

**Psychisch kranke Mütter
und die Betreuung ihrer minderjährigen Kinder
während und nach Akutphasen der Krankheit**

Gabriela Koppensteiner

Diplomarbeit

eingereicht zur Erlangung des Grades
Magister(FH)/Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2008

Erstbegutachterin:
DSA Mag^a. (FH) Sonja Kirchwegger

Zweitbegutachterin:
Mag^a. (FH) Andrea Viertelmayr

Kurzfassung

Das Zusammentreffen von psychischer Erkrankung und Mutterschaft kann unterschiedliche Problemkonstellationen ergeben, die einen individuellen Unterstützungsbedarf für Mutter und Kind erfordern. Eine psychische Erkrankung beeinträchtigt mehr oder weniger die Erziehungskompetenzen der Mutter, die Auswirkungen auf das Kind / die Kinder sind von verschiedenen Faktoren abhängig - einerseits protektive Faktoren, die dazu beitragen, dass negative Auswirkungen möglichst gering gehalten werden, andererseits Faktoren, die sich als gefährdend für das Kindeswohl herausstellen können.

Dies erfordert sowohl für das betroffene Familiensystem als auch für professionelle HelferInnen aus Bereichen wie Jugendwohlfahrt oder dem psychiatrischen Versorgungsnetz individuell abgestimmte Problemlösungsstrategien, ein Zusammenwirken und Abstimmen aller Beteiligten ist daher notwendig.

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit quantitativen Aspekten von psychischer Erkrankung und Mutterschaft, stellt Theorien zur Mutter-Kind-Beziehung sowie die gesetzlichen Anforderungen an Kinderbetreuung dar und beschreibt den Einfluss einer psychischen Erkrankung auf die Mutterrolle. Sie widmet sich ausführlich dem privaten sozialen Umfeld von psychisch kranken Müttern sowie dem professionellen HelferInnen-System, wobei beschrieben wird, welche Lösungsansätze die einzelnen Beteiligten bieten.

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird die individuelle Sicht von psychisch kranken Müttern erhoben, ergänzt durch die Sichtweise von professionellen HelferInnen, die Unterstützung für diese Problemkonstellation anbieten.

Zuletzt wird aufgezeigt, welche Verbesserungsmaßnahmen in der Betreuung von psychisch kranken Müttern und deren Kinder durch die involvierten Institutionen gesetzt werden könnten.

Abstract

A mental disease in combination with maternity can cause different problems, which call for individual assistance for mother and child. A mental disease affects the parenting skills of the mother more or less negatively. Different factors interact with the possibly resulting impacts on the child or children – on the one hand protective factors, which minimise negative impacts, on the other hand some factors, which may emerge as being precarious for the child.

This circumstance requires individually adjusted problem-solving strategies for the concerned family as well as for professional assistants from youth welfare authorities or psychiatric aid networks. It is therefore essential, that all participants cooperate and coordinate their interventions.

This diploma thesis deals with quantitative aspects of mental illness and maternity. It describes theories concerning the relationship between mother and child as well as legal requirements regarding childcare. The impact of mental illness on motherhood is depicted. It concentrates on the private and social environment of mentally disordered mothers as well as on the system of professional assistants. Approaches to solve the mentioned problems are also described.

The empirical part of this thesis analyses the individual perception of mentally disordered mothers. These personal views are complemented by the perspective of professional assistants, who offer support in this related field.

Finally measures to improve the support of mentally disordered mothers and their children are highlighted.

Inhalt

I	Theoretischer Teil	6
1	Einleitung.....	6
1.1	Motivation.....	6
1.2	Problemdefinition.....	6
1.3	Aufbau der Arbeit.....	7
2	Quantitative Aspekte.....	8
2.1	Betroffene Mütter und deren Kinder in Zahlen.....	8
2.2	Wohnsituation von psychisch kranken Müttern / Eltern in Zahlen	8
2.3	Warum gibt es mehr psychisch kranke Mütter als Väter?.....	9
3	Definitionen.....	10
3.1	Psychische Störungen.....	10
3.1.1	Schizophrene Störungen.....	11
3.1.2	Affektive Störungen.....	12
3.1.3	Depression	12
3.1.4	Angst- und Zwangsstörungen.....	13
3.1.5	Borderline-Störung	14
3.1.6	Postpartale Erkrankungen.....	14
4	Theoretische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung	15
4.1	Bindungstheorie nach Bowlby	15
4.2	Konzept der Feinfühligkeit nach Ainsworth.....	15
4.3	Bindungstypen nach Ainsworth	16
4.4	Säuglingsforschung von Stern und Winnicott	17
4.5	Interaktionsuntersuchungen von Deneke	17
4.6	Konzept des double bind nach Bateson	18
4.7	High expressed emotions-Konzept.....	18
4.8	Resilienz-Forschung.....	18
4.9	High-risk-Forschung	19
4.10	Genetische Studien	19
5	Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Mutterrolle	19
5.1	Zentrale Aspekte Beziehungsqualität / Krankheitsbewältigung	19
5.2	Faktoren zur Risikoeinschätzung des Kindes, die beim erkrankten Elternteil liegen 20	
5.3	Kriterien zur Einschätzung der mütterlichen Kompetenz.....	22
6	Gesetzliche Anforderungen an die Kinderbetreuung	22
6.1	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch	22
6.2	NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz	23
7	Das Umfeld der Mütter.....	25
7.1	Soziales Umfeld / Familiensystem.....	26

7.1.1	Familiengespräche / Familientherapie.....	27
7.1.2	Psychoedukation mit Familien.....	28
7.1.3	Elterntipps	28
7.2	Professionelles Umfeld.....	29
7.2.1	Jugendwohlfahrt.....	30
7.2.2	Stationäre Erwachsenenpsychiatrie	33
7.2.3	Stationäre Mutter-Kind-Betreuung.....	35
7.2.4	Tageskliniken	37
7.2.5	Psychiatrische Ambulanzen	38
7.2.6	Sozialpsychiatrische Dienste.....	39
7.2.7	Kooperation Jugendhilfe – Erwachsenenpsychiatrie	40
7.2.8	Betreutes Wohnen.....	43
7.2.9	Patenschaftsfamilien	44
7.3	Rolle der Sozialarbeit	44
II	Empirischer Teil	46
8	Vorüberlegungen	46
9	Methodenwahl.....	46
9.1	Betroffenen-Interviews.....	46
9.2	Netzwerkkarte.....	47
9.3	Stakeholder-Interviews	47
10	Qualitative Interviews und Netzwerkkarten.....	48
10.1	Planung und Durchführung.....	48
10.2	Auswertung der qualitativen Interviews	48
10.2.1	Falldarstellungen	49
10.2.2	Analyse der Fälle.....	56
10.3	Resümee	66
11	Stakeholder-Interviews	67
11.1	Planung und Durchführung.....	67
11.2	Ergebnisse	67
11.3	Forderungen an die beteiligten professionellen HelferInnen	70
III	Literatur	73
IV	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	78
V	Anhang	79
VI	Eidesstattliche Erklärung	87

I Theoretischer Teil

1 Einleitung

1.1 Motivation

Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit beim Club Aktiv der Caritas St. Pölten, ein Treffpunkt sowie Freizeitangebot für psychisch kranke Menschen, wurde ich immer wieder mit der Problematik konfrontiert, dass es psychisch kranken Müttern in akuten Phasen ihrer Erkrankung oft nicht möglich ist, die Betreuung und Versorgung ihrer Kinder in einer für sie zufrieden stellenden Art und Weise aufrecht zu erhalten. Sie brauchen in diesen Zeiten Unterstützung, die oft durch den verstärkten Einsatz der Väter oder durch andere Personen des familiären Umfeldes übernommen wird. „Wir müssen es alleine schaffen, mit unseren Schwierigkeiten fertig zu werden, denn wird erst einmal klar, dass wir Hilfe brauchen, so wird man uns nur auseinanderreißen.“ (Deneke 2005:87) Diese Aussage von betroffenen Familien verdeutlicht, dass das familiäre System versucht, diese „Lücke“ in der Kinderbetreuung aus eigenen Ressourcen so gut als möglich zu schließen und externe Hilfen möglichst nicht in Anspruch zu nehmen. Hier spielt auch eine gewisse Angst eine Rolle, dass die Kinder auf Grund der eigenen Unzulänglichkeit in externe Institutionen untergebracht werden.

Ein Praktikum am Amt für Jugend und Familie zeigte mir, dass tatsächlich die Hilfe des Jugendamtes erst in Anspruch genommen wird, wenn die Familie die Versorgung der Kinder nicht mehr schafft oder Auffälligkeiten bei den Kindern erkennbar werden. Die Jugendwohlfahrt sieht auch erst an diesem Punkt, wo die Kinderbetreuung mangelhaft ist, einen Auftrag.

1.2 Problemdefinition

Eine psychische Erkrankung eines Elternteiles bringt ein ganzes Bündel an allgemeinen psychosozialen Problemen mit sich. Deneke (2005:88) nennt „Arbeitslosigkeit, Armut, schlechtere Wohnbedingungen, soziale Isolation, belastete innerfamiliäre Beziehungen, einen überproportionalen Anteil an Ein-Eltern-Familien und fehlende Vertrauenspersonen für Eltern und Kinder“ als einige dieser Problembereiche.

Die Erziehungskompetenz der Mutter ist auf Grund der psychischen Erkrankung mehr oder weniger beeinträchtigt. Dies ist von verschiedenen Faktoren abhängig: Einerseits tragen protektive Faktoren, wie z. B. eine kontinuierlich vorhandene Krankheitseinsicht, konstruktive Bewältigungsstrategien oder eine stabile Partnerschaft der Mutter dazu bei, dass negative Auswirkungen möglichst gering gehalten werden. Andererseits können sich einige Faktoren, beispielsweise eine fehlende Krankheitseinsicht oder unzureichende medizinische und psychische Versorgung als gefährdend für das Kindeswohl herausstellen. (vgl. Beeck 2008:10-11) Um diese mehr oder weniger vorhandenen Defizite auszugleichen, bedarf es eines entsprechenden Unterstützungsnetzes, in das Personen aus dem sozialen Umfeld der Mutter und professionelle HelferInnen involviert sind.

1.3 Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit beschäftigt sich im theoretischen Teil einleitend mit den quantitativen Aspekten von psychischer Erkrankung und Mutterschaft. Im Kapitel „Definitionen“ werden einige der häufigsten psychischen Erkrankungen, an denen Eltern leiden, beschrieben. Ein Abschnitt widmet sich den theoretischen Aspekten der Mutter-Kind-Beziehung und den Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Mutterrolle. Ergänzend werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen, in denen sich dieses Problemfeld bewegt, angeführt.

Ein Hauptkapitel des Theorieteils beschäftigt sich mit dem Unterstützungssystem, das einer Mutter zu Verfügung steht – sowohl das familiäre Umfeld als auch professionelle Unterstützungsangebote.

Im empirischen Teil sollte die Sichtweise und das Erleben von Müttern mit psychischen Erkrankungen beschrieben werden. Dazu wurden fünf Mütter befragt. Dem sollte die Sichtweise von professionellen HelferInnen gegenübergestellt werden, wofür drei Stakeholder interviewt wurden. In kurzen Falldarstellungen werden die befragten Mütter beschrieben und zum Teil deren Unterstützungssystem in Form der Netzwerkkarte abgebildet. Danach werden die Ergebnisse dieser qualitativen Interviews und der Stakeholder-Interviews gezeigt und zuletzt die daraus resultierenden Forderungen an die professionellen HelferInnen aufgelistet.

2 Quantitative Aspekte

2.1 Betroffene Mütter und deren Kinder in Zahlen

Ist das Zusammentreffen von Mutterschaft und psychischer Erkrankung nun ein „Minderheitenphänomen“?

Beeck zitiert folgende quantitative Erhebungen:

- Konservativ geschätzt wird von etwa einer halben Million minderjährigen Kindern psychotischer Eltern in Deutschland ausgegangen. (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994 zit. in Beeck 2008)
- 10 % aller langfristigen KlientInnen der Sozialpsychiatrischen Dienste Stuttgart haben Kinder. (Neunhöfer 2000 zit. in Beeck 2008).
- Etwa die Hälfte aller Patientinnen einer psychiatrischen Klinik haben Kinder. (Münder 1994 zit. in Beeck 2008:6).

Ausgehend von einer durchschnittlichen Kinderzahl pro Familie von 1,69 Kindern (Statistik Austria 2006:11), würde dies für Österreich bedeuten, dass die im Jahr 2005 stationär behandelten Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren mit einer Diagnose der Kategorie F des ICD 10 (laut Statistik Austria 46.674, s. Statistik Austria o.J.:2) cirka 39.500 Kinder¹ haben. Diese Zahl von cirka 39.500 Kindern, deren Mütter von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, bezieht sich auf jene, die bereits in stationärer psychiatrischer Behandlung sind oder waren. Es ist davon auszugehen, dass eine wesentlich größere Anzahl an Kindern betroffen ist, da nicht alle psychisch kranken Mütter in psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen behandelt werden oder wurden.

Mehr als die Hälfte der Eltern haben nur ein (minderjähriges) Kind, in knapp einem Drittel der Fälle haben sie zwei Kinder. Nur etwa jede zehnte Familie hat drei oder mehr Kinder. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:71)

2.2 Wohnsituation von psychisch kranken Müttern / Eltern in Zahlen

Jede dritte psychisch kranke Mutter lebt nicht mehr mit ihren Kindern zusammen. Von den Eltern, die mit ihren Kindern zusammen sind, lebt etwa ein Drittel nicht mehr mit

¹ $46.674 / 2 \times 1,69 = 39.439,53$ (eigene Berechnung)

dem anderen Elternteil der Kinder zusammen. Jede/r siebente PatientIn mit Kindern ist faktisch allein erziehend, was einerseits für die Eltern, neben der Bewältigung ihrer Krankheit eine erhebliche zusätzliche Belastung bedeutet. Andererseits bedeutet dies aber auch für die Kinder, dass für sie unmittelbare innerfamiliäre Kompensationsmöglichkeiten zur Bewältigung von durch die Krankheit der Eltern hervorgerufene Belastung nicht bestehen. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:72-73)

Die 14 % der PatientInnen, die alleinerziehend sind, sind alle psychisch kranke Mütter, die mit ihren Kindern in einem Haushalt zusammen leben. Für diese Zielgruppe deutet sich ein besonderer Unterstützungsbedarf an, da diese selten auf familiale Ressourcen bei ihrer Lebensbewältigung zurückgreifen können und so oftmals eine stationäre Behandlung mit der Begründung ablehnen, dass sie ihre Kinder versorgen müssen. Die Mütter sind durch ihre Situation als Alleinerziehende mit dem Dilemma konfrontiert, einerseits weniger Entlastung in ihrem sozialen Umfeld zu erfahren, andererseits aber hohen Belastungen durch die Bewältigung der eigenen Erkrankung, die alleinige Versorgung der Kinder und die Strukturierung des Alltags ausgesetzt zu sein. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:73)

2.3 Warum gibt es mehr psychisch kranke Mütter als Väter?

Schone/Wagenblass stellen in ihrer Erhebung in den deutschen Bezirken Bielefeld bzw. Kreis Warendorf fest, dass 69,3 % der Eltern in psychiatrischer Behandlung weiblich sind und erklären folgende Faktoren verantwortlich dafür:

- Psychisch kranke Männer gründen seltener eine Familie als psychisch kranke Frauen. Bei Frauen bricht eine schizophrene Erkrankung zwischen dem 25. und 29. Lebensjahr aus. „Eine Erklärung für diesen verzögerten Erkrankungsbeginn bietet die Östrogenhypothese, die dem weiblichen Sexualhormon, das bei jungen Frauen einen physiologisch hohen Spiegel aufweist, eine protektive Wirkung bei schizophrenen Erkrankungen zuschreibt.“ (Riecher-Rössler 2001 zit. in Schone/Wagenblass 2006:68). Zum anderen kann sich bei Frauen im Zuge einer schizophrenen Erkrankung der Wunsch nach einem Kind wahnhaft entwickeln. Über die Mutterschaft erhoffen sie, Bestätigung und Anerkennung als Frau zu erfahren. Bei anderen Störungsbildern wie der Borderlinestörung, die in erster Linie bei Frauen auftritt, kann

das Eingehen von unangemessenen, intensiven sexuellen Beziehungen auch ein Krankheitssymptom sein, wobei es zu einer Schwangerschaft kommen kann.

- Auf Grund der klassischen Rollenverteilung kann der Ausfall der Mutter durch eine psychische Erkrankung in den Familien weniger kompensiert werden. Eine Erkrankung der Mutter ist mit einem höheren Trennungsrisiko verbunden. Kommt es zu einer Trennung der Eltern, dann sind es dem gesellschaftlichen Stand entsprechend vor allem die Mütter, die die Erziehungsaufgaben für die Kinder als Alleinerziehende oder in neuen Partnerschaften wahrnehmen – und dies auch wenn die Mütter psychisch erkrankt sind.
- Biologisch-genetische Geschlechtsunterschiede: Das Risiko, psychisch zu erkranken ist für Mütter auf Grund frauenspezifischer hormoneller und somatischer Veränderungen bei Schwangerschaft und Geburt ungleich höher.
- Geschlechtsspezifische Lebenslagen: Doppelbelastungen führen zu Überforderungen und psychischen Stresssituationen. Stress lässt das Vulnerabilitätsrisiko ansteigen.

(vgl. Schone/Wagenblass 2006:68 – 70)

3 Definitionen

3.1 Psychische Störungen

Psychische Störungen werden in den USA und in Europa auf Grundlage allgemein anerkannter Klassifikationssysteme – aktuell das DSM IV (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) oder das ICD 10 (internationale Klassifikation von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, Dilling u. a. 1999) – bestimmt. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:31).

Hoffmann-Richter / Finzen bezeichnen Diagnosen als Arbeitshilfen, die helfen, mit der Erkrankung umzugehen, aber auch als Etikett, das Angst und Schrecken auslösen kann. Sie plädieren für eine konstruktive Aufklärung, wenn die akute Symptomatik abgeklungen ist und die Kranken beginnen, ihre Zukunft zu planen. Die Genesungschancen sehen sie als viel besser, wenn die Kranken in die Behandlung einbezogen werden. (vgl. Hoffmann-Richter/Finzen 2002:21-22)

Die Schone/Wagenblaus durchgeführte Studie in zwei deutschen Bezirken beschäftigte sich unter anderem mit der Fragestellung, mit welchen Erkrankungen psychisch kranke Eltern ins das psychiatrische Versorgungssystem kommen. Es ergab sich folgende Diagnosenverteilung:

Tabelle 1: Art der Erkrankung der Eltern (in Prozent)

Schizophrenie	41,2 %
Depression	35,9 %
Angst-/Zwangsstörungen	15,4 %
Persönlichkeitsstörungen	6,9 %
Manie	3,9 %
Org. Psychosyndrome/ Intelligenzminderung	3,6 %
Belastungs- und Anpassungsstörung	2,0 %
Alkohol-/ Drogen-/ andere Abhängigkeit	5,6 %
Sonstige Erkrankung	6,2 %
Keine Angabe	1,0 %

Quelle: Schone/Wagenblaus 2006:71

Wie aus obiger Tabelle ersichtlich ist, leidet der Großteil der Mütter und Väter an schizophrenen und depressiven Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Im Folgenden wird daher näher auf diese Diagnosen eingegangen, indem zuerst das jeweilige Krankheitsbild allgemein und danach die Auswirkung auf die Mutter-Kind-Beziehung beschrieben wird. Außerdem werden postpartale Erkrankungen, ein wichtiger Teilaspekt psychisch kranker Mütter, erläutert.

In diesem Zusammenhang erscheinen Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen relevant. Ernst zitiert mehrere Studien, die übereinstimmend eine weibliche Dominanz hinsichtlich depressiver Syndrome, Angstsyndrome, körperbezogener Syndrome und Essstörungen, männliche Dominanz im Bereich alkohol- und drogenbedingter Syndrome nachweisen. (vgl. Ernst, C. 2001:54)

3.1.1 Schizophrene Störungen

Schizophrenie ist eine Erkrankung, die vor allem durch eine Störung des Denkens, Fühlens und Wahrnehmens gekennzeichnet ist (vgl. ICD10, Dilling u. a. 1999:103 ff zit.

in: Schone/Wagenblasse 2006:37). Dazu gehört das Erlebnis der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs durch Hören von Stimmen, welche die Betroffenen in der dritten Person über sich sprechen hören. Farben und Geräusche können ungewöhnlich lebhaft oder in ihrer Qualität verändert wahrgenommen werden. Die Auseinandersetzung mit der inneren Welt führt zu Überlastung. Die Stimmung ist charakteristischerweise flach, unangemessen, ambivalent und antriebsgestört. Die Reaktionen der Erkrankten auf ihre innere Welt sind für die Umwelt meist nicht nachvollziehbar. Dies führt oftmals zu Be- bzw. Entfremdung zwischen dem Erkrankten und ihm nahe stehenden Personen oder auch zu Irritationen in der Umgebung. (vgl. Schone/Wagenblasse 2006:37)

Arens/Görgen beschreiben bei Patientinnen mit Minussymptomatik nach einer Psychose den fehlenden Antrieb, Interesselosigkeit an ihrem Kind und die mangelnde Feinfühligkeit (Responsivität) als problematisch in ihrer Mutterrolle. (vgl. Arens/Görgen 2006:74)

3.1.2 Affektive Störungen

Affektive Störungen können allgemein als Störungen der Stimmung und des subjektiven Gefühlszustandes bezeichnet werden. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Dazu gehören Depressionen, Manien und manisch-depressive Erkrankungen. Bei affektiven Störungen kann zwischen bipolaren und unipolaren Störungen unterschieden werden. (vgl. Schone/Wagenblasse 2006:34)

Es besteht die Gefahr, dass die Kinder den Affekt der Eltern auf sich beziehen. Dies kann bei Kindern Schuldgefühle auslösen. Sie kommen sich einsam und verlassen vor, was Ängste auslösen kann. (vgl. Arens/Görgen 2006:75)

3.1.3 Depression

Die Depression ist eine unipolare Störung, die sich vor allem durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit auszeichnet. Das ICD 10 unterscheidet verschiedene Schweregrade einer Depression und benennt diese leichte, mittelgradige und schwere Depression. Der depressive Gefühlszustand wird in der Regel von einer

Verminderung des Antriebes, des Aktivitätsniveaus, der Konzentrationsfähigkeit und der Aufmerksamkeit begleitet, was zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung führt. Die Motivationslage ist vielfach bestimmt von Rückzugs-, Flucht- und Vermeidungstendenzen. Alltägliche Verrichtungen und Aufgaben werden als Überforderung erlebt. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:34 - 35)

Nahezu jede depressive Mutter wähnt sich zunächst als einzig Betroffene, und ihre damit verbundenen Schuld- und Schamgefühle hindern sie daran, rasch Hilfe zu suchen. Der hohe gesellschaftliche und individuelle Anspruch an die Rolle als Mutter vergrößert die Kluft zum erlebten Versagen. (vgl. Hofecker u.a. 2001:308)

Mütter mit Depressionen entwickeln möglicherweise wenig positive Gefühle zu ihrem Kind (vgl. Arens/Görgen 2006:76). Hofecker u.a. (2001:308) beschreiben „charakteristische Symptome wie Gefühlsleere gegenüber dem Kind, Freudlosigkeit, häufig auftretende Zwangsgedanken oder Suizidideen.“ „Oft machen sich Mütter Selbstvorwürfe und grübeln den ganzen Tag. Die Kinder werden dann entweder zu sehr behütet oder sie werden vernachlässigt. Selbstzweifel der Mutter äußern sich nicht selten in aggressiven Gedanken gegenüber ihren Kindern.“ (Arens/Görgen 2006:76)

3.1.4 Angst- und Zwangsstörungen

Bei Angststörungen sind die betroffenen Personen von Ängsten geplagt, die für sie nicht mehr kontrollierbar sind und die im fortgeschrittenen Zustand zur völligen Lähmung und Einschränkung der Aktivität führen können. Angst hat viele Gesichter. Unterschieden werden kann zwischen Phobien, Panikstörungen, generalisierten Angststörungen und Zwangsstörungen. Bei Phobien bezieht sich die Angst auf ein konkretes Objekt, eine konkrete Situation oder ein konkretes Ereignis. Panikstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass wiederholt schwere impulsive Angst- oder Panikzustände auftreten, die sich nicht auf spezifische Situationen oder Objekte beschränken lassen. Die generalisierte Angststörung ist eine anhaltende Angst, die nicht an spezifische Situationen oder Objekte gebunden ist. Zwangsneurosen sind wiederkehrende, zwanghafte Gedanken und Handlungen, die die Betroffenen immer wieder beschäftigen, oft begleitet mit depressiven Störungen. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:33-34)

Wenn eine Frau an einer Angst- oder Zwangsstörung leidet, besteht für ihr Kind die Gefahr, in das Angst- oder Zwangssystem einbezogen zu werden. Dadurch wird das Kind eingeeengt. (vgl. Arens/Görgen 2006:76)

3.1.5 Borderline-Störung

Die Borderline-Störung wird den Persönlichkeitsstörungen zugeordnet. Hauptmerkmal ist ein durchgängiges Muster von Instabilität hinsichtlich des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Stimmung. Depressionen, Wahnvorstellungen, Drogensucht, Alkoholabhängigkeit und Essstörungen sind nicht selten begleitende Symptome. Das eigene Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen sind häufig unklar und gestört. Die Betroffenen neigen zu Impulsivität bei potenziell selbstschädigendem Verhalten, sie leben Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen aus und leiden unter starken Stimmungsschwankungen. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:39)

Durch die Störung der Impulskontrolle sind Mütter ihrem Kind gegenüber einmal fürsorglich zugewandt, dann wiederum aufbrausend, ablehnend und aggressiv gegenüber dem Kind. Das Kind erlebt seine Mutter in solchen Situationen als unberechenbar. (vgl. Arens/Görgen 2006:75)

3.1.6 Postpartale Erkrankungen

In einer dänischen Studie betrug das relative Risiko, innerhalb von 4 Wochen post partum in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert zu werden:

- 1,4 ‰ für alle Diagnosen,
- 2,6 ‰ für reaktive Psychosen,
- 2,3 ‰ für bipolare Störungen,
- 6,8 ‰ für Erst-Hospitalisierungen.

(vgl. Terp 1998 zit. in Brockington 2001:19)

Die spezifisch psychiatrische Komplikation der Geburt ist die Störung der Mutter-Kind-Beziehung. Es gibt zwei Hauptdimensionen:

- Mangel an emotionaler Reaktion, in leichterer Ausprägung mit Entfremdung („nicht mein Baby“), in schwerer Ausprägung mit Hass und Ablehnung,
- Ärger, Schreien, Fluchen usw., im äußersten Fall Kindesmisshandlung.

Diese Störungen bestehen bei ungefähr 15 % der postpartal aufgenommenen Patientinnen in der Mutter-Kind-Einheit der psychiatrischen Klinik in Birmingham. (vgl. Brockington 2001:21)

Hartmann beschreibt, dass 15 bis 20 % aller Frauen während der Schwangerschaft und postpartal Unterstützung benötigen, um seelisch gesund bleiben zu können. (vgl. Hartmann 2005:132)

4 Theoretische Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung

Wie oben erwähnt, spielen Störungen der Mutter-Kind-Beziehung im psychiatrischen Kontext eine besondere Rolle. Zahlreiche Forschungen beschäftigen sich damit und haben Theorien dazu entwickelt, wovon einige im folgenden Kapitel vorgestellt werden.

4.1 Bindungstheorie nach Bowlby

Bowlby beschreibt in seiner Bindungstheorie, dass ein Säugling von sich aus den überlebensnotwendigen Schutz und die Bindung zu einer vertrauten Person sucht. Die Bezugsperson sollte dem Kind zum einen die verlässliche Person bieten, zu der es zurückkehren kann, zum anderen sollte sie ihm aber auch den Freiraum gewähren, sich von ihr wegzubewegen, wenn es seine Entdeckungslust spürt. Im Idealfall erkennt die Bezugsperson die Bedürfnisse des Säuglings und geht auf sie ein. Frühe Trennungs- und Verlusterfahrungen haben nachhaltige Auswirkungen auf die weitere Entwicklung. (vgl. Bowlby 1958 zit. in Arens/Görgen 2006:18)

4.2 Konzept der Feinfühligkeit nach Ainsworth

Ainsworth gelang es nachzuweisen, dass sich Kinder umso eher an ihre Bezugsperson binden, je feinfühlicher diese die Bedürfnisse des Kindes erkennen und berücksichtigen. Das Konzept der Feinfühligkeit kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Wahrnehmung von kindlichen Signalen: Säuglinge senden von Geburt an Signale, die von der Bezugsperson wahrgenommen werden sollten. Dazu muss sie die Signale des Säuglings aufmerksam im Auge behalten.
- Richtige Interpretation der kindlichen Signale: Die Bezugsperson lernt, die kindlichen Signale zu interpretieren, wobei diese zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und denen des Säuglings differenzieren sollte.
- Prompte Reaktion: Die Bezugsperson vermittelt mit der prompten Reaktion dem Säugling das Gefühl von Wirksamkeit. Er fühlt sich nicht frustriert, sondern verstanden und geborgen.
- Angemessene Reaktion: Werden die kindlichen Signale durch die Feinfühligkeit von der Bezugsperson wahrgenommen, interpretiert und beantwortet, so erfährt der Säugling eine sichere Bindung.

(vgl. Ainsworth 1977 zit. in Arens/Görgen 2006:19 - 20)

4.3 Bindungstypen nach Ainsworth

Basierend auf einem von Ainsworth entwickeltem Testverfahren, das sowohl das Verhalten der Mutter als auch das des Kindes berücksichtigt, kann die kindliche Bindungsqualität sehr genau und reproduzierbar erfasst und klassifiziert werden:

- Typ A – Unsicher-vermeidende Bindung: Wenn die Mutter den Raum verlässt, zeigen die Kinder kein deutliches Bindungsverhalten. Sie registrieren das Verschwinden der Mutter, zeigen jedoch wenig Gefühle oder andere Reaktionen. Bei der Rückkehr der Mutter reagieren sie eher mit Ablehnung. Sie suchen nicht von sich aus die Nähe der Mutter, weil sie gelernt haben, dass die Mutter wenig Geborgenheit und Schutz bietet.
- Typ B – Sichere Bindung: Diese Kinder zeigen offen ihre Gefühle und Bedürfnisse. Bei Verlassen des Zimmers durch die Mutter suchen sie nach ihr und vermissen sie, bei der Rückkehr der Mutter reagieren sie mit Freude.
- Typ C – Unsicher-ambivalente Bindung: Diese Kinder zeigen den größten Stress bei der Trennung von ihrer Mutter. Sie weinen heftig und sind bei der Rückkehr schwer zu beruhigen. Die Mütter zeigen viel Unsicherheit im Umgang mit ihren Kindern.

- Typ D – Unsicher-desorganisierte, desorientierte Bindung: Diese Kinder zeigen wenig Bindungsaktivität und kaum Neugierde an ihrer Umwelt. Solches Bindungsverhalten zeigen häufig Kinder, deren Bezugspersonen mit unbewältigten traumatischen Erfahrungen zu kämpfen haben.

(vgl. Ainsworth 1978 und 1985 zit. in Arens/Görgen 2006:20-21)

4.4 Säuglingsforschung von Stern und Winnicott

Stern entwickelte ein Stufenkonzept der entstehenden Beziehung von Mutter und Kind und plädiert für eine frühe Intervention bei einer gefährdeten Mutter-Kind-Beziehung, indem alte Bindungsmodelle bewusst gemacht und gegebenenfalls in Frage gestellt werden. (vgl. Stern 1995 zit. in Arens/Görgen 2006:22)

Winnicott prägte den Begriff der „ausreichend guten Mutter“, der beschreibt, dass ein Säugling die Fähigkeit zum Alleinsein entwickelt, wenn er ausreichend gut bemuttert wird, wenn er bei seiner Mutter genug Halt findet. Mit dem Begriff „Übergangsphänomen“ beschreibt er, dass Säuglinge sich bei Abwesenheit der Mutter ein Übergangsobjekt, etwa ein Kuscheltier, suchen, das die Mutter symbolisiert und ihnen die Trennung erleichtert. (vgl. Winnicott 1971 zit. in Arens/Görgen 2006:22)

4.5 Interaktionsuntersuchungen von Deneke

Deneke untersuchte kindliche Entwicklungsauffälligkeiten, die auf elterliche Psychopathologien zurückzuführen sind. Diese vermittelt sich dem Kind über Interaktion, wobei sie vier Interaktionsstile unterscheidet:

- Unauffällige Interaktion
- Unterstimulation
- Überstimulation
- Stark wechselnder Interaktionsstil

Oft sind die Interaktionen besser als das vorliegende Krankheitsbild erwarten lässt, weil die kranken Mütter auf überraschend viele gesunde Reserven in Form von intuitiven elterlichen Kompetenzen zurückgreifen können. Die Kinder erleben die psychische Erkrankung der Mütter in unterschiedlicher Art und Weise, indem sie entweder

individuelle Stärken entwickeln oder die Erkrankung als bedrohliche Krise erfahren. Der stark wechselnde Interaktionsstil scheint die Kinder am meisten zu gefährden, da sich die Aggression der Mutter am offensten zeigt und dies häufig zu reaktiven Bindungsstörungen bei den Kindern führen kann. (vgl. Deneke 1995 zit. in Arens/Görgen 2006:23-24)

4.6 Konzept des double bind nach Bateson

Bateson beschreibt in seinem Konzept des „double bind“, dass permanent widersprüchliche Botschaften ein Kind nachhaltig verunsichern können. Er schränkt jedoch ein, dass widersprüchliche Botschaften in einer widersprüchlichen Welt bis zu einem gewissen Punkt unvermeidlich sein könnten. (Bateson 1981 zit. in Bock 2005:55)

4.7 High expressed emotions-Konzept

High-Expressed-Emotions (HEE) bedeutet, dass die Familienangehörigen gegenüber dem Patienten übermäßig häufig Kritik äußern, Feindseligkeiten zeigen oder von einem emotionalen Überengagement gekennzeichnet sind. (vgl. <http://www.medizinische-berufe.de>)

4.8 Resilienz-Forschung

Werner (1997) und Antonovsky (1998) untersuchten in ihren Resilienz-Studien, welche Entwicklungsumstände und Persönlichkeitsmerkmale Menschen haben, die Extrembelastungen gut verkraften, um daraus Schlussfolgerungen für Schutzfaktoren zu ziehen. (vgl. Werner 1997/Antonovsky 1998 zit. in Beeck 2008:8) Garmezy beschäftigte sich in seinen Forschungen an Kindern und Jugendlichen in den Slums von Minneapolis mit dem Phänomen von scheinbar „unverwundbaren“ Kindern, die trotz ärmlicher Verhältnisse und psychisch kranken oder alkoholabhängigen Eltern gediehen. Er erklärte diese „Unverwundbarkeit“ so, dass die betroffenen Kinder ihre Probleme als Herausforderung sehen, Schwierigkeiten sie zu besonderen Anstrengungen anspornen. Sie können das Negative in ihrer Umgebung teilweise ausblenden und positive Gegengewichte finden, indem sie die Unterstützung wenigstens eines bewunderten oder geliebten Menschen suchen und finden. (vgl. Garmezy zit. in Ernst, H. 2005)

4.9 High-risk-Forschung

Die High-risk-Forschung geht dem Ziel nach, Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko, wie eben Kinder psychotischer Eltern, genauer zu beschreiben und herauszufinden, in welchen Merkmalen sich diese Risikogruppe von normalen Vergleichsgruppen unterscheidet. Es konnte gezeigt werden, dass bei Kindern von psychotischen Eltern gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten festzustellen sind, sowohl im kognitiven wie auch im emotionalen Bereich sowie Störungen des Sozialverhaltens. (vgl. Mattejat 2005:67)

4.10 Genetische Studien

Genetische Studien verfolgen die spezielle Frage, welche Rolle die Vererbung bei der Entstehung von psychotischen Erkrankungen spielt. Die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt bei 10 – 15 %, wenn beide Eltern schizophren erkrankt sind, bei etwa 40 %. (vgl. Mattejat 2005:67)

5 Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Mutterrolle

Wie eine psychische Erkrankung die Mutterrolle beeinflusst, wird in Fachkreisen unterschiedlich diskutiert. Arens/Görgen (2006:73) meinen, dass „die Diagnose der Mutter nicht darauf schließen lässt, wie sie sich gegenüber ihrem Kind verhält. Vielmehr ist die Beziehungsqualität oft weitgehend unabhängig von dem jeweiligen Krankheitsbild.“ Laut Beeck (2004:46) „stellt eine elterliche Erkrankung für alle Kinder einen Bruch in der Kontinuität dar, weil sie sich auf alle Lebensbereiche der Kinder auswirkt: auf familiäre und soziale Beziehungen, auf Kindergarten bzw. Schule und Freizeit.“ Als Hindernis beschreibt sie die Tatsache, dass „psychisch kranke Eltern die Situation ihrer Kinder nur in den seltensten Fällen von alleine wahrnehmen, da sie krankheitsbedingt (zumindest phasenweise) kaum Einfühlungsvermögen in andere Menschen haben.“ (Beeck 2008:27)

5.1 Zentrale Aspekte Beziehungsqualität / Krankheitsbewältigung

Zwei zentrale Aspekte spielen laut Mattejat eine Rolle:

- **Beziehungsqualität:** Können sich der erkrankte Elternteil und das betroffene Kind auf stabile, tragfähige und Sicherheit vermittelnde interpersonale Beziehungen stützen? Tragfähige Beziehungen sind solche, die emotional, kognitiv und im praktischen Handeln unterstützende Funktionen erfüllen können und in denen gleichermaßen Bindung wie auch Eigenständigkeit möglich sind.
- **Krankheitsbewältigung:** Sind die Versuche zur Krankheitsbewältigung hinreichend und adäquat? Zur Krankheitsbewältigung gehören die innere Einstellung zur Erkrankung und dabei aktualisierte Bewältigungsformen (Verleugnung vs. Überbewertung; Überforderung vs. Unterforderung), die lebenspraktische familiäre Organisation und Aufgabenverteilung, die Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten, die Anpassung der beruflichen bzw. schulischen Situation an die Erkrankung und die Zusammenarbeit mit den Fachinstanzen der Psychiatrie, der Jugendhilfe und anderen.

(vgl. Mattejat 2005:71)

5.2 Faktoren zur Risikoeinschätzung des Kindes, die beim erkrankten Elternteil liegen

Beeck stellt fest, dass die Belastungen, denen Kinder ausgesetzt sind, von Fall zu Fall erheblich variieren. Sie nennt einige Faktoren, die beitragen, das Gefährdungsrisiko, dem ein Kind durch die psychische Erkrankung eines Elternteiles ausgesetzt ist, einzuschätzen:

- **Geschlecht:** Eine Erkrankung der Mutter ist für ein Kind in der Regel verheerender als die des Vaters, da die Mutter meist primäre Bezugsperson ist.
- **Art der Erkrankung:** Erkrankungen wie schizo-affektive Psychosen, Schizophrenie, bipolare Erkrankungen mit vielen Symptomen in starker Ausprägung wie Wahnvorstellungen, Einbindung in das Wahnsystem, aggressives, entwertendes oder abweisendes Verhalten, die zum Ausfall der Alltagsversorgung und der emotionalen Versorgung des Kindes führen, beurteilt Beeck als risikoreicher als Erkrankungen wie unipolare Depressionen, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit völliger Apathie, teilnahmsloses oder desinteressiertes

Verhalten oder Erkrankungen mit geringer Ausprägung der Symptome, überfürsorgliches oder bevormundendes Verhalten.

- Verlauf der Erkrankung: Ein chronisch episodischer oder anhaltender Verlauf beeinflusst die Mutterrolle stärker als ein Verlauf mit zwei bis vielen Episoden oder eine einmalige Erkrankung.
- Alter der Ersterkrankung: Je früher die erste Krankheitsepisode auftritt (30 Jahre oder jünger), desto schwerwiegender wirkt sich dies auf das Kind aus.
- Zeitpunkt der medizinischen und psychischen Versorgung bei akuter Erkrankung: Hochproblematisch ist, in Bezug auf das Kind, wenn eine adäquate Versorgung gar nicht oder nur nach langer akuter Erkrankung vorhanden ist. Wenn dies spätestens nach einer Woche einsetzt, sind die Risiken einer Beeinträchtigung geringer. Wenn Behandlungen immer sofort erfolgen, kann dies als Schutzfaktor gesehen werden.
- Krankheitseinsicht / Bereitschaft, sich bei Bedarf behandeln zu lassen, ggf. auch stationär: Ist eine Krankheitseinsicht nie oder ganz selten vorhanden und werden Behandlungen nur mit gerichtlichen Maßnahmen durchgeführt, betrachtet Beeck dies als hohen Risikofaktor für das Kind. Als Schutzfaktor wertet sie, wenn Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft kontinuierlich vorhanden sind.
- Bewältigungsstrategien: Destruktive Bewältigungsstrategien bewirken negative Einflüsse, konstruktive (z. B. Therapiebesuche) wirken sich positiv auf die Mutterrolle aus.
- Vorsorgevorkehrungen für sich selbst bzw. für das Kind / Notfallplan: Trifft eine betroffene Mutter keine Vorkehrungen für sich selbst bzw. für das Kind und ist dazu keine Bereitschaft ihrerseits vorhanden, stellt dies ein hohes Gefährdungsrisiko dar. Vorsorgemaßnahmen und Notfallpläne sind ein Schutzfaktor, um Beeinträchtigungen zu reduzieren bzw. auszuschalten.
- Bereitschaft, bei Bedarf externe Unterstützung für Kind und Familie anzunehmen: Eine Abschottung in Krisenfällen bedeutet ein höheres Gefährdungspotential. Ist diese Bereitschaft jedoch vorhanden, kann sich dies positiv auswirken.
- Lebenssituation / Erziehungssituation: Kinder von allein erziehenden, psychisch kranken Müttern sind einem höheren Risiko der Beeinträchtigung ausgesetzt als

Kinder, deren Mütter in einer stabilen Partnerschaft leben. Die Familienzusammensetzung und das Vorhandensein eines gesunden Elternteils, in unserem Fall des Vaters, der ein gutes Verhältnis zum Kind hat, spielen eine wesentliche Rolle.

(vgl. Beeck 2008:10-11)

5.3 Kriterien zur Einschätzung der mütterlichen Kompetenz

Matakas und sein Team bestimmen fünf allgemeine Kriterien, die die Versorgungsfähigkeit der Mutter definieren:

- **Physische Versorgung:** Dies sind elementare Fähigkeiten wie z. B. Füttern, Windeln wechseln, Sauberkeit, Respektieren des Schlaf- und Ruhebedürfnisses des Kindes/Säugling.
- **Emotionale Resonanz, Responsivität:** Ein Lächeln des Kindes mit einem eigenen Lächeln zu beantworten, auf Ängste und Unruhe des Kindes mit beruhigenden Maßnahmen, insbesondere körperlicher Nähe, reagieren zu können, usw.
- **Unterscheidungsvermögen (Diskriminationsvermögen):** Die Mutter muss zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und denen ihres Kindes unterscheiden können.
- **Wachsamkeit gegenüber Unfallgefahren**
- **Triangulierung:** Die Mutter muss in der Lage sein, sich zeitweise von der Mutter-Kind-Dyade zu lösen. Sie muss die Zweierbeziehung für den Vater oder für andere Bezugspersonen öffnen können.

(vgl. Arens/Görgen 2006:29)

6 Gesetzliche Anforderungen an die Kinderbetreuung

6.1 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch

Das ABGB definiert die allgemeinen Rechte und Pflichten zwischen Eltern und Kinder im § 137, Abs. 1 wie folgt: Die Eltern haben für die Erziehung ihrer minderjährigen Kinder zu sorgen und überhaupt ihr Wohl zu fördern. Die Pflege des minderjährigen Kindes umfasst nach § 146, Abs. 1 ABGB besonders die Wahrung des körperlichen Wohles und der Gesundheit sowie die unmittelbare Aufsicht, die Erziehung besonders die

Entfaltung der körperlichen, geistigen, seelischen und sittlichen Kräfte, die Förderung der Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes sowie dessen Ausbildung in Schule und Beruf.

Das ABGB sieht in Fällen, in denen die Obsorge durch die Eltern nicht ausreichend gewährleistet ist, eine Entziehung oder Einschränkung der Obsorge vor. § 176, Abs. 1 ABGB beschreibt: Gefährden die Eltern durch ihr Verhalten das Wohl des minderjährigen Kindes, so hat das Gericht, von wem immer es angerufen wird, die zur Sicherung des Wohles des Kindes nötigen Verfügungen zu treffen. Besonders darf das Gericht die Obsorge für das Kind ganz oder teilweise, auch gesetzlich vorgesehene Einwilligungs- und Zustimmungsrechte, entziehen. Im Einzelfall kann das Gericht auch eine gesetzlich erforderliche Einwilligung oder Zustimmung ersetzen, wenn keine gerechtfertigten Gründe für die Weigerung vorliegen. Bei einer Obsorgeeinschränkung bzw. einem Obsorgeentzug ist das Beurteilungskriterium das Kindeswohl. Dazu beschreibt § 178a ABGB: Bei Beurteilung des Kindeswohls sind die Persönlichkeit des Kindes und seine Bedürfnisse, besonders seine Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten, sowie die Lebensverhältnisse der Eltern entsprechend zu berücksichtigen.

(vgl. Doralt, Werner (2004): Kodex des österreichischen Rechts, Bürgerliches Recht)

6.2 NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz

Hier hat nun laut § 1 NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz die Jugendwohlfahrt die Aufgabe der Sicherung und Förderung der Entwicklung Minderjähriger durch das Angebot von Hilfen zur Pflege und Erziehung sowie durch Erziehungsmaßnahmen. Laut § 2, Abs. 3 hat sie die Familie bei der Pflege und Erziehung zu beraten, zu unterstützen und mit ihr zusammenzuarbeiten, um sie zu befähigen, Pflege und Erziehung des Minderjährigen soweit als möglich selbst wahrzunehmen, laut Abs. 4 aber nur soweit einzugreifen, als dies zum Wohl des Minderjährigen notwendig ist bzw. wenn die Erziehungsberechtigten das Wohl des Minderjährigen nicht gewährleisten.

Welche sozialen Dienste die Jugendwohlfahrt anbietet, ist im § 15, Abs. 2 NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz definiert. Vor allem die unter § 15, Abs. 2, Punkt 2 angeführten

Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern, Erziehungsberechtigte und Minderjährige bei speziellen Erziehungs- und Entwicklungsfragen sowie Hilfen in Krisensituationen, besonders unter dem Gesichtspunkt der Förderung der gewaltlosen Erziehung, wie z.B. Kinderschutzzentren, sind für psychisch kranke Eltern bedeutsam, da diese konkrete Hilfe in der Familie anbieten.

Die Vermittlung von Minderjährigen auf Pflegeplätze (§ 20 NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz) ist eine weitere mögliche Maßnahme, wenn Eltern das Wohl des Kindes nicht gewährleisten können. Dabei sind den Pflegeeltern (-personen), dem Minderjährigen sowie den leiblichen Eltern Beratungshilfen anzubieten. (§ 20, Abs. 3).

Im § 42 NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz werden die Hilfen zur Erziehung wie folgt unterschieden:

1. Unterstützung der Erziehung oder
2. volle Erziehung,

wobei die jeweils gelindeste, noch zum Ziel führende Maßnahme zu treffen ist.

Ad 1. (§ 43) Die Unterstützung der Erziehung umfasst alle Maßnahmen, die eine zielführende und verantwortungsbewusste Erziehung des Minderjährigen durch die Erziehungsberechtigten fördern. Sie soll vor allem dazu dienen, die Voraussetzungen für die Erziehung des Minderjährigen in der eigenen Familie zu verbessern. Dies umfasst unter anderem:

- Formen der sozialpädagogischen Familienintensivbetreuung,
- die Beratung der Erziehungsberechtigten im Hinblick auf gewaltlose Erziehung,
- die Betreuung des Minderjährigen außerhalb der Familie, etwa in Gruppen.

Ad 2. (§ 44) Volle Erziehung umfasst die Pflege und Erziehung des Minderjährigen in einer Pflegefamilie, bei Personen gemäß § 28, Abs. 3, in einem Kinder- und Jugendheim, in einer sonstigen Einrichtung oder durch nicht ortsfeste Formen der Pädagogik, sofern der Jugendwohlfahrtsträger mit der Pflege und Erziehung betraut wurde. Volle Erziehung ist zu leisten, wenn die Maßnahmen zur Unterstützung der Erziehung zur Wahrung des Wohles des Minderjährigen nicht ausreichen. Für Maßnahmen der vollen Erziehung besteht laut § 48 Kostenersatzpflicht, d. h. diese sind

vom Minderjährigen und seinen nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtigen zu ersetzen, soweit sie nach ihren Lebensverhältnissen dazu imstande sind.

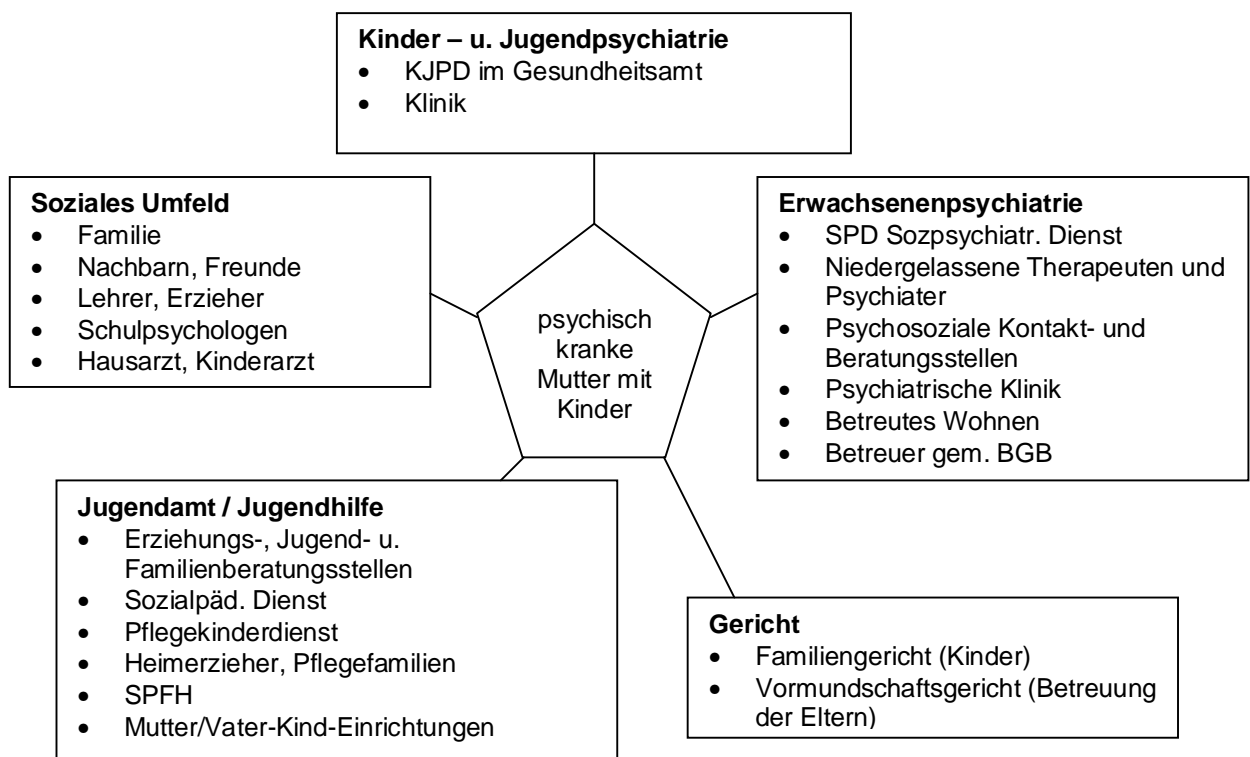
(vgl. NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz 1991, 22. Stück)

7 Das Umfeld der Mütter

Ein stützendes soziales Umfeld und ein gut koordiniertes HelferInnen-System bilden ein für psychisch kranke Mütter und deren Kinder wichtiges Netz, das Struktur und Halt in Krisenfällen, aber auch in stabilen Phasen bietet.

Die folgende Grafik stellt mögliche, in diesem Netz mitbeteiligte Personen bzw. Institutionen, dar.

Abbildung 1: Überblick über Personenkreise und Einrichtungen, deren MitarbeiterInnen mit Kindern psychisch kranker Eltern in Kontakt kommen.



Quelle: Beeck 2008:26

Nachfolgend wird auf einige Stakeholder dieses Netzes, zuerst das Familiensystem und danach die professionellen HelferInnen sowie deren Bedeutung für die betroffene Mutter eingegangen. Vorschläge zur Unterstützung sind am Ende jedes Punktes zu finden.

7.1 Soziales Umfeld / Familiensystem

Eine Frau mit einer psychisch kranken Mutter schreibt: "Wann werden die Ärzte der Eltern endlich begreifen, dass das gesamte Familiensystem erkrankt ist und Heilung jedes einzelnen Familienmitgliedes erst stattfinden kann, wenn alle Familienmitglieder in diesen Prozess einbezogen werden?" (Beeck 2004:11)

Diese Aussage verdeutlicht, dass eine psychische Erkrankung der Mutter nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern auch die Familie als System betroffen ist.

Durch die Verlagerung der Psychiatrie in den ambulanten Bereich brauchen Erkrankte Unterstützung in der eigenen Familie. Familienangehörige müssen daher in ihrer wichtigen Funktion von professionell Tätigen unterstützt werden. (vgl. Bock 2005:107)

Schone/Wagenblass meinen, dass in der überwiegenden Anzahl die betroffenen Familien die Pflege und Erziehung der Kinder (und Jugendlichen) noch selbst und/oder mit Unterstützung von EhepartnerInnen oder Verwandten sicherstellen können. Dies bedeutet, dass Ressourcen aus dem familiären oder sozialen Umfeld aktiviert werden können, um eine durch die Erkrankung des Elternteils/der Eltern ggf. bedingte Leistungsschwäche in Fragen der Pflege und Erziehung der Kinder zu kompensieren. Nicht selten geht die psychische Erkrankung der Eltern aber auch mit (vorübergehenden oder längerfristigen) Einschränkung ihrer Fähigkeit einher, eine umfassende Pflege, Versorgung und Erziehung ihrer Kinder sicherzustellen. Im Idealfall gelingt es, dieser Schere – sinkende Erziehungsfähigkeit eines Elternteiles einerseits und ein aus der Erkrankung resultierender steigender Unterstützungsbedarf (Erziehungsbedarf) bei den Kindern andererseits – im familiären Rahmen durch den nicht erkrankten Elternteil, durch Verwandte, durch Geschwister etc. entgegenzuwirken. Allerdings gilt auch für EhepartnerInnen und andere Angehörige von psychisch erkrankten Menschen, dass sie selbst durch die Krankheit besonderen Belastungen und Erwartungen ausgesetzt sind. Daneben gibt es aber auch viele psychisch erkrankte Eltern, bei denen das familiäre

und soziale Netzwerk ohnehin nicht sehr stabil ausgeprägt ist und wo nur sehr eingeschränkte Kompensationsmöglichkeiten hinsichtlich der Betreuung und Versorgung der Kinder bestehen. Dies gilt insbesondere für allein erziehende Eltern, bei denen der andere Elternteil für die Übernahme von Erziehungsaufgaben ausfällt. In solchen Fällen ist es oft erforderlich, dass Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch genommen werden (müssen), um eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung sicherstellen zu können. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:41)

Ein weiteres Problem ist die Tabuisierung der psychischen Krankheit des Elternteiles, sowohl innerfamiliär als auch nach außen. Auch die Aufklärung der Kinder durch professionelle HelferInnen erfolgt nur mangelhaft. Eine Studie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zeigte, dass 35 % der Kinder keinerlei Information gegeben wurde, weil dies nicht für notwendig erachtet wurde oder weil man die Kinder schonen wollte. Sie werden dadurch als Mitbetroffene in ihren Wahrnehmungen und in ihrem Erlebten allein gelassen. (vgl. Küchenhoff 2005:104-106)

Kinder sind als Gesprächspartner auch deshalb schwer erreichbar, weil die Einverständniserklärung der Eltern benötigt wird.

7.1.1 Familiengespräche / Familientherapie

„In der Familientherapie soll durch Gespräche das Interaktions- und Kommunikationsverhalten in der Familie verbessert werden.“ (Beeck 2008:44) Um alle Beteiligten in der Familie miteinzubeziehen, verwenden Arens/Görgen Aspekte der systemischen Familientherapie. Sie meinen, dass man das „System Kind“ nicht losgelöst vom „System Familie“ betrachten kann, und deshalb die Familie so früh wie möglich mit in die Behandlung einbezogen werden sollte. Damit können die familiären Ressourcen gut erfasst und ein fundierter Einblick in die Familiendynamik gewonnen werden. (vgl. Arens/Görgen 2006:89)

Hipp beschreibt die Kooperation zwischen der Erziehungsberatungsstelle und dem Sozialpsychiatrischen Dienst in Hilden bei der Betreuung von Kindern psychisch Kranker. Nach getrennter Beratung der Eltern und ihrer Kinder in beiden Diensten werden Familiengespräche angeboten. Dadurch soll das gegenseitige Verständnis

gefördert, die Kompetenz beim Umgang mit der Erkrankung gestärkt und vor allem die für das Kind notwendige Unterstützung in der Zukunft sichergestellt werden. (vgl. Hipp 2005:171)

7.1.2 Psychoedukation mit Familien

Bäuml / Pitschel-Walz beschreiben das Konzept einer psychoedukativen Familienintervention, genannt "PEFI", für die Begleitung von Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Familienmitglied. Die Idee für dieses Programm rührt aus der Erkenntnis, dass das familiäre Klima in erheblichem Maß den Verlauf schizophrener Störungen beeinflusst. Familien, die sich unterstützend verhalten, können die Rückfallgefahr bei schizophrenen Psychosen senken helfen.

Das besondere an diesem Programm ist, dass hierbei mehrere Familien zu einer Gruppe (multiple family intervention) zusammengefasst werden. Die Familiengruppen gestatten es nämlich, bei Übungen und Rollenspielen einzelne Familienmitglieder mit anderen Familien zu mischen. Hieraus ergeben sich wesentliche Lerneffekte, die in den anderen genannten Gruppenformen so nicht möglich sind.

Das PEFI-Prgramm erstreckt sich über zehn Sitzungen und setzt sich aus den folgenden den vier Bausteinen Informationsvermittlung, Kommunikationstraining, soziales Kompetenztraining und Problemlösungstraining zusammen. (vgl. Bäuml/Pitschel-Walz 2004)

7.1.3 Elterntipps

Mattejat listet einige Punkte auf, was Eltern tun können und worauf sie achten sollen:

1. Das Wichtigste: die körperliche und seelische Verfassung der Eltern: Je besser es ihnen selbst geht, umso eher können sie etwas Gutes und Sinnvolles für die Kinder tun.
2. Probleme der Kinder: Ganz normale Entwicklungsprobleme gibt es in allen Familien. Die meisten Probleme der Kinder haben überhaupt nichts mit der Erkrankung der Eltern zu tun.

3. Unsicherheit der Eltern: Viele Eltern fühlen sich unsicher und gehen besonders vorsichtig mit ihren Kindern um oder überlegen sich, wie sie die Probleme „gutmachen“ können und verwöhnen die Kinder dann besonders. Es ist also wichtig, dass Eltern Sicherheit gewinnen und bei Unsicherheiten mit dem Partner oder mit anderen Vertrauenspersonen oder Fachleuten sprechen.

4. Organisatorische Fragen: Es ist wichtig, dass die Eltern sich zugestehen, dass sie die Unterstützung von Ämtern und Einrichtungen in Anspruch nehmen können und dürfen.

5. Kontakte der Kinder zu anderen: Kinder brauchen verlässliche Beziehungen zu mehreren Erwachsenen und auch gute Kontakte zu Gleichaltrigen. Die Befürchtung, dass die Eltern dadurch „unwichtiger“ werden, ist nicht begründet.

6. Das Verständnis der Kinder: Es wirkt auf Kinder bedrohlich, nicht über die psychischen Probleme der Eltern sprechen zu können. Manchmal meinen sie sogar, sie seien Schuld daran. Es ist daher wichtig, dass ihnen erklärt wird, unter welcher Krankheit der Vater oder die Mutter leidet und wie sich die Krankheit äußert. (vgl. Mattejat 2005:75-77)

7.2 Professionelles Umfeld

Im folgenden Kapitel soll analysiert werden, welche Institutionen/professionelle HelferInnen/Spezialangebote mit der Thematik „psychisch kranke Mütter und deren Kinder“ befasst sind. Die beschriebenen Institutionen haben unterschiedliche Fokusse. Einige fokussieren ihre Tätigkeiten auf die psychisch kranke Frau, andere konzentrieren sich auf die Kinder.

Deneke erachtet es als Schwierigkeit der Hilfsangebote, dass angesichts der komplexen Problematik der betroffenen Familien den einzelnen Fachleuten die Kompetenz fehlt, sie wirklich als Einheit zu sehen. So neigen Erwachsenenpsychiater dazu, die Kinder ihrer Patienten zu vergessen oder sie als eine Art Hilfstherapeuten einzuspannen, während die Kinderpsychiater umgekehrt leicht die Eltern für die Not ihrer Kinder verantwortlich machen. Soziale Betreuungs- und Unterstützungsangebote beziehen sich nur auf Teile des Systems, ihre Finanzierungswege sind zersplittert, die Verständigung zwischen den verschiedenen Teilen des psychosozialen Versorgungssystems ist unzureichend. Das

Fachwissen der einzelnen Experten reicht nicht aus, um die Zersplitterung zu überwinden. (vgl. Deneke 2005:89-90)

Bezogen auf die Kinder waren in der Untersuchung von Schone/Wagenblass (2006:82) folgende Dienste/Institutionen tätig:

Tabelle 2:

Welche Dienste/Institutionen waren in den Familien bezogen auf die Kinder tätig?

Jugendamt/ Allg. Sozialdienst	48,6 %
Ambulante/stationäre Erziehungshilfe	18,8 %
Beratungsstelle	6,5 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5,1 %
Kinder(psycho)therapeutIn	4,3 %
Frühförderung/HeilpädagogIn	3,6 %
Familienhilfe	3,6 %
Kinderarzt/Kinderklinik	2,2 %
Schule/Kindergarten	1,5 %
Sozialpsychiatrischer Dienst	1,5 %
Sonstige Einrichtungen	4,3 %

Quelle: Schone / Wagenblass 2006:82

Nachfolgend werden einige dieser Institutionen beschrieben.

7.2.1 Jugendwohlfahrt

Die Jugendwohlfahrt ist ein Teil des Hilfesystems, das ihren Fokus auf die Unterstützung des Kindes in problematischen Situationen hat, sich aber mit ihren Angeboten auch an die Familie insgesamt richtet. Ziel ihrer Aktivitäten ist laut NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz die Sicherung und Förderung der Entwicklung Minderjähriger. Jugendhilfe greift dann ein, wenn die Mütter als versorgende und erziehende Person ausfallen. Wenn Väter erkranken, scheint dies wesentlich häufiger durch die Familien – insbesondere die Mütter – aufgefangen zu werden, als wenn die Mütter erkranken. Darüber hinaus sind es nach einer Trennung oder Scheidung der leiblichen Eltern zumeist die Mütter, die die

weitere Verantwortung für die Kinder übernehmen. Erst wenn sie ausfallen, greift öffentliche Jugendhilfe unterstützend ein. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:85)

Als Hindernis für eine effektive und vor allem rechtzeitige Hilfe durch die Jugendwohlfahrt nennt Beeck (2008:29), dass „psychisch kranke Eltern, selbst wenn sie wahrnehmen, dass ihr Kind Unterstützung benötigt, sich nicht ans Jugendamt mit der Bitte um Unterstützung wenden, da sie Angst haben, dass ihnen auf Grund ihrer Erkrankung die Kinder weggenommen werden. Sie holen in der Regel erst dann Hilfe, wenn die familiäre Situation bereits eskaliert ist und ambulante Maßnahmen oft nicht mehr ausreichen.“

Wenn durch so eine Haltung der Eltern Schäden der Kinder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind und externe Hilfe weiterhin konsequent abgelehnt wird, ist das Jugendamt verpflichtet, zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung das zuständige Familiengericht anzurufen. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:46 – 47)

Beeck (2008:29) konstatiert in diesem Zusammenhang eine „Doppelfunktion des Jugendamtes: Es soll einerseits die Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder unterstützen (Hilfefunktion) und andererseits Kinder vor Gefahren für ihr Wohl schützen (Kontrollfunktion).“

Wie unter § 43 und § 44 NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz beschrieben, wird zwischen erziehungsstützenden und familienersetzenden Maßnahmen unterschieden.

Erziehungsstützende Maßnahmen

Erziehungsstützende Maßnahmen, die in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung der Mutter eingesetzt werden, sind:

- Tagespflege: Das Kind wird tagsüber stundenweise von einer Tagesmutter im eigenen oder fremden Haushalt betreut. (vgl. Arens/Görgen 2006:58)
- Sozialpädagogische Familienintensivbetreuung: Je nach individueller Problemlage und Vereinbarung erfolgt die Zusammenarbeit mit der gesamten Familie, mit den Eltern mit Fokus auf dem Kind/den Kindern oder mit dem Kind/Jugendlichen. Die Intensivbetreuung dient besonders der Unterstützung der Erziehung zur Abwendung

der Gefährdung eines Kindes/Jugendlichen, damit das Kind in der Familie bleiben kann, der Rückführung aus einem Kinder-/Jugendheim und der Unterstützung der Familie nach einer Fremdunterbringung. Intensivbetreuung ist ein zeitlich begrenztes Angebot. Ziele, zu bearbeitende Probleme und Dauer werden zwischen SozialarbeiterIn und den Erziehungsberechtigten ausgehandelt. (vgl. www.stpoelten.gv.at)

- Aufsuchende Familientherapie: FamilientherapeutInnen besuchen die Familie und führen zu Hause wöchentliche Therapien durch. (vgl. Arens/Görgen 2006:58)
- Familienhilfe: FamilienhelferInnen bieten Unterstützung bei der Hausarbeit und Kinderbetreuung, wenn die Mutter oder das haushaltsführende Familienmitglied durch Erkrankung, Spitals- oder Kuraufenthalt ausfällt. Der Einsatz erfolgt tageweise bis zu maximal 8 Wochen. (vgl. <http://niederoesterreich.hilfswerk.at>)

Familienersetzende Maßnahmen

„Ist die Familie gar nicht mehr in der Lage, eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung zu Hause sicherstellen zu können, müssen zeitweise oder dauerhafte Lebensorte außerhalb der eigenen Familie gefunden werden.“ (Schone/Wagenblaus 2006:44) Solche familienersetzende Maßnahmen sind vor allem:

- Heimerziehung
- Vollzeitpflege
- sonstigen betreuten Wohnformen.

Je älter die Kinder sind, desto wahrscheinlicher ist für die Kinder mit der psychiatrischen Erkrankung eines Elternteils auch – wenn Jugendhilfe in Anspruch genommen wird – ein Verlassen der Familie verbunden. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:90 – 91)

Die Hauptunterstützung erfolgt mit knapp 2/3 aller Fälle im Rahmen der Hilfen zur Erziehung in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form, 2/5 der Kinder in Pflegefamilien (inklusive Verwandtenpflege) oder in Heimerziehung, für 1/5 der Kinder wurde eine Sozialpädagogische Familienhilfe realisiert. Diese Hilfen zur Erziehung sind stark elternfixiert, explizit kind- und jugendlichenbezogene Begleit- und Unterstützungsangebote spielen so gut wie keine Rolle. Dies birgt die Gefahr, dass das

Thema der psychischen Erkrankung der Eltern weiter verdrängt wird. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:92)

Eine Fragebogenerhebung bei den fallführenden Fachkräften der Jugendämter, wo bislang nicht abgedeckte Hilfebedarfe gesehen werden, ergab folgende Ergebnisse: Spezielle Familienberatung/-therapie, Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern, Mutter-Kind-Angebote, Gestaltung begleiteter Besuchskontakte zwischen Eltern und Kind. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:94)

7.2.2 Stationäre Erwachsenenpsychiatrie

Die stationäre Erwachsenenpsychiatrie setzt ihren Fokus eindeutig auf die/den psychisch Erkrankte/n und deren/dessen Krankenbehandlung. Deren „MitarbeiterInnen fühlen sich überwiegend nicht für die Kinder ihrer PatientInnen zuständig und wissen nicht, wie sie ihnen helfen können. Sie sind es nicht gewohnt, Gespräche mit Kindern über ein heikles Thema wie psychische Krankheiten zu führen.“ (Beeck 2008:30) Der Auftrag der Institutionen sieht im Prinzip eine erweiterte Perspektive auf die Hilfebedarfe anderer Familienmitglieder nicht oder allenfalls dort vor, wo diese unmittelbar mit der Erkrankung oder deren Behandlung in Zusammenhang stehen. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:80)

Beeck sieht daher Bedarf an einer Einbindung der Kinder in die stationäre Behandlung ihrer Eltern und regt folgende Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie an:

- Gespräche mit Kindern/Angehörigenvisite: als mögliche Gelegenheit der Kinder, den ÄrztInnen Fragen zu stellen und von ihren Beobachtungen zu berichten.
- Gruppenangebot für erwachsene Kinder: um MitarbeiterInnen der ambulanten und stationären Erwachsenenpsychiatrie neue Sichtweisen auf ihre PatientInnen im Sinne einer präventiven Arbeit zu eröffnen.
- Besuchs- und Sprechzeiten auch am Nachmittag und Abend: abgestimmt auf den normalen Tagesablauf des Kindes (Kindergarten-, Schulzeiten), damit solche Termine nicht zusätzlich belasten.
- Einrichtung eines Kinderbesuchstages, damit Kinder leicht in Kontakt zu anderen Kindern psychisch kranker Eltern treten können.

- Unterstützung und Schutz des Kindes bei einem Besuch einer teil-/stationären Einrichtung durch die PsychiatriepflegerInnen: PsychiatriepflegerInnen sollen als Verbindungsglied zwischen Kind und erkranktem Elternteil fungieren und als AnsprechpartnerInnen der Kinder zu Verfügung stehen, um das Erlebte gut verarbeiten zu können.

(vgl. Beeck 2008:46-47).

Auch Gonther beschreibt die positiven Aspekte von geleiteten Angehörigenvisiten, bei der neben dem Stationsteam (zuständige/r OberärztIn, StationsärztIn, Bezugspflegeperson), der/des PatientIn und andere Angehörige gezielt auch die Kinder miteinbezogen werden, um deren Fragen zu beantworten und Beobachtungen zu reflektieren. Dies wird auch als wichtige Möglichkeit der Kontaktvermittlung zu Familienhilfe und Beratungsstellen genützt. (vgl. Gonther 2004:28-29)

Brockington unterstreicht die Wichtigkeit der Behandlung der Störung der Mutter-Kind-Beziehung im Rahmen einer stationären Therapie und formuliert folgende Prinzipien:

- Im Falle von Ablehnung und Feindseligkeit ist zunächst die Entscheidung zu treffen, ob behandelt werden soll oder nicht.
- Wenn (in den meisten Fällen) die Entscheidung für eine Behandlung getroffen wird, ist es wichtig, die Mutter nicht vom Kind zu trennen.
- Die Behandlung der Depression erfolgt durch Psychotherapie, Antidepressiva oder (nötigenfalls) Elektrokrampftherapie.
- Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf der Mutter-Kind-Interaktion. Wenn Misshandlungen befürchtet werden, sollte die Mutter nie mit dem Kind alleine gelassen werden. Sie ist von allen „lästigen“ Verpflichtungen zu befreien, z. B. ein schreiendes Kind beruhigen zu müssen. Ihre Interaktion mit dem Säugling sollte immer gefördert werden. Wenn Mutter und Baby ruhig sind, sollte sie beim Spielen und Reden mit dem Kind unterstützt werden.

(vgl. Brockington 1996 zit. in Brockington, 2001:22)

7.2.3 Stationäre Mutter-Kind-Betreuung

Eine stationäre Behandlung der Mutter und die damit verbundene Trennung vom Kind beeinträchtigt die Qualität und Kontinuität der Mutter-Kind-Beziehung. Hiermit können Pflege- und Beziehungsdefizite verbunden sein, die bei der Mutter zu Schuld- und Schamgefühlen führen können. Manchmal fällt es der Mutter schwer, sich überhaupt auf eine längere Behandlung einzulassen, weil sie meint, dass sie ihrem Kind eine solche Trennung nicht zumuten darf; dies wiederum kann dazu führen, dass die notwendige psychiatrische Behandlung nicht konsequent genug weiterverfolgt wird. (vgl. Bender/Prokop-Nolte/Brücher 2005:80)

Werden von psychiatrischen Kliniken Rooming-in-Möglichkeiten angeboten, sind Mütter eher zu einer Behandlung bereit, da Mutter und Kind nicht getrennt werden müssen. (vgl. Beeck 2008:49) Ziel ist, „der Entfremdung von Mutter und Kind entgegenzuwirken und die Mutter-Kind-Beziehung zu fördern.“ (Arens/Görgen 2006:34) Beeck (2008:49) weist allerdings darauf hin, dass „Kinder nicht zur Stabilisierung der Mutter missbraucht werden dürfen.“ Eine weitere Schwierigkeit ist, wenn sich sowohl die Betroffenen wie auch die jeweiligen Ehepartner gegen eine Einbeziehung der Kinder aussprechen. Häufige Gründe sind die Verleugnung der Erkrankung und der Wunsch, die Erkrankung vor der Umwelt zu verbergen. (vgl. Bender/Prokop-Nolte/Brücher 2005:80)

Eine Indikation zur integrierten Mutter-Kind-Behandlung liegt in folgenden Fällen vor:

- wenn vor oder während der Schwangerschaft eine stationäre Therapie durchgeführt wird,
- bei Störungen im Wochenbett,
- wenn psychisch erkrankte Mütter mit Kleinkindern und älteren Kindern behandelt werden müssen.

(vgl. Bender/Prokop-Nolte/Brücher 2005:80)

Um postpartale Störungen rechtzeitig zu erkennen und präventiv wirken zu können, schlägt Hartmann einen psychiatrischen Liaison-Dienst mit geburtshilflichen Abteilungen vor. (vgl. Hartmann 2005:132)

Derartige Eltern-Kind-Stationen brauchen spezielle Räumlichkeiten und Ausstattung. Die Eltern-Kind-Zimmer sollten mit Wickelkommode und Kinderbett ausgestattet sein. Im Essbereich sollten Kinderhochstühle sowie Kinderbesteck und –geschirr zur Verfügung stehen. Ein Raum zum Spielen und Toben lädt Kinder dazu ein, ihren Spieltrieb ausleben zu können. Idealerweise steht eine Tagesmutter bereit, um Mütter „kinderfreie“ Zeit zu verschaffen (vgl. Arens/Görgen 2006:30 - 31,47).

In Niederösterreich wird am Waldviertler Zentrum für seelische Gesundheit in Waidhofen/Thaya die Möglichkeit einer gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme angeboten. Dieses Angebot richtet sich an Mütter (auch an Väter) mit Kindern bis circa drei Jahren. Voraussetzung für eine gemeinsame Aufnahme ist, dass die Mutter 70 % der Betreuung des Kindes selbst übernehmen kann. Es besteht eine enge Kooperation mit der ebenfalls am Landeskrankenhaus Waidhofen/Thaya befindlichen geburtshilflichen Abteilung, wodurch auf spezifische Probleme in der Schwangerschaft von psychisch kranken Müttern eingegangen werden kann oder auch Geburtsvorbereitung angeboten wird.²

An der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel wurde ein multimodales Behandlungsprogramm für Mütter und ihre Kinder entwickelt. Hierfür wurde einerseits eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung auf der Kriseninterventionsstation der Psychiatrischen Universitätspoliklinik geschaffen. Andererseits wurde im ambulanten Poliklinikbereich eine Sprechstunde für psychisch kranke Mütter und ihre Familien eingerichtet sowie ein ambulantes Gruppentherapieangebot für depressive Mütter mit Säuglingen oder Kleinkindern bis zum Vorschulalter. Dieses Angebot wurde um einen außerhalb der Klinik angesiedelten niederschweligen Eltern-Kind-Treff für psychisch kranke Mütter und Väter mit ihren Kindern erweitert. (vgl. Hofecker u. a. 2001:308 - 309)

Die Gruppentherapie für depressive Mütter wird in Form eines „Therapiekurses“ mit einem Aufnahmegespräch, 12 Gruppensitzungen und einem Paargespräch geführt. Die Kinder werden in einer nahegelegenen geeigneten Räumlichkeit von zwei Kinderbetreuerinnen betreut. (vgl. Hofecker u.a. 2001:318)

² Quelle: Gespräch mit dem leitenden Stationspfleger des Waldviertler Zentrums für seelische Gesundheit in Waidhofen/Thaya

In den letzten Jahren gewannen ambulante Maßnahmen Vorrang gegenüber stationären. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern deutlich reduziert. Schone/Wagenblass (2006:30) zitieren das statistische Jahrbuch für Nordrhein-Westfalen, das „1995 eine durchschnittliche Verweildauer auf psychiatrischen Stationen in allgemeinen Krankenhäusern von 44 Tagen, in Fachkrankenhäusern von 80 Tagen ausweist. Fünf Jahre später (2000) hat sie sich in allgemeinen Krankenhäusern auf 27 Tage, in Fachkrankenhäusern auf 39 Tage reduziert. Ein Großteil des Gesundungsprozesses wird heutzutage durch ambulante oder teilstationäre Angebote begleitet.“

7.2.4 Tageskliniken

Eine solche Möglichkeit einer teilstationären Betreuung bieten Tageskliniken. „Der Vorteil gegenüber einer Aufnahme in stationäre Behandlung besteht in erster Linie darin, dass die PatientInnen nicht aus ihrem gewohnten Lebensumfeld herausgerissen werden müssen, um intensive professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu können. So finden die PatientInnen und ihr Umfeld Entlastung und die notwendige Behandlung, ohne dass sie ihr Zuhause verlassen müssen.“ (Schone/Wagenblass 2006:29)

Diesem Vorteil des Integriert-Bleibens im gewohnten Umfeld steht allerdings in ländlichen Regionen das Problem entgegen, dass durch große räumliche Distanzen die tägliche Anfahrt zur Tagesklinik nicht möglich ist, zumal die selbständige Mobilität von psychisch kranken Menschen oftmals eingeschränkt ist, und öffentliche Verkehrsmittel nicht im erforderlichen Ausmaß zur Verfügung stehen.

Spezielle Tageskliniken mit Mutter-Kind-Betreuung bieten ein gut auf die Bedürfnisse von Müttern mit Kindern abgestimmtes Angebot. Reckel beschreibt eine solche Institution in der Klinik Königshof in Krefeld, wo die Kinder nach dem Kindergarten- oder Schulbesuch in die Tagesstätte kommen und dort gemeinsam von ihren Müttern und dem Personal der Klinik betreut und u. a. bei den Schulaufgaben beaufsichtigt werden. Ebenso sollte es möglich sein, dass die Kinder bereits morgens, wenn Ehemann oder Partner die Wohnung verlassen, in die Klinik kommen, um dort von ihren Müttern im Rahmen eines Sozialtrainings mit- oder weitgehend alleine betreut werden. Am späten Nachmittag oder Abend sollten die Kinder vom Partner oder einem Familienangehörigen

abgeholt werden und die Nacht zu Hause verbringen. Die Mitbetreuung im Rahmen eines therapeutischen Programms liegt in den Händen von Sozialtherapeuten bzw. Sozialarbeitern der Klinik. Andere Patientinnen sind oft spontan bereit, an der Kinderbeaufsichtigung mitzuwirken, was sich überraschend positiv auf deren Krankheitsverläufe auswirkt. (vgl. Reckel 2005:134-135)

Den Vorteil dieses Settings sieht Reckel darin, dass „Trennungserlebnisse und -reaktionen für Mütter und Kinder nicht auftreten und eine Symptomverstärkung durch die zusätzliche Sorge um das Kind unterbleibt. Die Mütter versorgen ihr Kind weiter schwerpunktmäßig selbst, sie brauchen also keine Schuldgefühle zu entwickeln.“ (Reckel 2005:137)

7.2.5 Psychiatrische Ambulanzen

Ambulanzen stellen einen wichtigen Teil des psychiatrischen Versorgungssystems dar. Sie sind Verbindungsglied zur stationären Psychiatrie und nehmen die Betreuung der KrankenhauspatientInnen nach ihrer Entlassung wahr. Auch eine Wiederaufnahme läuft in der Regel reibungsloser über die Ambulanz. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:27).

Spezialambulanzen wie beispielsweise jene am Universitäts-Krankenhaus Eppendorf legen ihren Fokus auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung. Deneke (2005:140) meint, dass „die Zeit der frühen Elternschaft eine Zeit besonderer Hoffnung und Veränderungsbereitschaft ist und auch bei psychisch kranken Müttern eine große Bereitschaft zur Einsicht in ihr Kranksein und zum Annehmen von Hilfe besteht, weil sie das Beste für ihr Kind wünschen.“ An dieser Ambulanz haben sich, den Bedürfnissen der Mütter entsprechend, verschiedene Arten der Begleitung, Beratung und Behandlung ergeben:

- Niederfrequente entwicklungsbezogene Beratung,
- Behandlung der Mutter-Kind-Interaktion (teilweise videogestützt) mit Fokus auf das Positive,
- Mutter-Kind-Psychotherapie, bei der sowohl die Probleme der Mutter in Hinsicht auf ihr Muttersein besprochen werden als auch die Beiträge des Kindes als Hinweis z.B. auf Konflikthafes betrachtet werden,

- Einzelpsychotherapie der Mutter.

Bei all diesen Ansätzen geht es grundsätzlich immer um dieselben Themen:

- die Mutter in ihrer mütterlichen Kompetenz zu bestärken und zu stützen,
- ihr zu helfen, die Signale des Kindes von krankheitsbedingter Verzerrung befreit wahrzunehmen, zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren,
- die Mutter-Kind-Interaktion zu beobachten und zu behandeln, indem positive Aspekte hervorgehoben und dadurch bestärkt werden,
- die Entwicklung des Kindes im Auge zu behalten, um eventuelle Probleme frühzeitig zu erkennen und Behandlungsmöglichkeiten zu finden,
- eventuelle Überlastung der Mütter rechtzeitig zu erkennen und durch Einleitung von unterstützenden Maßnahmen Abhilfe zu schaffen.

(vgl. Deneke 2005:141-142)

7.2.6 Sozialpsychiatrische Dienste

Der Sozialpsychiatrische Dienst, in Niederösterreich der PsychoSoziale Dienst, ist ein wichtiger Partner für die ambulante Begleitung von KlientInnen nach stationären Aufenthalten. Durch die aufsuchenden Strukturen ist es möglich, direkt in der Familie abzuklären, wie funktionsfähig – auch hinsichtlich der notwendigen Pflege und Erziehung der Kinder – sie ist. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:136)

Das Tätigkeitsprofil der in diesem Bereich arbeitenden ProfessionistInnen umfasst folgendes:

- direkte Fallarbeit im Rahmen der Vor- und Nachsorge der KlientInnen,
- fallbezogene Vernetzung: Koordination der verschiedenen Hilfen, Einbeziehung des sozialen Umfeldes der betreuten Personen,
- fallübergreifende Vernetzung: Koordinationsanstrengungen in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, Kooperation mit anderen Einrichtungen.

(vgl. Schone/Wagenblass 2006:27)

Schone/Wagenblass beschreiben die Aktivitäten des sozialpsychiatrischen Dienstes im Bezug auf das Kind „im Wesentlichen im Aufbau von helfenden Kontakten, in der

Funktion des Verbindungsschaffens hauptsächlich auf das Jugendamt, welches zum zentralen Kooperationspartner wird“ (Schone/Wagenblass 2006:81) und unterstreichen in diesem Zusammenhang dessen „Übersetzungs- oder Brückenfunktion zwischen den Systemen Psychiatrie und Jugendhilfe“. (Schone/Wagenblass 2006:136). Dort, wo sowohl Jugendamt als auch sozialpsychiatrische Dienste gemeinsam in Familien tätig sind, kommt es zu einer spezifischen professionellen Rollenteilung – der psychosoziale Dienst ist auf der Seite der Eltern tätig, und das Jugendamt ist für das Wohl der Kinder zuständig. Diese Rollendifferenzierung zwischen Wahrnehmung von Elterninteressen und Kinderinteressen habe sich in Einzelfällen sehr gut bewährt. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:137).

7.2.7 Kooperation Jugendhilfe – Erwachsenenpsychiatrie

Hellbach (2004:4) thematisiert, dass sich Familien mit einem von psychischer Krankheit betroffenen Elternteil „in der Schnittstelle von Psychiatrie und Jugendhilfe“ befinden, was die Kooperation und fachliche Weiterentwicklung insofern kompliziert gestaltet, da unterschiedliche gesetzliche Grundlagen und Finanzierungsformen auf den jeweiligen Seiten vorliegen. Auch „unterschiedliche fachliche Vorstellungen und Handlungsweisen bilden mitunter hohe Hürden, die der Kooperation im Weg stehen.“ (Schone/Wagenblass 2006:96) Trotzdem sind fachliche Konzepte erforderlich, die das Eltern-Kind-System als Familiengesamtsystem stützen und fördern. (vgl. Hellbach 2004:4)

Wagenblass nennt vier Konfliktlinien, die sich zwischen den beiden Systemen entwickeln können:

- Konfliktlinie 1: Kindeswohl versus Elternwohl

Die psychiatrische Zugangsweise hat zum Ziel, den Erkrankten bei der Bewältigung seiner Krankheit zu unterstützen und zu begleiten. Die Familie und damit auch die Kinder sollen als stabilisierender Faktor für den/die Kranke/n möglichst erhalten bleiben. Die Jugendhilfe hingegen zielt darauf ab, positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und junge Menschen und ihre Familien zu schaffen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Interessen und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen, d.h. das Kindeswohl. Ein Konflikt entsteht dort, wo nach der

Interpretation der Jugendhilfe die Psychiatrie die Kinder für den Gesundungsprozess ihrer Eltern instrumentalisiert. Unterschiedliche Zeithorizonte, sowohl die unterschiedlichen institutionellen Bearbeitungszeiten wie auch die subjektiven Zeitperspektiven von Eltern und Kindern verschärfen diese Konfliktlinie. Für die Psychiatrie gestalten sich die Entscheidungswege der Jugendhilfe zu lang, umgekehrt beklagt die Jugendhilfe, dass die Psychiatrie ihr keinen Handlungs- und Entscheidungsspielraum überlasse, sondern unverzüglich konkrete Maßnahmen erwarte, ohne den MitarbeiterInnen die Möglichkeit zu geben, sich auch ein eigenständiges Bild über die familiäre Situation zu machen.

- Konfliktlinie 2: Hilfe versus Kontrolle

Jugendhilfe ist auf Grund ihres gesetzlichen Auftrages die gleichzeitige Verpflichtung, Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen (Hilfedimension) und Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (Kontrolldimension). Das Jugendamt wird daher von vielen Eltern, aber auch von MitarbeiterInnen der Psychiatrie vorrangig als Kontrollinstitution, als „Kinder-weg-nehm-Amt“, und weniger als Unterstützungsmöglichkeit wahrgenommen. Diese Befürchtungen verhindern oftmals eine frühzeitige Inanspruchnahme von präventiven Angeboten, was dazu führt, dass Kinder erst dann Hilfe erfahren, wenn Probleme eskalieren oder wenn Kinder selbst auffällig werden.

- Konfliktlinie 3: Autonomie versus Zwang

Die Psychiatriereform forciert einen partnerschaftlichen Umgang mit den Betroffenen, Zwangsmaßnahmen sollen möglichst vermieden werden. Wenn daher psychisch erkrankte Eltern Hilfeleistungen der Jugendhilfe ablehnen, so steht die Psychiatrie im Konflikt, abwägen zu müssen, einerseits die Würde und Autonomie der PatientInnen zu wahren und andererseits die Situation und Bedürfnisse des Kindes im Blick zu haben. Die Einschaltung des Jugendamtes gegen den Willen der PatientInnen erfolgt erst dann, wenn das familiale Gefüge droht, zusammenzubrechen. Somit erfolgt eine Kooperation von Jugendhilfe und Psychiatrie erst in Krisen, Zeit für die Entwicklung gemeinsamer Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten ist hier nicht mehr gegeben.

- Konfliktlinie 4: System- und Professionslogik

Wechselseitige Informationen über das Leistungsspektrum oder Arbeitsweisen der

jeweils anderen Institution sind nur begrenzt vorhanden. Diese fehlende Transparenz erzeugt unrealistische Erwartungen an die Problemlösungskompetenzen der anderen Institution. Selbst dann, wenn dieselben Berufsgruppen wie z. B. SozialarbeiterInnen miteinander kooperieren, wirken die differenten institutionellen Systemlogiken nachhaltiger als die in der gemeinsamen Ausbildung entwickelte Professionslogik auf das berufliche Selbstverständnis und die professionelle Identität.

(vgl. Wagenblaus 2004:6 - 8)

Schone u. a. fassten die „Sieben K“ für eine gelingende Vernetzung zusammen:

- Kennenlernen: Kenntnis des gegenseitigen Auftrages, Arbeitsweisen, Grenzen, Hierarchiestrukturen, aber auch die persönlichen Kontakte unter den MitarbeiterInnen.
- Kommunikation: Gemeinsames Verständnis zentraler Begrifflichkeiten, Anerkennung der Fachkompetenz des Gegenübers.
- Konfliktfähigkeit / Kooperation: Differenzen sollen ausgetragen werden können.
- Koordination: Klärung der Fallverantwortung, Förderung von Synergieeffekten.
- Kontinuität der TeilnehmerInnen im System.
- Kleinräumigkeit: Entlastung der einzelnen Institutionen durch die Zusammenarbeit, um aufwendige Anfahrtszeiten oder lange Besprechungszeiten möglichst gering zu halten.

(Schone u. a. 1997:202 zit. in Schone/Wagenblaus 2006:153-154)

Ein Beispiel, um das gegenseitige Verständnis zwischen den Institutionen zu fördern, ist die Fachtagungsreihe „Hilfen für Mütter mit psychischen Störungen“ in Hessen (Fachreferentin im Landesjugendamt Hessen und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Phillips-Universität Marburg). Folgende Inhalte wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren vermittelt: Information über psychische Erkrankungen, Auswirkung auf die familiäre Situation, Abbau von Ängsten und Gefühlen der Unsicherheit bei den MitarbeiterInnen, Förderung der Zusammenarbeit. Diese Fachtagungsreihe wurde für MitarbeiterInnen von Mutter-Kind-Einrichtungen,

Erziehungsberatungsstellen, sozialpsychiatrischen Beratungsdiensten, Ärzte und Fachkliniken, Allgemeine Sozialdienste der Jugendämter, Frühförderstellen und andere interessierte Fachkreise geöffnet, um „weit über den Tellerrand hinauszublicken.“ (vgl. Hoos-Jacob/Kester 2005:162-163)

In Deutschland ist die kooperative Gestaltung und Umsetzung der pädagogischen und therapeutischen Prozesse im Einzelfall im § 36 KJHG „Mitwirkung, Hilfeplan“ gesetzlich verankert. Der Hilfeplan stellt den kleinsten Baustein für die Kooperation zwischen dem jungen Menschen, den Personensorgeberechtigten und dem Jugendamt dar. Weitere Experten können und müssen in diesen Prozess einbezogen werden (Fachkräfte aus dem schulischen, medizinischen, psychiatrischen oder anderen Bereichen). In einem Hilfeplangespräch soll gemeinsam überlegt werden, welche ergänzenden Hilfen in der Familie und auch außerhalb notwendig sind. (vgl. Bischoff 2005:155-156)

7.2.8 Betreutes Wohnen

Gemeinsame Wohnmöglichkeiten von Müttern und deren Kindern mit professioneller Betreuung stellen eine wichtige Möglichkeit in der Rehabilitation psychisch kranker Mütter dar. Es existieren jedoch keine nennenswerten Projekte in NÖ, die speziell auf diese Zielgruppe zugeschnitten sind. Bestehende Übergangswohnheime oder Wohngemeinschaften für Frauen ermöglichen nur die Aufnahme von Frauen ohne Kinder, Heime oder andere Wohnmöglichkeiten der Jugendwohlfahrt stellen Angebote für Kinder und Jugendliche bereit.

In Mutter-Kind-Heimen sind akute psychische Erkrankungen meist Ausschließungsgründe für die Aufnahme. Mütter werden nur in Fällen von Depressionen oder gut eingestellten psychischen Beeinträchtigungen aufgenommen, wenn sie die Versorgung des Kindes gewährleisten können. Bei Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen, vor allem, wenn diese Erkrankung im Vordergrund steht, ist diese Wohnform nicht möglich, da in diesen Einrichtungen die notwendigen Ressourcen fehlen.³

³ Quelle: Telefonat mit einer Mitarbeiterin des Mutter-Kind-Hauses der Caritas in St. Pölten am 22.07.2008

Wohnprojekte, die ein auf diese Zielgruppe angepasstes Setting bereitstellen, wären daher notwendig, um eine Kontinuität in der Mutter-Kind-Beziehung zu erhalten und die Pflege und Versorgung des Kindes unter professioneller Anleitung zu gewährleisten und zu verbessern.

7.2.9 Patenschaftsfamilien

Das „kontinuierliche Vorhandensein einer adäquaten und emotional stabilen Bezugsperson“ stellt Beeck (2008:42) als „zentralen Schutzfaktor“ für Kinder psychisch kranker Eltern dar. Die Grundidee von Patenschaftsprojekten ist, dass Kindern mit psychisch kranken Eltern (in der Regel allein erziehenden Müttern), denen eine solche Bezugsperson fehlt und die bei erneuter Erkrankung der Mutter drohen, in fremde Pflegefamilien oder in ein Heim zu kommen, Paten an die Seite gestellt werden. In „guten Zeiten“ des erkrankten Elternteils, in denen eine Patenschaft vermittelt wird, betreuen die Paten ihr Patenkind in regelmäßigen Abständen und entlasten den Elternteil dadurch gleichzeitig, sodass einem erneuten Krankheitsschub vorgebeugt wird. Paten sind hierbei auch alternatives Rollenvorbild, Kinder lernen auch einen anderen Familienalltag kennen. In Akutphasen übernehmen die Paten die Kinderbetreuung vollständig. Patenschaftsfamilien sind somit eine auf Dauer angelegte, flexible Unterstützungsform, die sich dem tatsächlichen Bedarf anpasst und im Akutfall eine schnelle Unterbringung des Kindes ermöglichen. (vgl. Beeck 2008:42-43)

In Berlin besteht seit März 2005 das Modellprojekt „Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern“. Dieses Projekt konnte bis jetzt noch keiner Regelfinanzierung zugeführt werden, bisher unterstützten private Stiftungen diese Institution. (vgl. www.patenschaftsprojekt.de)

7.3 Rolle der Sozialarbeit

In den oben beschriebenen Institutionen spielen, neben anderen Professionen wie ÄrztInnen, PsychologInnen, KrankenpflegerInnen, SozialarbeiterInnen eine wichtige Rolle. Zentrale Aspekte des sozialarbeiterischen Aufgabenfeldes in all diesen Handlungsfeldern liegen darin, für KlientInnen Ressourcen zur Problembearbeitung und –überwindung zu erschließen sowie eine spezifische Form des Case- und

Vernetzungsmanagements zu praktizieren. Trotz dieses gemeinsamen Berufsverständnisses bestehen in der Praxis häufig Kooperationsprobleme zwischen den VertreterInnen der Systeme. Die institutionelle Zugehörigkeit und die damit verbundenen unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, Aufgaben und Perspektiven auf einen Fall beeinflussen die Handlungsorientierung der Fachkräfte. Der gemeinsame Auftrag sozialer Berufe tritt hinter den institutionellen Aufträgen deutlich zurück. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:116-117)

Blanke beschreibt die zentralen Aufgabenstellungen der psychiatrischen Sozialarbeit in den Bereichen der existenziellen Sicherung. Die soziale, umgebende Situation ist zu verstehen und in Beziehung zum inneren Krankheitsgeschehen zu setzen. (vgl. Blanke 1996:165) „Es geht der Sozialarbeit um die Autonomie des Menschen in seinen Lebenszusammenhängen.“ (Gildemeister 1992 zit. in Blanke 1996:166) Mit Hilfe der Sozialarbeit sollen Möglichkeiten erschlossen werden, soziale Kompetenzen (wieder-)zu erlangen – ganz im traditionellen Sinne, in dem Sozialarbeit immer auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ verstanden werden kann. (vgl. Salomon 1926:51 zit. in Blanke 1996:167) Hier kommt eine wesentliche sozialarbeiterische Fähigkeit, die kommunikative Kompetenz, als Schlüsselkompetenz zur Kontaktaufnahme und zur Auseinandersetzung mit den Vertretern des sozialen Umfeldes zum Tragen. (vgl. Kirchweger o.J.:10)

II Empirischer Teil

8 Vorüberlegungen

Im empirischen Teil dieser Arbeit geht es vor allem darum, die Sichtweise und das subjektive Erleben der Mütter mit psychischen Erkrankungen zu erheben. Es wird erfasst, wie es Müttern mit der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder in Akutphasen ihrer Krankheit ergangen ist, welche Bewältigungsstrategien sie entwickelt haben und welche Unterstützungsmöglichkeiten sich ihnen geboten haben.

Professionelle HelferInnen aus den Bereichen Jugendwohlfahrt, stationäre Psychiatrie und des PsychoSozialen Dienstes haben in Interviews ihre Sichtweise, Erfahrungen und Konzepte zu dieser Problematik beschrieben. Bei der Auswahl der Interview-PartnerInnen aus den Institutionen war es wichtig, Personen zu finden, die in der Region tätig sind, in der auch die interviewten Mütter leben. Es handelt sich dabei um das ländliche Gebiet des Waldviertels, wo sich auf Grund der strukturbedingten Probleme und der nach wie vor vorhandenen gesellschaftlichen Benachteiligung von Frauen Besonderheiten in der Arbeit ergeben. (vgl. Hörmann/Lerch 1999:59).

9 Methodenwahl

Zur Erhebung der elterlichen Sichtweise wurden fünf leitfadengestützte⁴, qualitative Interviews mit betroffenen Müttern durchgeführt und durch die Darstellung des sozialen und professionell unterstützenden Umfeldes in Form von Netzwerkkarten ergänzt.

Scheuch (1967:70 zit. in Lamnek 2005:330) beschreibt das Interview als „ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlasst werden soll.“

9.1 Betroffenen-Interviews

„Qualitative Interviews erfolgen im alltäglichen Milieu des Befragten, um eine möglichst natürliche Situation herzustellen und authentische Information zu erhalten.“ (Lamnek

⁴ Interviewleitfaden: siehe Punkt V, Anhang 1

2005:355) Sollberger (2000:93) konstatiert den expliziten Charakter von Rechtfertigungen in Interviews, indem er meint, dass „Interviewte versuchen, beim Interviewer bzw. der Interviewerin ein Verständnis für die eigene Geschichte zu erlangen. ... Allein die Existenz eines Gesprächsgegenübers, welches einen über das eigene Leben befragt, provoziert eine Erzählhaltung, in der der bzw. die Befragte das eigene Leben so erzählt, dass er bzw. sie dafür geradezustehen vermag.“

9.2 Netzwerkkarte

„Der Begriff der "sozialen Netzwerke" bezeichnet grundsätzlich die Tatsache, dass Menschen miteinander sozial verknüpft sind - dafür gibt es eine bildhafte Darstellung: Menschen werden als Knoten in einem Fischernetz gesehen, von denen Verbindungsfäden zu anderen Menschen laufen, die wiederum einen Knoten darstellen.“ (Gerhardter:o.J.:1)

Pantucek (2005:141) beschreibt die Netzwerkkarte als ein „bildgebendes Verfahren, das weitgehende interpretative Möglichkeiten eröffnet und gleichzeitig gut für die kooperative Diagnostik geeignet ist.“ Die Netzwerkkarte ermöglicht „die Rekonstruktion der sozialen Landschaft, in der sich die KlientInnen bewegen.“ (Pantucek 2005:149)

In den von mir beschriebenen Fällen sollte mit Hilfe von Netzwerkkarten das zu Verfügung stehende Unterstützungssystem, sowohl im privaten Umfeld als auch die professionellen HelferInnen erfasst werden.

9.3 Stakeholder-Interviews

Die Meinungen der professionellen HelferInnen wurden mittels Stakeholder-Interviews⁵ eingeholt. Stakeholder als besondere Form von ExpertInnen sind „Personen, die über besondere Wissensbestände auf das jeweilige Forschungsinteresse und langjährige Erfahrung in ihrem Bereich sowie über einen übergeordneten Zugang zu fachspezifischen Informationen verfügen.“ (vgl. Kühl/Strodtholz 2002:35ff zit. in Bobens 2006:319)

⁵ Stakeholder sind ExpertInnen, die unmittelbar mit dem Thema zu tun haben (z.B. Angestellter einer Beratungsstelle). Quelle: Tom Schmid: DiplomandInnen-Seminar am 02.10.2007, eigene Mitschrift

10 Qualitative Interviews und Netzwerkkarten

10.1 Planung und Durchführung

Lamnek (2005:355) meint, die methodisch-technischen Aspekte qualitativer Interviews betreffend, dass „schon beim Zugang zu den Interviewpartnern die Vertrauensbasis wichtig ist. Es empfiehlt sich daher, den Zugang über Dritte zu suchen, die als Vermittler zwischen Forscher und Befragten beider Vertrauen genießen. Es ist eine offene Gesprächstechnik zu praktizieren; der Interviewer ist anregend-passiv.“

Der Zugang zu den von mir interviewten Frauen fand in drei Fällen über die/den betreuende/n SozialarbeiterIn des PsychoSozialen Dienstes Gmünd und Horn statt. Eine weitere Frau wurde von der betreuenden Juristin der Frauenberatungsstelle Zwettl an mich vermittelt. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen lag bei den MitarbeiterInnen dieser beiden Beratungsstellen. Ich nannte als Vorgabe die Bereitschaft zum Erzählen und zur Reflexion der Situation. Außerdem sollten die Frauen in einer Akutphase ihrer psychischen Erkrankung mindestens ein Kind mit bis zu 14 Jahren haben. Die betreuenden HelferInnen holten bei den vier Frauen das Einverständnis zur Kontaktaufnahme durch mich ein. Eine weitere von mir befragte Mutter kenne ich durch meine Tätigkeit beim Club Aktiv der Caritas St. Pölten in Zwettl. Es gestaltete sich schwierig InterviewpartnerInnen zu finden, die den Vorgaben entsprachen und auch zu einem Interview bereit waren.

Nach einer telefonischen Terminvereinbarung fanden die Interviews mit zwei Mütter in den Beratungsstellen des PsychoSozialen Dienstes Zwettl und Horn, mit einer Mutter in der Frauenberatungsstelle Zwettl statt. Zwei Frauen besuchte ich bei ihnen zu Hause.

10.2 Auswertung der qualitativen Interviews

Im folgenden Teil der Auswertung werden zuerst die Grunddaten der fünf Fälle einzeln dargestellt: die allgemeinen Daten, Fakten zur psychischen Erkrankung sowie das jeweilige familiäre Umfeld und der Freundes-/Bekanntenkreis. Ergänzt wird die Falldarstellung durch die Netzwerkkarte bei jenen Frauen, bei welchen diese kooperativ erstellt werden konnte.

Der zweite Teil besteht aus der Analyse und Kategorisierung der im Interview erhobenen Themen.

Wörtlich Zitate wurden in kleinerer Schriftart und unter Anführungszeichen eingefügt.

Aus Anonymisierungsgründen wurden die Familiennamen der Mütter und Väter, soweit erwähnt, mit dem Anfangsbuchstaben abgekürzt. Die Namen der Kinder sowie Namen von FreundInnen und Bekannten wurden verändert.

10.2.1 Falldarstellungen

1. Frau P

Frau P, 40 Jahre, bewohnt in einem Dorf im Waldviertel gemeinsam mit ihrem Mann und ihrem Sohn, dem elfjährigen Jakob, einen Teil eines Bauernhofes. Im anderen Teil des Hauses wohnen ihre Schwiegermutter und ihr Schwager.

Frau P bezeichnet ihre psychische Erkrankung mit Borderline, sie hat mehrere Suizidversuche hinter sich. Die erstmalige psychische Erkrankung datiert Frau P mit 1998 bis 99, also im Alter von ca. 30 Jahren. Die letzte Akutphase benennt Frau P mit Frühling dieses Jahres, in dem sie einen Selbstmordversuch durchführte und danach stationär zwei Mal je zwei Wochen (Unterbrechung von ein paar Tagen) in der sozialpsychiatrischen Abteilung des Landesklinikums Waidhofen/Thaya war.

Während des Interviews, das ich mit ihr in ihrem Haus führte, war ihr Mann größtenteils anwesend.

Frau Ps Kernfamilie umfasst sie, ihren Ehemann und ihren Sohn. Zur Schwiegermutter und zum Schwager besteht eine konfliktvolle Beziehung. Mit ihrer Mutter sowie ihrer Schwester und deren Familie pflegt sie einen eher losen Kontakt, meist nur telefonisch. Manchmal fährt sie mit ihrem Mann zu ihrer Mutter auf Besuch, Frau P hat selbst keinen Führerschein. Zu ihrem Bruder hat sie kaum Kontakt. Zu dem Ehepaar Hannah und Klaus aus dem selben Ort hat sie eine lose, freundschaftliche Beziehung. Mit Martina, einer ehemaligen Mitpatientin aus dem Krankenhaus, pflegt sie telefonische Kontakte.

Netzwerkkarte von Frau P (siehe Anhang 2)

Die Netzwerkgröße im Fall von Frau P beträgt 18 Personen.

Das familiäre Netzwerk erscheint mit neun Personen dicht im inneren Kreis. Drei Personen befinden sich am Rand dieses Sektors: die Schwiegermutter und der Schwager auf Grund der konflikthafter Beziehung, sowie ihr Bruder, zu dem sie wenig Kontakt hat.

Der Sektor der freundschaftlichen Beziehungen beinhaltet drei Personen, wobei hier eine isolierte Person, eine Freundin, zu der Frau P exklusiven Kontakt hat, zu finden ist.

Im Viertel der professionellen HelferInnen sind sechs Personen vertreten.

Das Viertel der beruflichen Beziehungen erscheint leer, Frau P ist nicht berufstätig.

Die Segmente der familiären und professionellen Beziehungen erscheinen verwoben, die professionellen Helfer haben Kontakt zu mehreren Familienmitgliedern. Damit wird deutlich, dass sich die Interventionen einiger professioneller HelferInnen nicht nur auf Frau P, sondern auf das gesamte Kernfamiliensystem beziehen. Allerdings wird auch sichtbar, dass kein/e HelferIn für Frau P exklusiv zur Verfügung steht.

Es ist keine Star-Person erkennbar.

Die Dichte des Netzwerkes ist mit 0,21 als gering zu bewerten.

2. Frau R

Frau R, 37 Jahre, wohnt zusammen mit ihrem Mann und ihrem 13jährigen Sohn Andreas in einem Eigentums- und Mietwohnhaus, ein ehemaliger Bauernhof, der sich in einem kleinen Dorf befindet.

Eine genaue Diagnose ihrer psychischen Erkrankung kann Frau R nicht nennen, sie bezeichnet sie als „so Halluzinationen, so Vorstellungen“ (Z. 12) und „die Stimmen, die ich habe.“ (Z. 21) Der letzte akute Krankheitsschub war laut Frau R vor 2 ½ Jahren, bei dem sie auch in stationärer Behandlung im Waldviertler Zentrum für seelische Gesundheit in Waidhofen/Thaya war.

Das Interview mit Frau R führte ich in der Beratungsstelle des PsychoSozialen Dienstes.

Frau R ist seit 18 Jahren verheiratet und hat einen Sohn, der seit dem Kindergartenalter insulinpflichtiger Diabetiker ist. Ihre Eltern sind bereits verstorben, zu ihrer Schwester besteht wenig Kontakt.

In dem Ort, in dem sie wohnt, leben auch ihre Schwiegereltern sowie ihre Schwägerin mit deren Mann und deren beiden Kindern. Diese Schwägerin ist eine sehr wichtige Person für Frau R. Auch deren Kinder sind für sie und für ihren Sohn Andreas wichtige Kontaktpersonen. Ihr Mann hat einen weiteren Bruder, der verheiratet ist und zu dem sie einen losen Kontakt unterhält. Drei Freundinnen, die sie seit ihrem stationären Krankenhausaufenthalt kennt, stehen mit ihr in telefonischem Kontakt. Diesen Kontakt beschreibt Frau R als sehr wichtig und bedauert, dass kein persönliches Treffen auf Grund der örtlichen Distanz möglich ist. Weiters sind für sie drei BesucherInnen des Club Aktiv bedeutsam, zu denen Frau R freundschaftliche Kontakte auch außerhalb des Clubs pflegt.

Netzwerkkarte von Frau R (siehe Anhang 2)

Das gesamte Netzwerk umfasst im Fall von Frau R 23 Personen.

Das familiäre Netzwerk erscheint mit elf Personen dicht. Alle Personen dieses Sektors befinden sich relativ nahe zueinander, vor allem die Herkunftsfamilie von Frau Rs Ehegatten scheint in engem Kontakt zu sein.

Im Sektor der FreundInnen / Bekannte befinden sich zwei Gruppen zu je drei Personen: einerseits einige BesucherInnen des Club Aktiv, andererseits eine zweite Gruppe bestehend aus drei ehemalige Mitpatientinnen der Klinik Waidhofen/Thaya, zu denen Frau R einen exklusiven Kontakt pflegt.

Auch bei Frau R gibt es keine beruflichen Beziehungen, da sie nicht berufstätig ist.

Das Viertel der professionellen HelferInnen beinhaltet sechs Personen. Auch in diesem Fall erscheinen die Segmente Familie und professionelle UnterstützerInnen dicht verwoben, da einige HelferInnen ihren Sohn unterstützen und somit Frau R entlasten. Nur die Ergotherapeutin richtet ihre Aktivitäten ausschließlich auf Frau R, diese pflegt aber trotzdem im Rahmen von Fallbesprechungen Kontakt zu anderen HelferInnen.

Es ist keine eindeutige Star-Person erkennbar.

Die Dichte des Netzwerkes ist auch bei Frau R mit 0,24 eher gering.

3. Frau L

Die 35jährige Frau L, eine gebürtige Tirolerin, wohnt mit ihrer 1 ½jährigen Tochter Claudia in einer Mietwohnung, in der noch ein weiterer Mitbewohner lebt. Frau P ist zwei Mal geschieden. Ihre drei weiteren Kinder, Söhne im Alter von 15, 13 und 9 Jahren, leben seit 1999 nicht mehr bei ihr, der Älteste ist bei Frau Ls Eltern, die beiden jüngeren Söhne beim Vater.

Auch Frau L kann ihre psychische Erkrankung nicht eindeutig nennen: „eine Persönlichkeitsstörung, und so Anpassungs- ... Was weiß ich?!“ (Z. 47). Sie war im Mai 2005 drei Wochen im Waldviertler Zentrum für seelische Gesundheit stationär aufgenommen, nach einem Suizidversuch im Juli 2005 war sie nochmals fünf Tage im Landesklinikum Mauer. Ihre jüngste Tochter kam 2006 zur Welt. Frau L litt nach der Geburt an einer Wochenbettdepression und war nach der Entbindung zehn Tage im Krankenhaus. Frau L berichtet, dass sie nach der Entlassung acht Wochen zu Hause im Bett gelegen sei.

Frau L traf ich in der Frauenberatungsstelle zum Interview.

Frau L hat insgesamt vier Kinder. Die Beziehung zum Vater ihrer jüngsten Tochter ist sehr konflikthaft, da dieser keine Unterhaltszahlungen für Claudia leistet und den Kontakt zur Tochter verweigert. Der Mitbewohner, mit dem sie die Wohnung finanziert hat („Zur Zeit ist das eine Zweckgemeinschaft.“ (Z. 29 – 30)), übernimmt eine gewisse Vaterrolle für Claudia. Dieser Mann hat sich zuerst als Claudias Vater erklärt. Erst durch einen Vaterschaftstest wurde Claudias leiblicher Vater, ein Kollege Frau Ls in einem Arbeitstrainingsprogramm, festgestellt. Zu Frau Ls Mutter besteht ebenfalls eine konfliktreiche Beziehung, der Vater bleibt im Interview unerwähnt. Frau L hat einen um sechs Jahre jüngeren, tauben Bruder und eine um fünf Jahre ältere Schwester. Zu ihren älteren Kindern pflegt sie telefonischen Kontakt und besucht sie selten. An freundschaftlichen Beziehungen erwähnt sie eine Freundin.

Leider war es auf Grund der Länge des Interviews und der Tatsache, dass Frau Ls Tochter zunehmend unruhig wurde, nicht mehr möglich, eine Netzwerkkarte kooperativ mit ihr zu erstellen.

4. Frau G

Frau G, 31 Jahre, hat zwei Kinder, Marie, zwölf Jahre und Klaus, 13 Jahre. Sie ist allein erziehende Mutter und wohnt mit ihren Kindern in einem Miethaus, das sie in einem Dorf nahe der Bezirkshauptstadt seit circa einem Jahr gemietet hat. Davor lebten Frau G, Marie und Klaus in Wien.

Frau G bezeichnet ihre psychische Erkrankung mit Depression, die sie seit ihrem zwölften Lebensjahr hat, sowie seit circa 7 Monaten Essstörungen. Sie erzählt, dass die letzte akute Krankheitsphase vor einem halben Jahr begann.

Das Interview findet in der Beratungsstelle des PsychoSozialen Dienstes statt.

Zum Vater ihrer Kinder, laut ihrer Aussage Alkoholiker, pflegt Frau G keinen Kontakt, auch die Kinder sehen ihn nicht. Sie hatte bis vor kurzem für die Dauer von 2 ½ Jahren einen Partner, der sie nicht unterstützt hat. Ihre Mutter – die ebenfalls an Depressionen leidet – und ihre Schwester mit deren Familie leben in Wien. Sie hat oft telefonischen Kontakt zu beiden, Besuche gibt es kaum. Zu einer weiteren Schwester hat Frau G weniger Kontakt. Die Beziehung zu ihren beiden Brüdern und zum Lebensgefährten ihrer Schwester beschreibt sie als nicht wichtig für sie. Aus ihrer Zeit in Wien hat sie noch zwei Freundinnen, wobei eine davon eine sehr wichtige Person für sie ist. Zu einer ehemaligen Mitpatientin aus dem Krankenhaus Waidhofen/Thaya hat sie eine freundschaftliche Beziehung. Alle Freundinnen kontaktiert sie telefonisch.

Netzwerkkarte von Frau G (siehe Anhang 2)

In der Netzwerkkarte von Frau G sind insgesamt 18 Personen zu finden.

Im Sektor der familiären Beziehungen sind elf Personen, wobei der innere Kreis sehr dicht erscheint und drei Personen, die Brüder und der Lebensgefährte der Schwester

sehr exponiert sind. Den Vater ihrer Kinder sowie ihren eigenen Vater wollte Frau G auf mein Rückfragen hin nicht in die Darstellung aufnehmen.

Frau G gab drei FreundInnen bzw. Bekannte an. In diesem Sektor befindet sich eine isolierte Person, die mit keiner anderen Person des Netzwerkes in Beziehung steht.

Auch der Sektor der beruflichen Beziehungen erscheint leer. Frau G war zwar in Wien berufstätig, pflegt aber zu ihren ehemaligen KollegInnen keinen Kontakt mehr.

An professionellen HelferInnen sind vier Personen eingezeichnet. Auch hier besteht eine isolierte Beziehung zum Psychotherapeuten.

Eine Liaison zwischen ihrer Freundin Gerti und der Mutter verbindet die Sektoren FreundInnen mit der Familie.

Als Star-Person wird die Mutter deutlich.

Insgesamt beträgt die Dichte des Netzwerkes 0,26, also auch im Fall von Frau G eher gering.

5. Frau M

Frau M, 57 Jahre, lebt mit ihrem Mann in einem Eigentumshaus in einem kleinen Ort im Waldviertel. Sie bewohnen das Obergeschoß des Hauses, im Untergeschoß leben ihre Schwiegereltern. Der Sohn von Frau M (Conrad, 29 Jahre) ist nur zum Wochenende zu Hause. Sie ist seit 30 Jahren mit ihrem Mann verheiratet, die Ehe mit ihrem ersten Mann, mit dem sie ebenfalls einen Sohn (Paul) hatte, wurde nach kurzer Zeit wieder geschieden. Dieser Sohn ist allerdings vor elf Jahren im Alter von 27 durch einen Selbstmord gestorben.

Frau M leidet an Depressionen und Alkoholabhängigkeit, wobei sie seit mehreren Jahren trocken ist. Frau M erzählt, sie habe „mit 22 die ersten Nervenpulverl“ (Z. 97) genommen, „mit 40 hat es angefangen, dass ich den Alkohol täglich gebraucht habe.“ (Z. 168 – 169). Der erste Aufenthalt im psychiatrischen Krankenhaus Mauer erfolgte, als Conrad 14 und Paul 22 war. Der bisher letzte Krankenhausaufenthalt in Mauer war vor fünf Jahren, nachdem ein Kind aus ihrer Umgebung verunglückt ist.

„Und vor fünf Jahren, da ist wieder ein Bub gestorben in V (Anm: Heimatort), da hab ich vorgebetet (Anm: Vorbeterin ist eine Rolle in der dörflichen Kirchengemeinschaft), da kommt das noch mal hoch.“ (Z. 153 – 154)

Zu dieser Zeit hatte sie allerdings keine Kinder mehr zu versorgen.

Ich treffe Frau M zum Interview in ihrem Haus. Die Akutphasen ihrer psychischen Erkrankung, in denen sie auch noch Kinderbetreuungspflichten zu übernehmen hatte, liegen zwar schon einige Jahre zurück. Trotzdem erscheint mir das Interview aus einem gewissen „historischen“ Blickwinkel interessant, da sich die Betreuung vor 12 bis 15 Jahren doch anders als heute gestaltete und auch bei den professionellen HelferInnen eine psychische Erkrankung ein Tabuthema war.

„Naja Mauer - Und hat der K (Anm: Arzt im KH Gmünd) gesagt, das können wir der Familie nicht antun. (...) Und da finde ich, sind die Ärzte sehr wenig aufgeklärt, was Nerven betrifft.“ (Z. 270 – 274)

Frau Ms Vater, ein schwerer Alkoholiker, und ihre Mutter, zu der sie eine sehr konflikthafte Beziehung hatte, sind bereits verstorben. Auch die Beziehung zu ihren Schwiegereltern und zu den Schwestern ihres Mannes war und ist noch immer konfliktreich. Eine ihrer Schwestern verunglückte vor sechs Jahren bei einem Verkehrsunfall, mit der zweiten Schwester hat sie wenig Kontakt. Sie hat einen großen Bekannten- und Freundeskreis, in denen für sie wichtige Beziehungen bestehen. In ihren schweren Krankheitsphasen pflegte sie einen wichtigen Kontakt zu einem Priester, Frau M ist eine sehr religiöse Frau.

Eine Netzwerkkarte von Frau M fertigten wir nicht an, da es für Frau M nicht möglich war, das Umfeld aus den Akutphasen ihrer Krankheit noch gut zu rekonstruieren.

10.2.2 Analyse der Fälle

Nachfolgend werden die in den Interviews besprochenen Themen analysiert:

- erste psychische Probleme
- die bisher letzte Akutphase
- die Zeit nach einem stationären Aufenthalt
- die Situation der Kinder aus der Sicht ihrer Mütter
- das unterstützende Umfeld

Hier werden auch die von den Frauen genannten eigenen Ressourcen und Wünsche für eine bessere Betreuung zusammengefasst.

Erste psychische Probleme

Alle fünf Frauen beschreiben, schon in ihrer Kindheit psychisch beeinträchtigt gewesen zu sein. Sie führen dies auf sexuelle Missbrauchserfahrungen, eine sehr schlechte Mutter-Tochter-Beziehung oder deprivierte, benachteiligende Verhältnisse zurück. Eine Frau gab an, dass schon ihre Mutter an Depression erkrankt war, stationäre Aufenthalte und die Einnahme von Psychopharmaka schon als junge Mädchen wurde von zwei anderen Frauen angeführt.

Bisher letzte Akutphase

In der Zeit, in der sie zuletzt eine akute Krankheitsphase erlebten, hatten alle fünf Interviewpartnerinnen Kinder zu versorgen. Vier Frauen waren auch in stationärer psychiatrischer Behandlung. Eine Mutter hatte nach der Geburt ihrer jüngsten Tochter eine Wochenbettdepression. Ihre drei älteren Kinder lebten zu dieser Zeit nicht mehr bei ihr.

Die Versorgung der Kinder während des stationären Krankenhausaufenthaltes der Mutter wurde auf unterschiedliche Art und Weise fortgesetzt. Drei Frauen beschrieben, dass die Kinderbetreuung durch Ressourcen in der Kernfamilie, hauptsächlich durch die Väter, abgedeckt wurde. In allen drei Fällen war es für die Väter durch eine gewisse zeitliche Flexibilität im Beruf möglich, schnell einzuspringen. So beschrieb Frau P, dass ihr Mann, ein Landwirt, relativ flexibel in seiner Zeiteinteilung sei. Frau R meinte, dass

ihr Mann seinen Schichtdienst so legte, dass er in der Früh den Sohn in die Schule bringen konnte. Auch Frau L bekam in der Zeit, in der sie an einer Wochenbettdepression litt und zu Hause im Bett lag, Unterstützung durch ihren Mitbewohner.

„Und da ist es mir so schlecht gegangen, das Aufstehen in der Nacht, und da hab ich dann nimmer können. Und da hat mir dann mein Mitbewohner – ist er aufgestanden und hat ihr (Anm: Tochter Claudia) die Flasche gegeben.“ (Frau L, Z. 165 – 166)

In zwei Familien halfen andere Personen des familiären Umfeldes dem Vater bei der Kinderbetreuung, wie z.B. eine Schwägerin, die eigene Mutter, Schwiegermutter oder Schwester. Der Sohn von Frau R beispielsweise kam nach der Schule zur Schwägerin, die ihn mit Mittagessen versorgte.

Im Fall der allein erziehenden Frau G übernahmen ihre Mutter bzw. Schwester die Kinderbetreuung, was für sie unbefriedigend verlief. Sie musste ihren stationären Aufenthalt im Landesklinikum Waidhofen/Thaya mehrmals unterbrechen, da damit die Versorgung der Kinder nicht gewährleistet war.

„Naja, das erste Mal, wie ich ins Spital musste, hab ich ein Problem gehabt, weil ich niemand für die Kinder gefunden hab. Es hat sich dann doch meine Schwester bereit erklärt, auf sie aufzupassen. Aber es ist dann... ihr Freund ist dann weggefahren eine Woche und sie hat dann gesagt, sie schafft es dann doch nicht allein mit den ganzen, weil sie hat auch Kinder. Und ich hab dann leider wieder heim müssen vom Spital, abrechnen müssen. Dann ist es mir natürlich wieder schlechter gegangen und hab wieder ins Spital müssen, und da war der Freund von meiner Schwester wieder zurück. Und dann war es irgendwie, dass ich wieder rausmüssen hab, dann wieder rein, mir ist es dann immer schlechter gegangen.“ (Frau G, Z. 28 – 36)

Drei Mütter, die während des Krankenhausaufenthaltes Kinder zu Hause hatten, wurden auch durch externe HelferInnen unterstützt. So erzählt Frau P, dass eine Heimhelferin, durch die sie auch schon vor ihrem letzten Krankenhausaufenthalt unterstützt wurde, ihrem Mann zwei Mal wöchentlich für je drei Stunden bei der Haushaltsführung half.

Frau G hingegen konnte sich erst ab dem Zeitpunkt, ab dem durch die Intervention der Sozialarbeiterin des PsychoSozialen Dienstes die Kinderbetreuung gesichert war, auf einen mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt einlassen. Dies wurde in Form einer außerhäuslichen Vollzeitpflege realisiert.

„Bis ich dann beim letzten Aufenthalt mit der Frau L (Anm: PSD-Sozialarbeiterin) gesprochen hab, dass ich ins Spital müsste, aber nicht weiß, wohin mit den Kindern. Und sie hat mir dann was organisiert, dass die Kinder im Konvikt im Internat bleiben konnten in der Zeit.“ (Z. 36 – 39)

„Beim letzten Mal ja, da war ich dann richtig beruhigt und hab gewusst, denen geht's gut, es hat ihnen auch gut gefallen.“ (Frau G, Z. 63 – 64)

Die Kosten für dieses Setting der Kinderbetreuung wurden vom Jugendamt übernommen. Eine Mitnahme der Kinder ins Krankenhaus wurde kurz angedacht, war aber auf Grund des Alters der Kinder doch nicht möglich. Frau G hätte dies aber ohnehin nicht gewollt.

„Ich denk mir, sie müssen das nicht so mitkriegen. Mir ist es wirklich sehr schlecht gegangen, und mir ist lieber, dass sie das nicht so mitkriegen.“ (Frau G, Z. 126 – 127)

Mehrere Mütter berichteten, dass sie sich im Krankenhaus trotz des Kinderbetreuungssettings Sorgen um das Wohlergehen der Familie machten. Frau P führte Telefonate mit der Familie, um sich nach der Befindlichkeit des Sohnes zu erkundigen.

„Ja, ich hab zwar eh immer ein Handy mit, dass ich daheim anrufen kann, wie's ihnen geht. Ich frag schon immer nach, wie er (Anm: Sohn) sich tut und wie er bei ihm (Anm: Ehemann) ist.“ (Frau P, Z. 130 – 131)

Therapeutische Nachtausgänge über das Wochenende gehören laut Pfleger des Landeskrankenhauses Waidhofen/Thaya zur Therapie, sobald die PatientInnen ausreichend stabil sind. Diese Möglichkeit ist grundsätzlich gegen Ende des Spitalsaufenthaltes vorgesehen und soll der eigenen Kontrolle der PatientInnen dienen, wie es ihnen zu Hause geht.

Drei der von mir befragten Mütter nutzten diese Wochenendausgänge auch, um Haushaltstätigkeiten durchzuführen. Frau R versuchte damit herauszufinden, ob sie zu Hause wieder zurecht kommen würde und war dabei sehr verunsichert.

„Ich war komplett unentschlossen, weil ich mir gedacht habe, wenn's mir wieder besser geht, dass ich ganz daheim bleiben kann. Ich war so unentschlossen. Ich wollte doch, aber ich war noch nicht so weit.“ (Frau R, Z. 59 – 61)

Frau G nutzte ebenfalls an mehreren Wochenenden die therapeutischen Wochenendausgänge, um mit den Kindern zusammen zu sein. Auch die einwöchigen Ferien, die in die Zeit des stationären Aufenthaltes fielen, verbrachte Frau G zu Hause, da in dieser Woche keine außerhäusliche Betreuung der Kinder möglich war. Sie berichtet, dass diese Unterbrechung des Krankenhausaufenthaltes von Seiten der SpitalsärztInnen eher kritisch gesehen und es ihr nicht leicht ermöglicht wurde.

„Ich hab aber auch zum Wochenende nach Hause gehen können. Und da waren dann auch irgendwelche Ferien, Semesterferien. Und da hab ich dann auch gesagt, ich muss in den Ferien unbedingt nach Hause, weil das Konvikt zumacht und ich niemand für die Kinder habe. Und dann haben sie mich entlassen und dann wieder aufgenommen. Das war alles ziemlich kompliziert.“
(Frau G, Z. 129 – 133)

Für Frau M hingegen war vorerst die Distanz zur Familie wichtig. Sie hatte zu Beginn der stationären Aufenthalte im Landeskrankenhaus Mauer wenig Kontakt zur Familie.

„Ich kann nur eines sagen: einmal, weit weg, Familie total abgrenzen, zu keinem... Also mich haben sie total abgeschirmt in Mauer, da ist kein Telefon gekommen, da hat kein Besuch kommen dürfen, den ich nicht wollen hab.“ (Frau M, Z. 280 – 282)

Später nutzte auch sie die Wochenenden, an denen sie vom Krankenhaus zu Hause war, um einen Teil der Hausarbeit zu übernehmen.

„Und da hab ich immer die Wäsche gewaschen und gekocht ein bissl, Gugelhupf gemacht.“ (Frau M, Z. 447 – 448)

Einige Frauen erhielten im Krankenhaus Besuch von ihren Kindern, was sie sehr unterschiedlich bewerten. Frau P beispielsweise sieht diese Besuche ambivalent. Einerseits freute sie sich, andererseits sieht sie den Trennungsschmerz, wenn der Sohn wieder ging.

„Jetzt geht's ja schon so langsam. Wenn er reinkommt und Wenn er dann weggeht, dann war das früher viel schlimmer noch, da hat er geweint, wenn er weggegangen ist. Jetzt schränkt er sich schon ein wenig ein, es geht schon ein wenig. Da hat er gleich zum Weinen angefangen, und das hat mir auch direkt wehgetan.“ (Frau P, Z. 162 – 166)

Frau R betrachtet diese Besuche durchaus positiv. Ihr Sohn besuchte sie gemeinsam mit seinem Vater im Krankenhaus, worüber sie sich immer sehr freute. Frau G erhielt

keinen Besuch durch die Kinder, da die beiden auf Grund unzulänglicher Transportmittel nicht die Möglichkeit hatten, nach Waidhofen/Thaya ins Krankenhaus zu fahren.

Die Zeit nach dem stationären Aufenthalt

Nach dem stationären Aufenthalt wurde in den Familien das bestehende Betreuungssetting durch externe HelferInnen weitergeführt bzw. an die Situation angepasst.

Frau P beschreibt sich in der Zeit nach dem stationären Aufenthalt als antriebslos und führt dies auch auf die vielen Medikamente zurück. Die bestehende Hilfe durch eine Heimhelferin wurde in der gleichen Form fortgesetzt. Ihr Sohn Jakob kam in Nachmittagsbetreuung zu einer Tagesmutter, was vom Jugendamt befristet bis zum Ende des Schuljahres finanziert wurde. Ob die Betreuung durch die Tagesmutter im nächsten Schuljahr weitergeführt wird, war zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht klar. Auch Frau R erhielt nach dem stationären Aufenthalt vorübergehend Unterstützung in der Haushaltsführung durch eine Heimhilfe, da sie selber nur eingeschränkt dazu in der Lage war.

„Ja, da wollt ich z.B. Geschirr abwaschen, und da hab ich mir Wasser ins Becken eingefüllt und dann konnte ich nicht mehr weitermachen. Da musst ich mich wieder ein bisschen hinlegen, dann ist's wieder gegangen.“ (Frau R, Z. 63 – 65)

Im Fall der Frau G wurde die außerfamiliäre Betreuung der Kinder im Konvikt halbintern weitergeführt, worüber sie sich ambivalent äußert.

„Die Kinder sind jetzt auch weiterhin nicht ganz intern, aber halbintern dort, weil sich die schulischen Noten so verbessert haben, seit sie dort waren, haben sie gemeint, sie wollen mich damit entlasten, dass sie das Lernen und die Aufgabe dort machen.“

„Einerseits ist es eine Entlastung für mich, weil ich doch die ganzen Sachen nicht machen muss, aber andererseits ist es halt schon sehr lang, dass sie weg sind. Mir geht's auch gut oder meistens besser, wenn die Kinder da sind als wenn ich ganz allein bin.“ (Frau G, Z. 181 – 184)

Die Situation der Kinder aus der Sicht ihrer Mütter

Psychische Auffälligkeiten bei ihren Kindern nennen zwei Mütter. Zwei Kinder haben eine schwere körperliche Erkrankung.

Frau P bezeichnet ihren Sohn als „anstrengendes“ Kind.

„Er ist halt auch ein wenig ein Problemkind, es ist auch nicht leicht mit ihm. Er ist ... in puncto Anschaffen und das Ganze ... er hat mich auch schon ein paar Mal nach Waidhofen gebracht, weil ich es nicht mehr durchgehalten habe mit meinen Nerven. ... Es ist halt ... so, wie's jetzt ist, ja, er folgt zwar ein wenig, es könnte aber besser sein.“ (Frau P, Z. 107 – 111)

Auch Frau M berichtet über einen stationären Aufenthalt ihres älteren Sohnes Paul auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung. Paul führte mehrere Suizidversuche durch und beging letztendlich Selbstmord. Ihr jüngerer Sohn Conrad war im Säuglings- und Kleinkindalter körperlich schwer krank, worüber sie sich sehr sorgte.

„Und dann haben sie ihn mit 4 ½ Monaten im Hoden operieren müssen, mit 14 Monat haben sie ihm die Niere entfernen müssen, Harnleiter, und, und, ... bis 3 Jahren haben sie überhaupt geglaubt, Blutkrebs, nicht durchbringen, ...“ (Frau M, Z. 119 – 122)

Der Sohn von Frau R ist seit dem Kindergartenalter insulinpflichtiger Diabetiker, was eine zusätzliche Belastung für Frau R darstellt.

„Und da hab ich gleich so viel Angst um ihn, und da sagt er, ich soll keine Angst haben. Da hab ich gesagt, das kann ich nicht, weil das war halt, wie er ganz klein war, da war er auch so viel krank und da hab ich mir auch viel Sorgen gemacht.“ (Frau R, Z. 114 – 117)

Mittlerweise ist der Junge selbständig in der Lage, Blutzucker zu messen und Insulin zu spritzen. Trotzdem müssen Frau R bzw. ihr Mann ihn dabei unterstützen und regelmäßig Facharzt-Termine bzw. Krankenhausaufenthalte vereinbaren.

Die Aufklärung der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Mutter durch psychiatrische Fachkräfte thematisierten drei Frauen. Frau P berichtet, dass dies noch nicht erfolgte, obwohl sie meint, dass das durchaus in ihrem Sinne wäre.

„Naja, es wäre schon für mich nicht schlecht, also für'n Buben nicht schlecht, wenn er weiß, wie's mir dabei geht. Er war zwar bei einem Therapeuten auch schon mit drinnen, aber da kann man halt dann das nicht so erzählen, wie man halt möchte, wennst den Buben dabei hast.“ (Frau P, Z. 209 – 212)

Auch laut Frau R wurde von ärztlicher Seite nicht mit ihrem Sohn über ihre psychische Erkrankung gesprochen, sie selbst und ihr Mann reden darüber mit ihrem Sohn.

Frau G versuchte ihre depressiven Phasen vor den Kindern zu verbergen.

„Ich kann mir vorstellen, dass das für die Kinder nicht angenehm ist, wenn sie sehen, der Mutter geht es schlecht. Weil ich weiß das von mir damals, meine Mutter hat auch Depressionen gehabt, wie ich ein Kind war, und wenn es ihr schlecht gegangen ist, ist es mir auch schlecht gegangen. Und deswegen möchte ich das vor den Kindern nicht so zeigen.“ (Frau G, Z. 206 – 210)

Auf Anraten ihres behandelnden Psychiaters hat sie dann die beiden Kinder über ihre Krankheit informiert. In ihrem Fall hat auch die Sozialarbeiterin des PsychoSozialen Dienstes mit den beiden Kindern über Frau Gs psychische Erkrankung gesprochen.

Zwei Mütter berichten, dass sie das Gefühl haben, dass die Kinder spüren, wenn es ihnen schlecht geht. Frau G meint:

„Ja, sie merken ja, weil ich hab ja auch so Zwänge, so Ängste, dass irgendwas passiert, und ich kontrollier halt alles 100 Mal und bin dann trotzdem noch nicht sicher, und das merken die Kinder halt dann auch und fragen mich dann: Mama, wieso schaust du so oft nach? Was machst du da? Warum dauert das so lange?“ (Frau G, Z. 212 – 216)

Dies bestätigt auch Frau P:

„Ja, direkt schon. Er kriegt das schon mit. Ein paar Mal war es so, da hat er mich gefragt: Mama, was ist mit dir los? Und mir ist es nicht so gut gegangen, und das hat er schon gespürt.“ (Frau P, Z. 219 – 221)

In vier Familien ist außer der Mutter noch eine weitere, nahe Bezugsperson für die Kinder vorhanden. Dies ist in drei Fällen der Vater und in einem Fall der Mitbewohner der Mutter. Nur im Fall von Frau G, der allein erziehenden Mutter, gibt es im unmittelbaren Wohnumfeld keine weitere Bezugsperson für die Kinder. Frau G meint, dass ihr Sohn Klaus eine „ganz besondere Freundin“ (Z. 221) hat und mit der „ganzen Klasse in Kontakt“ (Z. 219) ist. Ihre Tochter Marie fühlt sich nicht so integriert.

„Die sagt, sie fühlt sich da nicht so wohl wie in Wien. In Wien war es besser, da hat sie auch Freunde gehabt und so. Sie hat gesagt, ja, die Kinder sind da anders, sie ist da nicht so integriert. Aber sie hat auch eine Freundin.“ (Frau G, Z. 222 – 225)

Professionelles Unterstützungssystem der Familie

Professionelle Hilfe wird von allen fünf Familien in Anspruch genommen.

Alle Mütter werden vom PsychoSozialen Dienst durch SozialarbeiterInnen betreut, vier Frauen auch durch FachärztInnen für Psychiatrie des PsychoSozialen Dienstes. Bei vier Familien ist auch ein/e SozialarbeiterIn des Amtes für Jugend und Familie involviert, drei Frauen beschreiben im Interview die Unterstützung durch das Jugendamt als hilfreich.

In zwei Familien ist eine Heimhilfe im Einsatz, um die Mutter in der Haushaltsführung zu unterstützen.

Hilfe in der Kinderbetreuung durch eine Tagesmutter gibt es bei zwei Familien. Die 1½ jährige Tochter von Frau L ist seit ihrem dritten Lebensmonat auf Anraten des behandelnden Frauenarztes ein bis zwei Mal in der Woche für ein paar Stunden bei einer Tagesmutter. Frau L nimmt diese Kinderbetreuungsform jedoch nur unregelmäßig in Anspruch. Der Sohn von Frau P ist nach der Schule bis 17 Uhr bei einer Tagesmutter, die auch Unterstützung beim Erledigen der Hausaufgaben und Lernen bietet. Diese Hilfe wird bis Ende des Schuljahres vom Amt für Jugend und Familie finanziert, über ein Fortsetzen dieser Betreuungsform wird im Herbst entschieden.

Im Fall der Familie R kommt auf Grund der Diabetes-Erkrankung des Sohnes einmal im Monat eine Hauskrankenpflegerin. Wegen seiner schwankenden schulischen Leistungen nimmt er Englisch-Nachhilfe, die in der Schule nachmittags angeboten wird. Außerdem wurde vom Jugendamt eine Lernhilfe bis zum Ende des Schuljahres organisiert und finanziert.

Frau Gs Kinder sind halbtags bis ca. 19 Uhr im Konvikt, wo sie in der Nachmittagsbetreuung Unterstützung in schulischen Belangen erhalten und mit Abendessen versorgt werden.

Eine Behandlung an einer kinderpsychiatrischen Abteilung nahm der ältere Sohn von Frau M in Anspruch. Er war über längere Zeit in ambulanter kinderpsychiatrischer Behandlung.

Drei Frauen sind in Therapie bei einer/m PsychotherapeutIn, deren Hilfe sich meist exklusiv auf sie bezieht. Ebenfalls exklusiv für die Mutter ist in einem weiteren Fall eine Ergotherapeutin des PsychoSozialen Dienstes im Einsatz, die mit der Frau

Haushaltstraining durchführt. Drei von fünf Müttern werden von einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie behandelt.

Eine Frau war wegen einer einzelnen Angelegenheit, nämlich der Unterstützung beim Antrag auf erhöhter Familienbeihilfe, in der Frauenberatungsstelle in Beratung.

**Was erleben die Frauen als wichtige Ressource?
Welche Unterstützungsmöglichkeiten fehlen ihnen?**

Frau P nennt die Heimehelferin als wichtige Ressource. Sie ist eine wichtige Gesprächspartnerin, da sie, wie Frau P meint, auch eine „schwierige“ Tochter hat.

„Also, eh die, die vom Hilfswerk kommt, die versteht mich da auch ganz gut, weil sie hat auch so eine daheim, die nicht recht spurt. Und da kann ich mit ihr schon ein wenig reden drüber. Für mich ist es halt gut, wenn ich nebenbei wen habe, dem ich das anvertrauen kann.“ (Frau P, Z. 431 – 434)

Für Frau R stellen drei Mitpatientinnen, die sie bei ihrem letzten stationären Krankenhausaufenthalt kennen gelernt hat und mit denen sie in telefonischem Kontakt ist, eine wichtige Ressource dar.

„Weil ich denk mir, wenn ich mit ihnen rede, die können sich in meine Lage hineinversetzen, weil sie halt auch eine Krankheit haben, und das hilft mir recht.“ (Z. 165 – 167)

In beiden Fällen beschreiben die Frauen die Tatsache, dass diese mit einem ähnlichen Problem konfrontiert sind, als hilfreich. Und in beiden Fällen ergab sich diese Ressource zufällig. Es könnte als problematisch betrachtet werden, dass die Heimehelferin eine doch so wichtige Rolle einnimmt, da sie diesen Anforderungen möglicherweise auf Grund ihrer Profession nicht gewachsen ist.

An fehlenden Unterstützungsangeboten thematisieren die Mütter Unterschiedliches.

Frau L benötigt eine Hilfe, um die ausstehenden Unterhaltszahlungen für Claudia rascher zu bekommen. Für die Betreuung ihrer Tochter bräuchte sie eine Art Leihoma.

„Also schön wäre das, so eine Leihoma oder so, dass ich auch am Abend einmal weggehen könnte, weil da muss ich immer meinen Wohnungspartner fragen.“ (Frau L, Z. 309 – 310)

Deutlich wird mit diesem Wunsch, dass eine Kinderbetreuung sich nicht nur auf tagsüber beschränken sollte. Auch Angebote, die sich auf andere Zeiten beziehen, erscheinen notwendig.

Frau G beschreibt, dass sie sich auf Grund der Tatsache, dass ihre Kinder tagsüber in externer Betreuung sind, alleine fühle und ihr eine ausfüllende Aufgabe fehle.

„Die Kinder fahren mit dem ersten Bus nach V. (Anm: Stadt, wo die Kinder in die Schule gehen) und ich mit dem zweiten. Und da geh ich dann so herum und weiß eigentlich nicht, was ich tun soll. Da fehlen mir sie schon sehr.“ (Frau G, Z. 351-354)

Dieses von Frau G genannte Thema zeigt auf, dass es nicht damit abgetan ist, den Kindern eine adäquaten Versorgung zu gewährleisten. Für die dadurch bei der Mutter entstehende Leere sollten ebenfalls Angebote gesetzt werden.

Frau P sieht die Notwendigkeit einer Unterstützung für ihren Sohn.

„Naja, es ist ... müsste ich halt auch einmal mit meinem Therapeuten reden oder mit einem Kinderpsychologen, dass der mich da einmal ..., weil er ... in gewisser Hinsicht muss ich sagen, dass er das auch direkt braucht, weil er so jähzornig wird immer und momentan so aufgeht ...“ (Frau P, Z. 256 – 259)

Mit dieser Aussage zeigt Frau P auf, dass rein kindbezogene Maßnahmen, die sich nicht unbedingt auf die Basisversorgung oder schulische Unterstützung beziehen, von Seiten der professionellen HelferInnen meist nicht forciert werden, solange keine massive Auffälligkeit merkbar ist.

Frau P ergänzt, sie bräuchte häufiger Unterstützung durch die Heimhilfe, da sie mit der Hausarbeit nach wie vor nicht zurecht kommt.

„Durchputzen durchs Haus ... und ein bissl was wegräumen, das, was ich zum Flohmarkt wieder hingeben will. ... Ja, und das hängt mir auch so nach.“ (Frau P, Z. 358 – 361)

Auch hier wird deutlich, dass sich die Unterstützungsmaßnahmen nur auf das vorrangig Notwendige beziehen.

10.3 Resümee

Bezogen auf das vorhandene familiäre Umfeld und den daraus resultierenden Unterstützungsmaßnahmen durch professionelle HelferInnen ergaben sich zwei Hauptkategorien:

- die familiär gut eingebetteten Frauen mit Kinder
- die Mütter ohne stabilen familiären Hintergrund

Zur ersten Kategorie könnten Frau M, Frau G und Frau P zugeordnet werden. In allen drei Fällen ist eine stabile Kernfamilie vorhanden, welche die Kinderbetreuung mit Unterstützung durch weitere Personen aus dem familiären Umfeld in Akutphasen der Krankheit rasch übernehmen konnten, unterstützt durch professionelle HelferInnen, die zum Teil zeitbegrenzte Hilfe zu Verfügung stellten.

Der zweiten Kategorie würde ich Frau G und Frau L zuordnen. Hier sind auf Grund eines mangelhaft vorhandenen Familiensystem umfangreiche Unterstützungsmaßnahmen notwendig – bei Frau L durch die Tatsache, dass ihre älteren Kinder ständig fremdbetreut werden, Frau G durch die vorübergehende Fremdbetreuung ihrer Kinder.

Professionelle Unterstützung erhielten alle fünf Mütter in unterschiedlicher Intensität. Diese Unterstützungsmaßnahmen beziehen sich jedoch auf das dringend Notwendige. Darüber hinausgehende Hilfen, die die Mütter thematisieren, können von Seiten der Institutionen nicht zur Verfügung gestellt werden. Auch präventive Angebote sind nicht Teil der Regelversorgung. Der überwiegende Teil der Hilfen durch Institutionen bezieht sich sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind bzw. das Familiensystem. Dies ist einerseits positiv zu bewerten, da damit die Familie als Ganze berücksichtigt wird, andererseits gibt es dadurch wenige Hilfen, die individuell der Mutter dienen. Exklusive Unterstützungsangebote für die Kinder im Sinne einer Entlastung durch Aussprachemöglichkeiten außerhalb der Familie gibt es in keinem der Fälle.

11 Stakeholder-Interviews

11.1 Planung und Durchführung

Zur Einholung der Sichtweise von MitarbeiterInnen in Institutionen, die mit der Problematik psychisch kranke Mütter mit Kindern befasst sind, wurden drei Interviews durchgeführt. Folgende professionelle Helfer wurden befragt:

- Ein Sozialarbeiter des Amtes für Jugend und Familie
- Ein diplomierter psychiatrischer Krankenpfleger des Waldviertler Zentrums für seelische Gesundheit am Landesklinikum Waidhofen/Thaya
- Ein Sozialarbeiter des PsychoSozialen Dienstes der Caritas St. Pölten

11.2 Ergebnisse

Im Folgenden sind die Hauptaussagen der drei Interviews mit den professionellen Helfern zusammengefasst.

Sozialanamnese

Sowohl im Landesklinikum Waidhofen/Thaya als auch beim PsychoSozialen Dienst wird im Rahmen der Sozialanamnese erhoben, ob die PatientInnen / KlientInnen Kinder haben – auf der stationären Psychiatrie in den Aufnahmegesprächen, beim PsychoSozialen Dienst im Rahmen des Fallclearings. In beiden Institutionen gehört dies zu den Standardfragen an die zu betreuende Person.

Hilfsangebote der Institutionen

Der Sozialarbeiter des Jugendamtes stellt fest, dass im Waldviertel der Ausfall der Mutter weit mehr spürbar und dramatischer ist als der Ausfall des Vaters. Dies könnte damit zusammenhängen, dass auf Grund der noch stark vorhandenen traditionellen Rollen in ländlichen Regionen die Kinderbetreuung überwiegend von den Müttern durchgeführt wird. (vgl. Schigl 1999:121)

Hauptsächlich stellt die Jugendwohlfahrt Maßnahmen zur Unterstützung von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil bereit. Dies beinhaltet familienunterstützende Interventionsmaßnahmen wie Familienhilfe für einen Zeitraum von vier bis maximal acht

Wochen, Heimhilfe oder Lernhilfe. LernhelferInnen werden auch als außerfamiliäre Bezugspersonen eingesetzt, was auf Grund der Ausbildung der LernhelferInnen als kritisch betrachtet werden muss.

Auch durch die Nachmittagsbetreuung in der Schule oder im Kindergarten wird versucht, den Kindern ein stabiles Umfeld zu bieten. Der Jugendamtssozialarbeiter erachtet eine Fremdunterbringung im Fall der akuten Gefährdung als notwendig. Solche familienersetzenden Maßnahmen werden – wenn möglich nur befristet eingesetzt. In Niederösterreich stehen je nach Alter der Kinder Heime, Wohngruppen, Krisenplätze oder (passagere) Pflegefamilien zu Verfügung. Gemeinsame Wohnmöglichkeiten, die dezidiert psychisch kranke Mütter mit Kindern aufnehmen, sind ihm nicht bekannt.

Der Sozialarbeiter des PsychoSozialen Dienstes nennt die Möglichkeit der punktbetreuten Wohngemeinschaften der Caritas St. Pölten, in der Mütter mit Neugeborenen oder Kleinkindern für kurze Zeit wohnen könnten. Dies ist jedoch nur in Ausnahmefällen möglich, da kein adäquates Setting vorhanden ist.

Beide nennen als kindbezogene Unterstützungsmöglichkeit die im Waldviertel vorhandenen Institutionen Kinderschutzzentrum in Zwettl und Gmünd, Ambulatorium für ganzheitliche Förderung in Zwettl und Gmünd, Haus der Zuversicht in Waidhofen/Thaya und niedergelassene TherapeutInnen, wobei es laut dem PSD-Sozialarbeiter nur eine Kinderpsychotherapeutin im Waldviertel gibt. Der Jugendamtssozialarbeiter nennt weiters die Jugendberatungsstelle des Jugendzentrums in Zwettl als Anlaufstelle für Kinder. Ein prinzipielles Problem aller dieser genannten Institutionen ist die Erreichbarkeit für Personen, die außerhalb der Bezirkshauptstädte des Waldviertels wohnen, da diese Einrichtungen keine nachgehende Betreuung anbieten.

Der PsychoSoziale Dienst bietet laut dem PSD-Sozialarbeiter neben der Einzelfallarbeit mit psychisch kranken Müttern auch Angehörigenberatung und Angehörigengruppen an, die sich jedoch nur auf eine Zielgruppe ab cirka 17 Jahren richten. Für Kinder gibt es kein solches Angebot. Diese werden nur im Rahmen von Familiengesprächen miteinbezogen.

Im Waldviertler Zentrum für seelische Gesundheit in Waidhofen/Thaya stehen für Mütter mit Kindern laut dem Pfleger zwei Mutter-Kind-Einheiten zum gemeinsamen stationären Aufenthalt zu Verfügung.

Kooperation der Institutionen

Sowohl der Sozialarbeiter des Jugendamtes als auch jener des PsychoSozialen Dienstes bescheinigen eine gute und unkomplizierte Kooperation. In gemeinsamen Helferkonferenzen wird die Zusammenarbeit koordiniert. Der PSD-Sozialarbeiter stellt jedoch fest, dass die Handlungsweisen des Jugendamtes für ihn nicht immer nachvollziehbar sind. Eine gegenseitige Klärung der Aufträge und Sichtweisen würde die Zusammenarbeit noch verbessern.

In der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und stationärer Psychiatrie werden Schnittstellenprobleme deutlich. Als problematisch bezeichnet der Stationspfleger des Landeskrankenhauses jene Situationen, bei denen von Seiten des Jugendamtes eine Kindesabnahme im Raum steht. Seiner Meinung nach besteht damit beim Jugendamt die Erwartungshaltung, dass durch eine gemeinsame Mutter-Kind-Aufnahme das Krankenhaus die mütterliche Erziehungskompetenz einschätzen soll, worauf sich das Jugendamt in seiner Entscheidung stützt.

Eine Weitergabe von Informationen durch das Krankenhaus erfolgt nur in jenen Fällen, in denen das Jugendamt bereits vor oder während des stationären Aufenthaltes involviert war. Der Jugendamtssozialarbeiter hingegen thematisiert, dass Informationen von Seiten des Krankenhauses erst sehr spät, also kurz vor der Entlassung der Mutter, an ihn weitergegeben und eine rasche Intervention gefordert wird.

Verbesserungsvorschläge der professionellen Helfer

Der PSD-Sozialarbeiter nennt hierbei gemeinsame Wohnmöglichkeiten für Mütter mit Kindern, die ein spezielles Setting anbieten.

Einen Bedarf an Kindergruppen in der Art wie Angehörigengruppen für Kinder orten sowohl der Sozialarbeiter des Jugendamtes als auch jener des PsychoSozialen Dienstes, wobei der Jugendamtssozialarbeiter ein Zuständigkeitsproblem nennt. Der

Sozialarbeiter des PsychoSozialen Dienstes sieht dies hingegen als großen Bereich für den PSD, wofür man aber auch Spezialisten und zusätzliche finanzielle Ressourcen bräuchte.

11.3 Forderungen an die beteiligten professionellen HelferInnen

Institutionen wissen um die Belastung Bescheid, welcher eine Familie mit einer psychisch erkrankten Mutter ausgesetzt ist und setzen ihre Interventionen trotzdem erst dort an, wo das System an seine Grenzen stößt und ein Aufrechterhalten der Kinderbetreuung und -versorgung nur mehr sehr mangelhaft möglich ist. Seitens der Mutter wird die Notwendigkeit, Hilfe in der Kindererziehung in Anspruch zu nehmen, oft nicht oder erst dann gesehen, wenn sie oder andere Personen ihres Umfeldes Auffälligkeiten bei den Kindern bemerken oder ihre Überforderung dies forciert.

Versorgungslücken ergeben sich aus mehreren Gründen:

- Die Jugendwohlfahrt erklärt sich auf Grund ihres gesetzlichen Auftrages erst dann als interventionsbereit, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist.
- Institutionen wie der PsychoSoziale Dienst definieren ihre Zielgruppe mit erwachsenen Personen. Kinder sind dadurch und durch nicht vorhandene personelle Ressourcen mit den notwendigen Qualifikationen nicht Teil der Versorgungsangebote.
- Keine der oben erwähnten Institutionen fühlt sich daher zuständig, präventive Angebote zu machen, die sich auf Mütter / Väter und deren Kinder beziehen.
- Die stationäre Psychiatrie reagiert mit der Möglichkeit einer gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme auf das Bedürfnis von Mütter, ihre Kinder auch während eines Krankenhausaufenthaltes zumindest teilweise weiterbetreuen und somit die Mutter-Kind-Beziehung aufrechterhalten zu können. Allerdings beziehen sich diese Angebote zur Zeit nur auf Säuglinge und Kleinkinder.
- Unterschiedliche Zeithorizonte, Sicht- und Arbeitsweisen erschweren die Zusammenarbeit zwischen Institutionen der psychiatrischen Versorgung und der Jugendwohlfahrt.

- Professionelle HelferInnen decken mitunter Bereiche ab, die nicht ihrer Profession entsprechen. Hier könnte eine Überforderung die Konsequenz sein.

Wie oben angeführt, ergeben sich laut Fachliteratur sowie nach den Aussagen von professionellen HelferInnen und Betroffenen Mängel. Es ist Aufgabe der Sozialarbeit, in Kooperation mit anderen beteiligten Berufsgruppen, entsprechende Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren und Konzepte zu entwickeln:

- Durch Maßnahmen wie gemeinsame Weiterbildung sollten die jeweiligen Sicht- und Handlungsweisen der beteiligten Institutionen geklärt werden, um somit ein gegenseitiges Verständnis zu fördern.
- Eine rechtzeitige Vernetzung aller professionellen HelferInnen, die das Familiensystem unterstützen, könnte dazu beitragen, Informationen auszutauschen und Interventionen abzustimmen.
- Familiengespräche, in die Kinder ihrem Alter entsprechend inkludieren, sollen Teil der Standardbetreuung von Familien mit psychisch kranken Eltern sein. Das Konzept der psychoedukativen Familienintervention ist ein best practice Modell dafür.
- Angehörigengruppen, die sich speziell an Kinder richten, bieten Kinder Entlastung und die Möglichkeit, sich mit gleichaltrigen „Leidensgenossen“ austauschen zu können. Auch dafür müssen eigene Konzepte und Methoden entwickelt werden.
- In psychiatrischen Kliniken und Abteilungen sollen begleitete Besuchskontakte eine Begegnung zwischen erkranktem Elternteil und deren/dessen Kind erleichtern und beiden die Möglichkeit geben, das eigene Erleben des Kindes bzw. des Elternteiles zu reflektieren.
- Eine stationäre Mutter-Kind-Aufnahme an psychiatrischen Krankenhäusern soll flächendeckend angeboten werden. Dabei wäre eine Ausweitung auf Kinder im Kindergarten- oder Schulalter wünschenswert, um auch hier die Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren und die Mutter in einer dem Alter des Kindes entsprechenden Erziehung zu stützen.
- Wohnmöglichkeiten für psychisch kranke Mütter mit Kindern, die ein den Bedürfnissen von Mutter und Kind entsprechendes Setting anbieten, sind notwendig.

- Öffentlichkeitsarbeit, um das Thema „psychisch kranker Elternteil“ von der Last des schamhaften Verschweigens zu befreien, soll in Institutionen selbstverständlich sein.
- Im Sinne einer Prävention soll betreuten Familien für zukünftige Krisenfälle ein „Handwerkszeug“ bereitgestellt werden. Eine solche Möglichkeit ist die Entwicklung eines Notfallplans, in dem schriftlich festgehalten wird, wer bzw. wie die Versorgung des Kindes gewährleistet werden kann, womit auch Eltern entlastet werden. Dieser Plan wird unter Mitwirkung des erkrankten Elternteiles und des Kindes sowie anderer Bezugspersonen erarbeitet. (vgl. Beeck 2008:56-60) Ein Beispiel eines solchen Notfallplanes ist im Anhang 1 zu finden.

III Literatur

- Arens, Doris / Görgens, Ellen (2006): Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie – Ein Konzept für die stationäre Pflege; Bonn
- Beeck, Katja (2004) (Hg.): Ohne Netz und Boden, Situation Kinder psychisch kranker Eltern; Berlin
- Beeck, Katja (2008): Netz und Boden, Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern; Berlin
- Bender/Matthias / Prokop-Nolte, Ilka / Brücher, Klaus (2005): Auch Kinder sind Angehörige. Erfahrungen aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 79 - 86
- Bischoff, Annedore (2005): Verbindliche Strukturen schaffen. Möglichkeiten einer besseren Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 154 – 160)
- Blanke, Uwe (1996): Rahmenbedingungen von Sozialarbeit in Psychiatrie und Gesundheitswesen; in: Blanke, Uwe (Hg.): Der Weg entsteht beim Gehen – Sozialarbeit in der Psychiatrie; 1996
- Bobens, Claudia (2006): Das ExpertInneninterview; in: Flaker/Vito, Schmid/Tom (Hg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit – Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft; S. 319 – 332
- Bock, Thomas (2005): Umgang mit psychotischen Patienten; Bonn
- Brockington, Ian Fraser (2001): Psychiatrische Behandlung während der Mutterschaft: eine komplexe Herausforderung an die psychiatrischen Dienste; in: Riecher-Rössler, Anita/Rohde, Anke (Hg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen, Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie; Basel – Freiburg; Seite 15 – 24
- Deneke, Christiane (2005a): Besser früh betreuen als später behandeln; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 87 - 91

- Deneke, Christiane (2005b): Ein Betreuungsnetz knüpfen. Ambulante Betreuung von psychisch kranken Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 139 - 143
- Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M. H. (Hg.) (1999): Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD10, Kapitel V (F), 3. Auflage; Bern – Göttingen – Toronto - Seattle
- Doralt, Werner (2004) (Hg.): Kodex des österreichischen Rechtes – Bürgerliches Recht, 29. Auflage, Wien
- Ernst, Céline (2001): Geschlechtsunterschiede bei psychischen Erkrankungen – Die bessere und die schlechtere Hälfte? Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Krankheiten aus epidemiologischer Sicht; in: Riecher-Rössler, Anita / Rohde, Anke (Hg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen, Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie; Basel – Freiburg; Seite 47 – 61
- Ernst, Heiko (2005): Nicht unterzukriegen; in: Psychologie heute, September 2005; Weinheim
- Gonther, U. (2004): „Diese Termine sind stets ausgebucht!!“ – Angehörigenvisite in der Klinik Dr. Heines: Kinder als Angehörige anhören und ernstnehmen; in: Spielräume, Nr. 28 mit dem Schwerpunkt Kinder psychisch kranker Eltern; Bremen, Seite 28 -29
- Hartmann, Hans-Peter (2005): Beziehungsabbrüche vermeiden. Klinische Mutter-Kind-Einheiten; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 125 - 133
- Hellbach, Barbara (2004): „Symmetrische Partnerschaft?!“; in: Spielräume, Nr. 28 mit dem Schwerpunkt Kinder psychisch kranker Eltern; Bremen, Seite 3 - 4
- Hipp, Michael (2005): Familiengespräche. Zusammenarbeit zwischen Erziehungsberatungsstelle und Sozialpsychiatrischer Dienst; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 171 – 174

- Hofecker Fallahpour, Maria u. a.: Gruppentherapie für depressive Mütter; in: Riecher-Rössler, Anita/Rohde, Anke (Hg.) (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen, Für eine geschlechtersensiblen Psychiatrie und Psychotherapie; Basel – Freiburg
- Hofmann-Richter, Ulrike / Finzen, Asmus (2002): Die häufigsten psychischen Krankheiten; in: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.): Mit psychisch Kranken leben – Rat und Hilfe für Angehörige; Bonn
- Hoos-Jacob, Gerhild / Kester, Bodo (2005): Weiterbildung. Die Fachtagsreihe „Hilfe für Mütter mit psychischen Störungen“; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 161 - 165
- Hörmann, Regina / Lerch, Leonore (1999): Frauenleben im Grenzland „Weinviertel“; in: Lesnik, Maria / Vyslouzil, Monika (Hg.): Sozialarbeit von, mit und für Frauen – Lebenswelt ländlicher Raum, S. 53 – 99
- Joseph, Jill G. / u.a. (1999): Characteristics and perceived needs of mothers with serious mental illness; in: Psychiatric Services, Vol. 50, No. 10
- Kirchweger, Sonja (o.J.): Sozialarbeit im psychiatrischen Feld – Sozialarbeit im psychiatrischen Krankenhaus, Skriptum zur Vorlesung „psychiatrische Sozialarbeit“, WS 06/07
- Küchenhoff, Bernhard (2005): Welchen Hilfen werden gewünscht? Eine Befragung von Eltern, Kindern und Bezugspersonen; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 103 – 106
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung; Weinheim, Basel
- Mattejat, Fritz (1985): Familie und psychische Störungen – Eine Übersicht zu den empirischen Grundlagen des familientherapeutischen Ansatzes; Stuttgart
- Mattejat, Fritz (2005): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 66 - 78
- Reckel, Klaus (2005): Differenzierte Angebote sind nötig; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 134 - 138

- Schigl, Brigitte (1999): FrauenLeben auf dem Land; in: Lesnik, Maria / Vyslouzil, Monika (Hg.): Sozialarbeit von, mit und für Frauen – Lebenswelt ländlicher Raum, St. Pölten, Seite 119 – 144
- Schone, Reinhold (2005): Die Unterstützung der Familie hat Vorrang. Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch Kranke; in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker; Bonn; Seite 107 - 117
- Schone, Reinhold / Wagenblass, Sabine (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster; Weinheim – München
- Sollberger, Daniel (2000): Psychotische Eltern – verletzliche Kinder, Zur Biographie von Kindern psychisch kranker Eltern; Bonn
- Statistik Austria (2006): Familien- und Haushaltsstatistik, Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Wien
- Wagenblass, Sabine (2004): „Nehmen Sie der Frau um Gottes Willen nicht das Kind weg!“; Spielräume, Nr. 28 mit dem Schwerpunkt Kinder psychisch kranker Eltern; Bremen, Seite 6 - 8

Internetquellen

- Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e.V: Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern; http://www.patenschaftsprojekt.de/patenschaft_projekt.html; 16.07.2008
- Bäuml, Josef / Pitschel-Walz, Gabi (2004): psychoedukative Familienintervention; <http://www.psychoedukation.net/bgdisplay.jhtml?itemname=konzepte-psychoedukation>; 05.07.2008
- Gerhardter, Gabriele (o.J.): Netzwerorientierung in der Sozialarbeit – Eine überblicksartige Zusammenstellung zu "Soziale Netzwerke" und "Organisationsnetzwerke"; http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/gerhardter_netzwerk.pdf, 13.6.2008

- <http://niederoesterreich.hilfswerk.at/b1786m730>, 25.07.2008
- <http://www.medizinische-berufe.de/lexikon/Medizin/Psychiatrie/Expressed-Emotion-Konzept.html>, 27.06.2008
- <http://www.st-poelten.gv.at/Content.Node/buergerservice/lebenslagen/familienintensivbetreuung.php>, 23.06.2008
- NÖ Jugendwohlfahrtsgesetz:
http://www.ris2.bka.gv.at/Dokument.wxe?QueryID=LrNo&Dokumentnummer=LRNI_2002022&WxeFunctionToken=257517c6-2e7d-47b7-8550-aaafd71c2c80, 05.07.2008
- Statistik Austria (o.J.): Spitalsentlassungen 2005 in Akutkrankenanstalten nach Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht und Aufenthaltsdauer – Österreich;
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html, 29.05.2008

IV Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:

Überblick über Personenkreise und Einrichtungen, deren MitarbeiterInnen mit Kindern psychisch kranker Eltern in Kontakt kommen. 25

Tabelle 1:

Art der Erkrankung der Eltern (in Prozent)..... 11

Tabelle 2:

Welche Dienste/Institutionen waren in den Familien bezogen auf die Kinder tätig?30

V Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

1. Allgemeine Fragen:

- 1.1 Wie alt sind Sie?
- 1.2 Wie viele Kinder haben Sie?
- 1.3 Wie alt sind diese?
- 1.4 Haben Sie zur Zeit einen Partner bzw. sind Sie verheiratet?

2. Allgemeines zur Krankheit:

- 2.1 Wann sind Sie erstmals erkrankt?
- 2.2 Welche psychische Krankheit haben Sie?

3. Akute Krankheitsphase mit Kindern:

- 3.1 Letzte Krankheitsphase
 - 3.1.1 Wann war Ihre letzte akute Krankheitsphase, Zeit, in denen es Ihnen sehr schlecht ging? Wie lange hat das gedauert?
 - 3.1.2 Hatten Sie zu dieser Zeit Kinder? Wie viele?
 - 3.1.3 Haben die Kinder zu dieser Zeit bei Ihnen gelebt?
 - 3.1.4 Wenn nein, wo lebten Ihre Kinder zu dieser Zeit?
 - 3.1.5 Wenn ja, wie ging's Ihnen mit der Betreuung Ihrer Kinder?
 - 3.1.6 Hatten Sie zu dieser Zeit einen Partner oder sonst jemand (eigene Mutter, ...), der mit Ihnen gemeinsam im Haushalt lebte? Und unterstützte Sie diese Person bei der Kindererziehung?
 - 3.1.7 Oder waren Sie zu dieser Zeit alleine für die Erziehung und Pflege Ihrer Kinder zuständig?
 - 3.1.8 Wer sonst hat Sie zu dieser Zeit bei der Kinderbetreuung unterstützt (Geschwister, Tante, Nachbarn, Freunde)?
 - 3.1.9 Welche externen Hilfen hatten Sie (PsychoSozialer Dienst, Jugendamt,...)?
- 3.2 Krankenhausaufenthalt:
 - 3.2.1 Waren Sie in dieser Zeit im Krankenhaus? Wie lange?
 - 3.2.2 Wer hat in dieser Zeit die Kinder versorgt?

- 3.2.3 Hatten Sie das Gefühl, dass Ihre Kinder in dieser Zeit gut aufgehoben waren?
- 3.2.4 Gab es die Möglichkeit, die Kinder ins Krankenhaus mitzunehmen?
Wenn ja, wäre es Ihr Wunsch gewesen, das Kind mitzunehmen?
- 3.2.5 Hatten Ihre Kinder die Möglichkeit, Sie im Krankenhaus zu besuchen? Wenn ja, kamen sie auch zu Besuch? Wie oft? Mit wem?
Wenn nicht: Hat Ihnen das gefehlt? Hätten Sie sich einen Besuch der Kinder gewünscht?
- 3.3 Nach dem Krankenhausaufenthalt:
 - 3.3.1 Wie ging's nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus weiter? Konnten Sie die Versorgung der Kinder wieder übernehmen? Wie ging's Ihnen damit?
 - 3.3.2 Hat Ihnen jemand geholfen (Partner, Eltern, Geschwister, externe Hilfe,...)?

4. Kindbezogene Fragen:

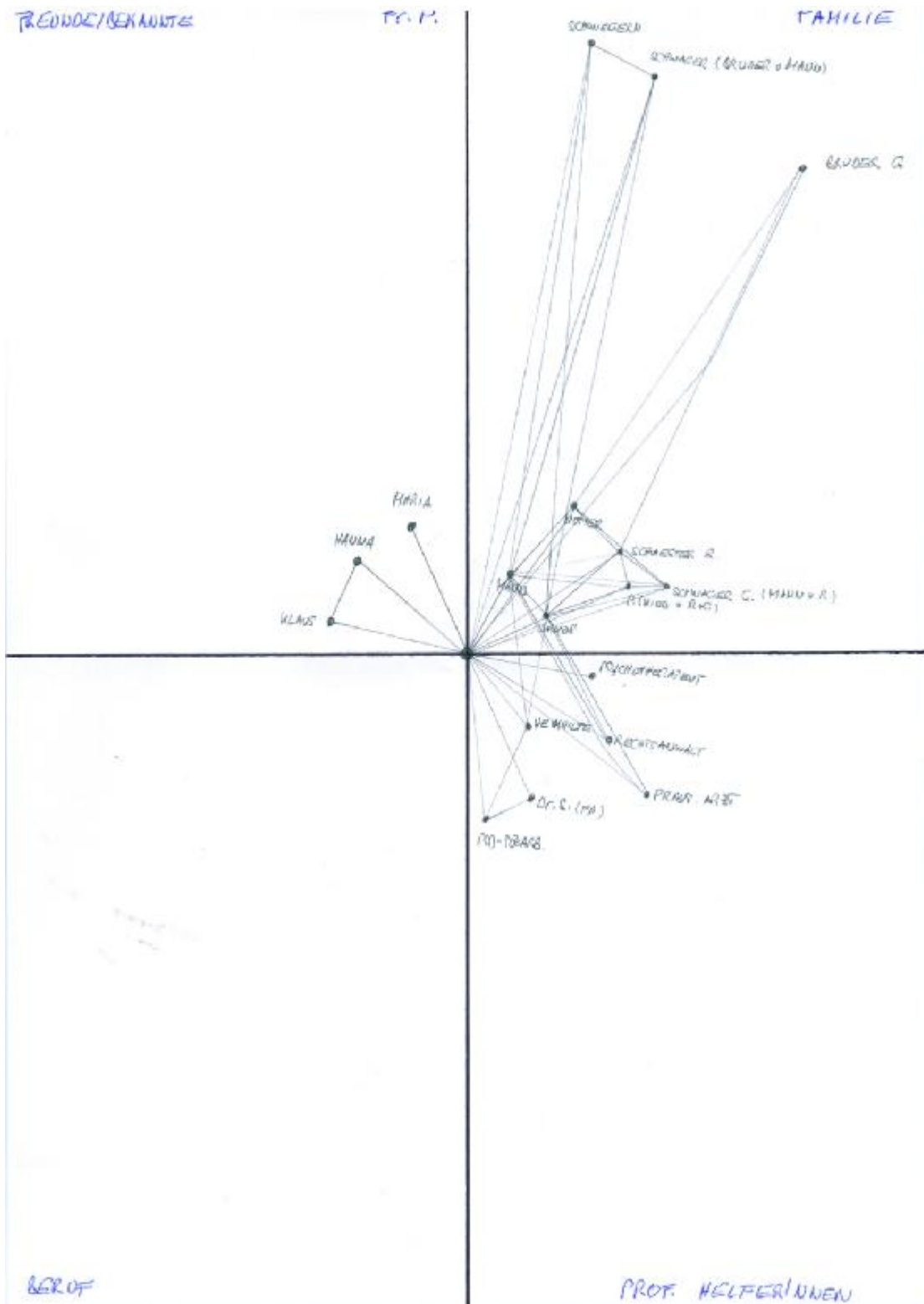
- 4.1 Wissen Sie, ob Ihre Kinder im Krankenhaus oder von Ihrem behandelnden Psychiater oder Hausarzt über Ihre Krankheit informiert wurden?
Wenn ja, wollten Sie das oder eher nicht?
- 4.2 Nehmen Ihre Kinder Hilfe in Anspruch (Psychotherapie, spezielle Kindergruppen, ...)?
- 4.3 Wissen Sie, ob Ihre Kinder in der Zeit, in der es Ihnen schlecht ging, sonst jemand hatten, mit dem sie über Probleme und Sorgen sprechen konnten?
- 4.4 Wie ging's den Kindern im Kindergarten/in der Schule?
- 4.5 Wurde Ihre Erkrankung mit der Kindergärtnerin/der Lehrerin besprochen?
Wenn ja, wollten Sie das?

5. Abschließende Fragen:

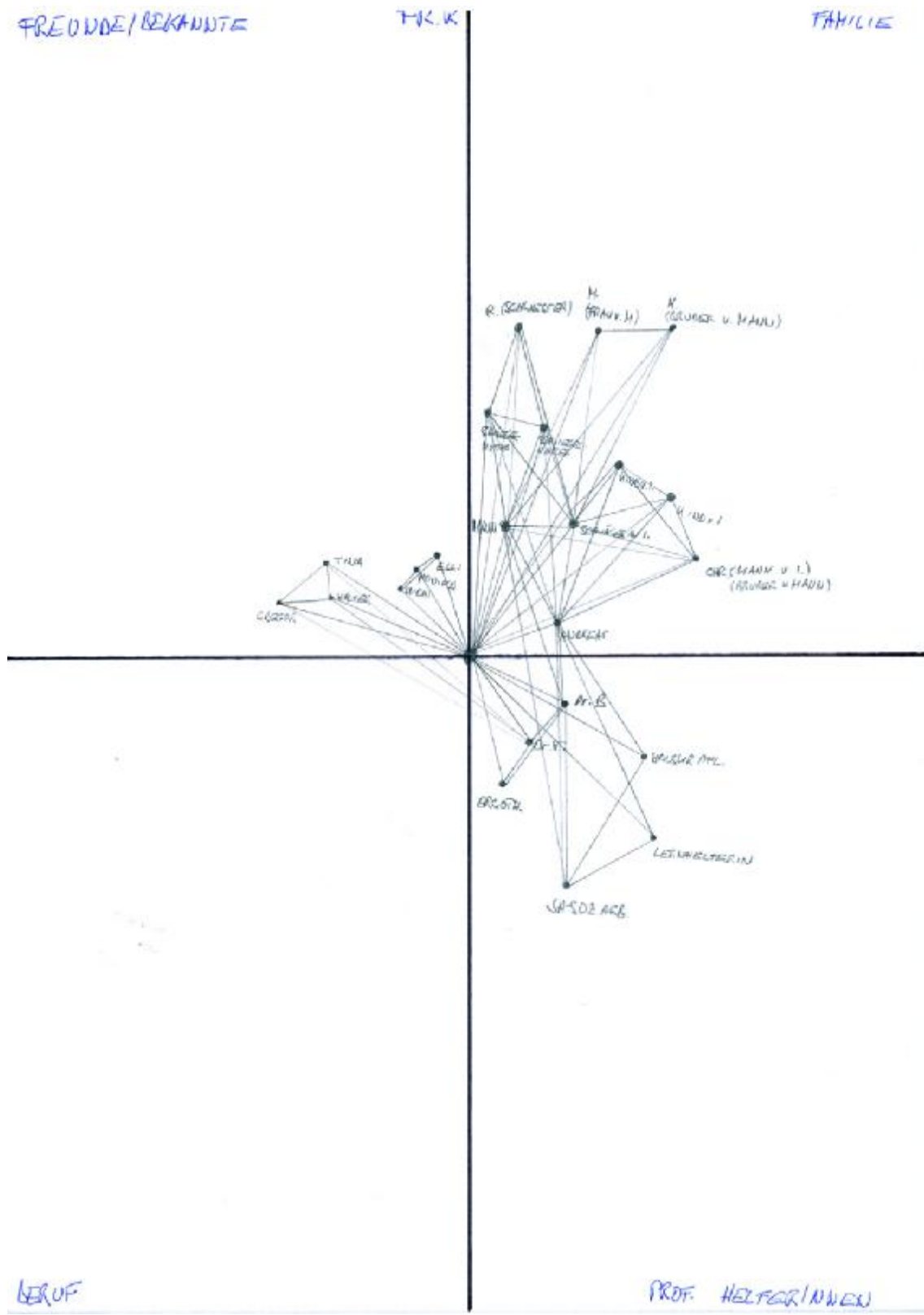
- 5.1 Wer und was hat Ihnen damals geholfen, und was haben Sie als besonders schwierig erlebt?
- 5.2 Was hat Ihnen gefehlt oder was hätten Sie sich damals gewünscht?
- 5.3 Wie geht's Ihnen jetzt? Wie geht's ihren Kindern?
- 5.4 Gibt es noch irgendetwas, dass Sie sagen möchten, bzw. das Ihnen wichtig ist?

Anhang 2: Netzwerkkarten

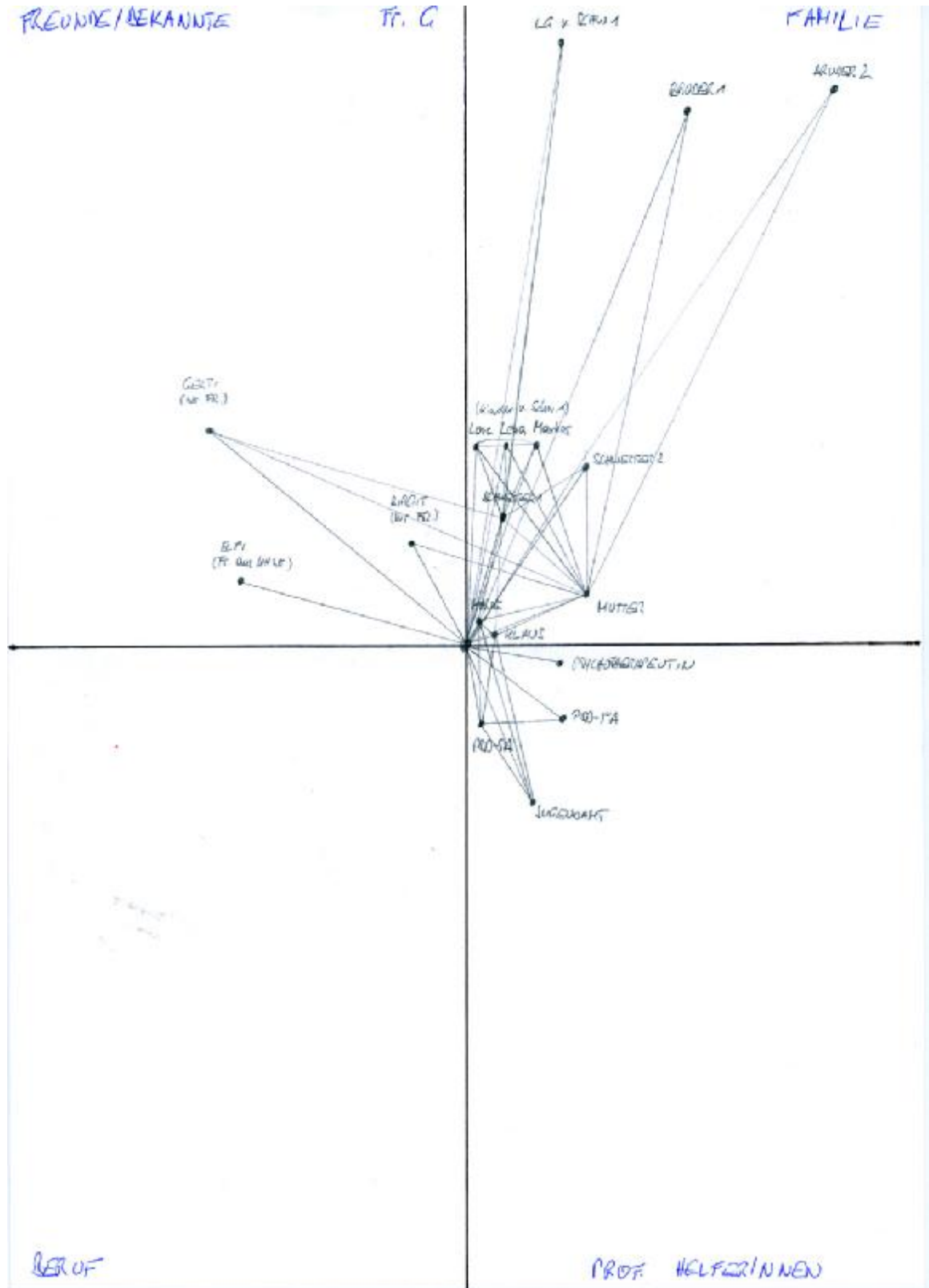
Netzwerkkarte Frau P



Netzwerkkarte Frau R



Netzwerkkarte Frau G



Anhang 3: Notfallplan

Katja Beock: Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern

Notfallplan für _____

Vor- und Zuname des Kindes

Bitte beachten: Dieser Notfallplan ist kein rechtlich bindendes Dokument. Trotzdem ist es wichtig, dass beide Eltern/Sorgeberechtigten ihn unterzeichnen, sofern nicht einer das alleinige Sorgerecht hat. Der Plan trägt dann dazu bei, dass auch die Wünsche des Elternteils berücksichtigt werden können, wenn dieser krankheitsbedingt für die Versorgung des Kindes zeitweise ausfällt. Beim Kopieren sollte der Plan auf 141% vergrößert werden.

Ich, _____ Vor- und Zuname _____, wohnehft _____ Adresse _____

erreichbar unter _____ bin Sorgeberechtigter/r von _____ Name des Kindes _____ Telefonnummer Familienheimat _____

geboren am _____ in _____

Ich, _____ Vor- und Zuname _____, wohnehft _____ Adresse _____

erreichbar unter _____ bin ebenfalls Sorgeberechtigter des Kindes. Dieser Notfallplan enthält Informationen für die Versorgung meines/unseres Kindes, wenn es mir/uns zeitweise beispielsweise aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht möglich ist, für es umfassend zu sorgen. Das merkten am ehesten:

1. _____ Vorname, Name, _____ Beziehung zum Erkrankten
2. _____ Vorname, Name, _____ Beziehung zum Erkrankten
3. _____ Vorname, Name, _____ Beziehung zum Erkrankten

dieser dann den Plan in Kraft setzt und alle anderen Beteiligten informiert.

Wichtige Menschen im Leben des Kindes

Geschwister: _____ Vorname(n), Altersangabe _____

Großeltern: _____ Vorname(n), Anschrift, Telefonnummern _____

Andere Verwandte: _____ Name(n), Verhältnis zum Kind, Anschrift, Telefonnummer _____

Kontinuierliche erwachsene Bezugsperson des Kindes: _____ Vorname, Name _____

_____ Anschrift, Telefon privat und beruflich, mobil _____

Schule: _____ Name, Ansprechpartner = Vertrauensmann des Kindes, Anschrift, Telefonnummer _____

Eine Ganztagsbetreuung in der Schule ist möglich. (Bitte Ankreuzen, wenn möglich.)

Die besten Freunde des Kindes sind: _____ Name(n), Telefonnummern _____

Katja Beock: Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern

Behandelnder Kinder-/Hausarzt: _____ Name, Anschrift, Telefonnummer _____

Behandelnder Zahnarzt: _____ Name, Anschrift, Telefonnummer _____

Personen/Einrichtungen, die unsere Familien bereits unterstützen

Jugendamt: _____ Name, Ansprechpartner, Anschrift, Telefonnummern _____

FamilienhelferIn: _____ Name, Name des Jugendhilfezuges, Telefonnummer _____

Sozialpsychiatrischer Dienst: _____ Ansprechpartner, Anschrift, Telefonnummern _____

Erziehungs-/Familienberatungsstelle: _____ Ansprechpartner, Anschrift, Telefonnummern _____

Behandelnder Psychiater/Therapeut: _____ Name, Anschrift, Telefonnummer _____

Einzelfallhelfer: _____ Name, Anschrift, Telefonnummern _____

Bevollmächtigter Vorsorgevollmacht: _____ Namen, Anschriften, Telefonnummern _____

Gesetzlicher Betreuer: _____ Name, Anschrift, Telefonnummer _____

Vorübergehende Unterbringung des Kindes

Wenn mein/unser Kind vorübergehend nicht mehr bei mir/uns wohnen kann (z.B. während einer Akutphase oder einem Klinikaufenthalt) möchte/ich das Kind wohnen bei:

1. _____ Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummern privat, beruflich und mobil _____

2. _____ Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummern privat, beruflich und mobil _____

3. _____ Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummern privat, beruflich und mobil _____

Bitte ankreuzen, sobald mit den oben genannten Personen über die familiäre Situation gesprochen wurde und diese sich prinzipiell vorstellen können, das Kind vorübergehend bei sich aufzunehmen.

Das Kind will/soll nicht wohnen bei: (Bitte geben Sie an, wenn es entsprechende Gerichtsurteile oder andere wichtige Gründe dafür gibt).

_____ Name(n) _____ Grund _____

Wenn ich mein Kind nicht mehr selbst zu seiner vorübergehenden Unterkunft bringen kann und es nicht selbst dorthin gehen kann, soll es von _____

_____ Name(n), Telefon privat, beruflich, mobil _____ dorthin gebracht werden.

Katja Besck, Netz und Boden, Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern

Bitte unbedingt mitnehmen: z. B. Heuster mit Katja und Fabia, Medikamente, Unterlagen

Das Kind / Wir haben ein Haustier/e: Name, Rasse, das/die

- mein Kind mitnimmt.
- untergebracht wird/werden bei: Name, Adresse, Telefonnummer

Diese Menschen sollen benachrichtigt werden, wenn es dem Elternteil schlechter geht

1. Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummer privat, beruflich und mobil
2. Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummer privat, beruflich und mobil
3. Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummer privat, beruflich und mobil
4. Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummer privat, beruflich und mobil

Klinikaufenthalt des Elternteils

Die für mich zuständige Klinik ist: Name, Anschrift, Telefonnummern, was soziales Support

Während eines Klinikaufenthalts möchte/n ich/wir, dass – sofern möglich – folgendes geschieht:

- Das Kind zum Besuch des Elternteils in die Klinik gebracht wird, wenn der Erkrankte stabil genug und es dem Kind zumutbar ist.
- Dem Elternteil Fotos von seinem Kind in die Klinik gebracht/geschickt werden.
- Der Elternteil mit dem Kind regelmäßig telefonieren kann, wenn er dazu stabil genug und es dem Kind zumutbar ist.
- Dem Kind regelmäßig Fotos von ihm gezeigt werden.

Ich möchte, dass mein Kind über meinen Gesundheitszustand informiert wird von

1. Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummer privat, beruflich und mobil
2. Name, Beziehung zum Kind, Anschrift, Telefonnummer privat, beruflich und mobil

Katja Besck, Netz und Boden, Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern

Sonstige wichtige Informationen

Das Kind nimmt regelmäßig Medikamente: Medikamente, Dosierung

Es bestehen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Krankenversicherung: Name der Krankenkasse, Versicherungsnummer, Versicherungsnummer

Regelmäßigen Aktivitäten des Kindes: Wochentag, Zeit, Verein/Ort, Adresse

Das Kind geht wochentags um Uhr zu Bett und steht gegen Uhr auf.
Einschlafrituale:

- Ich/Wir habe/n eine Vorsorgevollmacht entworfen, die meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber dem Kind und seinem Versorger entbindet.

Sonstige Hinweise

Eine Kopie dieses Planes wurde ausgehändigt an: z. B.: Kinder, die kontinuierliche Bezugsperson des Kindes, die Großeltern und/oder andere nahe Verwandte des Kindes, Nachbarn, den zuständigen Mitarbeiter vom Jugendamt, die Kindergartenleitung/ den Klassen-/Vertrauenslehrer, den Kinderarzt, den behandelnde Psychiater und/oder Therapeut, den Sozialpsychiatrischen Dienst (Sozialarbeiter und/oder Amtsarzt), den zuständigen Familien- und Vormundschaftsrichter

1. Name, Beziehung zum Kind bzw. Erziehung
2. Name, Beziehung zum Kind bzw. Erziehung
3. Name, Beziehung zum Kind bzw. Erziehung
4. Name, Beziehung zum Kind bzw. Erziehung
5. Name, Beziehung zum Kind bzw. Erziehung
6. Name, Beziehung zum Kind bzw. Erziehung

Unterschriften der an der Ausarbeitung des Plans Beteiligten

1. Ort, Datum Unterschrift des Kindes
2. Ort, Datum Unterschrift des Elternteils
3. Ort, Datum Unterschrift des Elternteils
4. Ort, Datum Unterschrift Person

VI Eidesstattliche Erklärung

Ich, Gabriela Koppensteiner, geboren am 05.08.1968 in Gmünd/NÖ, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

St. Pölten, am 10. September 2008

Gabriela Koppensteiner