



Soziale Arbeit



## **„Wenn Mütter psychisch krank sind ...“**

Eine Untersuchung über die Bedürfnisse von psychisch  
kranken Müttern im betreuten Wohnen

**Doris Zeilinger**

Diplomarbeit

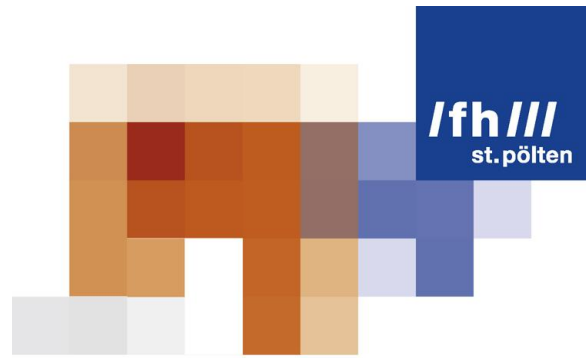
Eingereicht zur Erlangung des Grades  
Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe  
an der Fachhochschule St. Pölten  
im August 2009

Erstbegutachterin:

DSA Mag.<sup>a</sup> (FH) Sonja Kirchweger

Zweitbegutachterin:

Mag.<sup>a</sup> (FH) Andrea Viertelmayr



## Executive Summary

Doris Zeilinger

**„Wenn Mütter psychisch krank sind ...“**

**Eine Untersuchung über die Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern im betreuten Wohnen**

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im August 2009

Die vorliegende qualitative Untersuchung wurde von November 2008 bis August 2009 an der Fachhochschule St. Pölten im Magisterstudiengang für Sozialarbeit durchgeführt. Die Diplomarbeit behandelt die wesentlichsten Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern, die mit ihren Babys oder Kleinkindern entweder in einem Wohnhaus für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter oder in einem allgemeinen, gemischten Mutter-Kind-Haus leben. Diese Frauen haben psychiatrische Diagnosen wie Schizophrenie, Borderline-Störung oder Depression. Die spezielle Wohnform existiert in Österreich bis lang noch nicht. Konzepte, Projekte und ExpertInnenmeinungen dafür werden dargestellt, um die Frage der Allgemein- oder Spezialeinrichtung zu erhellen.

Im empirischen Teil liegt der Fokus auf der Befragung der Betroffenen. Insgesamt wurden sechs teilstrukturierte Interviews geführt, drei davon in einem österreichischen, allgemeinen, drei in einem deutschen, speziellen Mutter-Kind-Haus. Die Analyse der Interviews erfolgte mittels „Theoretischem Kodieren“ der qualitativen Forschungsmethode „Grounded Theory“ nach Strauss/Corbin. Diese intensive Textanalyse ermöglichte die Darstellung von Mustern über die handlungs- und interaktionsorientierten Strategien der Betroffenen, welche in einem Prozess des Vergleichens mit Erkenntnissen aus der Literatur und dem diagnostischen Instrument der Netzwerkkarte zu den wesentlichsten Bedürfnissen dieser Zielgruppe führten. Abschließend wurde eine Theorie über sozialarbeiterische Handlungsansätze für psychisch kranke Mütter im betreuten Wohnen hergeleitet:

Basierend auf der Bindungs und- der Resilienzforschung können die wesentlichsten Bedürfnisse der Mütter nach Sicherheit im Umgang mit sich selbst und mit dem Kind durch Anwesenheit und alltagsnahe Unterstützung von Bezugspersonen im betreuten Wohnen abgedeckt werden. Die Aktivierung der Resilienzfaktoren von Mutter und Kind kann zur Erfüllung weiterer wichtiger Bedürfnisse, der Erhöhung der Bindungsfähigkeit und der Selbstbestimmung sowie zum Bedürfnis nach innerer Ordnung durch die gegebenen Strukturen führen.

## **Mothers with mental illness ...**

### **A study about the needs of mothers with mental illness in supported housing**

This qualitative study was conducted from November 2008 to August 2009 at the University of Applied Sciences in St. Pölten in a graduate programme for the Master's Degree. The master thesis deals with mentally handicapped mothers who live together with their small children in supported housing in a residential setting. These women have a psychiatric diagnosis like schizophrenia, borderline or depression. The research is based on qualitative interviews with mentally ill mothers with little children, who live in both general and special supported housing. Special supported housing means an assisted accommodation for the target group of mentally ill mothers and their children. This kind of supported housing does not exist in Austria yet, but there are projects and concepts for it. Model concepts, projects and social services for this target group are described, and the focus of this paper is on the interview of the persons concerned and not the experts. Six interviews based on qualitative research were conducted with mentally ill mothers, three from an Austrian mother and child home, three from a German one, which was a special supported accommodation. The interviews were analysed by the research method called "Theoretical coding of Grounded Theory". The main categories were formed in order to define the basic needs for mentally ill mothers and their children in supported housing.

The theory is: Based on the research of bonding and resilience the most essential needs of safety and competence in interaction with their child could be fulfilled by 24-hour-presence of a competent parent, who gives support in every-day-life issues. By increasing the factors of resilience of both mother and child the essential need of skills for bonding and self-determination could be achieved while the need for inner adjustments could be fulfilled by the external structures.

### **Key words**

Mentally ill mothers of little children \* supported housing \* qualitative interviews \* general and special mother and child homes \* bonding \* resilience

## **Danksagung**

Dass diese Arbeit in dieser Form nun tatsächlich vorliegt, habe ich einigen besonderen Menschen mit zu verdanken, die mich in der Zeit des Forschens, Reflektierens, Auswertens und Schreibens sehr unterstützt hatten.

An erster Stelle danke ich meiner Familie: meinem Mann, der mich nicht nur zu dem Studium motiviert hat, sondern mir auch in so manchen Tiefs geholfen hat, den Blick fürs Wesentliche nicht zu verlieren. Unserem Sohn, der mit seiner Persönlichkeit und seinem Humor auf meine „Schulbesuche“ und die viele Zeit des Diplomarbeitsschreibens reagiert hat. Meinen (Schwieger)eltern, die die Betreuung von Alexander liebevoll arrangiert hatten.

Für die vielen wertvollen Tipps und Besprechungen danke ich Anita, Andrea, Conny und Marion. Für die Inputs beim Auswerten und seelischen Unterstützungen sei Sigrid und nochmals Anita gedankt. Daniela bin ich für die fachliche Hilfe, Christoph für das Korrekturlesen, Birgit für das professionelle Layout verbunden und Sandra für die bayrische Pension und die freundschaftlich-psychologischen roten Fäden, die meine Interviews und die Analyse bereicherten.

Meinen Kolleginnen und Irene ein herzliches Dankeschön für die wertschätzende, professionelle Begleitung meiner Forschung und die vielen Anregungen für „unsere Frauen und Kinder“. Hier anschließen möchte ich meinen Dank an die vielen ExpertInnen, die mich auf meinem Forschungsprozess begleitet und geleitet haben.

An meine Betreuerin Sonja richte ich ein großes Dankeschön, sie hat mir durch ihre Genauigkeit und Korrektheit geholfen, der Arbeit den nötigen wissenschaftlichen Schliff zu verleihen.

Zum Schluss und doch am wesentlichsten beigetragen zum eigentlichen Zweck dieser Arbeit, möchte ich mich bei meinen Interviewpartnerinnen bedanken, die sich die Zeit und die Mühe gemacht haben, über sich und ihre „innersten“ Bedürfnisse zu sprechen und so, hoffe ich, einen Weg der Hilfe auch für andere Frauen mit einer psychischen Erkrankung gemeinsam mit ihren Kindern bereiten konnten.



# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung/Forschungsinteresse</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Grundsätzliches &amp; Begrifflichkeiten</b> .....	<b>4</b>
2.1.	Psychiatrische Diagnose .....	4
2.2.	Psychische Krankheitsbilder .....	6
2.3.	Auswirkungen der psychischen Erkrankung.....	8
2.4.	Betreutes Wohnen.....	10
2.5.	Bedürfnisse .....	11
2.6.	Schlussfolgerungen für die Sozialarbeit .....	16
<b>3</b>	<b>Aufbau der Arbeit</b> .....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>Modelle für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern in Österreich</b> .....	<b>18</b>
4.1.	Beratende Angebote .....	18
4.1.1.	Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern .....	19
4.1.2.	Angebote für Angehörige .....	21
4.2.	Modelle betreuten Wohnens national .....	21
4.2.1.	Projekt Wohnplattform Steiermark .....	22
4.2.2.	Konzept Oberösterreich .....	22
<b>5</b>	<b>Mutter-Kind-Häuser</b> .....	<b>24</b>
5.1.	Bestehende Mutter-Kind-Häuser national .....	24
5.1.1.	Mutter-Kind-Haus St. Pölten.....	25
5.2.	Modelle betreuten Wohnens international .....	27
5.2.1.	Lucia – Wohnen für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern .....	28
<b>6</b>	<b>Stationäre Mutter-Kind-Behandlung auf der Psychiatrie</b> .....	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Psychisch kranke Mütter im betreuten Wohnen</b> .....	<b>31</b>
7.1.	Sozialarbeiterische Überlegungen aus der Praxis.....	31
7.1.1.	Spezielle Einrichtung versus Allgemein-Einrichtung .....	32
7.1.2.	Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern vor der Aufnahme.....	33
<b>8</b>	<b>Forschungsdesign</b> .....	<b>35</b>
8.1.	Bekannte Forschungsergebnisse.....	35
8.1.1.	Sozialpädagogisches Forschungswissen .....	35
8.1.2.	Säuglingsforschung .....	36
8.1.3.	Bindungsforschung .....	37
8.1.3.1.	Bindungstheorie nach John Bowlby .....	37
8.1.3.2.	Konzept der Feinfühligkeit von Mary Ainsworth .....	38
8.1.4.	Interaktionsuntersuchungen von Christiane Deneke .....	39
8.1.5.	Resilienzforschung .....	40
8.1.6.	High-Risk-Forschung .....	41
8.1.7.	Studie der Befragung von psychisch kranken Eltern .....	42
<b>9</b>	<b>Empirie - Methodische Umsetzungen</b> .....	<b>42</b>
9.1.	Forschungsfragen .....	42
9.2.	Begründung der qualitativen Methodologie .....	43
9.3.	Erhebungsinstrumente und- strategien .....	44

9.5. Auswertungsstrategien und- methoden .....	45
9.6. Verwertungsinteresse .....	46
9.7. Qualitätssicherung.....	46
9.8. Unerforschtes .....	47
<b>10 Forschungsprozess.....</b>	<b>47</b>
10.1. Fallvignette Interviews .....	47
10.2. Kategorien .....	50
10.3. Axiales Kodieren.....	51
10.4. Hypothesen.....	52
10.5. Vorstellung der Kategorien .....	54
10.5.1. Krankheit = und = Diagnose .....	54
10.5.2. Selbst-und Fremdeinschätzung .....	56
10.5.3. Beziehungseinschränkungen .....	58
10.5.4. Hilfe durch Strukturen.....	65
10.5.5. Fehlendes soziales Netzwerk/Ergebnisse aus den Netzwerkkarten .....	68
<b>11 Ergebnisse .....</b>	<b>71</b>
11.1. Bedürfnisse .....	71
11.2. Unterstützungen.....	73
11.3. Handlungsansätze für die Sozialarbeit .....	75
<b>12 Selektives Kodieren – Entwicklung einer Theorie .....</b>	<b>77</b>
<b>13 Zusammenfassung .....</b>	<b>78</b>
<b>14 Ausblick .....</b>	<b>81</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>82</b>
<b>Weitere Quellen.....</b>	<b>88</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>92</b>



## „Wenn Mütter psychisch krank sind ...“

### 1 Einleitung/Forschungsinteresse

Betreutes Wohnen ist bei vielen Problemlagen von Menschen, insbesondere von Müttern mit Kindern, schon längere Zeit eine Möglichkeit im Hilfesystem der Sozialarbeit. Für alleinstehende Mütter mit ihren Kindern, die sich in einer Notlage befinden, sind bereits mehrere Formen von betreutem Wohnen, von stationären Formen wie Mutter-Kind-Häusern bis hin zu ambulanten betreuten Einzelwohnungen, in der sozialarbeiterischen Angebotspalette vorhanden. Diese Arbeit befasst sich mit stationären Mutter-Kind-Einrichtungen.

Was die Betreuung von psychisch kranken Müttern betrifft, so ist in den letzten Jahren die Zahl der Aufnahmeanfragen an die Mutter-Kind-Häuser<sup>1</sup> gestiegen. Als Beispiel werden statistische Zahlen für das Mutter-Kind-Haus der CARITAS der Diözese in St. Pölten angeführt. So erfolgten im Jahr 2008 sieben Anfragen, bei denen die Mütter eine psychiatrische Diagnose hatten, während es im Jahr 2007 nur drei waren. Die Anfragen um Aufnahme von Müttern ohne Diagnose, die von den zuweisenden Einrichtungen als psychisch labil oder psychisch auffällig beschrieben wurden, sind ebenso gestiegen: Im Jahr 2007 waren es sechs und im Jahr 2008 zehn Anfragen. (Anfragekarteien 2007 und 2008:o.P) Das Konzept des Mutter-Kind-Hauses zeigt keine grundsätzlichen Ausschlusskriterien für die Aufnahme von psychisch kranken Müttern- schwere selbst- und fremdschädigende Persönlichkeitsstörungen ausgenommen- aber auch keine Fokussierung auf diese benannte Zielgruppe. „Gründe für eine Aufnahme: (...) psychosoziale Entwicklungsdefizite aus Verwahrlosungs Gewalt- und Missbrauchs-konstellationen. (...) Gründe für eine Ablehnung der Aufnahme sind: schwere selbst- und fremdschädigende Persönlichkeitsstörungen.“ (Konzept 2008:3)

---

<sup>1</sup> Vgl. auch 5.1.: Befragung von fünf österreichischen Mutter-Kind-Häusern.

In Österreich gibt es derzeit kein spezielles Mutter-Kind-Haus für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder. Daher soll die Frage, ob psychisch kranke Mütter als eigene Zielgruppe im Bereich des betreuten Wohnens definiert werden sollen und demnach eine spezielle Einrichtung benötigen, durch diese Arbeit erhellt werden.

Das Ziel und Hauptaugenmerk ist die Darstellung der **wesentlichsten Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern in einer betreuten Wohneinrichtung** aus der **Sicht der Betroffenen**.

Die **Motivation** für mein Forschungsthema entwickelte sich bereits vor Jahren in meiner Arbeit als Sozialarbeiterin bei einem Jugendamt. Eine psychiatrische Diagnose einer Mutter war in vielen Fällen mit Fremdunterbringung des Kindes, insbesondere im Baby- oder Kleinkindalter, verbunden. Dies einerseits, weil häufig die Unterstützung durch den gesunden Elternteil oder die Familie fehlte. Andererseits, weil die Unterstützungsangebote des Jugendamtes rasch erschöpft oder auch inadäquat waren, um eine langfristige positive Situation für die gesamte Familie schaffen und vor allem das Kind in der Familie belassen zu können. Eine umfassende Abklärung der Erkrankung, von deren Auswirkungen und der Hilfemöglichkeiten im sozialen Kontext, was auch eine stationäre Beobachtungszeit von Mutter und Kind auf der Psychiatrie und/oder danach in einem speziell für diese Zielgruppe konzipierten Mutter-Kind-Haus inkludiert, gab und gibt es in Österreich kaum. Es existieren aber Projekte und Konzepte dafür, die in dieser Arbeit dargestellt werden.

Da ich zurzeit in einem Mutter-Kind-Haus arbeite, wurde mein Interesse auf Hilfen für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter und ihrer Kinder im Bereich betreutes Wohnen fokussiert.

In meiner Forschung konzentrierte ich mich auf **Mütter mit kleinen Kindern**, das heißt im Säuglings- und Kleinkindalter. Zum einen, da diese Altersgruppe in den Konzepten der untersuchten Einrichtungen als Zielgruppe definiert ist, zum anderen, weil Säuglinge und Kleinkinder von einem psychisch kranken Elternteil oder psychisch kranken Eltern in der Literatur als besonders gefährdet beschrieben werden.

Sie sind speziell auf das „soziale Beziehungsgefüge“ ihrer Eltern und/oder anderer primärer Bezugspersonen angewiesen (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:18-20)

Zu diesem Zweck wurden empirische Untersuchungen mittels **qualitativer Sozialforschung** durchgeführt:

Es wurden sechs Betroffene - Mütter mit einer psychiatrischen Diagnose, die in einem Mutter-Kind-Haus wohnen oder gewohnt haben - interviewt.

Davon wohnten drei Mütter in einer allgemeinen betreuten Einrichtung im Mutter-Kind-Haus der CARITAS der Diözese in St. Pölten, Niederösterreich, und drei Mütter in einer speziellen betreuten Einrichtung, in „Lucia“ - Wohnen für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern- des Sozialdienstes Katholischer Frauen e.V. in München, Deutschland. Die beiden Mutter-Kind-Häuser wurden ausgewählt, da sie aufgrund derselben Trägerschaft das gleiche Leitbild und dadurch eine Vergleichsmöglichkeit im sozialarbeiterischen Handlungsansatz aufweisen könnten.

Durch die **Befragung von betroffenen Müttern** in einer allgemeinen und in einer Spezialeinrichtung erwartete ich konkrete beziehungsweise bisher noch wenig erforschte Ansätze für Hilfeleistungen in der Sozialarbeit in diesem Bereich zu bekommen.

Die Interviews wurden nach der qualitativen Methode des „theoretischen Kodierens“ der **Grounded Theory** ausgewertet. (Strauss/Corbin 1996:44-93)

Durch den Fokus auf der Befragung von Betroffenen und nur am Rande von ExpertInnen wird einem Grundprinzip der Sozialarbeit – die/der Klientin/Klient ist Expertin/Experte ihrer/seiner Lebenssituation bzw. Problemlage – Rechnung getragen. (vgl. Lebensweltorientierung Thiersch 1992)

Der wichtigste Bestandteil der qualitativen Methode liegt in der intensiven Auswertung der Interviews. Es wurde versucht, die wesentlichsten Bedürfnisse der Population psychisch kranker Mütter im betreuten Wohnen darzustellen. Die Bedürfnisse wurden hinsichtlich der Unterstützung in dem Bereich der Betreuung und Erziehung ihres Kindes und in dem Bereich der Interaktionen mit den anderen Bewohnerinnen und mit der (sozialarbeiterischen) Betreuung im Allgemeinen analysiert.

Durch das zirkuläre Vorgehen der Grounded Theory wurden die Interviews miteinander hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede verglichen sowie Vergleiche zwischen der allgemeinen und der Spezialeinrichtung gezogen. Mittels eines Kodierparadigmas durch intensive Textanalyse hinsichtlich ursächlicher und intervenierender Bedingungen, des Kontextes, der Strategien und der Konsequenzen wurden Kategorien gebildet. Manche der Kategorien aus den Interviews konnten ebenfalls sowohl in der Literatur als auch in der Praxis – den ExpertInneninterviews - gefunden werden. Die Kategorien aus den Interviews und aus der Literatur/Praxis wurden miteinander in Beziehung gesetzt und miteinander verglichen. (vgl. Strauss/Corbin 1996:75-93). Zusätzlich wurde eine Methode der sozialen Diagnostik- Netzwerkkarten - durchgeführt und interpretiert.

Aus diesem Datenmaterial wurde eine für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter im betreuten Wohnen typische handlungs- und interaktionsorientierte Theorie entwickelt. Aus dieser Theorie können Ansätze für die soziale Arbeit mit psychisch kranken Müttern im betreuten Wohnen abgeleitet werden.

## **2 Grundsätzliches & Begrifflichkeiten**

Die untersuchte Population sind Mütter von Babys und Kleinkindern, die an einer psychischen Erkrankung leiden.

### **2.1. Psychiatrische Diagnose**

Mit psychischer Erkrankung sind Erkrankungen gemeint, die mit einer psychiatrischen Diagnose versehen sind. Die Diagnosen werden von einem Facharzt für Psychiatrie gestellt, sie werden entweder dem ICD 10 (dem Internationalen statistischen Klassifikationssystem der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) oder dem DSM-IV (dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen, engl.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American

Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), zugeordnet. (vgl. Dilling, H. et al. 2004/2005:7-11). Eine psychiatrische Diagnose „macht“<sup>2</sup>, mit der Person die sie zugeordnet bekommt, „etwas“, und sie macht mit den Menschen, die mit dieser Person in familiärer, sozialer oder beruflicher Form zu tun haben, „etwas“. (vgl. Tagung 2009:2). In dieser Arbeit werden hauptsächlich die Aspekte beschrieben, die bei den betroffenen Frauen durch die Diagnose ausgelöst wurden oder einen Einfluss darstellten, sowohl in ihrer Innen- als auch in ihrer Außenwelt.

Nach Musalek (2009:1) ist „eine Nebenwirkung der Kategorialen Diagnostik<sup>3</sup> die Stigmatisierung, die vor allem mit sozialem Ausschluss einhergeht.“ Stigmatisierung bedeutet „die Zuschreibung einer allgemeinen oder gruppenspezifisch negativ bewerteten Eigenschaft durch die soziale Umgebung; stigmatisierende Kennzeichnungen (...) führen zu sozialer Diskreditierung und können auch die therapeutische Interaktion belasten.“ (Pschyrembel 1994:1464). Besonders Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, erfahren eine Stigmatisierung, was eine kürzlich durchgeführte Umfrage durch den Radiosender „Ö3“ gezeigt hat, in der ein Großteil der Befragten schizophren Erkrankte als „gespaltene Persönlichkeiten“ und „kriminell“ bezeichneten. (Tagung 2009:3) Eine weitere stigmatisierende Meinung der Öffentlichkeit beschreibt Kasper (2008:3) „Schizophrenieerkrankte seien Menschen, die nicht lebensfähig sind“. Diverse Kampagnen und Initiativen in Österreich arbeiten an einer Entstigmatisierung in der Öffentlichkeit und der Fachwelt. Als aktuelle Beispiele seien angeführt:

- ▶ Österreichischer Schizophreniebericht 2008
- ▶ Österreichisches Bündnis gegen Depression
- ▶ Projekte des Ilse Arlt Instituts der Fachhochschule St. Pölten:
  - „Kinder psychisch kranker Eltern – präventive Handlungsstrategien für das Feld der Psychiatrie“; „StigmaLadé“.

---

<sup>2</sup> „macht“ ist hier im wortspielerischen Zusammenhang mit „Macht“ der Tagung „Macht der Diagnose – was macht Diagnose?“ entnommen.

<sup>3</sup> Die „Kategoriale Diagnostik“ wurde im Referat von Univ. Prof. Dr. Michael Musalek hinsichtlich stigmatisierender Effekte mit der „Mehrdimensionalen Diagnostik“ verglichen.

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, psychisch kranke Mütter nicht von vorneherein der stigmatisierten Gesamtgruppe psychisch kranker Menschen zuzuordnen, sondern ihre speziellen Bedürfnisse und in der Folge Hilfeleistungen für sie selbst, ihre Kinder und Familien, im gleichen Maße wie ihre Unterstützungswünsche und eigene Lösungen hinsichtlich ihrer Lebensbedingungen zu erkennen und zu berücksichtigen.

## **2.2. Psychische Krankheitsbilder**

Nach Schone/Wagenblast (2006:31-40) werden die am häufigsten vorkommenden psychischen Krankheitsbilder anhand der Internationalen Klassifikation von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (ICD), nach Dilling 1999, wie folgt beschrieben:

- Phobien, Angst- und Zwangsstörungen – ICD 10:F4
- Affektive Störungen (unipolar: Depression und Manie und bipolar: manisch-depressive Störung) – ICD 10:F2 bzw. F3
- Schizophrene Störungen – ICD 10:F2 bzw. F3
- Borderline-Störungen – ICD 10:F6

Nach Arens/Görgen (2006:73 ff) werden folgende Diagnosen und Symptome als Hauptgruppen beschrieben, die besonders zu Gefahren für die Kinder führen können:

- Minussymptomatik nach einer Psychose
- Wochenbettpsychose
- Affektive psychische Störung
- Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Depression, Angst- und Zwangsstörung
- Paranoide Psychose

Meine Interviewpartnerinnen wählte ich nach einer vom Facharzt für Psychiatrie festgestellten psychiatrischen Diagnose aus.

Interessant war die fast 80%-ige Aufnahme von Müttern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Spezialeinrichtung in Deutschland. Zwei Interviewpartnerinnen in diesem Mutter-Kind-Haus hatten eine Borderline-Diagnose.

„Borderline bezeichnet heutzutage eine Störungsform, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit umfasst und zu Beeinträchtigungen der inneren Ausgeglichenheit und zu Störungen in den sozialen Beziehungen führt. Hauptmerkmal ist ein durchgängiges Muster von Instabilität hinsichtlich des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Stimmung. (...) Sie neigen zu Impulsivität bei potenziell selbstschädigendem Verhalten, sie leben Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen aus (...). Die Betroffenen entwickeln eine Abhängigkeit in Beziehungen zu anderen Personen und versuchen ... ein reales oder antizipiertes Verlassen-werden zu verhindern.“ (Schone/Wagenblaus 2006:39)

Bei einer Mutter aus dem Mutter-Kind-Haus in St. Pölten war die Diagnose nicht völlig eindeutig dem ICD-Klassifikationssystem zuzuordnen, wobei sowohl eine Depression als auch eine Borderline-Störung zu unterschiedlichen Zeitpunkten und von verschiedenen Fachärzten diagnostiziert wurden. Bei den beiden anderen Interviewpartnerinnen lautete die Diagnose einmal auf Schizophrenie, einmal auf Borderline-Störung.

Eine wesentliche Erkenntnis aus den Interviews war, dass die Zuordnung einer Diagnose häufig nicht mit dem Erleben der betroffenen Person über ihr Krankheitsbild und über den Bezug zu ihren Verhaltens- und Interaktionsweisen übereinstimmt. Aus diesem Grund und auf Grund der Tatsache, dass diese Frauen Mütter sind und mit oder trotz ihrer psychischen Erkrankung für ihre Kinder sorgen, werden nachfolgende Faktoren angeführt, die die Auswirkungen der Erkrankung auf die Kinder, auf die Mutter-Kind-Beziehung und auf die Einflussmöglichkeiten der wissenschaftlichen Theorien und ihrer Handlungsansätze erläutern.

### 2.3. Auswirkungen der psychischen Erkrankung

Nach Schone/Wagenblass „erfassen psychische Erkrankungen den gesamten Menschen, beeinflussen sein Denken, Fühlen und Wahrnehmen. Diese Veränderungen wirken auf die soziale Umwelt und sind durch ihre Veränderungen, die vor allem die familiären Bezugspersonen betreffen, als Familienerkrankungen zu verstehen“. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:40).

Demnach umfasst die Arbeit mit psychisch kranken Müttern nicht nur die Mütter selbst, sondern ist immer unter dem Gesichtspunkt der Mutter-Kind-Dyade und der familiären und sozialen Lebenswelt der Mütter zu betrachten. (vgl. Arens/Görgen 2006:33-40).

Es ist durch mehrere Studien belegt, dass „psychische Erkrankungen eines Elternteils, insbesondere der primären Bezugsperson, ... die Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinflussen können.“ (Schone/Wagenblass 2006:19)

Zusätzliche Entwicklungsbeeinträchtigungen für die Kinder können durch die durch psychische Störung bedingte psychosozialen Belastungen, familiären Auffälligkeiten und Beziehungsprobleme entstehen. (vgl. Schone/Wagenblass 2006:20, 21).

Es wird an dieser Stelle betont, dass nicht die Diagnose und das jeweilige Krankheitsbild für das Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind und für die Beziehungsqualität entscheidend sind, (vgl. Arens/Görgen 2006:73), sondern vielmehr die **Beziehungs- und** in der Folge die **Erziehungsfähigkeit**, die wiederum auf der Fähigkeit und der Bereitschaft des Elternteils/der Eltern beruht, **Bindung** herzustellen. (vgl. Kindler/Zimmermann 2006: 62). Nach Kindler (2006:1) wird der Begriff der „Erziehungsfähigkeit ... als Komplementärbegriff zur Kindeswohlgefährdung angesehen.“ Diese Fokussierung, meint Kindler, ist „für die Prognose, die Auswahl geeigneter und erforderlicher Hilfen beziehungsweise Interventionen und die Abschätzung der Auftretenswahrscheinlichkeit weiterer Gefahren von Bedeutung.“ Weiters spricht er in diesem Zusammenhang davon, dass „die Erziehungsfähigkeit eines Elternteils nicht unmittelbar aus Persönlichkeitsmerkmalen und aus eventuell vorhandenen Diagnosen abgeleitet und auch nicht ohne Bezugnahme auf die Bedürfnisse eines



bestimmten, konkret vorhandenen Kindes beschrieben werden kann.“ (Kindler 2006:3, 4).

Dimova/Pretis (vgl. 2008:210-214) beschreiben unter anderem die Beziehungs- und Erziehungseinschränkung als mögliche Symptome einer psychischen Erkrankung, welche sie in besonderem Zusammenhang mit der Betreuung eines kleinen Kindes sehen:

- Einschränkung der Beziehungsfähigkeit,
- oft Unfähigkeit, überhaupt Beziehung aufbauen zu können, was Voraussetzung für jegliche Bindung, überhaupt zu einem Baby oder Kleinkind, ist,
- Einschränkung der Erziehungsfähigkeit,
- Gefühlsverlust, Gedankenabreißen, Verwirrtheit, Vergesslichkeit,
- psychotische Krisen, die eine Selbst- und Fremdgefährdung darstellen.

Nach Dimova/Pretis (vgl. 2008:209) werden vor allem Kleinkinder aufgrund ihrer inadäquaten Artikulationsmöglichkeit von der Fachwelt häufig übersehen. Mehrere Faktoren spielen bei den Auswirkungen auf die Kinder eine Rolle, besonders der Zeitpunkt und der Verlauf einer psychischen Erkrankung wirken sich unterschiedlich aus: so, meint Kempf (2001:34), wird „eine kurze Episode mit anschließender Genesung in einem sozial stabilen Umfeld als nicht so schwerwiegend beschrieben wie lange chronische Verläufe mit all den Problemen, die als Folge der Erkrankung häufig multiplikativ entstehen.“

Im Experteninterview beschreibt Baubin (2009:2) „die erhöhte Vulnerabilität und die Beziehungsunfähigkeit von psychisch kranken Eltern/teilen als die am häufigsten und am heftigsten erlebte Auswirkung, die von erwachsenen Kindern von psychisch kranken Eltern/teilen berichtet wird.“ Mag. Vera Baubin leitet Gruppen für Jugendliche und erwachsene Töchter und Söhne von psychisch kranken Eltern/teilen in der HPE (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter) in Wien und wurde als Expertin hinsichtlich der Forschung sowohl für die Mütter als auch für die Kinder interviewt.

## 2.4. Betreutes Wohnen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO) subsumiert unter Wohnbetreuung betreute Wohnheime und Wohngemeinschaften, ambulant betreute Wohnplätze und ambulant betreute Wohnungen. In den meisten Fällen handelt es sich um befristete Übergangswohnplätze und um zielgruppenspezifische Betreuung für zum Beispiel Frauen, Männer, Jugendliche oder Suchtkranke. Die Betreuung bezieht sich sowohl auf Hilfestellungen hinsichtlich der Existenzsicherung, wie Hilfestellung zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen, Begleitung bei Behördenkontakten und Hilfe zur adäquaten medizinischen Versorgung, als auch hinsichtlich der Hilfestellung zur Reintegration und zur sozialen Teilhabe. (vgl. BAWO 1999:43). Lutz und Simon (vgl. 2007:161-163) beschreiben die Betreuung im frauenspezifischen betreuten Wohnen als beratende Tätigkeit des methodischen „frauenspezifischen Case Managements“ und fassen darunter Schwerpunkte der Existenzsicherung als auch Schwerpunkte der psychosozialen Hilfen (Hilfe beim Überdenken der persönlichen Situation, ..., Motivation zur therapeutischen Begleitung, ..., Hilfe bei der Entwicklung individueller Lebensperspektiven und deren Umsetzung, ..., Aufbau tagesstrukturierender Maßnahmen, ..., notwendige medizinische Maßnahmen,...) zusammen.

Die Mutter-Kind-Einrichtung in St. Pölten ist zu Beginn der Achtzigerjahre entstanden, um Schwangeren und Müttern, die aus schwierigen familiären Verhältnissen kommen, eine fachliche Begleitung in familienähnlicher Gemeinschaft zu ermöglichen und mit ihnen eine Perspektive für das Leben nach der Geburt zu entwickeln. (CARITAS Öffentlichkeitsarbeit 2006:1) Die Betreuung beim Wohnen umfasst „Unterstützung bei der Geburtsvorbereitung, Säuglingspflege, Erziehung und Haushaltsführung“, „Beratung in persönlichen, rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten“ und „Erarbeiten einer Zukunftsperspektive“ mit der sozialarbeiterischen Methodik der Einzelfallhilfe, der systemischen Sozialarbeit und des Case Managements. (Zeilinger 2008:5,6).

Die Mutter-Kind-Einrichtung „Lucia“ – Wohnen für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern – ist in einem Wohnhaus mit zwei weiteren Mutter-Kind-Einrichtungen, einer allgemein betreuten Wohngemeinschaft und ambulant betreuten Einzelwohnungen, untergebracht. Sie versteht sich als stationäre Übergangseinrichtung, wo eine „individuelle bedarfsorientierte sozialpädagogische Beratung und Begleitung“ angeboten wird. (Konzept 2007:2). Neben den Hilfestellungen, die die Versorgung und Erziehung des Kindes und die persönlichen, hauswirtschaftlichen, alltagspraktischen, rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten betreffen, die ähnlich der Betreuung im Mutter-Kind-Haus St. Pölten sind, sind in „Lucia“ speziellere Angebote aufgrund und bezüglich der psychischen Erkrankung der Mütter im Angebot enthalten. Deren Ziel ist es, „durch die intensive Betreuung eine psychische Stabilisierung zu erreichen und einem Rückfall in die Erkrankung vorzubeugen. (...) Durch strukturierte Beobachtung der Entwicklung der Kinder und durch intensive Förderung der Mutter-Kind-Beziehung“ kann einer „Gefährdung der Kinder entgegengewirkt werden.“ (Konzept 2007:5)<sup>4</sup> Übergeordnetes Ziel in beiden Wohneinrichtungen ist die Klärung der Perspektiven mit den Müttern für ein gemeinsames Leben mit dem Kind.

## **2.5. Bedürfnisse**

Nach Scherhorn (1959) ist ein Bedürfnis das „Gefühl eines Mangels, verbunden mit dem Bestreben, ihn zu beseitigen...“. (in Hondrich 1975:27)

Freud spricht von den zwei Grundtrieben, der Libido und dem Todestrieb, und verallgemeinert so die Grundbedürfnisse auf „Am-Leben-Bleiben“ oder „Ein-organisch-seelisches-Gleichgewicht-Aufrechterhalten“, wobei die Bedürfnisse nicht „objektiv feststellbar sind“ und von den „Absichten des Forschers abhängen“. (Hondrich 1974:29)

Prinzipiell den gleichen Inhalt, aber eine andere Akzentuierung bezeichnen die Begriffe „Motiv“, „Wunsch“, „Bedarf“ und „Interesse“. Beim „Bedürfnis liegt die Betonung auf dem Mangelgefühl, beim Motiv auf dem Bestreben, eine Spannungsreduktion herbeizuführen. In einem Wunsch äußert sich ein alltagssprachlich auf ... eine bestimmte Verhaltensweise gerichtetes

---

<sup>4</sup> Eine detaillierte Beschreibung der Arbeitsmethoden von „Lucia“ findet sich unter 5.2.1.

Bedürfnis. Der Bedarf ist die Summierung von Bedürfnissen. Im Begriff des Interesses ist die soziale Bestimmung von Bedürfnissen mitgedacht, d.h. von Personen, die die gleiche soziale Lage aufweisen, vermutet man, dass sie auch die gleichen Interessen haben.“ (Hondrich 1974:28)

Unter „Bedürfnisbefriedigung“ versteht man die Verminderung eines Spannungszustandes insoweit, dass (vorübergehend) ein Zustand der Ruhe eintritt. (vgl. Hondrich 1974:28, 29). Hondrich (1974:32) nimmt bei den Mitteln der Bedürfnisbefriedigung eine Klassifikation vor. Für diese Thematik bedeutsam sind die normativen oder kulturellen Mittel der „Kenntnisse und Denk- und Urteilsfähigkeiten sowie Zugehörigkeitsgefühle.“ In der psychologischen Fachsprache ist der Begriff der „Belohnung“ mit dem Begriff der „Befriedigung“ gleichzusetzen. „Der Wert der Belohnung ist umso höher, je besser diese Motivation reduziert wird und je stärker diese Motivation ist.“ (Malewski 1967:53 in Hondrich 1974:28)

Nach Maslow (vgl. 1985:15) wird der Mensch in seinem Verhalten von hierarchisch strukturierten Bedürfnissen geleitet, von den „Defizitbedürfnissen“ und den „Wachstumsbedürfnissen“. Der Mangel wird dabei in physiologischem und psychologischem Sinn empfunden. Die Basis bilden grundlegende körperliche Bedürfnisse, wobei die Bedürfnisse nicht isoliert, sondern in Beziehung zueinander gesehen werden. Erst nach Befriedigung, besonders der „Defizitbedürfnisse“, kommt das nächsthöhere Bedürfnis zum Tragen. Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung kann erst erfüllt werden, wenn die grundlegenden Bedürfnisse befriedigt wurden. Während „Defizitbedürfnisse nach einer Reduktion der Spannung verlangen, halten die Wachstumsbedürfnisse die Spannung für ferne und unerreichbare Ziele aufrecht“. (Maslow 1985:46)

### Hierarchie der Bedürfnisse nach Maslow

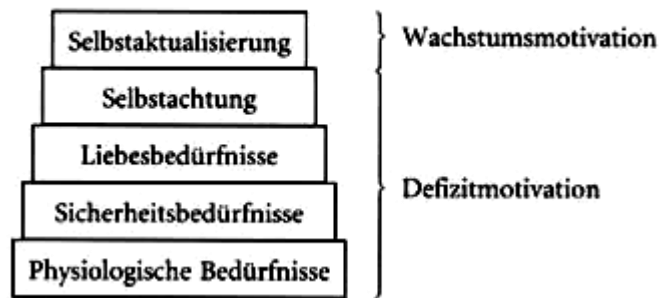


Abb. 1: Bedürfnispyramide nach Maslow<sup>5</sup>

Bezüglich der Entwicklung eines gesunden Individuums stellt Maslow die Theorie auf, dass die „Befriedigung höherer Bedürfnisse“ einerseits die Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse voraussetzt, andererseits „weg von psychopathologischen Erscheinungen (psychischen Krankheiten) führt“ und dass das Befolgen und die Befriedigung höherer Bedürfnisse positive soziale Konsequenzen haben kann. Der Grundgedanke ist demnach das Prinzip der relativen Vorrangigkeit in der Motivanregung. Solange das erste Bedürfnis nicht befriedigt ist, wird auf die anderen Bedürfnisse nicht eingegangen werden. (vgl. Maslow 1985:156 ff) „Die Hauptvoraussetzung gesunden Wachstums ist die Befriedigung der Grundbedürfnisse.“ (Maslow 1985:166) Er sagt aber auch, dass seine Theorie, dass es eine „gute Korrelation zwischen dem Impuls, dem Wunsch nach Freude an der Erfahrung und dem Grundbedürfnis nach Erfahrung“ geben muss, nur bei gesunden Menschen funktioniert. „Es gibt zwei Arten von Kräften,... den Drang in Richtung ... Gesundheit, ... auch den ängstlich-regressiven Drang zurück zur Krankheit und Schwäche.“ (Maslow 1985:167)

Hondrich erweitert den Bedürfnisbegriff auf die soziale Komponente, indem Bedürfnisse durch die Spannung zwischen personalem und sozialem System entstehen. Er zieht daher den Begriff der „Bedürfnisorientierung“ vor, was bedeutet, dass „alle Bedürfnisse sich in der Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt formen“ (Hondrich 1974:31) Einerseits können die „Personen soziale Systeme beeinflussen, steuern, andererseits wird die Bedürfnisorientierung von den Personen selbst sozial bestimmt“ und zusätzlich „wirkt noch ein System auf das andere ein“. (vgl. Hondrich

<sup>5</sup> Abbildung entnommen aus: [http://www-public.tu-bs.de:8080/~wedelman/seminare/motivation\\_v.1/abb/maslow.jpg](http://www-public.tu-bs.de:8080/~wedelman/seminare/motivation_v.1/abb/maslow.jpg) (02-09-10)

1974:79) Die Gesellschaft erzeugt personale Bedürfnisorientierungen (vgl. Hondrich 1974:83), indem einige ihrer Teilsysteme die menschlichen Bedürfnisse zuerst und unmittelbar steuern (Bsp. Familiensystem). Beim Übergang in die nächsten Systeme stoßen die früheren Bedürfnisse auf neue Anforderungen und neue Bedürfnisse der Systeme und der Bedürfnisse der Personen in diesen Systemen. (vgl. Hondrich 1974:84) Die Konflikte, die dadurch innerhalb der Person entstehen, zielen darauf, die „Anforderungen der verschiedenen Sozialsysteme miteinander zu vereinbaren und dadurch ein differenziertes und jeweils einzigartiges Bedürfnissystem, die ... individuelle Identität herzustellen. Die Handlungsweisen auf Anforderungen, die für die Person unzumutbar sind, sind oft ablehnend und versuchen auf die Veränderung des Gesellschaftssystems hinzuwirken. Die Person muss dabei ihre Handlungschancen in dem Machtgeflecht der verschiedenen Sozialsysteme einschätzen lernen.“ (Hondrich 1974:86) Bezüglich der Klassifizierung von Bedürfnissen sagt er, dass diese „beliebig“ sind, „Personen aber gemäß ihrem Entwicklungsstand einen unterschiedlichen Differenzierungsgrad von Bedürfnissen haben.“ (Hondrich 1974:31)

Galtung (vgl. 1977:89-110) widerlegt die Bedürfnishierarchie von Maslow, indem er - ähnlich wie Hondrich - meint, menschliche Bedürfnisse seien sozial kontrolliert und modifiziert und ihre Befriedigung werde vom Menschen selbst gesteuert. Er nimmt dennoch eine Klassifikation vor: das Bedürfnis nach Sicherheit, das Bedürfnis nach Wohlfahrt, das Bedürfnis nach Identität und das Bedürfnis nach Freiheit. Diese klassifizierten Systeme sind als Bedürfnis-Kategorien bei den psychisch kranken Frauen wiederzufinden, wobei das Bedürfnis nach Freiheit mit dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung und selbst gewählter Hilfe zusammenpasst.

Die Begründerin der professionellen Sozialarbeit in Österreich Ilse Arlt schreibt in ihrem 1921 erschienenen Lehrbuch „Die Grundlagen der Fürsorge“ über ihre bedürfnisorientierte Theorie, in der sie sich einem sozialpädagogischen Ansatz, der „Hilfe zur Selbsthilfe“, verpflichtet sah. Sie erläutert in einzelnen Schritten die „Erfordernisse der Bedürfnisbefriedigung“ von dem „Entstehen des Bedürfnisses“ bis hin zu der „Reihe der auf die Bedürfnisbefriedigung gerichteten Handlungen“. (Gehrmann/Müller 2005:36,

37) In dieser Arbeit werden die wesentlichsten Bedürfnisse, die für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter im betreuten Wohnen typische Merkmale aufweisen, dargestellt. Dabei wird von den zwei Betreuungsansätzen, wie sie Lutz/Simon (2007:161-163) beschreiben, der Hilfe zur Existenzsicherung und der psychosozialen Hilfe, ausgegangen.

Eine meiner Hypothesen nach dem ersten Kodieren des Datenmaterials lautete, dass psychisch kranke Menschen aufgrund ihrer Erkrankung speziellere oder zusätzliche Bedürfnisse beim Wohnen haben als psychisch „gesunde“ Menschen. Eine weitere Hypothese ist, dass die Befriedigung der grundlegenden Bedürfnisse, insbesondere des Bedürfnisses nach Sicherheit, dass ihnen keine Kindesabnahme droht, bei der Untersuchtenpopulation eine große Rolle spielt, da dieses Bedürfnis subjektiv unbefriedigt bleibt. Die Mütter zeigen hohe Unsicherheiten, was den „richtigen“ Umgang mit dem Kind, betrifft. Dies hängt ursächlich damit zusammen, dass sie sich ihrer eigenen Bedürfnisse und der damit verbundenen Gefühle unsicher sind oder durch die Erkrankung in ihrer Wahrnehmung beschränkt werden. Die Bedürfnisbefriedigung des Kindes, die durch die Mutter, bedingt durch das junge Alter des Kindes, oft unmittelbar und kontinuierlich geschehen soll, lässt die Beforschtengruppe in tiefe innere Konflikte kommen, die sich in verzögerter oder ausbleibender oder inadäquater Reaktion äußern. Die Bearbeitung dieses Konfliktes stellt eines der wesentlichsten Themen in der Betreuungsarbeit dar. Wie die Mütter den Umgang mit ihren Unsicherheiten und mit der Befriedigung dieses und anderer Bedürfnisse im betreuten Wohnen erleben, ist Hauptthema dieser Arbeit. Diese Verhaltensweisen können besonders bei jungen Kindern zu Gefährdungssituationen führen, wonach psychische Erkrankung und Mutter-Sein in der öffentlichen Meinung als ethisches und die Betreuungsformen in der Folge als soziales Problem definiert werden. Wertgen (vgl. 2001:10-13) fasst den ethischen Gesichtspunkt in dieser Fragestellung zusammen: Nach der von Jürgen Habermas entwickelten Diskursethik sind „Handlungen und Normen moralisch unbedenklich bzw. bindend, denen alle Betroffenen (...) zwangsfrei zustimmen können.“ (Wertgen 2001:10) Demnach sind psychisch kranke Frauen eher selten dazu in der Lage, unter ihren (Krankheits-)Bedingungen Mutter zu sein, deren Kinder (und auch Kinder von nicht psychisch kranken

Eltern)<sup>6</sup> wachsen oft unter unzumutbaren, nicht zustimmungsfähigen Bedingungen auf. Daraus folgt, dass nur unter geeigneter und ausreichender Hilfe für alle Betroffenen die Mutterschaft einer psychisch kranken Frau nach dem Universalitätsprinzip allgemein zustimmungsfähig ist. Dieses Prinzip entspricht wiederum dem Sozialstaatsprinzip, dem sich die Sozialarbeit verpflichtet fühlt. (vgl. Wertgen 2001:13).

## **2.6. Schlussfolgerungen für die Sozialarbeit**

Sowohl die beschriebenen Risiko- und Gefährdungsfaktoren für die kindliche Entwicklung, die eine Folge einer psychischen Erkrankung von Eltern/teilen darstellen, als auch die genannte gesellschaftliche Verpflichtung, adäquate Hilfsangebote zu setzen, zeigen schlüssig, dass die Betreuung der Familien psychisch kranker Eltern/teile in den Kompetenzbereich der Sozialarbeit fällt. Sozialarbeit - als eigenes Funktionssystem betrachtet - hat unter anderem die stellvertretende Inklusion von aus Teilbereichen unserer funktional differenzierten Gesellschaft exkludierten Personen zur Aufgabe. (vgl. Hillebrandt (2002:222, 223) Eine weitere Funktion der Sozialen Arbeit wird in der „Daseinsnachsoorge“ gesehen, „im Sinne einer gegenwärtigen Kompensation aus der Vergangenheit übernommener Defizite an Teilnahmechancen an gesellschaftlicher Kommunikation“ (Baecker 1994:98). Psychisch kranke Mütter sind aufgrund ihrer Erkrankung, besonders wenn diese chronisch ist, häufig aus den Funktionssystemen Erwerbsarbeit, Gesundheit und lebensweltlicher Support teilweise oder vollständig exkludiert. (vgl. Interviews 1-6) Durch eine Exklusion im Bereich des Wohnens ist die Sozialarbeit direkt hinsichtlich „stellvertretender Inklusion“ durch Zur-Verfügung-Stellen von Wohnangeboten und Betreuung im Sinne einer vorübergehenden „Daseinsnachsoorge“ aufgerufen.

„Soziale Arbeit oder Soziale Hilfe kann erst dann als erfolgreich bezeichnet werden, wenn sie sich erübrigt“ (Baecker 1994:98) beziehungsweise die „stellvertretende Inklusion, die sie zur Daseinsvorsorge bewerkstelligt, in eine

---

<sup>6</sup> Nach Wertgen (2001:12) „darf die Mutter-Kind-Beziehung psychisch kranker Frauen zu ihren Kindern nicht mit anderen Maßstäben bemessen werden als die psychisch gesunder Frauen zu ihren Kindern. ...aber es gibt auch Extreme, auf die entsprechend reagiert werden muss.“



Inklusion überführen kann. (...) So nimmt Soziale Arbeit ihre Funktion auch mittels Formung des Lebenslaufs der Exklusionsindividuen wahr.“ (Hillebrandt 2002:223)

Ein betreutes Wohnangebot für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern sollte meiner Ansicht nach immer ein Übergangsangebot für Mutter und Kind darstellen, wobei nach einer zeitlichen Frist die Hilfe beendet wird und eine von Mutter und HelferInnen erarbeitete Perspektive, die auf Inklusion von Mutter und Kind abzielt, angeboten werden kann.

Betrachtet man die gesetzlich geregelten Zuständigkeiten bezüglich Mutter und Kind, so kommt das Jugendwohlfahrtsrecht zum Tragen. Das Recht des Kindes auf eine positive und gesunde Entwicklung und die Unterstützung der Eltern hierbei als auch der Eingriff bei Gefährdung des Kindeswohls stehen im Zentrum der Jugendwohlfahrt. Da sich die Jugendwohlfahrt zur Unterbringung von Mutter und Kind in einem Mutter-Kind-Haus/Heim gesetzmäßig dieser Hilfe bedienen kann, ist sie hier zu erwähnen. (Niederösterreichisches Jugendwohlfahrtsgesetz 2002:3, 4, 7, 8, 16)

Zusätzlich spiegelten sich diese Schlussfolgerungen in Gesprächen mit SozialarbeiterInnen und anderen ProfessionistInnen in der Jugendwohlfahrt, in Beratungsstellen, in der Psychiatrie und in Mutter-Kind-Häusern insofern wider, als das HelferInnensystem einen Bedarf an betreutem Wohnen für die spezielle Zielgruppe von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern postulierte. Auch die interviewten Frauen zeigten großes Interesse daran, dass es einerseits in Österreich „ein solches Wohnheim“ (Interview 3:5) geben sollte, andererseits, dass dieses Spezialwohnheim für sie eine große Hilfe sei: „Allein hätt´ ich das gar nicht hinbekommen“ (Interview 5:3) und ihr Kind sonst nicht mehr bei ihnen wäre („die Einrichtung, ... die helfen wirklich in vielen Fällen ... zu verhindern, dass Kinder, (...), wenn sie kompetente Mütter haben, ... von ihren Müttern wegmüssen.“ (Interview 6:11)

### **3 Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit ist in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste Teil befasst sich mit der Erhellung der Frage, warum es trotz Forderungen des HelferInnensystems noch kaum umgesetzte spezielle Mutter-Kind-Häuser für psychisch kranke Mütter in Österreich gibt. Die Angebote und ExpertInnenmeinungen aus Österreich und Deutschland wurden exemplarisch dargestellt, sie erheben allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Repräsentanz, sondern sind auf der einen Seite als Einblick in das sozialarbeiterische Angebot und auf der anderen Seite als Hintergrund zu den Betroffenenmeinungen zu verstehen.

Der zweite Teil umfasst die empirische Forschung, die die Betroffenen selbst zu Wort kommen lässt. Es wurde eine qualitative Sozialforschung aus Befragungen und diagnostischen Instrumenten gewählt, die aus einer mengenmäßig kleinen Beforschtenpopulation tief gehende Analysen über Einstellungen, Handlungen und Interaktionen der Zielgruppe ermöglicht, Kategorien über Verhaltensmuster abbildet, zu einer gegenstandsverankerten Theorie über die Bedürfnisse der Zielgruppe führt und Handlungsansätze ableiten lässt.

## **4 Modelle für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern in Österreich**

### **4.1. Beratende Angebote**

Als größter Anbieter für die Betreuung von psychisch kranken Menschen in Niederösterreich sind die Einrichtungen der Psychosozialen Dienste zu nennen:

„Die psychosozialen Dienste ermöglichen ein Beratungs- und Betreuungsangebot für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen, um stationäre Krankenhausaufenthalte zu verhindern sowie den Umgang mit der Erkrankung zu lernen bzw. die Integration im sozialen Umfeld zu ermöglichen.“ (Einrichtungen der Psychosoziale Zentren GmbH und der

Caritas der Diözese St. Pölten – in Niederösterreich. (Land Niederösterreich 2009:o.P.)

Die Hilfe gliedert sich in Allgemeinberatung, ärztliche Hilfe, beraterische und therapeutische Hilfe. In den Bereichen Arbeit gibt es als Spezialangebot die Arbeitsassistenten beziehungsweise stationäre oder teilstationäre Arbeitstrainingszentren, im Bereich des Wohnens die Wohnassistenten und im Bereich der sozialen Gestaltung den „Club Aktiv“ sowie Selbsthilfegruppen und Gesprächsrunden. Zu den verschiedenen Krankheitsbildern werden in regelmäßigen Abständen und in fixen Orten angeleitete Zirkel veranstaltet.

#### **4.1.1. Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern**

Angebote, die Kinder psychisch kranker Eltern/teile und somit die gesamte Familie beraten und unterstützen:

- Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie am Otto Wagner Spital Wien (Rainer-Lawugger. In: Kontakt 2009:8, 9, 10)
- Verein JoJo Salzburg – Kindheit im Schatten: Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern und Geschwister von psychisch erkrankten Kindern (Rebhandl. In: Kontakt 2009:17)
- Taka Tuka - Präventionsprojekt der Caritas der Diözese Innsbruck (Warbanoff 2009. In: Kontakt 2009:20)
- Kipsykel St.Pölten: Kinder psychisch kranker Eltern, 3-semesteriges Studienprojekt an der Fachhochschule St. Pölten, Abschluss: Erstellung eines Konzeptes für das Präventionsprojekt und Präsentation des Konzeptes vor einer Fachöffentlichkeit von Personen aus der Jugendwohlfahrt und der Psychiatrie (Viertelmayr 2009:1)
- S.I.N.N. Graz: psychologische Diagnostik und Behandlung, Fördervorschläge basierend auf der Resilienzforschung und Netzwerkarbeit für die Jugendwohlfahrt in der Steiermark (Dimova/Pretis 2008:4, Dimova/Pretis 2009:o.P.)
- Landesnervenklinik Wagner-Jauregg („kipsykel“ 2009: o.P.)
- ARGE Sozialdienst Mostviertel („kipsykel“ 2009: o.P.)

- Kiesel - Kinder von Eltern mit seelischen Leiden Götzis, Vorarlberg (Hilfsangebote Netz und Boden 2009:o.P.)
- präventive und psychotherapeutische Gruppe für gesunde und psychisch belastete Kinder von psychisch kranken Eltern Salzburg - Dr. Ulrike Altendorfer-Kling (Hilfsangebote Netz und Boden 2009:o.P.)
- Netz und Boden: Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern. Deutschland: *„Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung, Sensibilisierung und Informierung potentieller Unterstützer betroffener Kinder für die Situation betroffener Kinder und deren Hilfsmöglichkeiten / zur Vertretung der Interessen betroffener Kinder, Materialerstellung, Weiterbildung von Fachleuten und anderen Unterstützern der Kinder sowie erwachsenen Kindern, Projektentwicklung präventiver Angebote für minderjährige und erwachsene Kinder, Aufbau von Netzwerken innerhalb und zwischen den Zielgruppen der Initiative, Beratung von Menschen aus den einzelnen Zielgruppen.“* (vgl. Netz und Boden 2009:o.P.)
- Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern Berlin, Deutschland: Präventionsprojekt, in dem Kindern von psychisch kranken Eltern ehrenamtlich arbeitende Paten „in stabileren Zeiten des erkrankten Elternteils zur Seite gestellt werden“. Ziel und Zweck der Patenschaft ist es, einerseits als ausgleichende gesunde Bezugsperson für die Kinder in regelmäßigen Abständen zur Verfügung zu stehen, als andererseits „in Krisenzeiten, wenn eine stationäre Behandlung des Erkrankten notwendig ist oder er mit der Kinderbetreuung überfordert ist“, eine Unterbringung in den Patenfamilien zu ermöglichen. Die Bewerbung der Herkunftsfamilien, die Vermittlung der Patenschaften, die Begleitung und Beratung und die Öffentlichkeitsarbeit übernimmt der Verein AMSOC (Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg). (Broschüre Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern:2008 und Patenschaftsprojekte 2009:o.P.)

#### **4.1.2. Angebote für Angehörige**

- Der Verein HPE-Österreich (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter) *„ist der gemeinnützige, überparteiliche Zusammenschluss der Vereine von Angehörigen und Freunden psychisch Erkrankter. Die HPE ist in allen Bundesländern aktiv und stellt sich als Hauptaufgabe, die Lebensqualität der Angehörigen psychisch Erkrankter zu verbessern. ... Zu den vielen Angeboten der HPE in ganz Österreich zählen unter anderem Beratungen, Gruppentreffen, Informationsveranstaltungen, Broschüren, Tagungen oder Seminare. VertreterInnen der HPE Vereine werden von offizieller Seite zu Beratungen in Fragen der Psychiatrieplanung und der Anliegen der Familien psychisch Erkrankter beigezogen.“* (HPE 2009:o.P.)
- Nach Baubin (2009:1) werden Kinder ebenso als Angehörige definiert. Mag. Vera Baubin leitet in der Wiener HPE Selbsthilfegruppen für junge erwachsene Töchter und Söhne (von 20 bis 30 Jahren) von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Laut Baubin (in Kontakt 2009:12) richtet sich die Psychosoziale Beratung der Wiener HPE an „Familien mit minderjährigen Kindern“ und umfasst „den gesunden Elternteil, (...) Jugendliche, deren Eltern, Geschwister oder andere Familienmitglieder erkrankt sind, und Eltern, deren jugendliche Kinder bereits psychiatrisch auffällig sind.“ (Baubin 2009. In: Kontakt 2009:12)
- AhA! (Angehörige helfen Angehörigen) Salzburg („kipsykel“ 2009:o.P.)

#### **4.2. Modelle betreuten Wohnens national**

Die zunehmende Spezialisierung in der Sozialarbeit führte mich auf die Suche nach speziell für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern konzipierten betreuten Wohneinrichtungen in Österreich. Fündig wurde ich in den Bundesländern Steiermark und Oberösterreich, deren Projekte und Konzepte ich gesondert darstelle.

Im Westen Österreichs besteht ein Drei-Länder-Bündnis von den Bundesländern Vorarlberg und Tirol in Österreich, der Ost-Schweiz und dem Süden Deutschlands – der „Lindauer Kreis“, der von der HPE (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter) Vorarlberg getragen wird.

Der „Lindauer Kreis“ führte Ende 2008 und Anfang 2009 eine Befragung von über 150 psychiatrischen Einrichtungen zum Thema „Kinder – die vergessenen Angehörigen?“ durch. Als Ergebnis für Vorarlberg wurde festgehalten, dass „die Vernetzung hinsichtlich der Hilfen für Kinder von psychisch kranken Eltern(-teilen) als gut bewertet wird, aber von keinem flächendeckenden Angebot gesprochen werden kann, da nur eine Stelle schwerpunktmäßig präventiv arbeitet“. (HPE Vorarlberg 2009:o.P) Im Tagungsprotokoll (2008:5) fand sich „die Forderung nach Schaffung von mehr Wohnprojekten für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern als auch Wohngemeinschaften für Eltern und ältere Kinder“. Der festgestellte Mangel sowohl an Angeboten im Bereich betreutes Wohnen als auch in der stationären Mutter-Kind-Behandlung und der erkannte Bedarf wurde auch im Interview mit der Vorsitzenden der HPE Vorarlberg, Frau Hagleitner, bestätigt. (vgl. Hagleitner 2009:2). Auf Grund dieser Initiative wurde das Wohnen für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern in München, Deutschland, für meine Forschung hinsichtlich einer ausgewählten Spezialeinrichtung herangezogen.

#### **4.2.1. Projekt Wohnplattform Steiermark**

Im Juli 2009 wurde in Graz ein vollzeitbetreutes Wohnhaus von der Wohnplattform Steiermark eröffnet, in dem vier von insgesamt zwölf Betreuungsplätzen für psychisch kranke Frauen und jeweils ein Kind im Vorschulalter zur Verfügung stehen. (Stögerer-Schäffer-Krainer 2009:1).

#### **4.2.2. Konzept Oberösterreich**

Im Bundesland Oberösterreich gibt es ein umfassendes integratives Konzept über Wohn- und Lebensformen für Mütter/Eltern mit Kindern mit psychosozialen Unterstützungsbedarf, wobei über die Plattform „Mütter ohne Netz“ (MoN) an einer Umsetzung von Unterpunkten wie der „Familienhebammen“ und der „Paten für Familien“ auf politischer Ebene gearbeitet wird. (Strauch 2009:3). Unter Punkt 4.3. des vorliegenden Konzeptes werden die „Mutter-Kind-Häuser mit psychosozialer Betreuung“

genannt. Genauer wird die Form der Betreuung als „psychosoziale Rahmenbetreuung für bestehende Mutter-Kind-Häuser (...) oder neuer Mutter-Kind-Häuser bei Bedarf im Einzelfall durch zusätzlich psychosozial geschulte Betreuungspersonen und Hilfe zur Erziehung.“ beschrieben, wobei der Fokus auf der „Sicherheit für die Kinder und Kompetenzerweiterung für psychisch kranke Mütter im stabilen Rahmen einer Mutter-Kind-Einrichtung“ liegt. Als Zielgruppe werden „Mütter mit psychischem bzw. psychosozialen Unterstützungsbedarf mit ihren Kindern, die ein Zusammenleben mit anderen Müttern und Unterstützung bei der Erziehung brauchen“, benannt. Unter „Grenzen der Betreuung“ findet man „Selbst- und Fremdgefährdung“ sowie „Drogen- und Alkoholmissbrauch“. Eine „Kooperationsvereinbarung zwischen dem Zuweiser – der Abteilung Jugendwohlfahrt im Rahmen der Hilfe zur Erziehung- dem aufnehmenden Mutter-Kind-Haus und dem Verein, der die psychosoziale Begleitung durchführt“, soll als (rechtliche) Grundlage dienen. (vgl. Konzept 2006:22-25)

Die Ziele dieser Betreuung von Mutter und Kind reichen von der „Sicherung der Grundbedürfnisse von Wohnen und Existenz“, „psychischer Stabilisierung der Mutter durch Gemeinschaft von Gleichgesinnten und psychosoziale Betreuung“, „Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung in Bezug auf die Kinderbetreuungspflichten“, „Erhalten und Verbessern der Mutter-Kind-Beziehung“, „Erweitern und Festigen bzw. Abklären der Erziehungsfähigkeit“ (...) bis hin zu „Neuorientierung der Mutter in Richtung selbstständiges Leben und Übergang zu weiterführenden Unterstützungsmaßnahmen“ und „Aufbau von Unterstützungsnetzwerken rund um die Familie“. Hier wird besonderes Augenmerk auf die Mutter-Kind-Beziehung unter Bedacht der psychischen Stabilisierung der Mutter gelegt. Durch die Begründung der Jugendwohlfahrtseinrichtung wird in der Gewährleistung des Kindeswohls eine „Abklärung der Erziehungsfähigkeit durch die Betreuung“ in Betracht gezogen. Präventionsfaktoren sind ebenso enthalten, eine Zielvereinbarung lautet: „Prävention von psychischen Problemen bei Mutter und Kindern, die aufgrund der Trennung von Mutter und Kind auftreten können.“ (Konzept 2006:23, 24)

## 5 Mutter-Kind-Häuser

### 5.1. Bestehende Mutter-Kind-Häuser national

Von den siebzehn Mutter-Kind-Einrichtungen (Frauenratgeberin 2009:1-8) in Österreich wurden fünf Mutter-Kind-Häuser mit Trägerschaft der CARITAS zu ihren Aufnahmemodi von psychisch kranken Müttern befragt, da die untersuchte Population ebenfalls in CARITAS Mutter-Kind-Häusern lebte. Diese Einschränkung wurde demnach aufgrund des Forschungsgegenstandes vorgenommen, bietet aber eine Repräsentanz hinsichtlich der Verteilung auf die verschiedenen Bundesländer in Österreich. Der grundsätzliche Tenor bei den Mutter-Kind-Häusern, die mit Nacht- und/oder Wochenenddiensten besetzt sind, ist, dass eine psychiatrische Diagnose bei Frauen kein Ablehnungsgrund ist.

„... wenn sie bereit zur Behandlung sind und das Jugendamt eine Perspektive sieht. 1/3 – 50% der Aufnahmen sind über die Jugendwohlfahrt zugewiesen.“ (Nopp 2009:1) Ausschließungsgründe sind akute psychische Erkrankungen, wie „akute Schizophrenie“ (Nopp 2009:1). Einschränkungen hinsichtlich der Aufnahme werden hinsichtlich der Behandlungsbereitschaft vorgenommen: „wenn die Frauen die Behandlung verweigern“ (Walcher 2009:1) oder „wenn die Begleiterscheinungen der Erkrankung es unmöglich machen“ (Liebminger 2009:1). Letztere betreuen derzeit zwei Frauen mit einer Borderline-Störung in ihrer Einrichtung.

Die Mutter-Kind-Häuser, die über keinen Nacht- und Wochenenddienst verfügen (Wien und Linz), sprechen aus diesem Grund - „der fehlenden Rund-um-die-Uhr-Gewährleistung der Versorgung des Kindes“ (Heinetsberger 2009:1) - von einem Ausschließungsgrund für die Aufnahme von psychisch kranken Müttern. Es kommt aber immer wieder zu Ausnahmen: „Prinzipiell sind wir nicht auf psychisch kranke Mütter spezialisiert, obwohl wir auch Frauen aufnehmen, die psychisch krank sind, wenn sie über eine ausreichende psychische Stabilität verfügen, sprich, dass sie ihre Kinder selbstständig versorgen können“. (Pollin 2009:1).

Allgemein bestätigt wird, dass häufig keine diagnostizierte Erkrankung vorliegt, die Vermutung im Laufe der Betreuung aber auftritt, und in solchen



Fällen auf eine Behandlung, Therapie, jedenfalls Veränderung, hingewirkt wird.

### 5.1.1. Mutter-Kind-Haus St. Pölten

Es können Mütter mit Babys und Kleinkindern oder schwangere Frauen in Notlagen aufgenommen werden. Die häufigeren Aufnahmegründe sind Wohnungslosigkeit, keine adäquaten Wohnverhältnisse, Trennung oder Scheidung, finanzielle und psychosoziale Problemlagen, Verwahrlosung und Gefährdungssituationen für die Kinder und/oder die Mütter. Letzteres betrifft häufiger als in den vergangenen zehn Jahren Aufnahmeanfragen von Jugendämtern, um die Mütter in ihrem Erziehungsverhalten zum Kind beobachten zu lassen und nach einer Abklärungsphase über Obsorgefragen zu entscheiden.

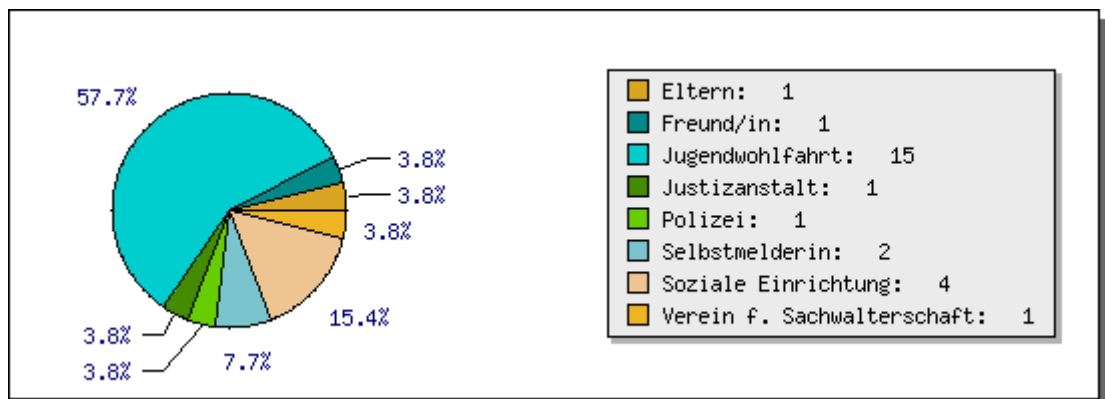


Abb. 2: Statistik Mutter-Kind-Haus St. Pölten 2008:3

Die Anfragen an das Mutter-Kind-Haus betreffend Aufnahme von psychisch kranken Müttern kamen sehr häufig von Jugendämtern oder von psychiatrischen Krankenhäusern mit dem Ersuchen, durch den intensiven Kontext des betreuten Wohnens die Mütter in ihrer Beziehung zum Kind erleben zu können und auch ihre Bindung und Erziehung zum Kind einschätzen zu können. Der Hintergrund dieses Ersuchens ist, eine Prognose abgeben zu können, ob die psychisch kranke Mutter ihr Kind in Zukunft selbstständig, ohne professionelle Hilfe, betreuen wird können.

Im Experteninterview (Schogger 2009:1) wird eine Differenzierung vorgenommen, zwischen dem Konzept, in dem eher ein Ausschließungsgrund der Aufnahme von psychisch kranken Müttern genannt wird, und der tatsächlichen Aufnahme, die sich im Laufe der Betreuungszeit entwickelt hat. Nach der Veränderung im Laufe der Zeit befragt, wird das Leitbild als gleichbleibend beschrieben, dass „grundsätzlich jede Frau aufgenommen wird, um die Chance zu erhalten, in unserer Gesellschaft Unterstützung zu bekommen und sich stabilisieren zu können.“ (Schogger 2009:1)

Nach Schogger (2009:2) ist weniger ein Anstieg an Diagnosen bemerkbar, sondern eher ein „genaueres Hinschauen und ein besserer Umgang der Menschen mit sich selbst, (...) sie holen sich rechtzeitig medizinische Hilfe.“ „Sehr viele latente Erkrankungen oder Erkrankungen, die nach dem ICD-10 diagnostisch zu erfassen wären, kristallisieren sich im Laufe der Aufenthaltszeit im Mutter-Kind-Haus heraus.“ (vgl. Schogger 2009:1, 2) Die Arbeitsweise im Mutter-Kind-Haus wird als „sensibler Umgang“ beschrieben. Die Erfahrung hat gezeigt, dass „ein bis zwei Frauen“ mit einer psychischen Erkrankung „tragbar sind, um das Gleichgewicht im Haus nicht zum Kippen zu bringen.“ (Schogger 2009:3)

Bei Aufnahme von mehr Frauen mit Diagnose als den angegeben zwei, „müsste der Betreuungsschlüssel erhöht werden und vielleicht auch mit psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch ausgebildetem Personal ergänzt werden.“ (Schogger 2009:3)

Nach Schogger (vgl. 2009:3,4) ist ein integrativer Ansatz, wonach in einer größeren Wohngemeinschaft zwei bis drei Frauen mit Diagnose aufgenommen werden, längerfristiger und zielführender als ausschließlich Frauen mit einer Diagnose zu betreuen. Schogger (2009:3, 4) geht vom Grundsatz aus, dass ein Profitieren der Frauen und Kinder voneinander möglich ist: „Die Kinder profitieren von mehreren Bezugspersonen (...), sind vielleicht nicht nur auf die <schlechte> Stimmung der Mutter fixiert. (...) Das ist für ihre Entwicklung stärkend und stützend, weil ... Kinder sich das holen, was sie brauchen.“ (Schogger 2009:4)

## 5.2. Modelle betreuten Wohnens international

Forschungen nach internationalen Wohnbetreuungsmodellen ergaben zwei Hauptformen der Betreuung von psychisch kranken Eltern/teilen, die in der Praxis Bestand hatten: stationäre Betreuung in Familien im Rahmen einer trügereigenen Wohnung, in der ein Betreuerzimmer integriert ist (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:129-152) und stationäre Betreuung im Rahmen von Mutter-Kind-Häusern und Wohngemeinschaften. Auffallend war, dass auch die speziellen Mutter-Kind-Einrichtungen für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern in großen Einrichtungen integriert waren. Die folgende Aufzählung ist ausschließlich für anschauliche Zwecke gedacht und kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, zumal sie sich auch auf Deutschland beschränkt.

- „bwf“ - Betreutes Wohnen in Familien für psychisch kranke Mütter mit Kindern  
Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie (vsp), Zwiefalten (Deutschland) (Tagung Betreute Elternschaft 2009:o.P.)
- „FamilienWeGe“ – Stationäre Betreuung für Familien mit psychisch krankem Elternteil  
Tageszentrum zur Arbeitsförderung AWW-Jena e.V. (Deutschland) (Tagung Betreute Elternschaft 2009:o.P.)
- Mutter-Kind-Einrichtung der „Marie-Christian-Heime e.V.“ in Kiel (Deutschland): vollstationäre Wohngruppen für psychisch kranke oder geistig behinderte Mütter und/oder Eltern mit ihren Kindern in einer Gesamteinrichtung für geistig behinderte oder psychisch erkrankte Menschen (Faltblatt Die Marie-Christian-Heime 2009:o.P. und Schone/Wagenblaus 2006:153-167)
- Mutter-Kind-Einrichtung „Annastift“ des Sozialdienstes Katholischer Frauen e.V. in Trier (Deutschland): stationäre und ambulante Hilfsangebote mit besonderer pädagogischer Zielsetzung für (...) psychisch kranke Schwangere und Mütter mit ihren Kindern. (Konzeption 2006:2)

### **5.2.1. Lucia – Wohnen für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern**

In der Spezialeinrichtung „Lucia“ in München wurden drei Frauen interviewt. Das dreistöckige Haus, in dem eine Kindertagesstätte für die Kinder aus dem dort ebenfalls ansässigen allgemeinen Mutter-Kind-Haus, eine gesonderte Kinderbetreuung für die Kinder des Intensiv betreuten Wohnens und das Betreute Einzelwohnen als Nachfolgeeinrichtung von „Lucia“ untergebracht sind, wurde besichtigt. Die Durchführung eines Expertinneninterviews mit einer psychiatrischen Krankenschwester und die Teilnahme an einer Teambesprechung ermöglichten mir einen guten Einblick in die Arbeitsweisen und die Sichtweisen der Sozialpädagoginnen und der Erzieherinnen. Das „Lucia“-Wohnen für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern- besteht seit neun Jahren. Es sind elf Apartments für jeweils eine Frau mit einem Kind vorhanden. Die Zielgruppe umfasst: „volljährige schwangere Frauen und Mütter, die an einer psychischen Erkrankung beziehungsweise an einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden (u.a. eine schizophrene Psychose, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörung) oder die sich in einer länger anhaltenden psychischen Krise befinden“. (Konzept 2007:3) Zurzeit sind 80% der aufgenommenen Frauen an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt, was sich aus den zunehmenden Anfragen für Frauen mit dieser Erkrankung in den letzten Jahren ergeben hat. (Kollmann 2009:2) Die Frauen müssen zur Aufnahme einen problembezogenen Lebenslauf mitbringen, der vom behandelnden Psychiater erstellt wird und aus dem die Diagnose hervorgeht. (Kollmann 2009:2). Die Einrichtung ist eine stationäre Übergangseinrichtung mit intensiver Betreuung tagsüber und einem Nachtdienst, der von Krankenschwestern gemacht wird, um Krisen, die vor allem durch Überforderung mit dem Kind entstehen, abzufangen. Die Kinder werden vom Nachtdienst auch häufig betreut. (Kollmann 2009:4) Die maximale Aufenthaltsdauer beträgt zwei Jahre, die von fast allen genutzt wird. Das Ziel ist „die Klärung der Perspektiven der Mutter für ein gemeinsames Leben mit dem Kind.“ (Konzept 2007:5) Cirka die Hälfte der Frauen schaffen den Auszug in eine gemeinsame Wohnung mit dem Kind, bei der anderen Hälfte

gibt es – gut begleitete – Trennungen. (Kollmann 2009:2,3). Aufgrund der relativ geringen Größe der Appartements und der möglichen langen Aufenthaltsdauer, die im Schulalter der Kinder zu vermehrten Problematiken führen kann, werden ausschließlich Mütter mit nur einem Kind bis zum dritten Lebensjahr aufgenommen. (Kollmann 2009:3) Die Intensivbetreuung wird von Sozialpädagoginnen [in Österreich: Sozialarbeiterinnen], Erzieherinnen, einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie, einer Hauswirtschaftsleiterin und Krankenschwestern beim Nachtdienst im Rahmen einer Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit durchgeführt. Die spezifischen Angebote im Unterschied zur Allgemeineinrichtung werden genannt: Die Betreuung gliedert sich in drei Hauptangebote: „Die Angebote für die Mütter, die auf ein Bezugsbetreuerinnensystem aufgebaut sind, haben die Psycho-Eduktion (Information und Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung, besonders im Hinblick auf die Kinder), Gruppenangebote wie die wöchentliche Gesprächsgruppe, die Hausgruppe für organisatorische Angelegenheiten und das Fertigkeitentraining „Skillsgruppe“ zum Schwerpunkt; die Angebote für Mutter und Kind haben die Einzelangebote zum Erlernen einer altersgemäßen Förderung des Kindes, die Interaktionsbeobachtung von Mutter und Kind, die videogestützte entwicklungspsychologische Beratung sowie regelmäßige Mutter-Kind-Gruppen, Müttergesprächsabende und geleitetes Mutter-Kind-Spielen im Fokus; die Angebote für das Kind beinhalten die tägliche Betreuung im Kinderbereich von 9-12.30 Uhr nach Alter entsprechend, die flexible, zusätzliche Betreuung des Kindes bei Überlastung der Mutter, die intensive und strukturierte Beobachtung des kindlichen Entwicklungsstandes, besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich Verhaltensauffälligkeiten aufgrund der Erkrankung der Mutter, psychomotorische- und Bewegungsangebote. (Konzept 2007:11,12). Ein wesentlicher Unterschied zur Allgemeineinrichtung ist, dass die grundsätzliche Versorgung des Kindes keine Voraussetzung für die Aufnahme ist, sondern in der Einrichtung angeleitet und gelernt wird. (Kollmann 2009:4, 5) Die Perspektive für den Auszug ist in den seltensten Fällen eine völlig eigenständige Betreuung des Kindes, sondern es „hat die Erfahrung gezeigt, dass mindestens eine Vormittags- oder Ganztagesbetreuung des Kindes für die Frauen das Maß

ist, das sie schaffen können. (Kollmann 2009: 5) Die Gemeinsamkeiten sind folgende: Krankheitseinsicht muss bei Aufnahme vorhanden sein, Überprüfung der Psychiater- und Therapiebesuche, Kooperation mit dem Jugendamt (in Deutschland mit Hilfeplänen), verpflichtende Gesprächs- oder Hausrunden, Beobachtung und Unterstützung bei der Erziehungskompetenz und Entwicklung einer Perspektive.

## **6 Stationäre Mutter-Kind-Behandlung auf der Psychiatrie**

Zwei der Interviewpartnerinnen aus „LUCIA“ wurden vor ihrem Mutter-Kind-Haus-Aufenthalt auf einer Mutter-Kind-Station an der psychiatrischen Klinik gemeinsam mit ihrem Kind behandelt. (Anhang: Liste über Mutter-Kind-Einrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz)

In Deutschland spezialisierte sich die psychiatrische Tagesklinik Alteburger Straße in Köln 1996 erstmals auf die gemeinsame Eltern-Kind-Behandlung. Die Arbeit orientiert sich unter anderem an den Erkenntnissen der Bindungstheorie von John Bowlby. Die Behandlungen finden entweder gleich nach der Geburt des Babys statt oder während einer akuten Krise der Mutter. In beiden Fällen kann das Baby oder Kleinkind gemeinsam mit der Mutter auf der Station aufgenommen werden und beide erhalten dort entsprechende Betreuung (vgl. Arens/Görgen 2006:62-66)

Die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung auf der Psychiatrie findet sich vereinzelt auch in Österreich. In Niederösterreich wurde vor vier Jahren eine eigene Mutter-Kind-Einheit im Landesklinikum Waldviertel – Zentrum für seelische Gesundheit – etabliert. Hier stehen zwei Zimmer auf der Akutpsychiatrie, die für Mütter mit Kindern bis zum Mobilwerden (durchschnittlich bis zum ersten Lebensjahr) während einer akuten Krise der Mutter adaptiert wurden, zur Verfügung. Die Konzeption sieht vor, dass „das multiprofessionelle Team“, welches über „individuell geregelte Aus- und Fortbildungen professionalisiert“ wurde, „besonderes Augenmerk auf die Mutter-Kind-Interaktion“ legt und diese Berücksichtigung in der Behandlung der Mutter findet. „Spezifische kindbezogene Ängste, Unsicherheiten

und/oder Schuldgefühle sowie Fragen der Psychopharmaka-Einnahme während Schwangerschaft und nach der Geburt/während des Stillens“ werden genauso in der Betreuung vorgesehen wie die „Zusammenarbeit mit der gynäkologisch-/geburtshilflichen Abteilung und mit Kinderkrankenschwestern“. „Der sichere Umgang mit dem Kind“ wird neben der „Symptomreduzierung“ als wichtigstes Behandlungsziel genannt. Einen Schwerpunkt bildet die „Organisation der Nachbetreuung über die poststationäre Ambulanz und über niedergelassene FachärztInnen und PsychotherapeutInnen, und in Zusammenarbeit mit dem Psychosozialen Dienst oder der Jugendwohlfahrt“. Als wesentlichste Punkte in der Behandlung werden „die Balance zwischen stützenden und die Autonomie fördernden Haltungen und Handlungen“ und die „Entlastung des Mutter-Kind-Systems durch die praktische und emotionale Unterstützung im Stationsalltag und die Therapien, die zu einer Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung führt“ festgestellt. (vgl. Riffer 2009:4,5,6) Das Team ist äußerst engagiert und kompetent in der gemeinsamen Betreuung von Mutter und Kind und in der interdisziplinären Zusammenarbeit. (Zeilinger 2009:o.P.) Eine Mutter aus dem österreichischen Mutter-Kind-Haus wurde zwei Monate vor der Geburt ihres Kindes und sechs Wochen gemeinsam mit ihrem Baby im Landeskrankenhaus Waldviertel für seelische Gesundheit in Waidhofen an der Thaya behandelt.

## **7 Psychisch kranke Mütter im betreuten Wohnen**

### **7.1. Sozialarbeiterische Überlegungen aus der Praxis**

Während des Forschungsprozesses habe ich immer wieder mit Kolleginnen aus Mutter-Kind-Häusern, der Jugendwohlfahrt und dem Psycho-sozialen Dienst über deren Erfahrungen und Erwartungen reflektiert und diese mit meinen eigenen und den Meinungen aus den ExpertInneninterviews verglichen. Mir war wichtig, diese Reflektionen an den Beginn meiner Forschungsarbeit zu stellen, um aufgrund der „theoretischen Sensibilität“ Voreingenommenheiten und Befangenheiten bezüglich der Auswertung der

Betroffeneninterviews größtmöglich bewusst zu machen. „Je größer die berufliche Erfahrung, desto reicher ist ... das verfügbare Verständnis, (...) Andererseits besteht die Gefahr, dass ... sie für Dinge blind macht, die zur Routine oder selbstverständlich geworden sind.“ (Strauss/Corbin 1996:26)

### **7.1.1. Spezielle Einrichtung versus Allgemein-Einrichtung**

Die ersten Überlegungen bestanden darin, dass man von bereits bestehenden speziellen ambulanten Beratungsangeboten wie beim Psychosozialen Dienst konzeptionell auf speziellere Formen des betreuten Wohnens schließen könnte.

Lässt man den oft erwähnten Aspekt des Scheiterns der Projekte an der Finanzierung außer Acht, kommt man zu zwei Faktoren, die den derzeitigen Angebotsmangel erklären könnten: Der erste Faktor ist die **Risikoeinschätzung hinsichtlich Selbst- und Fremdgefährdung** dieser Zielgruppe, die in manchen Konzepten als Ablehnungsgrund genannt wird. Die Mutter-Kind-Häuser, die Einrichtungen der Jugendwohlfahrt sind, haben unter bestimmten Voraussetzungen (Nacht- und Wochenenddienst, Gewährleistung der Versorgung des Kindes, Perspektive des Jugendamtes) Rahmenbedingungen für die Betreuung psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern in ihren Einrichtungen geschaffen. Spezielle Mutter-Kind-Häuser, die ausschließlich psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern aufnehmen, sind jedoch weder in den Konzepten (vgl. Konzept Oberösterreich 2006) und Projekten (vgl. Projekt Steiermark 2009) vorgesehen noch werden sie von Fachleuten präferiert. (vgl. Schogger 2009)

Der zweite Faktor liegt in dem wahrscheinlich höheren Personalschlüssel, der aus dem erhöhten Betreuungsaufwand resultiert – psychisch kranke Menschen benötigen schon ohne Kinder spezielle Betreuung. Dies kann man nachvollziehen, wenn man die Modelle der Betreuung durch SozialarbeiterInnen, TherapeutInnen und ÄrztInnen beim Psychosozialen Dienst betrachtet. Die Mutter wird wahrscheinlich einerseits für sich selbst, für die Behandlung ihrer Krankheit, die Beratung und Therapie Zeit benötigen. Andererseits wird die Betreuung und Erziehung ihres Kleinkindes,



die Anleitung und Beratung bei den neuen und wachsenden Anforderungen, Zeit beanspruchen. Zusätzlich könnte sie mehr Ruhezeiten als nicht psychisch kranke Mütter und in der Folge mehr Fremdbetreuung für ihr Kind benötigen. In wenigen Konzepten von Mutter-Kind-Häusern in Österreich ist die Führung einer Babykrippe beziehungsweise eines Kindergartens oder die Beziehung von eigenen Betreuungspersonen für die Kinder in der Einrichtung vorgesehen. Speziell ausgerichtete Mutter-Kind-Häuser, wie zum Beispiel für minderjährige Mütter, haben dies bereits im Angebot enthalten.

Diese Überlegungen führten mich nach den Interviews mit den drei Frauen aus dem österreichischen Mutter-Kind-Haus mit viel Erwartung und Spannung zur Beantwortung dieser Fragen an die Spezialeinrichtung nach Deutschland.

Besonders die Frage, wie sich die Kumulation von ausschließlich Frauen mit psychiatrischer Diagnose auf das Zusammenleben der Frauen und auf die Kinder auswirkt, hat mich sehr beschäftigt.

### **7.1.2. Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern vor der Aufnahme**

Aus welchem Grund ist eine Aufnahme in einer stationär betreuten Wohnform generell gewollt? Hier spielen viele Faktoren eine Rolle, die von grundsätzlichen Fragen des Angebots der Einrichtung, aber vor allem von der Haltung und der Einstellung der betroffenen Mutter abhängen.

Wer will sie? Die Frau selbst? Will sie überhaupt Unterstützung? Aus welchem sozialen Umfeld kommt die Frau? Will jemand aus diesem Umfeld, dass sie in eine betreute Wohnform zieht? Warum? Benötigt sie einen Heimplatz, weil sie keine oder keine adäquate Wohnmöglichkeit hat oder weil in einem betreuten, sprich beaufsichtigten Rahmen beobachtet werden muss, ob sie überhaupt mit ihrem Kind zurechtkommt? Letztere Überlegung betrifft zu einem überwiegenden Teil die psychisch kranken Frauen. Was will die Frau im betreuten Wohnen hauptsächlich? Der sozialarbeiterische Ansatz orientiert sich hier an dem Fachkonzept der Sozialraumorientierung, dessen Kernaspekt der „konsequente Bezug auf die Interessen und den Willen der

Menschen“ darstellt. (Hinte 2006:11) und das eine Beteiligung der SozialarbeiterInnen an den Vorstellungen und Zielen der KlientInnen im Zuge des Stärken-Modells betont und nicht umgekehrt. (vgl. Budde/Früchtel 2005:30, 31)

Weiß sie über ihre Krankheit Bescheid, wie einsichtig ist sie, dass ihre Krankheit einer Behandlung in fachmedizinischer und therapeutischer Hinsicht bedarf und wie kann sie sich in psychosozialer Hinsicht selbst einschätzen? Es geht bei der Einschätzung und bei der Ergründung des Bedarfs der Hilfeform nicht um die Einzelperson der Frau, sondern immer auch um ihr **Kind**, das jedenfalls **Bedürfnisse** hat, die besonders in diesem jungen Alter befriedigt werden müssen. (vgl. Deneke 2004:1-3)

Ich möchte mich bei der Ergründung der Bedürfnisse der psychisch kranken Mütter vor der Aufnahme in ein Mutter-Kind-Haus und während des Aufenthaltes mit der Frage der **Einstellung** der betroffenen Mütter beschäftigen, weil ich aus mehreren Gründen der Meinung bin, dass dies für die grundsätzliche Frage, welche Unterstützungen diese Zielgruppe benötigt, von wesentlichem Wert ist. Dabei gehe ich von einer sozialarbeiterischen Grundhaltung aus, dass Menschen ihre Bedürfnisse selbst wissen und sich Hilfe holen, die ihren Bedürfnissen entspricht. (vgl. sozialarbeiterisches Case Management David Moxley 1989:12)

Bei psychisch kranken Menschen kann jedoch die Erkennung ihrer Bedürfnisse nicht oder nur teilweise zugänglich sein. (vgl. Gumpinger 2001:12). Diese Frauen zu unterstützen, heißt in vieler Hinsicht, sie in ihrer Persönlichkeit zunächst zu akzeptieren, was dem empathischen, wertschätzenden Zugang in der Sozialarbeit entspricht. „Ihre Erkrankung gehört zu ihrer Persönlichkeit wie umgekehrt die Persönlichkeit die Erkrankung ausmacht“. (Baubin 2009:3)

Vom methodischen Ansatz her ist die Lebensweltorientierte Individualhilfe eine äußerst adäquate Methode. Ausgehend von der Diskussion um einen Gegenstand der Sozialarbeitswissenschaft (Engelke 1992; Staub-Bernasconi 1994), der sich mit „sozialen Problemen und deren Lösungen“ beschäftigte, definiert Pantucek (1998:68) den „Fallbezug – die Beschäftigung mit einer konkreten Person in ihrer Lebenswelt, konkreter in ihrer Situation“ als ein Kennzeichen für die Lebensweltorientierte Individualhilfe. Im Fall einer Mutter

im Mutter-Kind-Haus könnte dies sowohl die Konzentration auf das Individuum Frau, im Speziellen auf die Mutter-Kind-Dyade in ihrer Lebenswelt, das Mutter-Kind-Haus als auch die wichtigen Bezugspersonen im familiären oder sozialen Netz bedeuten.

## **8 Forschungsdesign**

### **8.1. Bekannte Forschungsergebnisse**

Die Sozialarbeitswissenschaft greift als relativ junge Wissenschaft auf verschiedenste Bezugswissenschaften zu. Die wissenschaftliche Relevanz für die Sozialarbeit zeigt sich in der Befragung der Betroffenen, besonders weil es hier noch wenige Studien gibt.

Die für die Fragestellung relevanten Forschungsergebnisse stammen hauptsächlich aus der Psychiatrie und der Psychologie und werden kurz dargestellt. Die Erkenntnisse aus der Bindungs- und der Resilienzforschung bilden eine wichtige Grundlage für die konkrete Erforschung der Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern und deren Zusammenhang mit und Auswirkung auf deren Kinder.

#### **8.1.1. Sozialpädagogisches Forschungswissen**

Sozialpädagogisches Forschungswissen ist noch relativ jung. Wegweisende Ergebnisse liegen in der Darstellung des Praxisforschungsprojekts „Kinder psychisch kranker Eltern“ von Reinhold Schone und Sabine Wagenblass vor, die als Diplom-Pädagogen im Zeitraum von 1999 bis 2002 in zwei Regionen in Deutschland die Versorgungslage und den Versorgungsbedarf betroffener Familien untersuchten. In der 2. Auflage 2006 werden Praxis-Modelle dargestellt, die unter anderem das Mutter-Kind-Wohnen der Kieler Marie-Christian-Heime e.V. für Mütter in sozialen Notlagen, geistig behinderte Mütter und psychisch kranke Mütter anbietet. Diese Institution bietet verschiedenste Wohnformen mit integrierter Kinderbetreuungsmöglichkeit an. Es gibt gewisse statistische Daten, zum Beispiel, wie viele Mütter mit ihrem

Kind in die Selbstständigkeit ausziehen konnten und wie viele Mütter ohne ihr Kind ausgezogen sind. Spezielle Forschungsthemen wurden nicht genannt. (vgl. Schone/Wagenblass 2006: 129-168)

### **8.1.2. Säuglingsforschung**

Die Bindungsforschung bezieht ihre Grundlagen aus der Säuglingsforschung, die aus systematischen Beobachtungen von Verhalten von Babys und Kleinkindern und der Beobachtung der Interaktionen zwischen Mutter und Kind in frühkindlicher Zeit Theorien über Einflüsse und Wirkungen entwickelte. (vgl. Grossmann/Grossmann 2009:30, 31)

Der amerikanische Psychoanalytiker und Entwicklungspsychologe **Daniel Stern** (geb. 1934) entwickelte in seiner Säuglingsforschung die Theorie, dass das Selbstempfinden beim Säugling schon wesentlich vor der Selbstbewusstheit und der Sprache entwickelt wird. Dieses Selbstgefühl teilte er in Phasen ein, die sich selbstständig entwickeln und ein Leben lang erhalten bleiben: 1. das auftauchende Selbst (Geburt bis 2. Monat), 2. das Kern-Selbst (3.-7. Monat), 3. das subjektive Selbst (8.-15. Monat), 4. das verbale Selbst (15.-18. Monat). Er setzte sich mit den therapeutischen Möglichkeiten der frühen Eltern-Kind-Beziehung auseinander und plädierte für frühe Interventionen bei einer gefährdeten Beziehung. (vgl. Stern 2007:184,185)

Der englische Psychotherapeut **D. W. Winnicott** (1896-1971), einer der bedeutendsten Kinderanalytiker, prägte den Begriff der „ausreichend guten Mutter“: Er ging davon aus, dass eine Mutter intuitiv weiß, was ihr Kind fühlt und braucht, was ein Fundament für das Grundvertrauen und die weitere Entwicklung ist. (vgl. Winnicott 1990:6) Solche Erfahrungen geben dem Kind die Möglichkeit, „(...), sich den Reifungsprozessen zuzuwenden, die in ihm angelegt sind.“ (Winnicott 1990:19). Wenn eine Mutter depressiv ist, fehlt der Faktor der hinreichenden Fürsorglichkeit (vgl. Winnicott 1990:21) „Die Fähigkeit, Psyche und Soma zu integrieren, ist eine Leistung (...) und kann sie nicht ohne aktive Beteiligung einer Person zustande kommen, die das

Kind hält und mit ihm umgeht“. „Sobald eine ... befriedigende Beziehung zwischen Mutter und Baby zustande gekommen ist, (...) tauchen Objekte auf, die das Baby symbolisch nutzen kann. Ein Defizit in diesem Bereich muss gleichbedeutend mit der mangelnden Fähigkeit gesehen werden, Objektbeziehungen aufbauen zu können.“ (Winnicott 1990:25)

Die gefühlsmäßige, aktive Beteiligung der Mutter bei der Fürsorge um ihr Kind ist bei psychisch kranken Müttern durch die Betreuerinnen im Mutter-Kind-Haus oftmals schwer einschätzbar. Die Frage, wie viel Fürsorge ausreichend ist und nach welchen Kriterien beurteilt wird, wird in Ansätzen durch das Konzept der Feinfühligkeit von Mary Ainsworth in den Kategorien behandelt.

### **8.1.3. Bindungsforschung**

#### **8.1.3.1. Bindungstheorie nach John Bowlby**

„Bindung ist für die gesunde Entwicklung des Kindes eine *biologische Notwendigkeit*. ... Bindung entsteht dadurch, dass die Signale des Säuglings, mit denen er seine Bedürfnisse kundgibt, von der Pflegeperson aufgenommen und adäquat beantwortet werden.“ (Schenk-Danzinger 1995:123)

Die Bindungstheorie, die von John Bowlby (1907-1990) entwickelt wurde, befasst sich mit der „emotionalen Entwicklung des Menschen, mit seinen soziokulturellen Erfahrungen und vor allem mit den emotionalen Folgen, die sich aus unangemessenen Bindungserfahrungen ergeben können“. (Grossmann/Grossmann 2004:30)

„Bindung ist das imaginäre Band zwischen zwei Personen, das in den Gefühlen verankert ist und das sie über Raum und Zeit hinweg miteinander verbindet.“ (Ainsworth 1979 in Grossmann/Grossmann 2004:68) Die Bindung von psychisch kranken Müttern zu ihrem Kind ist oft eingeschränkt oder gestört, was auf eine durch die psychische Erkrankung bedingte Störung der Beziehungsfähigkeit zurückzuführen ist. (vgl. Dimova/Pretis 2008:210-214) In diesem Sinne lautet ein Kriterium der Definition der Borderline-Störung

nach DSM-IV auf „ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, (...), Identitätsstörung ...“.  
(Fragner/Pokorny 2008:5)

„Bindung entwickelt sich im Lauf des ersten Lebensjahres ... und entsteht aus den Verhaltensweisen eines Säuglings, die Nähe und Kontakt zu einem Erwachsenen herzustellen und zu erhalten.“ (Ainsworth 1973a-2003a in Grossmann/Grossmann 2004:69). Die Qualität der Bindung ist auf „bestimmte qualitative Verhaltensweisen der Mütter auf kindliches Ausdrucksverhalten [„Signale“] zurückzuführen. (Ainsworth 1964 in: Grossmann/Grossmann 2004:33) Die krankheitsbedingte Beschäftigung und Überforderung mit den eigenen Problemen und Bedürfnissen lässt die Aufmerksamkeit und Zuwendung, die Reaktion auf die Signale des Kindes, insgesamt die Bedürfnisse des Kindes, in den Hintergrund treten. (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:16)

Bindung darf nicht mit Bindungsverhalten gleichgesetzt werden, dem „Verhalten, das die Entfernung zu Personen oder Objekten verringert, die als schutzbietend betrachtet werden.“ (Bowlby 1976:119) „Ob sich ein Kind ... im Zustand der Sicherheit, der Angst oder des Kammers befindet, wird zum großen Teil durch die Zugänglichkeit und Empfänglichkeit seiner zentralen Bindungsfigur bestimmt“. (Bowlby 1976:42)

„Die Bindungstheorie erweist sich dort als tragfähig, wo eine schwächere Person ... den Schutz und die Fürsorge einer vertrauten stärkeren Person braucht.“ (Bowlby 2003b) Auf den Erkenntnissen der Bindungstheorie bauen Studien und Konzepte auf. (vgl. Kempf 2001 und Arens/Görgen 2006) Die Erkenntnisse aus der Bindungstheorie sind für das Verstehen der Strategien von psychisch kranken Müttern von großer Bedeutung.

### **8.1.3.2. Konzept der Feinfühligkeit von Mary Ainsworth**

Die Schülerin von John Bowlby, Mary D.S. Ainsworth (1913-1999), beschäftigte sich mit den Einflüssen der Mutter auf die kindliche Entwicklung, wobei sie durch systematische Beobachtungen von Interaktionen zwischen Mutter und Kind, vor allem in der „fremden Situation“, Muster von Bindungsverhalten ableitete, die sie in sichere und unsichere

Bindungsmuster und mehrere Untermuster klassifizierte. Wie viel oder wie wenig feinfühlig Mütter mit ihren Kindern umgehen, integrierte sie in eine Skala, wonach dieses Verhalten messbar gemacht wurde. Sie befand die Werte der Feinfühligkeit als ausschlaggebend, wie sich die Beziehung zwischen Mutter und Kind und später die Persönlichkeit des Kindes entwickeln konnte. (Ainsworth 1985 in Grossmann/Grossmann 2009:317-319) „Welches Muster jedes einzelne Individuum während der ersten Lebensjahre entwickelt, ... wird weitgehend davon beeinflusst, wie seine Eltern ... es behandeln“. (Ainsworth et al. 1978, Ainsworth 1985 in Grossmann/Grossmann 2009:63) Die mütterliche Feinfühligkeit sah sie als „Wegbereiterin späterer Bindungssicherheit“ an. (Ainsworth 1978 in Grossmann/Grossmann 1994:162)

Im Besonderen sind die Erkenntnisse über Bindungsverhalten, dessen Muster und das Konzept der Feinfühligkeit die Basis für die Einschätzung der Beziehungsqualität zwischen psychisch kranker Mutter und Kind.

Die folgenden Untersuchungen führen zur nächsten wichtigen Forschung, die besonders für die Mutter-Kind-Dyade und für die adäquaten Bedingungen der Entwicklung von Kindern psychisch kranker Mütter von Bedeutung ist.

#### **8.1.4. Interaktionsuntersuchungen von Christiane Deneke**

Dr. Christiane Deneke, Leiterin einer Spezialambulanz und Tagesklinik für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen/Kleinkindern in Hamburg, untersuchte die Einflüsse von krankheitsbedingten Störungen der Beziehung und der Kommunikation- der Interaktion - von psychisch kranken Elternteilen auf kindliche Entwicklungsauffälligkeiten. Als hauptsächliche Störungen stellte sie die emotionale Unerreichbarkeit, die Überstimulation, das Einbeziehen des Kindes in ein Wahn-, Angst- oder Zwangssystem und das stark und unberechenbar wechselnde Interaktionsverhalten fest. (vgl. Deneke 2004:1-4)

Ausgehend von der Rochester-Studie von Sameroff (1987), die als Ergebnis hatte, dass Sozialstatus, Schwere und Chronizität der mütterlichen Erkrankung größeren Einfluss auf die psychische Entwicklung der Kinder haben als die jeweilige Diagnose, suchte sie nach Schutzfaktoren in ihrem

Präventionsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern. Schutzfaktoren beinhalten unter anderem günstige Wohnbedingungen und eine ausgleichende Vertrauensperson. Die Zeit nach der Geburt ist für eine Behandlung sehr günstig, da das Baby Hoffnung bedeutet und Deneke plädiert für mehr Spezialeinrichtungen an den Psychiatrien und eine notwendige Kooperation mit ambulanten Diensten. (vgl. Deneke 2004:1-7)

Mechthild Papousek beschäftigt sich im Rahmen der frühen Eltern-Kind-Psychotherapie, Beratung und Krisenintervention mit der Stärkung der intuitiven Kommunikationskompetenzen der Eltern und der Selbstregulationsfähigkeit des Säuglings im ersten Lebensjahr. (vgl. Arens/Görgen 2006:22,23)

### **8.1.5. Resilienzforschung**

„Unter Resilienz werden Prozesse verstanden, die die Fähigkeit eines Individuums oder von Systemen erhöhen, mit erfolgreichen Anforderungen im Angesicht von bedeutsamen Risiken oder vorhandenen Belastungen umzugehen.“ (Dimova/Pretis 2005:69) Die Resilienzforschung bildet die Grundlage für einige psychologische, therapeutische und sozialarbeiterische Maßnahmen. Als aktuelles Beispiel wird die psychologische Diagnostik und Behandlung, die Frühförderung der Kinder und die Arbeit mit der Familie von psychisch kranken/m Eltern/teilen, die in Förderungsvorschlägen resultiert, von S.I.N.N. (Sozial Innovatives Netz) angeführt. (vgl. Dimova/Pretis 2005:68-73 und Dimova/Pretis 2008:o.P.)

Durch die Abkehr von Belastungsfaktorenmodellen richtet sich der Fokus auf gesundheitserhaltende Prozesse („Salutogenese“) trotz des Vorhandenseins adversiver Faktoren. Durch die Identifizierungen der vorhandenen Schutz- und Belastungsfaktoren und die Einbindung der kindbezogenen, familienbezogenen und umfeld- oder gemeindebezogenen Faktoren wird eine Basis für die Frühförderung von Kindern mit Einbeziehung des Familien- und Umweltsystems möglich. (vgl. Dimova/Pretis 2008:210, 211, 212)

„Die stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson“ ist der „wichtigste protektive Faktor“, dass sich Kinder unter Risikobelastungen gut entwickeln



können. (vgl. Kempf 2001:43,44) Nach Kempf (2001:46) „lernen Kinder ... mit schwierigen Lebensumständen umzugehen.“ Sie weist dabei den Möglichkeiten aus der Bindungsforschung, die Mutter-Kind-Beziehung zu stärken, indem man sowohl die Rolle des Kindes als „aktiven Partner“ und seine vorhandenen Resilienzfaktoren (vgl. Dorner 2001 in Kempf 2001:43, 44) als auch die „gesunden Anteile der psychisch kranken Mutter“ beachtet, großen Wert zu.

In dieser Arbeit werden die Resilienzfaktoren hinsichtlich der Mütter beschrieben. Diese Schutzfaktoren wirken sich in der Folge auf die Kinder im Sinne von möglichen von den Kindern entwickelten Resilienzmechanismen aus. Wie man die Faktoren für beide in ein wechselseitiges, adäquates Verhältnis bringt, wird bei den Kategorien hinsichtlich Krankheitseinsicht/ Behandlungsbereitschaft und Annahme von Hilfen für das Kind behandelt.

#### **8.1.6. High-Risk-Forschung**

Mattejat und Remschmidt haben mittels Auswertung einer selektiven Literaturrecherche dargestellt, dass Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil erhöhten psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Im Rahmen der so genannten High-Risk-Forschung haben sie untersucht, dass Kinder psychisch kranker Eltern/teile ein erhöhtes Risiko haben, im Laufe ihres Lebens selbst eine psychische Erkrankung zu bekommen. Eine weitere Untersuchung beinhaltete den Faktor der Umwelteinflüsse, d.h. wie sich das durch die Erkrankung oft eingeschränkte Verhalten des psychisch kranken Eltern/teils auf den Umgang mit dem Kind auswirkt. Die Erkenntnisse der Risiken für diese Kinder sollen in der praktischen Versorgung der Familien insofern berücksichtigt werden, als sowohl die genetischen als auch die psychosozialen Faktoren gleichwertig behandelt werden sollen. Die Autoren plädieren für eine Verbesserung der Präventionsmaßnahmen, wobei spezielle Hilfen, die der Familiensituation angepasst sind, als dritter Schritt nach einer qualifizierten Behandlung der elterlichen Erkrankung und psychoedukativen Maßnahmen (Information über die Erkrankung und offene Kommunikation in der Familie) im Vordergrund stehen. (vgl. Mattejat/Remschmidt 2008:413-418)

Meiner Ansicht nach könnte die Betreuung in einem speziellen Mutter-Kind-Wohnheim eine solche Präventionsmaßnahme darstellen.

### **8.1.7. Studie der Befragung von psychisch kranken Eltern**

Eine Studie zum Hilfebedarf psychisch Kranker für sich als Eltern und für ihre Kinder, die durch Befragung von 51 PatientInnen von Küchenhoff 1997 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durchgeführt wurde, brachte konkrete Unterstützungswünsche für die Kinder: Als Hilfsangebote wünschten sich die PatientInnen und Bezugspersonen Psychotherapie für die Kinder, Unterstützung in Freizeitaktivitäten, Kontaktmöglichkeiten mit Gleichaltrigen, Hilfen bei Schularbeiten und im Haushalt. (vgl. Lenz 2005:247, 248)

## **9 Empirie - Methodische Umsetzungen**

### **9.1. Forschungsfragen**

- Welche Bedürfnisse haben psychisch kranke Mütter im betreuten Wohnen?
- Wie erleben psychisch kranke Mütter das Zusammenleben mit anderen psychisch kranken oder psychisch gesunden Müttern und deren Kindern im betreuten Wohnen?

Subforschungsfragen:

- Welche Unterstützungen benötigen psychisch kranke Mütter im Bereich der Betreuung und Erziehung ihres Kindes?
- Welche Unterstützungen benötigen psychisch kranke Mütter bei der Behandlung ihrer psychischen Erkrankung?
- Welche sonstigen Hilfen benötigen psychisch kranke Mütter im Bereich des Wohnens und des Alltags?
- Welche sonstigen Hilfen benötigen psychisch kranke Mütter bei der Entwicklung einer Zukunftsperspektive, die selbständiges Wohnen mit ihrem Kind beinhaltet?

- Wie wirkt sich die Kumulation von psychisch erkrankten Frauen im Zusammenleben auf ihre eigenen Kinder und jene der anderen psychisch kranken Frauen aus?

Diese Frage betrifft die Mütter, die in einem speziellen Mutter-Kind-Haus wohnen und wurde im Rahmen der Hauptforschungsfrage „Wie erleben psychisch kranke Mütter das Zusammenleben mit anderen psychisch kranken oder psychisch gesunden Müttern im betreuten Wohnen?“ mitbehandelt. Die Beantwortung wäre im Sinne einer Projekt-Evaluation interessant zu erforschen.

## **9.2. Begründung der qualitativen Methodologie**

Die Beforschtenpopulation wurde nach dem Experteninterview (Baubin 2009:1,2) mit Mag. Vera Baubin, HPE Wien, einer Expertin sowohl für die Mütter als auch für die Kinder, und nach dem Vorfinden von interviewbereiten Frauen in den untersuchten Einrichtungen eingeteilt.

Das Forschungsthema, das persönliche Erfahrungen der Beforschtenpopulation beinhaltet, ist mit qualitativer Methodologie angemessener zu beforschen. Qualitative Methoden können zu einem Verständnis dafür führen, was hinter einem wenig bekannten Phänomen liegt. (vgl. Strauss/Corbin 1996:4, 5) Die Problematik, wie psychisch kranke Mütter sich selbst in Bezug auf ihr Kind und in Bezug auf andere Mütter in einer betreuten Wohneinrichtung erleben, welche Bedürfnisse sie artikulieren können und möchten und welche Hilfen sie für welche Bereiche als nötig ansehen, setzt ein sehr hohes Reflexionsvermögen voraus. Ein Entscheidungskriterium für die qualitative Methodik war die relativ kleine Beforschtenpopulation. Dies ist mit dem Fehlen einer Spezialeinrichtung in Österreich und mit der eingeschränkten Möglichkeit interviewbereite Frauen zu finden, die zusätzlich über das beschriebene Reflexionsvermögen verfügen, zu erklären. Es war mir wichtig, die einzelnen Personen in ihrer subjektiven Einstellung zu befragen und diese Aussagen in die Tiefe gehend zu analysieren. Durch die qualitative Methodik wurden generelle Aussagen über wesentliche Merkmale im Erleben und Verhalten dieser Gruppe ermöglicht.

### 9.3. Erhebungsinstrumente und- strategien

- Qualitative Interviews
- Netzwerkkarten

- Qualitative Interviews

„Im Zentrum qualitativer Interviews steht die Frage, was *die befragten Personen für relevant* erachten, wie sie ihre Welt beobachten und was ihre Lebenswelt charakterisiert“. (Froschauer/Lueger 2003:16)

Mit diesem Leitgedanken wurde an die Befragung der Frauen herangegangen, wobei das erste Interview in narrativer Erzählweise mit einer Einstiegsfrage durchgeführt wurde. Nachdem die Beforschtenpopulation aufgrund ihrer psychischen Erkrankung medikamentös behandelt werden, wurde im Verlauf des ersten Interviews ersichtlich, dass Themenabschweifungen durch die momentane psychische Befindlichkeit der interviewten Person bei der narrativen Erzählweise leichter zustande kommen und eine Fokussierung auf die Kernbereiche des Forschungsgegenstandes schwierig herzustellen ist.

Dadurch wurden bei den darauffolgenden Interviews Leitfadeninterviews verwendet, die bei problemzentrierten Interviews von Witzel beschrieben werden. Dadurch konnte der Fokus mittels „rotem Faden“ immer wieder auf die ausgewählten Themenbereiche gelenkt werden, die Interviews führten demnach zu aussagekräftigeren Ergebnissen. (vgl. Witzel 2000:5-7)

- Netzwerkkarten

Das Kind der zweiten Interviewpartnerin, die kurz vor dem Interview aus der allgemeinen Mutter-Kind-Einrichtung ausgezogen ist, wurde am Ende der Betreuungszeit im Mutter-Kind-Haus als Ergebnis des Hilfeprozesses bei einer Pflegefamilie untergebracht. Durch die Trennung von Mutter und Kind wurde ein zusätzlicher Faktor, das Fehlen eines sozialen Netzes, in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt. Um die Personen, die im sozialen Netzwerk vorhanden sind und die Perspektiven und Unterstützungen für ein selbstständiges Leben wesentlich mitbestimmen, diagnostisch zu erheben,

wurden mit den Müttern zusätzlich zu den Interviews Netzwerkkarten erstellt und die diagnostische Interpretation durchgeführt.

Die Netzwerkkarte ist ein diagnostisches Instrument, das in grafischer Abbildung die soziale Einbindung der so genannten Ankerperson mit dem Schwerpunkt auf Unterstützungsnetzwerken zeigt. Es eröffnet interpretative Möglichkeiten und ist gleichzeitig gut für kooperative Diagnostik geeignet. Durch die Interpretation der Netzwerkkarte können charakteristische Beziehungsformen sowie die Dichte des Netzwerks bezeichnet werden. (vgl. Pantucek 2006:189-192)

#### **9.4. Feldzugang und- einstieg**

Der Zugang zu den Interviewpartnerinnen erfolgte über die Leitungen der beiden Einrichtungen beziehungsweise durch Teambesprechungen bezüglich der Thematik zum Interview und zur Reflexion bereite und fähige Frauen zu finden. Am Forschungsbeginn wurde versucht, Interviewpersonen bezüglich der drei Hauptformen der psychischen Erkrankungen zu finden. Dies scheiterte einerseits am Mangel an interviewbereiten Frauen, andererseits an der Überrepräsentanz des Krankheitsbildes der Borderline-Störung, vor allem in der untersuchten Spezialeinrichtung. Drei Frauen wurden im Mutter-Kind-Haus in St. Pölten interviewt, drei Frauen in der Spezialeinrichtung in München.

#### **9.5. Auswertungsstrategien und- methoden**

Die „Grounded Theory“ ist eine qualitative Forschungsmethode, die durch eine systematische Reihe von Verfahren eine theoretische Darstellung der untersuchten Wirklichkeit abbildet, um eine gegenstandsverankerte Theorie über ein Phänomen zu entwickeln. (vgl. Strauss/Corbin 1996:8, 9)

„Bei der Grounded Theory versuchen wir, so viel wie möglich von der Komplexität und der Bewegung in der wirklichen Welt einzufangen. (...)“ (Strauss/Corbin 1996:89)

„Das theoretische Modell ... dient nicht nur zur Erklärung der Wirklichkeit, sondern bietet auch einen Rahmen für das Handeln.“ (Strauss/Corbin

1996:7) Durch die Analyse von Bedürfnissen der Beforschtenpopulation können Handlungsstrategien für Praktiker entwickelt werden. Nach dem Transkribieren der Interviews wurden diese anhand der qualitativen Auswertungsmethode des „Theoretischen Kodierens“ der Grounded Theory nach Strauss/Corbin analysiert. Die Textanalyse erfolgte nach dem Offenen, (vgl. Strauss/Corbin 1996:43-55), dem Axialen (vgl. Strauss/Corbin 1996:75-93) und dem Selektiven Kodieren (vgl. Strauss/Corbin 95-117). Die Kategorien aus den Interviews wurden in abwechselnd induktiver und deduktiver Vorgangsweise mit dem Datenmaterial aus den Netzwerkkarten sowie der Literatur verglichen und miteinander in Beziehung gesetzt. Mittels eines Kodierparadigmas - der Analyse der ursächlichen und intervenierenden Bedingungen, der Strategien und der Konsequenzen - wurden typische Muster im Interaktionsverhalten und daraus typische dahinterliegende Bedürfnisse eruiert. Ausnahmen und eklatante Unterschiede wurden ebenso kategorisiert, was insgesamt zu einer handlungs und- interaktionsgeleiteten Theorie führte, die Bedürfnisse und somit Schwerpunkte für die Betreuung dieser Zielgruppe abbilden kann.

## **9.6. Verwertungsinteresse**

Für die Soziale Arbeit in den Mutter-Kind-Einrichtungen, in der Psychiatrie sowie in der Jugendwohlfahrt, die über die Unterbringung in einem Mutter-Kind-Haus oder die Trennung von Mutter und Kind und demnach eine Fremdunterbringung des Kindes entscheidet, können die Ergebnisse eine Reichweite und ein Verwertungsinteresse erlangen.

## **9.7. Qualitätssicherung**

Die Interpretation und Auswertung der Interviews erfolgte im Forscherteam von zwei bis drei Personen, teilweise wurde auch eine Trennung von mir als Interviewerin und dem Auswertungsteam vorgenommen. Meine Ergebnisse überprüfte ich mit weiterem Datenmaterial aus der Literatur und aus den ExpertInneninterviews. So wurden mit den ersten drei Befragten die Ergebnisse besprochen und weitere Vorgangsweisen angepasst. Die

Repräsentanz erfolgte durch die in die Tiefe gehenden Interviews, die ein subjektives Erleben der Gruppe der psychisch kranken Mütter im betreuten Wohnen darstellt und die Herleitung von typischen Verhaltensweisen und Merkmalen dieser bestimmten Gruppe zum Ziel hat.

## **9.8. Unerforschtes**

Folgende Forschungsfragen sind während des Forschungsprozesses aufgetaucht, wurden in der Analyse allerdings nur ansatzweise berücksichtigt. Eine eingehende Auseinandersetzung damit ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich:

- Wie sind Prognosen über den Weg der Beobachtung der Interaktion in frühkindlicher Zeit in einem Mutter-Kind-Haus möglich?
- Wie kann die Erziehungsfähigkeit von psychisch kranken Müttern vom Fachpersonal eingeschätzt werden?
- Wie wirkt sich das Zusammenleben von mehreren psychisch kranken Müttern auf deren Kinder aus? Aus der Forschung ist bekannt, dass Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil Schutzfaktoren durch einen gesunden Elternteil erhalten. (Dimova/Pretis:2008) Wie stehen die Mütter selbst zu dieser Frage? Welche Unterstützungsangebote für die Kinder sollen in der Konzeption schon vorhanden sein?

## **10 Forschungsprozess**

### **10.1. Fallvignette Interviews**

Die Interviewpersonen 1-3 wohnten in einem allgemeinen Mutter-Kind-Haus in St. Pölten, Österreich, wo sowohl psychisch kranke als auch psychisch gesunde Frauen leben. Die Interviewpersonen 4-6 wohnten in einem speziellen ausschließlich für psychisch kranke Mütter bestimmten Mutter-Kind-Haus in München, Deutschland. Die Frauen wurden alle in den jeweiligen Einrichtungen interviewt. Die grundsätzliche Aufenthaltsdauer beträgt bis eineinhalb Jahre in der österreichischen und bis zu zwei Jahre in der deutschen Mutter-Kind-Einrichtung.

### **Interviewperson 1**

Alter: 32

Diagnose: Borderline-Störung seit ein paar Jahren,  
frühere Diagnose: manisch-depressiv nach jahrelangem  
Medikamenten-Missbrauch

Kind: 1 Tochter: 6 Monate alt.

Mutter-Kind-Haus: Aufenthalt 6 Monate, seit einigen Jahren beendet,  
Allgemeineinrichtung.

### **Interviewperson 2**

Alter: 29

Diagnose: Depression nach Alkoholentzug, Borderline-Störung

Kind: 1 Sohn, 3 Jahre alt, zum Zeitpunkt des Interviews: Sohn seit 6  
Monaten auf Pflegeplatz, 2 ältere Kinder bei Pflege- und Adoptiveltern  
untergebracht

Mutter-Kind-Haus: Aufenthalt 2 Jahre, seit 6 Monaten beendet,  
Allgemeineinrichtung. Zusatz: vor Mutter-Kind-Haus 22 Monate mit Sohn in  
Haft, Sohn wurde im Gefängnis geboren und kam mit 8 Monaten ins Mutter-  
Kind-Haus

### **Interviewperson 3**

Alter: 26

Diagnose: paranoide Schizophrenie nach jahrelangem Drogenmissbrauch

Kind: 1 Sohn, 2 Monate alt

Mutter-Kind-Haus: seit einem Monat, Allgemeineinrichtung.

### **Interviewperson 4**

Alter: 29 Jahre

Diagnose: schizo-afektive Psychose

Kind: 1 Sohn, 1 Jahr alt

Mutter-Kind-Haus: seit 1 Jahr, Spezialeinrichtung

### **Interviewperson 5**

Alter: 27

Diagnose: Borderline-Störung

Kind: 1 Tochter, 18 Monate alt

Mutter-Kind-Haus: fast 2 Jahre, Spezialeinrichtung

### **Interviewperson 6**

Alter: 22

Diagnose: Borderline-Störung und hebephrene Schizophrenie

Kind: 1 Tochter, 5 Monate alt

Mutter-Kind-Haus: seit 2 Monaten, Spezialeinrichtung.



Vier der befragten Frauen wiesen die Diagnose Borderline-Störung auf, wobei zwei eine zusätzliche Diagnose hatten, zwei ausschließlich die Diagnose Borderline. Bei drei der befragten Frauen wurde die Diagnose Schizophrenie festgestellt, wobei die Formen der paranoiden Schizophrenie, der hebephrenen Schizophrenie und der schizo-affektiven Psychose genannt wurden.

Bei drei der befragten Frauen wird Suchtmittelmissbrauch (Medikamente, Alkohol, illegale Drogen) als Auslöser für die psychische Erkrankung angenommen.

Bei fünf der befragten Frauen wurde erstmalig in der Pubertät, bei einer bereits in der Vorpubertät, eine psychische Erkrankung vermutet. Bei diesen fünf Frauen wurde in der Pubertät beziehungsweise kurz danach die psychische Erkrankung durch den ersten Psychiatrie-Aufenthalt mit einer Diagnose versehen. Seit der Diagnoseerstellung sind alle sechs Frauen in fachärztlicher Behandlung.

Drei der befragten Frauen lebten vor dem Mutter-Kind-Haus-Aufenthalt in betreuten (therapeutischen) Wohngemeinschaften. Fünf der befragten Frauen kamen direkt von der Psychiatrie in die Mutter-Kind-Einrichtung. Die drei Frauen in der Spezialeinrichtung in Deutschland und eine Frau aus der Allgemeineinrichtung in Österreich wurden in einer Mutter-Kind-Station an der Psychiatrie gemeinsam mit ihrem Kind behandelt.

Es wurde versucht, ein Handlungs- und Interaktionsmuster hinsichtlich der psychischen Erkrankungen der Schizophrenie und der Borderline-Störung vergleichend herzuleiten. Dieser Versuch erwies sich insofern als unzureichend, da die handlungs- und interaktionsorientierten Strategien eher hinsichtlich der Krankheits- und Behandlungseinsicht typische Muster abbildeten als hinsichtlich der Diagnose der psychischen Erkrankung. Allerdings sind laut Kollmann (2009:11) Frauen mit Psychosen leichter zu betreuen, da bedingt durch ein Absetzen der Medikation eine Krise/Psychose schneller vorzusehen ist und schneller mit Gewährleistung der Kindesversorgung reagiert werden kann als bei Frauen mit Borderline-Störungen. Diese Frauen sind hinsichtlich ihrer Krisen „völlig uneinschätzbar“ beziehungsweise können „Stimmungszustände so rasch wechseln“, dass eine kontinuierliche Mutter-Kind-Interaktion schwerer beobachtet werden

kann und Krisen schwerer vorzusehen sind. Diese Signifikanz in den Unterschieden zwischen Frauen mit einer Schizophrenie und einer Borderline-Störung wurde hinsichtlich des Betreuungsansatzes und nicht hinsichtlich der Handlungsmuster festgestellt.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte des Analyseprozesses vom Offenen Kodieren bis zum Kodierparadigma des Axialen Kodierens und dem Selektiven Kodieren, das in der Entwicklung einer Theorie mündet, dargelegt:

## **10.2. Kategorien**

Durch das offene Kodieren wurden Konzepte, die Bezeichnungen für Phänomene, hinsichtlich ihrer Eigenschaften und Dimensionen untersucht. Die Konzepte wurden durch Vergleichen hinsichtlich Ähnlichkeiten und Bezügen auf dasselbe Phänomen zu Kategorien klassifiziert. Im Prozess werden ebenso die Unterschiede festgehalten. Die wesentlichsten Kategorien werden in Aufzählungsform dargestellt (vgl. Strauss/Corbin 1996:43-55):

- Krankheit = und = Diagnose
- Medizinische Versorgung von sich (Medikamente) und vom Kind (Problemschwangerschaften, Frühgeburten, stationäre Intensivbehandlungen)
- Rundum-Versorgung
- Beziehungseinschränkungen - Erziehungseinschränkungen
- Zurechtkommen mit Anforderungen
- Verantwortung, - Teilen von Verantwortung
- Unsicherheit
- Umstellung
- Überforderung
- Ängste vor Verlust des Kindes und der Bezugspersonen
- Selbst- und Fremdkontrolle/ Selbst und- Fremdbestimmung
- Selbstregulation, Skills
- Gefährdung

- Einsamkeit, Ruhe
- Angst vor dem Allein-Sein
- Struktur/Regelmäßigkeiten
- Wechsel von Wirklichkeiten
- Stigmatisierung
- Sozialer Rückzug
- Fehlendes soziales Netz
- Hilfe bei Betreuung des Kindes bei Krankheit und bei Überforderung
- Eigene Bedürfnisse versus Bedürfnisse des Kindes
- Hilfe/Schutz/Sicherheit und Kontrolle/Beobachtung im Mutter-Kind-Haus
- Bezugspersonen in der Betreuung der Mutter und des Kindes
- Gemeinschaft als Hilfe und Schutz versus Gemeinschaft sind „die anderen, die krank sind“

### **10.3. Axiales Kodieren**

Beim Axialen Kodieren handelt es sich um einen Prozess des In-Beziehung-Setzens der Subkategorien zu einer Kategorie nach dem paradigmatischen Modell. (vgl. Strauss/Corbin 1996:78-86) Die Analyse erfolgt dabei in einem Wechselspiel zwischen deduktivem Aufstellen von Aussagen über Beziehungen aus den Daten und dem induktiven Verifizieren an den Daten. (vgl. Strauss/Corbin 1996:89-93). Das Kodierparadigma setzte sich aus folgenden Schritten zusammen. Kodieren von:

- Mustern von handlungs- und interaktionalen Strategien und signifikanten Unterschieden
- ursächlichen und intervenierenden Bedingungen in diesem Kontext
- Konsequenzen aus den Handlungen/Interaktionen
- Bedürfnissen, die dahinter liegen

## 10.4. Hypothesen

Folgende Thesen und Gegenthesen werden nach dem zweiten Kodierprozess beschrieben, um die Ambivalenz in der Gefühlswelt der Betroffenen aufzuzeigen.

**A)** Sie fühlen sich trotz vollbetreuter Wohnheime oft allein, sogar einsam.

**a)** Wenn man betreut ist, ist immer jemand da – zum Reden, um Hilfe zu holen, um immer Unterstützung beim Kind zu haben, um nicht allein sein zu müssen.

**B)** Sie versorgen ihr Baby oder Kleinkind, haben es bei sich und empfinden trotzdem keine Nähe und können keine Beziehung/Bindung zu ihrem Kind aufbauen.

**b)** Sie versorgen und erziehen ihr Baby oder Kleinkind nicht völlig alleine, ausgleichende Bezugspersonen finden sie in der Kinderbetreuung, sie lernen sich um sich selbst zu kümmern und dafür zu sorgen, dass es ihnen und in der Folge ihrem Kind gut geht.

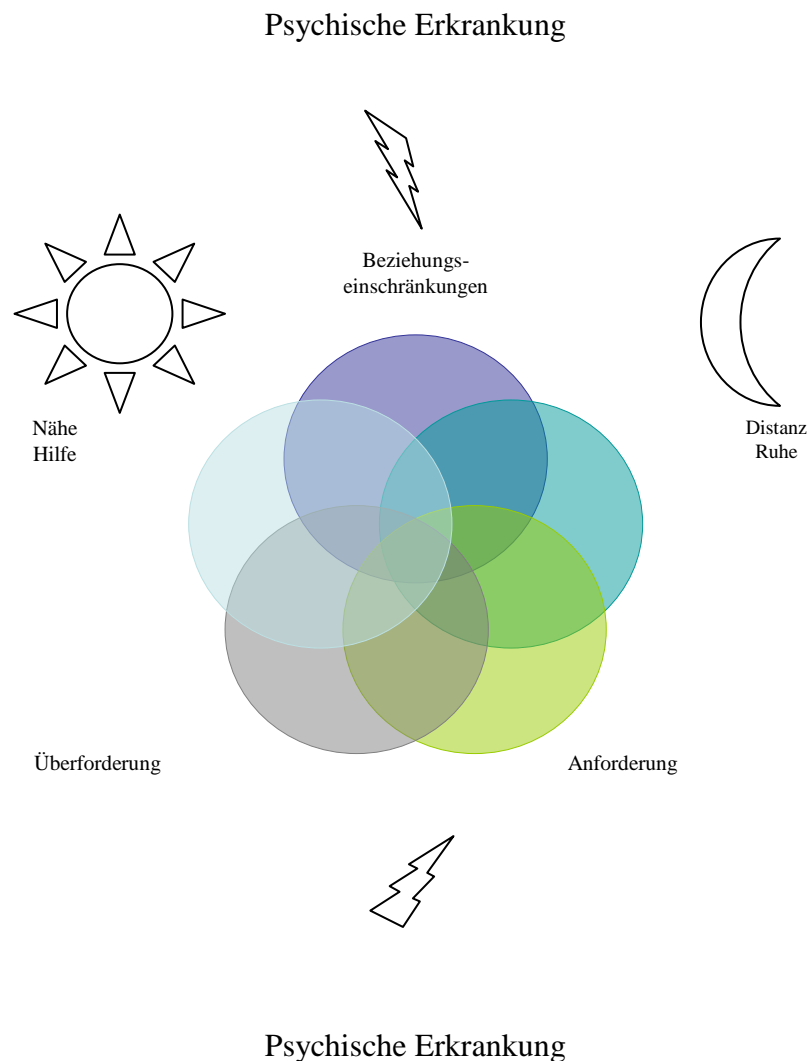
**C)** Sie fühlen sich verunsichert, überfordert, freudlos, kontrolliert und es kann ihrem Bedürfnis nach Schlaf und Ruhe nur kurzfristig entgegengekommen werden.

**c)** Sie fühlen sich bestätigt und entlastet durch die Betreuung und durch die anderen Mütter, den Austausch und die Gemeinschaft, gestärkt, die Krankheit in den Griff zu bekommen, „die auf die geschaut wird/die geschützt werden und unterstützt werden durch die Möglichkeit, die Kinder „abgeben“ zu können und durch die vorgegebenen Strukturen Ruhe zu bekommen.

**D)** Sie fühlen sich teilweise verantwortlich für ihr Kind oder kaum verantwortlich und unfähig ihre Gefühle zu bemerken, zu steuern, zu regulieren oder gar eine Perspektive für ein selbstverantwortetes, unbetreutes Leben zu finden, in dem sie ihr Kind für ihre Gesundheit oder ihre Lebensfreude nicht mehr brauchen.

d) Sie fühlen sich hoch verantwortlich für ihr Kind, bemerken durch die Behandlung und Therapie ihre Gefühle, können sie einordnen und regulieren, bemerken Signale und Bedürfnisse ihres Kindes und sehen eine Perspektive, mit ausreichender Unterstützung und sozialem Netzwerk ein teilverantwortetes, teilbetreutes Leben zu führen, in dem sie ihr Kind nicht mehr für ihre Gesundheit oder ihre Lebensfreude brauchen.

Diese Hypothesen sind in den ambivalenten Handlungen und Interaktionen der Mütter im betreuten Wohnen bestätigt worden. Ein Unterschied zwischen Allgemein und- Spezialeinrichtung wurde nicht gefunden. Der Fokus liegt auf den Widersprüchen in den Gefühlen und Verhaltensweisen, die als Muster in den nachfolgenden Kernkategorien beschrieben werden.



**Abb. 3: Kategorien**

## 10.5. Vorstellung der Kategorien

### 10.5.1. Krankheit = und = Diagnose

Bei der Untersuchtenpopulation spielt der Zugang zu der betreuten Wohneinrichtung eine wesentliche Rolle. Die teils freiwillige, häufiger unfreiwillige Zuweisung durch das Jugendamt in das Mutter-Kind-Haus wird als starker Druck empfunden, der mit Schuldgefühlen einhergeht, nicht stabil genug zu sein, um selbstständig mit dem Kind leben zu können. Dieser Druck wird in seiner vollen Ambivalenz während des Aufenthaltes weiterhin verspürt. Allen gemeinsam waren die Schuldgefühle gegenüber ihrem Kind, dass durch ihre Erkrankung die Gesundheit ihres Kindes gefährdet sein könnte. Besonders bei den Frauen mit Depression waren die Schuldgefühle dadurch gekennzeichnet, dass sie den Eindruck hatten, „nie wirklich für ihr Kind da sein zu können.“ Die Frauen sind sich des Grundes für die Aufnahme bewusst, was aber nicht kausal dazu führt, dass sie zur Behandlung ihrer Erkrankung und zur Annahme von Hilfen einsichtig und bereit sind. Die Frage der Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft hängt ursächlich mit der Fähigkeit, sich selbst einzuschätzen und die eigenen Gefühle wahrnehmen zu können, zusammen. Nach Dimova/Pretis (2005:252, 253) kann die Kooperationsfähigkeit bei Menschen mit Depression und Manie als vorhanden eingeschätzt werden, bei Menschen mit Schizophrenie als fraglich: „Von guter Krankheitseinsicht spricht man, wenn der/die Betroffene a) die eigene psychiatrische Diagnose kennt, b) meint, dass seine/ihre psychischen Probleme eine Behandlung brauchen, c) sich behandeln lässt und d) regelmäßige Kontrollen macht.“

Dieses Vermögen war bei den Frauen nicht oder nur eingeschränkt vorhanden. Allerdings wurde diese Einschränkung eher auf die Wirkung beziehungsweise Nebenwirkung der Medikamente zurückgeführt als auf die Symptome der Erkrankung. Die Nebenwirkungen der Medikamente wurden vor allem bei Depotmedikationen und bei Neuroleptika mit Müdigkeit, Erschöpfung, Gefühlsverlusten und körperlichen Erkrankungen beschrieben. Frauen, die über wenig oder keine Krankheitseinsicht verfügten, beschreiben

das Aufkommen von Schuldgefühlen erst bei einer Gefährdung des Kindes oder bei der Abnahme des Kindes durch das Jugendamt.

Die Möglichkeit, ihr Kind bei sich haben zu können, wirkt trotz der vielen inneren Widerstände als Motiv für eine Behandlung und Betreuung. Ein signifikanter Unterschied wurde zwischen dem Gefühl des „Behandelt-Werdens“ hinsichtlich der Medikation und des Gefühls, „mit handeln“ zu können hinsichtlich der Betreuung im Mutter-Kind-Haus festgestellt. In diesem Sinne wird „Motivation“ nicht als „vorhanden bzw. nicht vorhanden unterstellt“, sondern als „wechselseitiges, gestaltbares Phänomen“ (vgl. Gumpinger 2001:18) in die Betreuungsarbeit eingebunden. Die Diagnose wurde als Etikettierung und Stigmatisierung vor allem bei den Frauen in der Allgemeineinrichtung abgelehnt. Keine oder wenig Einsicht, eine psychische Erkrankung zu haben, die behandlungsbedürftig ist, um sich selbst und ihr Kind adäquat versorgen zu können und auch nicht in Gefahr zu bringen, schien zunächst bei den Frauen mit uneindeutigen Diagnosen und bei den Frauen in der Allgemeineinrichtung vorzukommen. Im Laufe des Forschungsprozesses kamen feine Unterschiede zutage, wobei auch bei eindeutigen Diagnosen und Aufnahme im Spezialwohnhaus weniger Krankheitseinsicht vorhanden war. Dies war daran zu erkennen, dass die Betroffenen zwischen Diagnose und erlebter Erkrankung differenzierten. Manche fanden eine vom Facharzt gestellte Diagnose als falsch und empfanden eine andere Diagnose als passender. Dies könnte mit dem öffentlichen Bild von psychischen Erkrankungen zusammenhängen, was bei den Diagnosen Schizophrenie und uneindeutigen oder mehrdeutigen Diagnosen festzustellen war. Auffallend war die fast durchgehende Krankheitseinsicht und in der Folge Behandlungsbereitschaft bei an der Borderline-Störung erkrankten Frauen in der Spezialeinrichtung. Diese Frauen fühlten sich durch die Diagnose in ihrem Krankheitsgefühl bestätigt. Als Begründung können die speziellen Hilfen, wie die „Skills-Gruppe“ für Borderline-Erkrankte, und die Überrepräsentanz dieses Krankheitsbildes in der Spezialeinrichtung genannt werden. Eventuell könnte auch die Bezeichnung „Störung“ statt „Krankheit“ zu einer vermehrten Akzeptanz dieses Krankheitsbildes geführt haben. Der Begriff „Borderline“ ist ein Typus unter der Reihe von Persönlichkeitsstörungen nach ICD 10 F60.0, wobei

Borderline eine Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD 10 F60/31 darstellt. „Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen .... unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suizidandrohungen oder selbstschädigenden Handlungen.“ (Dilling et al. 2004/2005:230) „Die psychiatrische Klassifikation wirft viele schwierige Probleme auf (...) Wie viele Kriterien erfüllt sein müssen, bevor die Diagnose als sicher angesehen werden kann, ist bei dem heutigen Kenntnisstand ein noch ungelöstes Problem.“ (Dilling et al. 2004/2005:33) Die an Borderline erkrankten Frauen in der Spezialeinrichtung waren jedoch zusehends unsicherer und ängstlicher, was die Vorstellung eines Lebens ohne Betreuung betrifft. Diese hohe Unsicherheit, die mit „unsicherer Identität“, „Hilflosigkeit“ und „Beziehungsstörung“ beim Krankheitsbild Borderline einhergeht (vgl. Fragner/Pokorny 2008:20, 21), wirkt sich darauf aus, wie sich die Mütter selbst einschätzen können, was ihre „Skills“, ihren Umgang mit ihrem Kind und ihre Bedürfnisse nach Unterstützung betrifft.

### **10.5.2. Selbst-und Fremdeinschätzung**

Es ist ein Teil der öffentlichen Meinung beziehungsweise der Medienberichterstattung, dass psychisch kranke Menschen „unberechenbar und gefährlich sind.“ (HPE 2007:21) Laut internationalen Studien ist in der Verbrechenshäufigkeit kein Unterschied zwischen Menschen mit und Menschen ohne psychische Erkrankung zu erkennen. Wenn es zu Gewalttaten kommt, betrifft es allerdings Familienangehörige. (vgl. HPE 2007:21) „Kinder von Borderline-Eltern haben nicht nur ein höheres Risiko, selbst eine Borderline-Störung zu entwickeln – in manchen Fällen kann, (...) ohne Intervention von außen, ... die Beziehung zwischen Borderline-Müttern und ihrem Kind verheerende Folgen haben ... oder sogar ihr Leben in Gefahr sein.“ (Lawson 2006:10) Hier wird die wesentliche Komponente der Hilfe für



die Betroffenen – „die Intervention von außen“ – angesprochen, die einen Schutz für die Kinder darstellt. (vgl. Dimova/Pretis 2008:213)

Die an Borderline erkrankten Frauen bezeichneten sich selbst in überfordernden Situationen eher gefährlich oder risikobehaftet für sich und ihr Kind als die Frauen mit einer anderen Diagnose. Als Grund für diese Einstellung kann das Training ihrer „Skills“ als integrierter Bestandteil ihrer Behandlung genannt werden. Unter „Skills“ wird eine Art Selbstregulation verstanden, wo anhand einer Skala Spannungszustände eingeschätzt und prozentmäßig erfasst werden, um danach bestimmte Fähigkeiten zur Spannungsreduktion anzuwenden und ab einer bestimmten Prozentzahl Hilfe für sich und das Kind zu holen (vgl. Interview 6, 2009:237-251) Als weitere Bedingung für diese Einschätzung der Frauen von sich wurde die Dauer der bereits erfolgten Therapie eruiert: Je länger die Diagnose Borderline feststand, umso länger wurden die Frauen in therapeutischen Einrichtungen behandelt und umso mehr waren sie Betreuungen generell gewöhnt.

Insbesondere der zweite Grund führte bei den Frauen zu einem Gefühl der Unsicherheit und Abhängigkeit. Die Unsicherheit äußerte sich bei dieser Gruppe im Speziellen, was das Ausziehen aus der Vollbetreuten Wohngemeinschaft betrifft. Die gewohnten Muster aus der „Rund um-Versorgung“ in den Institutionen Psychiatrie, Gefängnis oder Wohngemeinschaften vor dem Mutter-Kind-Haus-Aufenthalt wirkten hemmend auf die eigene Wahrnehmungsfähigkeit und verunsichernd, da auf wenige selbstbestimmte Handlungserfahrungen zurückgegriffen werden kann. Ein typisches Muster wurde in Zusammenhang mit der Krankheitseinsicht analysiert: Die eingeschränkte Krankheitseinsicht führt zu eingeschränkter Wahrnehmung von sich selbst und vom Kind, von seinen Bedürfnissen und davon, dass die psychische Erkrankung risikobehaftete Auswirkungen auf das Kind haben könnte.

Unsicherheit im Umgang mit ihrem Kind war bei allen Frauen im Falle von Krankheit des Kindes, Trotzphasen und vermehrter Artikulation der Bedürfnisse durch den Charakter oder durch Älterwerden des Kindes, ein Thema.

Wenn die Krankheitseinsicht kaum vorhanden war, sahen auch die Frauen mit anderen Diagnosen wenige Gefährdungen von sich ausgehen, die auf die

psychische Erkrankung zurückzuführen sind. Eine Gefährdung für das Kind durch die psychische Erkrankung der Mutter wurde bei den Frauen in der Allgemeineinrichtung eher von außen, das heißt vom Jugendamt attestiert, beschrieben. Unsicherheiten in Bezug auf ihr Kind als auch Unsicherheiten in Bezug auf das Ausziehen kamen in diesen Fällen verdeckt zur Sprache. Die Mütter beschrieben in beiden untersuchten Einrichtungen die Umstellung auf die neuen Anforderungen mit dem Kind als Überforderung.

### **10.5.3. Beziehungseinschränkungen**

Nach dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ sind Menschen, die „sehr verletzlich (vulnerabel) sind, in Stresssituationen gefährdeter, psychisch zu erkranken.“ Diese Menschen reagieren somit sensibler auf Wendepunkte im Leben, die unter dem Begriff „Umstellung“ subsumiert werden. Vulnerable Menschen zeigen an dieser Stelle nicht nur eine Überforderung, sondern oft auch Unvermögen, „den Sprung in die Eigenständigkeit zu schaffen.“ (vgl. HPE 2007:14,15)

Die massive Unsicherheit, alleine, sprich in einer eigenen Wohnung, mit dem Kind selbstständig und ohne Betreuung leben zu können, ist direkt und indirekt erklärbar: Viele psychisch kranke Mütter glauben, als Mutter zu versagen oder dass „psychisch krank“ automatisch heißt, eine schlechte Mutter zu sein. (vgl. Warbanoff 2009. In: Kontakt 2009:20)

Diese Unsicherheit wird als Druck, hauptsächlich durch das Jugendamt, beschrieben, das in ein Gefühl der Angst mündet, „sich als psychisch kranke Mutter doppelt beweisen zu müssen, (...) aus Angst, dass sie einem das Kind wegnehmen.“ (Interview 4 2009:225-227)

Die Anforderungen, die durch das und mit dem Kind entstehen, werden von den Müttern als Widerpart zu ihren eigenen Bedürfnissen nach Ruhe erlebt. Einerseits wirken die Medikamente in Richtung vermehrtes Schlafbedürfnis, andererseits entspringt dieses Bedürfnis dem Gefühl der Überforderung. Insbesondere Situationen der Krankheit des Kindes, Übergänge zur nächsten Entwicklungsphase, nicht erklärbare und nicht beruhigbare Aktionen des Kindes, entwicklungsbedingte Trotzreaktionen oder andere Auffälligkeiten, können zu Überforderungsgefühlen, Ängsten bis hin zu Panik

führen. Fragner/Pokorny (2008:22, 23) beschreiben bei Borderline-Erkrankten die „Identitätsstörung“ als Ursache für die Reaktion der Panik. „Jede Kritik bedeutet ... eine existentielle Bedrohung. Fühlt sich ein Mensch in seiner Existenz bedroht, dann reagiert er verständlicherweise panisch.“ Ängste vor Verlust ihres Kindes und Ängste vor Verlust der bestehenden Beziehungen zu Familienmitgliedern oder zum Kindesvater sind durchgehend zu finden. Die Bearbeitung dieser Ängste, vor allem die Möglichkeiten, eigene Handlungsansätze zu entdecken, wird von den Müttern durch die Therapien, aber auch durch die Betreuerinnen im Kinderbereich (in der Spezialeinrichtung) vorgenommen.

Gefühle des Allein-Seins und der Einsamkeit führen zu dem Bedürfnis, eine Bindungsbeziehung zu haben. Dieses Bedürfnis resultiert daraus, dass „psychisch kranke Eltern/teile in überdurchschnittlich hohem Maß von Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüchen betroffen sind“. (Schone/Wagenblast 2006:205) „Weil Borderline-Persönlichkeiten in der Kindheit einen Missbrauch, Vernachlässigung oder einen traumatischen Verlust erfahren haben, haben sie entsetzliche Angst vor dem Verlassenwerden. (...) Sie streben nach emotionaler Kontrolle über andere. (...) Ihre Regeln ... sind diffus oder nicht existent. (...)“ Diese Ängste und Unsicherheiten übertragen sich bei fehlender Intervention auf die Kinder. „Kinder mit einer Borderline-Mutter leben in einem chronischen Angstzustand, weil sie im Hinblick auf die Verhaltensweisen ihrer Mütter in steter Unsicherheit leben.“ (Lawson 2008:16) „Viele sind durch ihre negativen Erfahrungen in der Kindheit, zum Beispiel Missbrauch, so <gekrickert>, dass beim eigenen Kind meist im selben Alter des stattgefundenen Traumas die schrecklichen Bilder aus der Vergangenheit wieder auftauchen. ... Viele wissen gar nicht, was man mit einem Kind machen kann und können auf keine positiven Erfahrungen zurückgreifen.“ (Kollmann 2009:433-439)

Ein generelles Muster ist, dass die Mütter durch ihre Erkrankung bedingte Probleme aufweisen, Beziehung und in der Folge Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. „Bindung ist ein Teil von Beziehung.“ (Kempf 2001:40) Ainsworth unterscheidet deutlich zwischen „gefühlsmäßigem Band“, das

„Elemente von Bindung enthält oder in keiner Hinsicht Bindung ähnelt“, und „Bindung“. Bei den „gefühlsmäßigen Banden“ ist die „Rolle des anderen entscheidend“, indem bei Trennung oder Verlust „Bedauern aufträte, gemildert durch die Erwartung, bald jemand anderen zu finden, der dieselbe Rolle ... einnimmt. (...)“ „Eine nicht erklärbare und nicht gewünschte Trennung von der Bindungsperson“ jedoch würde „zu Kummer führen, und ihn zu verlieren tiefe Trauer hervor.“ (Ainsworth 1985, in Grossmann/Grossmann 2009:350) Unter der Bedingung der fehlenden oder eingeschränkten Krankheitseinsicht ist die Fähigkeit, eine Bindung zum Kind aufzubauen beziehungsweise aufrechtzuerhalten, bei den psychisch kranken Müttern stark eingeschränkt. „Bindung wird als affektives Band zwischen einem Kind und seiner Mutterperson als Folge bestimmter vorprogrammierter Verhaltensmuster verstanden.“ (Bowlby 1991 in Grossmann/Grossman 2009:59) „Diese biologischen Programme in Pflege- und Interaktionsverhalten greifen oft nicht bei psychisch kranken Müttern.“ (Kempf 2001:39) Unter den Bedingungen der Unterstützung im Mutter-Kind-Haus und den Bedingungen des Baby-Alters des Kindes ist eine Beziehung in Form von körperlicher Verfügbarkeit und Versorgung und dem Geben von emotionaler Nähe möglich. „Wo die fördernde, ... persönliche Umwelt ... von hinreichender Qualität ist, können sich die ererbten Wachstumstendenzen des Kindes ... zum erstenmal bewähren.“ (Winnicott 1990:23)

Wenn diese beiden Bedingungen wegfallen, sind das Ausblenden oder das Verweigern von wachsenden Bedürfnissen des Babys Handlungsstrategien der Mütter. Besonders deutlich wird dieses Interaktionsmuster beim Auszug in eine eigene Wohnung und mit steigendem Alter des Kindes.

Im Konzept der „hinreichenden Fürsorglichkeit“ nach Winnicott (1990:21 ff) und dem Konzept der „Feinfühligkeit“ wird deutlich, wie wichtig das Verhalten und die Art der Reaktionen der Mutter auf die Signale des Kindes ist. Nach Bell und Ainsworth (1972 in Grossmann/Grossmann 2009:211-213) besteht feinfühliges Verhalten darin, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und sie vor allem prompt und angemessen zu befriedigen. Besonders die richtige Interpretation und die prompte

Befriedigung der Bedürfnisse ihres Kindes rufen bei den Müttern Probleme und Gefühle der Unsicherheit und Überforderung hervor.

Die Bindungsqualität hängt jedoch wiederum von einem Wechselspiel zwischen der Kompetenz des Säuglings und der Kooperation der Mutter ab. Dieses Konzept wird von Mary Ainsworth beschrieben, indem „die Reaktionsbereitschaft der Mutter die Bedingung dafür ist, dass ein normal funktionierender Säugling beeinflussen kann, was mit ihm geschieht, indem er auf das Verhalten seiner Mutter einwirkt“. (Ainsworth 1974 in Grossmann/Grossmann 2009:219) Im konkreten Sinn „lässt die mütterliche <Responsivität> (Reaktionsbereitschaft) gegenüber den kindlichen Signalen ... beim Kind die Motivation und die Überzeugung wachsen, für seine Welt kompetent zuständig zu sein – selbst tüchtig zu sein.“ (Ainsworth et al. 1978, in: Grossmann/Grossmann 2009:214) Die Kompetenz des Säuglings wird dabei abhängig von seinem Alter auf drei Arten definiert: über die „kognitiven und motorischen Fähigkeiten“, die im Säuglingsalter noch als „hilflos“ bezeichnet werden, über die „alters- oder stufenbezogene Bewertung“, die dem nach dem Alter skalierten Prinzip der Intelligenzbewertung entspricht, in dem der Säugling in „Situationen, denen er normalerweise begegnet, ... gut funktioniert“ und über die Wirkung der „vorangepassten, aktiven Verhaltensmuster des Säuglings“ auf eine „zugängliche Mutterperson“, deren Verhalten der Säugling steuert und umgekehrt. „Diese Definition impliziert ein kompetentes Mutter-Säuglings-Paar“. Wenn die Mutter auf die Signale nicht reagiert/reagieren kann, der Säugling aber kompetent wäre, bilden die beiden ein „relativ inkompetentes Paar, weil der Säugling es nicht schafft, das zu bekommen, was er will“. Eine solche „anfängliche Erfolglosigkeit behindert ... die weitere Entwicklung seiner sensomotorischen und sozialen Fertigkeiten.“ (vgl. Ainsworth 1974, in Grossmann/Grossmann 2009:217, 218)

Die psychisch kranken Mütter sind durch die Medikation rascher müde und erschöpft und die Erkrankung bringt es mit sich, dass sie ihre Gedanken zunächst auf die eigenen Bedürfnisse konzentrieren. Daher sind sie nicht in der Lage, Bedürfnisse anderer wahrnehmen zu können. Dass psychisch kranke Mütter im betreuten Wohnen mehr oder speziellere Bedürfnisse

haben, ist durch die Kategorie „Mehr Ruhe, mehr Schlaf, länger Zeit, mehr Pausen“ daher mit Ja zu beantworten.

„Die schlechteste Prognose für die Kompetenzentwicklung“ ist das „Paar des anfangs schlecht funktionierenden Säuglings mit einer nicht zugänglichen Mutter.“ Hier wird insbesondere die Entwicklung der „sozialen Kompetenz“ – der „Fähigkeit einer Person, die Kooperation anderer zu erreichen“ - betont, die nach Ainsworth und White den „allgemeinen <Sinn für Kompetenz> und ... das Gefühl der Kompetenz oder des Vertrauens“ fördert und „zur Entwicklung erhöhter Kompetenz in anderen Bereichen ... über die ganze Lebensspanne hinweg, führt.“ (Ainsworth/White 1963 in Grossmann/Grossmann 2009:219)

Wenn man nun die Bindungsfähigkeit als adäquates Reaktions- und Aktionsverhalten der Mutter auf die Bedürfnisse des Kindes zusammenfasst, so gibt es im betreuten Wohnen mehrere Faktoren, die Handlungs- und Interaktionsstrategien der Mütter dazu aufzeigen: In Krisen und unter großer Erschöpfung und Müdigkeit der Mutter ist ein promptes und angemessenes Reagieren auf körperliche und emotionale Bedürfnisse des Kindes nicht immer möglich. Dies trifft insbesondere auf das Verhaltensmuster zu, in dem sich die Mütter bei Überforderung oder großem Schlafbedürfnis in ihr Zimmer zurückziehen oder versuchen, sich aus der Kommunikation mit den anderen Müttern oder den Betreuerinnen zurückzuziehen. Da dieser Rückzug in einer betreuten Wohneinrichtung nur sehr eingeschränkt und für eine kurze Dauer möglich ist, werden die vorgegebenen Strukturen der Hilfe genutzt. Das Kind wird dann entweder in die Kinderbetreuung gegeben oder es wird gemeinsam mit der Betreuerin an konkreten Handlungsstrategien gearbeitet, um die Signale des Kindes angemessen beantworten zu können.

In krankheitsbedingten physischen Abwesenheiten der Mutter kann durch die Betreuerinnen (im Spezialwohnen Bezugserzieherinnen) eine adäquate körperliche und emotionale Versorgung stattfinden. Die psychosozialen Bedürfnisse nach Zuwendung, Kommunikation und Spielen werden durch die Betreuerinnen und teilweise auch durch die anderen Mütter (im allgemeinen Mutter-Kind-Haus) ausgeglichen. Die Frage ist, ob sich durch die

punktuellen, verschiedene Personen betreffenden Betreuungen in der Allgemeineinrichtung Bindungsbeziehungen ergänzen oder ausgleichen lassen. Der Ersatz der Mutter als Bindungsperson ist weder erwünscht noch möglich. „Bei der <Bindung> sind die Bindungspersonen niemals beliebig austauschbar oder durch andere völlig zu ersetzen, auch nicht, wenn noch jemand anders da ist, an den man ebenfalls gebunden ist.“ (Ainsworth 1985 in Grossmann/Grossmann 2009:350)

Ein Ausgleich beziehungsweise eine Ergänzung durch andere bindungsrelevante Personen ist meiner Ansicht nach im betreuten Wohnen mit dem „anderer gefühlsmäßiger Bande“ zu vergleichen. Auch Kempf (2001:34) sieht in der „rechtzeitigen Hilfe“ (...) durch <Ersatzbezugspersonen> die Maxime „Besser früh betreuen als später behandeln“ erfüllt. Sie begründet dies damit, dass bei jüngeren Kindern die Gefahr besteht, in das „krankhafte Geschehen ... miteinbezogen zu werden.“ Sie führt auch die Krankheitseinsicht als wesentliche Voraussetzung dafür an, dass die Mutter dem Kind „weitere Bezugspersonen zugestehen kann, damit die Kinder die Möglichkeit der Reflexion erhalten“.

Der Frage, inwieweit über die Beobachtung von Interaktionen zwischen psychisch kranker Mutter und Kind eine Aussage über die Erziehungsfähigkeit und demnach über die Bindungsfähigkeit und Bindungsqualität gemacht werden kann, konnte nur im Ansatz nachgegangen werden. Die Mütter beschreiben, wie sie durch den intensiven Kontakt zu ihrer Bezugsbetreuerin, einer Sozialpädagogin, und auch durch den regelmäßigen Austausch mit der Bezugserzieherin ihres Kindes Nähe, Aufmerksamkeit und Interesse erhalten. Nach Ainsworth (1970 in Grossmann/Grossmann 2009:165) sind Manifestationen der Bindung „durch Beobachtungen über die Zeit zugänglich, ein kurzer Beobachtungszeitraum kann aber in die Irre führen“. Wesentlich hier ist auch, dass die „relative Abwesenheit von Bindungsverhalten“ nicht als „schwache Bindung“ bezeichnet werden kann. „Die bisherigen Forschungen zeigen qualitativ unterschiedliche Bindungsbeziehungen, die es, zusammen mit der Sensibilität des Bindungsverhaltens gegenüber anderen situationsbedingten

Determinanten, äußerst schwer machen, Stärke und Intensität einer Bindung einzuschätzen.“

In den untersuchten Mutter-Kind-Häusern werden Mütter in einem Zeitraum von einem bis zu zwei Jahren betreut und es ist daher eine Beobachtung der Interaktion zwischen Mutter und Kind sowohl in Handlungen des Alltags als auch in strukturierten Situationen möglich. Mit strukturierten Situationen sind zum Beispiel videogestützte entwicklungspsychologische Beratungen gemeint, wie sie in der Spezialeinrichtung angewandt werden. (Konzept 2007:11) Durch die gemeinsam mit der Bezugsbetreuerin oder Bezugserzieherin durchgeführte Analyse des Videos werden nicht bewusst wahrgenommene Informationen über das Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind, insbesondere die Kommunikation und die nonverbale Kommunikation betreffend sicht- und hörbar. Sie bewirkten eine Reflexion über ihre Verhaltensweisen und ihren Kommunikationsstil, der einen direkten Einfluss auf die Beziehungsgestaltung hat. (Kollmann 2009:411-421)

Bei den Borderline-Müttern wurde teilweise ein Verhalten dahingehend bemerkt, dass sie Probleme damit hatten, ihren Kindern einen Freiraum für das Heranwachsen zu lassen. (vgl. Lawson 2008: 46) Solange das Kind klein und abhängig ist, erhalten sie von dieser Abhängigkeit Befriedigung und haben die Kontrolle. Sobald das Kind unabhängiger, den freien Willen äußernd, die eigene Persönlichkeit entfaltend wird, ab einem Alter von zirka zwei Jahren, löst dies bei einer Borderline-Mutter einen Konflikt aus. „Das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, (...) löst bei ihr Trennungsangst aus, und verschiedene Teile ihrer Persönlichkeit werden abgespalten und aufs Kind projiziert.“ (Lawson 2008:46)

Ein generelles Muster war, dass die Mütter mit dem „Explorationsbedürfnis“ ihrer Kinder, „...dem Baby die Freiheit zu geben, seine physische Umwelt zu erkunden“ (Ainsworth 1974, in Grossmann/Grossmann 2009:239) schlecht zurechtkamen. Desorientierung und Desorganisation finden sich als Bindungsmuster häufig bei Kindern von Borderline-Erkrankten. (vgl. Kempf 2001:42)

Nach Bowlby (1980, in Grossmann/Grossmann 2009:50, 51) ist aufgrund des gestörten Musters der Fürsorge der Eltern von Müttern, die als Kind



körperlich misshandelt wurden, das eigene mütterliche Verhalten gestört. Er beschreibt diese Störung als „Tendenz, Fürsorge und Aufmerksamkeit von ihren Kindern zu erwarten und zu fordern, ... die Beziehung umzudrehen“.

Bei den psychisch kranken Müttern fällt dieses Verhaltensmuster dadurch auf, dass sie das Kind als Ablenkung von ihrer Erkrankung und als Erklärung für ihre wiedererhaltene Lebensfreude und ihren Lebenssinn betrachten. „Das Kind hat mich gesund gemacht.“ (Interview 4:332). Während bei den Müttern von Babys dieses Muster noch den Zweck der Ablenkung und Konzentration auf die Bedürfnisse des Kindes erfüllt, stößt es bei den Müttern von Kleinkindern auf Konflikte, da mit diesem Verhalten eine gewisse Erwartung an die Kinder verknüpft ist, die sie aufgrund der Rollenumkehr der Eltern-Kind-Beziehung nicht erfüllen können. (vgl. Kempf 2001:43)

Der Frage, wie sich die Kumulation von psychisch kranken Müttern auf die Kinder auswirkt, wurde zwar nachgegangen, eine Beantwortung ist in diesem Rahmen aber nur unzureichend möglich. Die Mütter aus der Spezialeinrichtung erlebten grundsätzlich das regelmäßige Beisammensein von mehreren Kindern als positiv für die Entwicklung des eigenen Kindes. Ein signifikanter Unterschied wurde von einer nicht an Borderline erkrankten Mutter zwischen dem eigenen Verhalten und dem „kranken, teils aggressiven“ Verhalten der Mütter untereinander oder ihren Kindern gegenüber festgestellt. Die Mütter mit einer Borderline-Störung erlebten keine negativen Auswirkungen auf ihre eigenen Kinder durch die anderen Mütter.

#### **10.5.4. Hilfe durch Strukturen**

Vorgegebene Strukturen können zu selbstbestimmter Hilfe führen. Die Unterstützung bezüglich der Erziehung des Kindes wird dann als Hilfe angenommen, wenn Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft bestehen. Bei fehlender Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft wird die Unterstützung als eine von mehreren Hilfemöglichkeiten gesehen und als Form von Tipps für die Erziehung und von Notfällen tituliert. Die Hilfe bei der Erziehung wird demnach als nicht nützlich oder notwendig aufgrund

der eigenen Einschränkung wahrgenommen. Die beiden Handlungsstrategien – Annahme von Hilfe und eingeschränkte Annahme von Hilfe – sind weiters durch die unterschiedlichen Aufnahmevoraussetzungen der Mütter bedingt. In der allgemeinen Mutter-Kind-Einrichtung muss die Mutter die grundsätzliche Fähigkeit mitbringen, sich selbst versorgen zu können. In der Spezialeinrichtung wird diese Fähigkeit angelernt. Dadurch wirkt die Hilfe von vornherein hemmend auf die Aktivierung von Eigenkräften, wenn die Fähigkeiten, sich selbst zu versorgen, nicht vorausgesetzt werden, wie es in der Spezialeinrichtung der Fall ist. Auf der anderen Seite heben die Strukturen des regelmäßigen Angebots von Beziehung durch Bezugspersonen für Mutter und Kind diese hemmenden Einflüsse auf, indem sie durch die äußeren Regelungen innere Ordnung herstellen können.

Einen Schwerpunkt in der Betreuung bildet die Psycho-Edukation, was bei den Müttern in der Spezialeinrichtung ein Teil der Verpflichtungen ist, aber nicht durchgehend bewusst wahrgenommen wird. So sind sich die meisten klar darüber, dass ihre Erkrankung Auswirkungen auf ihr Kind hat. Welche Stimmungen oder Phasen für das Kind schädlich sein könnten und wie „das Kind es nicht mitkriegen soll, dass es mir schlecht geht“, wird als fremdbestimmte kontrollierende Massnahme, von den Betreuerinnen durchgeführt, erlebt. Nach Kollmann (2009:327-331) „spiegeln sich die Stimmungen der Mütter im Verhalten der Kinder wider. Manche Kinder reagieren sofort und extrem darauf, wenn die Mütter angespannt sind, dass sie nicht zur Ruhe kommen können, nicht schlafen, nicht trinken können. Manche nehmen´s nicht so leicht auf, ... die haben wohl so viel Stärke.“ Zwar wird deutlich zwischen der größtenteils nützlichen Hilfe durch die Sozialpädagoginnen des Mutter-Kind-Hauses und der für sie intransparenten Kontrolle der Sozialpädagoginnen des Jugendamtes unterschieden. Auf der Betreuerinnen-Seite wurde die Erfahrung gemacht, dass die Unterstützung in diesem Rahmen die Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle in sich trägt. „Auf der einen Seite sollen sie Vertrauen zu uns haben, auf der anderen Seite wissen sie natürlich, wir arbeiten mit dem Jugendamt zusammen. ... Das ist wie ein Damokles-Schwert.“ (Kollmann 2009:288, 289 und 292) Im Endeffekt kommt es bei den weniger

Krankheitseinsichtigen zu einer scheinbaren Annahme von Hilfen, wobei hinsichtlich der Auswirkungen auf das Kind ein signifikanter Unterschied festgestellt wurde. Trotz fehlender Krankheits- und Behandlungseinsicht werden Zusammenhänge zwischen eigenem Verhalten und dem des Kindes erkannt. Mögliche Gründe dafür könnten in den höheren Resilienzfaktoren bei der Mutter liegen. Schutzfaktoren wie höhere Bildung, gesundes Kind, freundschaftliches Netz, Therapieerfahrung und wenig bis keine vorangegangene Betreuungserfahrung in einer Wohngemeinschaft wirken auf das Selbstvertrauen der Mütter und demnach auf erhöhte Selbstbestimmung. Wenn Krankheitseinsicht vorherrscht, können die Mütter die Hilfen bei der Betreuung des Kindes annehmen und erleben die Betreuerinnen nicht als Konkurrenz zu sich, sondern als ausgleichende Bezugsperson, die ebenso das Bedürfnis nach Beziehung zur Mutter selbst abdeckt. Die Annahme von Hilfen mit dem Wissen der Kontrolle macht es auch aus Sicht der Betreuerinnen schwierig: „Die Hilfe gar nicht so in Anspruch zu nehmen, aber den Schutz und gleichzeitig das Wissen zu geben, es ist immer jemand da, auf den man zurückgreifen kann.“ (Kollmann 2009:474, 475)

Eine durchgehende Anwesenheit und eine Betreuung, „die sich auch auskennt“, wird als „beruhigend“ und als effizienteste Hilfe im „Notfall“ befunden. „Wenn man betreut ist, da weiß man halt doch, ... da ist noch jemand, da kann man hingehen, wenn was ist.“ (Interview 5, 2009:9)

Die Notfälle und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung sind durchwegs von rascher Unterstützung bei Erkrankung oder Hilfe bei einem akuten Problem des Kindes gekennzeichnet.

Das Zusammenleben mit den anderen Müttern wird im Allgemeinen positiv erlebt, da die Gefühle von Allein-Sein und Einsamkeit bekämpft werden. Der Austausch über Umgangsweisen und „Skills“ mit manchen Symptomen der psychischen Erkrankung wirkt entlastend und normalisierend auf die Mütter. Die Frauen „schauen ein bisschen aufeinander,.... Es tut gut zu wissen, da sind noch andere, denen geht´s wie mir, die haben die gleichen Ängste, die gleichen Sorgen wie ich. Ich bin nicht ganz alleine.“ (Interview 6:200-203) Auch Unterstützung bei Pflegehandlungen mit den Kindern wird untereinander angeboten.

In der Allgemeineinrichtung fehlt den Frauen ein solcher Austausch in der Gruppe, wie sie es aus der Psychiatrie oder den Wohngemeinschaften gewöhnt waren. Andererseits beeinflussen die Gespräche mit den anderen Müttern, die keine Diagnose haben, die psychisch kranken Mütter dahingehend, dass sich die Gründe, warum sie ins Mutter-Kind-Haus mussten, ähneln, sie wirken daher in diesem Sinne normalisierend auf die Mütter. (Interview 3:60,61)

Interessant war die Meinung der Expertin aus der Spezialeinrichtung, die ein gemischtes Mutter-Kind-Haus aus ihrer Perspektive eher schwieriger für die psychisch kranken Mütter betrachtet, weil die psychisch „gesunden“ Mütter weniger Verständnis für die Verhaltensweisen und die vermehrte Aufmerksamkeit haben könnten und sich die psychisch kranken Mütter dann mehr ausgeschlossen fühlen würden und eventuell noch mehr agieren müssten. (Kollmann 2009:8,9)

#### **10.5.5. Fehlendes soziales Netzwerk/Ergebnisse aus den Netzwerkkarten**

Neben der „Positivsymptomatik“, den Symptomen der psychischen Erkrankung, kommt es häufig zu der „Negativsymptomatik“, wie zum Beispiel Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug. (vgl. HPE 2007:21)

In der Allgemeineinrichtung in St Pölten ist die Zielsetzung, dass die Mütter nach ihrem Auszug selbstständig mit ihrem Kind leben sollen. Weiterführende Angebote wie Übergangseinrichtungen sind nicht vorhanden. In der Spezialeinrichtung in München ist die Zielsetzung, dass die Bewohnerinnen nach ihrem Auszug mit möglichst viel Fremdbetreuung unter Tags gemeinsam mit ihrem Kind leben können. Weiterführende Angebote wie Übergangseinrichtungen sind im bestehenden Repertoire und in Konzepten vorhanden. Diese unterschiedliche Perspektivenbeschreibung resultiert aus den Konzepten wie aus den Zielen der Mütter. Der Wunsch nach selbstständigem Leben ohne Betreuung oder mit relativ wenig Betreuung besteht bei allen, der Druck und die Angst einer Kindesabnahme ist da wie dort groß.

Das fehlende soziale Netz, welches aus familiären und freundschaftlichen Personen, die eine tatsächliche Unterstützung für die Frauen und ihre Kinder

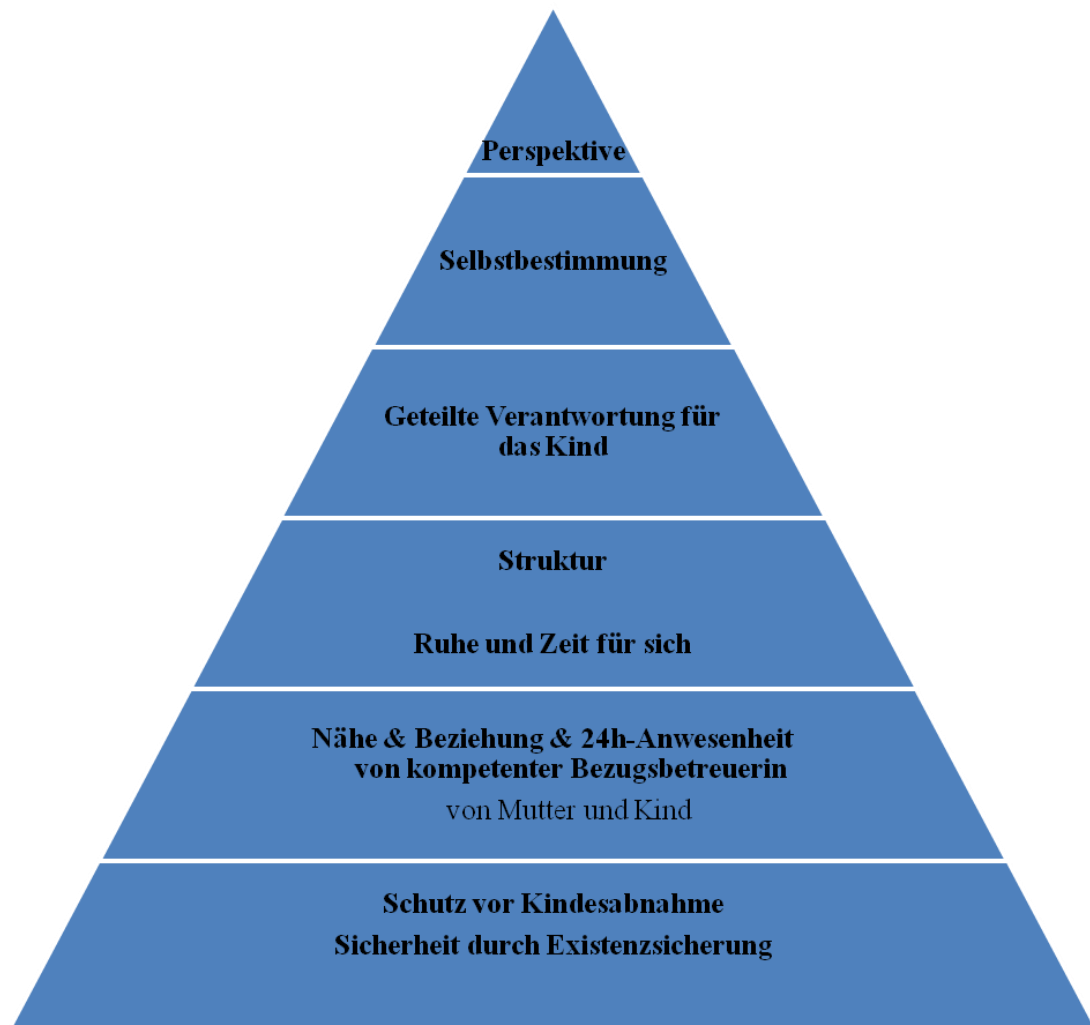
darstellen, besteht, leistet einen wesentlichen Beitrag zur Unsicherheit im Beziehungsverhalten und zur Angst vor dem Auszug, wo sie „dann Tag für Tag alleine mit ihrem Kind in der Wohnung sitzen.“ (Kollmann 2009:7) Zwei wesentliche Umstände, die dem Grundbedürfnis nach Bindung entsprechen, sind bei der Untersuchtenpopulation eingeschränkt vorhanden: aktuelle Beziehungsnetzwerke und der Rückgriff auf Bezugspersonen aus der Herkunftsfamilie und Bindungspersonen aus der früheren Lebenswelt. Dieser Mangel hat Auswirkungen auf ihre psychosoziale Persönlichkeitsentwicklung, ihr Selbstvertrauen und ihre Handlungsfähigkeit. (vgl. Bowlby 1980 in Grossmann/Grossmann 2009:61-63) Manche Symptome und Verhaltensweisen der psychischen Erkrankung, wie rasch wechselnde Stimmungslagen, Impulsivität und Aggression oder anhaltende Traurigkeit und Antriebslosigkeit, bewirken bereits in der Pubertät Beziehungsabbrüche zur Herkunftsfamilie. Die notwendige Verlässlichkeit und auch Reibungsfläche mit den Bezugspersonen in Zeiten des Umbruchs und der Selbstfindung kann nicht stattfinden. Welchen Einfluss stationäre Aufenthalte in Psychiatrien auf den Verlust von sozialen Netzen haben, ist ein eigenes Forschungsthema. Ein sozialer Rückzug hat bereits vor der Aufnahme im Mutter-Kind-Haus zu dem Verlust von familiären und Freundschaftsnetzwerken geführt. Die Gefühle des Allein-Seins und der Einsamkeit wirken trotz „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ im Mutter-Kind-Haus nach. Der Abbruch der Beziehung zum Kindesvater erfolgte oft schon während der Schwangerschaft oder kurz nach der Geburt und führte zum Status der Alleinerzieherinnen. Wenn die Beziehungen noch aufrecht sind, sind sie von Spannungen und Konflikten geprägt, sodass manche Frauen den Kindesvater nicht in die Netzwerkkarte aufnehmen wollten. „Viele Väter sind auch psychisch krank oder die Beziehungen sind nicht einfach, was zu dem Problem der Alleinerzieherinnen noch ein zusätzliches Problem bei den Besuchskontakten darstellt.“ (Kollmann 2009:4) Im Feld der Familie waren neben dem Kind zuweilen noch ein Elternteil und eventuell noch ein Geschwister angegeben, wobei der andere Elternteil durch Nachfragen seine Erwähnung fand. Interessant war die zunächst ausbleibende Nennung ihres Kindes im Feld der Familie. Erst auf Nachfrage wurde das Kind erwähnt, dann aber sehr eng an die Mutter gezeichnet. Die Frage nach den

Bezugspersonen für das Kind wurde in den Interviews mit einem Großelternanteil des Kindes, meistens mit den Bezugserzieherinnen (in der Spezialeinrichtung), beantwortet. Die Mütter nannten sich selbst nicht als Bezugsperson für ihr Kind. Diese Antworten können aus dem Begriff „Bezugsperson“ resultieren oder aus der Bindungsperspektive der Mütter, dass sie sich zu ihrem Kind nicht als Person sehen, die einen „Bezug“/ eine Beziehung hat.

Aus der Arbeitsstelle konnten die Frauen auf keine Personen zurückgreifen, da die meisten Frauen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ihre Ausbildung entweder abgebrochen hatten oder nur kurze Arbeitszeiten verzeichneten. Das meistbesetzte Feld war das der professionellen HelferInnen. Die Netzwerke sind– im Gegensatz zu durchschnittlichen Netzwerken – von geringer Größe gekennzeichnet und weisen generell eine sehr hohe Dichte auf, was damit zu erklären ist, dass sich fast alle Personen kennen und miteinander interagieren. (vgl. Pantucek 2008:191,192) Diese hohe Dichte zeigt aber auch die Nachteile auf, die mit „Einschränkung der Autonomie“ und „wenig differenzierten Ressourcen“ für die Frauen einhergehen. (vgl. Pantucek 2008:191) Einen zusätzlichen Faktor der Fremdbestimmung bildet die Bestellung einer/s Sachwalterin/s für die Frauen, die/der in fast allen Bereichen eine Vertretung innehatte. Der Grad der erlebten Einschränkung der persönlichen Selbstbestimmung hing mit dem Grad der Compliance mit der Person der Sachwalterin/des Sachwalters zusammen.

## 11 Ergebnisse

### 11.1. Bedürfnisse



**Abb. 4: Die wesentlichsten Bedürfnisse in hierarchischer Anordnung**

Als erstes Bedürfnis ist das Bedürfnis nach Sicherheit und Schutz zu nennen, wobei Sicherheit der Existenz – im Sinne von Zusammensein von Mutter und Kind – diesem Bedürfnis genauso entspricht wie die Befriedigung der Grundbedürfnisse, die eine Prolongierung der bekannten Vollversorgung aus der Psychiatrie oder den therapeutischen Wohngemeinschaften beinhaltet. Die Unterbringung und Betreuung im Mutter-Kind-Haus wird dem Schutzbedürfnis vor der Kindesabnahme gerecht. Manche Mütter betrachten

ihr Zimmer im Mutter-Kind-Haus als Schutzraum, wo sie mit sich und mit ihrem Kind Privatsphäre gegenüber der Beobachtung und Kontrolle in den allgemein zugänglichen Räumen empfinden. Die Ambivalenz, dass Schutz und Hilfe gleichzeitig auch Kontrolle und Angst vor Verlust bedeutet, spielt bei der Bewertung der Bedürfnisse eine große Rolle. Solange das Kernbedürfnis der Sicherheit keine Befriedigung findet, werden die nächsten Bedürfnisse nicht wahrgenommen.

Bindung wird als Grundbedürfnis von Menschen verstanden, als „die Notwendigkeit, soziale Bindungen aufzubauen und zu erhalten, um Sicherheit zu erlangen und gegen seelischen Zusammenbruch zu schützen“. (Grossmann/Grossmann 2004:71)

Grundsätzlich ließ sich feststellen, dass die psychisch erkrankten Frauen mehr Bedürfnisse in Form von spezielleren Bedürfnissen für sich selbst als psychisch „gesunde“ Frauen haben. Die psychische Erkrankung bringt es mit sich, dass an der Einsicht, sprich der Akzeptanz, eine behandlungsbedürftige Erkrankung zu haben, an der Behandlungsform, der Beibehaltung der Behandlung und der Reflexion der Behandlungsform (medikamentöse Behandlung, Therapie, Beratung), an den Interaktionen mit den FachärztInnen und den ambulanten Diensten, wie SozialarbeiterInnen beim Psycho-sozialen Dienst und den SachwalterInnen, zum Zweck des Gelingens des Wohnens und vor allem zum Zweck des Gelingens der Versorgung und Betreuung des Kindes, gearbeitet werden muss.

Die Bedürfnisse psychisch kranker Mütter im betreuten Wohnen betreffen daher Zeit, Ruhe und geregelte Strukturen für die Behandlung der psychischen Erkrankung: Termine beim Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapien, Gesprächstherapien, Gruppengespräche in der Einrichtung, zusätzlich spezielle Gruppen wie Borderline-Gruppen. In diesen Zeiten kann das Kind nicht von der Mutter betreut werden. Eine Struktur für eine regelmäßige Kindesbetreuung in diesen Zeiten ist daher ein wesentliches Bedürfnis für psychisch kranke Mütter in einer betreuten Einrichtung.



Das Bedürfnis nach Nähe, gleichzusetzen mit dem Bedürfnis nach Beziehung, kann durch die durchgehende Anwesenheit von kompetenten Bezugspersonen für Mutter und Kind abgedeckt werden. Das Wissen, dass Hilfe im Notfall und gleichzeitig kompetente Hilfe bei Problemen mit dem Kind in strukturierter Form vorhanden ist, kommt dem Bedürfnis nach Ruhe und Zeit für sich entgegen. Durch die strukturierte Form der Kindesbetreuung und die Einbindung der Psycho-Edukation in die Betreuung wird das Bedürfnis, einen Teil von Verantwortung abgeben zu können, befriedigt. Die Betreuerinnen können den ausgleichenden Part der „gesunden Bezugsperson“ übernehmen.

Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung im Handeln wird dann aktiviert, wenn die vorangegangenen Bedürfnisse Befriedigung finden. Nur so können die Mütter Sicherheit erlangen, wie sie mit ihrer Erkrankung und mit ihrem Kind umgehen können, und eigene Ansätze für eine Perspektive nach dem betreuten Wohnen entwickeln.

## **11.2. Unterstützungen**

Welche Ansatzpunkte für die zielgerichtete Unterstützung können hier gewonnen werden, um einerseits die kindgerechte Versorgung zu gewährleisten, andererseits die Autonomie und Selbstverantwortung der Mutter nicht gänzlich einzuschränken?

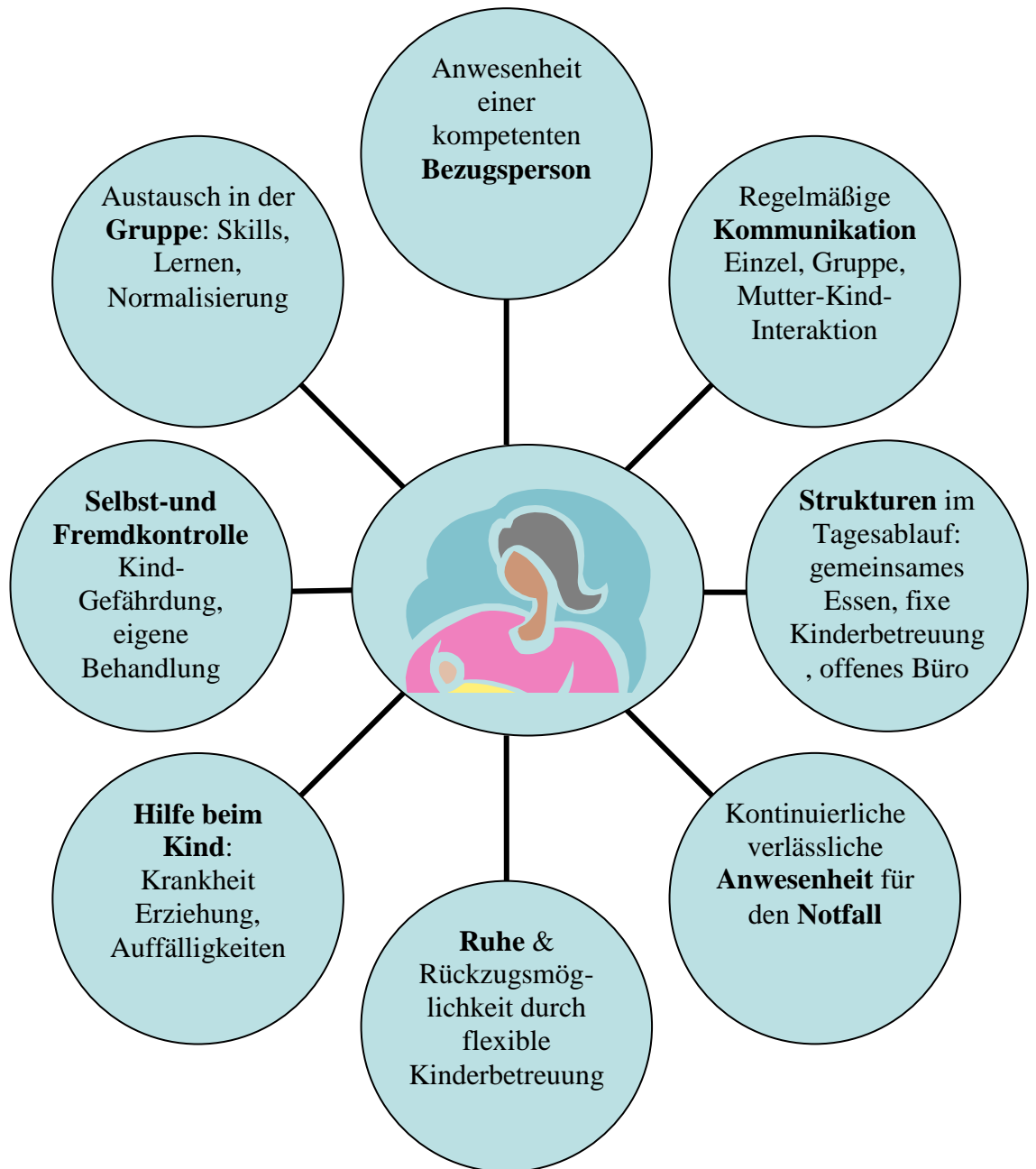
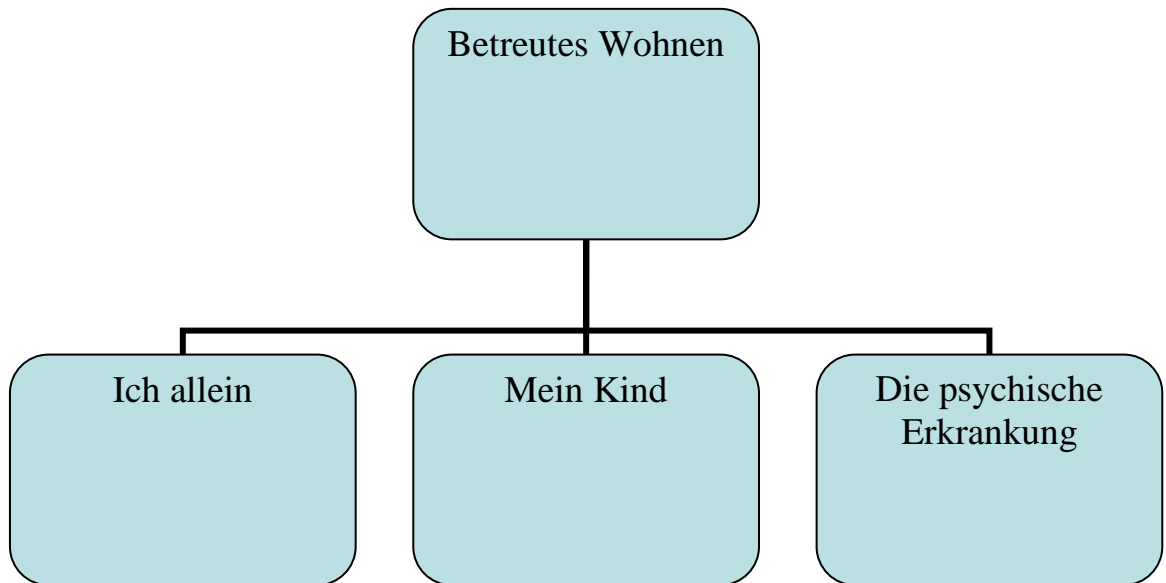


Abb. 5: Unterstützungen

### 11.3. Handlungsansätze für die Sozialarbeit

„Wenn ich mir vorstelle, ich alleine in der Wohnung mit Kind und psychischer Erkrankung ..., das geht gar nicht!“



**Abb. 6: Handlungsansätze für die Sozialarbeit**

Dieses Organigramm stellt die Ansatzpunkte für eine Unterstützung im betreuten Wohnen dar, die jeder für sich und alle drei gemeinsam in einer ganzheitlichen, systemischen Sichtweise berücksichtigt werden sollen.

Beim betreuten Wohnen lassen sich diese drei Schwerpunkte sowohl in der Stärkung der Persönlichkeit der psychisch kranken Mutter, der Förderung der adäquaten Versorgung und Betreuung des Kindes als auch in der Gewährleistung der Behandlung der psychischen Erkrankung, die nach Dimova/Pretis (2008:213) „das Kind vor psychischen Problemen schützen kann“, zusammenfassen.

Ich allein: Die Stärkung der Resilienzfaktoren der Mutter kann methodisch mit dem Empowerment, dem Life Modell und vor allem der motivierenden Sozialarbeit, deren Grundlage bei Ilse Arlt in der bedürfnisorientierten Theorie zu finden sind, gleichgesetzt werden. (Gehrmann/Müller et al. 2001:36-38) Zur Förderung des Kindes sind die Methoden aus der Bindungsforschung, insbesondere die Skalen zur Messung der Feinfühligkeit, wie sie von Mary Ainsworth und in Deutschland von Grossmann und

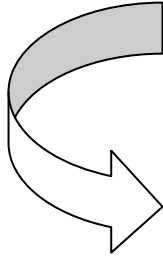
Grossmann entwickelt wurden, äußerst nützlich. Die videounterstützte entwicklungspsychologische Beratung, die Kommunikationsprozesse und die Frühförderung beziehen ihre Grundlagen aus der Bindungsforschung und der Resilienzforschung.

Handlungsansätze für die Sozialarbeit hinsichtlich der psychischen Erkrankung der Mutter können aus dem Betreuungsansatz der Arbeit mit „Zwangsklientel“ oder „unfreiwilligen Klienten“ entnommen werden, da die Mütter vom Jugendamt zugewiesen werden. (vgl. Gumpinger 2001) Diese Zuweisung impliziert einen Kontrollauftrag über das Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind und über die Einhaltung der Ziele, was die regelmäßige medizinische Behandlung und die Bearbeitung ihrer Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft betrifft. Nicht nur der unfreiwillige Zugang, sondern auch der Grad der Krankheits- und Behandlungseinsicht spielt eine Rolle, inwieweit die eigenen Bedürfnisse und die des Kindes wahrgenommen und inwieweit Hilfe und Unterstützung auch als eigenes Bedürfnis definiert wird. Diese Fremdzuschreibung von Bedürfnissen kann sich in „Reaktanz“ äußern, wie Kähler (2005:70, 71) beschreibt: Der Begriff Widerstand bei von außen initiierten Kontaktaufnahmen, bei unfreiwilligen Klienten, wird als normaler Ausdruck der Reaktanz auf externen Druck und auf die damit verbundenen Einschränkungen der eigenen Autonomie aufgefasst. Kähler empfiehlt hier die motivierende Sozialarbeit, bei der die Rollen und der Rahmen für Handlungen von Beginn an klar und transparent abgesteckt werden. Ebenso soll zwischen unfreiwilligen und unmotivierten KlientInnen unterschieden werden, was heißt, dass mittels gemeinsam erarbeiteter Ziele eine Motivation für die Klientin festgestellt werden kann, wodurch in der nicht änderbaren unfreiwilligen Ausgangslage Handlungsmöglichkeiten eruiert werden. (Kähler 2005:70-72)

Die Wohngemeinschaft von mehreren Müttern, die alle eine psychiatrische Diagnose haben, erweist sich für die Mütter durchwegs als unterstützend und verstehend in Krisen- und Krankheitszeiten. Für die psychisch kranken Mütter im allgemeinen Mutter-Kind-Haus werden die anderen Mütter dann als unterstützend erlebt, wenn sie selbst über Krankheitseinsicht und einen positiven Umgang mit ihrer Erkrankung verfügen.

## 12 Selektives Kodieren – Entwicklung einer Theorie

### Bindungsforschung



### Resilienzforschung

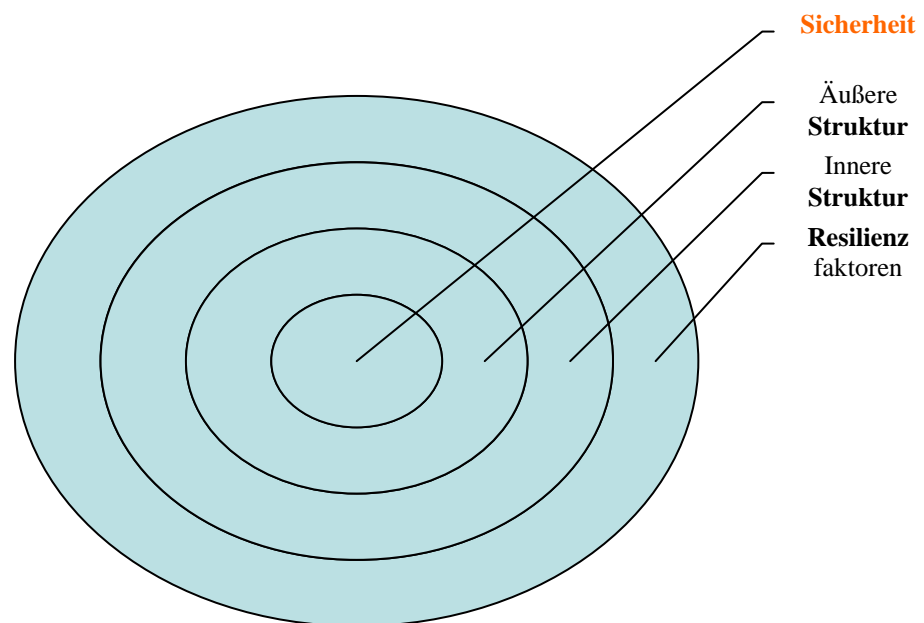
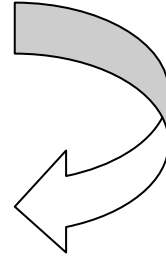


Abb. 7: Theorie

Die wesentlichsten Bedürfnisse von psychisch kranken Müttern im betreuten Wohnen betreffen das Bedürfnis nach Sicherheit, welches mit dem Bedürfnis nach Nähe und Bindung korreliert. Die Bedürfnisse nach Struktur und nach Selbstbestimmung bewirken einander, indem durch das Vorleben von Strukturen eine innere Ordnung erreicht werden kann, die selbstbestimmtes Handeln ermöglicht. Unter den Bedingungen der Erfüllung der Grundbedürfnisse Sicherheit und Bindung können Strukturen im betreuten Wohnen als Hilfe und somit als Weg zur Bedürfnisbefriedigung dienen. Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung kann anhand der Resilienzforschung – der

Ermittlung der Schutzfaktoren für Mutter und Kind – behandelt werden. Dadurch werden die Grundbedürfnisse nach Bindung in erster Linie angesprochen. Die Erkenntnisse aus der Bindungsforschung wirken auf alle Bedürfnisse gleichermaßen, indem die Bedürfnisse der Mütter nach verlässlichen Beziehungen und nach Sicherheit mit den Bedürfnissen der Kinder interagieren und durch Struktur und Selbstbestimmung ihre handelnde Form finden. Die Methoden, die ihre theoretischen Erkenntnisse aus der Bindungstheorie und der Resilienzforschung gewinnen, können einen Ausgangspunkt für eine Perspektivenentwicklung darstellen.

**Die Theorie lautet demnach: Die grundlegenden Bedürfnisse nach Sicherheit und Beziehung werden durch die Bedürfnisse nach innerer und äußerer Struktur wesentlich bedingt, um dem Bedürfnis nach selbstbestimmtem Handeln gerecht zu werden.**

### **13 Zusammenfassung**

Bei den grundlegenden Bedürfnissen nach Sicherheit, Bindung, Struktur und rascher, flexibler Hilfe durch regelmäßige Anwesenheit einer kompetenten Bezugsperson für Mutter und Kind konnten typische Handlungs- und Interaktionsstrategien gefunden werden: einerseits die Strategie, sich bei Problemen oder in Krisen zurückzuziehen, andererseits die Strategie, einen Teil der Wirklichkeit auszublenden, was auf fehlende Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zurückzuführen ist. Die „hinreichende Fürsorglichkeit“, die Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse als auch die prompte und angemessene Reaktionsfähigkeit auf Signale des Kindes ist bei den psychisch kranken Müttern stark eingeschränkt. Der Aufbau einer Bindungsbeziehung zum Kind ist unter einer Struktur der regelmäßigen Kinderbetreuung und damit Entlastung der Mütter möglich. Ihrem Bedürfnis nach Ruhe wird dadurch entgegengekommen. Eine ausgleichende Ersatzbezugsperson für das Kind ist auch eine Bezugsperson für die Mutter. Trotz der Rund-um-die-Uhr-Betreuung entstehen Gefühle des Allein-Seins und der Einsamkeit. Die Ängste vor dem Zurechtkommen mit der

Umstellung, mit den Anforderungen um das Kind waren auf der einen Seite durch die psychische Erkrankung ursächlich bedingt. Dass die Frauen gewohnt waren, in den Institutionen Psychiatrie und therapeutischen Wohngemeinschaften „rundum versorgt“ zu werden, wirkte sich durchgehend hemmend auf ihre Umgangsweisen mit dem Kind aus. Auf emotionaler Ebene zeigten sich Unsicherheiten, die besonders in Krisen und bei Krankheit des Kindes in Überforderung und Panik mündeten. Diese Gefühle kamen als Sorgen vor dem Auszug aus dem betreuten Wohnen und als Angst vor dem Alleinsein zum Ausdruck. Diese Ängste wurzelten und führten zirkulär zu den Grundbedürfnissen nach Sicherheit und Nähe. Bei den Ängsten vor Verlust des Kindes wurden Unterschiede hinsichtlich der Annahme von Hilfen zwischen der Allgemein- und der Spezialeinrichtung gefunden.

Im allgemeinen Mutter-Kind-Haus wurden die Betreuung des Kindes und die Hilfe in Überforderungssituationen generell als Kontrolle empfunden. In der Spezialeinrichtung wurde die Betreuung vor allem durch die regelmäßigen Strukturen der Kindesbetreuung, die regelmäßigen Termine der Behandlung der Mutter und den fixen Bestandteil der Kommunikation über die Interaktion mit dem Kind und den anderen Müttern als Hilfe erlebt. Zusammenfassend wird dem Bedürfnis nach Sicherheit und Nähe im Spezialwohnheim näher gekommen. Dieses Bedürfnis wird aber eher während des betreuten Wohnens erfüllt. Danach erleben die Frauen verstärkt Bedürfnisse nach Betreuung, was sich in den Forderungen der ExpertInnen nach einer Übergangseinrichtung widerspiegelt.

Die Hypothese über mehr Bedürfnisse wird insofern bestätigt, dass psychisch kranke Mütter mehr Zeit und Struktur für die eigenen grundlegenden Bedürfnisse brauchen, um die Bedürfnisse ihrer Kinder wahrnehmen zu können.

Die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft wies viele Facetten auf und wirkte sich sowohl auf die Interaktionen mit dem Kind als auch auf die Annahme von Hilfen aus. Unter der Bedingung der Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft wurde die Hilfe beim Kind als ergänzende Unterstützung durch eine ausgleichende, psychisch gesunde Bezugsperson erlebt, die auch das Bedürfnis der Mutter nach Beziehung abdeckt. Bei

fehlender Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft wurden die Hilfen beim Kind eher weniger angenommen oder als Nottfälle tituliert. Ein eklatanter Unterschied wurde beim Erkennen von Zusammenhängen zwischen der psychischen Erkrankung und Auswirkungen auf das kindliche Verhalten und die Entwicklung festgestellt: auch bei fehlender Krankheitseinsicht waren den Müttern die Zusammenhänge bewusst. Erklärbar könnte dieses Phänomen durch Resilienzfaktoren bei den Müttern, aber auch durch einen höheren Bildungsstatus sein, und sie auf Grund dessen die Hilfe im Mutter-Kind-Haus in Teilbereichen selbstbestimmt wählen.

Das fehlende familiäre Unterstützungsnetzwerk bedingte neben dem ursächlichen Faktor der psychischen Erkrankung die Gefühle der Unsicherheit in der Beziehung zum Kind und zu den Betreuerinnen sowie die Unsicherheit bei der Vorstellung eines eigenständigen, unbetreuten Lebens, das als „Leben allein“ erlebt wird.

Spezielle, für die Zielgruppe psychisch kranker Mütter bestimmte Mutter-Kind-Häuser in Österreich sind weder in den Konzepten oder Projekten vorgesehen, noch werden sie von den interviewten ExpertInnen präferiert. Eine integrative Wohn- und Betreuungsform wird bevorzugt. Die speziellen Mutter-Kind-Häuser in Deutschland sind ebenfalls in großen Gesamteinrichtungen eingebunden. Die Frage, ob psychisch kranke Mütter im betreuten Wohnen als eigene Zielgruppe erfasst werden sollen, ist dennoch mit Ja zu beantworten, da sie unabhängig von der Frage Allgemein oder Spezialeinrichtung betrachtet werden muss. Hergeleitet wird diese Ansicht aus der Feststellung der vermehrten Bedürfnisse an Zeit und Struktur dieser Gruppe.

Die Unterstützungen für psychisch kranke Mütter im betreuten Wohnen können als triangulierte Hilfen – für die Behandlung der Mutter (Psychoedukation), die Mutter-Kind-Beziehung und die Schutzbedingungen für eine adäquate Entwicklung des Kindes - subsumiert werden. Conclusio ist, dass bei psychisch kranken Müttern das Bedürfnis nach Sicherheit und nach Nähe und Beziehung ein grundlegendes ist, dessen Erfüllung eine Voraussetzung zur Wahrnehmung der Bedürfnisse des Kindes ist.



## **14 Ausblick**

Welche Prognose für eine psychisch kranke Mutter, die im Mutter-Kind-Haus betreut wurde, hinsichtlich ihrer Bindungsfähigkeit und ihrer Erziehungsfähigkeit zum Kind als auch hinsichtlich ihrer künftigen eigenen psychosozialen Entwicklung gegeben werden kann, konnte nur im Ansatz angedacht werden. Diese Frage nach der Möglichkeit, die Bindung zwischen psychisch kranker Mutter und Kind in einem beobachteten Rahmen zu untersuchen, wäre ein eigenes Forschungsthema wert. Viele Ansätze, von Methoden der videounterstützten Entwicklungsbeobachtung bis hin zu gut geprüften Strukturen in bestehenden und geplanten Mutter-Kind-Einrichtungen, sind vorhanden.

Welche Ansätze für weitere Schutzfaktoren und günstige Bedingungen in den Konzepten schon vorhanden sind, konnte nur angeschnitten werden, eine weiter gehende Betrachtung dieses Bereiches würde aber einen wesentlichen Beitrag in der Resilienzforschung für die Zukunft von Kindern psychisch kranker Mütter bedeuten.

Was die Auswirkungen der Kumulation von psychisch kranken Müttern im betreuten Wohnen auf die Kinder betrifft, so konnten bei den Müttern aus der Spezialeinrichtung Aussagen gewonnen werden, die in erster Linie das eigene Erleben betreffen. Die Auswirkungen auf die Kinder zu erforschen, wäre ein spannender und wichtiger Forschungsbereich, der bei Konzepten nicht außer Acht gelassen werden sollte.

## Literatur

Arens, Doris / Görge, Ellen (2006): Eltern-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Ein Konzept für die stationäre Pflege. Psychiatrie-Verlag GmbH. Bonn.

Baecker, Dirk (1994): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 23, Heft 2, April 1994, F. Enke Verlag Stuttgart.

BAWO (1999): Grundlagenerhebung zur Wohnungslosensituation in Österreich, Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe unter besonderer Berücksichtigung der Situation von Familien und Jugendlichen. Wien.

Bowlby, John (1976): Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. Kindler Verlag GmbH. München.

Budde/Früchtel (2005): Die Felder der Sozialraumorientierung – ein Überblick. In: Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden.

Deneke, Christiane (2004): Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Eltern, in: Kinder kranker und behinderter Eltern. Deutsche Liga für das Kind. Themenheft Nr. 02/2004 der Fachzeitschrift „Frühe Kindheit – die ersten sechs Jahre“.

Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M.H./ Schulte-Markwort E. (Hrsg.) (2004/2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. durchgesehene und ergänzte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM. Verlag Hans Huber. Bern Göttingen Toronto Seattle.

Dimova, A./Pretis, M.. Die Gesprächsführung mit einem psychiatrisch erkrankten Menschen, in: Familie Partnerschaft Recht. Interdisziplinäres Fachjournal für die Anwaltspraxis 06/2005: 252, 253.

Dimova, A.; Pretis M. (2005): "...und sie sollen es nicht wissen" Möglichkeiten früher Förderung bei Kleinkindern psychisch kranker Eltern, in: Unsere Jugend, 2, 61-70.

Dimova, Aleksandra / Petris, Manfred (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. Sozpäd (14) Päd - Praktische Pädiatrie, 3, 2008.

Frauenratgeberin (2009): [www.frauen-ratgeberin.at](http://www.frauen-ratgeberin.at); letzter Zugriff am 21.7.2009

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, WUV-Universitätsverlag. Wien.

Fragner, B./Pokorny,H. (2008): Persönlichkeitsstörungen. Das Borderline-Syndrom u.a. Leben zwischen Schwarz und Weiß, in: HPE-Österreich, Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (Hrsg.). Wien.

Galtung, J. (1977): Menschliche Bedürfnisse - Brennpunkt für die Sozialwissenschaften, in: Blum, F.H. (Hrsg.): Sozialwissenschaften - wozu? Brennpunkte 8, Fischer. Frankfurt am Main.

Gehrmann, Gerd, Müller, Klaus D. (Hrsg.) (2005): Aktivierende Soziale Arbeit mit nicht-motivierten Klienten. Mit Arbeitshilfen für Ausbildung und Praxis. Walhalla Fachverlag. Regensburg. Berlin.

Grossmann, Klaus.E./ Grossmann, Karin (Hrsg.) (2. Auflage 2009) : Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Klett-Cotta. Stuttgart.

Grossmann, Klaus.E./ Grossmann, Karin (Hrsg.) (2004): Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta. Stuttgart.

Gumpinger, Marianne (Hrsg.) (2001): Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen. Edition pro mente. Linz.

Hinte, Wolfgang (2006): Geschichte, Quellen und Prinzipien des Fachkonzepts „Sozialraumorientierung“, in: Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH. Wiesbaden.

Hondrich, Karl Otto (1975): Menschliche Bedürfnisse und soziale Steuerung. Sozialwissenschaft. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Reinbeck bei Hamburg.

HPE (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter) (2009): <http://www.hpe.at> , letzter Zugriff am 28.6.2009.

HPE (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter) Vorarlberg (2008): Umfrage zum Thema "Kinder von psychisch kranken Eltern - die vergessenen Angehörigen?".

HPE (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter) (2007): Psychische Erkrankungen. Darüber reden können. Eine Informationsbroschüre für Angehörige und Freunde psychisch erkrankter Menschen. Wien.

Hillebrandt, Frank (2002): Hilfe als Funktionssystem für soziale Arbeit, in: Thole, Werner (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit, Opladen, Verlag Leske und Budrich.

Kähler, Harro (2005): Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann. Ernst Reinhardt Verlag. München.

Kasper, Siegfried/Bauer, Astrid (2008): Schizophrenie. Symptome, Diagnose, Therapie. Verlagshaus der Ärzte. Wien.

Kempf, Andrea (2001): Vergessene Kinder? Kinder mit psychisch kranken Müttern, in: Das Recht Mutter zu sein? – Psychisch kranke Mütter und ihre Kinder – Geistige Behinderung und trotzdem Mutter-. Dokumentation zur Diözesantagung des Sozialdienstes katholischer Frauen für das Bistum Trier e.V.

Kindler (2006): „Was ist bei der Einschätzung von elterlicher Erziehungsfähigkeit zu beachten?“, in: Kindler/Lillig/Blüml/Meysen/Werner (Hrsg.) 2006: Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Verlag Deutsches Jugendinstitut. München.

Kindler/Zimmermann, (2006): „Wie kann die elterliche Erziehungsfähigkeit eingeschätzt werden?“, in: Kindler / Lillig / Blüml / Meysen /Werner (Hrsg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Verlag Deutsches Jugendinstitut. München.

Kontakt Zeitschrift der HPE Österreich (2/ Mai 2009): Auch Kinder sind Angehörige. Kinder psychisch erkrankter Eltern. Wien.

Land Niederösterreich (2009):

[http://www.noe.gv.at/Gesundheit/Pflege/Soziale-Betreuungsdienste-/Betreuungsdienste\\_Psychosoziale\\_Dienste.wai.html](http://www.noe.gv.at/Gesundheit/Pflege/Soziale-Betreuungsdienste-/Betreuungsdienste_Psychosoziale_Dienste.wai.html), letzter Zugriff am 7.8.2009

Lawson, C.A. (2006): Borderline-Mütter und ihre Kinder. Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung. Deutsche Erstausgabe. Psychosozial-Verlag. Gießen.

Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern – interinstitutionelle Kooperation als Voraussetzung für wirksame Hilfeleistungen, in: Familie Partnerschaft Recht. Interdisziplinäres Fachjournal für die Anwaltspraxis. 11. Jg., 06/2005.

Lutz, R./ Simon, T. (2007): Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. Juventa Verlag. Weinheim München.

Maslow, Abraham A.(1985): Psychologie des Seins. Ein Entwurf. Fischer. Frankfurt am Main.

Mattejat, Fritz, Remschmidt, Helmut (2008): Übersichtsarbeit. Kinder psychisch kranker Eltern. Deutsches Ärzteblatt. Jg 105. Heft 23. 6. Juni 2008.

Niederösterreichisches Jugendwohlfahrtsgesetz (1991): Landesgesetzblatt 9270-6, Ausgabedatum 7.3.2002, in: <http://www.ris.bka.gv.at>, letzter Zugriff am 25.8.2009.

Österreichische Projekte des Ilse Arlt Instituts der Fachhochschule St. Pölten:

Kinder psychisch kranker Eltern – präventive Handlungsstrategien für das Feld der Psychiatrie; <http://inclusion.fhstp.ac.at/projekte/abgeschlossene-projekte>; StigmaLadé; <http://inclusion.fhstp.ac.at/projekte/aktuelle-projekte>, letzter Zugriff am 3.7.2009.

Österreichisches Bündnis gegen Depression <http://www.buendnis-depression.at/Wer-sind-wir.164.0.html>, letzter Zugriff am 4.7.2009

Pantucek, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau.

Rainer-Lawugger, Claudia (2009): Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie. Betreuung psychisch kranker Mütter und ihrer Kinder am Otto Wagner Spital, in: Kontakt Mai 2009, 32. Jg. 8-10.

Rebhandl, Petra (2009): JOJO – Kindheit im Schatten. Begleitung und Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern, in: Kontakt Mai 2009. 32.Jg.17.

Remschmidt, Helmut, Mattejat, Fritz (1994): Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Hogrefe-Verlag. Göttingen. Bern. Toronto. Seattle

Riffer, F. (2009): Stationäre Mutter-Kind Behandlung an einer psychiatrischen Akutuabteilung, in: Kontakt. Zeitschrift der HPE Österreich. 2/Mai 2009. 4-7.

Rittmannsberger, Hans und Wancata, Johannes (Hrsg.) (2008): Österreichischer Schizophreniebericht 2008. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.

Schenk-Danzinger, Lotte (1995): Entwicklungspsychologie. Kleinkindalter. Ergebnisse der Bindungsforschung. ÖBV Pädagogischer Verlag. Wien.

Stern, Daniel N. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta. Stuttgart

Schone, Reinhold, Wagenblass, Sabine (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 2. Auflage. Reihe Votum. Juventa Verlag. Weinheim München.

Schone, Reinhold, Wagenblass, Sabine (Hrsg.) (2006): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2.Auflage. Juventa Verlag. Weinheim München.

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): „Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung“. BELTZ PsychologieVerlagsUnion. Weinheim.

Thiersch, Hans (1992): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim/München

Wertgen Werner (2001): Krank und trotzdem ein Kind? Ethische Aspekte zur Schwangerschaft und Mutterschaft psychisch kranker Frauen, in: Das Recht Mutter zu sein? – Psychisch kranke Mütter und ihre Kinder – Geistige

Behinderung und trotzdem Mutter-. Dokumentation zur Diözesantagung des Sozialdienstes katholischer Frauen für das Bistum Trier e.V.

Winnicott, D.W. (1990): Das Baby und seine Mutter. Ernst Klett Verlag für Wissen und Bildung GmbH. Stuttgart.

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>

## **Weitere Quellen**

Anfragekarteien des Mutter-Kind-Hauses der CARITAS der Erzdiözese St. Pölten aus dem Jahr 2007 und 2008

Betroffeneninterviews:

Interview 1 (2008): Frau B. am 19.11.2008

Interview 2 (2009): Frau A. am 14.2.2009

Interview 3 (2009): Frau T. am 26.3. und 27.3.2009

Interview 4 (2009): Frau Sch. am 28.4.2009

Interview 5 (2009): Frau H. am 28.4.2009

Interview 6 (2009): Frau N. am 28.4.2009

CARITAS der Diözese St. Pölten/Öffentlichkeitsarbeit (2006): „Ein neues Mutter-Kind-Wohnhaus entsteht“.

CARITAS der Diözese St. Pölten (2008): Statistik des Mutter-Kind-Hauses 2008



Dimova, Aleksandra, Pretis, Manfred (2008): S.I.N.N. Power-Point-Präsentation am 27.10.2008 an der Fachhochschule St. Pölten und <http://www.sinn-evaluation.at/>, letzter Zugriff am 23.5.2009

S.I.N.N. Sozial Innovatives Netz (2008): „Besser früher fördern als später behandeln“. Präventive Förderung von psychischen Schutzprozessen bei Kindern seelisch erkrankter Eltern. Graz.

Faltblatt (2009): „Die Marie-Christian-Heime“. <http://www.marie-christian-heime.de/405.html>, letzter Zugriff am 11.8.2009.

Intensiv-betreutes Wohnen LUCIA (2009): <http://www.mutter-kind-einrichtungen.de/intensiv-lucia.php>, letzter Zugriff am 2.2.2009

#### ExpertInneninterviews:

Interview mit Mag. Vera Baubin, HPE (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter) Wien, am 9.1.2009

Interview mit Ehentraud Hagleitner, HPE Vorarlberg am 4.3.2009

Interview mit Frau DSA Barbara Strauch, Oberösterreich, am 7.1.2009, 12.1.2009, 2.2.2009, 12.5.2009 und 15.5.2009 per E-Mail

Interview mit Frau Kollmann, Intensiv Betreutes Wohnen LUCIA München, am 28.4.2009

Interview mit Mag. (FH) Andrea Viertelmayr, am 2.6.2009

Interview mit DSA Mag.<sup>a</sup> (FH) Irene Schogger, Mutter-Kind-Haus St. Pölten, am 10.7.2009

Interview mit Mag.<sup>a</sup> Andrea Walcher, WG Carnerigasse Graz, am 7.7.2009

Interview mit Mag.<sup>a</sup> Veronika Liebming, WG Offene Tür Graz, am 7.7.2009

Interview mit DSA Heinetsberger, Haus für Mutter und Kind Linz, am 10.7.2009

Interview mit DSA Pollin, Haus Immanuel 1200 Wien, am 13.7.2009

Interview mit DSA Nopp Regina, WG Mutter & Kind Feldkirch, am 14.7.2009

Konzept (2008): Mutter-Kind-Haus der CARITAS der Diözese St. Pölten

Konzept (2006): Integrative Wohn- und Lebensformen Oberösterreich

Konzept (2007): Lucia. Wohnen für psychisch kranke Mütter mit ihren Kindern. Sozialdienst katholischer Frauen e.V. München, Dauchauer Str. 48, 80335 München.

Konzeption (2006): Annastift. Mutter-Kind-Einrichtung. Sozialdienst katholischer Frauen - Annastift Trier GmbH. [www.skf-trier.de](http://www.skf-trier.de), letzter Zugriff am 11.8.2009

Landeskrankenhaus Waidhofen/Thaya (2009): <http://www.waidhofen-thaya.lknoe.at/de/736/>, letzter Zugriff am 2.2.2009

Netz und Boden (2008): Hilfsangebote. <http://netzundboden.de>, letzter Zugriff am 26.8.2009

Netzwerkkarte mit Frau B., Interview 1, am 15.1.2009

Netzwerkkarte mit Frau A., Interview 2, am 12.3.2009

Netzwerkkarte mit Frau T., Interview 3, am 29.7.2009

Netzwerkkarte mit Frau Sch., Interview 4, am 28.4.2009

Netzwerkkarte mit Frau H., Interview 5, am 28.4.2009

Netzwerkkarte mit Frau N., Interview 6, am 28.4.2009

Pantucek, Peter (Oktober 2006): Soziale Diagnostik. Skriptum Fachhochschule St. Pölten. 189-192

Pantucek, Peter (2006): Materialien zur Sozialen Diagnostik. Oktober 2006:15-17 und 303-316 und Oktober 2008:17-19. Fachhochschule St. Pölten.

Patenschaftsprojekte (2008): Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern. <http://patenschaftsprojekt.de>, letzter Zugriff am 26.8.2009.

Tagung „Macht der Diagnose – was macht Diagnose?“ 17.6.2009 im Landeskrankenhaus Amstetten Mauer: Referat von Univ. Prof. Dr. Michael Musalek, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeut, ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-Institutes

Tagungsprotokoll des Lindauer Kreises vom 11.10.2008: „Punkt 2.5. Mittelfristige, größere Projekte und politische Themen“.

Tagungsprogramm „Betreute Elternschaft“ in Puchberg/Wels 14.5.2009:  
bwf - Betreutes Wohnen in Familien für psychisch kranke Mütter mit Kindern.  
Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie (vsp), Zwiefalten (D)  
FamilienWeGe – Stationäre Betreuung für Familien mit psychisch krankem Elternteil

Tageszentrum zur Arbeitsförderung AWW-Jena e.V. (D), in:  
<http://www.senia.at> letzter Zugriff am 23.8.2009

Viertelmayr/Haselbacher (2008): Kipsykel -Kinder psychisch kranker Eltern – präventive Handlungsstrategien für das Feld der Psychiatrie; <http://kipsykel.fh-stpoelten.ac.at> letzter Zugriff am 25.8.2009.

Zeilingner, Doris (2008): Das Mutter-Kind-Haus St. Pölten. Power-Point-Präsentation. Für Schwangere und Mütter in Notsituationen

Zeilingner, Doris (2009): Besichtigung der Mutter-Kind-Einheit des Landeskrankenhaus Waldviertel, Waidhofen/Thaya, am 3.2.2009

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bedürfnispyramide nach Maslow .....	13
Abb. 2: Statistik Mutter-Kind-Haus St. Pölten 2008:3 .....	25
Abb. 3: Kategorien .....	53
Abb. 4: Die wesentlichsten Bedürfnisse in hierarchischer Anordnung .....	71
Abb. 5: Unterstützungen .....	74
Abb. 6: Handlungsansätze für die Sozialarbeit .....	75
Abb. 7: Theorie .....	77

## Anhang

### Mutter-Kind-Einrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz sortiert aufsteigend nach Postleitzahl und Land

<b>Ansprechpartner</b>	<b>Anschrift</b>	<b>Telefon</b>
Dr. Dieter Sikorski	Carl-Thiem-Klinikum Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Station 19a, 19d Thiemstr. 111 03048 Cottbus	0355 - 462811
	Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz Station PA II, PA III Leipzigerstr. 59 04435 Schkeuditz	034204 - 872104
Priv.-Doz. Dr.med. Bachmann	Silke Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Station Hauptmann Julius-Kühn-Str. 7 06112 Halle	0345 - 5573634
	Wald Klinikum Gera gGmbH Klinik für Psychotherapie Straße des Friedens 122 07548 Gera	0365 - 828- 8190
Dr. Schütze	Sabine Vivantes Klinikum Neukölln Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Allgemeinpsychiatrische Station Rudowerstr. 48 12351 Berlin	030 - 130142271

Dr. Capobianco	Cinzia St. Joseph Krankenhaus	Berlin-030	-
	Weissensee Station 2 Gartenstr. 1 13088 Berlin	92790460	
Dr. Wiefel	Andreas Charité Mutter-Kind-Zentrum	030	-
	Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	450666043	
	Klinikum Ernst von Bergmann	0331	-
	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie In der Aue 59 14480 Potsdam	2417531	
Dr. rer. nat. Christopher Rommel	Johanniter-Krankenhaus im Fläming gGmbH Klinik II Südstr. 20-28 14929 Treuenbrietzen	033748/8-2258	
Dr. T. Stegemann	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	040 - 42803-	
	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Eltern-Baby-Tagesklinik Martinistr. 52 20246 Hamburg	4485	
Dr. Georg Romer	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	040 - 42803-	
	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen/Kleinkindern Martinistr. 52 20246 Hamburg	2202	
Dr. Gerhard Happach	Claas-Bethesda - Allgemeines Krankenhaus	040 - 72554-	
	Bergedorf Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Gojenbergsweg 30 21029 Hamburg	1234	
Dr. R. Saupe	Elbe-Kliniken Stade	04141 - 970	
	Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Bremervörder Str. 111 21682 Stade		
Dr. Michael	Asklepios Klinik Nord – Heidberg	040 - 1818-	

Scheele	Eltern-Kind-Zentrum Tangstedter Landstr. 400 22413 Hamburg	873458	
	Altonaer Kinderkrankenhaus Hamburg Psychosomatische Tagesklinik Bleickenallee 38 22763 Hamburg	040 88908270	-
Dr. Fritz Hohagen	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Station 3 Ratzburger Allee 160 23538 Lübeck	0451 5002440	-
Dr. Sylvia Wachholz	AMEOS Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie Station BN3 Wiesenhof 23730 Neustadt i. Holstein	04561 6114610	-
Dr. Wolf-R. Jonas	AMEOS Klinikum Heiligenhafen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Station 22/2 Friedrich-Ebert-Str. 100 23774 Heiligenhafen	04362 911305	-
Dr. J.B. Aldenhoff	Zentrum für integrative Psychiatrie Universitätsklinik Kiel Station P1 Niemannsweg 147 24105 Kiel	04315 9002656	-
Prof. Dr. Kuhs	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Station P4 Agnes-Karl-Allee 25337 Elmshorn	04121 798784	-
Dr. T. Birker	Westküstenklinikum Heide Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Esmarchstr. 50 25746 Heide	0481 2000	- 785-
Ralf Tönnies	Fachkrankenhaus Nordfriesland Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie Krankenhausweg 3 25821 Bredstedt	04671 904555	-
	Krankenhaus St.-Annen-Stift	04243	-

		Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie St.-Annen-Str. 15 27239 Twistringen	415241	
Dr. G. Eikmeier		Zentralkrankenhaus Reinkenheide Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Postbrookstr. 103 27574 Bremerhaven	0471 - 299-34 00	
		Medizinische Hochschule Hannover Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie Station 54 Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover	0511 - 5326629	
Dr. Dieter Pütz		Deister Weser Kliniken Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik Lug ins Land 5 31848 Bad Münder	05042 - 600212	
Dr. Johannes Kipp		Klinikum Ludwig-Noll-Krankenhaus Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Denhäuser Str. 156-164 34134 Kassel	0561 - 48040	
Dr. Schliephake-Milch	A.	Zentrum für Soziale Psychiatrie Lahn Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Giessen Station 6/1 Licherstr. 106 35394 Giessen	0641 - 403309	
Dr. Joachim Becker		Rehbergpark Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Station 3 Austr. 40 35745 Herborn	gGmbH 02772 - 504- 1501	
Dr. H. Metzler-Lehr		Klinikum Weilmünster Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haus 6, KfPP Weilstr. 10 35789 Weilmünster	06472-60558	
Dr. Susanne Markwort		Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludovica-von-Stumm-Str. 7 36381 Schlüchtern	06661-812363	

	Psychiatrische Göttingen	Universitätsklinik	0551-396611
	Städtisches Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Psychotherapie-Station Birkenallee 34 39130 Magdeburg	Klinikum Magdeburg	0391-7913401
	Rheinische Kliniken Station 3111 (14H) Bergische Landstr. 2 40629 Düsseldorf	Düsseldorf	0211-9223130
Dr. Wilfried Wirtz	Rheinische Kliniken Station 30/8 Johannisstr. 70 41749 Viersen	Viersen	02162-964522
Dipl.-Psych Hugger	S. St. Marien-Hospital Station 115 Marienstr. 2 44651 Herne	Eickel	02325-3740
Dr. Luc Turmes	LWL-Klinik Psychiatrie, Psychosomatik Station 1F Im Schlosspark 20 45699 Herten	Psychotherapie Herten und	02366-802202
Dr. Walter-Eis	St.-Vinzenz-Hospital Dr.-Otto-Seidel-Str. 31-33 46535 Dinslaken		0 20 64 / 44 - 0
Helmut Reinartz	Rheinische Kliniken Tagesklinik H50.8 Bahnstr. 6 47551 Bedburg-Hau	Bedburg-Hau	02821-813150
	Fürstenbergklinik Psychiatrische Tagesklinik Fürstenberger Str. 1 47608 Geldern		02831- 9762128
Dr. Kersting	Anette Universitätsklinik Klinik und Poliklinik für Psychotherapie Albert-Schweitzer-Str. 1 48149 Münster	Münster	0251- 83566012
	Universitätsklinik	Münster	0251-8356701



		Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Familientimesklinik Schmeddingstr. 50 48149 Münster	
Dr. Quattrocchi	Fulvio	St. Rochus Hospital Telgte GmbH Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Am Rochus Hospital 1 48291 Telgte	02504/60-122
Dr. Subkowski	Peter	Paracelsus-Wittekindklinik Empterweg 5 49152 Bad Essen	05472-93501
		LWL-Klinik Abteilung für Psychotherapie Depressionsstation Parkallee 10 49525 Lengerich	Lengerich 05481-120
		Tagesklinik Altenburger Straße gGmbH Altenburger Str. 8-12 50678 Köln	0221-33940
		Rheinische Kliniken Bonn Haus 7 Kaiser Karl Ring 20 53111 Bonn	0228-5511
Dr. Bernd Laufs		Klinikum Idar-Oberstein GmbH Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Station 34 Dr.-Ottmar-Kohler-Str. 2 55743 Idar-Oberstein	06781-661565
Dr. Stefan Elsner		Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach Station KM3, KF3 Vulkanstr. 58 56626 Andernach	02632-407412
		St.-Martinus-Hospital Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Hospitalweg 6 57462 Olpe	02761-852684
		Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	02330-623406

	Familienklinik Gerhard-Kienle-Weg 4 58313 Herdecke	
	LWL-Klinik Allgemeinpsychiatrie Franz-Hegemann-Str. 23 59581 Warstein	Warstein 02902-820
Dr. Regina Einsiedel	von Asklepios Psychiatrie Langen GmbH Röntgenstr. 22 63225 Langen	06103- 91261080
Dr. Hans-Peter Hartmann	Zentrum für soziale Psychiatrie Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Ludwigstr. 54 64646 Heppenheim	06252-16210
Dr. Michael Grube	Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Gotenstr. 6-8 65929 Frankfurt/M.-Höchst	069-31062798
Prof. Alexander Gontard	Dr. Universitätsklinikum des Saarlandes von Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kirrberger Str. 66421 Homburg/Saar	06841- 1624395
Dr. Corinna Reck	Psychiatrische Heidelberg Station Jaspers Voss-Str. 4 69115 Heidelberg	Universitätsklinik 06221-561165
Dr. Christiane Hornstein	Psychiatrisches Zentrum Nordbaden Station 43 Heidelberger Str. 1a 69168 Wiesloch	06222-551211
	Psychiatrisches Zentrum Nordbaden Station 39 Heidelberger Str. 1a 69168 Wiesloch	06222-552647
Prof. Dr. Karl- Ludwig Täschner	Bürgerhospital Zentrum für Seelische Gesundheit Tunzhofer Str. 14 70191 Stuttgart	0711 / 253- 2801
Dr. E. Mühlenfeld	Kreiskrankenhaus Sigmaringen Psychiatrisch-Neurologische Abteilung	07571/100-0

		Hohenzollern-Str. 40 72488 Sigmaringen		
Dr. H. Berger		Vinzenz von Paul Hospital gGmbH Rottenmünster Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Schwenninger Str. 55 78628 Rottweil	0 741 241 0	
Prof. Mechthild Papousek	Dr.	Kinderzentrum München Heiglhoferstr. 63 81377 München	089/71009 0	
Dr. N Hofacker	von	Städtisches Klinikum München Krankenhaus München-Harlaching Behandlungseinheit des Kindes- und Jugendalters Sanatoriumsplatz 2 81545 München	089-62103339	
		Inn-Salzach-Klinikum GmbH Station A2, Haus 51 Gabersee 7 83512 Wasserburg a. Inn	08071-71614	
Dr. Matthias Dose		Isar-Amper-Klinikum Klinik Taufkirchen Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Bräuhausstr. 5 84416 Taufkirchen	08084-934212	
Dr. med. Pfeiffer	H.	Isar-Amper-Klinikum gemeinnützige GmbH Klinikum München-Ost Fachbereich AP II Nord Ringstr. 12 85540 Haar	089/4562- 3236	
Dr. Gabriele Kurtz		Bezirkskrankenhaus Augsburg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Mack-Str. 1 86156 Augsburg	0821- 4803- 1041	
Dr. Britsch	Pascale	Universitätsklinik Ulm Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie Steinhövelstr. 5 89075 Ulm	0731 50061611	-
Dr.	Susanne	Klinikum Nürnberg Nord	0911-3983691	

Simen	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Haus/Bauteil 31 Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1 90419 Nürnberg	
	Bezirkskrankenhaus Ansbach Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Depressionsstation (Haus 26) Feuchtwanger Str. 38 91522 Ansbach	0981/4653- 2277
Dr. Heribert Fleischmann	Bezirkskrankenhaus Wöllershof Postfach 1180 92656 Neustadt/Waldnaab	09602 / 78-0
Prof. Dr. med. Helmfried Klein	Bezirksklinikum Regensburg Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsstr. 84 93042 Regensburg	0941 / 941- 1001
	Heiligenfeld Klinik Waldmünchen Psychosomatische Akut- und Reha- Abteilung Krankenhausstr. 3 93449 Waldmünchen	09972-3080
	Bezirkskrankenhaus Bayreuth Station A5 Nordring 2 95445 Bayreuth	0921-2835105
Prof. Dr. Wilfried Günther	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Station C St.-Getreu-Str. 14-18 96049 Bamberg	0951-9541140
Iris Kocher	Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Mutter-Kind-Einheit, Haus 40 Am Sommerberg 97816 Lohr am Main	09352 – 503 0
	Katholisches Krankenhaus St. Nepomuk Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Station 2 Rot Haarbergerstr. 72 99097 Erfurt	0361-6541440

Frau Dipl.-Med. K. Barnstorf	Ökumenisches Hainich Klinikum GmbH Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Haus 4 Pfafferode 102 99974 Mühlhausen	03601-803205
Dr. Brigitte Schmid-Siegel	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Währinger Gürtel 18-20 A-1090 Wien	++43 1 40400 3603
Dr. Claudia Reiner- Lawugger	Otto Wagner Sozialpsychiatrische Ambulanz Baumgartner Höhe 1 A-1140 Wien	Spital 0043-1-91060- 20720
Prim. Dr. Rainer Gross	Landesklinikum Hollabrunn Robert-Löffler-Str. 20 A-2020 Hollabrunn	Weinviertel 0043 2952/2275- 631
Prim. Dr. Friedrich Riffer	Landesklinikum Waidhofen/Thaya Waldviertler Zentrum für Seelische Gesundheit Moritz-Schadek-Gasse 31 A-3830 Waidhofen/Thaya	Weinviertel 0043-2842- 5045960
Dr. Rosa Mayr	Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Wagner-Jauregg-Weg 15 A-4020 Linz	0043-50554- 6239154
Dr. Claudia Klier	pro mente Sonnenpark Neusiedlersee Steinbruch 1/36 A-7141 Podersdorf/See	reha 0043-699- 10103344
Dr. Marguerite Dunitz-Scheer	Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Auenbruggerplatz A-8036 Graz	0043-316- 3852348
Dr. Wiltrud Hackinger	Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz Psychiatrie 2 Station 4 Wagner Jauregg Platz 1 A-8053 Graz	0043 316 / 2191-2521
Prof. Dr. Anita Riecher-Rössler	Psychiatrische Universitätsspital Basel Kriseninterventionsstation	Poliklinik 0041-61- 2655040

	Petersgraben 4 CH-4031 Basel		
Prof. Dr. Dieter Bürgin	Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik Schaffhauser Rheinweg 55 CH-4058 Basel	0041 61 685 21 15	
	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich Offene Spezialstation für Frauen Lenggstr. 31 CH-8029 Zürich	0041 44 384 21 11	
Doris Straus	Psychiatrische Klinik Münsterlingen Haus F Postfach 154 CH-8596 Münsterlingen	0041- 716864141	
Annina Cabalzar	Hess-Bezirksspital Affoltern Sonnenbergstr. 27 CH-8910 Affoltern am Albis	0041 7142737	44

Quelle: entnommen aus: <http://schatten-und-licht.de/>, letzter Zugriff am 23.5.2009

#### Links/Angebote:

<a href="http://www.aha-salzburg.at">www.aha-salzburg.at</a>	AhA! Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
<a href="http://www.argesozialdienst.net">www.argesozialdienst.net</a>	ARGE Sozialdienst Mostviertel
<a href="http://www.camhee.eu">www.camhee.eu</a>	EU Projekt (child and adolescent mental health in enlarged Europe)
<a href="http://www.caritas.at">www.caritas.at</a>	Caritas Österreich
<a href="http://www.fh-stpoelten.ac.at">www.fh-stpoelten.ac.at</a>	Fachhochschule St.Pölten
<a href="http://www.hpe.at">www.hpe.at</a>	HPE Österreich: Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter
<a href="http://www.netz-und-boden.de">www.netz-und-boden.de</a>	Kinder psychisch kranker Eltern - Informationen & Hilfe
<a href="http://www.sinn-evaluation.at">www.sinn-evaluation.at</a>	S.I.N.N. Graz
<a href="http://www.wagner-jauregg.at">www.wagner-jauregg.at</a>	Landesnervenlinik Wagner-Jauregg
<a href="http://www.roseldorf.at">www.roseldorf.at</a>	sozialtherapeutische Wohngemeinschaft Roseldorf

Quelle: entnommen aus: <http://kipsykel.fh-stpoelten.ac.at/>, letzter Zugriff am 25.8.2009

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, Doris Zeilinger, geboren am 25.02.1974 in Klosterneuburg, 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,

Tulln, am 26.8.2009

Unterschrift