dass etwa die Hälfte der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil lebt. Am häufigsten wurden bei diesen Kindern substanzbezogene Störungen (ca. 20%), neurotische und somatoforme Störungen (ca. 13%) sowie affektive Störungen (ca. 12%) festgestellt. Vor allem bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens wurden hohe Morbiditätsraten für psychische Störungen bei den Eltern gefunden (Mattejat/Remschmidt 2008).

Den Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Erkrankung und dem Auftreten einer psychischen Störung bei ihren Kindern untersuchten Rutter und Quinton bereits in den 1970er-Jahren. In der auf vier Jahre angelegten prospektiven Prävalenzstudie, in die 137 Familien mit einem Elternteil, der sich in psychiatrischer Behandlung befand, und insgesamt 292 Kinder einbezogen waren, kamen Rutter und Quinton (1984) zu dem Ergebnis, dass während des Untersuchungszeitraums ein Drittel der Kinder anhaltende psychische Störungen entwickelte. Bei einem weiteren Drittel traten vorübergehende Störungen auf, während das restliche Drittel keine klinisch relevanten emotionalen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten aufwies. Rutter und Quinton stellten darüber hinaus fest, dass Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu den Kindern der Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen die höchsten Auffälligkeitsraten und Entwicklungsrisiken zeigten. Die Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen stellen eine besondere Risikogruppe dar. Dieser Befund konnte in nachfolgenden Studien bestätigt werden (Vostanis u. a. 2006).

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der mittlerweile klassischen Studie von Rutter und Quinton war, dass die Hauptrisikofaktoren für die Kinder nicht in der Art der

psychischen Erkrankung des Elternteils an sich liegen. Vielmehr stehen sie in enger Verbindung mit Verlaufsmarkmalen der Erkrankung und mit der Erkrankung einhergehenden psychosozialen und sozialen Belastungsfaktoren. Auch dieser Befund ist inzwischen durch eine Reihe anderer Studien empirisch gut belegt (Hammen u. a. 2004; Wiegand-Grefe 2010; Mattejat 2014). Die vorhandenen Befunde verweisen darauf, dass elterliche psychische Erkrankungen, wie z. B. eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, recht unterschiedliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben können. Diese sind jeweils abhängig vom Alter des Kindes bei der Erstmanifestation der elterlichen Erkrankung, dem Schweregrad oder der Chronizität der elterlichen Erkrankung und der Art der familiären Krankheitsbewältigung sowie der quantitativen und qualitativen Ausprägung psychosozialer Belastungen und individueller Faktoren des Kindes (Gottesman u. a. 2010).

Wie die Bindungsforschung zeigen konnte, kann die Interaktion und Kommunikation (»Parenting«) zwischen Mutter (Eltern) und Kind den zentralen »Übertragungsweg« der elterlichen psychischen Erkrankung und der damit verbundenen Belastungen auf das Kind bilden (vgl. Murray u. a. 2003; Reck u. a. 2008).

1

VERLAUFSMERKMALE DER ELTERLICHEN ERKRANKUNG UND PSYCHOSOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN ALS RISIKOFAKTOREN

- 13** 1.1 Alter des Kindes bei der Erstmanifestation der elterlichen Erkrankung
- 14** 1.2 Interaktionsverhalten im Kontext elterlicher psychischer Erkrankung
- 17** 1.3 Verlauf der elterlichen Erkrankung und Komorbidität
- 18** 1.4 Krankheitsbewältigung in den Familien
- 19** 1.5 Psychosoziale Belastungsfaktoren
- 21** 1.6 Soziale Belastungsfaktoren
- 23** 1.7 Kumulation von Belastungsfaktoren

1.1 ALTER DES KINDES BEI DER ERSTMANIFESTATION DER ELTERLICHEN ERKRANKUNG

Das Gehirn weist im Säuglings- und Kleinkindalter eine erhöhte Plastizität auf, die es in seiner neuroanatomischen Entwicklung besonders anfällig für emotionale und psychosoziale Belastungen macht. Die psychische Erkrankung der Mutter kann so den weiteren Entwicklungsverlauf nachhaltig bestimmen (Petermann u. a. 2008).

Postpartale Erkrankung der Mutter

Säuglinge können von einer postpartalen Erkrankung der Mütter betroffen sein. Alle schweren und längerdauernden psychischen Erkrankungen, die in den ersten beiden Jahren nach Entbindung auftreten, werden als postpartale Erkrankung bezeichnet. Postpartale Erkrankungen sind heterogene Krankheitsbilder. Studien zeigen beispielsweise, dass im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes ca. 6% bis 12% aller Frauen an einer Depression erkranken (Akman u. a. 2007; Reck u. a. 2008). Viele Frauen erkranken in dieser Lebensphase zum ersten Mal. Im Vergleich dazu wird die Prävalenz einer nach der Geburt auftretenden schizophrenen Erkrankung auf 19 von 1.000 Geburten (1,9%) geschätzt, mit einer Neuerkrankungsrate von 3 von 1.000 Geburten (0,3%) (Tschinkel u. a. 2006). Persönlichkeitsstörungen – insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen – wurden in einer schwedischen Studie bei über 6% aller erstgebärenden Frauen diagnostiziert (Börjesson u. a. 2005).

Die postpartalen Erkrankungen unterscheiden sich im Verlauf nicht von psychischen Erkrankungen, die zu einem anderen Zeitpunkt auftreten. Entscheidend für den besonderen Stellenwert der postpartalen Störungen sind die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung. Durch postpartale psychische Erkrankungen ist die emotionale Komponente der Mutter-Kind-Beziehung, d. h. die mütterliche Bindung an das

Kind, häufig gestört. Eine postpartale Bindungsstörung (Brockington 2004; Brockington u. a. 2006) beinhaltet spezifische emotionale Qualitäten, die meist plötzlich und oft direkt nach der Geburt einsetzen.

Emotionale Qualitäten bei postpartaler Bindungsstörung

- Gefühllosigkeit und Mangel an Empathie
- Angst bei der Versorgung des Kindes, die dazu führen kann, dass die Mutter sich aus der alltäglichen Betreuung zurückzieht oder nur noch mit Widerwillen oder Überwindung die Versorgung leistet
- Entfremdung vom Kind, Ablehnung und Indifferenz dem Kind gegenüber, das sie nicht lieben kann
- Ärger, Feindseligkeit, Wut und Hass auf das Kind, ggf. verbunden mit Impulsen, sich des Kindes zu entledigen oder es zu schädigen

Die Bindungsstörungen in der Postpartalzeit wurden bislang überwiegend bei Depressionen untersucht. In einer Studie konnte aufgezeigt werden, dass zwei Wochen nach der Geburt depressive Mütter signifikant häufiger eine verzögerte Bindung hatten (Reck u. a. 2008). In einer Verlaufsstudie wurde deutlich, dass eine in der frühen Postpartalzeit einsetzende Bindungsauffälligkeit selbst bei leicht depressiven Müttern die emotionale Beziehung zum Kind ein Jahr lang beeinträchtigen kann.

Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Interaktion

Durch die gestörte mütterliche Bindung sind der Umgang mit dem Kind und damit der Aufbau einer adäquaten Mutter-Kind-Interaktion beeinträchtigt. In der Bindungsforschung herrscht Einigkeit darüber, dass die elterliche

Feinfühligkeit in der Interaktion die Schlüsselvariable für die Entwicklung einer sicheren Bindung darstellt (Grossmann/Grossmann 2006). Eine sichere Bindung ist ein zentraler Schutzfaktor für die spätere Entwicklung der Kinder. Ein sicherer »Hafen« vermittelt Kindern die erforderliche Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und stärkt Selbstwirksamkeit und Selbstbewusstsein (Sroufe u. a. 2005; Moran u. a. 2008).

Durch die Erkrankung ist die Beziehungsaufnahme zwischen Mutter und Kind erschwert. Die erkrankten Mütter verfügen häufig lediglich über ein emotional eingegrenzt kommunikatives Repertoire, das durch geringe Responsivität, wenig emotionale Beteiligung und vermehrt negative Gefühle und Feindseligkeiten gekennzeichnet ist. Sie sind emotional, kognitiv und/oder verhaltensbezogen gehemmt oder blockiert darin, kindliche Bedürfnisse zu erkennen und angemessen sensitiv zu beantworten (Murray u. a. 2003; Ramsauer u. a. 2011). Insbesondere bei Müttern mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ist zudem häufig die »Mentalisierungsfähigkeit« eingeschränkt (Buchheim 2011), d. h. die mentale Fähigkeit, Wünsche, Motive, Bedürfnisse, Gedanken und Gefühle bei sich und dem Kind im Kontext der Bindungsbeziehung wahrzunehmen, anzuerkennen und durch Handlung, Gestik, Wort und Spiel zu kommunizieren und zu beantworten. Diese Mentalisierungsfähigkeit bildet die grundlegende Voraussetzung für die mütterliche Feinfühligkeit und die intuitiven kommunikativen Kompetenzen und damit auch für die Entwicklung von Bindungssicherheit, Selbstregulation und psychischer Gesundheit beim Kind (Fonagy u. a. 2008; siehe auch Kapitel 2.2).

1.2 INTERAKTIONSVERHALTEN IM KONTEXT ELTERLICHER PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Eine Reihe von Studien hat insbesondere die Interaktion zwischen psychisch kranken Müttern und ihren Kindern untersucht (Laucht u. a. 1992; Deneke/Lüders 2003; Deneke/Lucas 2008; Reck 2012). Übereinstimmend kommen die Studien zu dem Ergebnis, dass die Interaktionsmuster nicht krankheitsspezifisch sind, aber teilweise bei einzelnen Krankheitsbildern gehäuft vorkommen können. In Studien wurde das Interaktionsverhalten psychisch kranker Mütter mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen untersucht: Depressionen, Psychosen, Angststörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Dabei wurde in Videosequenzen eine beliebige Interaktion zwischen der erkrankten Mutter und dem Kind (bis zu einem Alter von zwei Jahren) analysiert und ausgewertet. Herangezogen wurden Merkmale wie Mimik, Stimme, Körperhaltung und -kontakt und Affektivität sowie die Qualität der Interaktion hinsichtlich Gegenseitigkeit, Kontingenz, Kontrolle und entwicklungs-gemäßer Angemessenheit der Reaktionen (Ziegenhain/Deneke 2014).

Neben unauffälligen Interaktionen – d. h. die psychisch erkrankten Mütter waren in der Lage, auf die Signale des Kindes angemessen zu reagieren, auf die Bedürfnisse einzugehen und intuitive kommunikative Fähigkeiten zu zeigen – konnten krankheitsunspezifische Besonderheiten in der Interaktion beobachtet werden. Diese lassen sich idealtypisch in drei Muster unterteilen, welche auch in anderen Studien gefunden wurden (Deneke/Lucas 2008): Unterstimulation, Überstimulation und stark wechselnde Interaktionsmuster.

Interaktionsmuster psychisch erkrankter Mütter

- Unterstimulation
 - Überstimulation
 - stark wechselnde Interaktionsmuster
-

• Unterstimulation

Mit Unterstimulation ist ein Interaktionsmuster gemeint, das durch mangelnde Responsivität gekennzeichnet ist. Die erkrankten Mütter können die Signale ihrer Kinder nicht oder nur verzögert wahrnehmen und reagieren auf diese nicht oder nicht kontingent. Aufseiten der Kinder führt dieses Verhalten zunächst zu verstärkten Bemühungen um Aufmerksamkeit und später – je nach Temperament und Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings – zu Unruhe und zu dysregulierten Verhaltensweisen wie Schreien oder aber auch zu Abwenden und Rückzug in eine passive und depressive Haltung. Das Kind erhält durch die unterstimulierende Form der Interaktion nicht ausreichend Entwicklungsanreize und ist dadurch nicht in der Lage, seine Aufmerksamkeit auf Umweltreize zu fokussieren. Als Folgen von Unterstimulation konnten häufig Regulations- und Gedeihstörungen sowie kognitive und sozial-emotionale Entwicklungsverzögerungen beobachtet werden. Zu einer Unterstimulation des Kindes in Form von elterlicher emotionaler Unerreichbarkeit kann es bei Depression, Schizophrenie mit Negativsymptomatik und schweren körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen kommen.

• Überstimulation

Bei einer Überstimulation werden die Signale und Bedürfnisse des Kindes ebenfalls nicht ausreichend wahrgenommen; vielmehr werden sie übergangen. Die Mütter versuchen, das Kind übermäßig stark anzuregen und zu Reaktionen herauszufordern, wobei allerdings mehr die eigenen Wünsche und Bedürfnisse der Eltern die Auslöser bzw. Anlässe darstellen. Die Kinder reagieren auf das Interaktionsverhalten unterschiedlich. Wenn das Verhalten der Mütter nicht aggressiv gefärbt ist, wenden sich die Kinder meist ab und verfallen eher in eine passive Haltung, was von den Eltern als Wunsch nach mehr Stimulation interpretiert wird. Besitzt das Verhalten der Mütter eine aggressive Färbung, reagieren die Kinder je nach Intensität entweder mit Protest und körperlicher Abwehr oder angstvoller Erstarrung. Abhängig von der emotionalen Färbung des überstimulierenden Interaktionsverhaltens kann sich bei den betroffenen Kindern später aus dem erzwungenen Gehorsam und der daraus resultierenden Anpassung oder aus Protest und Abwehr ein Wunsch nach Kontrolle und zwanghafter Fürsorglichkeit oder ein Hang zu offenen, aggressiven Machtkämpfen entwi-

ckeln. Überstimulation des Kindes wurde insbesondere bei agitierter Depression, Manie, Angststörungen sowie bei schizophrenen Psychosen, insbesondere mit Positivsymptomatik, und Borderline-Persönlichkeitsstörungen gefunden.

• Stark wechselnde Interaktionsmuster

Das Interaktionsmuster kann zwischen Unterstimulation und Überstimulation schwanken. Die verminderte Responsivität kann sich darin zeigen, dass die Mutter für positive Signale des Kindes besonders schwer erreichbar ist. Das Kind wird sich daher verstärkt um Zuwendung der Mutter bemühen und gerät auf diese Weise in eine Parentifizierung (siehe Kapitel 1.5). Die verminderte Responsivität kann sich aber auch darin zeigen, dass die Mutter verstärkt für negative Signale des Kindes erreichbar ist. Dadurch kann es zur Entwicklung einer chronifizierten negativen Interaktion zwischen Mutter und Kind kommen, die von Feindseligkeit, Kontrolle und Aggressivität geprägt ist. Solche Interaktionsmuster lassen sich bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Psychosen und bipolaren Störungen häufig beobachten.

Transgenerationale Weitergabe von Bindungsmustern

Belastend kommt hinzu, dass psychisch erkrankte Mütter gehäuft eigene unsichere oder desorganisierte Bindungsrepräsentationen aufweisen, die wiederum die Bindungsqualität der Kinder beeinflussen (Schechter u. a. 2005). Das heißt, sicher gebundene Mütter haben häufiger auch sicher gebundene Kinder und Mütter mit unsicheren, desorganisierten eigenen Bindungserfahrungen in der Kindheit haben auch eher Kinder mit unsicheren oder desorganisierten Bindungsmustern. Die Bindungsdisposition von Mutter und Kind weist eine Übereinstimmung von bis zu 85% auf (Buchheim 2016). Die Verknüpfung zwischen der Organisation und Qualität der elterlichen Bindungserfahrungen und dem kindlichen Bindungsstatus wird als »Intergenerationale Transmission« der Bindung bezeichnet.

Folgen der elterlichen psychischen Erkrankung für die Kinder

Die Kinder psychisch erkrankter Mütter haben ein erhöhtes Risiko hochunsichere bzw. desorganisierte Bindungsmuster zu entwickeln (Hipwell/Kumar 2000; Fearon u. a. 2010). Diese Bindungsmuster sind dann ausgeprägt, wenn das elterliche Fürsorgeverhalten zusätzlich entweder von furchterregenden Verhaltensweisen, wie Misshandlung und Vernachlässigung, oder von furchtsamen Verhaltensweisen, wie Zeichen von Angst und Rückzug, charakterisiert ist (Wai Wan/Green 2009). Hochunsichere Bindungsmuster lassen sich in Verhaltensweisen wie anhaltendem Weinen, motorischer Unruhe, Blick- und Kopfabwendung, körperlicher Anhänglichkeit und mangelndem Freudeausdruck im Beisein der Mutter beobachten. Desorganisierte bzw. desorientierte Verhaltensweisen sind gekennzeichnet durch widersprüchliche Verhaltenstendenzen wie ängstliches Schwanken zwischen Erkunden der Umwelt und der Suche nach Nähe, zeitlich unkoordinierte oder verlangsamte Bewegungen sowie körperliches oder mimisch erstarrtes »Einfrieren« des Kindes gegenüber der Mutter.

Wenn die Beziehungsaufnahme aufgrund der Erkrankung erschwert ist und die Mütter nur eingeschränkt in der Lage sind, auf die Bedürfnisse und Signale der Kinder einzugehen, kann der Erwerb selbstregulatorischer Fähigkeiten der Kinder gestört werden. Dies erhöht das Risiko für frühkindliche Regulationsstörungen und die Wahrscheinlichkeit für spätere Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen. Die Säuglinge und Kleinkinder sind leicht irritierbar, schreien häufig und lassen sich nicht beruhigen. Sie verhalten sich zugleich zurückgezogen und reagieren kaum auf Ansprache oder interaktive Spiele. Studien zeigen, dass Säuglinge und Kleinkinder mit einer postpartal erkrankten Mutter im Vorschul- und Grundschulalter ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten sowie kognitive und funktionale Beeinträchtigungen zeigen (Laucht u. a. 2002). Ein Teil der Kinder entwickelt auch internalisierende Störungen, wie z. B. Angststörungen und Depressionen. Den Kindern stehen zudem häufig keine angemessenen Strategien für den Umgang mit belastenden Emotionen zur Verfügung. Solche Störungen in der Emotionsregulation können langfristig die soziale Integration in Kindergarten und Schule gefährden, besonders dann,

wenn die Regulationsstörung mit aggressivem Verhalten einhergeht (Moffit u. a. 2008).

Neuere Studien weisen darauf hin, dass sich die väterliche Erkrankung ebenfalls bedeutsam auf die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung der Kinder auswirken kann (Ramchandani/Psychogiou 2010). In einer prospektiven Studie wurden die Auswirkungen der väterlichen Depression in der postnatalen Phase auf die Kinder im Alter von drei Jahren untersucht. Die betroffenen Kinder zeigten vermehrte emotionale Störungen und Verhaltensprobleme. Insbesondere Jungen von depressiv erkrankten Vätern haben ein erhöhtes Risiko, emotionale Störungen und Verhaltensprobleme zu entwickeln. Ein Zusammenhang zwischen einer väterlichen depressiven Störung in der Postpartalzeit und psychischen Auffälligkeiten der Kinder konnte unabhängig von einer mütterlichen psychischen Erkrankung festgestellt werden. Die vorliegenden Befunde zeigen auch, dass eine väterliche depressive Erkrankung langfristige und anhaltende Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder hat. So weisen Kinder depressiv erkrankter Väter in der Adoleszenz ein erhöhtes Risiko insbesondere für Depressionen und suizidales Verhalten auf (Ramchandani u. a. 2008).

1.3 VERLAUF DER ELTERLICHEN ERKRANKUNG UND KOMORBIDITÄT

Krankheitsverlauf und Beeinträchtigungen des Kindes

Eine Reihe von Studien kommt zu dem Ergebnis, dass die Beeinträchtigungen und das Erkrankungsrisiko bei den Kindern umso größer sind, je länger eine elterliche Erkrankung dauert, je mehr Krankheitsepisoden bisher vorkamen und je schwerer die elterliche Störung ausgeprägt ist (Hammen u. a. 2004; Gottesman u. a. 2010; Wiegand-Grefe u. a. 2010). So konnte aufgezeigt werden, dass der Schweregrad (Anzahl der Behandlungen und Suizidversuche) und die Chronizität (Dauer und Anzahl der depressiven Episoden) der elterlichen depressiven Erkrankung mit einer signifikant größeren Beeinträchtigung der Anpassungsfunktionen und dem erhöhten Auftreten von psychischen Störungen und Gefährdungen bei den Kindern einhergehen.

Die Studien weisen darauf hin, dass negative Verlaufsmkmale der elterlichen Erkrankung, wie Schweregrad, Chronizität und Rückfallhäufigkeit, deswegen das kindliche Entwicklungs- und Gefährdungsrisiko erhöhen, weil damit häufig eine Reihe von sozialen Belastungsfaktoren, wie z. B. Armut, Arbeitslosigkeit oder beengte Wohnverhältnisse einhergehen, die sich negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken (siehe Kapitel 1.6).

Komorbidität und Beeinträchtigungen des Kindes

Komorbidität (Bezeichnung für psychische Störungen, die neben einer anderen, primären Störung vorhanden sind, z. B. Depression und Alkoholabhängigkeit) verstärkt den Problemdruck der Eltern, führt zu größerer sozialer Beeinträchtigung und hat häufiger eine Hospitalisierung sowie familiäre und soziale Belastungen zur Folge.

Eine Reihe von Studien kommt zu dem Ergebnis, dass Kinder von Eltern mit komorbiden Störungen im Vergleich zu Kontrollkindern höheren Belastungen ausgesetzt sind. Carter u. a. (2001) beobachteten bei depressiv erkrankten Müttern mit komorbiden (Angst-, Sucht- oder Ess-)Störungen eine geringere emotionale

Erreichbarkeit für ihre Kinder von vier Monaten als bei depressiv erkrankten oder gesunden Müttern.

Abela u. a. (2005) haben 6- bis 14-jährige Kinder depressiv erkrankter Eltern mit Kindern verglichen, bei deren Eltern zusätzlich zur depressiven Störung eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Es zeigte sich, dass die Kinder der komorbid erkrankten Eltern mehr unter aktuellen depressiven Symptomen litten und häufiger eine klinisch relevante depressive Störung aufwiesen als Kinder depressiv erkrankter Eltern.

Einige Studien konnten zusätzliche Belastungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen bei Kindern feststellen, wenn bei den Eltern Persönlichkeitsstörungen komorbid vorlagen. So zeigten sich beispielsweise bei den 10- bis 12-jährigen Kindern von Vätern mit Störungen durch Substanzkonsum und komorbiden dissozialen Persönlichkeitsstörungen mehr psychische Auffälligkeiten als bei Kindern von Vätern mit substanzbedingten Störungen ohne Persönlichkeitsstörungen und Kindern gesunder Väter (Moss u. a. 2002).

1.4 KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG IN DEN FAMILIEN

Von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils sind alle Familienmitglieder in irgendeiner Weise betroffen. Die Belastungen der erkrankten Person werden direkt oder indirekt zur Belastung für das Gesamtsystem. Auf die Kinder wirken bei einer psychischen Erkrankung eines Elternteils zahlreiche Stressoren ein, die außerhalb ihrer Kontrollmöglichkeiten liegen. Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter sind völlig abhängig von der Art und Angemessenheit der Krankheitsbewältigung durch den erkrankten Elternteil und die Personen im familiären und nahen sozialen Umfeld (Lenz 2014; Mattejat 2014).

Belastungsquellen für das Kind

Der Umgang der Eltern mit der Krankheit stellt für die Kinder dann eine zusätzliche Belastungsquelle dar, wenn ...

1. Tabuisierung, Verleugnung, Fatalismus oder Überbewertung im Umgang mit der Krankheit dominieren. Insbesondere die Tabuisierung und Verleugnung der Erkrankung in der Familie wirken sich negativ auf die emotionale Befindlichkeit der Kinder aus. Auf Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter wirkt sich auch besonders belastend ein emotional aufgeladenes Familienklima aus, bei dem die familiären Interaktionen aggressiv gefärbt und von Kritik, Vorwürfen, Verletzungen und Feindseligkeit geprägt sind;
2. die lebenspraktische familiäre Organisation und die Aufgabenverteilungen nicht gelingen sowie informelle Hilfsmöglichkeiten nicht genutzt und das soziale Netzwerk als Unterstützungssystem und Puffer in Krisen nicht ausreichend zur Verfügung steht oder nicht mobilisiert werden kann;
3. professionelle Hilfen nicht in Anspruch genommen werden und mit den Institutionen des Gesundheitssystems, der Jugendhilfe und der Frühen Hilfen nicht oder zu wenig kooperiert wird.

Dass die Art der elterlichen und familiären Krankheitsbewältigung für die Gesundheit der Kinder von Bedeutung ist, konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (siehe Plass/Wiegand-Grefe 2012; Lenz u. a. 2011; Lenz 2014). So konnte aufgezeigt werden, dass ein offener und aktiver Umgang der Eltern mit der Erkrankung einen besonderen Schutzfaktor für Kinder darstellt. Wenn die Eltern etwa einen guten, angemessenen Umgang mit der Situation vorleben, helfen sie den Kindern, sich in dem oft schwierigen Alltag zurechtzufinden und die Belastungen besser zu verarbeiten. Zugleich trägt ein offener und aktiver Umgang zur Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht bei.

Angemessener Umgang der Eltern mit der Erkrankung

Zu einem guten, angemessenen Umgang mit der Erkrankung zählen:

- die Einsicht und Akzeptanz des betroffenen Elternteils, erkrankt zu sein,
- die Einsicht und Akzeptanz des gesunden Elternteils, dass der Partner psychisch erkrankt ist,
- keine Verleugnung der Krankheit (*Du hast doch eigentlich gar nichts. Das ist nur eine kurze Phase, dann geht es wieder.*),
- aber auch keine Überbewertung (*Die Krankheit macht alles kaputt. Wir werden nie wieder so glücklich sein können wie früher.*),
- keine Überforderung des erkrankten Elternteils oder der anderen Familienmitglieder (*Streng dich halt ein bisschen an, dann wird es schon gehen.*),
- aber auch keine Unterforderung (*Du kannst das nicht tun, du bist doch krank.*),
- offene Gespräche der Eltern miteinander über die Krankheit,
- offene Gespräche mit anderen Bezugspersonen der Familie über die Situation,

- Gespräche mit dem Kind über die Erkrankung (Auch Kinder im Kleinkindalter sollten erfahren, was mit dem erkrankten Elternteil los ist. Worte haben für sie weniger Bedeutung als die Art und Weise, wie sie ausgesprochen werden und welche Gefühle mit den Worten transportiert werden.)

Zu einem aktiven Umgang mit der Krankheit gehört auch die praktische Organisation des täglichen Lebens und eine Flexibilität der Aufgabenteilung in der Familie. Aktiver, offener Umgang heißt zudem, dass in der Familie kein Schweigegebot über die Krankheit verhängt wird, sondern dass das enge, vertraute soziale Netz aus Verwandten und Freunden einbezogen und über die Erkrankung informiert ist. Eine Offenheit gegenüber außenstehenden Vertrauenspersonen erleichtert der Familie die Suche nach Hilfe, Unterstützung und damit nach Entlastung. So können z.B. Verwandte oftmals eine zeitnahe und lebenspraktische Hilfe bieten, indem sie die Versorgung und Betreuung der Kinder oder die Erledigung der Einkäufe übernehmen und so wesentlich zu einer Entlastung beitragen.

Psychisch erkrankte Menschen und ihre Familien brauchen professionelle Hilfe, um die Situation gut bewältigen zu können. Zu einem aktiven Umgang mit der Krankheit gehört auch die Nutzung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten durch die erkrankten Eltern. Verbessert sich deren seelische Verfassung und Gesundheit, steigt auch die Zuversicht und Hoffnung der Kinder. Psychisch kranke Eltern stärken also auch dadurch ihre Kinder, dass sie die notwendige professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Lenz 2014).

1.5 PSYCHOSOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN

Zur Erklärung des hohen Entwicklungs- und Gefährdungsrisikos für Kinder psychisch kranker Eltern sind außerdem eine Vielzahl psychosozialer Einflussfaktoren untersucht und unterschiedliche Wirkmechanismen diskutiert worden. Die bedeutsamsten Faktoren und Mechanismen werden im Folgenden dargestellt (Mattejat 2014; Lenz 2012; Lenz 2014).

Erziehungskompetenz

Unter Erziehungskompetenz wird die optimale Passung zwischen den altersgemäßen Bedürfnissen des Kindes und der Gestaltung der kindlichen Umwelt durch die Eltern verstanden (Petermann/Petermann 2006). Die Komponenten der Erziehungskompetenz umfassen die konkrete Versorgung, Pflege und die Organisation des Haushalts und des Familienlebens. Hinzu kommen emotionale Fähigkeiten wie Empathie, Perspektivenübernahme, die Vermittlung von Schutz und Geborgenheit sowie Kommunikationsfähigkeit und Vorbildfähigkeit. Des Weiteren beschreibt Erziehungskompetenz die Fähigkeit zur Grenzsetzung und die Förderfähigkeit, die die Unterstützung und Ermutigung des Kindes, das Stellen von Anforderungen sowie die alters- und entwicklungs-gemäße Übertragung von Verantwortung und Aufgaben beinhaltet.

Eine unzureichende Erziehungskompetenz stellt einen aussagekräftigen Risikofaktor für die Entwicklung von Kindern dar. Studien zeigen beispielsweise einen engen Zusammenhang zwischen problematischem Erziehungsverhalten und der Entwicklung von externalisierenden Verhaltensstörungen, wie z.B. Störungen des Sozialverhaltens und aggressivem Verhalten (Heinrichs u.a. 2008).

Bei psychisch erkrankten Eltern ist die Erziehungskompetenz, bedingt durch die Symptomatik, häufig reduziert. Sie verhalten sich inkonsistent, greifen eher zu unangemessenen Erziehungsmaßnahmen und sind insbesondere in akuten Krisensituationen und Krankheitsphasen in ihrer Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit sowie in der Fähigkeit zur Grenzsetzung eingeschränkt (Petermann u.a. 2010). Hinzu kommt häufig eine große Verunsicherung und Unsicherheit in Bezug

auf die Erziehung und den Umgang mit den Kindern. Psychisch kranke Eltern erleben sich allgemein als erziehungsincompetent und haben das Gefühl, aufgrund der Erkrankung ihren Kindern keine ausreichende Förderung bzw. Versorgung zuteilwerden lassen zu können.

Elternbeziehung

Was die Elternbeziehung betrifft, so zeigen die Studien eine enge Wechselwirkung zwischen psychischer Erkrankung eines Partners und partnerschaftlicher Disharmonie. Paare, bei denen ein Partner psychisch erkrankt ist, nehmen sich gegenseitig negativer wahr und treten in emotional negativere Interaktionen als gesunde Vergleichspaare. Zudem ist die Trennungs- bzw. Scheidungsrate bei diesen Paaren höher als bei unauffälligen Paaren. Dieser Befund ist insofern von großer Bedeutung, als dass mehrfach gezeigt werden konnte, dass elterliche Spannungen und Konflikte auch allgemein und unabhängig von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils für die Entwicklung aller Kinder einen Belastungsfaktor darstellen und das Risiko für eine psychische Störung bei den betroffenen Kindern erhöhen (vgl. zusammenfassend Mattejat 2002; Reichle / Glogger-Tippelt 2007; Cina & Bodenmann 2009).

Aufgrund der entwicklungspsychologischen Beziehungssituation von Säuglingen und Kleinkindern sind diese von elterlichen Spannungen und Konflikten in besonderer Weise betroffen. Bei den Kindern psychisch kranker Eltern kommt deren erhöhte generelle Vulnerabilität (siehe Kapitel 1.7) hinzu. Sie reagieren auf elterliche Auseinandersetzungen oftmals mit Ängsten, Verunsicherung, Traurigkeit, Hilflosigkeit, Verzweiflung und Schuldgefühlen, aber auch mit Aggression und Wut (Lenz 2014).

Parentifizierung

Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils werden die Grenzen zwischen den familiären Subsystemen diffus und das System »Familie« gerät durcheinander. Insbesondere verwischen die Generationengrenzen, die für die Funktionalität einer Familie von großer Bedeutung sind. Diese Generationengrenzen ergeben sich vor allem

aus der Anerkennung von Unterschieden elterlicher und kindlicher Rollen und deren Einhaltung sowie aus den Interaktionsregeln des elterlichen und kindlichen Subsystems. Häufig kommt es zu einer sogenannten Parentifizierung, d. h. einer Rollenkehr zwischen Eltern(-teilen) und ihrem Kind (Boszormenyi-Nagy/Spark 2013). Eine derartige Rollenkehr ist in der Mehrzahl der Familien mit psychisch kranken Eltern zu beobachten. Es zeigt sich, dass häufig sowohl der psychisch kranke Elternteil als auch der gesunde den Kindern seine Bedürftigkeit signalisiert und ihnen die Verantwortung für das Wohlbefinden aufbürdet. Kinder werden dadurch zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern, zur primären Quelle von Unterstützung und Trost (vgl. ausführlich Lenz u. a. 2011; Lenz 2014).

Kinder können diesen elterlichen Aufträgen kaum gerecht werden. Vielmehr opfern sie häufig ihre persönlichen Bedürfnisse denen der Eltern, was auf Kosten ihrer eigenen Entwicklung gehen kann. Für die Einschätzung der Auswirkungen von Parentifizierung auf die kindliche Entwicklung ist es wichtig zu berücksichtigen, ob eine instrumentelle oder emotionale Parentifizierung im Vordergrund steht. Die instrumentelle Parentifizierung betrifft Aufgaben im Haushalt oder in anderen funktionalen Bereichen in der Familie. Bei der emotionalen Parentifizierung wenden sich die Eltern hingegen mit alters- und entwicklungsinadäquaten persönlichen Anliegen an das Kind oder fordern von diesem im Sinne eines Partnerersatzes in unangemessener Weise Liebe und Zuneigung ein. Generell gilt, dass die letztgenannte Form die schädlichere ist (Lenz 2014). Sie ist weniger greifbar und beschreibbar und wird dadurch vermutlich häufiger übersehen. Zugleich ist sie inhaltlich belastender als die instrumentelle Parentifizierung und stellt insofern eine größere Bedrohung für die Entwicklung des Kindes dar.

Bereits im Kleinkindalter übernehmen Kinder häufig die Rolle als parentifiziertes Kind und tragen auf diese Weise zur Stabilisierung der dysfunktionalen Familiendynamik bei (Lenz u. a. 2011; Ziegenhain/Deneke 2014). Kinder übernehmen die Aufgabe, eine beispielsweise depressiv verzweifelt gestimmte Mutter aufzuheitern oder sie haben in diesem Alter bereits gelernt, ihre momentanen Bedürfnisse zurückzunehmen, um einen unruhigen, hoch erregten Vater nicht noch mehr zu reizen. Ein Kind einer Mutter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung versucht möglicherweise, durch ein Verhalten im Sinne einer

Parentifizierung die gewünschte körperliche und emotionale Nähe zur Mutter herzustellen oder aufrechterhalten, die aufgrund der hohen eigenen Bedürftigkeit und Bindungsbesonderheit der Mutter sonst nicht möglich wäre.

Individuelle Faktoren beim Kind

Störungen in der kindlichen Entwicklung dürfen nicht einfach als Folge der elterlichen Auffälligkeiten betrachtet werden; vielmehr ist auch die umgekehrte Richtung der Beeinflussung zu berücksichtigen. Das Kind reagiert nicht nur auf die belastenden familiären und sozialen Lebensumstände. Es ist somit kein passiver Empfänger dieser Einflussfaktoren, sondern die Auffälligkeiten ergeben sich auch aus der Auseinandersetzung des Kindes mit den Belastungsfaktoren. Zu welchen Ergebnissen diese Auseinandersetzung führt, ist nicht allein abhängig von den familiären und sozialen Belastungsfaktoren, sondern auch davon, was das Kind »mitbringt«. Damit sind neben genetischen und biologischen Bedingungen auch die Intelligenz, soziale und emotionale Kompetenzen sowie Temperamentsvariablen gemeint.

So zeigen Untersuchungen, dass Kinder abhängig von ihrem Temperament unterschiedlich auf die psychische Erkrankung ihrer Eltern reagieren. Wir wissen, dass Kinder mit einem »schwierigen Temperament« – damit sind vor allem Kinder gemeint, die leicht ablenkbar und unruhig sind, schnell gereizt reagieren und sich schlecht an neue Situationen anpassen können – empfänglicher für die familiären und sozialen Belastungen sind, die mit der elterlichen Erkrankung einhergehen (Bender/Lösel 1998). Dabei sind immer auch die Rückwirkungen auf die Eltern zu bedenken. So wird ein Kind mit einem »schwierigen Temperament« die Erziehungsschwierigkeiten oder Streitigkeiten der Eltern untereinander verstärken, was wiederum die Eltern-Kind-Beziehung weiter belasten kann. Es entsteht eine Art Teufelskreis (siehe Kapitel 4.2).

Bender und Lösel (2015) weisen darauf hin, dass sich bei einer ungünstigen Passung von Eltern- und Kindverhalten ein schwieriges Temperament des Kindes besonders negativ auswirkt, wenn Eltern selbst ähnliche Merkmale zeigen und zugleich die sozialen Ressourcen und Kompetenzen in der Familie geringer ausgeprägt sind.

1.6 SOZIALE BELASTUNGSFAKTOREN

Wie epidemiologische Studien zeigen, sind in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil fast alle relevanten sozialen Belastungen deutlich überrepräsentiert, die das Risiko für psychische Störungen bei Kindern erhöhen (Mattejat/Remschmidt 2008; Jacobi 2009). Das heißt, die psychische Erkrankung eines Elternteils korreliert positiv mit zahlreichen sozialen Belastungen. Die psychische Erkrankung stellt somit ein Kernmerkmal dar, durch das das Entwicklungsumfeld eines Kindes gravierend beeinträchtigt wird. Viele Kinder psychisch kranker Eltern sind sozialen Belastungen durch Armut, unzureichende Wohnverhältnisse und geringe soziale Teilhabe ausgesetzt. Die Eltern weisen häufig einen niedrigen Ausbildungsstand bzw. Berufsstatus auf und sind mit Arbeitslosigkeit konfrontiert (Lenz 2010; 2014).

Soziale Isolation

Familien mit psychisch erkrankten Eltern leben häufig in sozialer Isolation und haben ein unzureichendes soziales Unterstützungssystem zur Verfügung. Den Eltern und den Kindern fehlen damit vertrauensvolle und zuverlässige Bezugspersonen außerhalb der Familie, die eine ausgleichende und normalisierende Funktion übernehmen und kompensierende Beziehungserfahrungen vermitteln können. Elementare Bedürfnisse nach Geborgenheit, Rückhalt, Zugehörigkeit, Rat und Informationen werden damit nicht oder nicht ausreichend erfüllt.

Diskriminierung und Stigmatisierung

Eine besondere soziale Belastung stellen für die Familien Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen dar. In unserer Gesellschaft herrschen immer noch zahlreiche Vorurteile und Stereotype gegenüber Menschen mit psychischen Krankheiten. Sie werden vielfach immer noch in abwertender Weise betrachtet, wie z. B. durch Aussagen wie: »Psychisch Kranke haben einen schwachen Charakter«; »Psychisch Kranke sind gefährlich«; »Psychische Erkrankungen sind eine Strafe Gottes«; »Wer psychisch krank wird, ist selber schuld.«

In einer Längsschnittstudie zeigte sich, dass die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen zwischen 1990 und 2011 nicht zurückgegangen ist – trotz vieler neuer Forschungserkenntnisse im Bereich psychischer Störungen, Fortschritten in der Versorgung und der allgemein höheren Akzeptanz für psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen (Angermeyer u. a. 2016).

Selbststigmatisierung als Folge negativer Bewertungen

Wer psychisch erkrankt ist, wendet – oftmals unbewusst – diese negativen gesellschaftlichen Bewertungen gegen sich selbst. Die stereotypen allgemeinen Überzeugungen wandeln sich in Selbstbotschaften um:

- *Ich habe einen schwachen Charakter, aus mir wird nie etwas werden.*
- *Ich bin weniger wert als andere.*
- *Ich bin gefährlich für die anderen.*
- *Ich bin selber schuld.*
- *Ich bin eine schlechte Mutter/ein schlechter Vater.*
- *Ich bin unfähig, mein Kind zu erziehen.*

Diese gegen sich selbst gerichteten Stigmatisierungen werden als Selbststigmatisierungen bezeichnet: das »Stigma auf der Innenseite der Stirn« (Knuf 2005). Diese Selbststigmatisierungen haben meist gravierende Folgen für die psychisch kranken Menschen und ihre Angehörigen.

Folgen von Selbststigmatisierungen

- Schamgefühle und in der Folge sozialer Rückzug
 - reduziertes Selbstwertgefühl (*Ich bin weniger wert als andere.*) und Selbstvertrauen (*Ich kann eh nichts.*)
 - Gefühl der gesellschaftlichen Ausgeschlossenheit (*Ich gehöre nicht mehr dazu.*) und in der Folge eine Überangepasstheit, um dies möglichst zu vermeiden
 - paranoides Denken (*Die sehen mir alle an, dass ich schon mal in der Psychiatrie war.*)
 - erhöhte Selbstwahrnehmung und Selbstaufmerksamkeit (*Was ich da gerade gemacht habe, ist aber wirklich nicht ganz normal.*)
-

Kinder nehmen schon früh die Selbststigmatisierungen der Eltern wahr und beziehen diese Vorurteile und Stereotype auf sich selbst: *Meine Eltern sind anders als andere Eltern. Meine Eltern sind komisch. Meine Familie ist komisch. Ich bin anders. Ich bin komisch, weil ich aus einer solchen Familie komme.* (Lenz/Brockmann 2013).

Die Selbststigmatisierung kann auch mit einer Selbstdiskriminierung einhergehen. Psychisch kranke Menschen bewerben sich nur noch auf anspruchlose Arbeitsstellen, da sie davon überzeugt sind, dass Menschen wie sie zu komplexeren Tätigkeiten nicht in der Lage sind. Sie erwarten überhaupt keine respektvolle Behandlung mehr, da sie davon ausgehen, dass ihnen diese generell nicht zu steht. Psychisch erkrankte Eltern gehen aus diesem Grund nicht mehr zu den Elternabenden im Kindergarten. Sie suchen daher oftmals auch keine psychosozialen und therapeutischen Hilfen auf, weil sie sich für ihre Erkrankung schämen sowie Vorwürfe und Vorhaltungen befürchten. Finzen (2013) spricht bei den sozialen Folgen der Selbststigmatisierung und Selbstdiskriminierung aufgrund der weitreichenden Belastungen für die Betroffenen von einer »zweiten Krankheit«.

1.7 KUMULATION VON BELASTUNGSFAKTOREN

Bei der Frage nach den Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die kindliche Entwicklung ist zu beachten, dass das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren besonders schwerwiegende Folgen auf die kindliche Entwicklung hat, weil sich die negativen Effekte der einzelnen Belastungsfaktoren wechselseitig verstärken. Rutter (2012) weist darauf hin, dass ein einzelner Belastungsfaktor nur eine begrenzte prognostische Aussagekraft hinsichtlich des Entstehens von Entwicklungsstörungen besitzt. Deshalb wurde das Haupteffektmodell, das lange Zeit in der Risikoforschung vorherrschte und wonach für Entwicklungsstörungen bestimmte umschreibbare Belastungsfaktoren als direkte Ursachen anzunehmen sind, zu einem additiven bzw. gewichteten Modell ausgeweitet. Danach werden kindliche Entwicklungsprozesse eher von der kumulativen Wirkung von Belastungsfaktoren beeinflusst als von einzelnen Belastungsfaktoren (Rutter 2012). Dieser Befund legt noch den weiteren Schluss nahe, dass sich Risiken erst in Abhängigkeit von der Anwesenheit weiterer Faktoren durchsetzen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer allgemeinen Vulnerabilität. Darunter werden grundlegende Defizite in den neurobiologischen und psychischen Systemen verstanden, die dazu führen, dass selbst vergleichsweise schwache Stressoren zu einer Überlastung der Bewältigungsmechanismen und in der Folge zu pathologischen Verhaltensweisen führen können. Aus diesem Grund sind bei der Abschätzung der Belastungen immer die gesamten Lebensumstände der Familie und der Kinder zu berücksichtigen.

Fragen zur Exploration der kindlichen Belastungen

1. Ist die Mutter psychisch krank? Ist der Vater psychisch krank? Sind beide Elternteile psychisch krank?
2. Handelt es sich um eine akute Krankheitsphase? Wie lange dauert diese Phase schon an?
3. Gab es vorangegangene Krankheitsphasen in der Biografie des erkrankten Elternteils?
4. Gibt es weitere nahe Familienmitglieder, die an einer psychischen Störung erkrankt sind bzw. erkrankt waren? Wenn ja, wer, an welcher Störung und wie war der Verlauf?
5. Hat der betroffene Elternteil einen Behandlungsversuch unternommen? Wenn ja, in welcher Form und wie wird der Erfolg von den Eltern bewertet?
6. Liegen komorbide Störungen (z. B. Alkohol- und Substanzmissbrauch) vor?
7. Trat erste Symptome der Krankheit
 - schon vor der Geburt des Kindes auf?
 - unmittelbar nach der Geburt auf?
 - in den ersten Lebensjahren des Kindes auf?
8. Was ist die Hypothese des erkrankten Elternteils zur Ätiologie/Entstehung der psychischen Erkrankung?
9. Inwieweit geht die elterliche Erkrankung mit Einschränkungen im Interaktionsverhalten einher?
 - Ist der erkrankte Elternteil für das Kind nicht oder nur schwer emotional erreichbar?
 - Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind teilnahmslos und desinteressiert?
 - Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind überfürsorglich und bevormundend?
 - Verhält sich der erkrankte Elternteil zum Kind abweisend und entwertend?

- Ist der erkrankte Elternteil in seinem Verhalten stark wechselnd und für das Kind unberechenbar?
10. Inwieweit lassen sich Einschränkungen des erkrankten Elternteils in der Feinfühligkeit und/oder Responsivität gegenüber den Bedürfnissen des Kindes beobachten?
11. Wie wird mit der Erkrankung in der Familie umgegangen? Gibt es Anzeichen für Tabuisierung, Verleugnung oder Überbewertung der Erkrankung? Nimmt der erkrankte Elternteil Hilfe in Anspruch?
12. Inwieweit geht die elterliche Erkrankung mit Einschränkungen in der Fürsorge und Betreuung einher,
- in der Fähigkeit, Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung sowie nach Schutz vor Bedrohungen innerhalb und außerhalb der Familie zu erfüllen?
 - in der Fähigkeit, dem Kind als stabile und positive Bezugsperson zu dienen, ihm einfühlerndes Verständnis, Zuwendung und emotionale Verlässlichkeit zu vermitteln?
 - in der Fähigkeit, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln?
 - in der Fähigkeit, einem Kind grundlegende Lern- und Entwicklungschancen zu eröffnen, ihm altersentsprechende Anregungen, Umwelterfahrung, Motivation, Sprachanregung und Grenzsetzung zu vermitteln?
13. Gibt es Anzeichen für Parentifizierungsprozesse in der Familie? Sucht die Mutter oder der Vater z. B. Trost und innere Beruhigung beim Kind? Übernehmen ältere Kinder in der Familie die Rolle des oder der Vertrauten und Gesprächspartners/-partnerin für die erkrankte Mutter oder den erkrankten Vater? Oder übernehmen ältere Kinder die Verantwortung für die Versorgung der jüngeren Geschwister?
14. Liegen familiäre Belastungsfaktoren vor?
- Partnerschafts- bzw. Eheprobleme
 - Trennung und Scheidung
 - familiäre Disharmonien (z. B. sexuelle und körperliche Gewalt)
15. Liegen soziale Belastungsfaktoren vor?
- finanzielle Probleme
 - soziale Isolation
 - Arbeitslosigkeit
 - fehlende Berufsausbildung
 - schwierige Wohnverhältnisse
16. Verfügt die Familie über soziale Unterstützung bzw. wie zufrieden ist die Familie mit der erhaltenen Unterstützung? Gibt es beispielsweise Verwandte, Freunde, Nachbarn, die die Familie in der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben in Haushalt und Erziehung unterstützen? Sind die Eltern zufrieden oder wünschen Sie sich mehr Unterstützung?
-

2

SPEZIFISCHE AUSWIRKUNGEN FÜR KINDER VON ELTERN MIT EMOTIONAL INSTABILEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

2.1	Persönlichkeitsstörungen – eine Einführung	26
2.1.1	Allgemeine Merkmale der Persönlichkeitsstörungen	27
2.1.2	Merkmale der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung	29
2.2	Spezifische Belastungen und Risiken für die Kinder	31

Im Vergleich zu Kindern von Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen zeigen Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen die ungünstigsten Entwicklungsverläufe sowie die höchsten Störungs- und Gefährdungsraten, wobei sich eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) der Eltern besonders belastend und beeinträchtigend auf die Kinder auswirken kann. Die vorliegenden Befunde verweisen darauf, dass die Art der elterlichen Erkrankung unterschiedliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben kann, allerdings jeweils in Abhängigkeit von Verlaufsmerkmalen der elterlichen Erkrankung sowie psychosozialen und sozialen Belastungsfaktoren.

Die spezifischen Auswirkungen der verschiedenen Krankheitsbilder auf die Kinder sind bislang noch wenig untersucht worden. Im Folgenden sollen die vorliegenden Befunde über die spezifischen Belastungen und Risiken dargestellt werden, die für die Kinder im Zusammenhang mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung stehen (Barnow u. a. 2006; Barnow u. a. 2007; Herr u. a. 2008). Dazu sollen zunächst das komplexe Krankheitsbild aufgezeigt und aus der Beschreibung der Kernsymptome die spezifischen Auswirkungen auf die Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter abgeleitet werden.

2.1 PERSÖNLICHKEITSTÖRUNGEN – EINE EINFÜHRUNG

Fiedler (2007) definiert Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen als »Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht« (S.3). Bestimmte Eigenarten kennzeichnen eine Person unverkennbar und unterscheiden sie zugleich von anderen. Durch ihre individuellen Besonderheiten wird die Person für gewöhnlich in ihrem Umfeld geschätzt.

Wenn die Verhaltensweisen und Interaktionsmuster wiederholt ein tolerierbares Maß überschreiten, es zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensführung kommt und/oder die Bezugspersonen verunsichert bis offen negativ bzw. ablehnend reagieren, werden Persönlichkeitseigenschaften gewöhnlich mit dem Begriff »Persönlichkeitsstörung« belegt.

Ich-Syntonie – Eigen- und Fremdwahrnehmung von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen gehören somit wie andere Persönlichkeitseigenarten zur Person (Fiedler 2007). Es ist deshalb zunächst auch nicht unbedingt zu erwarten, dass sich die betroffene Person als »krank« erlebt, sich gewissermaßen selber die Diagnose einer »Persönlichkeitsstörung« gibt. »Selbst wenn die Betroffenen extrem unter den Folgen der von ihnen mitverursachten Interaktionsschwierigkeiten leiden sollten, erlaubt zumeist oder zunächst nur die Außenperspektive der Bezugspersonen oder die eines professionellen Diagnostikers die Schlussfolgerung einer gestörten Persönlichkeit« (Fiedler 2007, S.7). In der Klinischen Psychologie spricht man von der Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen, da die einer Persönlichkeitsstörung zugeschriebenen Eigenschaften und Verhaltensweisen von den Betroffenen zunächst eher selten als störend und regel- bzw. normverletzend erlebt werden. Dabei ist diese Ich-Syntonie nicht absolut zu sehen, in dem Sinne, dass dem oder der Betroffenen jegliche Einsicht in Beteiligung bzw. Mitverantwortung für Beziehungs- und Interaktionsschwierigkeiten fehlen

würde. Je länger die Probleme bestehen, desto stärker wird die Person darunter leiden und die interaktiven Verstrickungen wahrnehmen. Durch die Ich-Syntonie wird deutlich, dass die Beurteilung der Probleme als Persönlichkeitsstörung von außen kommt. Von der betroffenen Person selbst werden diese zunächst eher als personentypische – eventuell extreme – Eigenschaften bezeichnet. Wenn überhaupt, dann entsteht ein diffuses Gefühl der Gestörtheit der eigenen Person angesichts zunehmender Beziehungs- und Interaktionsprobleme (Fiedler 2007), wobei die persönlichkeitsbedingten Interaktionsprobleme den Betroffenen oftmals erst durch Kritik und Rückmeldung anderer Personen transparent werden. Die Betroffenen werden allerdings nicht in jedem Fall akzeptieren, dass die kritisierten Verhaltens- und Interaktionsmuster unangemessen sind, Regelverstöße darstellen und nach Möglichkeit verändert werden sollten.

Die meisten anderen psychischen Störungen, wie beispielsweise Depressionen, Zwangsstörungen oder Angststörungen werden hingegen als ich-dyston erlebt, das heißt als »nicht zur eigenen Person zugehörig«. Die Betroffenen möchten sich deshalb von diesen Störungen wieder freimachen. Allerdings ist auch das Phänomen der Ich-Dystonie als relativ zu betrachten. Es gibt bei psychischen Störungen immer wieder auch fließende Übergänge zwischen einem ich-dyston vorhandenen Störungsbewusstsein und einer ich-synton fehlenden Störungseinsicht.

2.1.1 ALLGEMEINE MERKMALE DER PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Als wesentlich bestimmendes Merkmal von Persönlichkeitsstörungen werden tief verwurzelte stabile Muster des Verhaltens und Erlebens angesehen, die zu starren und wenig angepassten Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebensbedingungen führen und mit Auffälligkeiten im Wahrnehmen, Denken und Fühlen sowie in der Beziehungsgestaltung verbunden sind (Tress u. a. 2002).

Diagnostische Leitlinien nach ICD-10

Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision) ICD-10 sollten zur allgemeinen Kennzeichnung der Persönlichkeitsstörungen folgende diagnostische Leitlinien zugrunde gelegt werden (vgl. WHO 1993):

- deutliche Unausgeglichenheit in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung sowie in den Beziehungen zu anderen. Auffällige Verhaltensmuster, die andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheiten beschränkt sind.
- Auffälliges Verhalten ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
- Beginn der Störungen in der Kindheit oder Jugend und Manifestation im Erwachsenenalter.
- Deutliches subjektives Leiden durch die Störung, manchmal erst im späteren Verlauf.
- Deutliche Einschränkung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit durch die Störung.

Diese diagnostischen Leitlinien nach ICD-10 entsprechen im Wesentlichen den Kriterien im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-V) der American Psychiatric Association (Falkai u. a. 2015). In beiden Klassifikationssystemen wird auf die Beständigkeit der Persönlichkeitszüge und Persönlichkeitsstö-

rungen über eine lange Zeit hingewiesen. Folgende Ausschlusskriterien wurden festgelegt:

- Die Störung kann durch das Vorliegen einer anderen psychischen Störung nicht erklärt werden. Allerdings können weitere Störungen parallel zur Persönlichkeitsstörung bestehen.
- Eine organische Erkrankung, Verletzung oder Funktionsstörung muss als mögliche Ursache für die Störung ausgeschlossen werden.

Einteilung der Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeitsstörungen stellen eine heterogene Gruppe von Störungen dar, die nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sind. Hinzu kommt eine hohe Komorbidität zwischen den verschiedenen spezifischen Persönlichkeitsstörungen, das heißt, dass sich bei ein und derselben Person häufig mehrere Persönlichkeitsstörungen finden lassen, wenngleich meist ein Störungsbereich dominiert. Wegen dieser Überschneidungen und Ähnlichkeiten werden im DSM-V die Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich übergreifender markanter Interaktionsmerkmale in drei Gruppen, sogenannte »Cluster«, eingeteilt.

Die drei Gruppen der Persönlichkeitsstörungen

- **Cluster A** umfasst die paranoiden, schizoiden und schizotypen Persönlichkeitsstörungen. In dem Cluster werden Personen zusammengefasst, die häufig als sonderbar oder exzentrisch beschrieben werden.
 - **Cluster B** umfasst die antisozialen, histrionischen, narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Personen mit solchen Störungen werden häufig als dramatisch, emotional oder launisch bezeichnet.
 - **Cluster C** umfasst die selbstunsicheren, ängstlich-vermeidenden, dependenten und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen. Personen mit diesen Störungen zeigen sich als ängstlich und furchtsam.
-

Epidemiologie – Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen

Nach den vorliegenden epidemiologischen Studien kann bei den Persönlichkeitsstörungen von einer Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung von ca. 4–10% (unbehandelte Prävalenz) ausgegangen werden, in klinischen Populationen sogar von bis zu 40% (behandelte Prävalenz) (Zanarini/Hörz 2011). Die hohe Rate der behandelten Prävalenzrate steht im Zusammenhang mit der hohen Komorbiditätsrate. Persönlichkeitsstörungen treten auch häufig komorbid mit anderen Störungen, wie Depressionen, Angststörungen, substanzinduzierten Störungen, Essstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen auf.

2.1.2 MERKMALE DER EMOTIONAL INSTABILEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist besser bekannt unter dem Begriff Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ursprünglich wurde der Begriff Borderline-Persönlichkeitsstörung vor allem eingesetzt, um den Grenzbereich zu den schizophrenen Störungen genauer zu fassen und eine eigene Störungsgruppe im Übergang zwischen Neurose und Schizophrenie zu entwerfen. Mittlerweile weiß man, dass Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für Psychosen aufweisen. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt es sich um ein durchgängiges, tiefgreifendes Muster einer besonders auffälligen Instabilität im Bereich der Stimmung, der Affektivität und des Selbstbildes, die vor allem in den zwischenmenschlichen Beziehungen zu erheblichen Schwierigkeiten und Konflikten führen kann.

Borderline-Typus und Impulsiver Typus nach ICD-10

Im ICD-10 ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (»Borderline-Typus«) (F 60.31) eine von zwei Subtypen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F 60.3). Die zweite Form ist der »Impulsive Typus« (F 60.30). Unter emotional instabiler Persönlichkeitsstörung wird eine Persönlichkeitsstörung beschrieben, die sich durch eine deutliche Tendenz auszeichnet, impulsiv und ohne Berücksichtigung von Konsequenzen zu handeln, und die von wechselnder, instabiler Stimmung geprägt ist. Die Fähigkeit voranzuplanen ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können oft zu gewalttätigem und explosivem Verhalten führen. Dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden.

Beim »Impulsiven Typus« sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle wesentliche Persönlichkeitszüge. Vor allem bei Kritik durch andere treten häufig Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten auf. Nach dem ICD-10 liegen beim »Impulsiven Typus« mindestens drei der folgenden Merkmale

vor, wobei das zweite Kriterium gegeben sein muss:

1. Neigung zu unerwarteten Handlungen ohne Berücksichtigung der Folgen,
2. Neigung zu Streitereien und Konflikten, vor allem wegen der impulsiven Handlungen,
3. Neigung zu Wut- und Gewaltausbrüchen und Unfähigkeit, explosives Verhalten zu kontrollieren,
4. Schwierigkeiten, Handlungen beizubehalten, die nicht unmittelbar belohnt werden,
5. Unbeständigkeit und Unberechenbarkeit der Stimmung.

Beim »Borderline-Typus« sind einige Kennzeichen emotionaler Instabilität ebenfalls vorhanden. Hinzukommen noch Störungen des eigenen Selbstbildes, der Ziele und der inneren (einschließlich der sexuellen) Präferenzen. Meist bestehen ein chronisches Gefühl der inneren Leere sowie die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen. Diese Neigung kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen, die verbunden sind mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, Suizidrohungen oder selbstschädigenden Handlungen.

Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-V

Anders als im ICD-10 wird im DSM-V nur die Borderline-Persönlichkeitsstörung angeführt, die dem Cluster B zugeordnet wird. Die diagnostischen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-V und des Borderline-Typus nach ICD-10 stimmen weitgehend überein.

Diagnostische Kriterien

Nach dem DSM-V werden folgende diagnostische Kriterien unterschieden, von denen mindestens fünf erfüllt sein müssen, um dem Bild einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu entsprechen:

1. verzweifelt Bemühen, ein reales oder imaginäres Verlassenwerden zu vermeiden oder Alleinsein zu verhindern. **Anmerkung:** Nicht berücksichtigt werden sollten hier die suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen im Kriterium 5;
2. ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Überidealisierung und Abwertung auszeichnet;
3. Identitätsstörung: eine ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder des Gefühls von sich selbst;
4. Impulsivität bei mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Aktivitäten (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle). **Anmerkung:** Nicht berücksichtigt werden sollten hier die Suizidhandlungen und Selbstverletzungen im Kriterium 5;
5. wiederholte Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder andere selbstverstümmelnde Verhaltensweisen;
6. Instabilität im affektiven Bereich, die durch eine ausgeprägte Orientierung an der akuten Stimmung gekennzeichnet ist (z. B. intensive episodische Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Zustände gewöhnlich einige Stunden oder, in seltenen Fällen, länger als einige Tage andauern);
7. chronisches Gefühl der Leere;
8. übermäßige, starke Wut oder Unfähigkeit, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut oder körperliche Auseinandersetzungen);

9. andauernde, stressabhängige paranoide Phantasien oder schwere dissoziative Symptome.

Epidemiologie – Häufigkeit der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

Die Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung liegt bei etwa 3% (vgl. Kienast u. a. 2014). In klinischen Populationen schwankt sie zwischen 10 und 20%. Die Diagnose emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) wird überwiegend bei Frauen (ca. 75%) gestellt. Man spricht daher von einer geschlechtsabhängigen Prävalenz (Zanarini/Hörz 2011). Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen treten auch häufig komorbid mit Suchterkrankungen auf, wobei der Einstieg in die Sucht meist im Zusammenhang mit dem selbstverletzenden und impulsiven Verhalten steht. Die betroffenen Frauen leiden überdurchschnittlich häufig zusätzlich an unterschiedlichen Formen von Essstörungen. Da Essstörungen oftmals im Zusammenhang mit der Impuls- und Emotionskontrolle auftreten, stehen bulimische Formen der Essstörung im Vordergrund, die mit Übergewicht einhergehen können. Das Übergewicht kann das ohnehin angegriffene Selbstbild und damit das Körperschema beeinträchtigen.

Ursachen der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung – Erklärungsansätze

Man geht davon aus, dass bei der Ätiologie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) eine Kombination aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren (»biopsychosoziales Modell«) zugrunde liegt (Zanarini/Hörz 2011). Es wird angenommen, dass bei emotional instabilen Persönlichkeiten eine genetisch bedingte Neigung zur emotionalen Fehlregulierung vorliegt, die interagiert mit ungünstigen Beziehungserfahrungen in der Kindheit, einer entwertenden familiären Umgebung, in der die Gefühle des Kindes nicht berücksichtigt werden, sowie psychosozialen Risikofaktoren, wie schwierigen sozioökonomischen Verhältnissen, massiven Ehekrisen der Eltern, Dissozialität und Sucht der Eltern.

Untersuchungen zu Risikofaktoren der Borderline-Persönlichkeitsentwicklung verweisen auf eine hohe Belastung durch aversive Kindheitserlebnisse und reale Traumata. So konnten bei 60 bis 80% der Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung retrospektiv traumatische Erfahrungen in der Kindheit, insbesondere in Form sexualisierter Gewalt, schwerer physischer Gewalt und/oder Vernachlässigung, festgestellt werden (Zanarini 2005). Eine bedeutsame Rolle spielt der Schweregrad der traumatischen Erfahrungen. Studien zeigen, dass die Auswirkungen eines Traumas von der Person des Täters bzw. der Täterin sowie von der Art und der Dauer des Missbrauchs abhängen. Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung berichten teilweise von schweren Missbrauchserlebnissen wie Inzest, brutalen Sexualhandlungen sowie von einer langen Dauer bzw. großen Häufigkeit des Missbrauchs bzw. der Misshandlung.

2.2 SPEZIFISCHE BELASTUNGEN UND RISIKEN FÜR DIE KINDER

Zur Darstellung der spezifischen Belastungen und Risiken der Kinder von Eltern mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Newman/Stevenson 2005; Newman u. a. 2007; Barnow 2007) werden die in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V beschriebenen Symptome hier zusammengefasst und in Anlehnung an Rahn (2013) in vier Kategorien unterteilt.

Symptomkategorien bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung ...

- haben Probleme im Umgang mit sich selbst
- haben Probleme, auf Situationen angemessen emotional zu reagieren
- haben häufig wechselnde, instabile soziale Beziehungen
- zeigen selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung haben Probleme im Umgang mit sich selbst

Zentrale Symptome im Überblick

- niedriges Selbstwertgefühl, Selbstzweifel und Selbstkritik
- Gefühle von Sinnlosigkeit und innerer Leere
- Kompensation durch selbstverletzendes Verhalten, Suchtmittel oder riskante Verhaltensweisen
- resultierende Belastungen für Beziehungen

- **Niedriges Selbstwertgefühl, Selbstzweifel und Selbstkritik**

Das nach außen gezeigte Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein stellt eine Fassade dar, hinter der sich bei den Betroffenen Selbstzweifel und Selbstkritik verbergen, die sich bis zum Selbsthass zuspitzen können. Die Erkrankten sind unzufrieden mit ihrem Aussehen, vermissen bestimmte Fähigkeiten und fühlen sich anderen unterlegen. Das niedrige Selbstwertgefühl geht einher mit Ohnmacht, Verzweiflung und einem tiefgreifenden Gefühl der Sinnlosigkeit und inneren Leere.

- **Gefühl von Sinnlosigkeit und Leere**

Diese Gefühle der Sinnlosigkeit und inneren Leere lösen Druck, aufreibende Spannungen und Unruhe aus. Wenn soziale Außenreize fehlen, kommt es schnell zu einem Gefühl der Langeweile und es werden Aktivitäten unternommen, das Alleinsein möglichst umgehend zu beenden.

- **Kompensation durch selbstverletzendes Verhalten, Suchtmittel oder riskante Verhaltensweisen**

Drogen, Medikamente, Alkohol oder auch selbstverletzendes Verhalten stellen Kompensationsmechanismen dar und dienen zum Lösen der inneren Spannung und Unruhe. Zur Kompensation einer inneren Leere werden auch riskante Verhaltensweisen und Aktivitäten, wie z. B. ungeschützter Sexualverkehr, Extremsportarten, schnelles Autofahren oder die Suche nach neuen Erfahrungen durch die Präferenz eines nonkonformistischen Lebensstils gesucht. Zuckerman (2015) bezeichnet das Phänomen der ständigen Suche nach Neuem, nach intensiven Erfahrungen sowie die Bereitschaft, Risiken einzugehen, als »Sensation Seeking«. Es wird als spezifisches Persönlichkeitsmerkmal beschrieben, dass bei Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung häufig zu beobachten ist.

- **Resultierende Belastungen für Beziehungen**

Die Auseinandersetzungen mit der inneren Verfassung und den Versuchen, der inneren Leere und Spannung durch die fortwährende Suche nach Sensationen zu entgehen, haben gravierende Auswirkungen auf die Beziehungen. Andere Menschen werden nämlich dringend zur Kompensation gebraucht. Dazu werden deutliche Signale

ausgesendet, um Bedürfnisse und Probleme sichtbar zu machen, was mit erheblichen Dramatisierungen einhergehen kann. Die Personen im sozialen Umfeld fühlen sich durch diese Form der Beziehungsaufnahme schnell manipuliert, ausgenutzt bzw. kontrolliert und sehen oftmals keine andere Möglichkeit mehr, als sich zurückzuziehen. Die Gefahr einer emotionalen Eskalation, die im Extremfall in gewalttätiges und explosives Verhalten münden kann, ist dabei hoch.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE KINDER

Verlust des Vertrauens in eigene Fähigkeiten

Kinder im Säuglings- und Kleinkindalter benötigen eine Bindungsperson, mit der ein enger, verlässlicher und angemessener emotionaler Austausch möglich ist. Um feinfühlig und empathisch auf die Signale ihres Kindes eingehen zu können, ist es erforderlich, dass die relevante Bezugsperson ihre eigenen Gefühle und ihr Verhalten wahrnimmt, versteht und steuern kann, um es gezielt zur Beantwortung der Signale und Bedürfnisse des Kindes einzusetzen. Da Eltern mit einer emotional instabilen Persönlichkeit bezüglich ihrer eigenen Impulse und deren Kontrolle verunsichert sind, kommt es zu Unsicherheit im affektiven Austausch mit dem Kind (Berg-Nielsen/Wichström 2012).

Das Kind spürt die Verunsicherung des erkrankten Elternteils und nimmt dessen Ängste und Sorgen auf, was zur Folge hat, dass es sein Explorationsverhalten, seine Neugierde und sein Erkunden einschränkt, eventuell sogar aufgibt. Es kommt zu Parentifizierungsprozessen, indem das Kind in die Rolle eines Trösters oder einer Trösterin rutscht, versucht Nähe zum Elternteil herzustellen, dieses aufheitert und ablenkt und seine eigenen Bedürfnisse zurücknimmt. Aufseiten des erkrankten Elternteils kann die Beobachtung des Rückzugs aus explorativen Aktivitäten und der starken Hinwendung zur eigenen Person zu einem Verlust des Vertrauens in die Fähigkeiten und die Entwicklung des Kindes führen. Das mangelnde Zutrauen hat zur Folge, dass der Elternteil das Kind aus Angst und Unsicherheit am

Ausprobieren und Erkunden der Umwelt eingeschränkt bzw. hindert. Das Kind verliert auf diese Weise zunehmend sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung haben Probleme, auf Situationen angemessen emotional zu reagieren

Zentrale Symptome im Überblick

- hohe Ansprechbarkeit auf Stimmungen und Ereignisse, hohe interpersonelle Sensitivität mit Angst vor Zurückweisung und dem Verlassenwerden
- hohe Affektintensität
- mangelnde Mentalisierungsfähigkeit

• Hohe Ansprechbarkeit auf Stimmungen und Ereignisse, ... Angst vor dem Verlassenwerden

Die emotionale Instabilität als das zentrale Phänomen der emotional instabilen Persönlichkeit beschreibt eine hohe Ansprechbarkeit auf Stimmungen und Ereignisse verbunden mit intensiven emotionalen Reaktionen. Typische Auslöser sind im interpersonellen Bereich zu finden. Sie stehen im Zusammenhang mit einer hohen interpersonellen Sensitivität, die die Sorge vor Zurückweisung, starkes Leiden unter sozialer Distanzierung und Angst vor dem Verlassenwerden einschließt.

• Hohe Affektintensität

Linehan (2016) beschreibt als typische Merkmale der Affektivität von Menschen mit einer instabilen Persönlichkeit eine herabgesetzte emotionale Antwortschwelle, eine hohe Affektintensität und ein verzögertes Abklingen der Affektreaktionen. Bereits gering ausgeprägte Stressoren können zu rasch ansteigenden, intensiven aversiven Affekten führen, die qualitativ wenig differenziert als quälende diffuse Spannungszustände wahrgenommen werden (Stiglmayr 2011). Diese häufig auch lang anhal-

tenden aversiven Spannungszustände können mittels Selbstverletzungen vorübergehend gemindert werden. Selbstverletzung ist somit ein subjektiv erfolgreich erlebter Coping-Mechanismus. Der Versuch der Minderung dieser Spannungszustände durch Selbstverletzungen führt häufig zu den ersten Kontakten mit den Systemen ambulanter und stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung.

• Mangelnde Mentalisierungsfähigkeit

Eine Störung der Emotionsregulation beeinträchtigt auch kognitive Funktionen. Fühlen und Denken sind im psychischen Erleben nicht getrennt, sondern in einem ständigen engen und untrennbaren Zusammenwirken zu verstehen (Linehan 2016). Emotionen ermöglichen es dem Menschen, sich auf bestimmte Situationen einzustellen. Sie repräsentieren ein Motivations- und Ordnungssystem und sorgen für den Ausgleich von innerem und äußerem Erleben. Die enge Verknüpfung von Emotionen und Kognitionen ermöglicht erst angemessene emotionale Reaktionen auf Situationen und auf innere Stimuli. So kann sich eine spontane emotionale Reaktion auf eine bestimmte Situation – wie z. B. spontan ausgelöster Ärger – als ungünstig erweisen, sodass Veränderungen und Anpassungen – wie z. B. eine Beziehungsklärung – notwendig werden. Spontane emotionale Reaktionen oder Impulse müssen daher immer einer kognitiven Reflexion und in der Folge gegebenenfalls einer Revision unterworfen werden (Rahn 2013). Gelingt dieser kognitive Prozess nicht, bleibt die Person von ihren affektiven Impulsen bestimmt. Fonagy u. a. (2008) bezeichnen diese metakognitive Fähigkeit als Mentalisierungsfähigkeit und meinen damit das Einfühlungsvermögen in die Komplexität mentalen Befindens und die Fähigkeit, dabei unterschiedliche Perspektiven einzunehmen.

Mangelnde Fähigkeit zur Mentalisierung zeichnet sich dadurch aus, dass die Betroffenen nur über eine eingeschränkte Fähigkeit verfügen, in emotional bedrohlichen Situationen zu reflektieren und nachzudenken. Sie bringen nicht die Flexibilität mit, verschiedene Positionen einzunehmen bzw. zwischen äußeren und inneren mentalen Zuständen zu unterscheiden.

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit haben aufgrund ihrer ungünstigen, häufig von aversiven Erlebnissen und realen Traumata geprägten Kindheit nicht die ausreichende Fähigkeit erlangt, men-

tale und emotionale Zustände zu integrieren. Aufgrund einer diffusen Angst verlassen zu werden, war ihre Aufmerksamkeit so eng an die äußere Welt sowie die physischen und emotionalen Gefahren gebunden, dass wenig Raum für die Betrachtung der inneren Welt übrig blieb, was sich in einer mangelnden Reflexionsfähigkeit niederschlägt (Buchheim 2011). Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit zeigen aber oftmals eine überraschend große Sensibilität für den inneren Zustand einer anderen Person, um diese zu kontrollieren, an sich zu binden und für die Erfüllung eigener Bedürfnisse zu manipulieren, wie Fonagy u. a. (2000) hervorheben.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE KINDER Desorganisierte Bindungsmuster

Mentalisierungsfähigkeit stellt eine grundlegende Voraussetzung für Feinfühligkeit und intuitive kommunikative elterliche Kompetenzen dar, die die Eckpfeiler für die Entwicklung einer verlässlichen und sicheren Eltern-Kind-Beziehung bilden (Fonagy u. a. 2008). Um Signale des Kindes zu bemerken, richtig zu interpretieren und intuitiv angemessen darauf eingehen zu können, ist es erforderlich, dass die elterliche Bindungsfigur die Vorgänge des Kindes erfassen und begreifen kann. Eine angemessene Auseinandersetzung mit den mentalen und emotionalen Zuständen des Kindes setzt die Fähigkeit zur Mentalisierung voraus. Bewusstseinszustände von anderen zu erkennen und sowohl kognitiv als auch affektiv interpretieren zu können, hängt nach Fonagy u. a. (2008) unmittelbar mit der Fähigkeit zusammen, eigene Bewusstseinszustände zu reflektieren und in ein kohärentes System der Bewertung eigenen Handelns einordnen zu können.

Bei einer eingeschränkten Mentalisierungsfähigkeit werden die Signale des Kindes nach Zuwendung, Trost und Schutz von dem Elternteil in Abhängigkeit von dessen Bewusstseinszustand beantwortet. Eine kontinuierliche Verlässlichkeit emotionaler Reaktionen des Elternteils, vor allem in Bezug auf Prompt-

heit und Angemessenheit in Situationen, in denen das Kind den Elternteil braucht, besteht für das Kind daher nicht. Der Säugling oder das Kleinkind kann der Erfüllung seiner Bedürfnisse durch den Elternteil nicht vollständig vertrauen. Die inadäquaten Gefühlsreaktionen und Verhaltensweisen können dazu führen, dass bei dem Kind Irritationen und Ängste entstehen (Crandell u. a. 2003). Darüber hinaus erhöht sich die Gefahr, dass sich die unkontrollierbaren Verhaltensweisen des Elternteils als Folge der emotionalen Instabilität in Form körperlicher Misshandlung am Kind entladen. Da die Bindungsperson gleichzeitig die Quelle der Bedrohung darstellt, steht das Kind vor einem unlösbaren Problem. Dieses Dilemma hat häufig ein desorganisiertes Bindungsmuster zur Folge. Formen der Desorganisation bei einjährigen Kindern in dem »Fremde-Situations-Test«¹ (Ainsworth u. a. 1978) sind unangemessene und inadäquate Verhaltensweisen, wie stereotype Bewegungen nach Aufsuchen von Nähe, Phasen der Starrheit und Ausdruck von Angst gegenüber einem Elternteil. In stressreichen Trennungssituationen von dem Elternteil verfügen die Kinder über keine Bewältigungsstrategien. Sie können nach der Rückkehr weder Nähe zum Elternteil herstellen noch sich ablenken (Main/Solomon 1990).

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung haben häufig wechselnde, instabile soziale Beziehungen

Zentrale Symptome im Überblick

- Schwanken zwischen Abhängigkeit und Wunsch nach Autonomie, oft verbunden mit Ängsten und Wutausbrüchen
- abrupte Wechsel in der Bewertung von Beziehungen – »Schwarz-Weiß-Denken«

1 Der »Fremde-Situations-Test« (»Strange Situation Test«) ist ein entwicklungspsychologisches Experiment, in dem das Bindungsverhalten von Eltern und Kindern sowie das kindliche Explorationsverhalten getestet werden kann.

- **Schwanken zwischen Abhängigkeit und Wunsch nach Autonomie, oft verbunden mit Ängsten und Wutausbrüchen**

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit pflegen häufig wechselnde, instabile zwischenmenschliche Beziehungen. Die Beziehungen schwanken meist zwischen Stabilität und Instabilität, zwischen vollständiger Abhängigkeit, verbunden mit der Zurückstellung eigener Bedürfnisse zugunsten der Wünsche und Bedürfnisse des Partners, um diesen nicht zu verlieren, und dem großen Wunsch nach Abgrenzung, Selbstständigkeit und Autonomie. Da die Integration unterschiedlicher Emotionen und Bedürfnisse nicht gelingt, erwachsen daraus Ambivalenzen, verbunden mit Unsicherheiten und Ängsten, die nicht selten durch Wutausbrüche und überzogene Gefühlsreaktionen zum Ausdruck kommen.

- **Abrupte Wechsel in der Bewertung von Beziehungen – »Schwarz-Weiß-Denken«**

Die oben beschriebene Ambivalenz und Unsicherheiten können ebenfalls nicht ausgehalten werden. Die Entwicklung der Beziehung wird dadurch blockiert und häufig schnell infrage gestellt, weil die Betroffenen nicht über ausreichende Fähigkeiten verfügen, die unterschiedlichen oder sogar widersprüchlichen Emotionen zu integrieren. Irritierende und widersprüchliche Anteile in der Beziehung werden einfach ignoriert und abgespalten. Diese Abwehrprozesse gelingen allerdings meist nur unvollständig. Es kommt oftmals zu einem abrupten Wechsel in der Haltung gegenüber anderen Personen und in der Bewertung der Beziehungen, indem durch »Schwarz-Weiß-« bzw. »Entweder-Oder-Denken« das innere Gleichgewicht aufrechterhalten wird. Solche abrupten Wechsel, die mit Verlust der Emotionskontrolle einhergehen können, führen zu erheblichen Irritationen und Belastungen in den zwischenmenschlichen Beziehungen.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE KINDER

Mangel an notwendigen verlässlichen Beziehungserfahrungen

Ein Säugling oder ein Kleinkind benötigt eine stabile, zuverlässige Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson, um selbst eine sichere Bindung entwickeln und aufrechterhalten zu können. Wenn die Beziehungen der Erwachsenen geprägt sind von häufigen Abbrüchen, Wiedervereinigungen und neuen Partnerschaften, geraten die Kinder schnell in ein ungelöstes Spannungsfeld der Gefühle (Macfie/Swan 2009).

Sie erleben keine Sicherheit und Gewissheit in einer zuverlässigen, dauerhaften und beständigen Familiensituation. So werden beispielsweise dem Kind neue Partner oder Partnerinnen präsentiert, die nach einiger Zeit wieder aus dem Leben des Elternteils verschwinden. Wiederholt erlebt das Kind Partnerschaftskonflikte, die von heftigen verbalen oder sogar körperlichen Auseinandersetzungen geprägt sein können. Die Konfliktphasen wechseln sich oftmals mit Episoden des harmonischen Zusammenhaltes ab, die auf ein einträchtiges Familienleben hoffen lassen.

Instabilität prägt nicht nur die Beziehungen zum Lebenspartner oder zur Lebenspartnerin und zum Kind, sondern auch die Beziehungen zu den Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden. So werden unterstützende, fördernde Kontakte zu Großeltern, Geschwistern oder anderen Verwandten oftmals ohne ersichtlichen Grund für das Kind plötzlich abgebrochen bzw. nicht mehr in dem gewohnten Umfang zur Verfügung gestellt (Macfie/Swan 2009). Im ersten Lebensjahr kann das Kind zwar den Verlust noch nicht verbal äußern, spürt diesen unbewusst jedoch. Es macht somit schon sehr früh die Erfahrung, sich auf die Verfügbarkeit anderer Bezugspersonen nicht verlassen zu können. Je älter das Kind wird, umso stärker tendiert es dazu, die Gründe für die Abbrüche und Trennungen von relevanten Bezugspersonen bei sich zu suchen. Hinzu kommt, dass das Kind die schwankenden Gefühlszustände des erkrankten Elternteils und das damit verbundene nicht verlässliche Eingehen auf seine Bedürfnislage erlebt (Newman u. a. 2007).

Selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten

Zentrale Symptome im Überblick

- Selbstverletzung als Emotionsregulation (z. B. Ritzen, Schneiden)
- Suizidgefährdung

• Selbstverletzung als Emotionsregulation (z. B. Ritzen, Schneiden)

Selbstverletzendes und selbstschädigendes Verhalten wird von Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit zur Emotionsregulation eingesetzt. Durch das selbstverletzende Verhalten, meist in Form von Ritzen oder Schneiden, werden Neurotransmitter aktiviert und Endomorphine ausgeschüttet, die ähnlich wie Medikamente die Stimmung beeinflussen. Subjektiv wird bei der Selbstverletzung weniger der Schmerz als die Spannungslösung und Regulation der Gefühle erlebt. Aufgrund dieser Wirkung wird dieses Mittel zur Spannungslösung teilweise sogar exzessiv genutzt (Rahn 2013).

Ein Problem des selbstverletzenden Verhaltens ist dessen relativer Erfolg. So lassen sich dadurch nicht nur innere Spannungen reduzieren, sondern auch die zwischenmenschlichen Beziehungen regulieren. Selbstverletzendes Verhalten kann von den Betroffenen in Konfliktsituationen als Druckmittel eingesetzt werden, um eigene Interessen oder Vorstellungen durchzusetzen. Angehörige und Partner geraten dabei schnell in ein Dilemma, ob sie nachgeben oder auf ihrer Position bestehen sollen. Dadurch fühlen sie sich ausgenutzt oder sogar erpresst.

• Suizidgefährdung

Die chronische Suizidalität hat vielfach die gleiche Funktion wie das selbstverletzende Verhalten, nämlich die Regulation der Emotionen. Die Suizidgedanken entstehen vor dem Hintergrund eines gestörten Selbstbildes und dem damit verbundenen Gefühl der Unzufriedenheit. Sie durchziehen nicht selten das gesamte Denken der Betroffenen, wodurch die Gegenwart immer mehr an Bedeutung verlieren kann und es ihnen schwerfällt, sich auf

die anstehenden Aufgaben einzulassen. Auch die chronische Suizidalität kann für das soziale Umfeld zu einem schwerwiegenden Problem werden. Wenn eine betroffene Person ihre Suizidgedanken immer wieder anspricht, laufen die Bezugspersonen im sozialen Umfeld Gefahr, von den Ängsten und Sorgen überflutet und überfordert zu werden (Rahn 2013). Wird hingegen zu wenig auf die Suizidäußerungen eingegangen, fühlt sich der oder die Betroffene nicht ernst genommen und wird diesen Teil seines inneren Erlebens immer mehr verbergen. In der suizidalen Handlung sehen Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung dann oftmals den letzten Ausweg aus ihrem inneren emotionalen Chaos.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE KINDER

Verunsicherung und Entwicklung von psychischen Beeinträchtigungen

Das selbstverletzende und selbstschädigende Verhalten ist ein weiterer Faktor, der beim Kind zu großer Verunsicherung und zur Entwicklung von Ängsten führen kann. Es erlebt in der Interaktion mit dem erkrankten Elternteil große Schwankungen in dessen Gefühlszuständen vor und nach dem selbstverletzenden Verhalten. Für das Kind sind diese Schwankungen nicht nachvollziehbar und unberechenbar. Es gewinnt den Eindruck, dass sich der Elternteil von einem auf den anderen Moment in ihrem bzw. seinem Wesen stark verändert (Berg-Nielsen / Wichström 2012). Wirke er oder sie zuvor angespannt, traurig und distanziert, ist er oder sie nun locker, überschwänglich und glücklich mit seinem oder ihrem Kind. Diese Gefühlsschwankungen tragen dazu bei, dass sich das Kind auf sein Elternteil nicht verlassen und ihre bzw. seine emotionalen Reaktionen nicht einschätzen kann. Die Komponenten Sicherheit, Konsistenz im Verhalten und Verlässlichkeit, die eine wichtige Basis für die Entwicklung einer sicheren Bindung darstellen, sind nicht oder nicht ausreichend vorhanden.

Bei suizidalen Handlungen oder einem Suizidversuch besteht für das Kind die Gefahr der Trennung durch einen Klinikaufenthalt des Elternteils und des Verlustes bei einem gelungenen Suizid. Solche Situationen stellen einschneidende Veränderungen im Lebenslauf und tiefgreifende Erfahrungen für ein Kind dar, die mit heftigen Gefühlen, wie Trauer, Wut, Angst und tiefem Schmerz verbunden sind. Ausdruck finden diese Gefühle häufig entweder offen in Form von Weinen, Protest, Wutausbrüchen und dem Suchen nach Trost oder auch in indirekter Form durch Rückzug, Kontaktverweigerung, depressiven Tendenzen bis hin zu körperlichen Symptomen wie Schlaflosigkeit und Gewichtsabnahme. Aus der Bindungsforschung ist bekannt, dass die Trennung von der zentralen Bin-

dungsperson zu intensiven Reaktionen der Angst, Verzweiflung und Abwehr aufseiten des Kindes führt und sich nachhaltig schädigend auf die psychische Entwicklung des Kindes auswirken kann (Bakermans-Kranenburg u. a. 2005).

Jede Form des selbstverletzenden oder selbstschädigenden Verhaltens kann die Eltern-Kind-Interaktion nachhaltig negativ beeinflussen und die Wahrscheinlichkeit für den Aufbau einer sicheren Bindung verringern. Die Beziehung zwischen dem Elternteil und dem Kind ist in der Folge von selbstverletzendem oder selbstschädigendem Verhalten auch aufseiten des erkrankten Elternteils überschattet von Sorgen, Anspannung und Ängsten, die einen emotional unbelasteten und einfühlsamen Umgang mit dem Kind schwierig machen.

B

FRÜHINTERVENTIONSPROGRAMME FÜR ELTERN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

3. METHODEN DER UNTERSUCHUNG

4. ERGEBNISSE – DARSTELLUNG AUSGEWÄHLTER FRÜHINTERVENTIONSPROGRAMME

5. ZUSAMMENFASSUNG DER BEFUNDE ZUR WIRKSAMKEIT VON FRÜHINTERVENTIONEN BEI KINDERN PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN

Der Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes, v. a. im Hinblick auf das erhöhte Erkrankungs- und Gefährdungsrisiko insbesondere in der frühen Kindheit, weist auf die Bedeutsamkeit von präventiven Interventionen hin. In Deutschland existieren eine Vielzahl von verschiedenen Modellen und Programmen im Bereich der Frühintervention. In einer Expertise für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konnten bereits im Jahr 2006 über 250 Einrichtungen und Beratungsstellen gefunden werden, in denen Frühinterventionen angeboten werden (Cierpka u. a. 2007).

Die frühe Förderung der elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen stellt in allen Programmen den zentralen Ansatzpunkt dar. Ziel ist es, Eltern in ihrem feinfühligem, intuitiven Umgang mit den Säuglingen oder Kleinkindern zu unterstützen, um sie zur Herstellung und Stabilisierung einer positiven und sicheren Beziehung zu befähigen. Begründen lässt sich diese Fokussierung mit den Befunden aus der Bindungsforschung. Die frühe Bindung beeinflusst entscheidend die soziale, emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes (siehe Kapitel 1.2). Für eine Reihe von manualisierten Programmen, die in den Einrichtungen eingesetzt werden, liegen erste Wirksamkeitsstudien vor (Taubner u. a. 2013).

Die vorliegenden bindungsbezogenen Interventionen sind allerdings nicht speziell auf die Lebenssituation von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern ausgerichtet und zielen daher nicht auf deren besonderen Belange und Problemlagen ab.

Nach der Analyse der multiplen Belastungen sowie vielschichtigen spezifischen Probleme und Gefährdungen für Kinder in Familien mit einem an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erkrankten Elternteil und deren möglichen Folgen wurde im Rahmen vorliegender Expertise in einem nächsten Schritt nach spezifischen Programmen zur Frühprävention für diese Zielgruppe gesucht. Dazu wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

3

METHODEN DER UNTERSUCHUNG

- 41 3.1 Auswahlkriterien
- 41 3.2 Systematische Literaturrecherche – Strategie der Datengewinnung und Analyse

3.1 AUSWAHLKRITERIEN

In das Review wurden präventive Programme und Konzepte für die Arbeit mit emotional instabilen Eltern (Borderline-Persönlichkeitsstörung) von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren einbezogen. Die Programme und Modelle sollten darauf abzielen, die psychische Gesundheit und Entwicklungsmöglichkeiten der Säuglinge und Kleinkinder zu verbessern und die Kompetenzen der erkrankten Eltern hinsichtlich ihrer Erziehungs- und Beziehungsfähigkeiten zu fördern. Gesucht werden sollte nach Programmen, zu denen Wirksamkeitsstudien vorliegen, die im Sinne summativer Evaluationen (Ergebnisevaluationen) publiziert wurden.

3.2 SYSTEMATISCHE LITERATURRECHERCHE – STRATEGIE DER DATENGEWINNUNG UND ANALYSE

Recherchiert wurde in den Datenbanken PSYINDEXplus, PsycINFO, PsycARTICLES, WISO und Social Work Abstracts mit den Suchbegriffen rund um die Kernbegriffe »Borderline«, »Frühintervention« und »Frühe Kindheit«. Aufgrund der daraus resultierenden geringen Trefferquote wurde die Recherche erweitert, indem diagnoseübergreifend nach Programmen und Konzepten für die Arbeit mit psychisch kranken Eltern von Kindern zwischen 0 und 3 Jahren gesucht wurde.

Da die einzelnen Programme häufig in verschiedenen Veröffentlichungen gefunden wurden, mussten in einer ersten Sichtung zahlreiche Duplikate ausgeschlossen werden. Laut Abstract passende Veröffentlichungen wurden in die Volltextanalyse übernommen. Bei dieser wurden die Volltexte auf das Vorhandensein von Einschluss- und Ausschlusskriterien (psychisch kranke Eltern, Frühintervention und Ergebnisevaluation) geprüft und gegebenenfalls in den Studienpool zur Auswertung aufgenommen.

Darüber hinaus wurden Ergänzungsrecherchen in Form einer Handsuche durchgeführt. Einmal auf der Homepage von »Schatten und Licht«, einer Selbsthilfeorganisation zu peripartalen psychischen Erkrankungen (www.schatten-und-licht.de, Aufrufdatum 10.02.2017), sowie der Website der Marcé Gesellschaft, einer internationalen, interdisziplinären Fachgesellschaft, die sich mit der Thematik der schwangerschafts- und geburtsassoziierten psychischen Erkrankungen in Versorgung und Forschung beschäftigt (www.marce-gesellschaft.de, Aufrufdatum 10.02.2017).

4

ERGEBNISSE – DARSTELLUNG AUSGEWÄHLTER FRÜHINTERVENTIONSPROGRAMME

- 44** 4.1 Spezifische Frühinterventionsprogramme und Angebote für Mütter mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung
- 46** 4.2 Krankheitsunabhängige Frühinterventionsprogramme und Angebote für psychisch erkrankte Eltern
- 52** 4.3 Stationäre Mutter-Kind-Behandlung – ein Rooming-in-Angebot
- 54** 4.3.1 Rooming-in – Aufrechterhaltung der Beziehungskontinuität
- 55** 4.3.2 Versorgungssituation und Bedarf an Mutter-Kind-Behandlungsplätzen

Zusammenfassung der Ergebnisse

Bevor einzelne Präventionsprogramme ausführlicher vorgestellt werden, soll ein zusammenfassender Überblick über die Ergebnisse der Literaturrecherche gegeben werden:

1. Generell lässt sich feststellen, dass alle identifizierten Programme in erster Linie auf die erkrankten Mütter als Hauptbezugsperson des Kindes in dieser Altersgruppe abzielen. Sie sind überwiegend auf postpartal erkrankte Mütter ausgerichtet. Unter postpartalen psychischen Erkrankungen werden heterogene Krankheitsbilder verstanden, die sich postpartal, das heißt in den zwei Jahren nach der Geburt des Kindes bei der Mutter erstmalig manifestieren (siehe Kapitel 1.1). Die häufigsten psychischen Erkrankungen der Mütter sind Depressionen, Psychosen, Angst-, Anpassungs- und Zwangsstörungen sowie Borderline-Persönlichkeitsstörungen.
2. Krankheitsspezifische Programme konzentrierten sich in erster Linie auf Depressionen und Angststörungen. Es konnten nur vereinzelte Frühinterventionsprogramme für Eltern mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) gefunden werden. In einem dieser Programme steht die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit im Mittelpunkt. Bei den übrigen Programmen handelt es sich um videogestützte Mutter-Kind-Therapie und Gruppentherapie. In einem multimodalen stationären Konzept für Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung steht ein systemisch-familientherapeutischer Ansatz im Zentrum. Die Recherche ergab weiter, dass sich die Behandlung emotional instabiler Mütter oftmals ausschließlich auf den Einsatz spezifischer Therapieprogramme beschränkt – in erster Linie auf die »Dialektisch-Behaviorale Therapie« (DBT), einer von Marsha Linehan (2016) entwickelten Psychotherapieform zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Sie basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie und umfasst darüber hinaus auch fernöstliche Meditationstechniken. Die Themen Mutterschaft bzw. Elternschaft werden zumindest nicht explizit aufgegriffen. Auch eine Einbeziehung der Kinder erfolgt nicht.
3. Die überwiegende Mehrzahl der präventiven Programme für psychisch kranke Eltern wird störungsübergreifend durchgeführt. Das Behandlungsangebot richtet sich an Eltern, die an Depressionen, Psychosen oder auch an Angst-, Anpassungs- und Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen leiden. Das störungsübergreifende Vorgehen wird zum einen damit begründet, dass die Gesamtbelastung für das Kind nicht an der Art der psychischen Erkrankung an sich liegt, sondern vielmehr in den damit verbundenen kumulierten psychosozialen Faktoren sowie an Krankheitsparametern, wie Beginn, Verlauf, Schweregrad oder Chronizität der elterlichen Erkrankung (siehe Kapitel 1.1 bis 1.7). Darüber hinaus besteht ein breiter fachlicher Konsens, dass speziell in der frühen Kindheit die Förderung des elterlichen Fürsorgeverhaltens zentraler Bestandteil der Präventionsprogramme sein muss, weil sich die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung dem Kind in dieser Zeit über die Interaktion vermittelt und die Einschränkungen in der Interaktion nicht rein krankheitsspezifisch sind (Clark u. a. 2003; Cooper u. a. 2003; Forman u. a. 2007; Nylén u. a. 2006; Gunlicks/Weissman 2008).
4. Die Frühpräventionsprogramme beziehen sowohl die erkrankten Mütter als auch die Partner und die Familie als System ein, das heißt die Programme sind multimodal ausgelegt. Neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung umfassen die Konzepte auf Mutterschaft bzw. Elternschaft fokussierte Einzel- und Gruppenarbeit, videogestützte bindungsbezogene Interventionen, Familien- und Paargespräche, Mutter-Kind-Angebote sowie pädagogische und sozialpädagogische Maßnahmen. Die Programme unterscheiden sich hinsichtlich der Anzahl und des Umfangs der einzelnen Angebote bzw. Maßnahmen.
5. Die präventiven Interventionen werden fast durchgängig im klinischen Kontext, entweder tagesklinisch oder stationär in psychiatrischen Einrichtungen im Rahmen sogenannter Mutter-Kind-Behandlungen angeboten.
6. Die Mehrzahl der Mutter-Kind-Behandlungsangebote in den psychiatrischen Einrichtungen beinhaltet

allerdings keine differenzierten Interventionen zur Förderung der mütterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen, sondern ein erweitertes Rooming-in-Angebot in Analogie zum Rooming-in in der Geburtshilfe und Pädiatrie. Im Mittelpunkt steht die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind, um während des Klinikaufenthalts die Beziehungskontinuität aufrechtzuerhalten.

Im Folgenden werden Interventionsprogramme folgender Kategorien ausführlicher beschrieben:

- spezifische Frühinterventionsprogramme und Angebote für Mütter mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (4.1)
- krankheitsunabhängige Frühinterventionsprogramme und Angebote für psychisch erkrankte Eltern (4.2)
- stationäre Mutter-Kind-Behandlung (4.3)

4.1 SPEZIFISCHE FRÜHINTERVENTIONS-PROGRAMME UND ANGEBOTE FÜR MÜTTER MIT EINER EMOTIONAL INSTABILEN PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Die Literaturrecherche über alle Datenbanken erbrachte fünf unterschiedliche spezielle Programme und Konzepte für die Arbeit mit an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) erkrankten Müttern. Ausführlicher beschrieben werden die beiden markierten Programme.

Programme für Mütter mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung

- *A group program for borderline mothers and their toddlers* (Holman 1985).
 - *Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants* (Nijssens u. a. 2012).
 - *Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder* (Newman 2008).
 - *An atypical therapeutic treatment program: therapeutic co-constructions of the early relationship between a borderline mother and her baby* (Wendland u. a. 2009).
 - *Elternteile mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein systematisch-familientherapeutisches Eltern-Kind-Behandlungsangebot* (Abendschein 2012)
-

Das Programm von Holman (1985) beinhaltet eine thematische Gruppentherapie mit dem Fokus auf Mutterschaft sowie eine Spielgruppe für Mutter und Kind. In den Programmen von Wendland u. a. (2009) und Newman (2008) steht jeweils die bindungsfokussierte Psychotherapie zur Verbesserung der Interaktion zwischen den erkrankten Müttern und deren Kindern im Zentrum.

Mit Blick auf die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern im Kontext der Frühen Hilfen sollen hier im Folgenden zwei Studien ausführlicher dargestellt werden:

das Konzept von Nijssens u. a. (2012), das sich auf die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit konzentriert, eine Fähigkeit, die bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen eingeschränkt ist, aber eine grundlegende Voraussetzung für Feinfühligkeit und intuitive kommunikative Kompetenzen darstellt (Fonagy u. a. 2008), sowie das Programm von Abendschein (2012) mit einem differenzierten, multimodalen Konzept für stationäre psychiatrische Einrichtungen.

• **Mentalisierungsbasierte Behandlung für Eltern (Mentalization-Based Treatment for Parents, MBT-P)**

Dieses Interventionsprogramm für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern ist für erkrankte Eltern entwickelt worden, die sich parallel dazu in einer eigenen psychotherapeutischen Behandlung befinden (Nijssens u. a. 2012). Das MBT-P-Programm, das mit dem Therapieprogramm für die erkrankte Mutter inhaltlich abgestimmt ist, setzt sich aus einer Mutter-Säuglings/Kleinkind-Psychotherapie und einem Gruppentraining zusammen. Zentrale Aspekte der Intervention sind Ressourcenorientierung und Förderung der Selbsthilfepotentiale.

Mutter-Kind-Psychotherapie

In der Mutter-Kind-Psychotherapie liegt der Fokus auf der Förderung der Mentalisierungsfähigkeit (vgl. Kapitel 2.2). Das eigene Verhalten sowie die Verhaltensweisen und Signale des Kindes in Bezug auf Gedanken, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu verstehen, verbessert die Feinfühligkeit der Mutter und damit die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion. Als Technik wird das Video-Feedback eingesetzt. Die Mütter erhalten zusätzlich noch eine eigene Videokamera, um auch im häuslichen Kontext schwierige Situationen festhalten zu können. Die festgehaltenen Situationen werden daraufhin in der Sitzung gemeinsam analysiert und reflektiert.

Gruppenorientierung und Krisenmanagement

Parallel zu der Mutter-Kind-Psychotherapie finden sechs Gruppensitzungen statt, in denen folgende Themen behandelt werden:

1. Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierung;
2. Elternschaft;

3. Wechselspiel der Gedanken, Gefühle und Intentionen;
4. Bindung und intergenerative Übertragung;
5. Trennung und Individualisierung;
6. emotionale Entwicklung und Emotionsregulierung.

Durch das Gruppensetting sollen darüber hinaus der Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Unterstützung gefördert werden. Ein weiteres Element bildet die Erstellung eines Krisenplanes für den Umgang mit akuten Belastungen und Konflikten, bei dem der Fokus auf den Bedürfnissen des Kindes liegt. Dieser Krisenplan wird gemeinsam mit einer psychosozialen Pflegekraft entwickelt, die neben therapeutischem und psychiatrischem Personal zum festen Betreuungsteam gehört.

Ressourcenorientierung und Förderung der Selbsthilfepotentiale

Die Grundausrichtung dieses Interventionsprogramms ist ressourcenorientiert und zielt darauf ab, die Selbsthilfepotentiale des Elternteils für die Übernahme der Elternrolle zu stärken. Studien zur Wirksamkeit dieses Programms liegen bislang nicht vor, sind aber, wie die Autoren betonen, geplant.

• **Elternteile mit Borderline-Persönlichkeitsstörung – Ein systematisch-familientherapeutisches Eltern-Kind-Behandlungsangebot**

In diesem stationären, multimodalen Behandlungsprogramm für Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird eine allgemeinspsychiatrisch-pharmakologische Behandlung mit Psychotherapie, systemisch-familientherapeutischen Ansätzen sowie pädagogischen und ergotherapeutischen Maßnahmen verknüpft (Abendschein 2012). Aufgenommen werden auf einer allgemeinspsychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichteten Klinikstation auch die Kleinkinder und Kinder im gesamten Vorschulalter.

Psychologische Therapieverfahren, fachtherapeutische und pädagogische Maßnahmen

Neben der medizinisch-medikamentösen Behandlung werden verschiedene psychologische Therapieformen angeboten: systemische Einzelpsychotherapie mit dem Fokus auf Elternschaft, Paar- und Familientherapie sowie die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan (2016). Ergänzt werden psychiatrisch-psychologische Be-

handlungsangebote durch fachtherapeutische bzw. ergotherapeutische Maßnahmen wie z. B. Bewegungs-/Tanz- und Musiktherapie und spezielle Mutter-Kind-Angebote wie Mutter-Kind-Bewegungstherapie, Mutter-Kind-Interaktionsgruppen und Säuglingsmassagegruppen. Ein weiteres Element in dem multimodalen Behandlungsprogramm stellen spezifische pädagogische Maßnahmen dar. Sie umfassen die Anleitung bei der Ernährung und Pflege des Kindes, Anregungen für eine altersadäquate Beschäftigung mit dem Kind, Beratung im Hinblick auf Erziehung und kindgerechte Lebensweise nach Entlassung und das Einüben von Techniken des Alltags- und Selbstmanagements.

Das Reflecting Team

Einen besonderen Stellenwert hat in dem Konzept der Einsatz der systemischen Technik des »Reflecting Teams«, in dem sich im Beisein der erkrankten Mutter das multiprofessionelle Team über Fragen des Behandlungsverlaufs und der Mutter-Kind-Beziehung austauscht. Dadurch wird ein hohes Maß an Offenheit, Transparenz und Partizipation hergestellt. Die Mütter fühlen sich ernstgenommen, respektiert, wertgeschätzt und ermutigt, wieder stärker Verantwortung für die Versorgung und Betreuung ihres Kindes zu übernehmen.

Wirksamkeit des Angebots

In einer ersten Evaluationsstudie, in der vier standardisierte Erhebungsinstrumente in einer Prä-Post-Messung eingesetzt wurden – Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke 2002), Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE), Familienbögen (FB) sowie die GARF-Skala – konnten positive Effekte des Behandlungsprogramms nachgewiesen werden. Es zeigte sich, dass nach Abschluss der Behandlung die krankheitsbezogenen Belastungen der Mütter geringer waren und es darüber hinaus zu einer Stabilisierung und Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung gekommen war. Gleichwohl bewegen sich die Werte in den meisten Skalen in nicht unkritischen Bereichen, das heißt die Belastungen und Problembereiche bestehen weiterhin, aber in einer deutlich abgeschwächten Form.

4.2 KRANKHEITSUNABHÄNGIGE FRÜHINTERVENTIONSPROGRAMME UND ANGBOTE FÜR PSYCHISCH ERKRANKTE ELTERN

Die Literaturrecherche erbrachte 412 Treffer. Nach einer ersten Sichtung und dem Ausschluss von Überblicksarbeiten wurden 72 Quellen in eine Vorauswahl einbezogen, von denen 52 Quellen einer Volltextanalyse unterzogen wurden. In den Quellen wurden die folgenden 14 Präventionsprogramme beschrieben.

Programme für psychisch erkrankte Eltern

- *The Circle of Security Interview* (Cooper u. a. 1999)
- *The Circle of Security project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads* (Marvin u. a. 2002)
- *Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung* (Hartmann/Grande 2007).
- *Mutter-Kind-Einheit des Westfälischen Zentrums Herten zur Behandlung postpartaler psychischer Störungen* (Turmes 2008)
- *Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlung am Universitätsklinikum des Saarlandes* (Equit/von Gontard 2012)
- *Heidelberger Therapiemodell – ein integrativer Ansatz zur Behandlung postpartaler Depressionen und Angststörungen* (Reck u. a. 2006)
- *Was Mütter depressiv macht ... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch* (Hofecker Fallahpour u. a. 2005).
- *Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden* (Wortmann-Fleischer u. a. 2006)
- *Tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung bei postpartalen psychischen Störungen* (Deneke u. a. 2004; Deneke/Lucas 2008).

- **»Kreis der Sicherheit«. Zur Förderung früh-kindlicher Bindungssicherheit bei psychischer Erkrankung der Mutter** (Ramsauer u. a. 2011; Ramsauer/Griebel 2013)
- **Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit** (Butler u. a. 2014)
- **Stationäres interdisziplinäres Behandlungsangebot für psychisch kranke Mütter (Väter) und ihre Kleinkinder** (Reisch 2013)
- **A model-based intervention for depressed mothers and their infants** (Van Doesum u. a. 2005)
- **Perinatal dyadic psychotherapy: design, implementation, and acceptability** (Goodman u. a. 2013)

Zusammenfassung

In den krankheitsunabhängigen Programmen werden alle großen Diagnosegruppen behandelt. Die betreuten Mütter leiden am häufigsten an Depressionen, Angst-, Anpassungs- und Zwangsstörungen, Psychosen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Programme zielen überwiegend auf postpartale Erkrankungen ab. Das krankheitsunabhängige Vorgehen wird damit begründet, dass sich die Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung dem Kind über die Mutter-Kind-Beziehung vermitteln und die Interaktionsstile der Mütter nicht krankheitsspezifisch sind (siehe Kapitel 1.2).

Ziel ist es, durch psychologische Mutter-Kind-Therapien dysfunktionale Interaktionsmuster zu verändern und durch Rückspiegelung anhand positiver Videosequenzen die mütterliche Selbstwirksamkeit zu erhöhen und das negative Selbstbild als Mutter zu korrigieren. Des Weiteren soll die mütterliche Wahrnehmung für die kindlichen

Bedürfnisse und für die eigenen und kindlichen Stressreaktionen in der Mutter-Kind-Interaktion sensibilisiert werden. Auf diese Weise soll die teufelskreisartige Verknüpfung zwischen der mütterlichen Erkrankung, der Qualität der Mutter-Kind-Interaktion und der Entwicklung der Kinder aufgelöst werden: Die Auswirkungen auf das Kind belasten die Mutter und beeinflussen ihre Symptomatik negativ. Dies wirkt sich wiederum auf die Mutter-Kind-Interaktion und das Kind aus, sodass der Teufelskreis weitergeführt wird (vgl. Kapitel 1.5).

Gemeinsamkeit der Programme

Die Gemeinsamkeit dieser Programme und Konzepte besteht in ihrer multimodalen Ausrichtung; d.h. verhaltens-, interaktions- und pharmakotherapeutische Interventionen werden gleichzeitig durchgeführt. So wird eine videogestützte bindungsbezogene Eltern-Kind-Intervention ergänzend zu einer Einzeltherapie mit dem Fokus auf Elternschaft implementiert. Darüber hinaus werden die klassischen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsmethoden eingesetzt. In der Regel werden diese Programme in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Erwachsenenpsychiatrie durchgeführt. Ein stationärer oder tagesklinischer Rahmen soll den Müttern zusätzlich als eine sichere Basis dienen und ihnen zugleich Unterstützung und Entlastung bieten. Die einzelnen Programme und Konzepte der Arbeit mit psychisch kranken Eltern unterscheiden sich hinsichtlich des Stellenwerts und des Umfangs sowie der Ausgestaltung der begleitenden pädagogischen und sozialpädagogischen Maßnahmen. In den meisten Programmen konzentrieren sich die pädagogischen Maßnahmen auf die generelle Förderung von Erziehungskompetenz sowie auf die Anleitung und Unterstützung bei der Pflege und Versorgung des Kindes. In dem Programm von Butler u. a. (2014) orientieren sich die pädagogischen Maßnahmen hingegen gezielt an den Prinzipien des »Triple-P«-Ansatzes².

2 Triple P: »Dreifaches P« steht für Positive Parenting Program. Das Elternprogramm ist weltweit sehr verbreitet und in der Wirksamkeit gut wissenschaftlich belegt. Eltern und Fachkräfte werden auf Basis verhaltenstherapeutischer Methoden im Umgang mit Kindern gestärkt (siehe auch: <http://www.triplep.de/de-de/startseite/>, abgerufen am 10.02.2017).

Exemplarische Darstellung einzelner Programme

Im Folgenden werden exemplarisch vier multimodale Programme ausführlicher vorgestellt, die im deutschsprachigen Raum entwickelt und/oder bereits länger erprobt worden sind.

Multimodale Programme im deutschsprachigen Raum

- Tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung bei postpartalen psychischen Störungen
- »Kreis der Sicherheit«. Zur Förderung frühkindlicher Bindungssicherheit bei psychischer Erkrankung der Mutter
- Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden
- Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlung am Universitätsklinikum des Saarlandes

Das Modell der »Tagesklinischen Eltern-Baby-Behandlung« (Deneke u. a. 2004; Deneke/Lucas 2008) und die Bindungstherapie »Kreis der Sicherheit« (Ramsauer u. a. 2011; Ramsauer/Griebel 2013) werden im kinderpsychiatrischen Kontext angeboten. Das Interventionsprogramm »Kreis der Sicherheit« wird als ein ambulantes und tagesklinisches Präventions- und Behandlungsangebot für psychisch erkrankte Mütter mit Kindern im Säuglingsalter an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik Hamburg-Eppendorf wurde im Rahmen eines randomisierten kontrollierten Studiendesigns evaluiert (Ramsauer u. a. 2016). Der interaktionszentrierte Therapieleitfaden (Wortmann-Fleischer u. a. 2006) wurde hingegen im erwachsenenpsychiatrischen Kontext entwickelt und erprobt. Die ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlung am Universitätsklinikum des Saarlandes (Equit/von Gontard 2012) stellt ein Beispiel für eine gelungene Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie dar.

• Tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung bei postpartalen psychischen Störungen

Das tagesklinische Angebot wurde in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf eingerichtet (Deneke u. a. 2004; Deneke/Lucas 2008). Das Konzept ist multimodal strukturiert, um die Bedürfnisse der Kinder und der erkrankten Eltern ausreichend berücksichtigen und der Komplexität der psychosozialen Problemlage besser gerecht werden zu können. Eine unterstützende, sorgende und verstehende Atmosphäre bildet die Grundlage des Interventionskonzepts, das therapeutische und pädagogische Angebote sowohl für die Eltern als auch das Kind umfasst. Wichtige Elemente sind darüber hinaus die Konfliktbearbeitung mit dem Fokus Mutterschaft sowie die Einbeziehung des sozialen Umfeldes.

Aufnahmekriterien

Aufgenommen werden in die Tagesklinik Mütter mit postpartalen psychischen Störungen, denen mangelnde Impulskontrolle, Suizidalität und nicht beherrschbare Ängste, mit dem Kind allein zu sein, sowie schwerwiegende Störungen in der Interaktion mit dem Kind zugrunde liegen. Aus diesen Gründen reicht ein ambulantes Angebot nicht aus. Aufnahmekriterien sind darüber hinaus ein auffälliges kindliches Verhalten – wie eine Regulationsstörung in Form von erhöhter Irritabilität, Schrei-, Schlaf- und Fütterstörung oder Hyperaktivität – oder eine Entwicklungsretardierung und Bindungsstörung sowie Mängel im sozialen Unterstützungssystem. Auch Vernachlässigungen, die es unmöglich machen, dass die Mutter auch nur zeitweise mit dem Kind allein gelassen werden kann, gehören zu den Indikationen für eine Aufnahme.

Pädagogische Maßnahmen

Die pädagogischen Maßnahmen umfassen die Unterstützung der Mutter (Selbstpflege, Tagesstruktur, Wechsel von Anstrengung und Entspannung, etc.) sowie die Unterstützung der Mutter im Umgang mit dem Säugling (Anleitung und Modellbildung für die Mutter sowie die zeitweise Betreuung des Kindes zur Entlastung der Mutter).

Therapeutische Maßnahmen

Die therapeutischen Maßnahmen setzen sich zusammen aus der psychotherapeutischen Behandlung mit dem Fokus auf Mutterschaft und der medizinisch-psychiatrischen Behandlung in Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Entwicklungsdiagnostik und Behandlung des Kindes in Zusammenarbeit mit der Pädiatrie. Neben diesen individuellen, auf die erkrankte Mutter und das betroffene Kind bezogenen Maßnahmen werden videogestützte Mutter-Kind-Intervention, Eltern-Kind-Gruppentherapie, Paar- und Familientherapie sowie eine Vätergruppe angeboten.

Zusätzliche Angebote

Die zusätzlichen Angebote reichen von einer Bewegungstherapie als Gruppen- oder Einzelbehandlung für die Mutter oder für Mutter und Kind, einer Ergotherapie in Form von Anleitungen zur Babymassage über Eltern-Kind-Spielgruppen und eine sensorische Integrationsbehandlung für das Kind bis hin zur Kreativ- und Musiktherapie für die Mütter.

Sozialpädagogische Betreuung

Die sozialpädagogische Betreuung umfasst soziale Beratung, die Informationsvermittlung und Unterstützung bei der Beantragung finanzieller Hilfen, die Vermittlung zusätzlicher Betreuungsangebote, wie z. B. Haushaltshilfe, sowie der notwendigen Unterstützung nach der Entlassung, wie z. B. Tagespflege, Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), betreutes Wohnen und Patenfamilien in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.

Ziele der tagesklinischen Eltern-Baby-Behandlung

- die Entlastung für die Mutter und die Befriedigung regressiver Bedürfnisse sowohl der Mutter als auch des Kindes
- die Stärkung der intuitiven mütterlichen Fähigkeiten sowie die Stärkung von Responsivität und Sensitivität der Mutter
- die Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen durch Erfahrung von Gemeinschaft
- die Förderung der mütterlichen Wahrnehmungen

- die (Wieder-)Entdeckung eigener Stärken und Ressourcen
- die Förderung der Entwicklung und Nachreifung des Kindes
- die Stärkung der väterlichen Position
- das Aufzeigen von Wegen zur Veränderung des täglichen Lebens und die Ermutigung für Veränderungen

• »Kreis der Sicherheit«. Zur Förderung früh-kindlicher Bindungssicherheit bei psychischer Erkrankung der Mutter

Die »Kreis der Sicherheit«-Intervention ist ein bindungs-fokussiertes Angebot für postpartal erkrankte Mütter mit Säuglingen, die unter Depression, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen leiden (Ramsauer u. a. 2011; Ramsauer/Griebel 2013). Die bindungsbezogene Intervention ist für Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren entwickelt worden (Ramsauer u. a. 2011).

Die Intervention geht von der Erkenntnis aus, dass die Mutter durch ihre psychische Erkrankung in ihrer Mentalisierungsfähigkeit eingeschränkt ist, was die Entwicklung unsicherer oder desorganisierter Bindung beim Kind bedingt. Die »Kreis der Sicherheit«-Intervention richtet den Fokus daher auf die Förderung dieser mütterlichen Mentalisierungsfähigkeit. Unter Berücksichtigung der individuellen Bindungsgeschichte und der spezifischen Vulnerabilität in den Beziehungen soll das mentale und emotionale Reflexionsvermögen gefördert und gestärkt werden, um positive Veränderungen in der täglichen Interaktion mit ihrem Kind zu ermöglichen. Die mentalen Fähigkeiten der Mutter, Wünsche, Motive, Bedürfnisse, Gedanken und Gefühle bei sich und dem Kind im Kontext der Bindungsbeziehung zum Kind wahrzunehmen, anzuerkennen und durch Handlung, Gestik, Wort und Spiel zu kommunizieren und zu beantworten, stellen Schlüsselkompetenzen für die Entwicklung von Bindungssicherheit, Selbstregulation und psychischer Gesundheit beim Kind dar (siehe Kapitel 1.2).

Gruppenprogramm mit psychoedukativen und -therapeutischen Modulen

Das Hamburger Interventionsprogramm ist ein gruppen-therapeutisches Programm für jeweils sechs Mütter, das sich über 20 Einheiten von jeweils 90 Minuten Dauer erstreckt. Die Inhalte des Programms bestehen aus psychoedukativen und psychotherapeutischen Modulen unter

Einschluss von Videoanalysen in der Gruppe. Die Kinder sind während der Sitzungen nicht anwesend.

Vor Beginn der Gruppentherapie wird eine ausführliche Interaktionsdiagnostik durchgeführt:

- In unterschiedlichen Situationen (u. a. freie Spielsituation, Still-Face-Situation) werden Bindungs- und Erkundungsverhalten aktiviert und per Video aufgezeichnet.
- Ergänzend werden ein Fürsorgeinterview (»Kreis der Sicherheit«) und ein Bindungsinterview (Adult Attachment Interview, AAI (dt. Version Gloger-Tippelt/Hoffman 1997)) mit der Mutter durchgeführt, um ihre mentalen Bindungs- und Fürsorgerepräsentationen zu erfassen.

Auf der Grundlage der diagnostischen Befunde wird ein Beziehungsgutachten von Mutter und Kind erstellt, in dem die mütterlichen Kernschwierigkeiten im Zusammenhang mit Bindungs- und Autonomiebedürfnissen des Kindes beschrieben werden. Für jede Mutter-Kind-Dyade (Zweierbeziehung aus Mutter und Kind) wird ein individualisierter Behandlungsplan ausgearbeitet. Er enthält eine Auswahl an Videosequenzen, anhand derer die Mutter im Verlauf der Gruppentherapie an ihre Kernschwierigkeiten herangeführt wird.

Ablauf der Videoanalyse als Kern der Intervention

Im Mittelpunkt der Gruppenintervention stehen die Videoanalyse und ihre Reflexion in der Gruppe:

- In den ersten beiden Sitzungen erfolgt eine Bindungs- und -erziehung, u. a. mit Hilfe von Videomaterial.
- In der folgenden Phase geht es um die Annäherung an die Kernprobleme der Mutter in der Interaktion mit dem Kind, die anhand spezifischer Videoclips aus dem diagnostischen Material analysiert werden. Jede Sitzung widmet sich dabei einer Mutter aus der Gruppe.
- Die nächste Phase beinhaltet eine Auseinandersetzung mit den Kernproblemen in der Interaktion anhand des Videomaterials.
- Danach werden erneut Interaktionen zwischen Mutter und Kind per Video aufgezeichnet, die im weiteren Verlauf der Gruppenintervention dazu dienen, positive Veränderungen und weiter bestehende Schwierigkeiten sichtbar zu machen.

Die Mütter sollen im Verlauf der Intervention Einsichten in ihre Kognitionen und Gefühle, ihr Verhalten und Erleben gewinnen sowie ihre Abwehr kindlicher Bindungs- und Erkundungsbedürfnisse verstehen. Dabei werden Zusammenhänge zwischen aktuellem Bindungs- und Erkundungsverhalten und eigenen Erfahrungen in der Kindheit hergestellt. Eine wichtige Rolle spielt hierbei der Austausch in der Gruppe.

Postpartale psychische Störungen.

Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden

Ein differenziertes, multimodales und mittlerweile langjährig erprobtes Programm ist der »Interaktionszentrierte Therapieleitfaden zur Behandlung postpartaler psychischer Störungen« von Wortmann-Fleischer u. a. (2006) im stationären psychiatrischen Kontext. Das Programm integriert Verfahren, die sich bei der psychotherapeutischen Behandlung von affektiven und psychotischen Störungen bewährt haben, wie die kognitive Verhaltenstherapie und die Psychoedukation, sowie Elemente der interaktionsbezogenen Eltern-Kleinkind-Beratung und -Therapie. Schwerpunkte der Behandlung sind die Auseinandersetzung mit der Mutterschaft sowie die Förderung mütterlicher Kompetenzen.

Das störungsübergreifende sechswöchige Behandlungsprogramm wird additiv zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Standardbehandlung eingesetzt. Indikation ist die subjektive Störung mütterlicher Kompetenzen in der frühen Mutterschaft oder beobachtete Defizite in der Versorgung des Kindes sowie in der Mutter-Kind-Interaktion. Das Interventionsprogramm ist für Mütter mit Kindern bis zum Alter von 24 Monaten geeignet. Es wurde für die stationäre Behandlung postpartal erkrankter Frauen und deren Kinder in der Mutter-Kind-Behandlungseinheit des Psychiatrischen Zentrums Nordbaden in Wiesloch entwickelt. Die Erfahrungen zeigen, dass einzelne Module des Behandlungsprogramms, wie die Gruppentherapie für Mütter und die videogestützte Einzeltherapie der Mutter-Kind-Beziehung, auch gut für ein ambulantes Setting geeignet sind.

Module des Behandlungsprogramms

Das Behandlungsprogramm umfasst die folgenden vier Module:

- *Modul 1: Gruppentherapie für Mütter*

Dieses Modul umfasst 10 Sitzungen, die in einem halb-offenen Setting durchgeführt werden. Bearbeitet werden Themen, die sich mit der spezifischen Situation in der frühen Mutterschaft beschäftigen wie Rollenbilder, die Wahrnehmung positiver Gefühle, Stressfaktoren und Stressbewältigungsstrategien sowie das Krisenmanagement. Hinzu kommen zentrale interaktionsbezogene Aspekte wie Neugierde an der Beobachtung des Kindes, die Bedeutung der beschreibenden Sprache, die Fähigkeit, den kindlichen Signalen ein Echo zu geben, Beruhigungstechniken sowie »Führen und Folgen«. Grundlage für die interaktionsbezogenen Themen bilden relevante entwicklungspsychologische Aspekte in der frühen Kindheit. Dazu gehören Feinfühligkeit, intuitive elterliche Kompetenzen und Autonomieentwicklung.

- *Modul 2: Videogestützte Einzelpsychotherapie der Mutter-Kind-Beziehung*

Der Einsatz von Videoaufzeichnungen ermöglicht zum einen eine detaillierte Beobachtung der Fülle an schnell wechselnden Prozessen des interaktiven Austausches zwischen Eltern und Säugling und deren Bedeutung für den emotionalen Gehalt der Beziehung sowie eine genaue Analyse des Interaktionsverhaltens. Zum anderen erleichtert der Blick aus der Perspektive der Beobachtenden den Müttern die Selbstwahrnehmung. Durch das Medium Bild gelingt ein unmittelbarer emotionaler Zugang zu den postpartal affektiv oder psychotisch erkrankten Müttern. Ausgangspunkt sind die vorhandenen Ressourcen einer Mutter in der Interaktion mit ihrem Kind. Diese werden gezielt zum Aufbau mütterlicher Kompetenzen im emotionalen Austausch mit dem Säugling genutzt. Voraussetzung für das Gelingen der videogestützten Intervention ist die konsequente Betonung und Wertschätzung des »Positiven«, des »Gelungenen« in der Eltern-Kind-Interaktion während der gemeinsamen Analyse der Bilder. Die individuelle video-mikroanalytische Intervention wird einmal in der Woche durchgeführt.

- *Modul 3: Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung im Alltag*

Die Mütter werden von Erzieherinnen und Erziehern und dem Pfllegeteam bei der alltäglichen Versorgung des Kindes unterstützt, indem sie positive mütterliche Verhaltensweisen bestätigen und auf kindliche Signale aufmerksam machen. Zudem helfen sie den Müttern, die kindlichen Signale adäquat zu interpretieren und darauf zu reagieren, z. B. beim Üben von Beruhigungstechniken und bei der Babymassage. Das Team fungiert dabei als Modell für die Mütter.

- *Modul 4: Arbeit mit Vätern und Angehörigen*

Durch die postpartale psychische Erkrankung der Mutter wird für den Partner der Rollenübergang in die Elternschaft und das Hineinwachsen in die vielfältigen Herausforderungen der Vaterschaft oftmals erschwert. Auch die Paarbeziehung ist durch die psychische Erkrankung der Mutter belastet. Häufig entwickeln die Partner körperliche und psychische Symptome als Ausdruck einer Stressbelastung. Das Ziel der Paargespräche ist die emotionale Entlastung des Partners von Schuldgefühlen und Befürchtungen, die sich immer auch auf die Auswirkungen der mütterlichen Erkrankung auf das Kind oder auf die Vererbbarkeit beziehen. Um Vater und Mutter in ihrer elterlichen Verantwortung zu stärken, wird Psychoedukation als Paargespräch durchgeführt. Ein weiteres Ziel besteht in der Förderung bzw. Stärkung des sozialen Netzwerkes, das nach der Entlassung für die Stabilisierung und Gesundung eine große Bedeutung hat.

Das Therapieprogramm wird seit einigen Jahren in psychiatrischen Kliniken eingesetzt und hat sich im klinischen Alltag bewährt. Empirisch ist der Therapieleitfaden bislang lediglich in Ansätzen überprüft. Er bezieht sich auf Ergebnisse der Therapieforchung und integriert solche Behandlungselemente, die im Sinne einer Evidenzbasierung als empirisch validiert gelten.

Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlung am Universitätsklinikum des Saarlandes

Dieses Behandlungsangebot umfasst sowohl eine Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder als auch eine

stationäre Mutter-Kind-Behandlung. Das Behandlungsangebot richtet sich an Mütter mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen, wie z. B. Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Anpassungsstörungen und Psychosen, und an Säuglinge und Kleinkinder, z. B. mit Regulationsstörungen, frühkindlicher Aggressivität und Störung des Sozialverhaltens. Auch Risikokinder nach Früh- und Mangelgeburten mit Verhaltensproblemen werden einbezogen.

Im Unterschied zu den Mutter-Kind-Behandlungskonzepten in den psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene, in denen die Kinder gewissermaßen »Begleitpersonen« sind, liegt hier ein Fokus ebenso auf den Kindern. Sie sind also auch »Patientinnen und Patienten«.

Die Angebote der Spezialambulanz setzen sich zusammen aus der Beratung der Eltern, bindungsbezogenen Interventionen und der Vermittlung von Maßnahmen zur psychosozialen Entlastung, wie z. B. Haushaltshilfen und sozialpädagogischen Familienhilfen. Die Besonderheit des stationären Behandlungskonzepts am Universitätsklinikum des Saarlandes besteht darin, dass die Kompetenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie in der Mutter-Kind-Behandlung auch räumlich zusammengeführt wurden (Equit/von Gontard 2012).

4.3 STATIONÄRE MUTTER-KIND-BEHANDLUNG – EIN ROOMING-IN-ANGEBOT

Die multimodalen Programme für psychisch erkrankte Mütter werden überwiegend im stationären klinischen Kontext im Rahmen von Mutter-Kind-Behandlungen angeboten. Unter dem Begriff der Mutter-Kind-Behandlung wird allgemein die gemeinsame Aufnahme von postpartal erkrankten Müttern mit Säuglingen oder Kleinkindern zumeist in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie verstanden. Die therapeutischen, pädagogischen, personellen und räumlichen Angebote der Mutter-Kind-Behandlungen sind sowohl hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung als auch der Anzahl der Behandlungsplätze sehr unterschiedlich.

GUT ZU WISSEN –

Informationen der Selbsthilfeorganisation »Schatten & Licht«

Auf der Homepage der Selbsthilfeorganisation »Schatten & Licht« ist eine Liste aller psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland – einschließlich der Einrichtungen mit einem differenzierten, multimodalen Behandlungsangebot – zu finden, die Mutter-Kind-Behandlungsplätze vorhalten.

Informationen finden Sie unter www.schatten-und-licht.de (Aufrufdatum 10.02.2017).

Diese Seiten des »Schatten & Licht e.V.« möchten betroffenen Frauen und deren Familien eine Hilfe an die Hand geben, um die schwere Zeit, die sie erleben, leichter bewältigen zu können. Neben der Liste der Mutter-Kind-Einrichtungen sind auf dieser Homepage eine Reihe von Informationen und Literaturhinweisen zum Thema »Krise rund um die Geburt« und postpartale Erkrankungen zu finden. Auf einer »Fachleute-Liste« werden zudem Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen sowie Hebammen und Entbindungspfleger aufgeführt, die spezielle Fortbildungen zu diesem Thema absolviert haben oder über andere Qualifikationen und Erfahrungen verfügen und/oder gezielt von betroffenen Müttern empfohlen wurden.

Zur Entstehung von Mutter-Kind-Angeboten

Die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung bei einer psychischen Erkrankung der Mutter in Analogie zum Rooming-in in der Geburtshilfe und Pädiatrie wurde in England bereits Anfang der 1950er-Jahre begründet. Auslöser für die Einrichtung dieses Angebots waren die klinischen Erfahrungen, die aufzeigten, dass bei postpartalen Psychosen die Trennung von Mutter und Säugling häufig zur gesundheitlichen Verschlechterung der mütterlichen Erkrankung nach der Entlassung und zu gravierenden Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung führt (Douglas 1956). Main (1958) machte im Cassel Hospital in London die Beobachtung, dass die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung auf den sogenannten Mutter-Kind-Einheiten in den psychiatrischen Einrichtungen und die gegenseitige Unterstützung der erkrankten Mütter zur Folge hatte, dass schwer kranke Mütter schneller einen psychotherapeutischen Zugang zu ihrer Erkrankung fanden.

Die Kinder profitierten erkennbar von der Besserung des mütterlichen Krankheitszustandes und auch familiäre Belastungen durch die postpartale Erkrankung waren wesentlich geringer. In ersten Evaluationsstudien konnte nachgewiesen werden, dass die stationäre Aufnahme psychisch kranker Mütter zusammen mit ihren Säuglingen und Kleinkindern ein sinnvolles Angebot darstellt, das gute therapeutische Effekte bei den Müttern zeigt und sich positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirkt. So legen die Ergebnisse einer kanadischen Studie dar, dass nach einer gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlung 87% aller psychotisch erkrankten Mütter in der Lage waren, ihr Kind adäquat zu versorgen. Im Gegensatz dazu konnten dies unter den Müttern, die ohne ihr Neugeborenes stationär psychiatrisch behandelt wurden, nur 31% (Stewart 1989). In einer relativ großen Stichprobe von 115 Müttern mit Wochenbettpsychosen waren bei der Entlassung nach ca. sieben Wochen nahezu alle in der Lage, angemessen für ihr Kind zu sorgen. Darüber hinaus zeigte sich, dass durch die gemeinsame Behandlung die Mütter nicht schnell nach Hause drängten und damit das Rückfallrisiko reduziert wurde (Bardon u. a. 1968). Die Einschränkungen in der Interaktion zwischen der erkrankten Mutter und dem Kind erhöhen das Risiko für eine kindliche Fehlanpassung und wirken sich darüber hinaus auf den Gesundheitszustand der Mutter

aus. Wie in den neueren Längsschnittstudien aufgezeigt werden konnte, hat die Beziehung zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Fehlanpassung keine einseitige Wirkrichtung (siehe Kapitel 1.2).

Gesundheit von Mutter und Kind im Fokus

Um diese langfristigen Folgen der Mutter-Kind-Beziehung durch postpartale Störungen zu vermeiden, bietet ein geschützter Raum durch eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung eine gute Möglichkeit. Neben der medizinisch-medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung bilden der Erhalt sowie die Förderung und Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung die zentralen Ziele der Mutter-Kind-Behandlung (Hartmann 2008). Anders als bei den patientenfokussierten Therapieformen stehen hier sowohl die Gesundheit der Mutter als auch die des Kindes im Mittelpunkt. Die Patientin ist in diesem Behandlungssetting allerdings ausschließlich die erkrankte Mutter. Die therapeutischen Bemühungen richten sich zumindest nicht direkt auf die Kinder, auch wenn die Interventionen Auswirkungen auf die Kinder haben, weil diese Teil des Beziehungssystems sind, und zwar im Sinne einer Unterstützung der Beziehung zwischen Mutter und Kind, der Stabilisierung der kindlichen Entwicklung und damit einer Vorbeugung psychischer Auffälligkeiten. Die Kinder haben in der Mutter-Kind-Behandlung in erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen den Status eines Gastes oder einer Begleitperson, und zwar sowohl in rechtlicher und finanztechnischer als auch in therapeutischer Hinsicht.

4.3.1 ROOMING-IN – AUFRECHTERHALTUNG DER BEZIEHUNGSKONTINUITÄT

Durch eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind soll eine Trennung vom Kind und somit ein zumindest zeitweiser Beziehungsabbruch mit damit einhergehenden traumatischen Erfahrungen für Mutter und Kind vermieden werden. Vor allem postpartal erkrankte Mütter verbergen aus Angst vor Verlust ihre wahre psychische Befindlichkeit. Sie sind verzweifelt, fühlen sich als Versagerin und geben sich selbst die Schuld, weil sie ihren Aufgaben in der Versorgung des Kindes nicht ausreichend nachkommen und sich nicht, wie sozial erwartet, über ihr Kind freuen können (Lenz/Lenz 2004). Der Druck aus dem sozialen Umfeld, aber auch die eigenen Erwartungen an sich selbst aufgrund internalisierter Bilder bzw. Modelle von Mütterlichkeit verhindern oftmals lange Zeit die Veröffentlichung der Probleme und eine Inanspruchnahme angemessener therapeutischer Hilfe (Lenz 2014).

Vor Überforderung schützen

Die Erfahrungen zeigen, dass die Möglichkeit einer gemeinsamen stationären Behandlung von Mutter und Kind nicht nur die Schwelle zur Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung senkt, sondern auch die Motivation der Mütter fördert, sich auf eine längere stationäre Behandlung einzulassen. So zeigen Erfahrungen, dass viele Mütter, die ohne ihr Kind stationär aufgenommen wurden, die notwendige psychiatrische Behandlung frühzeitig abbrechen, um ihrem Kind eine längere Trennung zu ersparen (vgl. Wortmann-Fleischer u. a. 2012). Hintergründe dafür liegen nicht selten in der Angst der Mütter vor einer Fremdplatzierung des Kindes, beispielsweise in einer Pflegefamilie, wenn sie sich aufgrund der Erkrankung und des Klinikaufenthaltes nicht ausreichend um die Kinder kümmern können. Die Folge ist, dass sich die Mütter überfordern und oftmals gegen die ärztliche Empfehlung auf eine vorzeitige Entlassung drängen. Bei der Mutter-Kind-Behandlung geht es also zunächst darum, die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu erhalten, um beide vor einer Überforderung zu schützen, die durch das Trauma einer Trennung entstehen könnte.

Sicherheit der Mutter im Umgang mit dem Kind fördern

Die Mehrzahl der Rooming-in-Angebote beschränkt sich auf pädagogische Maßnahmen, die je nach verfügbaren personellen und fachlichen Kapazitäten in den Kliniken unterschiedlich differenziert und umfangreich sind (Arens/Görgen 2006). Die Mütter erhalten Anleitung bei Ernährung und Pflege des Kindes, Anregungen für eine altersadäquate Beschäftigung mit dem Kind sowie Beratung im Hinblick auf Erziehung und eine kindgerechte Lebensweise nach der Entlassung. Konkret reichen diese Hilfen von einer kurzzeitigen Entlastung der Mutter, indem die Versorgung des Kindes für eine bestimmte Zeit vom Pflegepersonal übernommen wird, und gemeinsamen Spaziergängen mit Mutter und Kind bis hin zur Besprechung von Tagesplänen und Strategien zum Umgang mit dem Kind.

Alle Maßnahmen zielen darauf, die Sicherheit der Mutter im Umgang mit dem Kind zu fördern und den Kontakt zwischen Mutter und Kind zu stabilisieren bzw. aufzubauen. Das Stationsteam ermutigt die Mutter, gibt Anleitung und Anregung, übernimmt aber nicht dauerhaft die Versorgung und Pflege des Kindes, es sei denn, alle Möglichkeiten sind ausgeschöpft und die Mutter kann die Aufgaben alleine nicht bewältigen (Riecher-Rössler 2011). Die Erfahrungen zeigen, dass dieser Fall jedoch relativ selten eintritt und wenn, dann meist bei chronisch schizophren erkrankten Frauen (Hartmann 2001). Durch die stützende Atmosphäre auf der Station lassen sich die gesunden Anteile und Ressourcen der psychisch kranken Mütter aktivieren und sie werden schrittweise in die Lage versetzt, die alltägliche Versorgung des Kindes zu leisten und mit den damit einhergehenden Anforderungen und Belastungen umzugehen.

4.3.2 VERSORGUNGSSITUATION UND BEDARF AN MUTTER-KIND-BEHANDLUNGSPLÄTZEN

In Deutschland wurden in psychiatrischen Kliniken ab Mitte der 1970er-Jahre die ersten Mutter-Kind-Behandlungsplätze eingerichtet. Diese Entwicklung war zunächst auf wenige Kliniken beschränkt, zudem erfolgte die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind meist nur fallweise. Der Einfluss der modernen Bindungsforschung zum einen und zum anderen die Gründung der deutschen Sektion der internationalen Marcé Gesellschaft, der Fachgesellschaft für perinatale psychische Erkrankungen, leitete die Trendwende ein. Es wurden vermehrt Rooming-in-Angebote geschaffen und darüber hinaus differenzierte, multimodale Behandlungsprogramme auf der Basis der Erkenntnisse der Mutter-Kind-Forschung entwickelt.

Umfang und Ausgestaltung des Mutter-Kind-Behandlungsangebots

Um einen detaillierten Überblick über Umfang und Ausgestaltung des Mutter-Kind-Behandlungsangebots zu erhalten, führte der Arbeitskreis »Qualitätssicherung in der Mutter-Kind-Behandlung« der deutschen Sektion der Marcé Gesellschaft eine bislang einmalige bundesweite Datenerhebung durch (Turmes/Hornstein 2007). Erfasst wurden alle Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, alle Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (einschließlich Tageskliniken) sowie alle Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an somatischen Kliniken. Von den insgesamt 470 Einrichtungen antworteten 173. Davon gaben 83 Einrichtungen (77 Kliniken und sechs Tageskliniken) an, dass die grundsätzliche Möglichkeit einer Mutter-Kind-Behandlung besteht. Von den 77 Kliniken boten 68 Kliniken stationäre Mutter-Kind-Betten an, die übrigen neun Kliniken hatten lediglich ihre grundsätzliche Bereitschaft signalisiert, aber noch keine Behandlung durchgeführt.

Geht man davon aus, dass alle Einrichtungen mit Mutter-Kind-Einheiten geantwortet haben, boten zum Befragungszeitpunkt 2005 lediglich 17,7% aller psychiatrischen Einrichtungen eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung an (Turmes 2012). Schwerpunktmäßig wurde

die Mutter-Kind-Behandlung in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie angeboten.

In den 68 Kliniken, in denen eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung möglich ist, stehen im Durchschnitt 3,6 Betten zur Verfügung, wobei die Bettenzahl zwischen maximal 12 Betten und einem Bett schwankt. Bundesweit standen damit zum Erhebungszeitpunkt 134 stationäre Mutter-Kind-Behandlungsplätze zur Verfügung. Hinzu kommen 23 tagesklinische Mutter-Kind-Behandlungsplätze. Daraus ergibt sich, dass zum Zeitpunkt der Erhebung in Deutschland 157 Mutter-Kind-Behandlungsplätze für postpartal erkrankte Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern zur Verfügung standen. Mit den Behandlungsplätzen ist die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind gemeint. Ob in den Einrichtungen ein differenziertes Angebot, z. B. Mutter-Kind-Interaktionstherapie bzw. ein bindungsbezogenes Interventionsprogramm, bestand oder beispielsweise das Rooming-in-Angebot zumindest durch pädagogische und bindungsfördernde Maßnahmen erweitert wurde, konnte nicht genau gesagt werden. Schätzungsweise boten zum Erhebungszeitpunkt 19 psychiatrische Einrichtungen ein therapeutisches Mutter-Kind-Programm an.

Eine aktuelle Zusammenstellung, die auf der Homepage der Marcé Gesellschaft veröffentlicht ist, weist darauf hin, dass zwar die Zahl der psychiatrischen Einrichtungen, die Mutter-Kind-Behandlungen anbieten, weitgehend unverändert geblieben ist, allerdings sind mittlerweile in mehr Kliniken und Tageskliniken differenzierte bindungsbezogene Interventionsprogramme eingerichtet worden. So ist die Zahl der psychiatrischen Einrichtungen mit einem derartigen Angebot von 19 auf 33 angestiegen (www.marce-gesellschaft.de, Aufrufdatum 10.02.2017).

GUT ZU WISSEN – Rooming-in-Angebote mit bindungsbezogenen Interventionen

Die Marcé Gesellschaft bietet einen aktuellen Überblick über Rooming-in-Angebote in psychiatrischen Kliniken, die bindungsbezogene Interventionsprogramme eingerichtet haben. Aktuell stehen 33 Einrichtungen mit entsprechenden Angeboten zur Verfügung.

Informationen finden Sie unter
www.marce-gesellschaft.de,
(Aufrufdatum 10.02.2017)

Bedarf an Mutter-Kind-Behandlungsplätzen

Auf der Grundlage der Prävalenzraten postpartaler psychischer Erkrankungen wurde bereits Ende der 1990er-Jahre für Deutschland ein Bedarf von 750 klinischen und tagesklinischen Mutter-Kind-Behandlungsplätzen errechnet. Nach dieser Berechnung wäre damit der Bedarf an Mutter-Kind-Behandlungsangeboten in Deutschland erst zu 21% gesichert (Turmes 2012). Der Grund hierfür liegt im Wesentlichen beim fehlenden Finanzrahmen für die Mehrkosten, die durch die Mutter-Kind-Behandlung entstehen. Die Einrichtung von Mutter-Kind-Stationen erfordert eine zusätzliche räumliche und vor allem personelle Ausstattung. Nach Schätzungen von Hartmann (2001) belaufen sich die Kosten dadurch auf das 1,5- bis 2-Fache des normalen Pflegesatzes.

So sollte die Unterbringung von Mutter und Kind in Einzelzimmern erfolgen, die möglichst in einem ruhigen Klinikbereich gelegen sind, und die Zimmer müssen zusätzlich kindgerecht ausgestattet werden. Die über die medizinische und therapeutische Behandlung hinausgehenden interaktionstherapeutischen, ergotherapeutischen und pädagogischen Maßnahmen erfordern zusätzliche personelle Ressourcen. Da gesetzliche Regelungen weiterhin fehlen, erfolgt die Finanzierung der Mehrkosten im Rahmen von Modellvorhaben regionaler Träger oder über Stiftungen und durch freiwillige kommunale Zuschüsse. Oftmals sind unkonventionelle und kreative Wege, z.B. geschickte Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit erforderlich, um den Fortbestand der Mutter-Kind-Behandlungsangebote sichern zu können.

5

**ZUSAMMENFASSUNG DER BEFUNDE
ZUR WIRKSAMKEIT VON FRÜH-
INTERVENTIONEN BEI KINDERN
PSYCHISCH ERKRANKTER ELTERN**

Die Wirksamkeitsnachweise für die Mehrzahl der bestehenden Frühinterventionen bei Familien mit psychisch erkrankten Eltern beruhen nicht auf evidenzbasierten Forschungskriterien, zumindest nicht auf hochstehenden Kriterien im Rahmen eines randomisierten, kontrollierten Studiendesigns, dem sogenannten »Goldstandard«. Die zumeist multimodal angelegten Frühinterventionen, die bei Familien mit psychisch kranken Eltern eingesetzt werden, weisen eine hohe theoretische Fundierung auf, da sie sich auf die Befunde der Belastungs- und Risikoforschung stützen sowie Interventionskomponenten in die Programme integrieren, die im Rahmen eines kontrollierten Untersuchungsdesigns evaluiert wurden. Zudem sind die Programme vor dem Hintergrund eines breiten klinischen Erfahrungshintergrunds entwickelt worden. Als weiteres wichtiges Kriterium für die Qualität eines Programms fehlt allerdings zumeist eine empirische Evaluation.

Wirksamkeitsstudien der Frühinterventionen beruhen häufig auf Erfahrungen im Kontext von Projektberichten und subjektiven Selbstberichten. In Meta-Analysen zeigte sich, dass die breiter angelegten multimodalen Interventionen keine statistisch bedeutsamen Effekte erreichen (Bakermans-Kranenburg u. a. 2003; Bakermans-Kranenburg u. a. 2005).

Wirksamkeit bindungsbezogener Interventionen

Empirisch gut belegt ist hingegen mittlerweile die Wirksamkeit bindungsbezogener Interventionen. So haben Meta-Analysen gezeigt, dass in der frühen Kindheit diejenigen Interventionen am wirksamsten sind, die sich auf die Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit konzentrieren und gezielt die mütterliche Responsivität für Signale und Bedürfnisse des Kindes fördern, Mütter dabei unterstützen, mehr mit dem Kind zu sprechen und sich weniger bedrängend und dominierend in der Interaktion zu verhalten (Bakermans-Kranenburg u. a. 2005). Solche verhaltensbezogenen Interventionen fördern eine sichere Bindung, die einen wichtigen Schutzfaktor darstellt, insbesondere in Familien mit multiplen Risiken. Aus der Resilienzforschung ist bekannt, dass eine sichere Bindung eine wesentliche Grundlage für ein gesundes Aufwachsen eines Kindes bietet (Brisch 2008). Einige Befunde legen die Annahme nahe, dass im präventiven

Bereich kürzere Interventionen ausreichen, während beim Vorliegen von Entwicklungsproblemen längere und intensivere sowie videogestützte therapeutische Maßnahmen erforderlich sind. Als besonders wirksam erwiesen sich zeitlich begrenzte und klar verhaltensbezogene Programme (Bakermans-Kranenburg u. a. 2003).

Eine Verallgemeinerung dieser empirischen Ergebnisse auf die Situation von Familien in psychosozialen Risikolagen, wie Familien mit psychisch erkrankten Eltern, ist nicht ohne Weiteres möglich. Die meisten der Programme, die in der Meta-Analyse ausgewertet wurden, bezogen sich auf Familien, die psychosozial belastet und arm waren, oder auf Familien mit Kindern mit Entwicklungsrisiken. Einiges deutet aber darauf hin, dass die bindungsbezogenen Interventionen auch bei Hochrisikofamilien einen wichtigen Baustein in den Frühinterventionen darstellen. In einer Meta-Analyse wurde überprüft, inwieweit durch bindungsbezogene Interventionen hochunsicheres, desorganisiertes Bindungsverhalten verringert werden kann, das bei Kindern psychisch erkrankter Eltern häufiger vorliegt als bei Kindern von gesunden Eltern (Bakermans-Kranenburg u. a. 2005). Die Ergebnisse zeigen, dass durch eine gezielte Förderung elterlicher Feinfühligkeit desorganisierte Bindungen verringert werden können. Allerdings zeigt die Studie weiter, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen elterlicher Feinfühligkeit und desorganisierter Bindung besteht, wie dies für elterliche Feinfühligkeit und sichere Bindung angenommen wird (Bakermans-Kranenburg u. a. 2005).

Wirksamkeit von Kurzinterventionen mit verhaltensorientiertem Fokus

Pillhofer u. a. (2015) haben in einer Pilotstudie die Wirksamkeit einer Kurzzeitintervention (sieben Sitzungen) mit einem verhaltensorientierten Fokus bei jungen Müttern in hohen Risikolagen, wie etwa durch das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung, untersucht. Es zeigte sich, dass die Mütter in der Interventionsgruppe, die das ganze Programm absolviert hatten, im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Abschluss der Intervention eine verbesserte Feinfühligkeit aufwiesen. Die Verbesserungen waren bedeutsam, auch wenn ein weiterer Hilfebedarf eindeutig sichtbar war. Allerdings waren die Effekte in der Follow-up-Untersuchung, die sechs bzw. 12 Monate

nach Abschluss der Intervention stattfand, nicht mehr zu beobachten.

Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die mütterliche Feinfühligkeit nicht das Niveau erreicht hatte, wie es nach dem CARE-Index angemessen wäre. Die Autoren nehmen an, dass Hochrisikofamilien, wie u. a. Familien mit psychisch erkrankten Eltern, aufgrund der multiplen und vielschichtigen Belastungen neben den bindungsbezogenen Interventionen noch weitere allgemeine und spezifische psychosoziale und soziale Hilfen benötigen. Des Weiteren machen sie darauf aufmerksam, dass in Hochrisikokonstellationen anstelle einer globalen Förderung der Feinfühligkeit eher spezifischere Aspekte des elterlichen Fürsorgeverhaltens herausgearbeitet werden müssen. Dazu gehört bei Müttern mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörungen) die gezielte Förderung und Stärkung der Mentalisierungsfähigkeit (siehe Kapitel 2.2). Diese Ergebnisse unterstreichen den hohen Stellenwert multimodaler Programme bei den Frühen Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern.

Wirksamkeit aufsuchender Hilfen

Meta-Analysen zeigen des Weiteren, dass die Interventionen, die als aufsuchende Hilfe angeboten wurden, besonders vorteilhaft sind. Sweet und Appelbaum (2004) konnten in einer Auswertung von 60 Interventionsprogrammen die Wirksamkeit von Hausbesuchen bei Familien mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren belegen. Es zeigte sich, dass sich Kinder in Programmen mit Hausbesuchen sowohl in ihrer kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung als auch im Hinblick auf potenzielle Misshandlung positiv von Kindern mit Programmen ohne Hausbesuche unterschieden. Auch die Eltern profitierten stärker von solchen niedrigschwelligen Programmen. Sie unterschieden sich positiv im Verhalten und in den Einstellungen von Eltern in Programmen ohne Hausbesuche. Auch wenn die Effektstärken eher gering waren und daher vorsichtig interpretiert werden müssen, weisen diese empirischen Hinweise auf die Notwendigkeit und Relevanz für die Implementierung von ambulanten und aufsuchenden Frühinterventionen im Bereich psychisch erkrankter Eltern mit Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter hin. Bislang fehlen im regulären Versorgungs-

system in Deutschland solche niedrigschwelligen Angebote noch weitgehend.

Der Vorteil von ambulanten und aufsuchenden Angeboten liegt zum einen in der Niedrigschwelligkeit und der Akzeptanz, die den Zugang für psychisch erkrankte Eltern im Vergleich zu den hochschwelligen Frühinterventionen im stationären und teilstationären klinischen Bereich erleichtern können. Zum anderen kann die Hilfe bedarfsgerechter und flexibler gestaltet werden. So zeigen die Erfahrungen aus der videogestützten Mutter-Kind-Therapie, dass Mutter-Kind-Dyaden häufiger sogenannte »Auffrischungssitzungen« benötigen, um das Niveau der mütterlichen Feinfühligkeit zu stabilisieren (Pillhofer u. a. 2015). Bei Müttern mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörung) besteht ein hohes Risiko, dass aufgrund akuter Krisen und sozialer Belastungen oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes die Mutter-Kind-Beziehung aus dem Gleichgewicht gerät und eine gezielte Stärkung des feinfühligem Verhaltens erforderlich wird. Solche kurzfristigen Hilfen sind im ambulanten Bereich leichter und schneller zu organisieren als etwa im klinisch-stationären Kontext.



DIE PRAXIS: FRÜHE HILFEN UND DIE ARBEIT MIT PSYCHISCH KRANKEN ELTERN

6. NETZWERKE FRÜHE HILFEN

**7. EINSCHÄTZUNG DER BELASTUNGEN UND RISIKEN
IN DEN FAMILIEN**

**8. ENTWICKLUNG EINER HELFENDEN BEZIEHUNG
UND HALTUNG**

6

NETZWERKE FRÜHE HILFEN

- 64** 6.1 Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie in den Frühen Hilfen
- 65** 6.2 Fallbezogene Kooperation bei Frühen Hilfen für Eltern mit emotional instabiler Persönlichkeit
- 68** 6.2.1 Fallbezogene Kooperation und Partizipation

Frühe Hilfen entsprechen keinem bestimmten Hilfetypus, sondern stellen ein System aufeinander bezogener Angebote dar, die passgenau auf die Bedarfe der Familien zugeschnitten sind. Frühe Hilfen umfassen universell präventive Angebote der Familienbildung und Gesundheitsförderung. Hierzu gehören Elternkurse, Informationen für alle Eltern zur Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern sowie selektiv präventive Angebote für belastete Familien, die von Beratung, alltagspraktischer Unterstützung bis hin zu bindungsbezogenen Interventionen zur gezielten Förderung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen reichen (Ziegenhain 2012; NZFH 2014).

Die komplexen Anforderungen an Frühe Hilfen können von keinem Leistungsbereich bzw. keinem Handlungsfeld allein umfassend erfüllt werden. Monoprofessionelle Handlungskonzepte bleiben stets unzureichend. Vielmehr bedarf es einer koordinierten und kooperierenden Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und Institutionen, insbesondere aus den Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe wie auch des Gesundheitswesens (Schmutz u. a. 2012). Nur durch eine verbindliche Kooperation und Koordination von Hilfen und Leistungen können Familien in Belastungssituationen frühzeitig in einem individuellen und passgenauen Sinne unterstützt und versorgt werden. Frühe Hilfen sind multiinstitutionell und multiprofessionell ausgerichtet (NZFH 2014).

Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten in die Netzwerke

Da in der Säuglings- und Kleinkindzeit Hebammen und Entbindungspfleger, Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie Pädiater und Pädiaterinnen einen engen Kontakt zum Kind und den Eltern haben, können insbesondere diese Professionen einen Zugang zu schwer erreichbaren Eltern herstellen. Bei Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil, wie z. B. einem Vater mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, stehen neben den genannten Professionen auch Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten über die medizinisch-psychotherapeutische Behandlung in einem engen, vertrauensvollen Kontakt zu dem erkrankten Elternteil. Bei Frühen Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern ist daher eine Einbindung dieser Professionen in das Netzwerk sinnvoll.

Netzwerke sind für Frühe Hilfen konstitutiv. Sie organisieren und sichern den fachlichen Austausch, die Zusammenarbeit und ihre stetige Verbesserung sowie die Planung und Koordination von Angeboten. Grundvoraussetzung ist die Verpflichtung aller Akteure auf geregelte, geklärte Verfahren, verknüpft mit der beständigen Entwicklung und Aushandlung eines gemeinsamen Fach- und Fallverständnisses (Schmutz u. a. 2012; NZFH 2014).

6.1 KOOPERATION ZWISCHEN KINDER- UND JUGENDHILFE UND PSYCHIATRIE IN DEN FRÜHEN HILFEN

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen (NZFH 2014) zeigen, dass eine grundsätzliche Beteiligung zahlreicher relevanter Partner in einem durchaus wünschenswerten Umfang vorhanden ist. Dabei finden sich allerdings klare Unterschiede zwischen den Systemen:

Jugendhilfe in weiterem Sinne plus Gesundheitsamt und Schwangerschaftsberatung: In vier von fünf Netzwerken Früher Hilfen finden sich öffentlich finanzierte Institutionen wie Gesundheitsamt, Erziehungs-, Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen sowie der Allgemeine Soziale Dienst und Schwangerschaftsberatungsstellen.

Ärzte und Kliniken: Partner aus dem Gesundheitswesen wie Kinderärztinnen und -ärzte (66,1 %), niedergelassene Hebammen (64,7 %), Geburtskliniken (62,2 %) und Kinderkliniken (49,2 %) sind seltener in den lokalen Netzwerken anzutreffen, obwohl sie in der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative als einzubindende Akteure ausdrücklich erwähnt werden. Besonders kritisch ist die geringe Beteiligung der Erwachsenenpsychiatrie und der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in die Netzwerke zu bewerten. So sind Sozialpsychiatrische Dienste lediglich in jedem dritten Netzwerk vertreten, nur in 23,4 % der Netzwerke finden sich Abteilungen bzw. Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie und in nur 16,8 % der Netzwerke beteiligen sich psychiatrische bzw. psychotherapeutische Praxen (NZFH 2014).

Natürlich sagen diese Zahlen bei allen Institutionen weder etwas über Häufigkeit noch über Intensität oder Qualität der Kooperation aus. Auf welche Art und Weise im konkreten Fall also tatsächlich zusammengearbeitet wurde, sollte Gegenstand weiterer Erhebungen sein.

Blick über die Systemgrenzen

Auch von der Erwachsenenpsychiatrie wird auf eine unzureichende systematische Kooperation und Vernetzung

hingewiesen. Verschiedene Autoren stellen heraus, dass der fehlende Blick über die Grenzen der Erwachsenenpsychiatrie hinaus als ein wesentlicher Grund für die mangelnde Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe und anderen familienunterstützenden Diensten angesehen werden kann (Schmutz u. a. 2012). Die Mitwirkung in Netzwerken Früher Hilfen und die Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe setzt ein in der Erwachsenenpsychiatrie vorhandenes Bewusstsein für die Belastungen und Risiken voraus, denen Kinder psychisch kranker Eltern ausgesetzt sind.

Franz u. a. (2012) konnten dazu in einer explorativen Querschnittserhebung, die in sieben Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (zwei Universitätskliniken und fünf Versorgungskliniken) durchgeführt wurde, eine interessante Entwicklung feststellen. Dem Vorhandensein der Kinder und deren Belastungen wird mittlerweile von den Erwachsenenpsychiaterinnen und -psychiatern und Erwachsenenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in den Kliniken insgesamt mehr Beachtung geschenkt. 70% der Befragten gaben an, immer zu wissen, ob ihre Patientinnen und Patienten minderjährige Kinder haben, unabhängig davon, ob sie im gemeinsamen Haushalt wohnen oder nicht. 60% der Befragten kannte die Anzahl der Kinder und etwa ein Drittel das Geschlecht der Kinder. 94% der Psychiaterinnen und Psychiater sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten schätzten die Belastungen der Kinder als hoch ein. Als Belastungen für die Kinder wurden am häufigsten Beziehungsstörungen, -abbrüche und Trennung von der Mutter sowie mangelnde Unterstützung und Parentifizierung genannt.

Unzureichende Kommunikation über die Belastungen der Kinder

Nicht ausreichend bekannt ist hingegen, wer die Kinder während der Behandlung versorgt und wie stark die Intensität des aktuellen Kontakts des erkrankten Elternteils zu seinen Kindern ist. Auch zeigte sich, dass während der Behandlung wenig Kommunikation über die Belastungen der Kinder und die Sorgen des erkrankten Elternteils stattfindet. Auf diese Problematik weisen auch die erkrankten Eltern hin. So gaben beispielsweise in einer Studie von Schmid u. a. (2008) 37% der Patientinnen und Patienten an, dass sich die behandelnden Ärztinnen und

Ärzte nicht »ausreichend« nach der Versorgungssituation ihrer Kinder erkundigt hätten. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Studie von Lenz (2005; 2014).

Ein Grund, warum die psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkräfte in der Behandlung des erkrankten Elternteils das Thema Kinder oftmals ausblenden, obwohl sie die Belastungen der Kinder und die Notwendigkeit von Unterstützungsmaßnahmen sehen, könnte in dem geringen Wissen über Angebote der Jugendhilfe und der Frühen Hilfen in der jeweiligen Region liegen (Franz u. a. 2012). Die Studie von Franz u. a. (2012) zeigt darüber hinaus auf, dass die Fachkräfte stereotype Bilder vom Jugendamt als der »Wegnahme-Institution« mit den Patientinnen und Patienten weitgehend teilen. Stereotype Bilder zeichnen sich in der Regel durch ihren breiten Bedeutungshof aus, wodurch schnell auch alle Institutionen der Jugendhilfe und der Frühen Hilfen unter dieses »Label« subsumiert werden.

6.2 FALLBEZOGENE KOOPERATION BEI FRÜHEN HILFEN FÜR ELTERN MIT EMOTIONAL INSTABILER PERSÖNLICHKEIT

Im Teufelskreis – Wirkungen von psychischer Erkrankung auf Mutter und Kind

In Familien mit Eltern, die an einer emotional instabilen Persönlichkeit (Borderline-Persönlichkeitsstörung) leiden, liegt – wie in allen Familien mit psychisch erkrankten Eltern – eine komplexe Problemlage vor. Längsschnittstudien zeigen, dass die Beziehung zwischen elterlicher Erkrankung und kindlichen Belastungen bzw. Entwicklungsstörungen keine einseitige Wirkrichtung hat (Lenz 2014). Der psychische Zustand des erkrankten Elternteils beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes. Die elterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind wirken sich auch auf die psychische Gesundheit des erkrankten Elternteils selbst aus. Und dies wirkt wieder auf die Kinder zurück, sodass ein Teufelskreis entsteht (siehe Kapitel 2). Ein dadurch emotional negativ aufgeladenes Familienklima und belastende Interaktionen zwischen dem psychisch kranken Elternteil und den anderen Familienmitgliedern sowie übermäßige elterliche Belastungen gehen dabei mit einem wesentlich höheren Rückfallrisiko für fast alle Störungen einher. Sie erhöhen zudem die Gefährdungen für die Kinder im Hinblick auf Misshandlung, Missbrauch und Gewalt.

Dieser Teufelskreis weist darauf hin, wie wichtig es ist, nicht nur das Kind, sondern auch den psychisch erkrankten Elternteil, die Eltern-Kind-Interaktionen und das gesamte Familiensystem zu betrachten. Um diesem Teufelskreis effektiv begegnen zu können, müssen Frühe Hilfen sowohl auf der Ebene der erkrankten Eltern und des Kindes als auch auf der Ebene der familiären Interaktionen ansetzen.

Multiprofessionelle Hilfen für komplexe Problemlagen

Solche komplexen Problemlagen, wie sie bei Kindern psychisch erkrankter Eltern und deren Familien vorliegen, erfordern kombinierte und aufeinander abgestimm-

te multiprofessionelle Hilfen, die das gesamte Familiensystem stärken und unterstützen. Notwendig sind also je nach Lebenslage und individuellem Bedarf des erkrankten Elternteils, des einzelnen Kindes und der Familien verschiedene, zu kombinierende Hilfen.

Multiprofessionelle Hilfen zur Unterstützung des Familiensystems

- medizinisch-psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Elternteils
 - familienorientierte Maßnahmen
 - bindungsbezogene Interventionen
 - pädagogische und sozialpädagogische Maßnahmen
-

Die Hilfen sollen je nach Bedarf gleichzeitig oder nacheinander sowie in unterschiedlicher und ggf. auch in wechselnder Intensität erfolgen. Nicht nur bei Eltern mit emotional instabiler Persönlichkeit, sondern auch bei Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen kann der Hilfebedarf je nach Krankheitsverlauf und Kumulation psychosozialer und sozialer Belastungsfaktoren zwischen langfristiger, engmaschiger Unterstützung und weitmächtig Begleitung schwanken. Die Passgenauigkeit der Hilfe darf sich nicht in der Addition von einzelnen Maßnahmen erschöpfen. Ziel solcher koordinierten Leistungen ist es, für die belasteten Familien individuelle und bedarfsgerechte Formen der Unterstützung zu initiieren. Dies erfordert ein fallbezogenes Netzwerk, welches zielgerichtet verknüpft und aufeinander abgestimmt ist sowie verbindlich gepflegt und nach Bedarf erweitert wird.

Die Integrierte Gesundheitsversorgung

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie gibt es mittlerweile einige Modelle der Integrierten Gesundheitsversorgung, die auch ein Modell für die Ausgestaltung individueller Netzwerke in den Frühen Hilfen darstellen könnten (Faulbaum-Decke 2013; Walburg 2013).

Die Integrierte Gesundheitsversorgung (IGV) ist ein neuer Ansatz in der psychiatrischen Versorgungslandschaft, der die Möglichkeit bietet, Hilfen personenzent-

riert am individuellen Bedarf des jeweiligen Menschen orientiert zu gestalten. Personenzentrierung erhöht die Selbstwirksamkeit der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen und gibt damit Verantwortung für den Gesundheitsprozess und Fertigkeiten zur Krisenbewältigung zurück. Im Vordergrund stehen die Ressourcen der Betroffenen. Ziel ist es, diese zu stärken, damit die Betroffenen wieder Kraft für und Einfluss auf ihr eigenes Leben im Sinne des Empowerment (Lenz 2011) gewinnen können. Die IGV ist aufgrund dessen eng verknüpft mit aufsuchenden Hilfen in einer multiprofessionellen Netzwerkstruktur, die in den Alltag der Patientinnen und Patienten integriert sind, anstatt sie davon abzuschneiden. Es soll dadurch ermöglicht werden, dass sich die Patientinnen und Patienten innerhalb ihrer Lebenswelt stabilisieren.

Aufbau eines individuell zugeschnittenen Unterstützungsnetzes

Im Zentrum steht – wie auch in den Frühen Hilfen – der Aufbau eines individuell zugeschnittenen Unterstützungsnetzes für die erkrankte Person und ihre Familie:

- Das häufig unverbundene Nebeneinander verschiedener Hilfen wird ersetzt durch ein multiprofessionelles, bedarfsgerechtes Zusammenwirken eines Netzwerkteams auf Augenhöhe. Die Hilfen werden mit den Betroffenen abgestimmt. Voraussetzung ist ein hilfesystemübergreifendes Denken und Handeln.

Dafür gibt es verbindliche Leitfragen:

 - Was soll im Rahmen des Netzwerks geleistet werden? Welche Ziele sollen mit den Hilfen erreicht werden?
 - Wer wird dafür mit welchen fachlichen Qualifikationen eingesetzt?
 - Welche Vorgehensweisen und Instrumente sind notwendig, um die Ziele zu erreichen?
- Im Netzwerkteam sind die Fachkräfte aus psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen wie auch pflegerischen und sozialarbeiterischen Bereichen sowie die Familien eng miteinander verbunden.
- Innerhalb des Netzwerkteams gibt es eine koordinierende Stelle, bei der alle Fäden zusammenlaufen: Hier wird der Hilfeprozess von Anfang an moderiert und als Case-Manager bzw. Case-Managerin begleitet. Gleichzeitig besteht ein kontinuierlicher Kontakt zu dem persönlichen Begleiter bzw. der persönlichen Begleiterin.

rin, dem Lotsen bzw. der Lotsin und der Patientin bzw. dem Patienten und der Familie. Auf diese Weise wird es möglich, die Hilfen und Unterstützungsleistungen sinnvoll auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen. Alle Beteiligten verfügen stets über dieselben Informationen.

- Als Begleitmethode hat sich das Netzwerkgespräch bewährt: Alle für die Patientin bzw. den Patienten und die Familie wichtigen Personen aus dem sozialen Umfeld und die beteiligten Fachkräfte werden regelmäßig zu Gesprächen eingeladen. In einem moderierten Gespräch bringen sowohl die Fachkräfte als auch die Betroffenen und deren relevante Bezugspersonen ihre Sichtweisen, Bedenken und Empfehlungen ein. Alle wesentlichen Absprachen und Vereinbarungen erfolgen in dem Netzwerkteam. Ziel ist es, in einem offenen Prozess gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln.
- Jede Profession hat ihren Platz und ihre wichtige Aufgabe im Netzwerk. Es herrscht die Überzeugung vor, dass keine Institution und keine Fachkraft das ganze Spektrum an notwendigen Hilfeleistungen alleine abdecken kann und erst durch das hilfesystemübergreifende, multidisziplinäre und integrative Zusammenwirken nachhaltige Unterstützung möglich wird.

Mögliche Wirkungen Integrierter Gesundheitsversorgung

Die integrierten Versorgungsmodelle sind mittlerweile gut evaluiert und können darauf verweisen, dass durch ihre Implementierung die stationären Behandlungszeiten sowie die Zwangsmaßnahmen drastisch reduziert wurden (Walburg 2013). Für die Frühen Hilfen könnte dies bedeuten, dass durch solche Versorgungsmodelle, die auf Ressourcenförderung, Empowerment und Personenzentrierung ausgerichtet sind, die Hilfen von den betroffenen Familien frühzeitiger angenommen werden und dadurch negative Auswirkungen auf die kindlichen Lebens- und Entwicklungsbedingungen reduziert werden können.

Übergänge zwischen den Hilfesystemen gestalten

Solche kooperativen, koordinierten Leistungen, in denen die einzelnen Hilfen nach dem jeweiligen individuellen Bedarf aufeinander abgestimmt sind und institutionsübergreifend durchgeführt werden, sind im deutschen

Sozialrecht aber nicht ausdrücklich vorgesehen und bisher lediglich in Modellprojekten realisiert. Nach wie vor liegen die Sozialgesetzbücher und deren Leistungen wie »Klötze« nebeneinander: SGB V, SGB VIII, SGB IX.^x Diese Segmentierungen erschweren eine personenzentrierte, das heißt auf das Individuum bezogene Leistungserbringung.

Um kombinierte, multiprofessionelle Frühe Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern erbringen zu können, müssen die Übergänge und die Abstimmungen zwischen den bundes- und landessozialgesetzlichen Regelungen verbessert werden. Der Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) hat sich mit den Regelungslücken und Regelungsbedarfen zur verbesserten Gestaltung von Systemschnittstellen auseinandergesetzt und ein Papier mit Begründungen vorgelegt, die sich aus fachlicher Sicht ergeben (NZFH 2015a).

6.2.1 FALLBEZOGENE KOOPERATION UND PARTIZIPATION

Stärkung von Ressourcen und Kompetenzen psychisch kranker Eltern

Freiwilligkeit und Niedrigschwelligkeit gehören zum Leitbild der Frühen Hilfen. Ziel ist es, die Eltern in ihrer Lebenswelt zu erreichen, ihre Ressourcen und Kompetenzen zu stärken, damit sie aus eigenen Kräften für ihre Kinder sorgen können, sowie ihre Selbsthilfepotenziale zu mobilisieren (NZFH 2014). Dies setzt eine wertschätzende Haltung der professionellen Helferinnen und Helfer den Familien gegenüber sowie Vertrauen in (wenngleich eventuell zeitweise verschüttete) Fähigkeiten und Kräfte der Eltern voraus. Psychisch kranke Eltern können häufig ihre Ressourcen nicht wahrnehmen. Sie teilen meist die Pathologieorientierung ihrer Umwelt und versuchen mühsam, mit den realen Stigmatisierungserfahrungen fertig zu werden. Sie sehen sich mit Belastungen und Anforderungen im Familienleben und Alltagsleben konfrontiert, mit denen sie nicht mehr zurechtkommen. Das fehlende Zutrauen zu sich selbst und die damit verbundenen Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit führen dazu, dass sie sogar Lebensbereiche, in denen sie weiterhin gut zurechtkommen, nicht mehr wahrnehmen oder eher als irrelevant betrachten. Es dominiert häufig eine global negative Sicht der Dinge. In einer solchen Situation ist nicht zu erwarten, dass die erkrankten Eltern ohne Weiteres einen Zugang zu ihren eigenen Ressourcen und Kompetenzen finden. Hinzu kommt, dass psychisch erkrankte Eltern institutionellen Hilfen gegenüber Vorbehalte haben und Einrichtungen und Hilfeangeboten oftmals reserviert und vorsichtig gegenüberstehen (siehe Kapitel 8.1).

Partizipation fördert die Motivation psychisch kranker Eltern zur Mitarbeit

In der fallbezogenen Kooperation ist ein kommunikativer Verständigungsprozess erforderlich, der auf Offenheit, Transparenz und Vertrauen sowie einem gleichberechtigten Austausch zwischen den Beteiligten beruht. Der kommunikative Verständigungsprozess bleibt unzureichend,

wenn die Abstimmungen auf die Ebene der Institutionen und Expertinnen und Experten beschränkt bleiben und es nicht gelingt, die Betroffenen gleichberechtigt in dieses Geschehen einzubeziehen und sie zu ermutigen, aktiv bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen bzw. Interventionen mitzuwirken (Lenz 2012). Menschen sind motivierter zu kooperieren und in Hilfeprozessen mitzuarbeiten, wenn ihre Interessen und Bedürfnisse Berücksichtigung finden und ihnen ein möglichst hohes Ausmaß an persönlicher Kontrolle sowohl bei der Zielsetzung als auch bei der Zielerreichung zugestanden wird. Dazu ist es notwendig, Mitwirkungsmöglichkeiten fest in den Hilfe- und Entscheidungsprozessen zu verankern.

Formen der elterlichen Mitwirkung

Es gilt, verschiedene Formen der Mitwirkung zu unterscheiden:

- **Information:** Die professionellen Helferinnen und Helfer informieren die Klientinnen und Klienten über ihre Einschätzungen und über anstehende Entscheidungen.
 - **Anhörung:** Die Meinungen und Einschätzungen der Klientinnen und Klienten werden angehört und ernst genommen.
 - **Mitsprache:** Es findet ein Austausch über unterschiedliche Sichtweisen und Einschätzungen statt.
 - **Mitbestimmung:** Auf der Grundlage der Informationen, Anhörungen und des Austausches findet eine Abstimmung aller Beteiligten statt, deren Ergebnis die Grundlage für das weitere Vorgehen ist.
-

Von der fürsorglichen Kooperation zur Partnerschaftlichkeit

Kooperation darf nicht zu einer Entmündigung der Familien führen. Die Gefahr, dass durch eine enge und gute Zusammenarbeit auf der Fachebene die Interessen und Bedürfnisse der Ratsuchenden zu wenig Beachtung finden, ist nicht von der Hand zu weisen. Häufig glauben

die Expertinnen und Experten genau zu wissen, welcher Hilfebedarf besteht und handeln dadurch ohne eine ausreichende Einbeziehung der Adressatinnen und Adressaten. Kooperative interinstitutionelle Strategien bleiben jedoch solange unzureichend, wie sie die Betroffenen nicht intensiv einbeziehen.

Fürsorgliche Strukturen der professionellen Hilfeangebote werden speziell von Vertreterinnen und Vertretern des Empowerment-Ansatzes kritisiert. Es wird die Dominanz der Expertinnen und Experten, ihre mehr oder weniger versteckte Definitions-, Ausführungs- und Kontrollmacht in der Hilfebeziehung infrage gestellt (Lenz 2014). Rappaport, ein führender Vertreter des Empowerment-Ansatzes, sieht im herkömmlichen paternalistischen Handeln der Professionellen die Gefahr einer tendenziellen Verfestigung und Erweiterung der Hilfsbedürftigkeit und der Ohnmacht, die den Handlungsspielraum hilfesuchender Menschen subjektiv noch enger erscheinen lassen als er in Wirklichkeit sein mag (Rappaport 1985). Der Empowerment-Ansatz richtet sich gegen diese vielfach erlernte Hilflosigkeit und setzt auf die Rückgewinnung eines subjektiven Gefühls von Kontrolle über das eigene Leben. Für die professionell Helfenden bedeutet dies eine Abkehr von der Fiktion der wertneutralen Expertinnen und Experten, die im Besitz der alleinigen Lösungskompetenz sind, hin zu einem professionellen Verständnis, das von Partnerschaftlichkeit geprägt ist. Ihre Aufgabe ist es primär die Bedingungen zu schaffen, die einen Prozess ermöglichen, durch den Menschen Ressourcen aktivieren können, die sie wiederum zur besseren Gestaltung ihrer Lebensumstände und zur Erreichung ihrer Ziele und Wünsche befähigen (Lenz 2011).

7

EINSCHÄTZUNG DER BELASTUNGEN UND RISIKEN IN DEN FAMILIEN

- 72** 7.1 Screeninginstrumente zur Erfassung von Belastungen und Gefährdungsrisiken
- 74** 7.2 Psychometrische Instrumente zur Erfassung von Belastungen und Ressourcen

Um frühzeitig gezielte und wirksame Frühe Hilfen für die Familien anbieten zu können, ist eine Einschätzung der familiären Belastungen und Gefährdungen des Kindes sowie der individuellen, familiären und sozialen Ressourcen erforderlich. Hierbei geht es nicht um die Einschätzung einer psychischen Pathologie bei den Eltern, sondern vielmehr um die Einschätzung eines allgemeinen Hilfebedarfs bei der Familie. Die Diagnoseerstellung einer psychischen Störung obliegt den Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie den Medizinerinnen und Medizinerinnen.

Mitberücksichtigung von Fähigkeiten, Stärken und Potenzialen

Die Bestimmung der Belastungen und Gefährdungen liefert die entscheidenden, handlungsleitenden Informationen und Hinweise darauf, was verändert werden soll. Für die Beantwortung der Frage, wie die Probleme am besten verändert, Gefährdungen reduziert und Belastungen bewältigt werden können, sind hingegen die Ressourcen von großer Bedeutung. Die Meta-Analysen von Grawe u. a. (1998) zeigen, dass durch die Ressourcenaktivierung und -stärkung die Grundlage für die Bewältigung der Probleme und Stresssituationen geschaffen wird. »Wo sollen Kraft und Mittel für die Veränderung herkommen, wenn nicht aus dem, was der Patient und seine Lebenssituation bereits an Intentionen und Möglichkeiten mitbringen bzw. enthalten?« (Grawe 1998, S.96). Erforderlich ist daher neben der Einschätzung der Probleme, Auffälligkeiten und Belastungen auch eine Einschätzung der Fähigkeiten, Stärken und Potenziale, die Eltern in einen Veränderungsprozess einbringen können.

Einsatz von diagnostischen Screeninginstrumenten

Zur systematischen Erfassung der Belastungen und Gefährdungen sind in einigen Netzwerken Früher Hilfen Screeninginstrumente entwickelt worden. Beispiele hierfür sind der Einschätzbogen der Anlaufstelle Frühe Hilfen in Mannheim (Holm, unveröffentlicht) sowie der Gesprächsleitfaden zur psychosozialen Situation und die Checkliste für den Einsatz des Gesprächsleitfadens, die im Perinatalen Präventionsnetz »Hand in Hand« im

Rhein-Neckar-Kreis eingesetzt werden (Hornstein u. a., unveröffentlicht).

Vorgenommen werden sollten die diagnostischen Einschätzungen von Fachkräften, die in einem engen und längerfristigen Kontakt mit den Familien stehen. Bei psychisch erkrankten Eltern sind dies neben Krankenschwestern und Krankenpflegern, (Familien-)Hebammen und (Familien-)Entbindungspflegern, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Pädiaterinnen und Pädiatern auch Psychiater und Psychiaterinnen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Sozialpädagoginnen und -pädagogen in psychiatrischen Kliniken oder sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Da einige dieser Berufsgruppen mit der Anwendung diagnostischer Screeninginstrumente nicht oder wenig vertraut sind, ist eine ausführliche Schulung und eine ausreichende Einarbeitungszeit notwendig.

7.1 SCREENINGINSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG VON BELASTUNGEN UND GEFÄHRDUNGSRISIKEN

Mittlerweile liegen im deutschsprachigen Raum einige empirisch überprüfte Instrumente zur Einschätzung von Belastungen und Gefährdungen des Kindes vor.

Pädiatrischer Anhaltsbogen

Der pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3–U6) wurde in einem umfangreichen Praxistest empirisch erprobt und überprüft (NZFH 2015b). Er dient der Einschätzungshilfe für Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zur Beurteilung psychosozialer Belastungen und der Hilfebedarfe der Eltern.

Der pädiatrische Anhaltsbogen ist ein kategoriales Beobachtungsraster, das die folgenden drei Belastungsbereiche unterscheidet.

Belastungsbereiche des pädiatrischen Anhaltsbogens

1. psychosoziale Belastungen, die die Bewältigungsmöglichkeiten von Familien zu übersteigen drohen
2. klinisch relevante Regulationsstörungen des Säuglings
3. klinisch relevante Hinweise auf eine postpartale Depression

Die Belastungsausprägung in den drei Bereichen wird mittels 13 Kategorien festgestellt. Werden während der Betreuung Anzeichen von psychosozialen Belastungen erfasst, die die Bewältigungsmöglichkeiten von Familien zu übersteigen drohen, empfiehlt der Anhaltsbogen, diese Belastungen in Hinblick auf frühkindliche Regulationsstörungen und klinisch relevante Hinweise auf eine postpartale Depression zu differenzieren.

Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch

Im Mittelpunkt der diagnostischen Einschätzung steht das Gespräch. Kindler (2009) hat auf der Grundlage von Literaturrecherchen und der Analyse internationaler Risikoinventare einen »Anhaltsbogen für ein vertiefendes Gespräch« entwickelt. Der Anhaltsbogen ist ein ökonomisches Risikoscreeninginstrument, mit dem gefährdete Familien identifiziert und angesprochen werden können. Das Instrument ist ursprünglich für die Anwendung in Geburtskliniken entwickelt worden und beinhaltet folgende Risikoindikatoren.

Risikoindikatoren des Anhaltsbogens

- mindestens eine besondere Belastung (z. B. psychische Auffälligkeit/Erkrankung, Suchtanzeichen)
- mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen/U-Untersuchungen
- Kind stellt deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen (Frühgeburtlichkeit, Mehrlinge, angeborene/neonatal erworbene Erkrankungen)
- beobachtbare deutliche Schwierigkeiten der Hauptfürsorgeperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes (Desinteresse am Kind, ablehnende Äußerungen, Passivität, Antriebsarmut des Elternteils, eingeschränkte Feinfühligkeit für kindliche Signale)
- Hauptfürsorgeperson beschreibt starke Zukunftsangst, Überforderung oder Gefühl vom Kind abgelehnt zu werden

Die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften im Rahmen des Projekts »Guter Start ins Kinderleben« erbrachten vielversprechende Ergebnisse (Besier u. a. 2012)

Heidelberger Belastungsskala

Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) (Eickhorst u. a. 2012) wurde zur Einschätzung der allgemeinen Belastung im Rahmen des aufsuchenden Präventionsprojekts »Keiner fällt durchs Netz« entwickelt. Das Screening ermöglicht nach der Geburt des Kindes eine erste quantifizierbare Erfassung von Belastungsfaktoren innerhalb eines familiären Beziehungssystems, um der Familie angemessene Hilfen anbieten zu können. Die Belastungsskala orientiert sich an der GARF-Skala (Global Assessment of Relational Functioning Scale), die im deutschsprachigen Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV, Saß u. a. 2003) verfügbar ist. Ähnlich wie bei der GARF-Skala kann das Funktionieren einer Familie in einzelnen Alltags- und Lebensbereichen auf einem hypothetischen Kontinuum von 0 bis 100, also von »gar nicht« oder nur »wenig belastetem« bis hin zu »schwer gestörtem« Funktionieren, beurteilt werden. Eine solche mehrdimensionale Skala unterscheidet sich von pathologiezentrierten Messinstrumenten, weil nicht nur defizitäres Funktionieren, sondern auch der kompetente Umgang mit Belastungsquellen im Sinne einer Resource eingeschätzt werden kann (Sidor u. a. 2012).

Die »Heidelberger Belastungsskala« umfasst folgende Bereiche

- **Belastung der Eltern:** frühzeitige Familiengründung/minderjährige Eltern, Geburt als schwere/traumatisierende Erfahrung, postpartale Depression der Mutter, chronische Überforderung der Eltern, Beziehungsstörung, schwere /chronische körperliche Erkrankung eines Elternteils, Abhängigkeitserkrankung, Dissozialität
- **Familiäre Belastung:** fehlende familiäre Unterstützung, Einelternfamilie, Altersabstand zwischen Kindern <18 Monate, chronisch krankes/behindertes Geschwisterkind
- **Soziale Belastung:** fehlende soziale Unterstützung, dissoziales Umfeld
- **Belastung des Kindes:** erhöhte Krankheitsanfälligkeit, chronische Erkrankung/Behinderung, Frühgeburt
- **Materielle Belastung:** Armut, Wohnungsenge

Das skizzierte Kontinuum ist unterteilt in fünf Bereiche, wobei diese als Definition des Belastungsniveaus zu verstehen sind:

- 0–20: Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
- 21–40: Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
- 41–60: Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich.
- 61–80: Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
- 81–100: Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden, medizinische Versorgung) sind nicht sichergestellt. »Absoluter Handlungsbedarf« (Sidor u. a. 2012, S. 770).

7.2 PSYCHOMETRISCHE INSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG VON BELASTUNGEN UND RESSOURCEN

Es liegen mittlerweile im deutschsprachigen Raum auch einige psychometrische Instrumente zur multidimensionalen Erfassung familiärer Belastungen und Gefährdungen für die Kinder sowie vorhandener Ressourcen vor. Stärken und Schwächen in den belasteten Familien können hier mit einer Stichprobe sogenannter »Normalfamilien« verglichen werden. Durch eine quantifizierbare Erfassung von Belastungsfaktoren und Ressourcen innerhalb eines familiären Beziehungssystems lassen sich die Belastungen, Gefährdungen und Potenziale von Familien differenzierter identifizieren und in ihrem Ausmaß zuverlässiger einschätzen.

Eltern-Belastungs-Inventar (EBI)

Das EBI (Tröster 2011) basiert auf dem Parental Stress Index (PSI) von Abidin (1995), einem in den USA bewährten normierten Verfahren zur Erfassung elterlicher Belastung, um Gefährdungen des elterlichen Erziehungsverhaltens zu identifizieren. Grundlage sind die Befunde, wonach die elterliche Belastung einen zentralen Risikofaktor für dysfunktionales Erziehungsverhalten darstellt. »Stark belastete Eltern sind nicht nur in ihrer psychischen Stabilität gefährdet, es fällt ihnen auch schwerer, ihre Aufgaben in der Erziehung, Betreuung und Versorgung ihres Kindes zu erfüllen« (Tröster 2011, S.5). Es besteht daher die Gefahr, dass sie bei hoher Belastung den Anforderungen nicht gewachsen sind, die sich im Rahmen der Erziehung und Versorgung ihres Kindes stellen. Die elterliche Belastung wird von Abidin (1995) als Zusammenspiel von Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes, von Charakteristika der Eltern sowie von Kontextfaktoren betrachtet.

Die amerikanische Originalversion des PSI mit insgesamt 101 Items wurde in der deutschsprachigen Version ohne größere Reliabilitäts- und Validitätseinbußen auf 48 Items verkürzt (Tröster 2011). Das EBI stellt damit ein ökonomisches Verfahren dar, das eine Bearbeitungszeit von ca. 10 Minuten erfordert und routinemäßig im Rahmen der Anamneseerhebung eingesetzt werden kann. Ebenso ist es möglich, das EBI als ein Screeningverfahren zu verwenden, um Gefährdungen der Eltern-Kind-Interaktion einschließlich einer Gefährdung des Kindeswohls aufgrund hoher elterlicher Belastung frühzeitig zu erkennen.

Die Skalen des Eltern-Belastungs-Inventars

Die 48 Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala (»trifft gar nicht zu«, »trifft eher nicht zu«, »nicht sicher«, »trifft eher zu«, »trifft genau zu«) beantwortet. Die Items sind 12 Subskalen mit jeweils vier Aussagen zugeordnet, die den zwei Teilskalen »Elternbereich« und »Kinderbereich« zugehören.

Skalen des Elternbelastungsinventars – Elternbereich

Der Elternbereich erfasst Einschränkungen elterlicher Funktionen in der Erziehung, Betreuung und Versorgung des Kindes.

- **Bindung (BN):** Erfasst werden Beeinträchtigungen der emotionalen Beziehung der Mutter bzw. des Vaters zu ihrem bzw. seinem Kind.
- **Soziale Isolation (SI):** Erfasst wird eine mangelnde Integration der Eltern in ein soziales Beziehungsnetz.
- **Elterliche Kompetenz (EK):** Erfragt werden Zweifel der Eltern an den eigenen Kompetenzen, die Anforderungen in der Erziehung und Betreuung des Kindes zu bewältigen.
- **Depression (DP):** Erfasst werden depressive Stimmungen und Kognitionen der Eltern.
- **Gesundheit (GS):** Damit werden gesundheitliche Beeinträchtigungen der Eltern erfasst, die im Zusammenhang mit Belastungen durch Erziehung und Betreuung des Kindes stehen und sowohl Quelle als auch eine Folge dieser darstellen können.
- **Persönliche Einschränkung (PE):** Diese Subskala erfasst das Erleben persönlicher Einschränkungen in der Lebensführung und in der Selbstentfaltung durch die Einbindung in die Erziehung und Betreuung des Kindes.
- **Partnerbeziehung (PB):** Damit wird die Belastung der Beziehung zum Partner bzw. zur Partnerin durch die Anforderungen in der Erziehung und Betreuung des Kindes erfasst.

Skalen des Elternbelastungsinventars – Kinderbereich

Der Kinderbereich enthält spezifische Belastungsaspekte, die sich aus bestimmten Verhaltensweisen und Charakteristika des Kindes ergeben.

- **Hyperaktivität/Ablenkbarkeit (HA):** Diese Subskala erfasst hyperaktives Verhalten sowie Aufmerksamkeitsprobleme des Kindes.
- **Stimmung (ST):** Erfasst wird eine dauerhafte Beeinträchtigung der emotionalen Befindlichkeit des Kindes wie Unruhe, Gereiztheit, Unzufriedenheit, Anzeichen von Aufsässigkeit.
- **Akzeptierbarkeit (AZ):** Erfasst wird das Erleben einer Diskrepanz zwischen den Charakteristika und dem Verhalten des Kindes sowie den Erwartungen der Eltern.
- **Anforderungen (AN):** Erfasst wird die erlebte Beanspruchung der Eltern aufgrund bestimmter Merkmale und Eigenarten des Kindes.
- **Anpassungsfähigkeit (AP):** Erfasst werden mangelnde Fähigkeiten des Kindes, sich an Veränderungen in der Umwelt anzupassen.

Erfassung väterlicher Belastungen

Das EBI wurde zur Erfassung der mütterlichen Belastungen normiert. Die Items sind jedoch für beide Elternteile formuliert, sodass das Instrument auch zur Erfassung der väterlichen Belastung eingesetzt werden kann. Allerdings liegen für Väter keine Normwerte vor. Wenn mehrere Kinder in der Familie leben, beziehen sich die Items auf das Kind, dessen Erziehung und Betreuung mit den größten Anforderungen verbunden ist.

Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung (EBSK)

Das EBSK (Deegener u. a. 2009) basiert auf dem Child Abuse Potential Inventory (CAPI) von Milner (1990). Das CAPI gilt als das weltweit am besten empirisch über-

prüfte und am weitesten verbreitete Screeningverfahren zur Erfassung des Risikos zukünftiger körperlicher Kindesmisshandlung. In der deutschen Version wird entgegen der ursprünglichen Absicht des CAPI davon ausgegangen, dass mit dem Instrument allgemein das Ausmaß von elterlichen Belastungen gemessen werden kann, was zur Abänderung der Bezeichnung in »Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung« (EBSK) geführt hat.

Das CAPI beruht in der ersten Form auf einer Literaturrecherche, in die über 700 Artikel und Bücher über Kindesmisshandlung und -vernachlässigung einbezogen wurden. Es konnten Merkmale erfasst werden, die aufgrund empirischer Befunde und theoretischer Annahmen als charakteristisch für Personen betrachtet wurden, die Kinder misshandeln (Deegener u. a. 2009). Die identifizierten Eigenschaften und Probleme wurden in Bereiche gruppiert und dazu Items formuliert.

Skalen des Eltern-Belastungs-Screenings zur Kindeswohlgefährdung

Die amerikanische Originalversion des CAPI mit 160 Items wurde in der deutschsprachigen Version auf 63 Items verkürzt. Die Durchführungsdauer des EBSK beträgt nach den Erfahrungen der Autoren 5 bis 10 Minuten. Die 63 Items sind vier Skalen zugeordnet und werden mit »stimmt« oder »stimmt nicht« beantwortet.

Skalen des Eltern-Belastungs-Screenings zur Kindeswohlgefährdung

- **Belastungsskala (47 Items):** allgemeine von den Eltern wahrgenommene Belastung und Erschöpfung, u. a. innere Unruhe, Depressivität, Erregbarkeit und Ängste
 - **Lügenskala (5 Items):** Mit Hilfe dieser Skala sollen die Eltern herausgefunden werden, die beim Ausfüllen des Fragebogens im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten
 - **Zufallsantwortskala (8 Items):** Die Items dieser Skala dienen dem Auffinden von Eltern, die den Fragebogen in einer eher zufälligen Art und Weise ausfüllen.
 - **Inkonsistenzskala (6 Paare):** Diese Skala setzt sich aus Item-Paaren zusammen. Sie soll das Ausmaß nicht konsistenter Beantwortung durch die Eltern erfassen, und zwar von Items, die gewöhnlich in einer vorhersagbaren (erwartbaren) Richtung übereinstimmend beantwortet werden.
-

Da das EBSK einen numerischen Kennwert für das Ausmaß elterlicher Belastung liefert, eignet es sich sowohl zum Einsatz in der Anamneseerhebung als auch zur Verlaufskontrolle, etwa vor und nach einer Beratung bzw. einer Interventionsmaßnahme.

8

ENTWICKLUNG EINER HELFENDEN BEZIEHUNG UND HALTUNG

- 8.1 Wissen über Elternschaft und psychische Erkrankung **78**
- 8.2 Gestaltung der Beziehung zu Eltern mit einer psychischen Erkrankung **82**

Die Akteure in den Frühen Hilfen benötigen zusätzliche spezifische Kompetenzen, um mit psychisch erkrankten Eltern angemessenen umgehen und ihr professionelles Handeln optimal gestalten zu können. Im Folgenden werden die Kompetenzen – fachliche Kompetenzen (Wissen und Fertigkeiten) und personale Kompetenzen (Sozialkompetenz und Selbstkompetenzen) – beschrieben, die zur Erfüllung der anspruchsvollen Arbeit mit den psychisch erkrankten Eltern erforderlich sind.

8.1 WISSEN ÜBER ELTERN SCHAFT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG

Die Lebenssituation als Eltern stellt für psychisch erkrankte Menschen eine zusätzliche Belastungsquelle dar. Sie erleben ihre Elternschaft als vielschichtig und ambivalent. Auf der einen Seite stellen Kinder eine Kraftquelle und Stütze dar. Auf der anderen Seite lösen sie Sorgen und Versagensängste wie auch Gefühle der Unzulänglichkeit und der Hilflosigkeit aus. Diese mit der Elternschaft verbundenen Belastungen beeinflussen nicht nur den psychischen Zustand des erkrankten Elternteils und die Interaktion mit dem Kind und in der Folge die kindliche Entwicklung, sondern darüber hinaus auch häufig die Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Um den Familien individuelle und passgenaue Hilfen anbieten zu können, ist es daher hilfreich, das Erleben und die Situation psychisch erkrankter Menschen in ihrer Elternrolle zu kennen und zu verstehen.

Psychische Belastungen durch Elternschaft

Belastungen im Zusammenhang mit den Kindern lassen sich auch in Familien mit psychisch gesunden Eltern beobachten. So zeigte beispielsweise eine Studie von Heinrichs u. a. (2008), dass 30 % der befragten Eltern wenig Freude bei der Erziehung ihrer Kinder empfinden. Belastungen im Zusammenhang mit den Kindern gehen meist einher mit einem eingeschränkten persönlichen Spielraum – und zwar reduzierter Zeit für sich selber oder den Partner bzw. die Partnerin –, einem hohen Betreuungsaufwand und hoher emotionaler Investition, Sorgen um das Befinden und die günstige Entwicklung der Kinder sowie hohen Ansprüchen an die Erziehung und damit verbundenen Versagensgefühlen. In einer empirischen Arbeit zeigten Cina und Bodenmann (2009) auf, dass die elterlichen Belastungen mit ungünstigen Erziehungs-handlungen kovariieren, die wiederum mit einem stärkeren Ausmaß an kindlichen Verhaltensproblemen verbunden sind. Elterlicher Stress ist also ein bedeutsamer Risikofaktor für die Eltern-Kind-Interaktion und das Erziehungsverhalten und in der Folge für die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten beim Kind.

Eine psychische Erkrankung macht Eltern noch wesentlich anfälliger für Stress und kann wesentlich früher

bzw. leichter zur elterlichen Überforderung oder gar völligen Dekompensation führen als bei psychisch gesunden Eltern. Das Familienleben ist bei den psychisch kranken Eltern meist überlagert von Ängsten, Sorgen und Schuldgefühlen. Insbesondere in akuten Krankheitsphasen fühlen sie sich durch die elterlichen Aufgaben überfordert und machen sich zugleich Vorwürfe, eine schlechte Mutter bzw. ein schlechter Vater zu sein.

In einer Studie zur Versorgungssituation von Kindern stationär behandelter Eltern wurde die elterliche Stressbelastung der psychisch kranken Eltern mit der deutschen Version der Parental Stress Scale (PSS) untersucht (Kölch/Schmid 2008). Die Parental Stress Scale (PSS) (Berry/Jones 1995) ermöglicht einen Einblick in die Elternschaft aus der subjektiven Sicht der Eltern. Erfasst werden positive Zuschreibungen von Eltern an ihre Elternschaft (emotionale Zugewinne, Selbstbereicherung, persönliche Weiterentwicklung) sowie negative Zuschreibungen (erhöhte Belastung, Zusatzkosten und sonstige Einschränkungen). Eingesetzt wurde der Fragebogen unabhängig davon, ob die Kinder bereits psychische Auffälligkeiten aufwiesen. Es zeigte sich, dass die Befragten im Durchschnitt ihre Belastung durch die Elternschaft als nicht maximal ausgeprägt erlebten, in der PSS erreichten sie allerdings deutlich erhöhte Werte (Kölch/Schmid 2008). Die psychisch erkrankten Eltern beschrieben sich dabei in allen Bereichen der PSS als wesentlich belasteter als Eltern aus der Allgemeinbevölkerung.

Kinder – eine Kraftquelle für die erkrankten Eltern

Für psychisch gesunde wie für psychisch kranke Menschen geht Elternschaft mit Erfahrungen wie Liebe und Geliebtwerden, emotionaler Nähe, Zugehörigkeit und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit einher.

Im Rahmen von Elternschaft bedeutet das Gefühl von Sinnhaftigkeit, dass sich die Anstrengungen und das Engagement für die Versorgung und Betreuung der Kinder lohnen. Es ist die Anstrengungen wert, die Bedürfnisse ihrer Kinder nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, ihnen als positive Vertrauensperson zur Verfügung zu stehen und das grundlegende Bedürfnis nach sozialer Bindung zu erfüllen. Des Weiteren ist mit der Elternschaft die Vermittlung sozialer Regeln und

Werte verbunden. Eltern können durch soziale Anregungen und kognitive Förderung grundlegende Lernchancen eröffnen. Für psychisch erkrankte Eltern bieten die Herausforderungen, die mit der Versorgung und Betreuung der Kinder verbunden sind, zugleich einen inneren Halt, dessen Wegfall zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen oder sogar eine psychische Krise auslösen könnte (Jungbauer u. a. 2010)

Aus den Verpflichtungen, die aus der Verantwortung für Kinder erwachsen, aber auch aus den regelmäßigen Kontakten und gemeinsamen Aktivitäten, die sich im Alltag daraus ergeben, schöpfen psychisch erkrankte Eltern Kraft (Lenz 2014). Wenn es ihnen dann noch gelingt, Herausforderungen in der Kindererziehung zu meistern oder familiäre Belastungen zu reduzieren, fördert dies oftmals das Selbstwertgefühl und das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Dadurch entsteht für die Kinder ein familiärer Erfahrungsraum, der ihnen Gefühle von Sicherheit und Verlässlichkeit vermitteln kann.

In Krisen und akuten Krankheitsphasen kann es sein, dass erkrankte Eltern unterstützenden Rückhalt und Nähe bei ihren Kindern suchen. Dabei entsteht die Gefahr, dass die Generationengrenzen zwischen Eltern und Kindern diffus und durchlässig werden und es zu Parentifizierungsprozessen kommt (siehe Kapitel 1.5).

Elterliche Wahrnehmung der Probleme und Belastungen der Kinder

Der Weg des Hilfesuchens ist ein komplexer Prozess des Wahrnehmens, Erkennens und Bewertens von Problemen und Belastungen. Ausgangspunkt sind Unsicherheiten, ein Gefühl, dass etwas nicht stimmt oder anders ist als früher. Insbesondere in der Anfangsphase besteht häufig die Hoffnung, dass sich die Probleme mit der Zeit wieder selbst regeln oder zumindest wieder aushaltbar werden. Meist setzen zugleich erste Bewältigungsversuche der Person ein.

Das Wahrnehmen und Erkennen von Problemen und Belastungen sind in allen Phasen des Hilfesuchprozesses die entscheidenden Faktoren, die die Suche nach Unterstützung und die Inanspruchnahme von Hilfen leiten. Denn eine psychische Erkrankung der Eltern kann

die Wahrnehmung und Bewertung von Problemen ihrer Kinder beeinträchtigen, unter Umständen sogar ganz verhindern. So ist es denkbar, dass erkrankte Eltern normales kindliches Verhalten pathologisieren oder umgekehrt auffälliges Verhalten eher bagatellisieren.

Auch störungsimmanente Gründe können dazu führen, dass psychisch kranke Eltern Belastungen und Probleme ihrer Kinder nicht – oder zumindest nicht ausreichend – wahrnehmen. So gehen oftmals depressive Störungen mit eingegengtem Denken und Desinteresse an der Umwelt einher, psychotische Erkrankungen mit Denk- und Wahrnehmungsstörungen und Realitätsverkennerung, Suchterkrankungen mit Einengung auf den Substanzkonsum, Angsterkrankungen mit einer starken Fokussierung des Denkens auf Angstsituationen oder Zwangsstörungen mit der Einbeziehung des unmittelbaren Umfelds in die Zwangsrituale. Hefti u. a. (2016) fanden in einer Studie heraus, dass viele psychisch kranke Eltern zwar Probleme ihrer Kinder erkennen, sie aber dennoch kaum Hilfen in Anspruch nehmen, da sie sich in der Bewertung dieses Verhaltens unsicher sind.

Dass psychisch erkrankte Eltern Probleme bei ihren Kindern wahrnehmen, konnte in verschiedenen Studien bestätigt werden (Lenz 2005; 2014; Kölch u. a. 2008). Es zeigte sich, dass es auch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Beurteilung der Kinder durch Mütter oder Väter gibt. Auch zwischen den Patientinnen und Patienten mit einer hohen Anzahl bisheriger stationärer Behandlungen und denjenigen mit wenigen oder keinen stationären Voraufenthalten treten keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Angaben zu Auffälligkeiten der Kinder auf. Kölch u. a. (2008) stellten bei der Auswertung der Diagnosen der behandelten Eltern den Trend fest, dass Eltern mit Persönlichkeitsstörungen ihre Kinder als etwas stärker belastet beurteilten als Eltern mit anderen Störungen.

Vorbehalte und Reserviertheit psychisch erkrankter Eltern gegenüber Hilfen

Viele psychisch erkrankte Eltern nehmen die Belastungen und Probleme ihrer Kinder wahr, erkennen krankheitsbedingte Einschränkungen in ihrer Betreuungs- und Erziehungsfunktion und benennen ihre Bedürfnisse nach alltäglichen und therapeutischen Hilfen für ihre Kinder

und ihre Familie. Professionelle Unterstützung nehmen sie jedoch aus den verschiedensten Gründen oftmals nicht in Anspruch (Horwitz u. a. 2007).

Psychisch kranke Eltern haben Vorbehalte gegenüber institutionellen Hilfen und verhalten sich deshalb gegenüber Einrichtungen häufig sehr reserviert und vorsichtig. Im Mittelpunkt stehen meist Ängste vor dem Verlust des Sorgerechts, falls sie psychosoziale Dienste, Beratungsstellen oder Therapeutinnen und Therapeuten in Anspruch nehmen. In einer Studie zeigte sich, dass ca. 30 % der betroffenen Eltern aus dieser Sorge heraus keine Hilfen für ihre Kinder aufsuchten und darüber hinaus 11 % der Überzeugung waren, dass Hilfemaßnahmen für ihre Kinder auch gegen ihren Willen eingeleitet werden würden (Hefti u. a. 2016).

Die Ängste vor dem Verlust des Sorgerechts tragen wesentlich dazu bei, dass die Einstellungen gegenüber der freien und öffentlichen Jugendhilfe (und insbesondere dem Jugendamt) allgemein negativ bis völlig ablehnend sind. 78 % bzw. 90 % der psychisch erkrankten Eltern, die Kontakt zum Jugendamt hatten, empfanden diesen eher als »nicht unterstützend« bzw. »kaum auf die Wünsche eingehend (Schmid u. a. 2008). Über die Hälfte der Patientinnen und Patienten vermied aktiv den Kontakt zum Jugendamt, weitere 22 % gaben an, sie würden keine Hilfe vom Jugendamt benötigen und 19 % der Befragten äußerten Ängste vor Bevormundung durch das Jugendamt.

Partizipative Beteiligung psychisch kranker Eltern

Die großen Vorbehalte und die Reserviertheit psychisch kranker Eltern gegenüber Hilfen verweisen wieder auf die große Bedeutung von partizipativer Beteiligung der Familien am Hilfeprozess (siehe Kapitel 6.2.1). Partizipation erfordert zunächst Transparenz, also Deutlichkeit und Verständlichkeit der Hilfestruktur, die die Institution und die einzelnen Angebote umgibt. Erst wenn den Klientinnen und Klienten ausreichendes Wissen über Risiken und Chancen der geplanten Vorgehensweisen, über Interventionsformen und das Setting, über die Diagnose und mögliche Einflussfaktoren bzw. Bedingungsbeziehungen zur Verfügung steht, werden sie »mitentscheidungsfähig« und somit in die Lage versetzt, als handelnde

Subjekte aktiv und gestalterisch mitzuwirken. Das Konzept der »Informierten Zustimmung« (»informed consent«) bietet einen strukturierten Rahmen dafür (Lenz 2012). Das Ziel, durch Aufklärung und Informationsvermittlung Selbstbemächtigung zu fördern, erfordert eine kontinuierliche Vergewisserung des oder der professionell Helfenden, ob und inwieweit die Informationen, Erklärungen und Beschreibungen auch wirklich verstanden worden sind. Dazu ist ein Rahmen notwendig, in dem ein dialogisch-reflexiver Verständigungsprozess in Gang gesetzt werden kann (Lenz 2014).

Die Realisierung von Partizipation setzt neben der Aufklärung und Informationsvermittlung auch kontinuierliche Aushandlungsprozesse zwischen den Betroffenen und den Expertinnen und Experten voraus. Aushandlung erfordert das aktive Handeln der Betroffenen und den Respekt wie auch das Interesse der Expertinnen und Experten für die spezifischen Problemwahrnehmungen und die bisherigen Problemlösungen der Klientinnen und Klienten. Sie setzt Sensibilität gegenüber den subjektiven Bedürfnissen und Vorstellungen der Betroffenen und die Bereitschaft der Expertinnen und Experten voraus, ihre Macht zu teilen. Aushandlung darf aber auch nicht missverstanden werden als ein Verzicht auf fachliche Ansprüche oder ein »Nachgeben« gegenüber den Betroffenen. Dies würde lediglich ein Abschieben der Verantwortung bedeuten. Aushandlung kann nicht heißen, dass sich die bzw. der professionelle Helfende der Verantwortung entzieht und die Entscheidungen den Klientinnen und Klienten überlässt. Vielmehr bedeutet sie, die subjektiven Seiten der Betroffenen einzubeziehen und sensibel für ihre Vorstellungen und Wünsche zu sein. Das bedeutet aber nicht Konsens um jeden Preis und schon gar nicht Beliebigkeit der Entscheidung. Eine grundlegende Voraussetzung für Aushandeln ist das Vorhandensein von Entscheidungsspielräumen. Es ist also wichtig zunächst festzustellen, ob es überhaupt etwas zu entscheiden gibt oder ob es z. B. gilt, eine Gefährdung abzuwenden und gezielte Maßnahmen zum Schutz des Kindes einzuleiten (Lenz 2014).

Partizipation erfordert im letzten Schritt einen gemeinsamen Prozess des Aushandelns und Gestaltens eines Kontraktes, in dem in einem kommunikativen Prozess gemeinsam mit den Betroffenen die Bedingungen dafür erarbeitet werden, wie sich Hilfe realisieren lässt (Loth 2011).

Stigmatisierung und Selbststigmatisierung

28% der Befragten befürchteten in der Studie von Kölch und Schmid (2008) darüber hinaus eine Stigmatisierung durch Dritte, wenn sie Hilfen für ihre Kinder in Anspruch nehmen würden. In unserer Gesellschaft herrschen immer noch zahlreiche Vorurteile und Stereotype über psychische Krankheiten vor. Menschen mit psychischen Krankheiten werden generell immer noch in abwertender Weise betrachtet (siehe Kapitel 1.6).

Zugang zu Eltern mit Stigmatisierungserfahrungen

Eine Sensibilität für die Stigmatisierungserfahrungen und die meist unbewusst gegen sich selbst gerichteten Selbststigmatisierungen kann einen Zugang zu den erkrankten Eltern eröffnen. Dazu ist es notwendig,

- sich in die Selbststigmatisierung der Eltern einzufühlen und zu verstehen, dass diese inneren Prozesse nur schwer beeinflussbar sind und die Betroffenen oftmals ihr ganzes Leben damit ringen;
- die Eltern darauf anzusprechen, da sie oftmals nicht von sich aus über ihre Selbststigmatisierungen sprechen, weil diese Prozesse automatisiert ablaufen;
- ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Eltern und der Familie herzustellen, weil erst dann offen über Selbststigmatisierungen und deren Folgen wie Schamgefühle und Selbstzweifel gesprochen werden kann.

8.2 GESTALTUNG DER BEZIEHUNG ZU ELTERN MIT EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG

Eine grundlegende Voraussetzung für die Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern ist die Schaffung eines inneren emotionalen Zugangs zu der Person. Dazu ist neben einem Wissen über die belastende und häufig ambivalent empfundene Situation als Eltern das Verständnis für das subjektive Erleben des Elternteils, für seine Gefühls- und Gedankenwelt und deren Auswirkungen auf den Aufbau von Beziehungen und die Gestaltung von Interaktionen notwendig. Ein Wissen über typische Merkmale der Erkrankung und die charakteristischen Verhaltensmuster im Alltag erleichtert den professionellen Helferinnen und Helfern die Kontaktaufnahme und den Umgang mit dem erkrankten Elternteil (siehe Kapitel 3.1ff.).

Innere Haltung der professionell Helfenden

Eine tragfähige Beziehung zwischen professionellen Helferinnen und Helfern und den Betroffenen ist die Grundlage für den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen und Interventionen (Rogers 1972). Diese Beziehung hat sich sowohl in der Therapie- als auch in der Beratungsforschung als die aussagekräftigste Dimension erwiesen. Folgende gesprächstherapeutische Basisvariablen gelten als allgemein akzeptiert und stellen die Grundlage jeder professionellen Hilfebeziehung dar:

- Empathie, d.h. Einfühlung in die Welt der Klientin bzw. des Klienten und die Übernahme ihrer bzw. seiner Perspektive,
- Kongruenz, d.h. Echtheit und Authentizität,
- Akzeptanz, d.h. die Wertschätzung der Klientin oder des Klienten als Person und
- emotionale Wärme.

Diese Basisvariablen sollten nicht nur verbal, sondern vor allem auch nonverbal über Mimik, Körperhaltung und Blickverhalten zum Ausdruck kommen. Rogers (1972) versteht deren Umsetzung als Ausdruck einer inneren Haltung der professionellen Helferin oder des professionellen Helfers und nicht als Technik.

Übertragung und Gegenübertragung in der Arbeit mit psychisch Erkrankten

Wesentlich bestimmt wird die Umsetzung der Basisvariablen zur Gestaltung der Beziehung durch die Gegenübertragung der oder des professionell Helfenden. Unter Gegenübertragung wird die Gesamtheit aller emotionalen Reaktionen – Empfindungen, Handlungsimpulse und Phantasien – der Helferin bzw. des Helfers gegenüber der Klientin oder dem Klienten verstanden (Clarke u. a. 2008). Die Autoren weisen darauf hin, dass sich die Gegenübertragung aus der Übertragung der Klientin oder des Klienten und ihrer bzw. seiner Realität im Leben speist. Beides ist geprägt durch die typischen Merkmale der Erkrankung und deren individuelle Ausformung. Das Wissen darüber ermöglicht es der Helferin oder dem Helfer, die emotionalen Reaktionen der Klientin oder des Klienten zu verstehen und einzuordnen.

Eltern mit einer emotional instabilen Persönlichkeit erleben sich in Konflikt- und Belastungssituationen selbst meist entweder nur als »total gut« oder »total schlecht«, »sehr kompetent« oder »völlig inkompetent«, »stark« oder »schwach«. Zu »Mischformen« dieses Selbsterlebens sind sie kaum in der Lage. Im Zuge dieser Spaltung interagiert lediglich ein Teil der Persönlichkeit der oder des Betroffenen mit einem Teil der bzw. des Helfenden (Schneider-Heine/Lohmer 2011). Der nicht in die Persönlichkeit integrierte Anteil bleibt abgespalten, kann aber zu jeder Zeit aktiv werden und plötzlich – ausgelöst durch eine leichte Störung wie z.B. einen bestimmten Hinweis der oder des Helfenden – das Beziehungsgeschehen dominieren. Es kann in der Folge zu Entwertungen, plötzlichen Abbrüchen oder aggressiven Reaktionen kommen. Übersieht die professionelle Helferin oder der professionelle Helfer solche Spaltungen und geht davon aus, mit der ganzen Person zu kommunizieren, ist das plötzliche Kippen der Beziehung fast vorprogrammiert. Der Umgang mit Borderline-Patienten stellt eine große Herausforderung für Professionelle dar. Die Inanspruchnahme von Supervision und interkollegialen Fallbesprechungen scheint hier oftmals unerlässlich.

Spaltung und Verleugnung, Idealisierung und Entwertung aufseiten der Erkrankten

Die Abspaltung eines ungeliebten Persönlichkeitsanteils kann durch die Verleugnung der Bedeutsamkeit von Emotionen, Wahrnehmungen oder Handlungen unterstützt werden. Verleugnet werden die Bedeutung und die Relevanz der Phänomene, nicht ihre Existenz. So können Eltern mit einer emotional instabilen Persönlichkeit scheinbar beiläufig und ungerührt über Trennung, Suizidversuch oder Vernachlässigung des Kindes berichten, ohne dass ihnen die Dramatik und Reichweite dieser Themen bewusst wird (Schneider-Heine/Lohmer 2011). Neben Spaltung und Verleugnung spielen die Mechanismen der Idealisierung und Entwertung eine besondere Rolle. Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeit weisen in aller Regel ein unsicher-verwickeltes/verstricktes Bindungsverhalten auf (Bartholomew 1997). Idealisierung ermöglicht einer unsicher-verwickelt gebundenen Person eine rasche und gleichsam »umstandslose« Bindung an die professionelle Helferin oder den professionellen Helfer. Durch Idealisierung kann eine Bindung schnell und unter Umgehung der üblichen Nähe-Distanz-Dilemmata, der Ängste und der Momente des Misstrauens eingegangen werden. So wird beispielsweise in die oder den Helfenden und ihre bzw. seine vorgeschlagenen Maßnahmen alle Hoffnung gesetzt. Die Eltern überspringen durch Idealisierung ihre Ängste und ihr mangelndes Zutrauen in ihre eigenen Kräfte und Möglichkeiten und verführen gewissermaßen die professionell helfende Person, eine rasche und die Erwartungen erfüllende Beziehung zu ihnen einzugehen. In der Gegenübertragung entstehen in der Helferin oder dem Helfer Gefühle von verlockender Intimität, intensiver Nähe und einer großen Bedeutung ihrer oder seiner Person. Rettungsphantasien und das angenehme Selbstgefühl, gut und wichtig, ja anderen fachlich überlegen zu sein, können zusätzlich auftauchen.

In der Regel dauert dieser Zustand nicht allzu lange an. Notwendig eintretende Enttäuschungen, Konfrontationen mit unangenehmen Themen, eine begrenzte Einfühlungsfähigkeit oder -willigkeit in den erkrankten Elternteil sowie Abgrenzungsversuche führen zu einem Umkippen. Die Helferin oder der Helfer rutscht umstandslos vom positiven ins negative Segment der betroffenen Person. Dieses Umkippen ist oft begleitet von

dem Mechanismus der Entwertung, der interpersonell in Form bösariger Bemerkungen, Spott, überzogener Kritik, Kühle, Desinteresse und Aggression geäußert werden kann. Entsprechend fühlt sich die professionelle Helferin oder der professionelle Helfer in ihrer bzw. seiner Gegenübertragung oft beschämt, nutzlos, bei Fehlern ertappt und an seinen prinzipiellen Fähigkeiten zweifelnd. Wenn bei einem erkrankten Elternteil eine manifeste Borderline-Störung vorliegt, ist eine im Umgang mit der Symptomatik naive Fachkraft überfordert und, bezogen auf die eigene emotionale Unversehrtheit, gefährdet.

Emotionale Reaktionen der professionellen Helferinnen und Helfer

Professionell Helfende müssen sich dabei stets bewusst sein, dass ihre eigenen emotionalen Reaktionen gegenüber der Klientin oder dem Klienten, die sich aus der eigenen Lebensrealität und der eigenen Übertragung auf das Gegenüber ergeben, wiederum die Übertragung der Klientin bzw. des Klienten auf sie oder ihn im Sinne eines Kreisprozesses mitbestimmen. Ohne Verständnis für diesen zirkulären Prozess kann es leicht dazu kommen, dass sich bei der oder dem professionell Helfenden in der Gegenübertragung unter Umständen die negativen emotionalen Reaktionen verstärken und sich aus Wut, Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit emotionale Reaktionen wie Selbstentwertung, Selbstzweifel wie auch Gegenaggression und Gegenentwertung entwickeln. Dies kann in eine Entgleisung des Dialogs und in eine Auseinandersetzung münden, an deren Ende der Abbruch der eingeleiteten Maßnahmen und Interventionen durch die Klientin bzw. den Klienten steht.



FAZIT

FAZIT

Multiple Belastungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern

Eine psychische Erkrankung eines Elternteils kann sich sehr belastend auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes auswirken und in der Folge das Risiko für Erkrankungen und Gefährdungen erhöhen. Im Säuglings- und Kleinkindalter sind Kinder in besonderer Weise anfällig für die multiplen Belastungen, die durch die elterliche Erkrankung entstehen können. Wenn Eltern aufgrund einer psychischen Erkrankung nur eingeschränkt in der Lage sind, auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren, kann der Erwerb selbstregulatorischer Fähigkeiten erschwert werden. Dies kann zu frühkindlichen Regulationsstörungen führen und das Risiko für spätere Verhaltensauffälligkeiten erhöhen. Regulationsstörungen, die sich in erhöhter Erregbarkeit, Schlaf- und Fütterstörungen äußern können, erhöhen wiederum das Risiko für Misshandlung und Vernachlässigung. Studien zeigen, dass im Vergleich zu Kindern von Eltern mit anderen psychischen Erkrankungen Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen – insbesondere mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (Borderline-Persönlichkeitsstörungen) – die ungünstigsten Entwicklungsverläufe und höchsten Auffälligkeits- und Gefährdungsraten aufweisen.

Den Hauptrisikofaktor für das Kind stellt dabei aber nicht die Art der elterlichen Erkrankung an sich dar. Vielmehr resultiert die Gesamtbelastung für das Kind aus dem Zusammenspiel von krankheitsspezifischen Faktoren, Verlaufsmerkmalen der Erkrankung sowie aus multiplen psychosozialen und sozialen Belastungsfaktoren, die mit der Krankheit verbunden sind. Wissen über diese allgemeinen und krankheitsunspezifischen Faktoren stellt somit eine wichtige Grundlage für die Entwicklung differenzierter und passgenauer Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern dar. Kennzeichnend für Prävention und Frühinterventionen bei psychisch kranken Eltern sollte daher ein multimodales Vorgehen sein, das die spezifischen Angebote zur Förderung der elterlichen Bindungs- und Erziehungskompetenzen mit Angeboten für den erkrankten Elternteil und dessen Familie verknüpft, z. B. in Form von Paar- und Familiengesprächen, Elterngruppen oder Eltern-Kind-Gruppen. Ziele dieser erweiterten

Hilfen sollten insbesondere sein, die Eltern zu ermutigen, offen und aktiv mit der eigenen Krankheit umzugehen, die Paar- und Familienbeziehungen zu bearbeiten, soziale Unterstützung zu fördern bzw. zu ermöglichen und die Eltern zu stärken, um die Selbststigmatisierungen zu überwinden.

Bedeutung bindungsbezogener Interventionen

Im Säuglings- und Kleinkindalter besteht eine besondere Sensitivität und Abhängigkeit des Kindes von der elterlichen Affektivität und ihrer Fähigkeit, auf die kindlichen Signale und Bedürfnisse einzugehen. Daher stellt die Eltern-Kind-Interaktion die Ebene dar, auf der die mit der elterlichen Erkrankung assoziierten Belastungen auf das Kind übertragen werden. Im Zentrum der Frühintervention bei psychisch erkrankten Eltern sollten daher die bindungsbezogenen Interventionen stehen, die darauf zielen, elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu fördern. Meta-Analysen zeigen übereinstimmend, dass bindungsbezogene Interventionen, die gezielt auf die Verbesserung und Förderung der elterlichen Feinfühligkeit ausgerichtet sind, am besten und nachhaltigsten wirken. Aus den Analysen lässt sich ableiten, dass die Förderung der elterlichen Feinfühligkeit durch videogestützte Interaktionsbeobachtung von Eltern und Kind hochunsichere und desorganisierte Bindungen verringern kann. Bindungsdesorganisation steht überwiegend im Zusammenhang mit einer Kumulation von Risiken in Familien, wie sie bei elterlichen psychischen Erkrankungen auftritt. Vielfach konnte festgestellt werden, dass die Interaktionsmuster, die bei psychischen Erkrankungen identifiziert wurden, nicht spezifisch sind, aber zum Teil bei den einzelnen Krankheitsbildern gehäuft vorkommen können. Unabhängig von der Art der Erkrankung sollten daher bindungsbezogene Interventionen auch bei psychisch erkrankten Eltern auf die Förderung von Empathie und emotionaler Verfügbarkeit für das Kind, die Förderung der Wahrnehmung kindlicher Signale sowie der prompten und angemessenen Reaktionsweisen auf die kindlichen Bedürfnisse ausgerichtet sein. Anstelle einer globalen Förderung der Feinfühligkeit bedarf es allerdings einer gezielten Ausrichtung der Interventionen auf die krankheitsbedingten Einschränkungen in der Interaktion mit dem Kind, um spezifischere Aspekte fein-

fühliges Verhalten des erkrankten Elternteils bearbeiten zu können. Dazu ist Wissen über die psychischen Erkrankungen des Elternteils erforderlich. Notwendig sind keine expliziten diagnostischen bzw. differenzialdiagnostischen Kenntnisse, sondern Wissen über die spezifischen Krankheitsmerkmale und deren Auswirkungen auf die Interaktion und Beziehungsgestaltung mit dem Kind.

Klinische und ambulante multimodale Frühinterventionen

Die Mehrzahl der multimodalen Frühinterventionen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern wird in Deutschland bislang im klinischen Bereich in den stationären oder tagesklinischen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten. Der Vorteil für diese Angliederung liegt darin, dass die Verknüpfung der multimodalen Frühintervention mit der medizinisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung des erkrankten Elternteils im klinischen Rahmen gut organisierbar und koordinierbar ist. Die vorhandenen Behandlungsplätze für die sogenannte Eltern-Kind-Behandlung in den psychiatrischen Einrichtungen sichern bislang allerdings bei Weitem nicht den Bedarf. Der Grund für die Unterversorgung liegt vor allem beim fehlenden Finanzrahmen für die Mehrkosten, die durch Eltern-Kind-Behandlungen insbesondere dann entstehen, wenn diese über das klassische Rooming-in hinausgehen und differenzierte bindungsbezogene Interventionen beinhalten.

Neben einem bedarfsgerechten Ausbau der stationären und teilstationären Eltern-Kind-Behandlungsplätze ist die Schaffung ambulanter Angebote für psychisch kranke Eltern notwendig. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass insbesondere aufsuchende Präventionsprogramme verschiedene Vorteile haben. Sie sind niedrigschwelliger als die klinischen Angebote und können dadurch vielen psychisch erkrankten Eltern den Zugang zu Hilfen für ihr Kind erleichtern. Aus Studien ist bekannt, dass psychisch kranke Eltern aus Angst vor Verlust des Sorgerechts Hilfen für ihr Kind reserviert bis ablehnend gegenüberstehen. Ambulante und aufsuchende Hilfen sind zudem besser für die Durchführung sogenannter »Auffrischungssitzungen« geeignet. Krankheitsbedingte Krisen oder eine Verschlechterung des Gesundheitszu-

stands können die Eltern-Kind-Beziehung kurzfristig aus dem Gleichgewicht bringen und das Gefährdungsrisiko für das Kind erhöhen. Durch aufsuchende, zeitbegrenzte und bindungsbezogene Interventionen lassen sich solche Phasen oftmals leichter stabilisieren.

Einbindung in das Netzwerk Frühe Hilfen

Frühe Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern erfordern die Einbindung des psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems in das Netzwerk. Zum einen haben Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten engen Kontakt zu den erkrankten Eltern, wodurch ein frühzeitiger Zugang zu Frühen Hilfen besser hergestellt werden kann. Zum anderen können Frühe Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern ihre nachhaltige Wirkung erst durch die Kooperation unterschiedlicher Professionen, insbesondere aus den Bereichen des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe, entfalten. Netzwerke sind konstitutiv für Frühe Hilfen. Eine Kooperation zwischen so unterschiedlich strukturierten und organisierten Hilfesystemen stellt eine Reihe von Anforderungen an die beteiligten Einrichtungen und Fachkräfte sowohl auf der interinstitutionellen als auch auf der intrainstitutionellen Ebene dar. Bislang liegen noch wenig erprobte und evaluierte Modelle vor, in denen die Zusammenarbeit insbesondere mit dem psychiatrisch-psychotherapeutischen System und den Institutionen und Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen der Frühen Hilfen erfolgreich praktiziert wird.

Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass insbesondere auf der fallbezogenen Kooperationsebene die Koordination, Kombination und Abstimmung der multiprofessionellen Hilfen noch nicht ausreichend gelingt. Passgenauigkeit von Frühen Hilfen für psychisch erkrankte Eltern erschöpfen sich derzeit immer noch häufig auf die Addition von einzelnen Maßnahmen. Voraussetzung für wirksame Unterstützung für psychisch erkrankte Eltern ist ein fallbezogenes Netzwerk, in dem die medizinisch-psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Elternteils mit bindungsbezogenen Interventionen, familienorientierten Maßnahmen sowie pädagogischen und sozialpädagogischen Hilfen zielgerichtet verknüpft und aufeinander abgestimmt wird. Dabei wird die Behandlung je nach Bedarf in unterschiedlicher und falls

notwendig auch in wechselnder Intensität durchgeführt. Welchen Part die niedrigschwiligen Angebote der Frühen Hilfen leisten können, ist bislang noch nicht hinreichend untersucht worden.

Partizipation – gelingende Zusammenarbeit mit den Eltern

Kooperation als ein kommunikativer Verständigungsprozess bleibt unzureichend, wenn die Abstimmungen auf der Ebene der Institutionen und Fachkräfte beschränkt bleiben und es nicht gelingt, die psychisch erkrankten Eltern gleichberechtigt in dieses Geschehen einzubeziehen und sie zu ermutigen, aktiv bei der Planung und Durchführung der Maßnahmen bzw. Interventionen mitzuwirken. Die Eltern sind motivierter zu kooperieren und in Hilfeprozessen mitzuarbeiten, wenn auch ihre Interessen und Bedürfnisse Berücksichtigung finden und ihnen ein möglichst hohes Ausmaß an persönlicher Kontrolle sowohl bei der Zielsetzung als auch bei der Zielerreichung zugestanden wird. Dazu ist es notwendig, Partizipation fest in den Entscheidungsprozessen zu verankern.

Bestimmung von Belastungen durch Screeninginstrumente

Zur diagnostischen Erfassung der Belastungen und Gefährdungen sind in einigen Netzwerken Früher Hilfen Screeninginstrumente entwickelt worden. Bislang liegen allerdings im deutschsprachigen Raum noch relativ wenige empirisch überprüfte Instrumente vor. Die Bestimmung der Belastungen und Gefährdungen liefert wichtige Informationen und Hinweise darüber, was verändert werden soll. Für die Beantwortung der Frage, wie die Probleme am besten verändert, Gefährdungen reduziert und Belastungen am besten bewältigt werden können, sind hingegen die Ressourcen von großer Bedeutung. Es sollten daher neben dem Risiko- bzw. Gefährdungsscreening auch diagnostische Verfahren eingesetzt werden, die die Erfassung von Stärken und Schwächen, von Ressourcen und Belastungen ermöglichen. Hierzu liegen mittlerweile verschiedene psychometrische Verfahren vor, die eine zuverlässige und differenzierte Erfassung dieser Dimensionen gestatten.

Fachliche und personale Kompetenzen für den Umgang mit Betroffenen

Um psychisch erkrankte Eltern frühzeitig und nicht stigmatisierend zu erreichen und ihnen passende Hilfen anbieten zu können, benötigen die Akteure in den Frühen Hilfen spezifische fachliche und personale Kompetenzen für einen angemessenen Umgang mit den Betroffenen. Erforderlich ist Wissen über die Lebenssituation psychisch erkrankter Menschen als Eltern, ihr subjektives Erleben der Elternschaft und die damit verbundenen Belastungen und Kraftquellen, ihre Problemwahrnehmungen und -bewertungen, ihre Vorbehalte und Ängste gegenüber Hilfen für die Kinder sowie die oftmals schmerzlichen Stigmatisierungserfahrungen und tief reichenden Selbststigmatisierungen.

Wichtig ist aber auch das Erkennen der Grenzen der eigenen Handlungsmöglichkeiten der Fachkräfte in den Frühen Hilfen und der Arbeit mit psychischen kranken Eltern. Von zentraler Bedeutung sind vor diesem Hintergrund gute Netzwerke, in denen eine Zusammenarbeit und schnelle Weitervermittlung adäquater Hilfe möglich ist.



LITERATUR

- Abela, J. R. / Skitch, S. A. / Auerbach, R. P. / Adams, A. (2005):** The impact of parental borderline personality disorder on vulnerability to depression in children of affectively ill parents. In: *Journal of Personality Disorders*, 19. Jg., H. 1, S. 68–83
- Abendschein, B. (2012):** Elternteile mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein systematisch-familien-therapeutisches Eltern-Kind-Behandlungsangebot. In: Wortmann-Fleischer, S. / von Einsiedel, R. / Downing, G. (Hrsg.): *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden*. Stuttgart, S. 58–73
- Abidin, R. R. (1995):** Parenting Stress Index (PSI). 3. Aufl. Odessa, FL
- Ainsworth, M. / Blehar, M. C. / Waters, E. / Wall, S. N. (1978):** Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale
- Akman, C. / Uguz, F. / Kaya, N. (2007):** Postpartum-onset major depression is associated with personality disorder. In: *Comprehensive Psychiatry*, 48. Jg., H. 4, S. 343–347
- Angermeyer, M. C. / Matschinger, H. / Schomerus, G. (2013):** Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: change over two decades. In: *British Journal of Psychiatry* 203. Jg., H. 2, S. 146–151
- Angermeyer, M. C. / Van der Auwera, S. / Matschinger, H. / Carta, M. G. / Baumeister, S. E. / Schomerus, G. (2016):** The public debate on psychotropic medication and changes in attitudes 1990–2011. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266. Jg., H. 2, S. 165–172
- Aragona, J. A. (1983):** Physical child abuse: An interactional analysis (Doctoral Dissertation University of South Florida). In: *Dissertation Abstracts International*, 44, 1225B
- Arens, D. / Görden, E. (2006):** Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Ein Konzept für die stationäre Pflege. Bonn
- Axelrodt, R. (1988):** Die Evolution der Kooperation. München
- Azar, S. T. (2002):** Parenting and child maltreatment. In Bornstein, M. H. (Hrsg.): *Handbook of Parenting*. Band 4: Social Conditions and Applied Parenting. 2. Aufl. Mahwah, S. 361–388
- Bakermans-Kranenburg, M. J. / van IJzendoorn, M. H. / Juffer, F. (2003):** Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment interventions in early childhood. In: *Psychological Bulletin*, 129. Jg., H. 2, S. 195–215
- Bakermans-Kranenburg, M. J. / van IJzendoorn, M. H. / Juffer, F. (2005):** Disorganized infant attachment and preventive interventions: a review and meta-analysis. In: *Infant Mental Health Journal*, 26. Jg., H. 3, S. 191–216
- Bardon, D. / Glaser, Y. I. M. / Prothero, D. / Weston, D. H. (1968):** Mother and baby unit: psychiatric survey of 115 cases. In: *British Medical Journal*, H. 2, 755–758
- Barnow, S. (2007):** Borderline-Patientinnen als Mütter. In: *Psychotherapie im Dialog*, 8. Jg., H. 4, S. 378–381
- Barnow, S. / Spitzer, C. / Grabe, H. J. / Kessler, C. / Freyberger, H. / J. (2006):** Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45. Jg., H. 8, S. 965–972
- Barnow, S. / Herpertz, S. C. / Spitzer, C. / Stopsack, M. / Preuss, U. W. / Grabe, H. J. / Kessler, C. / Freyberger, H. J. (2007):** Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. In: *Psychopathology*, 40. Jg., H. 6, S. 369–378
- Bartholomew, K. (1997):** Adult attachment processes: individual and couple perspectives. In: *British Journal of Medicine Psychology*, 70. Jg., H. 3, S. 249–263
- Beardslee, W. R. / Versage, E. M. / Gladstone, T. R. G. (1998):** Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37. Jg., H. 11, S. 1134–1141
- Belsky, J. (1993):** Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. In: *Psychological Bulletin*, 114. Jg., H. 3, S. 413–434
- Bender, D. / Lösel, F. (1998):** Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: Margraf, J. / Siegrist, J. / Neumer, S. (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheitsrisiko?* Berlin, S. 119–145
- Bender, D. / Lösel, F. (2005):** Misshandlung von Kindern: Risikofaktoren und Schutzfaktoren. In: Deegener, G. / Körner, W. (Hrsg.): *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch*. Göttingen, S. 317–346
- Bender, D. / Lösel, F. (2015):** Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienz bei Misshandlung und Vernachlässigung. In: Egle, U. T. / Joraschky, P. / Lampe, A. / Seiffge-Krenke, I. / Cierpka, M. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen*. Stuttgart, S. 77–103

- Bender, M. / Prokop-Nolte, I. / Brücher, K. (1998):** Auch Kinder sind Angehörige. Erfahrungen aus der Erwachsenenpsychiatrie. In Matthejat, F. / Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Bonn, S. 79–86
- Berg-Nielsen, T. S. / Wichström, S. (2012):** The mental health of preschoolers in a Norwegian population-based study when their parents have symptoms of borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders: at the mercy of unpredictability. In: *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6. Jg., H. 19, o. S.
- Berry, J. / Jones, W. (1995):** The Parental Stress Scale: initial psychometric evidence. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, 12. Jg., H. 3, S. 463–472
- Besier, T. / Pillhofer, M. / Botzenhart, S. / Ziegenhain, U. / Kindler, H. / Spangler, G. / Bovenschen, I. / Gabler, S. / Künster, A. K. (2012):** Child abuse and neglect: screening for risk during the perinatal period. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72. Jg., H. 5, S. 397–402
- Bohus, M. / Scher, K. / Berger-Sallwitz, F. / Novelli, U. / Stieglitz, R. D. / Berger, M. (1998):** Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. In: *Psychiatrische Praxis* 25. Jg., S. 134–138
- Börjesson, K. / Ruppert, S. / Bågedahl-Strindlund, M. (2005):** A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. In: *Archives of Women's Mental Health*, 8. Jg., H. 4, S. 232–242
- Boszormenyi-Nagy, L. / Spark, G. M. (2013):** Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. 9. Aufl. Stuttgart
- Bretherton, I. (1992):** The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. In: *Developmental Psychology* 28. Jg., H. 5, S. 759–775
- Brisch, K. H. (2008):** Bindung, Gewalt gegen Kinder und Prävention. In: *Der Gynäkologe*, 11. Jg., H. 10, S. 833–838
- Brockington, I. (2004):** Postpartum psychiatric disorders. In: *Lancet*, 363. Jg., H. 9405, S. 303–310
- Buchheim, A. (2011):** Borderline-Persönlichkeitsstörung und Bindungserfahrungen. In: Dulz, B. / Herpertz, S. C. / Kernberg, O. F. / Sachsse, U. (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, S. 158–167
- Butler, H. / Hare, D. / Walker, S. / Wieck, A. / Wittkowski, A. (2014):** The acceptability and feasibility of the Baby Triple P Positive Parenting Programme on a mother and baby unit: Q-methodology with mothers with severe mental illness. In: *Archives of Women's Mental Health*, 17. Jg., H. 5, S. 455–463
- Canino, G. J. / Bird, H. R. / Rubio-Stipec, M. / Bravo, M. / Alegria, M. (1990):** Children of parents with psychiatric disorders in the community. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29. Jg., H. 3, S. 398–406
- Carlson, E. / Sroufe, L. A. (1995):** Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti, D. / Cohen, D. J. (Hrsg.): *Developmental Psychopathology. Band 1: Theory and Method*. New York, S. 581–617
- Carter, A. S. / Garrity-Rokous, F. E. / Chazan-Cohen, R. / Little, C. / Briggs-Gowan, M. J. (2001):** Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40. Jg., H. 1, S. 18–26
- Caselles, C. / Milner, J. S. (2000):** Evaluations of child transgressions, disciplinary choices, and expected child compliance in a no-cry and a crying infant condition in physically abusive and comparison mothers. In: *Child Abuse & Neglect* 24. Jg., H. 4, S. 477–491
- Cerezo, M. A. (1997):** Abusive family interaction: a review. In: *Aggression and Violent Behavior*. 2. Jg., H. 3, S. 215–240
- Cierpka, M. / Stasch, M. / Groß, S. (2007):** Expertise zum Stand der Prävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 34. Köln
- Cina, A. / Bodenmann, G. (2009):** Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. In: *Kindheit und Entwicklung*, 18. Jg., H. 1, S. 39–48
- Ciampi, L. (1997):** Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Stuttgart
- Clark, R. / Tluczek, A. / Wenzel, A. (2003):** Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 73. Jg., H. 4, S. 441–454
- Clarkin, J. F. / Yeomans, F. E. / Kernberg, O. F. (2008):** Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2. Aufl. Stuttgart
- Cooper, G. / Hoffman, K. T. / Marvin, R. / Powell, B. (1999):** The Circle of Security Interview. Spokane, WA

- Cooper, P. J. / Murray, L. / Wilson, A. / Romaniuk, H. (2003):** Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. In: *British Journal of Psychiatry*, 182. Jg., H. 5, S. 412–419
- Craissati, J. / McClurg, G. / Browne, K. (2002):** Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. In: *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14. Jg., H. 3, S. 225–239
- Crandell, L. E. / Patrick, M. P. H. / Hobson, R. P. (2003):** 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. In: *British Journal of Psychiatry*, 183. Jg., H. 3, S. 239–247
- Deegener, G. / Spangler, G. / Körner, W. / Becker, N. (2009):** Eltern-Belastungs-Screening zur Kindeswohlgefährdung. Göttingen
- Deneke, C. / Lucas, T. (2008):** Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Mütter und Väter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. In: Lenz, A. / Jungbauer, J. (Hrsg.): *Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen, S. 39–62
- Deneke, C. / Lüders, B. (2003):** Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52. Jg., H. 3, S. 172–181
- Deneke, C. / Lüders, B. / Gamm, C. (2004):** Tagesklinische Eltern-Baby-Behandlung bei postpartalen psychischen Störungen: Behandlungskonzept und erste Ergebnisse. In: *Berner Schriftreihe Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 6. Jg., H. 1, S. 81–95
- Douglas, G. (1956):** Psychotic mothers. In: *Lancet*, 270. Jg., H. 6908, S. 124–125
- Downey, G. / Coyne, J. C. (1990):** Children of depressed parents: an integrative review. In: *Psychological Bulletin*, 108. Jg., H. 1, S. 50–76
- Eickhorst, A. / Stasch, M. / Sidor, A. (2012):** Das Einschätzen der Belastung in Familien. In: Cierpka, M. (Hrsg.): *Frühe Kindheit. 0–3 Jahre*. Berlin / Heidelberg, S. 385–395
- Equit, M. / von Gontard, A. (2012):** Ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlung am Universitätsklinikum des Saarlandes. In: Wortmann-Fleischer, S. / von Einsiedel, R. / Downing, G. (Hrsg.): *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden*. Stuttgart, S. 85–94
- Ethier, L. S. / Lacharité, C. / Couture, G. (1995):** Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. In: *Child Abuse & Neglect*, 19. Jg., H. 5, S. 619–632
- Falkai, P. / Wittchen, H.-U. / Döpfner, M. (Hrsg.) (2015):** Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. American Psychiatric Association. Göttingen
- Faulbaum-Decke, W. (2013):** Gemeindepsychiatrie gestaltet Zukunft. Integrierte Gesundheitsversorgung als neuer Ansatz in der Versorgungslandschaft. In: *Nervenheilkunde*, 32. Jg., H. 5, S. 257–263
- Feldman, R. / Zelkowitz, P. / Weiss, M. / Vogel, J. / Heyman, M. / Paris, J. (1995):** A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. In: *Comprehensive Psychiatry*, 36. Jg., H. 2, S. 157–163
- Fiedler, P. (2007):** Persönlichkeitsstörungen. 5. Aufl. Weinheim
- Filsinger, B. (2012):** Frühe Hilfen beginnen im Kreislauf: Vernetzung von Gesundheits- und Jugendhilfe im Modellprojekt »Guter Start ins Kinderleben« am Standort Ludwigshafen. In: Wortmann-Fleischer, S. / von Einsiedel, R. / Downing, G. (Hrsg.): *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden*. Stuttgart, S. 210–216
- Finzen, A. (2013):** Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. Köln
- Fonagy, P. / Gergely, G. / Jurist, E. L. / Target, M. (2008):** Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart
- Fonagy, P. / Target, M. / Gergely, G. (2000):** Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. In: *Psychiatric Clinics of North America*, 23. Jg., H. 1, S. 103–122
- Forman, D. R. / O'Hara, M. W. / Stuart, S. / Gorman, L. L. / Larsen, K. E. / Coy, K. C. (2007):** Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child-relationship. In: *Developmental Psychopathology*, 19. Jg., H. 2, S. 585–602
- Franke, G. H. (2002):** SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis. 2. vollst. überarb. Aufl. Göttingen
- Franz, M. (2005):** Die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern. Eine Herausforderung zur interdisziplinären Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: *Kind Jugend Gesellschaft*, 50. Jg., H. 3, S. 82–86

- Franz, M. / Kettemann, B. / Jäger, K. / Hanewald, B. / Gallhofer, B. (2012):** Was wissen Psychiater über die Kinder ihrer Patienten? In: *Psychiatrische Praxis*, 39. Jg., H. 5, S. 211–216
- Gloger-Tippelt, G. (1991):** Zusammenhänge zwischen dem Schema vom eigenen Kind vor der Geburt und dem Bindungsverhalten nach der Geburt bei erstmaligen Müttern. In: *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 23. Jg., H. 2, S. 95–114
- Gloger-Tippelt, G. / Hoffman, V. (1997):** Das Adult Attachment Interview: Konzeption, Methode und Erfahrungen im deutschen Sprachraum. In: *Kindheit und Entwicklung – Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, Band 3, S. 161–172
- Goodman, J.H. / Guarino, A.J. / Prager, J.E. (2013):** Perinatal dyadic psychotherapy: design, implementation, and acceptability. In: *Journal of Family Nursing*, 19. Jg., H. 3, S. 295–323
- Grawe, K. (1998):** *Psychologische Therapie*. Göttingen
- Grossmann, K. / Grossmann, K.E. (2006):** Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart
- Gunlicks, M.L. / Weissman, M.M. (2008):** Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. In: *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 47. Jg., H. 4, S. 379–389
- Hammen, C. / Burge, D. / Burney, E. / Adrian, C. (1990):** Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar disorder. In: *Archives of Genetic Psychiatry*, 47. Jg., H. 12, S. 1112–1117
- Hargens, J. (1993):** KundIn, KundigE, KundschafterIn. Gedanken zur Grundüberlegung eines helfenden Zugangs. In: *Zeitschrift für systemische Therapie*, 11. Jg., H. 1, S. 14–20
- Hartmann, H.-P. (1997):** Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil II: Eigene Erfahrungen – Behandlungskonzepte und besondere Probleme. In: *Psychiatrische Praxis*, 24. Jg., H. 4, S. 172–177
- Hartmann, H.-P. (2001):** Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50. Jg., H. 7, S. 537–55
- Hartmann, H.-P. (2008):** Beziehungsabbrüche vermeiden. Das Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung. In: *Mattejat, F. / Lisofsky, B. (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern*. Köln, S. 140–147
- Hartmann, H.-P. / Grande, B. (2007):** Stationäre Behandlung von Müttern mit postpartalen psychiatrischen Erkrankungen und ihren Kindern nach dem »Heppenheimer Modell der Mutter-Kind-Behandlung®«. In: *Brisch, K. H. / Hellbrügge, T. (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie*. Stuttgart, S. 259–270
- Hearle, J. / Plant, K. / Jenner, L. / Barkla, J. / McGrath, J. (1999):** A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. In: *Psychiatric Services*, 50. Jg., H. 10, S. 1354–1356
- Hefti, S. / Kölch, M. / Di Gallo, A. / Stierli, R. / Roth, B. / Schmid, M. (2016):** Welche Faktoren beeinflussen, ob psychisch belastete Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Hilfen erhalten? In: *Kindheit und Entwicklung*, 25. Jg., H. 2, S. 89–99
- Heinrichs, N. / Bodenmann, G. / Hahlweg, K. (2008):** *Prävention bei Paaren und Familien*. Göttingen
- Herr, N.R. / Hammen, C. / Brennan, P.A. (2008):** Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. In: *Journal of Personality Disorders* 22. Jg., H. 5, S. 451–465
- Hipwell, A.E. / Kumar, R. (1996):** Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). In: *British Journal of Psychiatry*, 169. Jg., H. 5, S. 655–661
- Hofecker Fallahpour, M. / Zinkernagel, C. / Frisch, U. / Neuhofer, C. / Stieglitz, R.-D. / Riecher-Rössler, A. (2005):** Was Mütter depressiv macht ... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. Bern
- Hohm, E. (2012):** Vernetztes und koproduktives Vorgehen in den »Frühen Hilfen« am Beispiel der Anlaufstelle Frühe Hilfen der Stadt Mannheim: Chancen für psychisch kranke Eltern und deren Babys. In: *Wortmann-Fleischer, S. / von Einsiedel, R. / Downing, G. (Hrsg.): Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfadens*. Stuttgart, S. 193–210
- Holman, S.L. (1985):** A group program for borderline mothers and their toddlers. In: *International Journal of Group Psychotherapy*, 35. Jg., H. 1, S. 79–93
- Hornstein, C. / Wortmann-Fleischer, S. / Schwarz, M. (2001):** Stationäre Mutter-Kind-Aufnahme: mehr als Rooming-In? In: *Rohde, A. / Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. Regensburg, S. 287–294

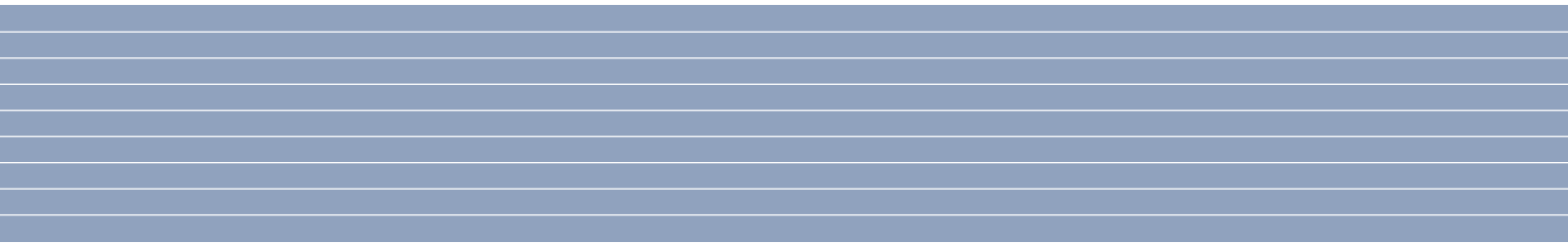
- Hornstein, C. / Trautmann-Villalba, P. / Wild, E. / Baranski, N. / Wunderlich, R. / Schwarz, M. (2010):** Perinatales Präventionsnetz für psychisch belastete und jugendliche Mütter. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59. Jg., H. 9, S. 704/715
- Horwitz, S. M. / Kelleher, K. J. / Stein, R. E. / Storfer-Isser, A. / Youngstrom, E. A. / Park, E. R. / Heneghan, A. M. / Jensen, P. S. / O'Connor, K. G. / Hoagwood, K. E. (2007):** Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. In: Pediatrics, 119. Jg., H. 1, S. 208–218
- Jacobi, F. (2009):** Nehmen psychische Störungen zu? In: Report Psychologie, 34. Jg., H. 1, S. 16–28
- Jungbauer, J. / Stelling, K. / Kuhn, J. / Lenz, A. (2010):** Wie erleben schizophrene erkrankte Mütter und Väter ihre Elternschaft? Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. In: Psychiatrische Praxis, 37. Jg., H. 5, S. 233–269
- Kahlke, W. / Reiter-Theil, S. (Hrsg.) (1995):** Ethik in der Medizin. Stuttgart
- Kienast, T. / Stoffers, J. / Bermpohl, F. / Lieb, K. (2014):** Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. In: Deutsches Ärzteblatt International, 111. Jg., H. 16, S. 280–286
- Kindler, H. (2009):** Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In: Meysen, T. / Schönecker, L. / Kindler, H. (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. Weinheim / München, S. 171–261
- Knuf, A. (2005):** Das Stigma auf der Innenseite der Stirn. In: Soziale Psychiatrie, 29. Jg., H. 4, S. 41–44
- Knuf, A. (2006):** Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn
- Kölch, M. / Schmid, M. (2008):** Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57. Jg., H. 10, S. 774–788
- Kölch, M. / Schielke, A. / Becker, T. / Fegert, J. M. / Schmid, M. (2008):** Belastung Minderjähriger aus Sicht der psychisch kranken Eltern – Ergebnisse einer Befragung stationär behandelter Patienten mit dem SDQ. In: Nervenheilkunde, 27. Jg., H. 6, S. 527–532
- Kumar, R. C. (1997):** »Anybody's child«: severe disorders of mother-to-infant bonding. In: British Journal of Psychiatry, 171. Jg., H. 8, S. 175–181
- Künster, A. K. / Wucher, A. / Thurn, L. / Kindler, H. / Fischer, D. / Ziegenhain, U. (2011):** Risikoepidemiologie und Kinderschutzstatistik in der frühen Kindheit – eine Pilotuntersuchung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60. Jg., H. 3, S. 206–223
- Laucht, M. / Esser, G. / Schmidt, M. H. (1992):** Psychisch auffällige Eltern. Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? In: Zeitschrift für Familienforschung, 4. Jg., H. 1, S. 22–48
- Laucht, M. / Esser, G. / Schmidt, M. H. (2002):** Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31. Jg., H. 2, S. 127–134
- Lenz, A. (2005):** Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen
- Lenz, A. (2010):** Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen
- Lenz, A. (Hrsg.) (2011):** Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen
- Lenz, A. (2012):** Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Köln
- Lenz, A. (2014):** Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Göttingen
- Lenz, A. / Brockmann, E. (2013):** Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen
- Lenz, A. / Lenz, S. (2004):** Mutter-Kind-Behandlung – ein geschlechtersensibler Behandlungsansatz. In: Krankenhauspsychiatrie, 15. Jg., H. 2, S. 70–76
- Lenz, A. / Kuhn, J. / Walther, S. / Jungbauer, J. (2011):** Individuelles und gemeinsames Coping in Familien mit schizophren erkrankten Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60. Jg., H. 3, S. 171–191
- Lieberman, M. / Doyle, A. B. / Markiewicz, D. (1999):** Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: associations with peer relations. In: Child Development, 70. Jg., H. 1, S. 202–213
- Linehan, M. M. (2007):** Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München
- Linehan, M. M. (2016):** Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Zur Behandlung psychischer Störungen: München
- Loth, W. (2011).** Klinische Kontrakte entwickeln – Gemeinsames Anstiften von Sinn. In: Lenz, A. (Hrsg.): Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Tübingen, S. 137–160

- Macfie, J. / Swan, S.A. (2009):** Representations of the caregiver – child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. In: *Development and Psychopathology*, 21. Jg., H. 3, S. 993–1011
- Main, T. F. (1958):** Mothers with children in a psychiatric hospital. In: *Lancet* 272. Jg., H. 7051, S. 845–847
- Main, M. / Solomon, J. (1990):** Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, M. T. / Cicchetti, D. / Cummings, E. M. (Hrsg.): *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention* Chicago, S. 121–160
- Marvin, R. / Cooper, G. / Hoffman, K. / Powell, B. (2002)** The Circle of Security project: attachment-based intervention with caregiver–pre-school child dyads. In: *Attachment & Human Development*, 4. Jg., H. 1, S. 107–124
- Mattejat, F. (2002):** Kinder depressiver Eltern. In: Braun-Scharm, H. (Hrsg.): *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart, S. 231–245
- Mattejat, F. (2014):** Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat, F. / Lis-Ofsky, B. (Hrsg.): *Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern*. 4. korrigierte und ergänzte Auflage, S. 68–95
- Mattejat, F. / Remschmidt, H. (2008):** Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 105. Jg., H. 23, S. 413–418
- Milan, S. / Lewis, J. / Ethier, K. / Kershaw, T. / Ickovics, J.R. (2004):** The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother-infant relationship: mediating and moderating effects during the transition to early parenthood. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32. Jg., H. 3, S. 249–261
- Milner, J.S. (1990):** An interpretative manual for the Child Abuse Potential Inventory. Webster, NC
- Moffitt, T.E. / Arseneault, L. / Jaffee, S.R. / Kim-Cohen, J. / Koenen, K.C. / Odgers, C.L. / Slutske, W.S. / Viding, E. (2008):** Research review: DSM-V conduct disorder: research need for an evidence base. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49. Jg., H. 1, S. 3–33
- Münder, J. / Mutke, B. / Schone, R. (2000):** Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster
- Murray, L. / Cooper, P.J. (1997):** The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interaction, and infant outcome. In: Murray, L. / Cooper, P. J. (Hrsg.): *Postpartum depression and child development*. New York, S. 111–135
- Myschker, N. (2002):** Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Maßnahmen. 4. überarb. Aufl. Stuttgart
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2014):** Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2015a):** Verantwortungsgemeinschaft in den Frühen Hilfen. Regelungsstand und Regelungsbedarfe in den sozialrechtlichen Bezugssystemen. Beitrag des NZFH-Beirats. Köln
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2015b):** Pädiatrischer Anhaltbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3–U6). Köln
- Newman, S. (2008):** Issues in infant-parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. In: *Clinical Child Psychology & Psychiatry* 13. Jg., H. 4, S. 505–514
- Newman, L. / Stevenson, C. (2005):** Parenting and borderline personality disorder: ghosts in the nursery. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10. Jg., H. 3, S. 385–394
- Newman, L.K. / Stevenson, C.S. / Bergman, L.R. / Boyce, P. (2007):** Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41. Jg., H. 7, S. 598–605
- Niemi, L.T. / Suvisaari, J.M. / Haukka, J.K. / Wrede, G. / Lönnqvist, J.K. (2004):** Cumulative incidence of mental disorders among offspring of mothers with psychotic disorder: results from the Helsinki High-Risk Study. In: *British Journal of Psychiatry*, 185. Jg., H. 1, S. 11–17
- Nijssens, L. / Luyten, P. / Bales, D. (2012):** Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. In: Midgley, N. / Vrouva, I. (Hrsg.): *Minding the child. Mentalization-based interventions with children, young people and their families*. London, S. 79–97
- Nylen, K.J. / Moran, T.E. / Franklin, C.L. / O'Hara, M.W. (2006):** Maternal depression: a review of relevant treatment approaches for mothers and infants. In: *Journal of Infant Mental Health* 27. Jg., H. 4, S. 327–343

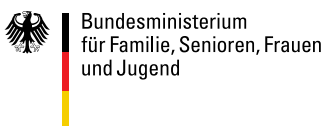
- Papousek, M. (2004):** Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papousek, M. / Schieche, M. / Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Bern, S. 77–110
- Paul, M. (2012):** Was sind Frühe Hilfen? In: frühe Kindheit. die ersten sechs Jahre. Zeitschrift der Liga für das Kind in der Familie und Gesellschaft e.V., 14. Jg., Sonderausgabe Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen, S. 6–8
- Petermann, U. / Petermann, F. (2006):** Erziehungskompetenz. In: Kindheit und Entwicklung, 15. Jg., H. 1, S. 1–8
- Petermann, U. / Petermann, F. / Damm, F. (2008):** Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 56. Jg., H. 4, S. 243–253
- Petermann, U. / Petermann, F. / Franz, M. (2010):** Erziehungskompetenz und Elterntaining. Kindheit und Entwicklung, 19. Jg., H. 2, S. 67–71
- Pillhofer, M. / Spangler, G. / Bovenschen, I. / Künster, A. K. / Gabler, S. / Fallon, B. / Fegert, J. M. / Ziegenhain, U. (2015):** Pilot study of a program delivered within the regular service system in Germany: effect of a short-term attachment-based intervention on maternal sensitivity in mothers at risk for child abuse and neglect. In: Child Abuse & Neglect, 42. Jg., S. 163–173.
- Plass, A. / Wiegand-Grefe, S. (2012):** Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim/Basel
- Rahn, E. (2013):** Borderline. Verstehen und bewältigen. 4. Aufl. Köln
- Ramchandani, P. G. / O'Connor, T. G. / Evans, J. / Heron, J. / Murray, L. / Stein, A. (2008):** The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49. Jg., H. 10, S. 1069–1078
- Ramsauer, B. / Schellhas, L. (2016):** Bindungsbasierte Eltern-Kind-Interventionen. In: PiD – Psychotherapie im Dialog, 17. Jg., H. 3, S. 78–81
- Ramsauer, B. / Griebel, K. (2013):** Das Hamburger Interventionsprojekt »Kreis der Sicherheit« zur Förderung frühkindlicher Bindungssicherheit bei psychischer Erkrankung der Mutter (RCT). In: Röhrle, B. / Christiansen, H. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Band V: Hilfen für Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen. Tübingen, S. 143–155
- Ramsauer, B. / Gehrke, J. / Lotzin, A. / Powell, B. / Romer, G. (2011):** Bindung und Bindungstherapie – Die Hamburger Interventionsstudie »Kreis der Sicherheit«. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 60. Jg., H. 6, S. 417–429
- Rappaport, J. (1985):** Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit – ein sozialpolitisches Konzept des Empowerment anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 17. Jg., H. 2, S. 257–278
- Reck, C. (2012):** Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In: Cierpka, M. (Hrsg.): Frühe Kindheit. 0–3 Jahre. Berlin/Heidelberg, S. 301–311
- Reck, C. / Fuchs, T. / Fricke, J. / Möhler, E. (2006):** Integrative stationäre Psychotherapie für psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder. In: Psychotherapie im Dialog, 7. Jg., H. 1, S. 53–60
- Reck, C. / Struben, K. / Backenstrass, M. / Stefenelli, U. / Reinig, K. / Fuchs, T. / Sohn, C. / Mundt, C. (2008):** Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 118. Jg., H. 6, S. 459–468
- Reichle, B. & Gloger-Tippelt, G. (2007):** Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. In: Kindheit und Entwicklung, 16. Jg., H. 4, S. 199–208
- Reisch, S. (2013):** Stationäres interdisziplinäres Behandlungsangebot für psychisch kranke Mütter (Väter) und ihre Kleinkinder. In: Pedrina, F. / Hauser, S. (Hrsg.): Babys und Kleinkinder. Praxis und Forschung im Dialog. Jahrbuch der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse, Band 2. Frankfurt am Main, S. 276–301
- Riecher-Rössler, A. (2011):** Depression in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Freiburg
- Robertson, K. R. / Milner, J. S. (1986):** Convergent and discriminant validity of the Child Abuse Inventors. In: Journal of Personality Assessment, 49. Jg., H. 1, S. 86–88
- Robins, L. N. / Regier, D. A. (1991):** Psychiatric disorders in America. New York
- Rodriguez, C. M. / Green, A. J. (1997):** Parenting stress and anger expression as predictors of child abuse potential. In: Child Abuse & Neglect 21. Jg., H. 4, S. 376–377
- Rogers, C. R. (1972):** Die nicht-direktive Beratung. München
- Rutter, M. (2012):** Resilience as a dynamic concept. In: Development and Psychopathology, 24. Jg., H. 2, S. 335–344

- Rutter, M. / Quinton, D. (1984):** Parental psychiatric disorders: effects on children. In: *Psychological Medicine*, 14. Jg., H. 4, S. 853–880
- Sameroff, A. / Seifer, R. / Zax, M. / Barocas, R. (1987):** Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. In: *Schizophrenia Bulletin*, 13. Jg., H. 3, S. 383–394
- Saß, H. / Wittchen, H.-U. / Zaudig, M. / Houben, I. (Hrsg.) (2003):** Diagnostische Kriterien. DSM-IV-TR. Göttingen
- Schechter, D. S. / Coots, T. / Zeanah, C. H. / Davies, M. / Coates, S. W. / Trabka, K. A. / Marshall, R. D. / Liebowitz, M. R. / Myers, M. M. (2005):** Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. In: *Attachment and Human Development*, 7. Jg., H. 3, S. 313–331
- Schmid, M. / Schielke, A. / Becker, T. / Fegert, J. M. / Kölch, M. (2008):** Versorgungssituation von Kindern während einer stationären psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern. In: *Nervenheilkunde* 27. Jg., H. 6, S. 533–539
- Schmutz, E. / Lenz, A. / Franzkowiak, P. (2012):** Netzwerke Früher Hilfen: Ziele und Qualitätsmerkmale aus der Praxis. In: *Prävention – Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 35. Jg., H. 4, S. 108–112
- Schneider-Heine, A. / Lohmer, M. (2011):** Abwehr und Gegenübertragung. In: Dulz, B. / Herpertz, S. C. / Kernberg, O. F. / Sachsse, U. (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart, S. 559–565
- Schweitzer, J. (1998):** Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen. Weinheim
- Sidor, A. / Eickhorst, A. / Stasch, M. / Cierpka, M. (2012):** Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61. Jg., H. 10, S. 766–780
- Stewart, D. E. (1989):** Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 34. Jg., H. 1, S. 34–37
- Stiglmayr, C. (2011):** Affekte – Spannung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz, B. / Herpertz, S. C. / Kernberg, O. F. / Sachsse, U. (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Aufl. Stuttgart, S. 384–389
- Sullivan, P. M. / Knutson, J. F. (2000):** Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. In: *Child Abuse & Neglect* 24. Jg., H. 10, S. 1257–1273
- Sweet, M. A. / Appelbaum, M. I. (2004):** Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. In: *Child Development*, 75. Jg., H. 5, S. 1435–1456
- Taubner, S. / Munder, T. / Unger, A. / Wolter, S. (2013):** Wirksamkeitsstudien zu Frühen Hilfen in Deutschland. Ein narratives Review. In: *Kindheit und Entwicklung* 22. Jg., H. 4, S. 232–243
- Thompson, R. A. (1995):** Preventing child maltreatment through social support. A critical analysis. Thousand Oaks, CA
- Tress, W. / Wöller, W. / Hartkamp, N. / Langenbach, M. / Ott, J. (2002):** Persönlichkeitsstörungen – Leitlinie und Quellentext. Stuttgart
- Trocme, N. / MacMillan, H. / Fallon, B. / De Marco, R. (2003):** Nature and severity of physical harms caused by child abuse and neglect: results from the Canadian Incidence Study. In: *Canadian Medical Association Journal*, 169. Jg., H. 9, S. 911–915
- Tröster, H. (2011):** Eltern-Belastungs-Inventar EBI. Deutsche Version des Parenting Stress Index (PSI) von R. R. Abidin. Göttingen
- Tschinkel, S. / Harris, M. / Le Noury, J. / Healy, D. (2006):** Postpartum psychosis: two cohorts compared. 1875–1924 and 1994–2005. In: *Psychological Medicine*, 37. Jg., H. 4, S. 529–536
- Turmes, L. (2008):** Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Die Mutter-Kind-Einheit des Westfälischen Zentrums Herten. In: *Konzepte gegen Gewalt. DAJEB-Informationsschreiben* Nr. 216, S. 3–9
- Turmes, L. (2012):** Historische Entwicklung und Bedarfssituation. In: Wortmann-Fleischer, S. / von Einsiedel, R. / Downing, G. (Hrsg.): *Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden*. Stuttgart, S. 11–28
- Turmes, L. / Hornstein, C. (2007):** Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. In: *Der Nervenarzt*, 78. Jg., H. 7, S. 773–779
- Van Doesum, K. T. M.; Hosman, C. M. H / Riksen-Walraven, J. M. (2005):** A model-based intervention for depressed mothers and their infants. In: *Infant Mental Health Journal* 26. Jg., H. 2, S. 157–176
- van IJzendoorn, M. H. / Schuengel, C. / Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999):** Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. In: *Development and Psychopathology*, 11. Jg., H. 2, S. 225–249

- van Santen, E. / Seckinger, M. (2003):** Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. Opladen
- van Santen, E. / Seckinger, M. (2005):** Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppellebenen interinstitutioneller Netzwerke. In: Bauer, P. / Otto, U. (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke- und Kooperationsperspektive. Tübingen, S. 201–219
- Walburg, D. (2013):** Versorgung aus einer Hand. Die Grundzüge der drei bekanntesten IV-Modelle. In: *Psychosoziale Umschau* 28. Jg., H. 3, S. 6–9
- Wan, M. W. / Green, J. (2009):** The impact of maternal psychopathology on child-mother attachment. In: *Archives of Women Mental Health*, 12. Jg., H. 3, S. 123–134
- Weiss, M. / Zelkowitz, P. / Feldman, R. B. / Vogel, J. / Heyman, M. / Paris, J. (1996):** Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorders: a pilot study. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 41. Jg., H. 5, S. 285–290
- Weissman, M. M. / Gammon, G. D. / John, K. / Merikangas, K. R. / Warner, V. / Prusoff, B. A. / Sholomskas, D. (1987):** Children of depressed parents: increased psychopathology and early onset of major depression. In: *Archives of General Psychiatry*, 44. Jg., H. 10, S. 847–853
- Wendland, J. / Aidane, E. / Rabain, D. / Marie, P. (2009):** An atypical therapeutic treatment program: therapeutic co-constructions of the early relationship between a borderline mother and her baby. In: *La Psychiatrie de l'Enfant*, 52. Jg., H. 1, S. 131–166
- World Health Organization (1992):** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva
- Wortmann-Fleischer, S. / Downing, G. / Hornstein, C. (2006):** Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. Stuttgart
- Wortmann-Fleischer, S. / Argiriou-Martin, S. / Meyer-Lindenberg, A. / Bullenkamp, J. (2012):** Eltern-Kind-Behandlung in der Gruppe – Erfahrungen mit zwei ambulanten Modellen. In: Wortmann-Fleischer, S. / von Einsiedel, R. / Downing, G. (Hrsg.): Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden. Stuttgart, S. 229–234
- Zanarini, M. C. (Hrsg.) (2005):** Borderline personality disorder. Boca Raton, FL
- Zanarini, M. C. / Hörz, S. (2011):** Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz, B. / Herpertz, S. C. / Kernberg, O. F. / Sachsse, U. (Hrsg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart S. 44–56
- Ziegenhain, U. (2012):** Frühe Hilfen. In: Gahleitner, S. B. / Homfeldt, H. G. (Hrsg.): *Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf: Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste*. Weinheim, S. 34–52
- Ziegenhain, U. / Deneke, C. (2014):** Entwicklungspathologische Voraussetzungen der Erlebens- und Bearbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Kölch, M. / Ziegenhain, U. / Fegert, J. M. (Hrsg.): *Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung*. Weinheim, S. 14–39
- Zuckerman, M. (2015):** Sensation Seeking. Beyond the Optimal Level of Arousal. London u. New York



Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

