



Katja Beeck
Akazienallee 3a
D-14050 Berlin

Tel.: 0049/ 30 / 35 12 17-00
kontakt@netz-und-boden.de
www.netz-und-boden.de

Anmerkungen/Hinweise zum Programm „Let´s talk about“ aus Finnland

Autor: Katja Beeck,
Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern
www.netz-und-boden.de

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission finanziert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung trägt allein der Verfasser; die Kommission haftet nicht für die weitere Verwendung der darin enthaltenen Angaben.



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

Weitere Informationen zum EU-Projekt: www.strong-kids.eu

1. Vorbemerkung/Einleitung

Herzlichen Dank an die finnischen Partner des EU-Projekts

Vorab möchte ich unseren finnischen Partnern im EU-Projekt „Kids Strengths“ zu ihrem Programm „Let´s talk about children“ gratulieren. Sie haben es - meines Wissens als erstes und bislang einziges Land in der EU - geschafft, das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ flächendeckend in die Ausbildung von Fachkräften unterschiedlichster Professionen einzuführen.

Darüber hinaus habe ich von ihnen neue Anregungen für Methoden zur Sensibilisierung von Fachkräften für die Gesprächsführung von psychisch kranken Eltern mit ihren Kindern erhalten. Diese nutze ich nun leicht modifiziert für meine Fortbildungen von Fachkräften. Ein herzliches Dankeschön an dieser Stelle.

Ziel meiner Anregungen und Hinweise

Dies ist mir wichtig zu erwähnen, bevor ich zum mir vorliegende Material zu „Let´s talk about children“ Verbesserungs- und Ergänzungsvorschläge machen werde. Ich werde vor allem kritische Anmerkungen machen, als Passagen lobend hervor heben. Das bedeutet jedoch nicht, dass es nicht sehr gelungene Passagen gibt oder ich das Programm für grundsätzlich nicht gelungen halte - sonst würde ich nicht auf dieses aufmerksam machen. Ziel meiner Anregungen und Hinweise ist vielmehr, das bestehende Programm nicht als „Lösung aller Probleme“ anzusehen, sondern es in Deutschland als Anregung aufzugreifen und es an den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien orientiert weiter zu entwickeln und es anschließend wie in Finnland flächendeckend und professionsübergreifend einzuführen.

Psychische Krankheit in Finnland = vor allem Depressionen

Insgesamt ist mir im Austausch mit den finnischen Partnern aufgefallen, dass sie unter psychischer Krankheit vor allem Depressionen verstehen. Das ist wahrscheinlich aufgrund einer hohen Depressionsrate in Finnland erklärbar. In meiner Arbeit hingegen habe ich neben Depressionen vor allem mit Psychosen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) der Eltern zu tun. Beide Störungsbilder stellen teilweise andere Herausforderungen an das Helfersystem, an die Familien, aber vor allem auch die Kinder.

2. Allgemeines Feedback

Zielgruppe des Programms

Aus den mir vorliegenden Unterlagen gehen die Zielgruppen nicht explizit hervor. Wenn ich die Kollegen richtig verstanden habe, soll es auch Kitaerziehern/Lehrern zur Verfügung gestellt werden. Diese könnten mit der Gesprächsführung überfordert sein. Es scheint mir eher für die Arbeit in psychiatrischen Kliniken oder in der Jugendhilfe gedacht/geeignet zu sein.

Programm scheint vor allem für Eltern mit Depressionen entwickelt worden zu sein

Das vorliegende Programm scheint gut für die Arbeit mit krankheitseinsichtigen und gesprächsbereiten psychisch erkrankten Eltern geeignet zu sein. Diese Bereitschaft ist bei Eltern, die an Depressionen leiden, in der Regel (krankheitsbedingt) höher als bei Eltern mit Psychosen. Die Probleme, die bei Eltern mit Psychosen oder BPS in der Gesprächsführung bestehen, werden meines Erachtens nur unzureichend von dem Programm berücksichtigt. Daher sollte in seinem Vorwort darauf hingewiesen werden, dass es sich vor allem für die Arbeit mit depressiven Eltern eignet.

Hinweise zur Motivation von psychisch kranken Eltern fehlen

Ebenfalls wichtig und gelungen finde ich den grundsätzlichen Ansatz, gemeinsam mit den psychisch erkrankten Eltern zu arbeiten. Wenn das möglich ist, ist das für alle Beteiligten einschließlich der Kinder der beste Weg. Leider enthält das Programm an dieser Stelle keine Hinweise für die Arbeit mit erkrankten Eltern, diese zu einem Gespräch / einer Zusammenarbeit zu motivieren, sondern scheint von dieser Bereitschaft auszugehen. Dies ist aber nicht immer der Fall. Ebenfalls sollte auf möglich „Stolpersteine“ bei der Gesprächsführung hingewiesen und Anregungen zu deren Überwindung gegeben werden.

Grenzen der Zusammenarbeit mit psychisch erkrankten Eltern

Darüber hinaus werden nicht die Grenzen einer Zusammenarbeit mit einem psychisch erkrankten Elternteil benannt, an die Fachkräfte trotz aller Empathie, Geduld und Einfühlungsvermögen in der Praxis stoßen können. Wichtig wären auch Hinweise, was Fachkräfte in diesem Fall an Hilfen beispielsweise gesunden Eltern/Angehörigen bzw. den Kindern selbst an Unterstützung anbieten können.

Psychisch erkrankte Eltern differenzierter wahrnehmen

Ebenfalls wird die Einstellung gegenüber den psychisch erkrankten Eltern meines Erachtens zu wenig differenziert und unvollständig dargestellt (vgl. S. 5 der englischen Originalversion). Wenn Eltern trotz aller Bemühungen und allem Einfühlungsvermögen der Fachkräfte für sich und/oder ihr unterstützungsbedürftiges Kind keine Hilfe zulassen und/oder beispielsweise ihr Kind für ihre Krankheit verantwortlich machen, kann es wichtig für alle Seiten sein, Grenzen klar zu benennen und zu setzen.

Gefährdungseinschätzung

Bei der Gefährdungseinschätzung von Kindern scheint sich das finnische Recht vom deutschen Recht zu unterscheiden (vgl. S. 5 der englischen Originalversion). In Deutschland reicht für die Annahme einer Kindeswohlgefährdung eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit aus, die zu einer erheblichen Schädigung des Kindes führt. Der Schaden muss nicht bereits eingetreten sein. Vor ihm gilt es das Kind gerade zu bewahren. Leider zeigt die Praxis in Deutschland, dass manchmal abgewartet wird, bis bereits Schäden beim Kind eingetreten sind.

Verbale/emotionale Gewalt

Da bei psychisch kranken Eltern eher verbale/emotionale Gewalt eine Rolle spielt als körperliche sollte auf diese ausdrücklich hingewiesen und deren Auswirkungen ebenfalls eingegangen werden (vgl. S. 6 der englischen Originalversion). Da diese vor allem bei Eltern mit BPS und Psychosen häufiger vorkommt als bei Eltern mit Depressionen ist das ebenfalls ein guter Hinweis darauf, dass das Programm auf Eltern mit Depressionen abgestimmt ist.

Gesunde erwachsene Bezugsperson als wichtiger Faktor zur Risikoeinschätzung

In diesem Zusammen wäre auch das Thema Kinderschutz auszuweiten, das meines Erachtens zu wenig Raum erhält. Bei der Risikoeinschätzung der Kinder fehlt beispielsweise der Hinweis auf die zentrale Bedeutung einer gesunden erwachsenen Bezugsperson, die für Kinder/Jugendlichen aller Altersstufen einen hohen Schutzfaktor bietet bzw. einen hohen Risikofaktor darstellt, wenn sie nicht vorhanden ist.

Risiko von parentifizierten Kindern („Helden“)

Bei der Risikoeinschätzung werden nicht alle Rollen, die Kinder einnehmen können, gleichermaßen berücksichtigt. Verhaltensweisen, die Kinder einnehmen, die die Rolle „Schwarzes Schaf“ oder „Stilles Kind“ inne haben werden berücksichtigt, jedoch nicht die Risiken, die der „Held“ bzw. die „Heldin“ haben – Kinder, die die Elternrolle übernehmen, die parentifizieren. Diese können in ihrer gesunden Entwicklung durch die mit der Verantwortungsübernahme und Versorgung des erkrankten Elternteils/jüngerer Geschwister einhergehenden Überforderung gravierend gefährdet sein. Um einschätzen zu können, wie hoch deren Belastung ist, sollte z. B. Selbstverletzungsverhalten, der Grad der Leistungsorientierung, der Umgang mit Rückschlägen und die Verfolgung eigener Interessen abgefragt werden.

Rolle von nicht verwandten Personen

Oft wird im vorliegenden Material von Verwandten gesprochen, jedoch nicht auf die Bedeutung von nicht verwandten Personen Bezugspersonen eingegangen (vgl. z. B. S. 11 der englischen Originalversion). Da diese mit abnehmenden Familiengrößen erheblich an Bedeutung zunehmen werden, sollte diese ausdrücklich mit benannt werden. Diese Menschen können z. B. Nachbarn, Freunde der Eltern, Eltern von Schulkameraden des Kindes oder Paten/Mentore sein.

Familiengespräche

Wenn über die familiäre Situation mit dem Kind gesprochen wird, sollte dieses nicht nur über die Krankheit informiert und von Schuld für sie frei gesprochen werden. Wichtig und oft vergessen wird in diesem Zusammenhang, dass der erkrankte Elternteil für die Situation seines Kindes sensibilisiert wird und Verständnis für die Gefühle und Bedürfnisse seines Kindes entwickelt. Schwierig wird es für das Kind, wenn sich in solchen Gesprächen (wieder) alles um den erkrankten Elternteil dreht und zu wenig Raum für seine Bedürfnisse/Probleme bleibt. Es sollte geklärt werden, wer die Bedürfnisse des Kindes erfüllt, wenn der erkrankte Elternteil dies (krankheitsbedingt) nicht kann. Ein wichtiges Thema, bei dem der erkrankte und falls vorhanden der gesunde Elternteil nicht aus der Verantwortung als Eltern entlassen werden.

Checklisten / Leitfäden zur Gesprächsführung

Sehr hilfreich für die praktische Arbeit sind die Checklisten und Leitfäden zur Gesprächsführung für die durchführenden Fachkräfte. Allerdings gibt es Fragen/Inhalte, um die diese ergänzt werden sollten.

3. Anmerkungen zu konkreten Textstellen

Da das Programm nur 1:1 übersetzt und nicht ergänzt bzw. leicht geändert werden durfte, im Folgenden sehr konkrete Hinweise und Ergänzungen zu einzelnen Textstellen:

Die Seitenzahlen beziehen sich immer auf die mir vorliegende englische Originalversion.

S. 10: Bei Selbsttötungsabsichten sollte die Gefahr/Möglichkeit eines erweiterten Selbsttötung erwähnt werden.

S. 10: Bei einer Trennung der Eltern sollte der gesunde Elternteil auf seine wichtige Rolle für sein Kind aufmerksam gemacht werden. Wenn Männer sich von ihrer (chronisch) kranken Partnerin trennen, trennen sich leider viele auch von ihren Kindern.

S. 11: Bei der Bezugsperson: Nicht jedes ältere Kind kann sich eine Bezugsperson selbst suchen. Das ist insbesondere schwierig, wenn die Familie sozial isoliert ist. Darüber hinaus benötigt diese Bezugsperson jemanden, der sie beraten kann. Gerade nicht verwandte Bezugspersonen können sonst schnell mit der Situation überfordert sein.

S. 11: Wichtigste Schutzfaktoren: Dort fehlt an erster Stelle die gesunde, kontinuierliche erwachsene Bezugsperson.

S. 12: Unterstützung durch die Jugendhilfe: Ein (schubweise) chronischer Krankheitsverlauf kann dauerhafte Unterstützungsbedarf der Familie erforderlich machen.

S. 13: Was den Eltern gesagt werden sollte: Ergänzen um folgenden Punkt: Es ist wichtig, dem Kind zuhören und seine geäußerten Gefühle nicht bewerten, sondern versuchen, sie nachzuvollziehen und ihm helfen, sie zu verstehen.

S. 14: Möglichkeiten für Unterstützung ergänzen um folgenden Punkt: Notfallpläne für den erkrankten Elternteil und sein Kind erstellen.

S. 14: Der gesunde Elternteil sollte nur eingeladen werden, wenn beide grundsätzlich ein gutes Verhältnis haben. Bei zerstrittenen Eltern ist eher davon abzusehen.

S. 15: Es wird von einem Familiennetzwerk ausgegangen. Was ist aber mit Ein-Eltern-Familien ohne Verwandte vor Ort? Wer organisiert ein solches Treffen?

S. 16: Wenn das Kind bei einem solchen Treffen anwesend ist, könnten weitere Probleme auftreten, z. B. der erkrankte Elternteil sagt etwas, was aus Sicht des Kindes nicht stimmt. Das Kind sollte auf diesen Fall vorbereitet sein. Wenn das Kind anwesend ist, sollte auch mit den Eltern besprochen werden, was kein Gesprächsthema sein sollte und gemeinsam Regel für eine gelungene Kommunikation festgelegt werden, z. B. Ich-Botschaften und keine Bewertung von Gefühlen eines anderen.

S. 17: Wie sollte damit umgegangen werden, wenn erkrankte Eltern ihr Kind völlig anders einschätzen als die Fachkräfte einschätzen? Das passiert in der Praxis häufiger.

S. 18: Was mir als Ziel fehlt: Klärung von Elternaufgaben und Aufgaben, die Kinder je nach Alter übernehmen können.

S. 18: Bei der Einschätzung von Stärken sollte vermerkt werden, dass alle Eigenschaften, die extrem ausgeprägt sind, keine Stärke mehr sind, sondern eine Schwäche, z. B. ein Kind ist hilfsbereit (Stärke), aber vielleicht gibt es sich schon selbst dabei auf (Aufopferung als Schwäche)

S. 19: Bei den Elternfähigkeiten sollte zwischen „normalen“ Phasen und akuten Krankheitsphasen unterschieden werden, denn zwischen diesen Phasen kann es erhebliche Unterschiede geben. Beispielsweise kann eine Mutter, der ihr Kind in der akuten Depression völlig egal ist und die es

weder physisch noch emotional versorgen kann, nach Abklingen der Depression sich ihrem Kind gegenüber wieder sehr zugewandt zeigen.

4. Anmerkungen zum Let´s talk about children - LOG

Da das Programm nur 1:1 übersetzt und nicht ergänzt bzw. leicht geändert werden durfte, im Folgenden sehr konkrete Hinweise und Ergänzungen zu einzelnen Textstellen:

Bei der altersspezifischen Erfassung der Situation des Kindes

Ungeborene / Schwangerschaft

Fragen sollten ergänzt werden um Fragen „Befürwortet der Vater die Schwangerschaft? Steht er zum Kind?“

Darüber hinaus sollte der Abschnitt ergänzt werden um alles, was Fachkräfte speziell bei psychisch erkrankten, schwangeren Müttern berücksichtigen sollten bzw. wissen müssen, z. B. Muss die Mutter aufgrund der Schwangerschaft ihre Medikamente wechseln bzw. deren Einnahme vorübergehend einstellen? Außerdem sollten die Fachkräfte über die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Krankheitsschubes bei bestimmten Krankheiten wie bipolaren Störungen, Schizophrenie und bestimmten Arten von Depressionen an dieser Stelle informiert werden.

0-3 Jahre

II. Vorbemerkung: Die Fragen sind meines Erachtens zu stark auf die Reaktionen des Kindes ausgerichtet. Dann würde ein Kind erst als gefährdet wahrgenommen werden, wenn es bereits sichtbaren Schaden genommen hat. Stattdessen sollte insbesondere bei einer Erkrankung der Mutter der Fokus auf ihre Ressourcen zur Versorgung des Kindes gerichtet sein. (Im Ansatz bei 7.)

Es sollte mehr auf die Interaktion zwischen erkranktem Elternteil und Kind eingegangen werden, da in dieser Zeit die Bindung des Kindes zu seiner primären Bezugsperson aufgebaut wird. Z. B. Kann der erkrankte Elternteil die Bedürfnisse seines Kindes wahrnehmen? Interpretiert er diese richtig? Geht er angemessen auf diese ein? Reagiert er zeitnah?

II. 7. Ergänzen um Frage: Bezieht der erkrankte Elternteil Wut/Schreien des Kindes auf sich?

II.2. Die Frage nach der Beziehung zum Geschwister halte ich aus Sicht eines 0-3jährigen für verfrüht.

IV. 2. Unterstützung durch Verwandte um „Menschen aus dem sozialen Umfeld“ ergänzen.

4-6 Jahre

2. Absatz, Beschreibung von Verhaltensweisen, die zeigen, dass Vorschulkinder sehr belastet sind: Diese Beschreibung umfasst nicht alle möglichen Reaktionen von Kindern und sollte differenzierter sein, z. B. auch die Bindungsforschungsergebnisse berücksichtigen. In meiner Praxis sind mir bereits 2jährige Kinder mit depressiven Müttern begegnet, die diese mit Essen und emotional versorgt haben. Sie wuchsen unter hohen Belastungen auf, zeigten aber keine der im Text genannten Auffälligkeiten. Ihre Schwierigkeiten lagen in anderen Bereichen. Sie hatten z. B. Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen und sich fallen zu lassen. Nicht alle schwer belasteten Kinder zeigen bei der Trennung von ihren kranken Eltern oder mit anderen Erwachsenen Ängste. Manche sind anderen Menschen gegenüber sogar eher distanzlos.

7-12 Jahre

Fragen sollten ergänzt werden um Fragen

- ▷ ausdrücklich nach autoaggressivem Verhalten, da es bei Mädchen eher als aggressives Verhalten vorkommt.
- ▷ Es sollte nicht nur nach Kontakten zu Gleichaltrigen gefragt werden, sondern auch, ob es

Erwachsene gibt, mit dem das Kind gerne Zeit verbringt.

Die Anmerkungen zu den Belastungen, die Schulkinder zeigen, sind zu undifferenziert. Sie gehen nur auf Kinder ein, die die extremen Verhaltensweisen des „stillen Kindes“ zeigen. Es fehlen andere mögliche Reaktionsmuster auf Belastungen von Kindern wie die Rolle des „Helden“ und des „Schwarzen Schafes“.

Insgesamt sind die Einschätzungen zur Situation des Kindes sehr auf die Wahrnehmung des (erkrankten) Elternteils ausgerichtet.

II.4. Ergänzen um z. B.:

- ▷ Extreme Leistungsorientierung
- ▷ Schlechter Umgang mit Misserfolgen
- ▷ Selbstverletzendes Verhalten

II.6. Ergänzen um manipulatives Verhalten des erkrankten Elternteils

III. Erneut zu einseitig: Hier fehlt wieder extremer Ehrgeiz, schlechter Umgang mit Misserfolgen, Selbstwertgefühl des Kindes

V. Frage nach adäquater Bezugsperson, die sich kontinuierlich um Kind kümmert und auf dessen Bedürfnisse eingeht, fehlt.

13-18 Jahre

Fragen sollten ergänzt werden um Fragen

- ▷ nach Autoaggressionen
- ▷ hinsichtlich des Selbstbildes des Jugendlichen
- ▷ nach Aufgaben des Jugendliche zu Hause und ob diese altersangemessen sind

Die Anmerkungen zu den Belastungen, die Jugendliche zeigen, sind genau wie bei denen zu Schulkindern zu undifferenziert. Dieses Mal wird auf Verhaltensweisen von „Schwarzen Schafen“ und „Stillen Kindern“ aufgezeigt. Gefahren der anderen Rollen fehlen, z. B. Selbstverletzungsverhalten.

Fehlt: Bei Jugendlichen stehen vor allem auch die Ablösung von zu Hause im Vordergrund und die Entwicklung einer eigenen Identität. Dies kann insbesondere durch einen erkrankten Elternteil erschwert werden, wenn sich vor allem Mädchen für diesen verantwortlich fühlen und kaum das Haus verlassen und Kontakt zur Peergroup besteht.

Vgl. sonst Anmerkungen zu Schulkindern

Hinweise zur Durchführung des Programms

Nach den möglichen Ängsten der Eltern hinsichtlich der Herausnahme des Kindes und der Umgang von Fachkräften mit dieser Situation sollte auch thematisiert werden wie Fachkräften damit umgehen können, wenn Eltern die Belastungen ihres Kindes nicht wahrnehmen und die Nachfrage nach ihrem Kind mit einer Bemerkung abblocken wollen wie „Meiner Tochter geht es gut. Sie ist gut in der Schule.“

1. Gespräch

Beim Willkommen der Teilnehmer und der Einführung der Methoden

Bei der Einleitung wird nur der andere Elternteil erwähnt. Ich würde eine Teilnahme nicht auf diesen begrenzen, sondern diesen um „wichtige Bezugspersonen“ ergänzen. Nicht immer ist ein

gesunder Elternteil vorhanden oder es gibt stattdessen oder darüber hinaus enge Bezugspersonen des erkrankten Elternteils/Kindes wie Großeltern, Tante/Onkel oder auch Freunde/nicht Verwandte. Dementsprechend sollte bei der Familienstruktur auch nach „erweiterter“ Familie gefragt werden bzw. wichtigen Bezugspersonen von Kind und erkranktem Elternteil.

Bei der Aufnahme der Situation des Kindes zusammen mit den Eltern

Bei den Stärken der Kinder sollte darauf hingewiesen werden, dass Stärken eines Kindes in den Augen der Eltern nicht tatsächliche Stärken sein müssen. Das betrifft vor allem Eigenschaften, die Eltern für sich als angenehm und entlastend empfinden. Beispielsweise können Eltern extreme Hilfsbereitschaft/Verantwortungsbewusstsein ihres Kindes oder dessen Fähigkeit, sich mit sich zu beschäftigen als Stärke werten, wenngleich diese eine Gefahr für ihr Kind sein können, wenn sie nicht mit anderen Fähigkeiten einher gehen bzw. extrem vorliegen. Darauf sollten Eltern bei Bedarf auch von Fachkräften sensibilisiert werden.

2. Gespräch

II. 6. Information: Als Punkt 4 nach Ängsten/Sorgen des Kindes fragen.

III. 2. Ergänzen um einen Umgang mit Wahnvorstellungen und anderen Symptomen. „Was soll ich tun, wenn Mama/Papa sich ... verhält?“

III. 5. Auf die Bedeutung von Anleitung für das Kind sollte eingegangen werden.