

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

**Mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung
erkrankt sind, zusammenarbeiten**

Perspektiven von fallzuständigen Fachkräften der Kinder-und Jugend-
hilfe und Kinder-und Jugendpsychiatrie

Tag der Abgabe: 21.02.2017

Wende, Larissa (7. Semester)

Matr.-Nr.:

Tel.:

Mail: [REDACTED]

Erstgutachter: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweitgutachterin: Frau Jörns-Prentati

Wintersemester 2016/2017

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Psychisch kranke Eltern	3
2.1 Persönlichkeitsstörung	5
2.1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung	7
2.1.1.1 Entwicklung und Verlauf der Krankheit	8
2.1.1.2 Abwehrmechanismen	9
2.1.1.3 Professioneller Umgang	10
2.2 Stigmatisierung	12
2.3 Eltern-Kind Beziehung	13
2.4 Kinder von psychisch kranken Eltern	14
2.5 Bedarfe der Familien	16
2.6 Qualifikationen und Kompetenzen der zuständigen Fachkräfte	19
3. Kooperation der Helfersysteme.....	21
3.1 Das System der Kinder- und Jugendhilfe	22
3.2 Das System Kinder- und Jugendpsychiatrie	25
3.3 Das System der Erwachsenenpsychiatrie	26
4. Fall Mia.....	28
4.1 Fallskizze	29
4.1.1 Familiäre Situation	31
4.1.2 Mutter-Kind Beziehung.....	31
4.2 Forschungsvorhaben in der Praxis	32
4.2.1 Qualitative Forschung als methodischer Zugang	33
4.2.2 Erhebungsmethode	33
4.2.3 Auswertungsmethode	34
4.3 Auswertungen der Ergebnisse.....	35
4.3.1 Fachkraft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	38
4.3.2 Fachkraft in der Kinder- und Jugendhilfe	44
4.3.3 Ergänzungspflegerin.....	50
4.4 Diskussion der Ergebnisse	54
5. Praxisempfehlungen	56
6. Fazit	57
7. Literaturverzeichnis	61

8. Abkürzungsverzeichnis	67
9. Abbildungsverzeichnis	68
10. Anhang.....	69
10.1 Fragebogen.....	74
10.2 Transkriptionen	75
10.2.1 Interview I: zuständige Fachkraft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	75
10.2.2 Interview II: zuständige Fachkraft in der Kinder- und Jugendhilfe	85
10.2.3 Interview III: zuständige Ergänzungspflegerin	94
11. Eigenständigkeitserklärung.....	100

1. Einleitung

Heutige Familienkonstellationen und Problemlagen haben oftmals zur Folge, dass Fachkräfte ihre Aufgaben nicht mehr bewältigen können. Ihnen wird vieles abverlangt. Sie sollen Inklusionsarbeit leisten, die Kinder beobachten, unterstützen und fördern sowie die Eltern anleiten, damit diese Eigeninitiative entwickeln. Diese Aufgabenvielfalt sollte bereits bei Familien, in denen kein Familienmitglied psychisch erkrankt ist, nicht unterschätzt werden. Sind aber Kinder oder Eltern, oder sogar Kinder und Eltern psychisch erkrankt, geraten die fallzuständigen Fachkräfte an ihre fachlichen und organisationalen Grenzen (vgl. Weber 2012, S. 213). „Schätzungsweise eine halbe Million Kinder in Deutschland haben eine psychisch kranke Mutter oder einen psychisch kranken Vater“ (Lisofsky/ Schmitt-Schäfer 2006, S. 19). Eine psychische Erkrankung ist längst kein seltenes Phänomen mehr in unserer Gesellschaft. Kinder, die mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, werden durch das Zusammenleben geprägt. Sie erleben zusätzliche Belastungen innerhalb und außerhalb der Familie. Dies geschieht durch einen Zuwachs an alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen. Diese Kinder stehen unter einem erhöhtem Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken (vgl. Lenz 2009, S. 9). Ungefähr jede fünfte akut psychisch erkrankte Person in einem stationären Setting hat minderjährige Kinder (vgl. Schone/ Wagenblass 2002, S. 204).

Wird von sog. „Grenzgängern“ gesprochen, sind Kinder gemeint, die sich zwischen dem System der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) befinden. Diese Kinder bzw. Jugendlichen nehmen beide Hilfesysteme in Anspruch. Dies führt einerseits zu Abgrenzungs- und Zuständigkeitsproblemen und andererseits zu Kooperationen der Systeme (vgl. Kalter 2004, S. 449). Diese Kinder sind zum Großteil psychosozial stark belastet. Im Laufe eines Hilfeprozesses wird häufig deutlich, dass mindestens auch ein Elternteil Anzeichen für eine psychische Erkrankung aufweist.

„Im Bereich der Jugendhilfe gibt es viele Hilfeanlässe, die jedoch auch einem Wandel unterworfen sind. Ein relativ neuer Anlass für professionelle (im Besonderen ambulante) Hilfen zur Erziehung (HzE) sind psychisch gestörte, bzw. kranke Eltern, die durch die Stärkung der ambulanten aufsuchenden Hilfen sowie expandierender Elternarbeit im Sinne des Aktivierungsparadigmas in das Blickfeld in der Jugendhilfe tätigen SA/SP genommen werden“ (Weber 2012, S. 15).

Die Gründe für die Entstehung einer psychischen Erkrankung sind vielfältig. „Nicht so zu sein wie alle anderen sind, ist in einer Gesellschaft, die zunehmend komplexere Probleme zu lösen hat, funktional störend. Der Umgang mit Nicht-Normalen kostet Aufmerksamkeit und bedeutet Kontrollaufwand, ist zeitintensiv und routinestörend“ (Becker 1999, S. 7). Ist ein Elternteil psychisch erkrankt, werden die meisten Kräfte des gesunden Elternteils für die Versorgung und

Unterstützung des kranken Partners bzw. der kranken Partnerin benötigt. Psychische Erkrankungen greifen nicht nur in das Leben des/der Betroffenen ein. Alle Familienmitglieder werden dadurch beeinflusst (vgl. Pretis/ Dimova 2004, S. 25). Es ist wichtig, die gesamte Familie in dem Hilfeprozess für das Kind zu beachten. Des Weiteren muss die Lebenswelt der Familien berücksichtigt werden (vgl. Weber 2012, S. 182). Allerdings darf hierbei auch nicht vergessen werden, dass das Kind im Hilfeprozess im Fokus steht.

In den Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, gibt es erfahrungsgemäß Schwierigkeiten, einen effektiven Hilfeprozess für das Kind sicher zu stellen. Ein Grund dafür könnte u.a. die ambivalente Eltern-Kind Beziehung sein, die im Laufe der Zusammenarbeit mit der Familie erst sichtbar wird. Eine zu Beginn augenscheinlich stabile Arbeitsbeziehung kann durch missverstandene Ereignisse oder Situationen erschüttert werden, sodass eine effektive Zusammenarbeit mit den Eltern nicht mehr möglich ist. Das heißt allerdings nicht, dass sich ein Hilfeprozess mit Eltern, die nicht psychisch erkrankt sind, einfacher gestaltet bzw. dass die Hilfeprozesse dort immer erfolgreich verlaufen. Letztendlich haben auch die Kinder bzw. Jugendlichen einen Einfluss darauf, ob eine Hilfe erfolgreich verläuft oder nicht. Aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils kann es bei der Interaktion zwischen den Fachkräften und den Eltern zu Missverständnissen und Unstimmigkeiten kommen, die den notwendigen Hilfebedarf für das Kind gefährden (können). „[...] die enorme Zunahme von psychischen Erkrankungen in den betreuten Familien [führt] zu Verstörungen im Helfersystem und den dazugehörigen Institutionen“ (Weber 2012, S. 114). Die Fachkräfte der KJH und der KJP haben innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen wenige Möglichkeiten, quantitativ fallspezifische Elternarbeit zu leisten und geraten darüber hinaus an Grenzen ihrer Kompetenz und der Kommunikation (vgl. Weber 2012, S.213). Festzuhalten ist, dass mit psychisch kranken Eltern anders zusammengearbeitet werden muss als mit psychisch unbelasteten Eltern. Besonders die Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, ist herausfordernd.

Die Zusammenarbeit mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, erfordert umfassende Kenntnisse der möglichen Zusammenhänge dieser psychischen Erkrankung. Die Symptomvielfalt stellt die zuständigen Fachkräfte vor große Herausforderungen. Aufgrund der Erkrankung fällt es den Betroffenen schwer, konstante Beziehungen einzugehen. Innerhalb der Arbeit wird das Ausmaß der individuellen Defizite deutlich (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 184 f.). Es existiert eine Forschungslücke zum Thema “Psychisch erkrankte Eltern im Kontext der KJH und KJP“. Die bisher angeführten Aspekte machen die Präsenz und Relevanz des Themas “Mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind,

zusammenarbeiten“ deutlich. Diese Arbeit setzt sich demnach mit der Fragestellung auseinander, inwiefern für Fachkräfte der KJH und der KJP, die mit Eltern zusammenarbeiten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, besondere Herausforderungen entstehen und welche konkreten Ansätze zukünftig verfolgt werden sollten.

Nach der Einleitung folgen nun die weiteren Kapitel dieser Arbeit. Das zweite Kapitel setzt sich mit der Thematik “Psychisch kranke Eltern“ auseinander. In diesem Zusammenhang werden Themen wie Persönlichkeitsstörung (insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung), Stigmatisierung, Eltern-Kind Beziehung, Kinder von psychisch kranken Eltern, Bedarfe der Familie sowie Qualifikationen und Kompetenzen der fallzuständigen Fachkräfte behandelt. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird ausführlich dargestellt, da der Schwerpunkt dieser Arbeit bei Eltern liegt, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit der Thematik “Kooperation der Helfersysteme“. Deswegen werden in diesem Kapitel die Systeme KJH, KJP und Erwachsenenpsychiatrie erklärt. Das vierte Kapitel beinhaltet den empirischen Teil dieser Arbeit. Innerhalb dieses Kapitels wird der Fall Mia, das Forschungsvorhaben sowie die Auswertungen der Interviewergebnisse dargestellt. Am Ende des vierten Kapitels erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse. Das fünfte Kapitel beinhaltet eine Praxisempfehlung. Die Arbeit endet mit einem Fazit im sechsten Kapitel.

2. Psychisch kranke Eltern

Psychische Erkrankungen betreffen den gesamten Menschen. Die psychische Erkrankung wirkt sich auf das Denken, Fühlen und Wahrnehmen der Betroffenen aus. Auch das soziale Umfeld der betroffenen Person wird durch die Erkrankung beeinflusst (vgl. Schone/ Wagenblass 2002, S. 40). Die Diagnoseerstellung erfolgt mit Hilfe des ICD-10 (International Classification of Diseases) in Deutschland und des DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) in den USA.

Das Thema “Elternschaft psychisch kranker Menschen“ wird nur äußerst selten im psychosozialen Kontext, im klinischen Kontext und in der Wissenschaft behandelt. Der Fokus liegt in der Fachliteratur überwiegend auf den Kindern von psychisch kranken Eltern. Es ist heutzutage keine Selbstverständlichkeit, dass betroffene Eltern im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung nach ihrer Elternrolle und nach ihren Kindern gefragt werden und ob ggf. ein Hilfe- und Unterstützungsbedarf vorhanden ist. Wird offen über die Probleme und die Lebenssituation der Eltern gesprochen, besteht die Möglichkeit, dass ein Zugang zur Familie entsteht. Dadurch können Ansatzpunkte abgeleitet werden, um präventive und therapeutische Maßnahmen (für die Kinder) einzuleiten (vgl. Lenz 2012, S. 31).

„Psychisch kranke Menschen haben im Durchschnitt etwa genau so häufig Kinder, wie psychisch Gesunde. Etwa 10 bis 20 % der stationär behandelten psychiatrischen Patienten haben minderjährige Kinder, für deren Versorgung sie zuständig sind. In Deutschland erleben etwa drei Millionen Kinder im Verlaufe eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung [...]“ (Mattejat et al. 2011, S. 17).

Ist ein Familienmitglied psychisch erkrankt, wirkt sich die Erkrankung auf die gesamte Familie aus. Die Beziehungen untereinander und die Situation der einzelnen Familienmitglieder sind betroffen (vgl. Schone/ Wagenblass 2002, S. 11). Um festzustellen, ob tatsächlich bei einem Menschen eine psychische Erkrankung vorhanden ist, sind die Stärke und Anzahl der Symptome, die psychosozialen Beeinträchtigungen, die Leistungsbeeinträchtigungen sowie die Dauer der Symptomatik und der Beeinträchtigung zu betrachten (vgl. Lenz 2014a, S. 18). Der Beginn einer psychischen Erkrankung wird von genetischen und psychosozialen Aspekten beeinflusst. Inwiefern und in welchem Ausmaße belastende Umweltfaktoren auf eine Person einwirken, hängt von ihren Genen ab (Vulnerabilität). Genetische Faktoren und Umweltfaktoren sind gleichermaßen bei der Entstehung einer psychischen Erkrankung von Bedeutung (vgl. Lenz 2014a, S. 43).

„Psychisch kranke Eltern stellen eine Risikogruppe für Kindeswohlgefährdungen dar“ (Lenz 2014a, S. 51). In akuten Krankheitsphasen ist die Erziehungsfähigkeit des psychisch erkrankten Elternteils beeinträchtigt. Die Eltern werden in Bezug auf die Erziehung der Kinder unsicher und gehemmt. Bei ihnen entsteht das Gefühl, dass sie nicht in der Lage sind, ihre Kinder ausreichend zu fördern und zu versorgen (vgl. Lenz 2008, S. 112 f.).

„Psychisch kranke Eltern sind oftmals nicht in der Lage, den emotionalen Austausch mit dem Kind herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, um dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Die Kinder entwickeln gehäuft unsichere und desorganisierte Bindungsmuster [...]“ (Lenz 2014b, S. 48).

Arbeitet man im Beratungskontext mit psychisch kranken Eltern zusammen, muss man geduldig sein. Psychisch kranke Menschen benötigen viel Zeit, um sich auf einen Beratungskontext einzulassen. Inwieweit sie bereit sind, etwas zu verändern und mit welcher Haltung sie an den Hilfeprozess herantreten, ist abhängig von dem Störungsbild, dem Krankheitsverlauf und der Persönlichkeit. Ihre Kooperationsbereitschaft und ihre Verhaltens- bzw. Veränderungspotentiale sind verschieden. Manche Eltern sind nicht in der Lage zu erkennen, in welcher familiär angespannten Situation sie sich befinden. Sie wollen die Themen im Beratungskontext lenken und beeinflussen. Empfehlungen aus fachlicher Sicht werden zwar wahrgenommen, aber nicht immer umgesetzt. Veränderungen können nur langsam verwirklicht werden. In der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Menschen sind Rückschritte keine Seltenheit. Die Erkrankung

kann den Beratungskontext prägen und verschiedene Herausforderungen hervorrufen (vgl. Ebner/ Raiss 2006, S. 99 f.). Damit die psychisch Erkrankten selber lernen mit ihrer Krankheit umzugehen, ist es von großer Bedeutung, dass sie dem Thema offen und offensiv entgegentreten. Niemand ist vor einer psychischen Erkrankung sicher und es kann jeden treffen (vgl. Mattejat 2014, S. 73). Die Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, die in der Jugendhilfe tätig sind, werden am häufigsten in ihrer Arbeit mit folgenden Krankheitsbildern der Eltern konfrontiert: Borderline-Persönlichkeitsstörung, Depression, Angststörung und Schizophrenie (vgl. Weber 2012, S. 59 ff.). Im nachfolgenden Abschnitt wird das Thema Persönlichkeitsstörung behandelt, um anschließend auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung einzugehen.

2.1 Persönlichkeitsstörung

Charakter, Verhaltensmuster und Individualität spiegeln die Persönlichkeit eines Menschen wieder. Die Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen können gegenübergestellt werden und die eigene Persönlichkeit kann mit Persönlichkeiten anderer Menschen verglichen werden (vgl. Fleischhacker/ Hinterhuber 2012, S. 293).

„Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht“ (Fiedler 2007, S. 2).

Eine Persönlichkeitsstörung ist üblicherweise erst dann vorhanden, wenn ein gewisser Leidensdruck für die betroffene Person entsteht oder es zu dissozialen Verhaltensweisen kommt. Persönlichkeitsstörungen sind nicht einfach zu diagnostizieren. Bei der Diagnoseerstellung sind persönliche, zwischenmenschliche, wissenschaftliche und gesellschaftliche Bereiche betroffen (vgl. Fiedler 2007, S. 3). Die allgemeine Definition der Persönlichkeitsstörung trifft nach Saß (2015) auf alle spezifischen Formen von Persönlichkeitsstörung zu:

„A. Ein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche:

1. Kognition (d.h. die Art, sich selbst, andere Menschen und Ereignisse wahrzunehmen und zu interpretieren).
2. Affektivität (d.h. die Variationsbreite, Intensität, Labilität und Angemessenheit emotionaler Reaktionen).
3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen.
4. Impulskontrolle.
5. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.

B. Das überdauernde Muster führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

- C. Das Muster ist stabil und lang andauernd, und sein Beginn ist mindestens bis in die Adoleszenz oder ins frühe Erwachsenenalter zurückzuverfolgen.
- D. Das überdauernde Muster lässt sich nicht besser als Manifestation oder Folge einer anderen psychischen Störung erklären.
- E. Das überdauernde Muster ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z.B. Hirnverletzung)“ (Saß 2015, S. 885).

Es ist schwierig, eine Trennlinie zwischen Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitseigenarten zu ziehen. Auch bei einem starken Leidensdruck ist es für die betroffene Person nicht ersichtlich, dass sie krank ist. Nur für Außenstehende und professionelle Fachkräfte ist die Persönlichkeitsstörung erkennbar (vgl. Fiedler 2007, S. 5 f.). Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung empfinden ihr abweichendes Verhalten als eine Eigenschaft ihrer Persönlichkeit (Ich-Syntonie). Sie sind jedoch in der Lage, durch immer wiederkehrende Interaktionsprobleme, ein unklares und verworrenes Gefühl der “Gestörtheit“ zu entwickeln. Bei anderen psychischen Störungen hingegen erleben die betroffenen Personen die psychische Störung als etwas, das nicht zu ihrer Person gehört. Deswegen möchten diese Personen ihre Erkrankung wieder loswerden (Ich-Dyston) (vgl. Fiedler 2007, S. 6). Erachtet die betroffene Person ihr Verhalten als veränderungsnotwendig, können die auffälligen Personeneigenschaften thematisiert und ggf. geändert werden (Ich-Dyston). Ist dies nicht der Fall, handelt es sich um eine ich-syntone Persönlichkeitsstörung. Im Zusammenhang mit der Ich-Syntonie steht die Uneinsichtigkeit der Erkrankung mit der möglichen Folge, dass die Persönlichkeitsstörung nicht rückgängig zu machen ist (vgl. Fiedler 2007, S. 7).

Die Ursachen für die Entstehung einer Persönlichkeitsstörung sind sehr vielfältig. Es existieren zwischenmenschliche, gesellschaftliche und gesundheitspolitische Variablen, die sich gegenseitig bedingen und zu der Lebensgeschichte der betroffenen Person zählen. Eine Persönlichkeitsstörung ist als Teil eines gesamten Vorgangs zu betrachten (vgl. Fiedler 2007, S. 443). Anbei werden drei Beispiele¹ von Persönlichkeitsstörungen aufgelistet. Ein markantes Merkmal der *paranoiden Persönlichkeitsstörung* ist Misstrauen. Die betroffenen Personen denken, dass das Handeln anderer böswillige Absichten beinhaltet (vgl. Saß 2015, S. 883). Bei der *schizophrenen Persönlichkeitsstörung* sind zwischenmenschliche Beziehungen von Distanziertheit und begrenzter Emotionalität geprägt (vgl. Saß 2015, S. 883). Bei der *emotional instabilen Persönlichkeitsstörung* unterscheidet man zwischen dem impulsiven Typ und dem Borderline-Typ

¹ Es existieren noch weitere Formen der Persönlichkeitsstörung. Die Darstellungen haben nicht den Anspruch, die Störungsbilder umfassend zu beschreiben, sondern sie sollen eine Vorstellung von den einzelnen Störungen vermitteln.

(vgl. Dilling et al. 2015, S. 280). Auf den Borderline-Typ wird im nächsten Abschnitt eingegangen, da in dem Fall Mia, der in dieser Arbeit behandelt wird, Mutter und Tochter an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. Außerdem ist die Fragestellung dieser Arbeit auf Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ausgerichtet.

2.1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben mit vielen Klischees und Vorurteilen zu kämpfen. Die Ansichten, dass diese Menschen nichts anderes tun als sich zu ritzen und dass dieses Krankheitsbild ein Trend bei Jugendlichen ist, um ihre Pubertät auszuleben, existieren leider nicht nur bei Laien. Auch bei den professionellen Fachkräften werden diese Ansichten teilweise vertreten (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 173).

Seit Ende der achtziger Jahre wird die Borderline-Störung als Persönlichkeitsstörungen klassifiziert. Vorher zählte sie zu den schizophrenen Psychosen. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind verschiedene Bereiche der Persönlichkeit beeinträchtigt. Betroffene Personen sind eher unausgeglichen und haben Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen. Sie sind ambivalent und impulsiv in ihrem Verhalten und in ihren Stimmungen und sie haben ein verzerrtes Selbstbild. Sie verletzen bzw. schädigen sich selbst und es mangelt ihnen an Selbstkontrolle. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung denken in schwarz und weiß, Zwischentöne existieren nur selten. Entweder ist etwas bzw. jemand gut oder schlecht (vgl. Schone/ Wagenblast 2002, S. 39). Um die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung zu stellen, wird viel Zeit benötigt. Dadurch, dass Symptome einer Neurose und einer Psychose auftreten können und andere psychische Erkrankungen parallel auftreten können, ist eine Diagnoseerstellung kompliziert und anspruchsvoll. Die Faktoren, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auslösen können, sind strittig. Betroffene Personen werden aufgrund ihres Verhaltens als "Grenzgänger" betitelt. Sie haben ein Nähe- und Distanzproblem. Resultate können unkontrollierte Wutausbrüche oder Selbsthass (reicht von Selbstverletzungen bis hin zu Suizidversuchen) sein (vgl. Weber 2012, S. 60). Typische Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind u.a. Angst, Dissoziation, Suizidalität, Essstörung, Störung der Sexualität, selbstverletzendes Verhalten sowie antisoziales Verhalten (vgl. Kernberg et al. 2004, S. 227 ff.). Des Weiteren sind folgende Themen bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als problematisch und herausfordernd zu betrachten: Emotionsregulation, Stress, Spannungszustände, Schmerzwahrnehmung und zwischenmenschliche Beziehungen (vgl. Sendera/ Sendera 2016, S. 16 ff.). Im ICD-10 wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung wie folgt definiert:

„Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und «innere Präferenzen» (einschließlich der sexuellen) 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 Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen)“ (Dilling et al. 2015, S. 280).

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vergleichen ihr Leben oftmals mit einer andauernden Achterbahnfahrt. Sie sind auf der ständigen Suche nach Ruhe und Ausgleich und haben das Gefühl nicht geliebt zu werden und haltlos zu sein. Dieser Leidensdruck darf nicht unterschätzt werden (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 173). Das Hauptmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die Instabilität im Hinblick auf Stimmungen und Aktivitäten. Durch diese Instabilität können Identitätsprobleme, gestörte Impulskontrollen, Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen sowie Konflikte entstehen (vgl. Fiedler 2007, S. 170).

„An typischen Verhaltensmerkmalen sind neben unangemessener Wut und aggressiven Durchbrüchen unter emotionaler Belastungen auch autoaggressive Impulse und Handlungen bis hin zu teils drastischen Selbstverletzungen oder parasuizidale Gesten zu nennen. Im extremen Störungsbild können affektive Störungen koexistieren“ (Fiedler 2007, S. 170).

Um eine Borderline-Persönlichkeitsstörung umfassend zu diagnostizieren, ist es von großer Bedeutung, die psychischen und körperlichen Begleiterkrankungen (z.B. Essstörung oder Angst- und Zwangsstörung) sowie den Schweregrad der Erkrankung zu erfassen und zu berücksichtigen (vgl. Sendera/ Sendera 2016, S. 14). Um ein Verständnis für die Krankheit zu erlangen, ist es wichtig, folgende Annahme zu berücksichtigen und zu verinnerlichen: Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind hinsichtlich ihrer affektiv-kognitiven Beziehungserfahrungen eingeschränkt. Der Grund für diese Einschränkung ist u.a. eine verzögerte Entwicklung des Selbstwertsystems (vgl. Fiedler 2007, S. 177). Männer und Frauen können an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkranken. Allerdings ist die Zahl der Frauen, die klinisch behandelt werden, mehr als doppelt so groß ist wie die der Männer (vgl. Lawson/ Köstlin 2015, S. 11). Um auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung genauer einzugehen, werden in den drei nachfolgenden Abschnitten Themen wie Entwicklung und Verlauf der Krankheit, Abwehrmechanismen sowie professioneller Umgang mit der Krankheit behandelt.

2.1.1.1 Entwicklung und Verlauf der Krankheit

Aus der Komplexität des Krankheitsbildes ergeben sich entsprechend unterschiedliche Entwicklungen und Verläufe dieser Krankheit. Im jungen Erwachsenenalter treten die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung am häufigsten und besonders ausgeprägt in Erscheinung.

Instabile Verhaltensweisen und impulsive Ausbrüche zeigen sich. Krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und Suizidversuche treten vermehrt im jungen Erwachsenenalter auf. In diesem Zusammenhang kommt es zu Kontaktaufnahmen mit Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung existieren meist ein Leben lang. Allerdings klingen die Symptome ab, je älter die Personen werden. Ein therapeutisches Setting ist maßgeblich für Verbesserungen und Veränderungen, die oftmals im ersten Jahr der Behandlung eintreten (vgl. Saß 2015, S. 912). Eine funktionierende therapeutische Beziehung ist von großer Bedeutung bei der Behandlung von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und daher die Grundlage für eine professionelle Zusammenarbeit (vgl. Sendera/ Sendera 2016, S. 73). Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist nicht heilbar, sondern nur behandelbar. Auch im hohen Alter existieren die Symptome. Jedoch tragen die erlernten und entwickelten Selbstheilungskräfte und Ressourcen dazu bei, dass die Ausprägungen der verschiedenen Symptome immer geringer werden (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 179).

2.1.1.2 Abwehrmechanismen

Die Abwehr hat als Hauptaufgabe, Erlebnisse zu verdrängen. Mit Hilfe der Verdrängung wird die eigene Person geschützt, indem negative Erinnerungen in den Hintergrund treten (vgl. Schmiedgen et al. 2014, 182). Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung schützen sich u.a. durch diese sechs Abwehrmechanismen: Bei der *Spaltung* werden Zusammenhänge zerteilt (nicht als Ganzes betrachtet) und verschiedenen Personen zugeordnet. Dadurch entwickelt sich das Schwarz-Weiß-Denken. Bei der *Projektion* werden die Verhaltensmuster oder Gefühle der erkrankten Person auf eine andere Person übertragen. Diese projizierten Teilbereiche werden dann so von der erkrankten Person erlebt, als würden sie zu der anderen Person gehören und nicht mehr zu ihr selbst. Die *Projektive Identifikation* hat zur Folge, dass die eigenen negativen Erfahrungen auf eine andere Person übertragen werden und diese Person dann unbewusst diese Erfahrungen erlebt. Die *Introjektion* tritt ein, wenn eine bedrohliche Situation entsteht. Zum Schutz werden dann Gefühle, Gedanken oder Werte von anderen Menschen übernommen. Im Zusammenhang mit der *Konversion* werden innere Konflikte in körperliche Symptome umgewandelt und auf ein Körperteil übergeben. Das kann zur Folge haben, dass die betroffene Person z.B. erblindet oder gelähmt ist. Der letzte wesentliche Abwehrmechanismus ist die *Verleugnung bzw. Leugnung der Realität*. Veränderungen werden zwar wahrgenommen, aber sie werden geleugnet und nicht akzeptiert (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 182).

Bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann es immer wieder zu Schwankungen kommen zwischen Zuneigung und Ablehnung. Die Spaltung dient dazu, mit bedrohlichen Situationen, die in instabilen zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen können, umzugehen (vgl. Fiedler 2007, S. 180). Die Folgen von einer Spaltung sind jedoch, dass die betroffenen Personen kein Konfliktverhalten bzw. Konfliktbewusstsein entwickeln und sich nur schwer auf veränderte Interaktionsmuster einlassen können (vgl. Lohmer 2004, S. 77). Bei der projektiven Identifikation wird das Verhalten der anderen Person wirklich verändert. Die Verleugnung fördert den Prozess der Spaltung. Durch die Verleugnung kommt es in bedrohlichen Situationen oder Konfliktsituationen dazu, dass keine Angst oder Besorgnis bei den Betroffenen vorhanden ist (vgl. Lohmer 2004, S. 77). Zu den sechs o.g. Abwehrmechanismen gehören noch weitere wie z.B. Idealisierung, Entwertung und omnipotente Kontrolle. Bei der Idealisierung wird eine Person als fehlerfrei und perfekt erachtet. Im Gegensatz dazu steht die Entwertung, die sich mit der Idealisierung abwechselt. Hier wird eine Person als wertlos und fehlerhaft gesehen. Die omnipotente Kontrolle führt dazu, dass die entwertete Person kontrolliert wird und der/die Erkrankte sich selbst als allmächtig versteht (vgl. Lohmer 2004, S. 77).

Die dargestellten Symptome, Entwicklungen und Abwehrmechanismen der Erkrankungen führen zu der Annahme, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine komplexe psychische Erkrankung handelt und dass der Umgang mit den betroffenen Personen anspruchsvoll und schwierig sein könnte. Wie genau ein professioneller Umgang aussehen sollte, wird im nächsten Abschnitt deutlich.

2.1.1.3 Professioneller Umgang

Im Umgang mit Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, kann es immer wieder zu Widersprüchen, Missverständnissen und Rollenkonflikten kommen. Die professionellen Fachkräfte sollten den Betroffenen in diesen Situationen mit Empathie und Geduld begegnen. Um mit den Betroffenen auf der Sachebene zu kommunizieren, sind ausreichend Fachwissen und Reflexionsvermögen notwendig (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 185). Es ist wichtig, Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Regelmäßigkeiten zu vermitteln, da sie i.d.R. Schwierigkeiten mit Strukturen und der eigenen Selbstwirksamkeit haben. Die Gründe dafür können Vernachlässigung im Kindesalter und/oder fehlende Bindungen sein (vgl. Fiedler 2007, S. 351).

„Der Umgang mit Borderline-Persönlichkeitserkrankten erfordert auf der einen Seite ein umfassendes Verständnis der unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und andererseits ein individuelles Vorgehen auf Basis der Biografie des einzelnen Betroffenen. [...] Die Symptomvielfalt von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt den einzelnen Mitarbeiter

oft vor große Herausforderungen. Die innere Zerrissenheit und das schwache Identitätsgefühl des Betroffenen spiegeln sich vor allem in der wechselhaften Beziehungsgestaltung zu Personen ihres Umfelds wider. Oftmals wirken erkrankte Menschen auf ihr Umfeld sehr kompetent und werden teilweise sogar als schillernde Persönlichkeit wahrgenommen-die sie zweifelsohne auch sein können. Häufig zeigen sich erst im konkreten Umgang die Komplexität des Erkrankungsbildes und das Ausmaß der individuellen Defizite“ (Schmiedgen et al. 2014, S. 184 f.).

Beziehungsarbeit ist in der Zusammenarbeit mit betroffenen Person von großer Bedeutung. Eine tragfähige Beziehung sollte emotionale Konstanz und Zuverlässigkeit widerspiegeln und Belastungen standhalten. Damit Abhängigkeiten vermieden werden, sollte der Schwerpunkt darauf gelegt werden, dass die Betroffenen ihre Eigenständigkeit und Entscheidungsfreiheit wiedererlangen oder dass diese unterstützt werden. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben den Hang dazu, Fachkräfte zu instrumentalisieren und einzunehmen (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 185). Besonders in der Beziehungsarbeit mit Borderline-Patienten besteht die Gefahr, dass die zuständigen Fachkräfte komplett vereinnahmt werden (vgl. Weber 2012, S. 225). Die Beziehung zwischen der professionellen Fachkraft und der erkrankten Person wird seitens der erkrankten Person vermehrt auf die Probe gestellt, um zu überprüfen, ob sie wirklich tragfähig ist. Sie benötigen das Gefühl von einer zwischenmenschlichen Sicherheit und wollen “ausgehalten“ werden (vgl. Fiedler 2007, S. 348 f.).

Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, wenden sich zum Großteil erst sehr spät an zuständige Institutionen. Sie nehmen erst dann Kontakt auf, wenn die Familie sich bereits in einer massiven Krise befindet. Allerdings ist bei rechtzeitiger Intervention nicht gesagt, dass Hilfeprozesse stattfinden bzw. erfolgreich verlaufen. Fehlendes Wissen über diese Krankheit auf Seiten der Institutionen kann dazu führen, dass Hilfeprozesse ausbleiben oder misslingen. Des Weiteren besteht die Gefahr, dass den zuständigen Institutionen nicht das nötige Vertrauen für eine funktionierende Zusammenarbeit entgegengebracht wird. Es entstehen Misstrauen und Missverständnisse (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015, S. 13).

Das Leben von Müttern², die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, ist geprägt durch Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung sowie durch soziale und/oder finanzielle Probleme (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015, S. 15). Mütter mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind oftmals aufgrund ihrer eigenen Vorgeschichte nicht in der Lage, destruktive Verhaltensweisen zu unterbinden (vgl. Lawson/ Köstlin 2015, S. 21). Der Beziehungsaufbau und der Umgang mit Müttern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind,

² An dieser Stelle wird explizit auf die Mütter eingegangen, da in dem Forschungsvorhaben dieser Arbeit ein Fall behandelt wird, in dem die Mutter eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hat.

gestalten sich schwierig. Die Impulsivität und emotionale Instabilität tragen dazu bei, dass Bezugspersonen diese Beziehungen nur schwer ertragen. Problematisch ist auch, dass Außenstehende die Stimmungsschwankungen, Widersprüchlichkeiten und selbstverletzenden Verhaltensweisen nicht in ihrem tatsächlichen Ausmaß erleben. Den betroffenen Personen gelingt es sogar, professionelle Fachkräfte (z.B. Notärzte und Notärztinnen) zu täuschen. Demnach ist es für Bezugspersonen oder bspw. ASD-MitarbeiterInnen schwierig, den tatsächlichen Hilfebedarf oder das Gefährdungspotential (für die Kinder) einzuschätzen (vgl. Weber 2012, S. 224). Kommt es zu der Situation, dass Kinder aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern (und der Kinder) fremderzogen werden müssen, ist eine Zusammenarbeit mit den Eltern im Interesse des Kindes i.d.R. zwingend notwendig. Die leiblichen Eltern haben für die Kinder eine bedeutende Rolle. Demnach sollten die Fachkräfte den Eltern mit einer akzeptierenden Haltung begegnen (vgl. Vierzigmann 2006, S. 1). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein sehr vielschichtiges Krankheitsbild. Daher können im Rahmen dieser Arbeit nicht alle Aspekte der Störung berücksichtigt werden. Im nachfolgenden Abschnitt wird auf das Thema „Stigmatisierung“ eingegangen.

2.2 Stigmatisierung

Psychisch Erkrankte und ihre Angehörigen werden regelmäßig mit Vorurteilen und Stigmatisierung konfrontiert. Der Stempel „Psychisch krank“ hat zur Folge, dass die Betroffenen und die Angehörigen an Lebensqualität verlieren. Stigmatisierung führt bei den Betroffenen zu Demütigungen (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 26 f.).

„»Stigmatisierung« bedeutet, dass Menschen mit psychischen Krankheiten in abwertender Weise betrachtet oder wegen ihrer Krankheit diskriminiert werden. Viele psychisch kranke Menschen fürchten eine Stigmatisierung, d.h., sie befürchten, dass sie wegen ihrer Krankheit noch zusätzliche negative Konsequenzen erdulden müssen. Die Stigmatisierung ist ein Grund dafür, warum psychische Erkrankungen häufig tabuisiert werden: Die Betroffenen haben das Gefühl, dass sie ihre Erkrankung verheimlichen müssen; sie finden nicht den Mut, offen über ihre Erkrankung zu sprechen. [...] Die Krankheit wird von Patienten und Angehörigen verheimlicht, verschwiegen oder verleugnet; notwendige und effektive Behandlungen werden nicht wahrgenommen“ (Mattejat 2014, S. 71).

In vielen Köpfen bestehen die Vorstellungen, dass psychisch kranke Menschen charakter- schwach sind, dass sie gefährlich sind oder an ihrer Erkrankung selber schuld sind (vgl. Lenz 2014a, S. 77). Familien, in denen jemand psychisch erkrankt ist, kapseln sich einerseits selber ab, andererseits werden sie gemieden. Bei somatischen Erkrankungen ist es eine Selbstverständlichkeit, dass der/die Betroffene Unterstützung erhält. Psychisch zu erkranken liegt bei

vielen Menschen außerhalb des Vorstellungsvermögens. Daher erhalten sie vom sozialen Umfeld i.d.R. weniger Zuwendung (vgl. Christiansen/ Pleininger-Hoffmann 2006, S. 66). Der nachfolgende Abschnitt setzt sich mit dem Thema "Eltern-Kind Beziehung" auseinander.

2.3 Eltern-Kind Beziehung

Psychisch kranken Eltern fällt es schwer, emotionale Bindungen einzugehen. Ihren Erziehungsaufgaben werden sie nur bedingt gerecht. Sie vermeiden Konflikte und die Kinder erhalten nicht kindgerechte Aufgaben. Kinder sind für psychisch kranke Eltern häufig eine Kraftquelle und sie ermutigen sie dazu durchzuhalten (vgl. Weber 2012, S. 70). Kindern werden durch die psychische Erkrankung der Eltern jedoch stark belastet. Treten bei den Kindern Probleme auf, führt das dazu, dass die psychische Verfassung der Eltern beeinträchtigt wird. Die negative Entwicklung wirkt sich dann wieder auf das Kind aus. Somit befinden sich Eltern und Kinder in einem Teufelskreislauf. Dieser Teufelskreis muss aufgebrochen werden, indem bei den Hilfen für diese Familien die Kinderebene, die Elternebene und die Familienebene berücksichtigt werden (vgl. Lenz 2014a, S. 327). Zwischen psychisch kranken Eltern und ihren Kindern kann eine unterstimulierende oder überstimulierende Interaktion entstehen. Bei der unterstimulierenden Interaktion wird das Kind nicht ausreichend gefördert und es bekommt keine Anreize sich zu entwickeln. Es kommt zu Regulationsstörungen bei den Kindern. Hinzukommt eine kognitive und sozial-emotionale Verzögerung in der Entwicklung. Bei einer Überstimulation hingegen werden die Bedürfnisse des Kindes übergangen. Das Kind erhält zwar Anreize, allerdings haben die Eltern dabei nur ihre Wünsche und Bedürfnisse im Blick. Sie überfordern das Kind. Besonders bei Eltern, die an einer Depression, Manie, Angststörung, schizophrenen Psychose oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, kommt es zu einer überstimulierenden Interaktion (vgl. Lenz 2014b, S. 49).

Durch die psychische Erkrankung der Eltern werden die Grenzen in der Familie unklar. Diese Grenzen sind jedoch von großer Bedeutung und kennzeichnen den Unterschied zwischen Kinderrolle und Elternrolle. Werden Generationsgrenzen undeutlich spricht man von einer Parentifizierung. Das bedeutet, dass die Kinder eine Eltern- oder Partnerrolle einnehmen. Eine Parentifizierung trifft in vielen Familien auf, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Das hat zur Folge, dass die Kinder völlig überfordert sind. Sie berücksichtigen ihre eigenen Bedürfnisse nur noch bedingt. Dadurch kann die Entwicklung beeinträchtigt werden. Welche Auswirkungen die Parentifizierung auf die Kinder hat, hängt davon ab, ob eine instrumentelle oder emotionale Parentifizierung präsenter ist. Bei der instrumentellen Parentifizierung übernehmen die Kinder z.B. Haushaltsaufgaben. Bei der emotionalen Parentifizierung hingegen werden die

Kinder mit nicht altersgerechten Angelegenheiten konfrontiert oder es wird ein unangemessenes Ausmaß an Liebe und Zuneigung von ihnen verlangt (Partnerersatz). Grundsätzlich ist die emotionale Parentifizierung für ein Kind schädlicher und bedrohlicher. Sie wird oftmals nicht erkannt und belastet die Kinder emotional stärker als die instrumentelle Parentifizierung (vgl. Lenz 2012, S. 18).

Die Elternschaft wird von psychisch kranken Eltern als wechselhaft und sehr komplex empfunden. Einerseits schöpfen die Eltern aus den Kindern Kraft und andererseits haben die Eltern Angst in der Erziehung zu versagen oder ihre Kinder zu verlieren. Dadurch entstehen starke Belastungen für die Eltern und diese sind nicht förderlich für den Krankheitsverlauf und den Genesungsprozess (vgl. Lenz 2014a, S. 64 f.). Bei Müttern mit einer Schizophrenie, einer Depression oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigen sich Auffälligkeiten bei der Erziehung der Kinder. Ähnliche Auffälligkeiten können aber auch bei Müttern bzw. Eltern auftreten, die sich in anderen Belastungssituationen befinden. Geringes Interesse, wenig Einfühlungsvermögen, negative Gefühle seitens der Eltern prägen den Umgang zwischen psychisch kranken Eltern und ihren Kindern (vgl. Lenz 2012, S. 17). Die Lebenswelt der Kinder von Müttern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, beinhaltet oftmals strukturelle Defizite, Unsicherheiten, Ängste, Beziehungslosigkeit, Scham, Schuld, Chaos und Wut (vgl. Weber 2012, S. 181). Einigen psychisch erkrankten Müttern fällt es schwer, auf die Bedürfnisse ihres Kindes einzugehen. Damit sich in solchen Situationen eine Mutter-Kind Beziehung nicht zum Negativen entwickelt, sind therapeutische Ansätze notwendig. Hierbei wird die Mutter-Kind Interaktion gefördert und destruktive Verhaltensweisen verändert (vgl. Lenz 2012, S. 56). Die angeführten Aspekte gelten nicht nur bei Müttern, sondern auch bei Vätern. In dem nächsten Abschnitt wird die Situation der Kinder, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, geschildert.

2.4 Kinder von psychisch kranken Eltern³

Es existieren keine zuverlässigen Aussagen, ob Gefährdungspotenziale, je nach psychischer Erkrankung der Eltern, variieren. Jedoch soll das Gefährdungspotential bei Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung am höchsten sein (vgl. Lenz 2014a, S. 26). Bei Kinder von psychisch kranken Eltern ist das Risiko groß, dass sie selber eine psychische Störung entwickeln. Etwa

³ Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt zwar bei den Eltern und nicht bei den Kindern, trotzdem ist es von Bedeutung, um u.a. die Dynamiken in diesen Familien nachvollziehen zu können, einen kleinen Einblick in die Perspektive der Kinder zu bekommen, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen.

die Hälfte der psychisch kranken Kinder in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen leben mit einem psychisch kranken Elternteil zusammen (vgl. Mattejat/ Remschmidt 2008, S. 413 f.). Kinder, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, haben häufig keine Bezugspersonen, an die sie sich wenden können und sie sprechen nur selten über ihre Probleme und Belastungen. Das hat zur Folge, dass diese Kinder destruktive Verhaltensweisen an den Tag legen, um mit ihrer Situation zurechtzukommen. Erst dann, wenn die Kinder Auffälligkeiten zeigen, wird ihnen geholfen. Allerdings haben auch die Kinder, die trotz der psychischen Erkrankung der Eltern funktionieren und keine Auffälligkeiten zeigen, dringend Hilfe nötig (vgl. Heim 2014, S. 60 f.). Wachsen Kinder mit einer Mutter auf, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt ist, ist ihre Lebenswelt durch eine unsichere Bindung zu ihrer Mutter geprägt. Bei diesen Kindern besteht die Gefahr, dass sie aggressive, gewalttätige oder depressive Verhaltensweisen entwickeln sowie selber an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkranken. Eine Borderline-Persönlichkeitsstörung kann von den Eltern an die Kinder weitergegeben werden. Deshalb ist es von großer Bedeutung, dass frühzeitig gehandelt wird (vgl. Lawson/ Köstlin 2015, S. 11).

„Ob eine erblich bedingte Verletzlichkeit zu einer Erkrankung führt, hängt sehr stark von den Umfeldbedingungen ab. Bei Menschen, bei denen eine erbliche Verletzlichkeit vorliegt, ist es besonders wichtig, negative Umweltfaktoren möglichst zu reduzieren und positive Umweltfaktoren zu stärken“ (Mattejat et al. 2011, S. 18).

Allerdings entwickeln nicht alle Kinder von psychisch kranken Eltern eine Störung. Ob ein Kind eine psychische Störung entwickelt oder Folgen von der psychischen Erkrankung der Eltern davonträgt, hängt mit dem Themen *Resilienz* und *Coping* zusammen. Unter *Resilienz* versteht man die psychische Widerstandsfähigkeit einer Person in belastenden Situationen. Es existieren Bewältigungsstrategien, um mit Belastungen umzugehen. Resilienz muss bzw. kann allerdings nicht in allen belastenden Situationen greifen, da sie keine zeitlich stabile Eigenschaft ist (Lenz 2012, S. 21 f.). Das *Coping* (Bewältigung) steht im engen Zusammenhang mit den Ressourcen einer Person. Mit Hilfe des Copings wird versucht, mit Belastungen innerpsychisch zurechtzukommen und durch gewisse Verhaltensweisen auszugleichen (vgl. Lenz 2012, S. 25). Kinder von psychisch kranken Eltern sind zum Großteil familiären Risikofaktoren ausgesetzt wie z.B. Armut, schlechten Wohnverhältnissen, kultureller Diskriminierung der Familie, Arbeitslosigkeit oder geringem Berufsstatus der Eltern sowie Verlusten von Bezugspersonen. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Kinder vernachlässigt, misshandelt oder sexuell missbraucht werden, ist ca. zwei- bis fünffach so hoch. Erst dann, wenn mehrere Belastungsfaktoren vorhanden sind, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder an einer psychischen Störung er-

kranken. Demnach ist es von großer Bedeutung, wenn es um die Einschätzung von Belastungsfaktoren geht, dass alle Lebensumstände des Kindes und das gesamte Familiensystem berücksichtigt werden (vgl. Lenz 2012, S. 20 f.). *Schutzfaktoren* fördern die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern. Zu den Schutzfaktoren gehören u.a.: altersgerechte Aufklärung der Kinder über die Erkrankung der Eltern, eine sichere und konstante familiäre Umgebung, Bezugspersonen, außerfamiliäre Interessen und Erfolgserlebnisse (vgl. Mattejat et al. 2011, S. 18). Auch *Ressourcen* spielen eine große Rolle, wenn es um eine positive Entwicklung von Kindern geht. Ressourcen können eingesetzt werden, um belastende Situationen oder Ereignisse zu bewältigen. Ressourcen bilden, neben den Belastungsfaktoren, die Grundlage für eine effektive und geeignete Hilfe und sind demnach von großer Bedeutung (vgl. Lenz 2012, S. 52). Genetische und psychosoziale Faktoren stehen im Zusammenhang. Ressourcen und Selbstorganisationspotenziale der Kinder müssen gefördert und unterstützt werden. Dadurch werden die Kinder angeregt, ihre Kräfte und Möglichkeiten zu erforschen und einzusetzen (Lenz 2012, S. 15 f.). Nachfolgend wird auf die Bedarfe der Familien eingegangen

2.5 Bedarfe der Familien

Dadurch, dass das Verhalten von psychisch Kranken schwer einzuschätzen ist, entstehen Spannungen innerhalb der Familie. Kontakte außerhalb der Familie werden gemieden und durch die Schuld- und Schamgefühle entsteht der Effekt, dass die Familie ausgegrenzt wird und sich selber ausgrenzt (vgl. Christiansen/ Pleininger-Hoffmann 2006, S. 71).

„Die Situation dieser Familien wird nicht immer in ausreichendem Maße wahrgenommen, die Kooperation der Fachdienste ist häufig noch unzureichend, d.h. nicht alle sind an dem Prozess beteiligt, Angebote und Regelversorgungen werden nicht ausgeschöpft oder sind schwer vermittelbar. Der Prozess verläuft zu langsam oder reißt ab“ (Ebner/ Raiss 2006, S. 88).

Psychisch kranke Eltern müssen lernen mit ihrer Krankheit zu leben bzw. diese zu akzeptieren. In diesem Prozess kann es immer wieder zu Schwankungen zwischen Krankheitseinsicht und Krankheitsverleugnung, Schuld und Scham sowie Zuneigung und Distanziertheit kommen. Psychisch kranke Eltern haben häufig Angst davor, dass sich die Störung chronifiziert oder sie diese an ihre Kinder weitergeben (vgl. Weber 2012, S. 69 f.). Sie leben auch mit der Angst, dass ihnen ihre Kinder irgendwann weggenommen werden. Dadurch kommt es dazu, dass die Eltern Hilfen bzw. Institutionen gegenüber sehr skeptisch sind und i.d.R. keine Hilfen in Anspruch nehmen wollen. Neben den Verlustängsten trägt auch die mögliche Stigmatisierung (durch Fachkräfte oder durch die Gesellschaft) dazu bei, dass diese Eltern keine Unterstützung wollen (vgl. Lenz 2012, S. 36 f.). In den Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, kommt es zu Rede- bzw. Kommunikationsverboten. Mit Außenstehenden darf nicht über

die Erkrankung gesprochen werden. Dadurch wird die psychische Erkrankung zu einem Geheimnis der Familie und die Beziehungen innerhalb der Familie werden beeinflusst. Innerhalb der Familie wird kaum über die Erkrankung gesprochen bzw. wenn doch, dann wird diese bagatellisiert. Außenstehende Bezugspersonen sind oftmals nicht vorhanden und somit wissen vor allem die Kinder nicht, mit wem sie über die familiäre Situation sprechen können. Außerfamiliären Beziehungsangeboten werden von den Kindern u.a. aus Angst, die Familie zu verraten, nicht angenommen (vgl. Lenz 2012, S. 20).

Befinden sich psychisch erkrankte Eltern bereits in einem therapeutischen Behandlungsrahmen, in dem sie offen über Probleme und Sorgen sprechen können, kann dies zu positiven Resultaten führen. Die Eltern können durch den Austausch Möglichkeiten entwickeln, um das eigene Kind zu schützen und zu unterstützen, und das trotz ihrer eigenen psychischen Beeinträchtigung. Den Eltern vorurteilsfrei und mit einem gewissen Verständnis zu begegnen, ermöglicht es, dass die Betroffenen ihre eigenen Schwächen anerkennen können (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015, S. 13). Die Voraussetzung für diesen Ansatz ist, dass die Eltern eine Krankheitseinsicht haben und sich in therapeutischer Behandlung befinden bzw. befanden.

Vernetzungen mit Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Vereinen oder der Schule bzw. Kita können die psychisch belasteten Eltern in Krisensituationen oder im Krankheitsfall unterstützen und somit familiäre Belastungen verringern. Durch die sozialen Kontakte zu anderen Menschen entsteht soziale Kontrolle. Diese spielt eine große Rolle, wenn es um den Schutz des Kindes geht. Personen, die der Familie bzw. dem Kind nahestehen, haben das Potential dem Kind Entwicklungsräume und Identifikations- bzw. Zufluchtsmöglichkeiten zu ermöglichen (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015, S. 85). Außerdem müssen die Kinder über die Erkrankung der Eltern altersgerecht aufgeklärt werden. Allerdings entlastet allein das Wissen über die psychische Störung die Kinder nicht. Hierfür müssen die Kinder lernen, die Verhaltensweisen der Eltern zu verstehen. Die Tabuisierung innerhalb der Familien beeinflusst den Lernprozess (vgl. Lenz 2012, S. 120). Wird mit der Krankheit offen umgegangen besteht die Möglichkeit, dass die Eltern den Kindern erlauben, sich einer außenstehenden Person anzuvertrauen (vgl. Lenz 2014a, S. 305). Eine Paarbeziehung (falls vorhanden) und die elterliche Erziehungskompetenz bilden wichtige Ressourcen für die Familie. Deshalb ist es besonders wichtig, diese Ressourcen zu fördern und zu unterstützen (vgl. Lenz 2008, S. 112).

Um präventive Interventionen für Familien, in denen die Eltern psychisch krank sind bzw. ein Elternteil psychisch krank ist, zu planen und durchzuführen, ist es von großer Bedeutung, sich einen Überblick über familiäre Belastungen, Probleme, Ressourcen und die psychosozialen Verhältnisse zu verschaffen. Hierbei ist es wichtig, sich Informationen über die Eltern, wichtige

Bezugspersonen und das Kind einzuholen. Des Weiteren muss die familiäre Kommunikation gefördert werden, indem Vertrautheit, Nähe und gegenseitiges Verständnis in Form einer offenen Kommunikation geschaffen wird. Tabuisierungen und Kommunikationsverbote werden aufgelöst und es werden gemeinsam Lösungen und Wege für die familiären Probleme gesucht. Durch das Erlernen von Problemlösekompetenzen kann außerdem ein Fundament geschaffen werden, um soziale und emotionale Anforderungen in Krisen zu bewältigen. Der Förderung sozialer Ressourcen der Kinder kommt in der präventiven Arbeit auch eine große Bedeutung zu. Schutz, Sicherheit und Rückhalt in Krisensituationen können durch Bezugspersonen für die Kinder ermöglicht werden. Auch die Psychoedukation für Kinder psychisch erkrankter Eltern ist von großer Bedeutung. Sie müssen altersgerecht über die Krankheit der Eltern aufgeklärt werden. Kinder müssen u.a. wissen, wie sie im Alltag mit dem erkrankten Elternteil umgehen sollen, wie sich das Familienleben gestaltet oder wer bzw. was der Auslöser für die Entstehung der Krankheit war (vgl. Lenz 2010, S. 29 ff.).

„Ein zentrales Prinzip der Präventionsansätze besteht darin, Risikofaktoren zu beeinflussen und vorhandene psychosoziale Belastungen zu reduzieren, und zwar zu einem Zeitpunkt, zu dem noch keine manifesten Symptome feststellbar sind, die sich jedoch einstellen würden, wenn keine Intervention einsetzen würden. Dies setzt aber ein fundiertes Wissen über Einflussfaktoren und mögliche Wirkmechanismen sowie ätiologische Hypothesen voraus“ (Lenz 2014b, S. 59 f.).

Mit Hilfe von Präventionsmaßnahmen kann es gelingen, dass Risikofaktoren verringert und Schutzfaktoren gestärkt werden (vgl. Mattejat et al. 2011, S. 18). Flexible und bedarfsgerechte Hilfen spielen in Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, eine große Rolle (vgl. Weber 2012, S. 260). Fachkräfte sollten in der Lage sein, den Eltern ihre Ansprüche und Rechte verständlich zu erklären und über Hilfsangebote für die Kinder aufzuklären. (vgl. Lenz 2014a, S. 79). Eine kooperative und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften der Psychiatrie und der Jugendhilfe spielt auch für die Kinder von psychisch kranken Eltern eine große Rolle (vgl. Wagenblass 2004, 479). Nicht nur allein für die Kinder ist eine gute Kooperation der zuständigen Institutionen von Bedeutung, sondern auch für die Eltern und für die Fachkräfte. Welche Qualifikationen und Kompetenzen die Fachkräfte mitbringen sollten, die mit psychisch kranken Eltern zusammenarbeiten, wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

2.6 Qualifikationen und Kompetenzen der zuständigen Fachkräfte⁴

Die psychischen Erkrankungen der Eltern sind für sozialpädagogische Fachkräfte ein relativ neues Arbeitsfeld. Der Grund dafür ist u.a., dass psychische Erkrankungen und Sucht bis in die späten 1990er Jahre Ausschlusskriterien für ambulante Hilfen waren. Psychisch kranke Eltern galten damals allgemein als erziehungsunfähig und die Fachkräfte waren nicht auf den Umgang mit psychisch Kranken ausgerichtet (vgl. Weber 2012, S. 59). Heutzutage zählen psychisch kranke Eltern oft zum Hauptklientel sozialpädagogischer Fachkräfte und gelten nicht allgemein als erziehungsunfähig. Laut Aussagen der Jugendhilfe hat mindestens jedes zehnte Kind, das sich in einer pädagogischen Maßnahme zur Hilfe zur Erziehung befindet, ein Elternteil, das (diagnostiziert) psychisch krank ist (vgl. Schone/ Wagenblaus 2002, S. 204). Die meisten sozialpädagogischen Fachkräfte (und auch andere Professionen) sind jedoch nicht ausreichend auf den Umgang und die Arbeit mit psychisch kranken Eltern vorbereitet.

Bei sog. Gefährdungsfällen kommt es zu Fehlern. Die Einstufung des Risikos, das von den Eltern ausgeht sowie die Einschätzung der Ressourcen und Kompetenzen der Eltern ist oftmals fehlerhaft (vgl. Weber 2012, S. 71). Besonders bei dem vielschichtigen und anspruchsvollen Bereich der Kindeswohlgefährdung sind qualifizierte Fort- und Weiterbildungen der Fachkräfte unerlässlich, jedoch nur selten vorhanden (vgl. Weber 2012, S. 71). „Um intervenierend, unterstützend und beratend in krisenhafte Lebensumstände von Menschen eingreifen zu können, bedarf es einerseits einer soliden Grundausbildung, aber andererseits stabiler persönlicher, sozialer und kommunikativer Kompetenzen“ (Weber 2012, S. 88). Die Arbeit mit psychisch kranken Eltern im ASD könnte durch nachfolgende Aspekte erleichtert werden: die MitarbeiterInnen benötigen Qualifikationen für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen. Des Weiteren ist Fachwissen über Auswirkungen der elterlichen Belastungen auf die Kinder von Bedeutung. Ein ausgeprägtes Urteilsvermögen sollten sie sich aneignen, um Resilienz- und Risikofaktoren der Kinder und Merkmale einer Kindeswohlgefährdung richtig einordnen zu können. Des Weiteren sollte es dem Jugendamt ermöglicht werden, schnell mit dem psychiatrischen Versorgungssystem in Verbindung zu treten. Dadurch kann eine fachliche Unterstützung erfolgen. Aufgrund der hohen Fallzahlen im ASD sollte eine enge Kooperation zu Einrichtungen der KJH oder zum sozialpsychiatrischen Dienst bestehen. Dorthin können die MitarbeiterInnen die betroffenen Familien begleiten oder weitervermitteln (vgl. Schrappe 2011, S. 114 f.).

⁴ In diesem Abschnitt liegt der Schwerpunkt auf sozialpädagogischen Fachkräften. Die Fachkräfte in den Psychiatrien sind aufgrund ihres Studiums bzw. ihrer Ausbildung ausreichend für den Umgang mit psychisch Kranken ausgebildet bzw. qualifiziert.

Fachkräfte, die mit psychisch kranken Eltern zusammenarbeiten, sollten folgende Fähigkeiten bzw. folgendes Wissen mitbringen: traumaspezifisches Fachwissen (transgenerationelle Weitergabe von Traumata und Parentifizierung), Grundlagenwissen systemischer Familienarbeit und Aktivierungsmöglichkeiten von Kompetenzen und Ressourcen im Familiensystem. Des Weiteren benötigen sie Gesprächsführungskompetenzen im Umgang mit psychisch instabilen Menschen, Beobachtungskompetenzen in Hinblick auf die Eltern-Kind-Interaktionen, Wissen über die Problemlagen von Kindern bzw. Jugendlichen psychisch erkrankter Eltern und sie sollten eine gewisse Grundlagen vom klinischen Vokabular beherrschen. Durch die angeführten Kompetenzen, die als Ergänzung zu den allgemeinen Qualifikationen zu verstehen sind, sind die Fachkräfte der KJH besser auf die Arbeit mit psychisch kranken Eltern vorbereitet. Die Entlastung wird als Wertschätzung in Interaktionen mit den Eltern und anderen Fachkräften deutlich (vgl. Loch 2014, S. 417). Die MitarbeiterInnen der KJH sollten über die Angebote der KJP informiert sein und sie müssen erkennen können, wann die Schwelle von der pädagogischen hin zur psychiatrischen Auffälligkeit überschritten ist. Im Gegenzug dazu müssen die Weiterbildungen im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie die Thematik "Kinder psychisch kranker Eltern" als festen Bestandteil integrieren, damit die Sensibilität in diesem Bereich ansteigt (vgl. Kölch/ Schmid 2014, S. 134). Sozialpädagogische Fachkräfte können nicht alles wissen, deswegen ist ein funktionierendes Netzwerk von großer Bedeutung.

Die zuständigen Fachkräfte müssen der psychisch kranken Person dabei helfen, Meinungsverschiedenheiten und Unstimmigkeiten auszuhalten und durch Erlebtes ggf. neue Erfahrungen für sich zu gewinnen. Die Fachkräfte dürfen sich niemals in das Familiensystem miteinbeziehen lassen. Stattdessen müssen sie, mit Hilfe von Wertschätzung, Neutralität und Allparteilichkeit, Möglichkeiten öffnen und offen halten (vgl. Weber 2012, S. 192). Besonders die sozialpädagogischen Fachkräfte befinden sich einerseits im Zwiespalt zwischen Verantwortungsbewusstsein und dem Wissen um die Endlichkeit der eigenen Ressourcen, andererseits im Zwiespalt zwischen den heute scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten und einer von Grenzen dominierten Realität (vgl. Weber 2012, S. 228 ff.). Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sozialpädagogische Fachkräfte in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Eltern ihre eigenen professionellen Grenzen erkennen sollten. Sind diese Grenzen erreicht, muss ein Kontakt zu den psychiatrischen Fachkräften aufgenommen werden (vgl. Wagenblast 2006, S. 5).

In dem zweiten Kapitel dieser Arbeit wurden relevante Aspekte zum Thema "Psychisch kranke Eltern" ausführlich dargestellt. In dem dritten Kapitel wird auf die Kooperation der Helfersysteme eingegangen. Dafür werden die Systeme der KJH, KJP und Erwachsenenpsychiatrie erläutert.

3. Kooperation der Helfersysteme

„Man kann davon ausgehen, dass in Deutschland 30% der Erwachsenen, also etwa jede dritte Frau oder jeder dritte Mann, im Laufe eines Jahres unter einer psychischen Störung leiden“ (Lenz/ Brockmann 2013, S. 13). Zum Thema „Psychisch kranke Eltern im Kontext der KJH und der KJP“ existiert wenig Fachliteratur und es sind kaum Programme vorhanden, die sich explizit an die Eltern wenden. Der Fokus wird in der Literatur auf die Kinder von psychisch kranken Eltern gelegt. Zu den Programmen, die sich mit der Thematik „Kindern von psychisch kranken Eltern“ auseinandersetzen, gehören u.a.: das Präventionsprogramm *Ressourcen fördern* von Albert Lenz (vgl. Lenz 2010, S. 27), das Programm *Triple P* (Positive Parenting Program) (vgl. Lenz 2014a, S. 303), das *Frankfurter Modell* (vgl. Böhm/ Spangenberg 2006, S. 129) sowie das *Kinderprojekt Mannheim* (vgl. Ebner/ Raiss 2006; S. 88). Es sind Möglichkeiten im psychiatrisch stationären und ambulanten Bereich vorhanden, um psychisch kranke Eltern und ihre Familien zu unterstützen. Beispiele dafür sind familienbezogene Aufklärungsgespräche und Familienvisiten (vgl. Schrappe 2011, S. 115). Die Unterstützungsangebote sind prinzipiell gut für die Kinder, jedoch nicht ausreichend auf die Lebenssituationen und Bedürfnisse von psychisch kranken Eltern abgestimmt (vgl. Lenz 2014a, S. 303).

Die Spezialisierung der Institutionen im Sozial- und Gesundheitsbereich, die gestiegenen Anforderungen und die immer komplexer werdenden Problemlagen machen die Erfordernis einer Kooperation deutlich (vgl. Lenz 2014a, S. 326 f.). Die Grundlagen von Kooperation sind Offenheit, Transparenz, Vertrauen und Austausch zwischen den Involvierten. Die Zusammenarbeit wird nicht gelingen, wenn zwar Absprachen zwischen allen beteiligten Fachkräften erfolgen, aber die betroffenen Personen außen vor bleiben und nicht in die Planung und Umsetzung von Hilfen einbezogen werden. Entscheidungsprozesse müssen demnach Mitwirkungsmöglichkeiten beinhalten (vgl. Lenz 2014a, S. 357). Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder dürfen im Rahmen einer Kooperation nicht entmündigt werden. Wird zwischen den zuständigen Fachkräften zu eng zusammengearbeitet, kann es dazu kommen, dass die Bedürfnisse der betroffenen Personen nicht mehr ausreichend berücksichtigt werden. Die Eltern und die Kinder müssen hinreichend in den Hilfeprozess einbezogen werden (vgl. Lenz 2012, S. 130).

Rollenaspekte tragen u.a. dazu bei, dass die Kooperation zwischen den Hilfesystemen misslingt. In diesem Zusammenhang ist unter Rollenaspekten z.B. die ärztliche-psychotherapeutische Rolle als Garant der Schweigepflicht und die Vertraulichkeit der Arzt-Patienten Beziehung zu verstehen. Die Aufenthaltsdauer in deutschen Kliniken kann ebenso ein Grund sein. Im Rahmen des Klinikaufenthalts ist nur wenig Zeit vorhanden, um mit dem Jugendamt zusammenzuarbeiten, damit ggf. ein Hilfeprozess eingeleitet wird (vgl. Kölch/ Schmid 2014, S. 129).

„Die Jugendhilfe und insbesondere das Jugendamt werden häufig auf ihre Kontrollfunktion reduziert und weniger in ihren Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung wahrgenommen. Umgekehrt besteht auf Seiten der Jugendhilfe die Meinung, dass in der Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie die Kinder oftmals für den Genesungsprozess ihrer Eltern instrumentalisiert werden, ohne auf die Befindlichkeit und die Bedürfnisse der Kinder Rücksicht zu nehmen“ (Lenz 2014a, S. 328).

Um geeignete Hilfs- und Unterstützungsangebote entwickeln zu können, ist eine Kooperation zwischen verschiedenen Helfersystemen unabdingbar. Klare Kooperationsstrukturen zwischen Erwachsenenpsychiatrie, KJP und KJH sind notwendig. Die Systeme überschneiden sich im Hinblick auf Zielsetzungen und Versorgungsaufträge. Handelt es sich bei einer psychisch erkrankten Person um jemanden, der eine Elternrolle einnimmt, entstehen Berührungspunkte zwischen den Systemen. Des Weiteren entstehen Schnittstellen, wenn eine adäquate Erziehung nicht sichergestellt ist, eine Kindeswohlgefährdung vorliegt sowie die Belastungen des Kindes zu abweichenden und auffälligen Verhaltensmustern und/oder einer psychischen Erkrankung geführt haben oder führen werden (vgl. Lenz 2010, S. 42 f.). Die Fachkräfte, die an einem Hilfeprozess beteiligt sind, müssen die gesamte Familie im Fokus haben. Von großer Bedeutung ist hierbei, dass die entsprechenden Aufgabenbereiche und Rollen respektiert werden (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015, S. 93). In den nachfolgenden Abschnitten werden die Zielsetzungen und Aufträge der drei Helfersysteme dargestellt und erläutert.

3.1 Das System der Kinder- und Jugendhilfe

Gemäß §1 Abs.1 SGB VIII gilt: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (Gesetze für die Soziale Arbeit 2013, S. 1691). Im Fokus des SGB VIII stehen die Förderung der Entwicklung junger Menschen und die Integration in die Gesellschaft. Dies soll durch Förderungsangebote und Leistungen ermöglicht werden. Mit Hilfe des SGB VIII werden Präventionen getätigt, Hilfestellungen ermöglicht und Kinder bzw. Jugendliche geschützt (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013, o.S.). Die KJH hat die Aufgabe, Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu unterstützen und insbesondere junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern. Außerdem sollen kinder- und familienfreundliche Bedingungen geschaffen werden und Vernachlässigungen und Ungerechtigkeiten sollen vermieden werden (vgl. Jordan et al. 2015, S. 26). Sollten die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten nicht in der Lage sein, eine zum Wohl des Kindes entsprechende Erziehung zu gewährleisten können sie gemäß §27 SGB VIII Hilfe zur Erziehung erhalten. Der

rechtliche Handlungsrahmen für eine entsprechende Hilfe und Unterstützung ist demnach gegeben (vgl. Schone/ Wagenblaus 2006, S. 15).

Die KJH verfolgt grundlegend eine lebensweltorientierte Haltung in ihrer Arbeit und berücksichtigt demnach die Lebensbedingungen und das soziale bzw. familiäre Umfeld der Kinder und Eltern. Außerdem soll die Selbstständigkeit der Kinder und Jugendlichen gefördert werden (vgl. Jordan et al. 2015, S. 26). Bei der lebensweltorientierten Haltung wird immer Bezug auf den Alltag der Personen genommen. In diesem Zusammenhang werden Entwicklungschancen bzw. Risiken und vorhandene Handlungs- und Bewältigungsstrategien betrachtet (vgl. Tetzler 2015, S. 128). Ein neues Modell der KJH ist der Ansatz der Sozialraumorientierung. Die Sozialraumorientierung ist auf die Lebensweltorientierung ausgerichtet und setzt sich dafür ein, dass eine Zusammenführung der einzelnen Leistungen ermöglicht wird. Die Lebenswelt und der Sozialraum der Klienten und Klientinnen rücken in den Fokus. Ressourcen in den Sozialräumen sollen mobilisiert und aktiviert werden (vgl. Fieseler und Herborth 2005, S. 181 f.).

Die Angebote der KJH beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Außer in den Fällen, in denen das Wohl des Kindes gefährdet ist. Bei sog. Kindeswohlgefährdungen muss die KJH tätig werden, um das Kind zu schützen. Im Laufe dieses Prozesses können Maßnahmen gegen den Willen der Eltern erfolgen (vgl. Jordan et al. 2015, S. 29). Sollte das körperliche, geistige und seelische Kindeswohl gefährdet sein und sind die Eltern nicht gewillt oder in der Lage, die Gefahr abzuwenden (BGB) bzw. Hilfen der KJH anzunehmen (SGB VIII), so ist das Familiengericht von der fallzuständigen Fachkraft der KJH einzuschalten. Das Familiengericht muss entsprechende Maßnahmen treffen, um das Kind zu schützen (§ 1666 Abs. 1 BGB). Maßnahmen sind z.B. der Eingriff ins Elternrecht und teilweiser bzw. vollständiger Entzug des Sorgerechts (vgl. Schmid/ Meysen 2006, S. 1). Kommt es zu einem teilweisen Entzug (Ergänzungspflegschaft) oder vollständigen Entzug (Vormundschaft) des Sorgerechts, werden die entzogenen Rechte auf eine andere Person übertragen. Die Person nimmt dann, entsprechend der übertragenen Rechte, Aufgabenbereiche der Eltern wahr. Diese Person kann Verwandte/r, FreundIn der Familie oder MitarbeiterIn des örtlichen Jugendamtes sein (vgl. Schone/ Wagenblaus 2002, S. 48 f.).

„Kinder- und Jugendhilfe tritt jenseits der von ihr zu erbringenden allgemeinen Förderangebote da ein, wenn eine soziale Benachteiligung zu und/oder individuelle Beeinträchtigungen eine dem Wohl des Kindes/Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht ermöglicht und/oder wo Hilfestellungen für junge Menschen zur Überwindung von Reifungs- und Entwicklungskrisen erforderlich werden. Selbst dann, wenn Krisen von Kinder und Jugendlichen Krankheitswert erlangen, bestehen Ansprüche auf sozialpädagogische Begleitung, Unterstützung und Schutz durch die Jugendhilfe“ (Schone 2004, S. 32).

Bei den Angeboten der KJH unterscheidet man zwischen familienunterstützenden Maßnahmen, die zum Beispiel die Erziehungsfähigkeit der Eltern fördern sollen, familienergänzende Maßnahmen, wenn erzieherische Leistungen in der Familien defizitär sind und familienersetzenden Maßnahmen, wenn es nicht mehr zu verantworten ist, dass das Kind in der Familie bleibt. Ein Kind aus der Familie zu nehmen wird als letzter Ausweg in Betracht gezogen (ultima ratio). Die familiäre Situation muss für eine familienersetzende Maßnahme gravierend sein (vgl. Fieseler/ Herborth 2005, S. 143). Gemäß Artikel 6 Abs. 2 und 3 GG ist die Pflege und Erziehung der Kinder die Aufgabe und Verantwortung der Eltern. Demnach dürfen Kinder nur von der Familie getrennt werden, wenn die Eltern in der Erziehung versagen oder die Gefahr besteht, dass das Kind verwaorlost (vgl. Gesetze für die Soziale Arbeit 2013, S. 895). Zu den familienunterstützenden Leistungen zählen die Angebote §§16 bis 21 SGB VIII, zu den familienergänzenden Leistungen zählen die Angebote bzw. Maßnahmen §§27 bis 32 SGB VIII und zu den familienersetzenden Leistungen die Angebote bzw. Maßnahmen §§33 bis 35 SGB VIII (vgl. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik 2010, S. 33). Zu den familienunterstützenden Leistungen gehören u.a. nachfolgende Angebote: allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie und Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung. Unter den familienergänzenden Leistungen zählen u.a. Hilfe zur Erziehung und Erziehungsberatung. Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen und Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche zählen zu den familienersetzenden Leistungen (vgl. Gesetze für die Soziale Arbeit 2013, S. 1695 ff.).

Die rechtliche Gestaltung der Leistungsansprüche im Rahmen der KJH scheint auf den ersten Blick plausibel. Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass besonders psychisch kranke Eltern aufgrund ihrer Erkrankung Schwierigkeiten dabei haben, von diesen Leistungsansprüchen Gebrauch zu machen bzw. diese Leistungsansprüche zu verstehen (vgl. Schone/Wagenblass 2006, S. 15). Des Weiteren ist es problematisch, dass Maßnahmen der KJH i.d.R. abgebrochen werden, wenn seitens der psychisch kranken Eltern keine Einsicht in eigene Anteile vorhanden ist (Krankheitseinsicht oder Notwendigkeit einer Therapie). Unterstützende Maßnahmen für die Kinder und eine Psychoedukation sind nur sehr schwierig zu gestalten, wenn über die Krankheit der Eltern und über die Auswirkungen mit den Kindern nicht gesprochen werden darf (vgl. Weber 2012, S. 187). Entsprechend der Angebote der KJH kommt es zu Berührungspunkten mit der KJP. Die KJP ist für die Krankenversorgung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen zuständig. Für die Zusammenarbeit zwischen der KJH und der KJP ist es von Bedeutung, ob die Eltern das Sorgerecht für ihr Kind haben oder nicht bzw. ob den

Eltern Teile des Sorgerechts entzogen wurden (vgl. Schone 2004, S. 32). Im nachfolgenden Abschnitt wird das System der KJP dargestellt.

3.2 Das System Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Rahmen der KJP werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene behandelt. Die KJP diagnostiziert und therapiert psychische, psychosomatische und neurologische Krankheit. Sie ist also die Schnittstelle zwischen Erwachsenenpsychiatrie, allgemeinen Psychotherapie und Pädagogik (vgl. Lenz 2010, S. 43). Nach der Diagnostik und der Indikationsstellung erfolgt in der KJP die Therapieplanung. Innerhalb der Therapieplanung werden beratende Gespräche geführt, die Ergebnisse der Diagnostik erklärt und ein weiteres Vorgehen wird mit den Kindern bzw. Jugendlichen besprochen. Außerdem sind die die Behandlungsmodalitäten (z.B. ambulante Behandlung, stationäre Behandlung oder teilstationäre Behandlung) festzulegen (vgl. Libal/ Fegert 2004, S. 232). Wird ein Kind bzw. Jugendlicher stationär in der KJP untergebracht, setzt dies eine psychische Störung mit einem Krankheitswert voraus. Der Fokus wird dann auf die Diagnostik und eine medizinische und psychotherapeutische Behandlung gelegt. Bei der Behandlung wird das Umfeld i.d.R. berücksichtigt. Der stationäre Aufenthalt soll einen Schutzraum und eine gewisse Entlastung ermöglichen und bieten (vgl. Beck 2011, S. 191). Für eine gelingende Arbeit mit psychisch kranken Kinder und Jugendlichen in der KJP, ist es von großer Bedeutung, dass ein gemeinsames bio-psycho-soziales, ätiologisches und modifikatorisches Verständnis unter den zuständigen Fachkräften vorhanden ist und dass gemeinsam Aufgaben von der KJP und der KJH im Verlauf des Betreuungs- und Behandlungsprozesses behandelt werden (vgl. Beck 2011, S. 195).

Besonders im stationären Setting ist die Elternarbeit wichtig. Es sei denn, die Eltern fallen aus z.B. durch Tod, Inhaftierung oder massive Suchterkrankungen. Eine intensive Elternarbeit trägt dazu bei, dass eine förderliche Eltern-Kind Beziehung wieder hergestellt werden kann, so dass eine Rückführung in die Familie denkbar ist. Erfolgt im stationären Setting keine Elternarbeit, dann kann dies zur Folge haben, dass die Kinder bzw. Jugendlichen unbedingt zurück in das Umfeld ihrer Eltern wollen, obwohl sich die Verhältnisse dort keineswegs geändert haben (vgl. Weber 2012, S. 145). Während der Behandlungen in der KJP sollte sich immer wieder die Frage gestellt werden, inwieweit die Eltern in der Lage sind, Verhaltensänderungen zu ermöglichen und/oder innerfamiliären Beziehungen zu ändern. Wird innerhalb des Behandlungsprozesses des Kindes deutlich, dass die Eltern keine tragfähige Bindung zum Kind herstellen können,

obwohl Interventionen stattgefunden haben, muss geprüft werden, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Das hat zur Folge, dass eine massive Spannung zwischen den therapeutischen Fachkräften und den Eltern entsteht (vgl. Kölch/ Schmid 2014, S. 127).

Multiprofessionalität, Vernetzung, Orientierung am Entwicklungsstand des Kindes bzw. Jugendlichen, Ressourcen der Familie und horizontale Kommunikation sind grundlegende Begrifflichkeiten für die Arbeit in der KJP. In der KJP sollen nicht in erster Linie alle Kinder von ihren Symptomen befreit werden. Den Kinder und Jugendlichen sowie ihre Familien soll ein Übergang vermittelt werden von inakzeptablen Verhaltensmustern bzw. Situationen hin zu Entwicklungs- und Lösungsansätzen. Dadurch entsteht die Möglichkeit eines heilenden Prozesses (vgl. Libal/ Fegert 2004, S. 228).

„Die Vielzahl der *Multidimensionalität psychischer Störungen* [sic] und ihrer Bedingungen im Kindes- und Jugendalter erfordern auch vielfältige und heterogene Behandlungsmaßnahmen. Im Allgemeinen beziehen sich diese Maßnahmen auf die körperliche, die psychische und die sozio-ökologische Ebene“ (Libal/ Fegert 2004, S. 227).

Im Rahmen der KJP können u.a. nachfolgende Behandlungsformen angewendet werden: Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, andere psychotherapeutische Behandlungen (z.B. Ergotherapie), milieutherapeutische und sozialpädagogische Maßnahmen sowie eine spezifische schulische Förderung. Zu den Regelleistungen der Krankenkasse gehören nicht Musiktherapie und Reittherapie (vgl. Libal/ Fegert 2004, S. 244). Bei psychischen Störung erweist es sich als sinnvoll, unterschiedliche Forschungsperspektiven und vorhandenes Wissen unter einer biopsychosozialen Perspektive zu betrachten. Genetische, biologische, psychische und soziale Aspekte bedingen sich gegenseitig und können folglich unterschiedliche Blickwinkel und Faktoren herstellen. Bspw. könnte bei einer Persönlichkeitsstörung davon ausgegangen werden, dass viele unterschiedliche ursächliche Faktoren für die Erklärung der Persönlichkeitsstörung berücksichtigt werden müssen. Keine der Entwicklungsbedingungen sollte für sich betrachtet werden, da die einzelnen Entwicklungsbedingungen nicht ausreichen für die Erklärung (vgl. Fiedler 2007, S. 117). Im nächsten Abschnitt wird das System der Erwachsenenpsychiatrie erläutert.

3.3 Das System der Erwachsenenpsychiatrie

Der Auftrag der Erwachsenenpsychiatrie ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einer erwachsenen, erkrankten Person. Der Fokus im psychiatrischen Versorgungssystem liegt bei der Krankheit und bei den Bedürfnissen der betroffenen Person (vgl. Lenz 2010, S. 43).

„Die Psychiatrie befasst sich als Teilgebiet der Medizin mit Störungen des Erlebens und den Veränderungen des menschlichen Verhaltens. Sie steht in enger Beziehung einerseits zu den Neurowissenschaften, zu Genetik und Pharmakologie, andererseits zur Psychologie, Soziologie und den verschiedenen Humanwissenschaften: Die Psychiatrie handelt somit im Spannungsfeld von Natur- und Geisteswissenschaften. Ziel der Psychiatrie ist es, die Wahrnehmungs-, Erlebnis-, und Kontaktfähigkeit des Individuums sowie seine sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Aufgabe der Psychiatrie ist daher die Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen und deren Erforschung unter Berücksichtigung des biologischen, psychologischen und sozialen Bezugsrahmens“ (Fleischhacker/ Hinterhuber 2012, S. 1).

Die Erwachsenenpsychiatrie setzt sich primär mit den kranken Eltern auseinander. Der Fokus im psychiatrischen Versorgungssystem liegt bei den Bedürfnissen der erkrankten Eltern und nicht bei dem der Kinder. Die Erwachsenenpsychiatrie soll den betroffenen Personen bei der Krankheitsbewältigung helfen und ein gewisses Maß an Selbstbestimmtheit im eigenen Sozialraum ermöglichen oder wiederherstellen. Die Familie ist dabei ein wichtiger Stabilisator. Demnach ist die Angehörigenarbeit im therapeutischen Setting von großer Bedeutung und die Familie wird auch in die Versorgung der erkrankten Person miteinbezogen. Die Sicht auf die Familie begrenzt sich allerdings größtenteils auf die erwachsenen Familienmitglieder (vgl. Wagenblass 2004, S. 477 f.). Obwohl Angehörigenarbeit in der Psychiatrie stattfindet, wird kaum berücksichtigt, dass die psychisch Kranken auch Eltern von Kindern sind. Die belastete Eltern-Kind Beziehung wird bei längerfristigen Behandlungskonzepten nur sehr selten beachtet bzw. thematisiert. Die Kinder werden teilweise sogar bewusst von der Angehörigenarbeit ausgeschlossen, um sie nicht zu „überfordern“. Jedoch sind nicht nur in der Psychiatrie Verbesserungen bzw. Veränderungen notwendig, auch die Sozialpädagogik und Jugendhilfe ist kaum mit Praxiskonzepten auf die Thematik „Psychisch kranke Eltern“ ausgerichtet (Schone/ Wagenblass 2006, S. 9).

Bei der Kooperation zwischen der KJH und der Erwachsenenpsychiatrie kann es aus unterschiedlichsten Gründen zu Problemen kommen. Die Kooperationsschwierigkeiten entstehen nicht nur durch fehlende finanzielle und personelle Mittel oder nicht ausreichende Fachkenntnisse der Fachkräfte. Ausschlaggebend sind oftmals strukturelle Spannungsfelder an den Schnittstellen der Zusammenarbeit (z.B. Hilfe und Kontrolle) (vgl. Schone/ Wagenblass 2002, S. 146 ff.). Die Kooperation zwischen der KJH und der Erwachsenenpsychiatrie wird des Weiteren durch nachfolgende Aspekte bedingt: Ermessens- und Bewertungsprobleme bei der Einschätzung der Familienproblemlagen, wechselseitig fehlendes Wissen (Arbeitsweisen oder AnsprechpartnerInnen) über das andere System sowie zu hohe Erwartungen, in Bezug auf die Leistungserbringung des anderen Systems. Fehlende Transparenz hat zur Folge, dass es in Be-

lastungssituationen dazu kommen kann, dass zu hohe Erwartungen an die Problemlösekompetenzen des anderen Systems gestellt werden. Ein weiteres Problem, das institutionell bedingt ist, ist das Zeitproblem. Durch die ambulanten Angebote und die Psychiatriereform, ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Kliniken geringer geworden. Der Gesundungsprozess findet dadurch hauptsächlich zu Hause statt (vgl. Schone/ Wagenblaus 2002, S. 142 f.). Die Kooperation zwischen der KJH und der Psychiatrie kann erfolgreich verlaufen, wenn gegenseitige Akzeptanz, Verständigung sowie gegenseitiges Verständnis vorhanden ist (Schone/ Wagenblaus 2002, S. 154).

Die KJH benötigt für eine bessere Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie stärkere Unterstützung durch die Psychiatrie und Hilfe bei psychisch kranken Eltern, insbesondere wenn sie ambulante oder stationäre Behandlungen verweigern. Hausbesuche durch die Erwachsenenpsychiatrie können in diesen Fällen sinnvoll sein, um die Erziehungsfähigkeit ausreichend einschätzen zu können. Die Erwachsenenpsychiatrie benötigt hingegen feste AnsprechpartnerInnen in der KJH und Weiterbildungen bzgl. rechtlicher Möglichkeiten, Grenzen der KJH sowie alternativer Hilfen zu Kindeswegnahme (vgl. Franz 2014, S. 110 f.). In diesem Kapitel wurden die drei Helfersysteme KJH, KJP und Erwachsenenpsychiatrie dargestellt. Im nächsten Kapitel erfolgt der empirische Teil dieser Arbeit. Das vierte Kapitel beinhaltet die Darstellung des behandelten Falls, das Forschungsvorhaben, die Auswertung der Interviewergebnisse sowie die Diskussion der Ergebnisse.

4. Fall Mia⁵

Der Fall Mia, der innerhalb dieser Arbeit bearbeitet wird, stammt aus dem "Grenzgängerprojekt" (siehe hierzu Abschnitt 4.2 ff.). Gemäß den Unterlagen (siehe Anhang) hat Ute, die Mutter von Mia und Ella, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline-Typ F 60.31). Mia hat neben einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome (F 32.2) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde bereits in Abschnitt 2.1.1 ff. dargestellt. Auf die beiden zuletzt genannten Störungsbilder wird in dieser Ausarbeitung nicht eingegangen, da sie für das Verständnis des Falles nicht von Bedeutung sind.

⁵ In den Unterlagen vom ASD und der KJP zu diesem Fall, wurde der Schwerpunkt auf die Tochter und nicht auf die Mutter gelegt. Demnach existieren ausführlichere Informationen zu der Tochter, obwohl der Schwerpunkt dieser Arbeit bei der Mutter liegt.

4.1 Fallskizze

Informationen zu diesem Fall stammen aus den Unterlagen des zuständigen ASDs, aus den Unterlagen der KJP sowie aus eigenständig geführten Interviews mit den zuständigen Fachkräften in dem Fall (siehe Anhang). Die Angaben wurden anonymisiert und es wurden fiktive Namen verwendet. Exakte Geburtsdaten liegen nicht vor. Die Familienkonstellation wird in einem Genogramm dargestellt.

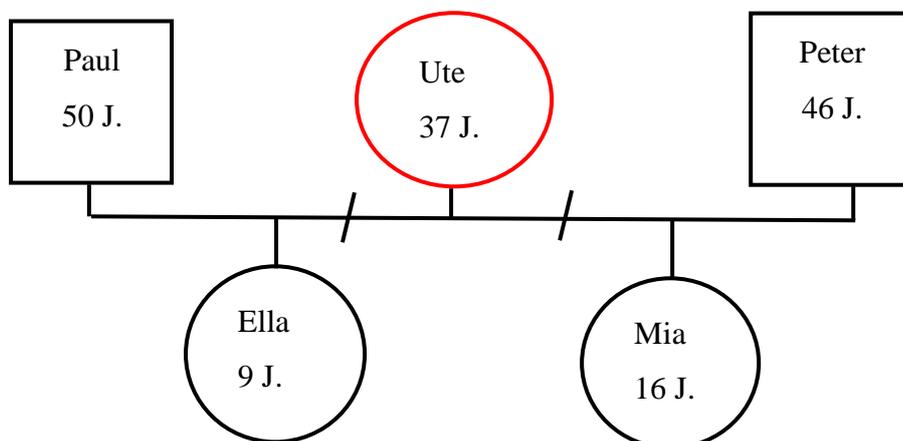


Abb. 1: Genogramm

Erkenntnisquelle

Der Fall handelt von Mia und ihrer Mutter. Mia stellte sich im Mai 2014 gemeinsam mit ihrer Mutter in einer Institutsambulanz vor. Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs befand sich Mia in der KJP, aufgrund latenter Suizidalität und massiven Selbstverletzungen. Daraufhin wurde das Jugendamt informiert. Die Familie ist dem Jugendamt seit Juni 2014 bekannt. Seit Anfang 2014 fanden immer wieder stationäre Behandlungen bzw. Kriseninterventionen in der KJP aufgrund von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten statt. Mia befindet sich aktuell in einer individualpädagogischen Maßnahme im Ausland.

Chronologische Auflistung des Hilfeprozesses

- 2011 – 2013: Massiver sozialer Rückzug von Mia; Schulabsentismus; Beginn von selbsterverletzendem Verhalten
- März 2014: Erste Krisenintervention in der KJP, aufgrund von Selbstverletzung und suizidalen Gedanken; Information der Kindesmutter: Mia sei mit acht Jahren missbraucht worden (von einem Freund der Familie)

- Juni 2014: Zweite Krisenintervention in der KJP; Mia habe dort von einem zweiten sexuellen Missbrauch im Jahr 2013 berichtet, der ihr widerfahren sei (Halbbruder der Mutter) → Kontaktaufnahme zum Jugendamt
- September 2014: Erneute Aufnahme in die KJP (geschlossene Unterbringung); Kindesmutter äußert, dass sie sich das Leben nehme, wenn Mia sich umbringt. Kindesmutter kann Mia nicht schützen, demnach kann Mia nicht nach Hause zurück (seitdem lebt Ella bei ihrem Vater)
- Oktober 2014 – März 2015: Geschlossene Unterbringung in der KJP; es wird eine Ergänzungspflegschaft für Teilbereiche des Sorgerechts eingerichtet (Aufenthaltsbestimmungsrecht, behördliche und schulische Angelegenheiten, Einweisungen in Kliniken)
- März 2015 – August 2015: Unterbringung von Mia in einer Wohngruppe für psychisch kranke, junge Menschen nach §35a SGB VIII → enge Anbindung an die KJP; immer wieder treten Suizidgedanken und Suizidversuche auf; Mia hält sich tage- bzw. wochenweise in der KJP auf; sie schluckt Rasierklingen, nimmt verordnete Tabletten in Überdosis ein, versucht sich von einer Brücke zu stürzen
- Seit August 2015: erneute geschlossene Unterbringung in der KJP; die Kindesmutter wird ebenfalls in der Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen; es wird versucht, die destruktive, symbiotische Beziehung zwischen Mia und ihrer Mutter zu bearbeiten, leider erfolglos
- November 2015: Beschluss des Gerichts, dass Mia in der KJP bleiben soll, bis eine geeignete therapeutische Einrichtung für sie gefunden ist
- nach November 2015: Mia kommt in eine individualpädagogische Maßnahme im Ausland; sie befindet sich dort auch aktuell

Ob Mia wirklich in der Vergangenheit vergewaltigt oder ob ihre Mutter ihre eigenen Missbrauchserfahrungen auf ihr Kind projiziert hat (siehe dazu Abschnitt 2.1.1.2) ist unklar, da keine Akten o.ä. dazu vorhanden sind, obwohl die Mutter die Täter angezeigt habe. Da Mia in einer Wohngruppe für psychisch kranke junge Menschen gemäß §35a SGB VIII untergebracht wurde, wird im Nachfolgenden dieses Angebot kurz erläutert. Der §35 a SGB VIII regelt die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche.

„(1) ¹Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn
 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. [...]

(1a) ¹Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
 2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
 3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen verfügt, einzuholen. [...]
- (2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall
1. in ambulanter Form,
 2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
 3. durch geeignete Pflegepersonen und
 4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstige Wohnformen geleistet“ (Gesetze für die Soziale Arbeit 2013, S. 1700 f.).

Im Zuge des §35 a SGB VIII werden die KJH und die KJP zu einer Kooperation “gezwungen“. Es treffen zwei Hilfesysteme aufeinander, die sich strukturell, aber auch in ihren Haltungen und Arbeitsweisen unterscheiden (siehe Abschnitt 3.1 f.). Im nächsten Abschnitt wird die familiäre Situation in dem Fall erläutert.

4.1.1 Familiäre Situation

Die Mutter lebt bei einer Freundin. Die Mutter verfügt über geringe wirtschaftliche Ressourcen. Sie stamme aus einem stark belasteten Familiensystem (depressive Mutter, Vater habe eine Borderline-Persönlichkeitsstörung). Als Jugendliche habe sie sexuelle Gewalt erfahren und sie sei heroinabhängig gewesen. Als sie mit Mia schwanger war, sei sie nach eigenen Angaben clean gewesen. Die Mutter habe sich von Mias Vater getrennt, als sie mit Mia schwanger war, da es immer wieder zu gewalttätigen Handlungen seitens des Vaters gekommen sei. Im Jahr 2000 sei die Mutter mit Mia, Ella und dem Vater von Ella zusammengezogen. Das Verhältnis zwischen Mia und ihrer Mutter wird als symbiotisch und ambivalent erlebt. Das Verhältnis zu ihrem Stiefvater ist belastet. Aktuell habe Mia zu ihrem Stiefvater keinen Kontakt. Zu ihrem leiblichen Vater habe Mia noch nie Kontakt gehabt. Nachdem sich die Mutter vor einigen Jahren von Mias Stiefvater trennte, musste sie, aufgrund akuter Suizidalität, zweimal in einer Psychiatrie aufgenommen werden. Die Mutter äußerte immer wieder suizidale Absichten, wenn Mia sich umbringt. Daraufhin wurden ihr im Jahr 2014 Teile des Sorgerechts entzogen und Ella ist zu ihrem leiblichen Vater gezogen.

4.1.2 Mutter-Kind Beziehung

Das Erziehungsverhalten der Mutter ist laut Aussagen der zuständigen Fachkräfte von Überforderung geprägt. Sie konnte aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht auf die Bedürfnisse von Mia eingehen. Mia hat keine altersgerechten Zuwendungen erfahren. Die Mutter habe in der Vergangenheit immer wieder versucht, sich über ihre Tochter zu stabilisieren. Demnach war sie nicht in der Lage, Mia zu schützen und ausreichend für sie zu sorgen. Das Verhältnis

zwischen der Mutter und ihrer Tochter sei durch Ambivalenz geprägt. Es wurde bereits in der Vergangenheit erfolglos versucht, die symbiotische Beziehung zwischen Mia und ihrer Mutter zu bearbeiten.

4.2 Forschungsvorhaben in der Praxis

Diese Arbeit wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projekts “Grenzgänger“ geschrieben. Bei dem Projekt geht es um den Umgang mit Kindern und Jugendlichen bei Vorliegen einer psychischen Störung sowie eines Unterstützungsbedarfs gemäß SGB VIII. Diese Kinder bzw. Jugendlichen befinden sich zwischen dem System der KJH und der KJP (vgl. Projekt Grenzgänger 2016, S. 1). Abgestimmt auf die Themen der Bachelorarbeiten wurden den Studierenden Fälle zugeteilt, die bereits im Rahmen des “Grenzgängerprojektes“ besprochen wurden. In dem Fall Mia sind die Mutter und die Tochter an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt. Mia befindet sich aufgrund ihrer Erkrankung zwischen dem System der KJH und der KJP. Demnach entsteht die Situation, dass seitens der KJH und der KJP mit der Mutter zusammengearbeitet werden muss.

Um die Thematik “Besondere Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind“ von verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten, wurden im Rahmen der Bachelorarbeit drei Interviews geführt. Die Hauptinterviews wurden mit der zuständigen Fachkraft im ASD und der zuständigen Fachkraft in der KJP durchgeführt. Des Weiteren fand ein “Ergänzungsinterview“⁶ mit Mias Ergänzungspflegerin statt. Diese drei Personen sind bereits im “Grenzgängerprojekt“ in Erscheinung getreten und waren demnach leicht zu kontaktieren. Der Leitfaden für das Interview wurde den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, weil sie dies ausdrücklich gewünscht haben, vorab zugeschickt. Die Interviews wurden in den Räumlichkeiten des ASDs und der KJP durchgeführt. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgenommen. Nach der Durchführung der Experteninterviews wurden diese transkribiert und anschließend ausgewertet. Für die Durchführungen und Transkriptionen der Interviews waren ca. zwei bis drei Monate nötig (Start: September 2016). Die Meinung der Mutter zu dem Fallverlauf wäre auch interessant. Allerdings geben die drei Interviews bereits einen guten Überblick zu der Thematik. Des Weiteren bestanden Bedenken, ob die Mutter teilnehmen würde bzw. sie sich dazu überhaupt in der Lage sehe.

⁶ Das Interview ist nur als Ergänzung zu betrachten. Es wurde absichtlich nicht so ausführlich wie die anderen beiden Interviews durchgeführt.

4.2.1 Qualitative Forschung als methodischer Zugang

In der qualitativen Forschungen werden die InterviewpartnerInnen gezielt ausgesucht. Die Datenerhebung ist offen gestaltet und hat das Ziel, einen umfassenden Überblick zu einem bestimmten Fall zu ermöglichen. Deswegen sollten offene Fragen innerhalb des Interviews verwendet werden (vgl. Flick 2009, S. 24 f.). Bei der qualitativen Forschung können Handlungsmotive, Alltagstheorien und Selbstinterpretationen mit Hilfe von offenen Fragestellungen und teilstandardisierten Interviews ermittelt und erhoben werden. Dadurch entstehen Möglichkeiten für eine empirische Umsetzung von handlungstheoretischen Konzeptionen (vgl. Hopf 2012, S. 350). Die qualitative Forschung bietet einen geeigneten methodischen Zugang, um die Fragestellung dieser Ausarbeitung “Inwiefern entstehen für Fachkräfte der KJH und der KJP, die mit Eltern zusammenarbeiten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, besondere Herausforderungen und welche konkreten Ansätze sollten zukünftig verfolgt werden?“ zu beantworten.

4.2.2 Erhebungsmethode

Für die Interviews eignen sich *Leitfadeninterviews*. Bei einem Leitfadeninterview orientiert man sich zwar an einem Interviewleitfaden, jedoch sind auch Nachfragen, Ergänzungen sowie Abweichungen möglich (vgl. Hopf 2012, S. 351). Da die Fragestellung dieser Ausarbeitung auf institutionelles Wissen abzielt, wurden die Interviews in Form von *Experteninterviews* durchgeführt. Der Fokus liegt auf dem Expertenwissen der befragten Personen. Die Person repräsentiert eine Gruppe und gilt nicht als Einzelfall (vgl. Flick 2012, S. 214). Da es sich um die fallzuständigen Fachkräfte der KJH und der KJP sowie die Ergänzungspflegerin handelt, mit denen die Interviews durchgeführt wurden, ist bei den interviewten Personen eine gewisse Expertise zu diesem Thema vorhanden. Die Interviews bestehen hauptsächlich aus leitfadengestützten Passagen. Zum Ende des Interviews wurde Raum für freie Erzählungen geben (z.B. Ergänzungen).

Für die Experteninterviews wurden offene und erzählgenerierende Fragen formuliert (vgl. Flick 2012, S. 203 f.), die keine Wertung enthalten und das Antwortverhalten der interviewten Person möglichst nicht beeinflussen (vgl. Flick 2012, S. 195 f.). Durch die Interviews sollten die Befragten dazu angeregt werden, über kognitive Verarbeitung in diesen schwierigen Fallkonstellationen, über bisherige Handlungspläne zur Bewältigung solcher Situationen sowie über eigene Erfahrungen zu berichten (vgl. Mayring 2010, S. 58). Somit stehen im Fokus der qualitativen Forschung professionelles Handeln, Fachwissen sowie Erfahrungen der fallzuständigen Fachkräfte der KJH und der KJP sowie der Ergänzungspflegerin.

Hinweise zur Interviewtranskription⁷

- Die Interviews wurden vollständig und wörtlich transkribiert
- Der Inhalt der Interviews steht im Vordergrund; »äh« und Ähnliches wurde zwar verschriftlich, kann jedoch vernachlässigt werden
- Bei Stockungen wurde (...) verwendet; bei längeren Pausen wurde (Pause) verwendet
- Andere Auffälligkeiten wie Lachen oder Räuspern wurden in Klammern geschrieben
- Alle Angaben, die Auskunft darüber geben könnten, um welchen Fall es sich handelt, wurden anonymisiert und es wurden fiktive Namen verwendet
- Layout: das Textverarbeitungsprogramm ist Word, die Schrift ist Times New Roman 12, die Zeilen sind vorlaufend nummeriert, der Zeilenabstand beträgt 1, die Zeilen sind nach links ausgerichtet, die Interviewerin hat die Abkürzung »I«; die InterviewpartnerInnen wurden mit »KJH« (zuständige Fachkraft in der KJH), »KJP« (zuständige Fachkraft in der KJP) und »EP« (zuständige Ergänzungspflegerin) in den Transkriptionen vermerkt

4.2.3 Auswertungsmethode

Für die Wahl der Auswertungsmethode ist von Bedeutung, welches Ziel, welche Fragestellung und welcher methodischer Ansatz verfolgt wird (vgl. Schmidt 2012, S. 447). Als Auswertungsmethode wird in dieser Arbeit die *qualitative Inhaltsanalyse*⁸ nach Mayring verwendet.

Eine Inhaltsanalyse verfolgt das Ziel, Kommunikationsmaterial systematisch aufzubereiten. Voraussetzung ist, dass das Kommunikationsmaterial protokolliert wird. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse bleibt die Systematik (z.B. Kommunikationseinbettung und Güterkriterien) der Inhaltsanalyse für qualitative Analyseschritte bestehen, ohne voreilige Quantifizierungen durchzuführen (vgl. Mayring 2012, S. 468 f.). Es sollen Schlussfolgerungen aus bestimmten Aspekten der Kommunikation gezogen werden (vgl. Mayring 2010, S. 13). Bei der Inhaltsanalyse wird methodisch das Material Stück für Stück analysiert. Das Material wird in Einzelteile unterteilt. Diese werden anschließend nacheinander bearbeitet. Im Mittelpunkt steht dabei ein entwickeltes Kategoriensystem. Mit Hilfe des Kategoriensystems werden bestimmte Aspekte aus dem vorhandenen Material gefiltert und festgelegt. Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, Texte systematisch (regelgeleitet) zu analysieren, indem das vorhandene Material mit einem eigenständig entwickelten, theoriegeleiteten Kategoriensystemen durchgearbeitet wird (vgl. Mayring 2002, 114). „Der grundlegende Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse ist nun,

⁷ vgl. Mayring 2010, S. 55 und Flick 2012, S. 381 f.

⁸ Die qualitative Inhaltsanalyse ist keine festgelegte Technik. Abwandlungen bzw. Abweichungen sind möglich (vgl. Mayring 2010, S. 50)

die Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse beizubehalten und auf ihrem Hintergrund Verfahren systematischer qualitativ orientierter Textanalyse zu entwickeln“ (Mayring 2010, S. 48). Die Richtung der Analyse ist, mit Hilfe des Textes Aussagen über den emotionalen Hintergrund, kognitiven Hintergrund und Handlungshintergrund der Kommunikatoren und Kommunikatorinnen zu machen (inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell) (vgl. Mayring 2010, S. 56 ff.). Das Material enthält Aussagen von zwei Fachkräften aus der KJP und KJH sowie von der Ergänzungspflegerin. Diese berichteten u.a. über Erfahrungen und Grenzen in der Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind.

Die bisherige Literatur spricht davon, dass die Zunahme von psychischen Erkrankungen in den Familien zu Störungen im Helfersystem und den zuständigen Institutionen führt (vgl. Weber 2012, S. 114). Die Fachkräfte geraten immer wieder an ihre professionellen Grenzen. Die Grenzen der Kompetenz und der Kommunikation werden erreicht (vgl. Weber 2012, S. 213). Die Symptomvielfalt bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt das Fachpersonal vor eine große Herausforderung (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 184). Das Thema “Elternschaft psychisch kranker Menschen“ wird nur äußerst selten im psychosozialen Kontext, im klinischen Kontext und in der Wissenschaft behandelt. Der Fokus liegt in der Fachliteratur überwiegend auf den Kindern von psychisch kranken Eltern. (vgl. Lenz 2012, S. 31).

Innerhalb des Forschungsvorhabens wurde ermittelt, ob sich die Erfahrungen der fallzuständigen Fachkräfte in der KJH und KJP sowie der Ergänzungspflegerin mit den genannten Aussagen decken. Des Weiteren wurde analysiert, was die Befragten unter dem Krankheitsbild Borderline-Persönlichkeitsstörung verstehen, welche Qualifikationen bzw. Eigenschaften die Fachkräfte mitbringen sollten, welche Veränderungen eintreten müssten sowie wie die Zusammenarbeit zwischen der KJH und der KJP abläuft. Im nächsten Abschnitt folgt die Auswertung der Ergebnisse.

4.3 Auswertungen der Ergebnisse

Im Zentrum eines inhaltsanalytischen Ablaufmodells steht die Entwicklung eines Kategoriensystems. Diese Kategorien entstehen durch die Fragestellung der Arbeit und durch das vorhandene Interviewmaterial. Nach der Festlegung der Kategorien werden Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert. Diese Regeln werden anschließend überprüft. Abschließend werden die Ergebnisse in Richtung der Fragestellung interpretiert und die Aussagekraft der Analyse anhand der inhaltsanalytischen Güterkriterien eingeordnet (vgl. Mayring 2010, S. 59). Demnach ergeben sich für qualitative Inhaltsanalyse nachfolgende Arbeitsschritte:

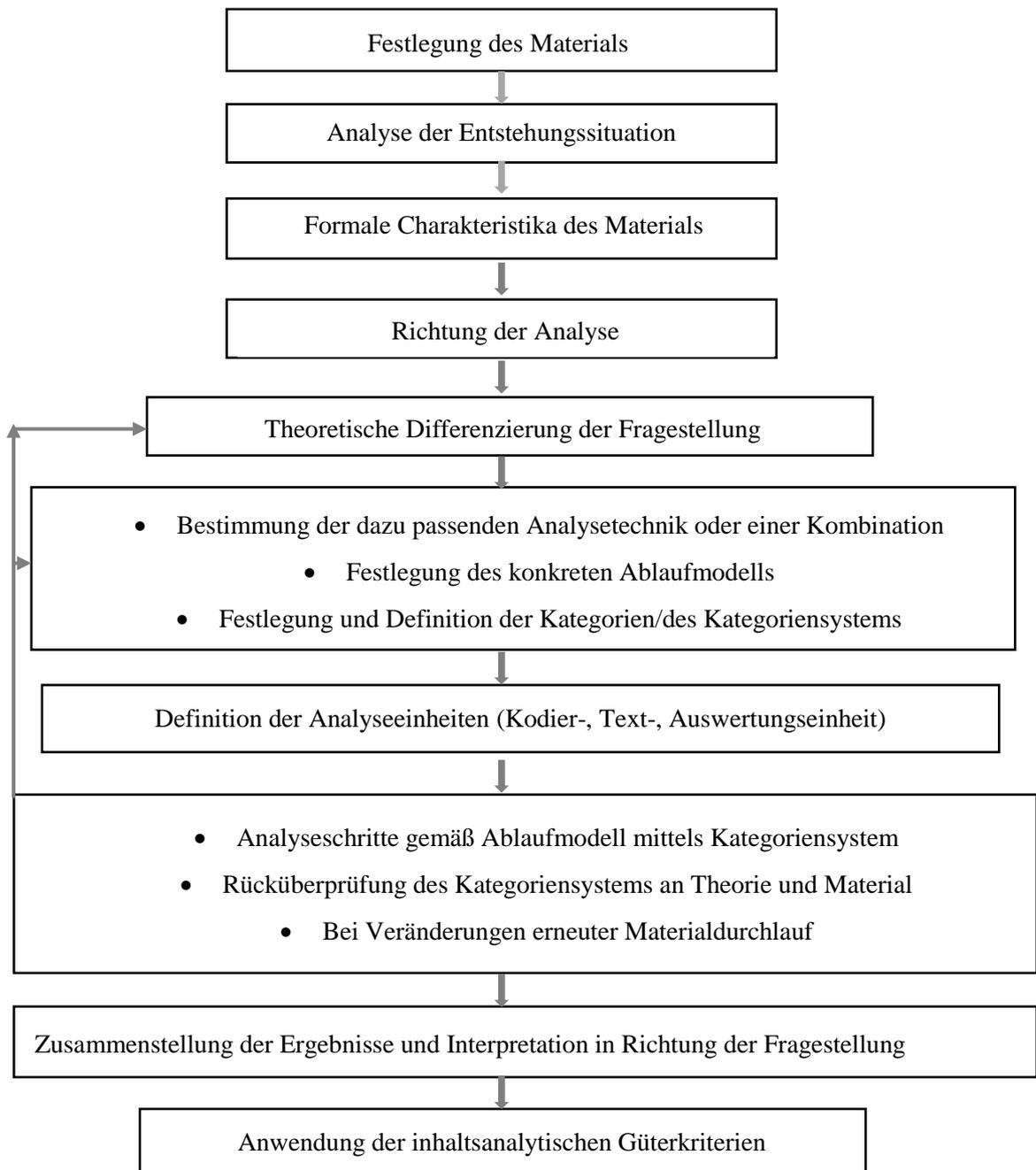


Abb. 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (vgl. Mayring 2010, S. 60)

Mayring unterscheidet zwischen drei Grundformen der Analysetechniken: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Bei dieser Arbeit wird die Analysetechnik *Strukturierung* verwendet. Das Ziel der Strukturierung ist es, bestimmte Aspekte herauszuarbeiten. Mit Hilfe von vorab festgelegten Ordnungskriterien soll ein Querschnitt durch das Material gemacht werden oder das Material angesichts bestimmter Kriterien eingeschätzt werden (vgl. Mayring 2010, S.

65). Die Auswertungen der Ergebnisse werden in Anlehnung an die *inhaltliche Strukturierung*⁹ nach Mayring präsentiert. „Ziel inhaltlicher Strukturierung ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen“ (Mayring 2010, S. 98). Demnach wurden Kategorien entwickelt, um festzulegen, welche Inhalte aus dem Material herausgefiltert werden. Die Kategorien wurden anhand der Fragestellung und der Interviewfragen entwickelt und festgelegt. Bei den Kategorien wurden Textstellen, die ähnliche oder gleiche Aussagen beinhalteten, exemplarisch nur einmal dargestellt. Nachfolgend werden alle sieben Kategorien inklusive Definitionen aufgelistet.

1. Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern: Die Kategorie beinhaltet alle wichtigen Textstellen, die auf das Thema „Erfahrung mit psychisch kranken Eltern“ hinweisen. Dazu zählen auch die Relevanz der Thematik und die Situation der Kinder von psychisch kranken Eltern.

2. Begriffsverständnis Borderline-Persönlichkeitsstörung: Unter diese Kategorie fallen alle Aussagen, welche mit dem Begriffsverständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu tun haben.

3. Grenzen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Eltern: Innerhalb dieser Kategorie werden die Grenzen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, dargestellt.

4. Konflikte: Diese Kategorie beinhaltet alle aussagekräftigen Textstellen, die auf das Thema Konflikte (insbesondere zwischen den verschiedenen Institutionen) hinweisen.

5. Wissensdefizite: In dieser Kategorie werden bestehende Wissensdefizite auf Seiten der verschiedenen Fachkräfte herausgearbeitet.

6. Qualifikationen und Eigenschaften: Im Interviewleitfaden wird Bezug darauf genommen, welche Qualifikationen und Eigenschaften Fachkräfte mitbringen sollten, die mit Eltern zusammenarbeiten, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben. In dieser Kategorie wird dies beschrieben.

⁹ Es wird darauf hingewiesen, dass einzelne Schritte der Methode ggf. ausgelassen oder durch die Verfasserin verändert wurden.

7. Veränderungswünsche: Dieser Kategorie werden alle Aussagen zugeordnet, die mit dem Thema zukünftige Veränderungswünsche zu tun haben.

Die drei nachfolgenden Abschnitte gelten der Darstellung der Analyse der Ergebnisse. Die Ergebnisse werden pro InterviewpartnerIn präsentiert. Alle drei Interviews wurden nach den o.g. Kategorien unterteilt und analysiert.

4.3.1 Fachkraft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei der zuständigen Fachkraft in der KJP handelt es sich um den Therapeuten von Mia. Er befindet sich im mittleren Erwachsenenalter. Das Interview erfolgte in seinem Büro.

1. Kategorie: Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern

In der KJP wird in erster Linie mit dem Kind gearbeitet. In den Hilfeprozessen wird häufig deutlich, dass nicht nur die Kinder, sondern auch die Eltern psychische Auffälligkeiten zeigen. Wie oft die MitarbeiterInnen der KJP mit der Thematik "Psychisch kranke Eltern" konfrontiert werden, wird durch diese Aussage des Therapeuten deutlich: *„Das sage ich jetzt wirklich Bauchgefühl. Die Kinder, die stationär in Behandlung gehen, die sind schon sehr stark beeinträchtigt, sehr stark belastet. Und da können wir von ausgehen, also nach meinem Bauchgefühl, ist es über die Hälfte“* (Interview I, Z. 51-53). Schätzungsweise über die Hälfte der Kinder, die sich in einem stationären Setting der KJP befinden, haben (mindestens) ein psychisch erkranktes Elternteil. Bei den Eltern begegnen die Fachkräfte einer Vielzahl unterschiedlichster Störungsbilder.

„Ehm. Ich möchte einfach mal beginnen damit, was für Krankheitsbilder wir ehm bei psychisch erkrankten Eltern häufig begegnen. Es geht um Angstzustände, depressive Störungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen. So, das ist so das Umfeld, was mir so begegnet in meiner Arbeit. Darunter natürlich auch Persönlichkeitsstörungen, das wir da auch häufig Eltern begegnen, die an einer Borderliner-Störung erkrankt sind“ (Interview I, Z. 4-9).

Je nachdem, welche psychische Erkrankung bei den Eltern vorliegt und wie stark diese ausgeprägt ist, kann der Behandlungsprozess der Kinder von den Eltern unterstützt werden oder nicht. Eine intensive Elternarbeit kann dazu beitragen, dass eine förderliche Eltern-Kind Beziehung wiederhergestellt wird. Mit einigen Eltern kann jedoch aufgrund ihrer Erkrankung keine effektive Elternarbeit stattfinden. *„[...] wenn wir jetzt eine Mutter vorfinden, die eine massive Angststörung hat, die das Haus nicht mal verlassen kann. Ehm, dann kann man erst mal davon ausgehen, dass der Behandlungsverlauf hier schwierig wird“* (Interview I, Z. 21-23). Fraglich ist, ob es sinnvoll ist, diese Eltern in den Hilfeprozess für das Kind miteinzubeziehen bzw. mit

ihnen zu arbeiten, wenn sie dazu nicht in der Lage sind. Laut Aussagen des Therapeuten hat er in der Vergangenheit mit dem Thema "Psychisch kranke Eltern" die Erfahrung gemacht, dass Ressourcen eine wichtige Rolle spielen. Im Vergleich zu "gesunden" Eltern seien psychisch kranke Eltern ressourcentechnisch schlechter aufgestellt.

„Tja, die Ressourcen sind ganz anders. Bei eh m gesunden Eltern, da gehen wir jetzt erst mal davon aus, dass es eine intakte Familie ist. [...] Die wirtschaftlichen Ressourcen sind äh wesentlich besser, als bei eh m erkrankten Eltern. Also da würde ich einfach sagen, dass die Ressourcen wesentlich höher sind, als bei eh m Kindern, die bei psychisch erkrankten Eltern groß werden“ (Interview I, Z. 70-74).

Interessant ist auch, dass bei vielen psychisch kranken Eltern keine eindeutigen Diagnosen vorliegen. Demnach befinden sich diese Eltern in keiner (notwendigen) therapeutischen Behandlung. Besonders bei alleinerziehenden, psychisch kranken Eltern könnte die Zeit ein ausschlaggebender Faktor dafür sein, dass keine Therapie erfolgt.

„Wobei das natürlich auch ist, dass Zeitmangel auch häufig der Grund ist, wenn die alleinerziehend sind, berufstätig. Dass kann ich auch verstehen, dass dann das schwierig ist da eh m noch irgendwie n Zeitfenster reinzubekommen. Zusätzlich zu der Kinderbetreuung dann noch Therapie zu machen“ (Interview I, Z. 363-366).

Innerhalb der Arbeit mit psychisch kranken Eltern hat Mias Therapeut die Erfahrung gemacht, dass die Erkrankungen der Eltern Auswirkungen auf die Kinder haben (vgl. Abschnitt 2.3 ff.). „Nämlich sie übernehmen Verantwortung für äh Einkäufe, Lebensmittel beschaffen, Betreuung der Geschwisterkinder. Dann geht es dann auch um Parentifizierung, um Schamgefühle, um äh Desorientierung“ (Interview I, Z. 26-28). Bei Kleinkindern bekommt die Erfüllung der Bedürfnisse eine große Bedeutung. Je jünger das Kind ist, desto mehr steht es in einer direkten Abhängigkeit zu der Bezugsperson. Damit Kinder sich gesund entwickeln können, müssen nachfolgende Bedürfnisse bedient werden: vitale Bedürfnisse (z.B. Nahrung), soziale Bedürfnisse (z.B. Zuneigung) und das Bedürfnis nach Kompetenz und Selbstbestimmung (z.B. Bildung) (vgl. Buck-Horstkotte et al. 2015, S. 12). Problematisch ist, dass psychisch kranke Eltern oftmals nicht ausreichend auf diese Bedürfnisse eingehen können.

„[...] bei einem Kleinkind, was bei einer depressiven Mutter groß wird und eh m wo die Mutter nicht in der Lage ist, auf die basalen Grundbedürfnisse des Kindes einzugehen. Dieses Kind eh m, weil es hilflos ist, erlebt es häufig Todesängste, erlebt häufig, dass die Bedürfnisse nicht befriedigt werden konnten“ (Interview I, Z. 32-35).

Nachdem in dieser Kategorie die allgemeinen Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern seitens der KJP dargestellt wurden, wird in den beiden nachfolgenden Kategorien explizit auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen.

2. Kategorie: Begriffsverständnis Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mit dem Krankheitsbild Borderline-Persönlichkeitsstörung verbindet der Therapeut Folgendes:

„Bei Borderline-Patienten ist ja immer dieser Erregungszustand, wie kann ich eine Kontrolle wieder dazu finden, wieder ins Gleichgewicht zu kommen und dann wird halt auch oft mit Drogen und Alkohol oder eh mit körperlichen Aktivitäten versucht da wieder so ein Gleichgewicht reinzubekommen“ (Interview I, Z. 203-206).

In seinen Ausführungen ist er auf die amerikanische Psychologin Linehan eingegangen, um das Ausmaß dieser Erkrankung deutlich zu machen.

„Also eh, ne Borderline-Störung hat Linehan beschrieben, das finde ich n wahnsinnig tolles Bild, und zwar, dass man sich so Menschen so vorstellen muss, dass die eine Hautverbrennung dritten Grades haben. Das bedeutet, dass jede Emotionalität, jeder kleinste Auslöser, so Schmerzen verursacht, wie bei einer Verbrennung. Leichtes Anfassen, wenn wir eine gesunde Haut haben nichts, aber wenn sie verbrannt ist“ (Interview I, Z. 127-131).

In der Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, ist zu berücksichtigen, dass die Eltern oftmals traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren. *„Also man kann dann immer auch davon ausgehen, dass diese Eltern schlimme Erlebnisse in ihrer Kindheit ausgesetzt waren“ (Interview I, Z. 12-14).* Obwohl die Fachkräfte in den Psychiatrien sich mit Störungsbildern gut auskennen (müssen), kommt es, laut Aussagen des Therapeuten, immer wieder zu Fehldiagnosen und zum “Schubladendenken“ durch Professionelle. *„[...] laut meinem Verstehen, äh sehe ich häufig, dass diese Diagnose falsch ausgestellt wird. Und zwar, wenn Jugendliche kommen, die sich selbst verletzen, dann heißt es direkt: Borderline. Und die Selbstverletzung steht gar nicht im Vordergrund einer Borderline-Störung“ (Interview I, Z. 89-82).* Nach seiner Ansicht gehört zu einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mehr, als nur sich selbst zu verletzen.

„[...] es geht dort um viel Regulation der Emotion. Und dieses äh, äh Fehlregulation der Emotionen führt halt dazu, dass sie impulsiv sind, dass sie selbst sich gar nicht differenzieren können in ihrem Gefühlschaos. Dann geht es darum, chaotische Beziehungen, Verlustängste, dass die massiv äh Schwierigkeiten haben sich äh in Beziehungen zu trennen. Dann geht es natürlich auch um Parasuizidalität, also darunter würde ich auch die Selbstverletzung benennen“ (Interview I, Z. 92-97).

Das Krankheitsbild Borderline-Persönlichkeitsstörung ist vielschichtig (vgl. Abschnitt 2.1.1 ff.). Es nur darauf zu beschränken, dass die Betroffenen sich verletzen, wäre zu kurz gedacht.

3. Kategorie: Grenzen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Eltern

Die Fachkraft aus der KJP berichtete, dass er in der Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, mit folgenden Schwierigkeiten konfrontiert wurde:

„Und ehm das ist äh die Schwierigkeit das äh diese Menschen ganz schnell in einen Erregungszustand geraten, wo sie weglaufen, Behandlungsraum verlassen, schreien, weinen, nicht mehr ansprechbar sind. Und das finde ich im Grunde erst mal den ganz ganz schwierigen Teil, wie kann man den Vater/die Mutter halten, schwierige Themen ansprechen dürfen, aber dennoch sie nicht zu verletzen. Das finde ich ganz schwierig in der Zusammenarbeit mit äh Patienten/Patientinnen mit einer Borderline-Störung oder Eltern. Dann auch dieses Wechselhafte. Ja, das ehm, das ehm dann Abmachungen auch besprochen werden, die dann doch gebrochen werden, aus einem Gefühl heraus. Dann ehm sich sehr schnell angegriffen fühlen, sich ehm schnell auch mit Schuldgefühlen zu tun zu haben. Also diese Sachen, die sind immer, also man könnte fast sagen, [...] bei einer Persönlichkeitsstörung sitze ich nicht einem Menschen gegenüber, sondern ganz vielen Unsichtbaren. Und die dann irgendwie so wahrzunehmen und zu halten, das ist anstrengend“ (Interview I, Z. 131-143).

In dem Fall Mia kam erschwerend hinzu, dass der Mutter Teile des Sorgerechts entzogen wurden. Sie drohte immer wieder damit sich umzubringen, wenn Mia sich umbringen würde. Sie war nicht in der Lage, Mia und ihre kleine Schwester ausreichend zu schützen. Nachdem der Mutter Teile des Sorgerechts entzogen wurden, zeigte sie sich nicht mehr kooperativ.

„[...] es zeigte sich, dass die Mutter, die da damals noch das Sorgerecht hatte, äh auch in diese Suizidalität mit ihrer Tochter eingestiegen ist und zwar dass ehm die Mutter Mia vermittelt hatte, wenn du dich suizidierst, suizidiere ich mich auch. [...] Und ehm es wurde ihr dann im Verlauf der Behandlung hier, wurde der Mutter das Sorgerecht entzogen. Wodrauf die Mutter dekompenziert ist und ehm selber hier nicht mehr ehm tragfähig ehm die Therapie ihrer Tochter oder den Aufenthalt ihrer Tochter hier unterstützen konnte [...]“ (Interview I, Z. 192-202).

Jedoch wurde laut Aussagen des Therapeuten relativ schnell deutlich, dass es nicht ausreichend ist, der Mutter Teile des Sorgerechts zu entziehen. Zum Wohle von Mia musste ein Kontaktabbruch stattfinden. *„[...] dass ein Trennung, ein Kontaktabbruch stattfinden musste zwischen der Mutter und Mia. Und als dieser Kontaktabbruch umgesetzt worden ist, mit der Zustimmung der Mutter. Da wurde also sehr, sehr lange auch mit der Mutter gearbeitet [...]“ (Interview I, Z. 207-210).* Obwohl mit der Mutter gearbeitet wurde und obwohl die Mutter dem Kontaktabbruch zugestimmt hatte, wollte bzw. konnte sie den Hilfeprozess ihrer Tochter nicht unterstützen.

4. Kategorie: Konflikte

Auf Seiten der KJP wurde die Zusammenarbeit mit der KJH als schwierig erlebt. Das Jugendamt arbeite nicht unterstützend genug.

„Durch Hilflosigkeit, also da will ich auch gar nicht die Eltern.. das, weil da, ja das is, wenn die Eltern die Möglichkeit hätten, anders zu handeln, würden sie es machen. Aber sie sind in diesem Moment halt am Limit und finde ich, dass das Jugendamt ehm doch auch mehr dann auch mehr unterstützend oder auch ehm aufdeckend arbeiten sollte (Räusperrn)“ (Interview I, Z. 471-475).

Die Verantwortung dafür, dass Mia so lange Zeit in der KJP untergebracht werden musste, sieht der Therapeut bei der KJH. *„Also (Räuspern), die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe war schwierig. Und zwar, weil ehm das geht nicht, dass eine Jugendliche zwei Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bleibt. Das ist äh ja das ist auch traumatisierend“* (Interview I, Z. 278-280). Des Weiteren habe die Mutter dem Therapeuten erzählt, dass sie die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt als unzuverlässig empfunden habe. *„Ehm... die Mutter hat die, also laut der Mutter [...] hat die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt auch als schwierig empfunden, als nicht so verlässlich. Also ehm Vormünderin war vielleicht in diesen zwei Jahren (Pause) viermal da“* (Interview I, Z. 286-289). Insbesondere die Ergänzungspflegerin hätte öfters mit der Mutter bzw. mit der Familie in Kontakt treten können, um eine gewisse Verlässlichkeit zu gewährleisten und der Mutter das Gefühl zu geben, dass sie unterstützt wird.

5. Kategorie: Wissensdefizite

Die Wissensdefizite auf Seiten der KJP bzw. der Ärzte/Ärztinnen wurden von der ASD Mitarbeiterin geschildert.

„[...] Ärzte äh in den Kliniken äh empfehlen sehr oft Hilfen, das ist, also sehr oft standardisiert steht in diesen Abschlussempfehlungen: die Familie sollte eine sozialpädagogische Familienhilfe erhalten. Und das ist so die Standardvorstellung brauchen irgend ne Hilfe. Und ich glaube, gut ist es dann, wenn wenn die beiden Institutionen dann nochmal besser vernetzen, mehr voneinander wissen und das jede Seite, dass die Ärzte wissen, die und die Hilfen gibt es. Ja, dass man so ein bisschen passgenauer, aber ich glaube einfach auch in der Klinik äh, die werden auch überflutet mit Menschen, die Diagnosen haben“ (Interview II, Z. 370-377).

Demnach herrsche auf Seiten der KJP ein Wissensmangel über passgenaue Unterstützungsangebote. Die Kenntnisse über die Hilfeplanverfahren in der KJH und über Rahmenbedingungen in den Jugendämtern sind anscheinend nicht ausreichend. Interessant ist, obwohl diese Wissensdefizite zu Reibereien und Missverständnissen zwischen den Institutionen führen, ist ein gewisses Maß an Verständnis auf Seiten der KJH vorhanden.

6. Kategorie: Qualifikationen und Eigenschaften

Auf die Frage, welche Qualifikationen bzw. Eigenschaften Fachkräfte mitbringen sollten, die mit Eltern zusammenarbeiten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, antwortete der Therapeut Folgendes:

„Wohlvollend... Weil ehm ich find es immer äh ich glaube ehm Vertrauen herzustellen... Äh kann in dem Sinne äh nur gelingen, indem man äh den anderen erstmal so akzeptiert wie er ist, weil ehm niemand möchte eine psychiatrische Erkrankung bekommen. Und wenn wir das Leben dieser betreffenden Person gelebt hätten, wir würden nicht wissen, was wir entwickelt hätten. Und ich finde erstmal Wohlvollen, mit an den Rand zu gehen, aber natürlich auch ganz klar seine Haltung zu behalten ehm nicht mit Vorwürfllichkeit, sondern immer versuchen auch wieder

(Räuspern) die Person ins Boot zu bekommen. [...] Ehm und ehm da ist es ganz, ganz wichtig ganz, ganz vorsichtig, kleinschrittig mit diesen Personen zu arbeiten. (Räuspern)“ (Interview I, Z. 300-308).

Die Fachkräfte geraten im Kontakt mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, immer wieder an ihre Grenzen. Trotz vieler Komplikationen sollte man sich jedoch nicht dazu verleiten lassen, diese Menschen abzuwerten. *„Achso, ja. Also, ich glaube schon Wertschätzung, aber auch ehm Klarheit. Auch die Sachen benennen, vorsichtig zu benennen [...]“ (Interview I, Z. 337-338).* Demnach ist es dem Therapeuten wichtig, den Betroffenen mit Wohlwollen zu begegnen und durchgängig eine klare Haltung zu vertreten. Weiter führte er aus, dass Wertschätzung und Klarheit in der Zusammenarbeit für ihn von Bedeutung sind.

7. Kategorie: Veränderungswünsche

Um psychisch kranke Eltern effektiver in den Hilfeprozess integrieren zu können, wurden einige Veränderungsvorschläge geäußert

„Also ehm ich fänd es ganz schön, wenn es wirklich auch Einrichtungen geben würde, in den äh psychisch erkrankte Eltern, jetzt die Mutter von äh Mia war ja nun sehr, sehr betroffen von ihrer äh psychischen Erkrankung. Dass es da Möglichkeiten geben würde, dass man gemeinsam, zusammen weiterleben kann, aber dann wesentlich mehr Stunden in die Familien rein. [...] Und da würde ich mir einfach wünschen, dass man ne Familie insgesamt behandeln könnte. Das würde ich mir wünschen. Mehr Stunden auch in die Familie rein. Viel, viel mehr ehm äh (Räuspern) ein gemeinsames Leben vielleicht sogar, dass äh äh dass ehm äh ehm so äh Einrichtungen, Jugendhilfeeinrichtungen mit Eltern zusammen, wo die dann wirklich ein, zwei Jahre zusammenleben“ (Interview I, Z. 346-356).

Viele Eltern zeigen eindeutige Symptome für eine psychische Erkrankung, lassen sich aber auf keine Behandlung ein oder leugnen ihre Erkrankungen. So lange die Eltern ihre eigene Krankheit nicht anerkennen, kann nicht effektiv mit ihnen zusammengearbeitet werden. Eltern dazu zu verpflichten, dass sie eine Therapie machen, ist vermutlich in der Praxis nicht umsetzbar, jedoch auf Seiten der KJP wünschenswert. *„Ich würde mir wünschen ehm, dass ehm Eltern gedrängt werden, ihre Erkrankung behandeln zu lassen. Wir haben sehr, sehr viele Eltern, die erkrankt sind, aber keine Therapie machen“ (Interview I, Z. 361-363).* Um beispielsweise die Diagnose *“Borderline-Persönlichkeitsstörung“* zu stellen, wird viel Zeit benötigt. Dadurch, dass Symptome einer Neurose und einer Psychose auftreten können und andere psychische Erkrankungen häufig parallel verlaufen, ist eine Diagnoseerstellung kompliziert und zeitintensiv (vgl. Weber 2012, S. 60). Würden die Eltern ihre Krankheit anerkennen bzw. offen mit ihr umgehen, würde daraus eine weitere Chance entstehen, um die Eltern zu unterstützen. Dafür müssen ent-

sprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. „[...]dass es da auch viel, viel mehr Möglichkeiten gibt, therapeutisch mit den Eltern zu arbeiten“ (Interview I, Z. 366-367). Im Rahmen der KJP werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene behandelt. Der Auftrag der Erwachsenenpsychiatrie ist hingegen die ist die Behandlung einer erwachsenen, erkrankten Person.

„Wir haben ja hier die ehm Erwachsenenpsychiatrie. Und da wärs zum Beispiel auch schön, dass ist aber jetzt n internes Problem, wäre es auch schön, wenn man da zum Beispiel auch irgendwie nochmal son son Raum bieten könnte, wo ehm äh Erwachsene, die da sind, die ham ja Kinder und in der Erwachsenenpsychiatrie werden die Kinder völlig übersehen. Ja und ehm wir haben natürlich dadurch, dass wir die Kinder hier sehen natürlich auch die Erwachsenen mehr im Blick, was ich hab da auch vollstes Verständnis, dass da häufig gar nicht drüber nachgedacht wird, was ehm die Kinder dort, wie es denen geht. Das wäre zum Beispiel auch nochmal so eine Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinderpsychiatrie“ (Interview I, Z. 407-415).

„Im Denken der Institution Psychiatrie werden Angehörige in erster Linie als Stabilisatoren und Unterstützungssysteme des Genesungsprozesses gesehen. Für die Kinder unterbleibt daher oftmals dringend notwendige eigene Hilfe [...]“ (Weber 2012, S. 68). Die drei Helfersysteme (KJH, KJP und Erwachsenenpsychiatrie) für eine gemeinsame Kooperation zu gewinnen, um gleichermaßen auf die Bedürfnisse des psychisch erkrankten Kindes und des erkrankten Elternteils einzugehen und mit ihnen gemeinsam zu arbeiten, wäre wünschenswert. Im nachfolgenden Abschnitt wird das Interview mit der ASD Mitarbeiterin ausgewertet.

4.3.2 Fachkraft in der Kinder- und Jugendhilfe

Bei der zuständigen Fachkraft in der KJH handelt es sich um die ASD Mitarbeiterin, die in dem Fall tätig war. Sie befindet sich im mittleren Erwachsenenalter. Das Interview wurde in den Räumlichkeiten des ASDs durchgeführt.

1. Kategorie: Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern

In Bezug auf die Erfahrung mit psychisch kranken Eltern berichtete die ASD Mitarbeiterin, dass die Thematik immer stärker zugenommen habe. Immer mehr Eltern weisen im Kontext mit der KJH psychische Erkrankungen auf. „Also, ich persönlich arbeite jetzt acht Jahre hier im Jugendamt und würde sagen, dass auf jeden Fall, im Laufe dieser acht Jahre, die Thematik psychisch kranke Eltern äh stark zugenommen hat“ (Interview II, Z. 7-9). Das Wissen über psychische Erkrankungen ist bei Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen oftmals nicht ausreichend. Das Wissen über Auswirkungen und Folgen der Erkrankungen auf die Betroffenen

(speziell auf die Erziehungskompetenz) und deren Kinder ist begrenzt. Innerhalb von Weiterbildungen müssen Handlungswissen und umsetzbare Methoden vermittelt werden (vgl. Weber 2012, S. 251). Anscheinend ist bei beiden zuständigen Fachkräften ein Zuwachs von psychisch erkrankten Eltern ersichtlich. Alarmierend ist jedoch, dass die Fachkräfte in der KJH nicht ausreichend darauf vorbereitet sind bzw. werden.

2. Kategorie: Begriffsverständnis Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nach der Frage, was sie unter dem Krankheitsbild Borderline-Persönlichkeitsstörung verstehen würde, äußerte sie sich wie folgt: *„Also, ja so was ganz grob, und was mir da spontan einfällt, das ehm Menschen mit ner Borderline-Problematik son sehr impulsives äh Verhalten an den Tag legen. So sprunghaft. Äh sehr so schwarz-weiß denkend“* (Interview II, Z. 29-31). Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind ambivalent und impulsiv in ihrem Verhalten und in ihren Stimmungen. Sie haben ein verzerrtes Selbstbild. Sie verletzen bzw. schädigen sich selbst und es mangelt ihnen an Selbstkontrolle. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung denken in schwarz und weiß, Zwischentöne existieren nur selten (vgl. Schone/ Wagenblaus 2002, S. 39). Theoretisch hat die befragte Person demnach ein gewisses Verständnis von diesem Krankheitsbild. Fraglich ist nur, ob sie dies auch in der Praxis umsetzen kann.

3. Kategorie: Grenzen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Eltern

Laut Aussagen der ASD Mitarbeiterin treten durch die mangelnde Verlässlichkeit der Eltern immer wieder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit auf. Es sei schwer möglich, eine Veränderung für die Kinder zu erwirken. Die Eltern halten i.d.R. ihre Versprechen nicht ein bzw. können diese nicht einhalten.

„[...] bei uns in der, in der, in unsere Arbeit, wenn wir versuchen für Kinder etwas zu erreichen, dann äh versuchen wir ja oft in erster Linie mit den Eltern Vereinbarungen zu treffen. Das das, wenn ne Hilfe eingeleitet wird, Hilfepläne auf den dann schriftlich fixiert wird, äh was die Eltern verändern wollen. Das sollen die ja auch selber ehm soll ja der Wille der Eltern sein und das sagen die dann auch so am Tisch und äh schreibt man nieder und das unterschreiben dann auch die Eltern. Und dann ist das eben so, das das man sich kaum verlassen kann, dass das auch wirklich eingehalten wird. Das äh ist eben, würde ich sagen ne Herausforderung, dass diese Verlässlichkeit, die wird ja bräuchten, damit sich Dinge bei den Kindern verändern“ (Interview II, Z. 31-39).

Verlässlichkeit in einer Kooperation ist zwingend notwendig, allerdings nicht immer gegeben. Hilfen werden allerdings nur noch gewährt, wenn die Familie bzw. die Eltern mitwirken. *„Äh wir gewähren eben inzwischen auch nur noch Hilfen, wenn, ganz grob gesagt, wenn wir die*

Person/die Familie, die die Hilfe möchte auch wirklich klar formulieren kann ihm ein bestimmtes Ziel, einen bestimmten Willen zu haben“ (Interview II, Z. 61-64). Problematisch ist es, den Kinder zu erklären, dass sie die Situation aushalten müssen und keine weitere Hilfe vom Jugendamt erwarten können, so lange die Eltern keinen Willen zur Veränderung zeigen. Im Gefährdungsfall wäre eine Inobhutnahme möglich/notwendig. Das empfinden jedoch die wenigsten Kinder als Hilfe (vgl. Weber 2012, S. 189). Es mangelt an frühzeitigen, spezifischen Hilfen und Informationen über die elterliche Erkrankung. Es wird erwartet, dass Kinder die Auswirkungen der elterlichen Krankheit ertragen (vgl. Weber 2012, S. 69). Herausfordernd wird es in der Zusammenarbeit auch, wenn sich die psychisch kranken Eltern, wie im Fall Mia, von ihrer eigenen Erkrankung nicht lösen können.

„Weil die Eltern auch, ich sehe das jetzt den vorliegenden Fall, da ist die Mutter ja stark in ihrer Problematik gefangen gewesen und und da gabs viele Übertragungen. Und ja, häufig können die psychisch erkrankten Eltern vielleicht auch gar nicht optimal dort in den Prozess mit einbezogen werden“ (Interview II, Z. 66-70).

Die Mutter konnte sich auf die Unterstützungsangebote und Veränderungsversuche seitens der Professionellen nicht einlassen. *„[...] weil einfach äh die die Mutter sehr ja in ihrem Denken gefangen war und dann so aus unserer Meinung nach äh so objektiv, die nächsten notwendigen Schritte, die die Ärzte als als wichtig ansahen, nicht gehen wollte“ (Interview II, Z. 78-80).* Interessant ist, dass die Mutter sich zu Beginn kooperativ zeigte, jedoch ihre Versprechen nicht in die Tat umsetzte.

„[...] ich kann mich noch sehr gut erinnern an diesen ersten Hausbesuch. Und dann hab ich die Mutter als sehr eh kooperativ und äh sehr vernünftig und äh so als hätte sie so sehr gut verstanden, was ihr also was das Problem sei und äh sehr äh davon überzeugt, das Mia jetzt Hilfe braucht und sehr kooperativ und wollte eigentlich alles tun, damit es ihrer Tochter gut geht. Und das hat sich dann ja später eh verändert“ (Interview II, Z. 104-109).

Bei psychisch kranken Eltern, bei denen keine Krankheitseinsicht vorhanden ist, geht es oft um den teilweisen oder vollständigen Entzug des Sorgerechts. Hierbei muss die Frage geklärt werden, ob die Eltern in der Lage sind, Gefährdungen für das Kind abzuwenden (vgl. Schone 2014, S. 134). In dem Fall Mia war der teilweise Entzug des Sorgerechts notwendig. *„Die Mutter hatte ja gesagt, wenn sich Mia etwas antut, dann äh werde ich mich, dann werde ich auch aus den Leben gehen. [...] also mit einer solchen Aussage, kann diese Mutter jetzt nicht mehr verantwortungsvoll das Sorgerecht, mit allen verbundenen Pflichten wahrnehmen“ (Interview II, Z. 114-119).* Dadurch, dass der Mutter Teile des Sorgerechts entzogen wurden, zog sie sich zurück. Es war kein kooperativer Zugang zu ihr mehr möglich. Nicht nur Teile des Sorgerechts wurden ihr entzogen. Die kleinere Schwester wurde nach den Suizidäußerungen der Mutter bei ihrem Vater untergebracht. *„Die hat mir nicht mehr vertraut. Und es lag schon auch daran,*

dass ich in ihren Augen habe ich ihr die kleine Schwester weggenommen, die Tochter, die Schwester von Mia“ (Interview II, Z. 177-179).

Nach Aussagen der Fachkraft aus der KJH wollte die Mutter, dass die Tochter wieder bei ihr einzieht. Dies war jedoch undenkbar. Die Beziehung, die zwischen den beiden bestand, wurde als Symbiose umschrieben. *„Äh dass die Mutter-Tochter Dynamik eben sehr unheilvoll, dass die beiden so unheilvoll verwoben sind. Und ehm ja, das ist und das war schwer einschätzbar, weil die Mutter wollte dann ja auch immer wieder, dass die Tochter zurückkommt“ (Interview II, Z. 185-188).* Die Mutter hatte den Bezug zur Realität verloren. Es war seitens der Fachkräfte eindeutig, dass Mia nicht in das familiäre Umfeld zurückgehen konnte.

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung schützen sich durch Abwehrmechanismen. Die Projektion ist eine der wichtigsten Abwehrmechanismen (vgl. Abschnitt 2.1.1.2).

„[...] irgendeinem Gespräch dann auch mal kundgetan, dass ihr das selber auch passiert war. Und dann bestand ja auch die Vermutung, dass sie das vielleicht überträgt auf ihre Tochter, was ihr selber passiert ist. Weil Frau EP, die ja die Vormundschaft, Ergänzungspflegschaft hat, versucht hat an Akten zu ehm kommen. [...] Und sie hat von diesen, weil die Mutter berichtete immer, das war vor Gericht, als Mia mit sieben oder acht diesen Missbrauch erlebt hatte. Und meine Kollegin hat keine Akten äh kein Gericht gefunden, die irgendwas in diese Richtung bestätigen würden. Ich hab die Vermutung, das das die Mutter diese Dinge auch so initiiert äh dem Mädchen etwas, ja also eigenes Erleben da auf die Tochter überträgt“ (Interview II, Z. 262-271).

Die Mutter hat vermutlich, nach Ansicht der ASD Mitarbeiterin, ihre eigene Geschichte auf ihre Tochter projiziert. Es kann nicht sicher gesagt werden, ob Mia diese sexuellen Übergriffe widerfahren sind.

4. Kategorie: Konflikte

Laut Aussagen der ASD Mitarbeiterin wurde seitens der KJP Druck ausgeübt. Die KJH sollte dafür sorgen, dass für Mia eine passende Einrichtung gefunden wird.

„Und die Klinik hat die Erwartungshaltung gehabt, dass wir, Jugendamt, jetzt mal ne passende Einrichtung finden. Und ehm das war in dem Fall schwierig, es war ein schwieriger Verlauf, weil äh wir als Jugendhilfe/Jugendamt, das Mädchen ist suizidal, die hat sich ja fast nie, bei diesem ganzen Zeitablauf, von diesen suizidalen Absichten distanziert. Und für uns gehörte eine Jugendliche, die davon nicht ablassen kann, in die Psychiatrie“ (Interview II, Z. 131-136).

Allerdings sei das Mädchen so suizidal gewesen, dass das Jugendamt es nicht verantworten konnte, sie in einer anderen Einrichtung unterzubringen. Es gab bereits einen Versuch, der damit endete, dass Mia wieder in der KJP aufgenommen werden musste. *„Wir können, weil dann hätten wir die Verantwortung. Die ist suizidal, wir bringen die irgendwo unter und vor allen Dingen kam es kaum ne Einrichtung, die gesagt hätte yeah wir nehmen dieses Mädchen“ (In-*

terview II, Z. 279-281). Die Zuständigkeiten zwischen der KJH und der KJP waren nicht eindeutig geklärt. Des Weiteren kam hinzu, dass die KJH der Ansicht war, dass Mia ein Fall für die Eingliederungshilfe war. Dies begründete die ASD Mitarbeiterin wie folgt:

„Und aus Sicht der Jugendhilfe, war Mia ein Fall, der aufgrund der psychischen Erkrankung, eher ein Eingliederungshilfe fall war. Ich weiß nicht, ob sie die Begrifflichkeiten... Ja genau. Denn wir geben, also wenn Kinder 18 werden, geben wir solche Fälle an die Eingliederungshilfe ab. Also wir versuchen das. Also da gibt es auch nen Konflikt. [...] Wer ist zuständig? Aber aus Sicht der Jugendhilfe sind eben Fälle, die nicht wirklich absehbar ehm also, wo absehbar keine Veränderung/Verbesserung ehm eintreten werden - Eingliederungshilfe. [...] Ja für uns war Mia, obwohl sie noch nicht 18 war, also massiv psychisch krank, dass wir für uns es schwierig war, dann auch entsprechende Hilfsmöglichkeiten und Angebote zu finden, weil ja“ (Interview II, Z. 161-172).

Sie berichtete weiterhin, dass Konflikte entstehen würden, wenn die Kliniken Empfehlungen abgeben, ohne genaueres Fachwissen bzgl. der Hilfeangebote der KJH zu haben. Förderlich sei es auch nicht, wenn die KJH zu spät über den Aufenthalt in der KJP bzw. die Entlassung aus der KJP eines Kindes informiert werde. Schlägt die KJP der Familie Hilfen vor, die die KJH nicht verwirklichen kann, ist damit keinem geholfen.

„Und äh dann gibt es ja meist ne Empfehlung in der Klinik und die geht dann auch in Richtung Jugendhilfe im im Normalfall und Jugendhilfe wird einbezogen. Und ich finde, wenns gut funktioniert, dann wird die Jugendhilfe frühzeitig miteinbezogen und nicht erst ein Tag bevor dieses Kind entlassen wird. [...] Und dann ja, dann entsteht schnell Frust, also wenn äh dann die Erwartungshaltung ist, dass die Jugendhilfe jetzt äh ich sag mal schnell: das machen soll, was die Klinik ehm empfiehlt und wir eben auch unsere ehm und wir haben auch unsere Vorgehensweise wie wir arbeiten. Also wir lassen uns jetzt auch nicht so gerne an den Tisch der KJP bestellen und äh so vorschreiben lassen, das ist jetzt die Hilfe, die das Kind braucht“ (Interview II, Z. 48-58).

Erschwerend kommt hinzu, dass die zuständige KJP nicht in der unmittelbaren Umgebung des zuständigen Jugendamtes liegt. *„Ja, also unsere, die für uns zuständige Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ja M. Und die ist einfach sehr weit weg und das ist schon auch n Problem, weil Eltern müssen lange fahren, wir müssen lange fahren“ (Interview II, Z. 399-401).* Dadurch entstehen lange Fahrtwege und die Treffen in der KJH sind zeitaufwendig.

5. Kategorie: Wissensdefizite

Interessant ist, obwohl die MitarbeiterInnen in der KJH in ihrer Arbeit mit psychisch kranken Eltern konfrontiert werden, ist anscheinend nur ein geringes Wissen über den Umgang mit psychisch Erkrankten und die Auswirkungen der Krankheit auf die Erziehungsfähigkeit der Eltern vorhanden. *„[...] ich denke auch der Bedarf ehm, dass man, dass wir hier im im Jugendamt da noch mehr Hintergrund ehm Wissen haben, wie man jetzt mit bestimmten psychischen Erkan-*

kungen umgeht“ (Interview II, Z. 15-17). Insbesondere Fachwissen über die Borderline-Persönlichkeitsstörung scheint nicht ausreichend vorhanden zu sein, obwohl Fortbildungen diesbezüglich stattfinden. Die Informationen in den Fortbildungen seien nur oberflächlich. „Möglichst auch Hintergrundwissen über die Borderline-Erkrankung - fehlt uns sicherlich. Man macht, also ich kann mich erinnern, dass wir mal ne Fortbildung hatten, aber das geht dann ja nie so tief und äh das ist, finde ich nämlich eben auch manchmal schwer abrufbar“ (Interview II, Z. 326-329). Laut Aussagen der ASD Mitarbeiterin existieren zusätzlich ungenaue Kenntnisse über die Rahmenbedingungen in der KJH. „Aber manchmal könnte es helfen, dass schon mal jede Seite weiß, wie die andere arbeitet und so tickt und mehr Verständnis für einander da sein“ (Interview II, Z. 424-425). Diese Wissenslücken beruhen anscheinend auf Gegenseitigkeit und sollten behoben werden.

6. Kategorie: Qualifikationen und Eigenschaften

Im Hinblick auf die Qualifikationen und Eigenschaften, die Personen mitbringen sollten, die mit Eltern zusammenarbeiten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, antwortete die ASD Mitarbeiterin: „Klarheit eh über über das, was eh was man jetzt als notwendig erachtet und das der Mutter klar vermitteln können. Der Mutter Orientierung geben können, was eh was sie tun soll“ (Interview II, Z. 324-326). Die zuständigen Fachkräfte sollten also in der Lage sein, den Eltern eine klare Leitlinie vorzugeben. Die Kommunikation untereinander muss seitens der KJH eindeutig sein, damit möglichst keine Missverständnisse auftreten.

„Aber auf jeden Fall transparentes Handeln. Das den Personen die, also meiner Meinung nach deren Verhalten ja so durch dieses sprunghafte, schwarz-weiß Denken. Das man da immer, also so wie bei schwierigen Kindern, einfach so ne klare Linie immer darstellt und eben verlässlich immer wieder auch die gleichen Aussagen treffen und eben dann dann... Ja so ne so ne Leitlinie sein für die die Eltern. Das sie wissen an was sie sind, also das ist glaube ich einfach wichtig“ (Interview II, Z. 329-334).

Ist eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung vorhanden, kann eine Veränderung der Kommunikations- und Verhaltensmuster ermöglicht werden. Dadurch können die Betroffenen neue Strukturen zur Bewältigung der Problemlagen entwickeln. Empathie, Methodenkompetenz, theoretisches Wissen, Erfahrung und Intuition führen seitens der Fachkräfte zu einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Für die psychisch erkrankten Eltern besteht die Zusammenarbeit primär aus Vertrauen. Sie vermuten bei den zuständigen Fachkräften professionelle Kompetenz (vgl. Weber 2012, S. 191). Die ASD Mitarbeiterin berichtete, dass Themen wie Transparenz und

Verlässlichkeit ihrer Ansicht nach für eine funktionierende Zusammenarbeit von großer Bedeutung sind.

7. Kategorie: Veränderungswünsche

Wünschenswert wäre für eine effektive Zusammenarbeit aus Sicht der Befragten, dass die betroffenen Eltern ihre Krankheit anerkennen. *„Also ich glaube das Wichtigste ist ja schon mal, dass jemand, der ne psychisch Erkrankung hat, das anerkennen kann. Ich glaube da fängts einfach an. Ich die wenigsten, mit denen wir zu tun haben, können das anerkennen“* (Interview II, Z. 358-360). Das Anerkennen der Krankheit allein reicht jedoch nicht aus. Die Eltern müssen sich auch in Behandlung begeben und sich an die Empfehlungen der Fachkräfte halten.

„Also ich sag mal: Anerkenntnis, dass ich krank bin, als psychisch Kranker, ich lass mir helfen, ich gehe irgendwo in Behandlung, ich folge Empfehlungen, die seitens von Ärzten gegeben werden. Und Ärzte und Jugendhilfe treten dann nochmal vielleicht auf einer anderen Ebene in Austausch und wissen voneinander“ (Interview II, Z. 367-370).

Jedoch sollen nicht nur die Eltern in die Verantwortung gezogen werden, damit Verbesserungen eintreten. Die zuständigen Institutionen wie bspw. KJH und Erwachsenenpsychiatrie müssen sich austauschen. Generell wäre eine zeitige Kontaktaufnahme mit der KJH erforderlich, damit ein Austausch von Informationen stattfinden kann und alle involvierten Personen miteinbezogen werden. *„Also frühzeitige Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt und das alle Beteiligten ne sich da, also an einen Tisch setzen und sich alle einbezogen fühlen“* (Interview II, Z. 412-414). Im nächsten Abschnitt wird das Interview mit der Ergänzungspflegerin ausgewertet.

4.3.3 Ergänzungspflegerin

Die Ergänzungspflegerin von Mia befindet sich ebenfalls im mittleren Erwachsenenalter. Das “Ergänzungsinterview“ erfolgte im Büro der Ergänzungspflegerin (Räumlichkeiten des ASDs).

1. Kategorie: Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern

Auf die Frage, wie oft die Ergänzungspflegerin in ihrer Arbeit mit psychisch kranken Eltern zu tun hat, antwortete sie:

„Also ich kann sagen, bei den Vormundschaften [...] hab ich psychisch kranke Eltern, das liegt ungefähr bei 50 % von meinen Fällen. Ehm dementsprechend würde ich auch häufig mit dieser Thematik psychisch kranker Eltern konfrontiert. Weil ehm trotz, dass ne Vormundschaft besteht, müssen die Eltern in die Arbeit mit den Kindern miteinbezogen werden. Das bedeutet, man muss sich mit dieser Krankheit oder dem Krankheitsbild der Eltern auseinandersetzen und die entsprechend immer wieder ins Boot holen, weil sie bleiben ja im Endeffekt Eltern. Und ehm das ist je nach Schweregrad der Krankheit ganz ganz unterschiedlich“ (Interview III, Z. 2-10).

Dadurch, dass sie so häufig mit dieser Thematik konfrontiert wird, muss sie sich auch mit psychischen Krankheiten auseinandersetzen. Von der psychischen Erkrankung der Eltern sind die Kinder i.d.R. betroffen. „Es zeigte sich, dass die Kinder der Borderline-Mütter signifikant mehr psychische Störungen aufwiesen als die Kinder der anderen Persönlichkeitsstörungen leidenden Mütter. Bei den Kindern wurden ADHS, Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten und Störungen des Sozialverhaltens gefunden“ (Lenz 2014a, S. 27). Mia hat, vermutlich aufgrund der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Mutter, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt.

„[...] ich bin der Meinung, dass ehm Mia im Endeffekt aufgrund der Erkrankung der Mutter erkrankt ist. Ehm das was Mia an Auffälligkeiten zeigt ehm spiegelt sehr die Mutter wieder beziehungsweise das was eventuell der Mutter passiert ist beziehungsweise was sie von der Mutter übernommen hat“ (Interview III, Z. 49-52).

Mia ist in einem dysfunktionalen Familiensystem bei der Mutter aufgewachsen. Mia sei durch die psychisch kranke Mutter beeinflusst worden. „Ehm die Beeinflussung der Kinder, durch Borderline gestörte Eltern, ist verhältnismäßig hoch, umso länger sie in diesem System sind“ (Interview III, Z. 43-45.) Nach Einschätzung der Ergänzungspflegerin sei Mia mittlerweile so weit geschädigt, dass sie nie wieder ganz “gesund“ werden kann. „Also sie ist so weit geschädigt, durch dieses System, ehm dass sie im Endeffekt keine Chance hat auch da wieder rauszukommen“ (Interview III, Z. 194-196).

2. Kategorie: Begriffsverständnis Borderline-Persönlichkeitsstörung

Über das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtete die Ergänzungspflegerin ausführlich:

„Unter Borderline ist einmal Verdrängung der äh Realität oder der Geschichte, dass die sich viele Sachen entweder schön oder sehr negativ ehm bescheinigen und das im Endeffekt auch glauben, dass es wirklich so ist. Ehm Borderline ist auch bedingt, je nachdem in welchem Schub sie im Endeffekt sind, ehm man gut mit ihnen reden kann oder viele alte Sachen einfach hochkommen und eine Zusammenarbeit zu dem Zeitpunkt im Endeffekt auch nicht ehm möglich ist. Ehm ich sach mal, von den 50 % die ich habe mit psychisch erkrankten Eltern ehm haben die Mütter auch ehm ganz viel ne rechtliche Betreuung oder die Väter. Wobei viele Borderliner vom Kopf her sehr intelligent sind. Manchmal hab ich das Gefühl, dass die Intelligenz den auch wirklich im Wege steht. [...] Und ehm das beinhaltet auch, dass die sich grade bei einer rechtlichen Betreuung, auch wenn die notwendig wäre, gut rausreden können. Also die können gut reden und können ihre Situation dann vorm Amtsarzt oder vorm Betreuungsrecht gut argumentieren, so dass eine Betreuung nicht eingerichtet wird“ (Interview III, Z. 25-37).

Eine rechtliche Betreuung von Erwachsenen spiele, besonders bei Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, eine wichtige Rolle. Gemäß §1896 BGB „(1) ¹Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Be-

hinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer“ (Gesetze für die Soziale Arbeit 2013, S. 634). Dadurch, dass die Betroffenen oft intelligent sind und gut argumentieren können, bestehe die Gefahr, dass eine rechtliche Betreuung für den erkrankten Elternteil nicht eingerichtet wird.

3. Kategorie: Grenzen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Eltern

Mütter, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, scheinen herausfordernd in der Zusammenarbeit zu sein. *„Am schwersten sind die Borderline-Mütter. Die sich natürlich vieles einfach schön reden“* (Interview III, Z. 10-11). Erschwerend kommt hinzu, dass die Glaubwürdigkeit der Menschen, die an dieser Krankheit erkrankt sind, nicht immer gegeben ist. *„Hm, die Herausforderung ist eben, dass es immer wieder n neues Bild ist, immer jetzt es sitzt im Endeffekt mit einer Geschichte jedes Mal ne andere Person vor mir“* (Interview III, Z. 40-42). Die Mutter habe die Geschichten von Mias sexuellen Übergriffen immer wieder anders erzählt. Es sei zu Widersprüchen gekommen. Demnach besteht die Vermutung, nach Ansicht der Ergänzungspflegerin und der ASD Mitarbeiterin (siehe Abschnitt 4.3.2), dass die Mutter ihre eigene Geschichte (sexueller Missbrauch) auf ihre Tochter projiziert hat. *„Deswegen gehe ich davon aus, dass es der Mutter passiert ist und eine Übertragung auf die Tochter stattgefunden hat. Und natürlich is sie dann eventuell irgendwann Opfer“* (Interview III, Z. 159-160). In den ersten Kontakten mit der Ergänzungspflegerin zeigte sich die Mutter kooperativ. Allerdings wurde relativ schnell klar, dass die Mutter ihre Versprechungen nicht einhielt (vgl. Abschnitt 4.3.2).

„Als zugewandt, offen, wollte alles erledigen, war für alles da äh, sehr misstrauisch. Wollte auch den HzE-Antrag mitm Anwalt gegenlesen lassen, was im Endeffekt nichts, also sie hat im Endeffekt vieles versprochen, vieles gemacht, hat aber außer den Besuchskontakten mit Mia, in der Einrichtung, nichts gemacht. Nichts was im Sinne des Kindes war“ (Interview III, Z. 60-63).

Das Verhältnis zwischen Mia und ihrer Mutter sei symbiotisch. *„Ehm die, zwischen der Mutter und Mia besteht eine Symbiose“* (Interview III, Z. 63-64). Wie bereits erwähnt ist es nicht gelungen, diese Symbiose in der Zusammenarbeit mit der KJP und Erwachsenenpsychiatrie aufzulösen. Die Ergänzungspflegerin hat außerdem angestrebt, der Mutter das Sorgerecht komplett zu entziehen. Ein Grund dafür war u.a., dass sie keine Verlässlichkeit zeigte. *„Aber alles andere lag wirklich noch in Händen der Mutter und sie hat im Endeffekt nichts getan. Aber konnte sich so gut verkaufen, dass dem Gericht im Endeffekt nichts anderes übrig blieb, als die Teile wirklich dort zu belassen“* (Interview III, Z. 246-249). Besonders in der Beziehungsarbeit mit Borderline-Patienten besteht die Gefahr, dass die zuständigen Fachkräfte komplett vereinnahmt

werden (vgl. Weber 2012, S. 225). Das darf in der Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, nicht passieren. Man darf nicht Teil ihres Systems werden. *„Oder, dass man selber in dieses in dieses System reinrutscht“* (Interview III, Z. 103-104). Fachkräfte müssen sich klar abgrenzen. *„Borderline gestörte Eltern, mit denen zusammen zu arbeiten, im Endeffekt, können wir nur beratend tätig sein. Das ist die Gesetzgrundlage. Was die im Endeffekt mit ihrer Therapie machen, da sind uns die Hände gebunden“* (Interview III, Z. 119-121). Dieses Zitat ist sehr interessant und aussagekräftig und verdeutlicht das Dilemma, in dem sich die Fachkräfte befinden

4. Kategorie: Konflikte

Nach der Einschätzung der Ergänzungspflegerin werden in der KJP Auszubildende eingesetzt, die nicht ordentlich angeleitet werden. Dadurch entstehe Überforderung und ggf. unprofessionelles Verhalten der Auszubildenden und die Kinder nutzen dies gezielt aus. *„Ehm und das sind viele Auszubildende dort in den Kliniken, die aber leider nicht professionell in den Kliniken begleitet werden. Äh das ist auch großes Manko, weil die Kinder wissen einfach, wie sie die Knöpfe drücken müssen“* (Interview III, Z. 140-143). Das ist weder für die Fachkräfte noch für die Kinder in der KJP förderlich. Des Weiteren kritisiert die Ergänzungspflegerin das System der KJP. Kinder können sich diesem entziehen, indem sie gegen Regeln verstoßen. *„Also wenn ich die ehm mein Zimmer zerlege und die Gruppe zerlege, weiß ich, dass ich rausgeschmissen werden. So und schon bin raus aus dem System. Da müssen im Endeffekt Jugendliche... ehm müssen die Kliniken anders aufgestellt sein“* (Interview III, Z. 147-150). Wissen die Kinder wie das System funktioniert, können sie dies gezielt ausnutzen.

5. Kategorie: Wissensdefizite

Zu dieser Kategorie sind keine Aussagen der Ergänzungspflegerin vorhanden.

6. Kategorie: Qualifikationen und Eigenschaften

Nach Einschätzungen der Ergänzungspflegerin müssen die Fachkräfte, die mit Eltern zusammenarbeiten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, folgende Qualifikationen bzw. Eigenschaften mitbringen: *„Das müssen Pädagogen sein, gestandene. Und im Endeffekt mit viel Fortbildung und Supervision. Ansonsten kommt man da nicht durch mit Borderline, weil die Übertragung ist verhältnismäßig schnell“* (Interview III, Z. 101-103). Supervisionen und Fortbildungen hält sie für den Schutz der Fachkräfte als notwendig.

7. Kategorie: Veränderungswünsche

Als Veränderungswunsch regte sie an, dass die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor dem 18. Lebensjahr erfolgen sollte. Diese Aussage begründete sie wie folgt:

„[...] die Diagnostik einer Borderline-Störung auch schon unter dem 18. Lebensjahr erfolgen. Nicht erst, wie es momentan ist, nach dem 18. Die Symptome sind ganz deutlich bei manchen Kindern, dass sie wirklich ne Borderline-Störung haben. Es wird nicht diagnostiziert. Äh und entsprechend werden bei Kindern bei Jugendlichen nicht die entsprechenden Therapie angewendet, um eventuell das auch aufbrechen zu können. Beziehungsweise auch die entsprechende richtige Jugendhilfemaßnahme einrichten zu können. Ohne diese Diagnostik, keine Hilfe, keine Therapie. Das ist im Endeffekt, wo wir eventuell den Teufelskreis unterbrechen können“ (Interview III, Z. 112-119).

Der Aufbau eines funktionierenden Netzwerkes der unterschiedlichen Institutionen ist erforderlich, um künftig besser mit psychisch kranken Eltern zusammenarbeiten zu können. Mit Hilfe eines solchen Netzwerkes könnten auch die Kinder von psychisch kranken Eltern ggf. besser geschützt werden.

„Alles läuft im Rahmen eines Netzwerks, was dann rund rum um das Kind aufgebaut wird, wenn die Eltern eine rechtliche Betreuung haben. Dann können wir zum Beispiel rechtzeitig, wenn wir das merken, dass sie wieder n Schub haben, dann können wir den Betreuer anrufen: Pass auf, der nächste Schub ist da, der muss eingewiesen werden. Dem is aber so nicht. Jo, das wär n Wunsch. Das eventuell vorher schon, damit wenigstens die Kinder nicht dieses System weiterführen und im Endeffekt ganz knallharte einengende Jugendhilfemaßnahmen. [...] Und dafür müsste es sind es eben auch, dass Einrichtungen entsprechend geschult sind und äh wissen wie sie damit umgehen können“ (Interview III, Z. 121-130).

Des Weiteren sind seitens der Ergänzungspflegerin Schulungen für die Einrichtungen der KJH gewünscht, damit die mit diesen schwierigen Fällen besser umgehen können. Im nächsten Abschnitt erfolgt die Diskussion der Ergebnisse.

4.4 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Abschnitt sollen die Ergebnisse der Interviews, unter Berücksichtigung der Fragestellung dieser Arbeit, kritisch diskutiert werden. Zu Beginn erfolgt eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews.

Aus den Interviews gingen folgende Erkenntnisse hervor: die ASD MitarbeiterInnen verfügen über mangelndes Wissen im Hinblick auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In der Erwachsenenpsychiatrie werden die Kinder von psychisch kranken Eltern für die Gesundheit instrumentalisiert. In den seltensten Fällen werden Kinder in den Behandlungsprozess der Eltern miteinbezogen. Wissensdefizite auf Seiten der KJP sind unzureichende Kenntnisse über Hilfeplanverfahren und über Rahmenbedingungen in den Jugendämtern bzw. in der KJH. Wissensdefizite auf Seiten der KJH sind unzureichende Kenntnisse über Rahmenbedingungen in der KJP. Des Weiteren existiert nur wenig Wissen über den Umgang mit psychisch Erkrankten.

Kenntnisse über die Auswirkungen der Krankheit auf die Erziehungsfähigkeit der Eltern sind in beiden Institutionen nicht ausreichend vorhanden. Fort- und Weiterbildungen sind erwünscht. Es besteht noch keine Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie. Weder auf Seiten der KJH noch auf Seiten der KJP. Diese Kooperation wird von den Fachkräften gefordert. Die KJH, die KJP und die Ergänzungspflegerin waren sich einig, dass psychisch kranke Eltern ihre Erkrankung anerkennen müssen und sich in Behandlung begeben sollten, damit eine tragfähige Arbeitsbeziehung möglich ist. Alle drei Befragten berichteten, dass das Thema "Psychisch kranke Eltern" immer bedeutender wird und dass sie häufig (ca. 50% der Eltern) in ihrer Arbeit mit psychisch kranken Eltern in Berührung kommen. Die Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, wird von allen drei zuständigen Fachkräften als herausfordernd und schwierig erlebt. In dem Fall Mia war die Mutter in dem Hilfeprozess nicht mehr tragbar, da sie sich an keine Abmachung bzw. Empfehlung der Fachkräfte gehalten hat.

Die zuständigen Fachkräfte sind sich in vielen Themen einig. Geht es jedoch um die grundlegenden Themen wie Zuständigkeiten, Verantwortung, etc. gehen aus den Interviews alarmierende Erkenntnisse hervor. Wissenslücken bzgl. Arbeitsweisen und Rahmenbedingungen in der jeweils anderen Institution beruhen auf Gegenseitigkeit. Durch "Grenzgänger" werden die KJH und KJP zu einer Kooperation gezwungen. Diese beiden Institutionen sollen demnach zusammenarbeiten, obwohl sie kaum wissen, wie die andere Seite arbeitet. Zuständigkeiten werden in schwierigen Fällen wie bspw. im Fall Mia hin- und hergeschoben. Keiner möchte die Verantwortung tragen. Wie sollen Familien einen Durchblick bekommen, wenn die Fachkräfte nicht wissen, wer wofür zuständig ist? Es existiert keine klare Linie, die alle Fachkräfte in der KJH oder KJP (und Erwachsenenpsychiatrie) verfolgen, wenn sie mit Eltern zusammenarbeiten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. Dadurch entstehen Schuldzuweisungen und der Hilfeprozess für das Kind und ggf. der Behandlungsprozess für den erkrankten Elternteil verzögert sich oder findet nicht statt. In den ASDs finden Fortbildungen zum Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung statt. Das erworbene Wissen kann aber in der Praxis kaum umgesetzt werden, da das Thema in den Fortbildungen nur oberflächlich behandelt wird. Die MitarbeiterInnen in den ASDs werden regelmäßig mit Eltern, die mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, konfrontiert. Sie werden jedoch nicht ausreichend darauf vorbereitet.

Laut Schrappe (2011) liegt die Stärke der KJH in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Eltern darin, dass ihr Fokus auf Förderung und Entwicklung der Kinder liegt und nicht auf psychischen Erkrankungen der Eltern. Dadurch werden familiäre Ressourcen oder Probleme

thematisiert. Die elterliche Erkrankung steht nicht im Vordergrund. Schwierigkeiten oder Konflikte können somit normalisiert und eingeordnet werden (vgl. Schrappe 2011, S. 118). Es ist wichtig, sich an den Ressourcen der Familie zu orientieren und nicht an den Defiziten. Ist jedoch ein Elternteil psychisch erkrankt, muss dies thematisiert werden. Ansonsten wird die Thematik tabuisiert. Dadurch ist weder den Kindern noch den Eltern geholfen.

Für die Zusammenarbeit mit den Eltern muss eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung vorhanden sein. Wie sollte in dem Fall Mia mit der Mutter eine solche Beziehung aufgebaut werden, wenn ihr das Sorgerecht entzogen wurde und die kleine Tochter nicht mehr bei ihr wohnen durfte? Natürlich waren diese Schritte notwendig, allerdings nicht förderlich, um mit der Mutter zusammenzuarbeiten. Die Sorgerechtseinschränkung war u.a. der Auslöser dafür, dass sie nicht mehr bereit war mit der KJH und KJP zu kooperieren. Das nachfolgende Zitat ist sehr aussagekräftig und macht das Dilemma deutlich, in dem sich die Fachkräfte befinden. *„Borderline gestörte Eltern, mit denen zusammen zu arbeiten, im Endeffekt, können wir nur beratend tätig sein. Das ist die Gesetzgrundlage. Was die im Endeffekt mit ihrer Therapie machen, da sind uns die Hände gebunden“* (Interview III, Z. 119-121). Eine tragfähige Arbeitsbeziehung mit Eltern aufzubauen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, ist schwierig. Sie sind i.d.R. ambivalent in ihrem Verhalten. Verlässlichkeit ist kaum gegeben. Würden sich die Eltern in eine Behandlung innerhalb einer Erwachsenenpsychiatrie begeben, könnte therapeutisch und pädagogisch mit ihnen zusammengearbeitet werden. Eltern können jedoch nicht zu einer Therapie verpflichtet bzw. gezwungen werden. Möchte die Eltern keine Therapie machen, können die Fachkräfte nur auf Hilfsangebote aufmerksam machen.

An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die Fachkräfte in den zuständigen Institutionen nicht alles wissen können bzw. sollen. Durch eine Kooperation zwischen den drei Institutionen können Wissensdefizite und Verzögerungen in Hilfeprozessen verhindert bzw. verringert werden. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass der Fall Mia zwar ein Praxisbeispiel ist, allerdings können Fälle auch anders verlaufen. Im nachfolgenden Kapitel werden Empfehlungen für die Praxis abgegeben.

5. Praxisempfehlungen

Schwerpunktmäßig sind die Empfehlungen auf eine gelingende Kooperation zwischen der KJH, der KJP und der Erwachsenenpsychiatrie ausgelegt.

Wird in einem interdisziplinären Team zusammengearbeitet, müssen klare und eindeutige Strukturen vorhanden sein bzw. geschaffen werden. Die Zuständigkeiten und Behandlungsziele müssen frühzeitig abgeklärt werden. Kommt es bei der Arbeit zu Schwierigkeiten, muss eine

einheitliche Linie von allen Fachkräften verfolgt werden. Grundlage für eine funktionierende Zusammenarbeit ist eine hohe Kooperationsbereitschaft und ein Austausch untereinander. MitarbeiterInnen sollten weder idealisiert noch entwertet werden. Bei stark belasteten Fachkräften muss für eine Entlastung gesorgt werden und es sollten in regelmäßigen Abständen Superversionen stattfinden (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 186). Das Thema "Psychische Erkrankung (bei Eltern)" wird tabuisiert und stigmatisiert. In der öffentlichen Auseinandersetzung findet es kaum Anklang und SozialarbeiterInnen werden in ihrem Studium oftmals nicht ausreichend auf diese Thematik vorbereitet. Demnach ist das Wissen in der KJH über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen begrenzt. Trotzdem muss mit diesen Familien zusammengearbeitet werden. Dafür sind Fort- und Weiterbildungen notwendig. Handlungswissen und Methoden für die Praxis sollen vermittelt werden, um psychische Erkrankungen besser einschätzen, professionelle Verhaltensweisen sowie geeignete Hilfsangebote entwickeln zu können. Jeder Fall muss individuell betrachtet werden. Eine psychische Erkrankung ist nicht zwingend ein Anlass für eine Jugendhilfemaßnahme (vgl. Wagenblaus 2006, S. 1). Die Wissensdefizite auf Seiten der Professionellen müssen zukünftig behoben werden.

Kooperation beruht auf Gegenseitigkeit und kann nicht nur von einer Seite hergestellt werden. Regelmäßige Reflexionstreffen tragen dazu bei, dass Kooperationsprozesse verbessert werden. Ein persönliches Kennenlernen der Fachkräfte aus den unterschiedlichen Institutionen kann die Motivation und Effektivität der Kooperationsbeziehungen steigern. Diese Beziehungen sollten nicht überfordert werden, indem unrealistische Vorhaben umgesetzt werden sollen (vgl. Pluto et al. 2006, S. 31). Des Weiteren muss ein Leitfaden für die Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, erarbeitet werden (siehe Kapitel 6.). Für die Praxis bedarf es allerdings nicht nur fachlicher Qualifikationen, Weiterbildungen sowie Kooperationsvereinbarungen zwischen den Institutionen. Es müssen flexible und bedarfsgerechte Hilfen geschaffen werden. Nach Weber (2012) beinhaltet die Flexibilität der Maßnahme die Flexibilität des MitarbeiterInneneinsatzes. Durch neue Modelle für Hilfsangebote der KJH könnten die Bedarfe und Bedürfnisse der Familien und die der Fachkräfte berücksichtigt und in der Praxis erprobt werden. Nicht nur aus ökonomischen Gründen sollte dabei der Kosteneinsatz von bisherigen (stationären) Jugendhilfemaßnahmen überarbeitet werden (vgl. Weber 2012, S. 260). Im nächsten und abschließenden Kapitel erfolgt das Fazit.

6. Fazit

Innerhalb dieser Arbeit wurden die Herausforderungen deutlich, die den Fachkräften der KJH und KJP regelmäßig begegnen, wenn sie mit Eltern zusammenarbeiten, die an einer Borderline-

Persönlichkeitsstörung erkrankt sind. Durch den Forschungsstand ist ersichtlich geworden, dass wenig Fachliteratur zum Thema "Psychisch kranke Eltern im Kontext der KJH und KJP" vorhanden ist und kaum Forschungen diesbezüglich angestrebt wurden. Das muss sich zukünftig ändern. Die Fachkräfte in der KJH und KJP werden in ihrer Arbeit mit Eltern konfrontiert, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind.

Für professionelle Fachkräfte und Bezugspersonen entstehen im Umgang mit betroffenen Personen immer wieder Herausforderungen. Es kommt innerhalb von Interaktionen zu Missverständnissen oder zu ernsthaften Schwierigkeiten. Trotzdem sollte Menschen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, Achtung, Wertschätzung und Respekt entgegengebracht werden (vgl. Schmiedgen et al. 2014, S. 173 f.). Dies in die Praxis umzusetzen ist nicht leicht. Besonders in komplexen und schwierigen Fallkonstellationen wird die Verantwortung zwischen den Institutionen hin- und hergeschoben. Fraglich ist nur, wie die Familien Klarheit erhalten sollen, wenn die zuständigen Fachkräfte Verantwortungsbereiche abwälzen und die Zuständigkeiten unklar sind. Es existiert keine klare Linie, die alle Fachkräfte verfolgen. Zuständigkeiten müssen zukünftig klar zugeordnet werden und die Fachkräfte dürfen sich nicht ihrer Verantwortung entziehen.

Insbesondere für die Kinder, die mit Eltern aufwachsen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, sollte die KJH Verantwortung übernehmen. Die KJH sollte nicht abwarten bis die Störungen bei den Kindern so massiv sind, dass eine Übergabe an ein anderes Hilfesystem möglich ist. Kinder brauchen Institutionen, die sich verantwortlich fühlen und ihnen helfen (vgl. Weber 2012, S. 179). Müssen Sorgerechtsbeschränkungen aufgrund der psychischen Erkrankung der Eltern vorgenommen werden, dann müssen geeignete Rahmenbedingungen entworfen und umgesetzt werden. Oftmals sind psychisch kranke Eltern in ihren Handlungskompetenzen eingeschränkt. Deswegen bedarf es der rechtsstaatlichen Begrenzung von Eingriffsmöglichkeiten sowie der Regelung und der Begründung von Rechten und Handlungsmöglichkeiten dieser Menschen (vgl. Schone/ Wagenblast 2002, S. 50 f.). Fälle müssen ganzheitlich betrachtet werden. In dem Fall Mia ist die Sorgerechtsbeschränkung der Mutter in einer "Einbahnstraße" geendet. Die Mutter war nicht mehr bereit, mit der KJH und der KJP zu kooperieren.

Die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Institutionen stellen Herausforderungen dar. Diese Herausforderungen können jedoch verringert werden, wenn sich die Fachkräfte in der KJH Wissen über die Dienste und Rahmenbedingungen der KJP und Erwachsenenpsychiatrie aneignen. Dies gilt natürlich auch für die KJP und die Erwachsenenpsychiatrie. Die Hilfesysteme

KJH und KJP haben immer wieder Berührungspunkte. Speziell für Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, müssen Lösungsansätze für eine effektivere Kooperation zwischen KJH und KJP gefunden und entwickelt werden.

Der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer Kooperationsbeziehung beinhalten einen großen Arbeitsaufwand. Kann im Arbeitsalltag jedoch schnell auf die KooperationspartnerInnen zurückgegriffen und mit ihnen zusammengearbeitet werden, führt Kooperation zu einer Handlungsoptimierung und die Fachkräfte werden entlastet. Eine gute Kooperation wird dann für alle Beteiligten spürbar. Die psychisch kranken Eltern und ihre Kinder profitieren ebenso davon (vgl. Lenz 2014a, S. 356). Eine funktionierende Kooperation beinhaltet klare und festgelegte Absprachen sowie Abstimmungen zwischen den beteiligten Institutionen. Dadurch wird eine Optimierung der Hilfeleistungen ermöglicht (vgl. Lenz 2010, S. 53). Allerdings ist nicht nur eine gute Kooperationsbeziehung zwischen der KJH und der KJP notwendig, auch die Erwachsenenpsychiatrie muss in eine Kooperationsarbeit involviert werden. Die Erwachsenenpsychiatrie hat schließlich die Behandlung von erkrankten Erwachsenen als Aufgabe. „Keine andere Institution kann das Ziel des Vermittlers so effizient und niedrigschwellig erreichen wie die Erwachsenenpsychiatrie, da deren stationäre und ambulante Angebote von den psychisch kranken Eltern immer wieder in Anspruch genommen werden müssen“ (Franz 2014, S. 111). Diese drei Hilfesysteme für eine gemeinsame Kooperation zu gewinnen, um gleichermaßen auf die Bedürfnisse des psychisch erkrankten Kindes und des erkrankten Elternteils einzugehen sowie mit ihnen gemeinsam zu arbeiten, ist wünschenswert und notwendig. Dadurch könnten Missverständnisse verhindert und psychisch kranke Eltern und ihre Familien besser unterstützt werden. Kinder von psychisch Erkrankten sollten zukünftig, sofern die Kinder dazu in der Lage sind, in den Behandlungsprozessen der Eltern berücksichtigt werden.

Die Angehörigenarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie kann vieles bewirken. Es können innerfamiliärer Spannungen reduziert, Interaktionen gefördert sowie Genesungsprozesse erkrankter Familienmitglieder unterstützt werden. Des Weiteren dient die Arbeit der Entlastung und Stärkung der Angehörigen. Selbsthilfe- und Selbstorganisationspotenziale werden aufgezeigt, damit die Familie dazu befähigt wird, ihre Ressourcen zu entdecken (vgl. Lenz 2012, S. 131). Eine Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie ist unumgänglich. Innerhalb dieser Kooperationsvereinbarungen müssen jedoch auch die Familien miteinbezogen werden. „Eltern und Kinder sind in trägerübergreifenden Kooperationen aktiv einzubeziehen und dürfen nicht zum »Spielball« professioneller Interessen werden“ (Lenz 2012, S. 130). Werden Hilfen bzw. Unterstützungen den Familien auferlegt, kann dies zur Folge haben, dass die Hilfen nicht angenommen werden.

„Klienten sind Co-Produzenten psychosozialer Dienstleistungen. Das heißt, wenn professionelle Maßnahmen Erfolg haben sollen, dann sind die Beteiligten aufeinander angewiesen. Nur wenn die Hilfesuchenden am Geschehen aktiv mitwirken und die Professionellen ihr Handeln entsprechend darauf abstimmen, kann ein gutes Ergebnis erzielt werden. Letztlich sind es in erster Linie die Klienten, die wirklich einschätzen können, welche Interventionsform für sie hilfreich und wirksam ist“ (Lenz 2014a, S. 368).

Fachkräfte sind auf geeignete Hilfsangebote für psychisch erkrankte Eltern angewiesen. An diesen mangelt es. Für viele Fachkräfte der KJH bedeuten komplexe und schwierige Familienkonstellationen einen großen Arbeitsaufwand und viel Engagement. Es werden individuelle Unterstützungsangebote gesucht, die jedoch nicht auf die Bedarfe der Familien ausgerichtet sind (vgl. Loch 2014, S. 417). Sozialpädagogische Elternarbeit ist eine wichtige Unterstützung, um Kommunikation auszubauen und Strukturen in der Familie zu ändern. Durch die Elternarbeit soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Eltern differenziert in den Hilfeprozess für die Kinder einzubeziehen. Die Perspektive der Eltern wird unabhängig von der Perspektive des Kindes betrachtet. Dadurch können verstrickte Eltern-Kind Perspektiven vermieden bzw. aufgelöst werden (vgl. Loch 2014, S. 408 f.). Für die Fachkräfte ist es hilfreich, wenn bei den psychisch erkrankten Eltern eine Diagnose feststeht und/oder die Eltern sich in einer Behandlung befinden. Nach Loch (2014) ist es wichtiger, die Auswirkungen der Erkrankung der Eltern zu verstehen sowie Belastungen und psychische Einschränkungen der Kinder einschätzen zu können, als dass eine Diagnose feststeht. Außerdem ist es auch wichtig zu beobachten, inwiefern sich die psychische Erkrankung auf die Erziehungsfähigkeit der Eltern und auf die Eltern-Kind Beziehung auswirkt (vgl. Loch 2014, S. 412).

Nach den Erkenntnissen, die mit Hilfe von ausführlicher Literaturrecherche und den Auswertungen der Interviews erlangt wurden, ist es offensichtlich, dass ein Leitfaden für die Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, entwickelt werden muss. Dieser Leitfaden muss von den Fachkräften der KJH, KJP und der Erwachsenenpsychiatrie gleichermaßen verfolgt werden. Die Fachkräfte müssen eine klare und einheitliche Linie verfolgen, damit keine Widersprüche seitens der Professionellen entstehen. Für die Entwicklung eines solchen Leitfadens sollte jede der drei Institutionen Fachkräfte zur Verfügung stellen, die in ihrem Arbeitsalltag mit diesen Eltern zusammenarbeiten. Für einen Leitfaden, der in der Praxis Anwendung findet, muss die Perspektive von psychisch kranken Eltern berücksichtigt werden. Es muss evaluiert werden, wie sie den Hilfeprozess für das Kind erlebt haben und was sie sich für eine bessere Zusammenarbeit wünschen. Das alles zur Kenntnis zu nehmen bedeutet auch, bisherige Systeme und Methoden zu verändern. Durch diese Arbeit wird deutlich, dass neue Ansätze und Wege gefunden werden müssen.

7. Literaturverzeichnis

Beck, Norbert (2011): Jugendhilfe und Kinder- Jugendpsychiatrie: Möglichkeiten und Herausforderungen in der Zusammenarbeit aus der Sicht der Jugendhilfe. In: Heinrich Hölzl (Hg.): Fachübergreifend helfen. Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Erziehungshilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 180–197.

Becker, Peter (Hg.) (1999): Was ist normal? Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Weinheim, München.: Juventa Verlag (Edition Soziale Arbeit).

Böhm, Matthias; Spangenberg, Norbert (2006): Das Frankfurter Modell der "Stationären Familienbetreuung" - eine neue Hilfe auch für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag (Soziale Praxis, Band 21), S. 129–152.

Buck-Horstkotte, Sigrid; Renneberg, Babette; Rosenbach, Charlotte (2015): Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Trainingsmanual »Borderline und Mutter sein«. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Christiansen, Veronika; Pleininger-Hoffmann, Marite (2006): Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Familiensysteme. In: Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag (Soziale Praxis, Band 21), S. 65–72.

Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (Hg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Ebner, Jürgen; Raiss, Susanne (2006): Kinderprojekt Mannheim: Kinder mit psychisch kranken Eltern - Hilfen für Eltern und Kinder, Vernetzung von Ressourcen. In: Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag (Soziale Praxis, Band 21), S. 88–102.

Fiedler, Peter (2007): Persönlichkeitsstörungen. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Fieseler, Gerhard; Herborth, Reinhard (2005): Recht der Familie und Jugendhilfe. Arbeitsplatz Jugendamt/Sozialer Dienst. 6. Auflage. Neuwied: Luchterhand (Fachbücherei praktische Sozialarbeit).

Fleischhacker, W. Wolfgang; Hinterhuber, Hartmann (2012): Lehrbuch Psychiatrie. Wien: Springer-Verlag.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55702).

Flick, Uwe (2012): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 5. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55694).

Franz, Michael (2014): Welche Hilfen sind sinnvoll und wie lassen sich die Hilfen für eine Familie verbinden? In: Fritz Matzejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlg (BALANCE Ratgeber), S. 106–113.

Gesetze für die Soziale Arbeit (2013): Textsammlung. 3. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Heim, Susanne (2014): Den Kindern Raum geben. In: Fritz Matzejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlg (BALANCE Ratgeber), S. 54–67.

Hopf, Christel (2012): Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55628), S. 349–359.

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (2010): Der Allgemeine Soziale Dienst. Aufgaben, Zielgruppen, Standards. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Jordan, Erwin; Maykus, Stephan; Stuckstätte, Eva Christina; Hensen, Gregor; Münder, Johannes; Schimke, Hans Jürgen; Stöbe-Blossey, Sybille (2015): Kinder- und Jugendhilfe. Einführung in Geschichte und Handlungsfelder, Organisationsformen und gesellschaftliche Problemlagen. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Pädagogik).

Kalter, Birgit (2004): "Besonders schwierig", "psychisch krank" oder "seelisch behindert" - Um welche Kinder und Jugendlichen geht es? In: Jörg M. Fegert und Christian Schrapper (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 449–458.

Kernberg, Otto F.; Dulz, Birger; Sachsse, Ulrich (Hg.) (2004): Handbuch der Borderline-Störungen. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH.

- Kölch, Michael; Schmid, Marc (2014): Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern: Die Perspektive der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. In: Michael Kölch (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz), S. 122–140.
- Lawson, Christine Ann; Köstlin, Irmela (2015): Borderline-Mütter und ihre Kinder. Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung. 6. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag (Edition Psychosozial).
- Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert (2010): Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Albert (2012): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Köln: Psychiatrie Verlag (Basiswissen, 25).
- Lenz, Albert (2014a): Kinder psychisch kranker Eltern. 2. Auflage. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Lenz, Alber (2014b): Kinder psychisch kranker Eltern - Risiken, Resilienzen und Interventionen. In: Michael Kölch (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz), S. 40-79.
- Lenz, Albert; Brockmann, Eva (2013): Kinder psychisch kranker Eltern stärken. Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag.
- Libal, Gerhard; Fegert, Jörg M. (2004): Behandlungs- und Hilfeformen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie. Ein einführender Überblick. In: Jörg M. Fegert und Christian Schraper (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim; Basel: Beltz Juventa, S. 225–242.
- Lisofsky, Beate; Schmitt-Schäfer, Thomas (2006): Hilfeangebote für Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation versus spezialisierte Einrichtungen. In: Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag (Soziale Praxis, Band 21), S. 19–30.

- Loch, Ulrike (2014): Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern. Ethnografie im Jugendamt. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Lohmer, Mathias (2004): Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten - eine psychoanalytische Perspektive. In: Otto F. Kernberg, Birger Dulz und Ulrich Sachsse (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 75–86.
- Mattejat, Fritz (2014): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlag (BALANCE Ratgeber), S. 68–95.
- Mattejat, Fritz; Lenz, Albert; Wiegand-Grefe, Silke (2011): Kinder psychisch kranker Eltern - Eine Einführung in die Thematik. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 13–26.
- Mattejat, Fritz; Remschmidt, Helmut (2008): The children of mentally ill parents. In: Deutsches Arzteblatt international 105 (23), S. 413–418.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag (Pädagogik).
- Mayring, Philipp (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Originalausgabe, 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55628), S. 468–475.
- Pluto, Liane; van Santen, Eric; Seckinger, Mike (2006): Kooperation - Verhängnis oder Verheißung? In: Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag (Soziale Praxis, Band 21), S. 31–47.
- Pretis, Manfred; Dimova, Aleksandra (2004): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Ernst Reinhardt Verlag (Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär).

Saß, Henning (2015): Persönlichkeitsstörungen. In: Peter Falkai und Manfred Döpfner (Hg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen– DSM-5. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag, S. 883–940.

Schmid, Heike; Meysen, Thomas (2006): Was ist unter Kindeswohlgefährdung zu verstehen? In: Heinz Kindler (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI Abt. Familie, Kapitel 2.

Schmidt, Christiane (2012): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 9. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55628), S. 447–456.

Schmiedgen, Stephanie; Nitzschke, Bettina; Schädle-Deiningner, Hilde; Schoppmann, Susanne (2014): Psychiatrie. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH (Pflege fallorientiert lernen und lehren).

Schone, Reinhold (2004): Das System Jugendhilfe im Überblick. In: Jörg M. Fegert und Christian Schrappner (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 29–34.

Schone, Reinhold (2014): Sorgen um das Sorgerecht? In: Fritz Mattejat und Beate Lisofsky (Hg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Auflage. Köln: BALANCE Buch + Medien Verlg (BALANCE Ratgeber), S. 129–139.

Schone, Reinhold; Wagenblass, Sabine (2002): Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Schone, Reinhold; Wagenblass, Sabine (2006): Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema - Stand und Perspektiven. In: Reinhold Schone und Sabine Wagenblass (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag (Soziale Praxis, Band 21), S. 9–18.

Schrappner, Andreas (2011): Die Leistungen der Jugendhilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In: Silke Wiegand-Grefe, Fritz Mattejat und Albert Lenz (Hg.): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 96–121.

Sendera, Alice; Sendera, Martina (2016): Borderline - Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Tetzer, Michael (2015): Das Spannungsverhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. "Befähigung" als Handlungsorientierung in der Sozialen Arbeit mit psychosozial belasteten jungen Menschen. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Vierzigmann, Gabriele (2006): Wie können Eltern während der Fremderziehung ihres Kindes unterstützt und wie kann mit ihnen zusammengearbeitet werden? In: Heinz Kindler (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI Abt. Familie, Kapitel 99.

Wagenblass, Sabine (2004): Zwischen den Systemen - Kinder psychisch kranker Eltern. In: Jörg M. Fegert und Christian Schraper (Hg.): Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 477–480.

Wagenblass, Sabine (2006): Was ist bei psychisch kranken Eltern zu berücksichtigen? In: Heinz Kindler (Hg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI Abt. Familie, Kapitel 57.

Weber, Iris (2012): Gestörte Eltern - gestörte Jugendhilfe? Interaktion im Helfer-Klient-System mit Blick auf die professionellen Helfer. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Onlineliteraturverzeichnis

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): Kinder- und Jugendhilfe - Sozialgesetzbuch - Achtes Buch (KJHG), online unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/kinder--und-jugendhilfe---sozialgesetzbuch---achtes-buch--kjhg-/86710?view=DEFAULT> (Zugriff: 26.09.2016)

Lenz, Albert (2009): Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, online unter http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/13_KJB-Expertise_Lenz_suchtkranke_Eltern.pdf (Zugriff: 03.08.2016)

Projekt Grenzgänger (2016): Projekt Grenzgänger. Junge Menschen mit komplexen Bedürfnissen zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, online unter https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/WS-SozA/Department_Soziale_Arbeit/Forschung/GG_Flyer.pdf (Zugriff: 18.01.2017)

8. Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EP	Ergänzungspflegerin
etc.	et cetera
f.	folgende Seite
ff.	folgende Seiten
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
HzE	Hilfen zur Erziehung
I	Interviewerin
i.d.R.	in der Regel
ICD	International Classification of Diseases
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
o.ä.	oder ähnliche(s)
o.g.	oben genannte(n)
S.	Seite
SA/SP	SozialarbeiterInnen/Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt(e)
u.a.	unter anderen/unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

9. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Genogramm

S. 29

Abb. 2: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell

S. 36

10. Anhang

Fallübersicht Fall Mia

<p>Aktuelle Vorstellung im Hilfesystem (Wo und warum):</p> <p>Die Pat. stellte sich im Mai 2014 gemeinsam mit der Mutter in unserer Institutsambulanz vor. Zum Zeitpunkt des Erstgespräches befand sich ■■■■■ aktuell in der KJP iaufgrund latenter Suizidalität und massiven Selbstverletzungen (ritzen und Glasscherben schlucken) Beschrieben wurden zunehmend starke Selbstverletzungen die als parasuizidale Handlungen verstanden wurden. Es komme auch immer wieder zu Suizidgedanken, ohne dass sie bisher einen konkreten Suizidversuch unternommen habe. Gleichzeitig sei sie in der Stimmung schwankend und überwiegend traurig bei gedrückter Grundstimmung. Es wurde von Dissoziationen berichtet. Laut der Mutter ziehe sich ■■■■■ zunehmend zurück und sei ausgesprochen verschlossen. ■■■■■ habe Schlafprobleme in Form von Ein- und Durchschlafstörungen und regelhaft Alpträume. Gleichzeitig gebe es Phasen, in denen ■■■■■ zur Selbstbestrafung die Nahrungsaufnahme verweigere. In der Vergangenheit habe es verschiedene sexuelle Missbrauchserfahrungen, auch mit körperlicher Gewalt gegeben.</p>	<p>1. Hauptdiagnosen:</p> <p>a).Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F32.2 b) Posttraumatische Belastungsstörung F43.1 c) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ F60.31</p> <hr/> <p>2. Entwicklung:</p> <hr/> <p>3. Lernen und Leistung: durchschnittliche Intelligenz</p> <hr/> <p>4. Körperliche Diagnosen: Keine</p>
<p>B I S H E R I G E H E L F E R + H I L F E N</p> <p>Schulischer Förderbedarf, Erziehungs- und Einliederungshilfe, Therapie</p>	<p>G E N O G R A M M U N D F A M I L I E N A N A M N E S E</p>
<p>2 Kriseninterventionen in der KJP 9 Kriseninterventionen nach §1631b (01.10.14-15.01.15) Seit August 2014 durchgängig geschlossen untergebracht Fremdunterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung (03.15-08.15) aufgrund starker parasuizidale Handlungen wurde die Maßnahme beendet</p> <p>In welchen anderen Settings wurde der Fall bereits vorgestellt und besprochen?</p>	<p>KM. stamme aus einem stark belasteten Familiensystem (depressive Mutter, Vater habe eine Persönlichkeitsstörung (Borderline), KM. als Jugendliche selbst sexuelle Gewalt erlebt). Als Jugendliche sei sie heroinabhängig gewesen, sei aber in der Schwangerschaft clean gewesen. Talea wurde nichtehelich geboren. Sie habe eine jüngere Halbschwester. Trennung der Eltern während der Schwangerschaft aufgrund von Gewalttätigkeit des drogenabhängigen KV. Bis zum 2. Lebensjahre ■■■■■ bei der alleinerziehenden Mutter gelebt; 2000 sei die KM. mit dem Vater der gemeinsamen 8-jährigen Tochter zusammengezogen. Im Alter von 8 Jahren sei ■■■■■ von einem Freund der Familie sexuell missbraucht worden. Der Täter sei zu 1,5 Jahren Haft rechtskräftig verurteilt worden. Trennung 2011 mit anschließender psychischen Dekompensation der KM. die aufgrund akuter Suizidalität 2x in die Psychiatrie aufgenommen worden sei. KM äußert immer wieder suizidale Absichten, sollte sich ■■■■■ erfolgreich suizidieren; daraufhin Sorgerechtsentzug 2014. Diagnose der Mutter emotional instabile Persönlichkeitsstörung</p>
<p>F R Ü H E E N T W I C K L U N G</p> <p>Unauffällige Entwicklung bis zu dem 11. Lebensjahr; SVV mit 11 Jahren begonnen; Verhältnis zu dem Stiefvater sei sehr belastend gewesen, Herabwürdigung, die zum Selbstwertverlust gekommen seien, Benachteiligung gegenüber der Halbschwester; nach der Trennung (Stiefvater) sei die Familie zurück in den Norden gezogen; aufgrund der psychischen Erkrankung der Mutter ist ■■■■■ nicht kindgerecht aufgewachsen; das Verhältnis zwischen Mutter und Tochter wird als freundschaftlich bezeichnet</p>	<p>K I N D E R G A R T E N U N D S C H U L E</p> <p>Schulbesuch bis zur 9. Klasse Zunehmende Verweigerung der schulischen Mitarbeit.</p>
<p>R I S I K O F A K T O R E N</p>	<p>Anamnestische Daten, ggf. mit Zeitangabe</p>

<p>1. Mangel an elementaren Ressourcen</p> <p>a. <i>Materiell: Finanzen, Arbeit, Wohnraum, Umgebung</i> b. <i>Information und Bildung: Sprache, Schul- und Ausbildung der Eltern</i> c. <i>Gesundheit der Familie: Behinderung, Erkrankungen, Sucht, Traumata</i></p> <p>2. Beeinträchtigte Bindungen</p> <p>a. <i>Häufung regulärer Bezugswechsel bez. Wohnort, Schule, Ausbildung, Arbeit</i> b. <i>Instabile Beziehungen und Brüche: Streit und Trennung, Todesfälle</i></p> <p>3. Hinweis auf eingeschränkte Verantwortlichkeit</p> <p>a. <i>Frühe Elternschaft (< 21 Jahre)</i> b. <i>Jugendhilfemaßnahmen bei den Eltern des betroffenen Kindes</i> c. <i>Verletzung sozialer Normen (v.a. Straffälligkeit) im näheren Umfeld</i></p>	<p>a) <i>Mutter derzeit bei einer Freundin lebend, mehrere Jobs, eingeschränkte wirtschaftliche Ressourcen</i> b) <i>Hauptschulabschluss der Mutter</i> c) <i>KM selbst durch sexuelle Gewalt traumatisiert, Drogenproblematik als junge Erwachsene</i></p> <p>b) <i>nachdem der sexuelle Übergriff des Onkels (Halbbruder der KM jetzt 20 J.) an Talea bekannt wurde, hat die KM den Kontakt zu ihrer Mutter abgebrochen</i></p>
R E S S O U R C E N S T A T U S Beobachtbare Fertigkeiten und Fähigkeiten	
<p>1. Individuelle biopsychologische Ressourcen</p> <p>a. <i>Wachstum und Gedeihen: Wachstum, Atmung, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, Schlaf; Menses; aktuelle körperliche Krankheiten, Sucht, Allergien, Nahrungsunverträglichkeiten</i> b. <i>Regulation von Wahrnehmung und Handlung: Sinneswahrnehmung, Aufmerksamkeit und Konzentration, Grob- und Feinmotorik.</i> c. <i>Lernen und Freizeit: Neugier und Motivation, Problemlösen, Orientierung und Wissen, besondere Fähigkeiten und Interessen, Zugehörigkeit zu Vereinen oder Gruppen; Fernsehen, Computerspiele (Std./Tag); Umgang mit Geld</i> d. <i>Ausgleich von Spannungen: Regulierung von Frustration, Unsicherheit und Angst, Trauer und Schmerz, Wut und Freude; ggf. Eigen- oder Fremdgefährdung</i></p> <p>2. Bindungsfunktionen</p> <p>a. <i>Beziehungsfähigkeit des Patienten: Mimik, Gestik, Körpersprache; Sprech- und Sprachfähigkeit; Kontaktaufnahme, Einfühlungsvermögen, gegenseitige Abstimmung von Meinungen und Handlungen (Kooperation, Konfliktfähigkeit); Sexualität</i> b. <i>Elterliche Zuwendung: Versorgung (Ernährung, Pflege, Schutz) und Aufmerksamkeit (realistische Erwartungen, Förderung, Anerkennung, Regeln und Grenzen), konkrete Tagesstrukturen</i> c. <i>Einfluss weiterer Kontaktpersonen: Verwandte, Peergroup, Lehrer, Helfer</i></p>	<p>a) <i>Verweigert phasenweise die Nahrungsaufnahme, starke Schlafstörungen, flache Atmung</i> b) <i>sehr in sich zurückgezogen, scheu und gehemmt</i> c) <i>Wenig Kontakt zu Gleichaltrigen, starke Ängstlichkeit</i> d) <i>Starke Selbstverletzungen zur Emotionsregulation, Unsicher und Angst</i></p> <p>a) <i>Hilflos im Umgang mit Beziehungsanliegen,</i> b) <i>Nach sexuellem Übergriff kein Kontakt zum Onkel und der Großmutter</i></p>

Chronologischer Fallverlauf

[REDACTED]

Ihr(e) Gesprächspartner(in) [REDACTED]
Zimmer-Nr. [REDACTED]
Telefon direkt [REDACTED]
Fax [REDACTED]
Datum [REDACTED]
E-Mail: [REDACTED]

Ihr Zeichen / vom

Unser Zeichen / vom [REDACTED]

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bei [REDACTED] liegt eine ausgeprägte psychische Erkrankung vor. Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt: a) Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2) und b) Komplexe Traumafolgestörung (F 43.8).

Seit Anfang 2014 fanden immer wieder stationäre Behandlungen / Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie [REDACTED] aufgrund von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten statt. Im Laufe der letzten zwei Jahre wurde [REDACTED] dort insgesamt rund dreizehn Monate behandelt. Die meiste Zeit davon konnte die Jugendliche nur geschlossen in der Klinik untergebracht werden.

In dieser Phase erfolgte eine kurzzeitige Gewährung von Hilfe zur Erziehung nach § 35a SGB VIII in einer Wohngruppe der [REDACTED] von März bis September 2015, die aber aufgrund des ausgeprägten suizidalen Verhaltens keinen Erfolg brachte.

Seit August 2015 befindet sich [REDACTED] nunmehr erneut per Gerichtsbeschluss in der geschlossenen Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie [REDACTED]

Sprechzeiten des Jugendamtes:
Montag, Dienstag: Von 08:30 bis 09:30 Uhr
Donnerstag: Von 16:00 bis 18:00 Uhr
oder Termin nach Vereinbarung

1/3

Der Gerichtsbeschluss genehmigt ferner eine geschlossene therapeutische Einrichtung für

Im Folgenden finden Sie eine kurze chronologische Auflistung des seitherigen Hilfeverlaufs:

2011 – 2013:

Massiver sozialer Rückzug von Schulabsentismus, Beginn von selbstverletzendem Verhalten

03/2014:

Erste Krisenintervention in der KJP Schleswig aufgrund von Selbstverletzung und suizidalen Gedanken, die schon lange bestehen würden.

sei mit 8 Jahren sexuell missbraucht worden.

05-06/ 2014:

Zweite Krisenintervention in der KJP berichtet dort von einem zweiten sexuellen Missbrauch in 2013, der ihr widerfahren sei

06/2014:

Kontaktaufnahme zum Jugendamt

09/2014:

erneute Aufnahme in die KJP / Bedarf. geschlossene Unterbringung

Mutter äußert, dass sie sich auch das Leben nimmt, wenn sich umbringt. Mutter und Tochter unheilvoll symbiotisch verbunden.

Mutter kann Tochter nicht schützen, kann nicht nach Hause zurück.

10/2014-03/ 2015:

geschlossene Unterbringung in der KJP

Es wird eine Vormundschaft für einen Teilbereich des Sorgerechts eingerichtet (Aufenthalt /Gesundheitsfürsorge / HzE-Leistungen /Schulische Dinge)

03/2015:

Unterbringung von [REDACTED] in einer Wohngruppe für psychisch kranke junge Menschen nach § 35 a SGB VIII

Enge Anbindung an die KJP / immer wieder treten Suizidgedanken und Suizidversuche auf / [REDACTED] hält sich immer wieder tage- / wochenweise in der Klinik auf.

[REDACTED] schluckt Rasierklingen, verordnete Tabletten in Überdosen, versucht sich von einer Brücke zu stürzen.

Die Wohngruppe erklärt im August, dass [REDACTED] dort nicht mehr tragbar ist. / Beendigung der Unterbringung Anfang September

Seit 08/2015:

Erneute geschlossene Unterbringung in der KJP [REDACTED] zunächst bis zum 01.12.2015. Die Mutter wird ebenfalls in der Klinik aufgenommen, es wird versucht, die destruktive symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Tochter zu bearbeiten, leider erfolglos.

18.11.2015:

Beschluss des Gerichts, dass [REDACTED] auch über den 01.12.2015 geschlossen in der KJP bleiben soll, bis eine geeignete geschlossene therapeutische Einrichtung für sie gefunden ist, welche ebenfalls richterlich genehmigt ist.

Aktuell:

Das Jugendamt [REDACTED] sucht bisher erfolglos eine geschlossene therapeutische Einrichtung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrage

[REDACTED]

[REDACTED]

10.1 Fragebogen

1. Mögen Sie mir von den Erfahrungen mit psychisch erkrankten Eltern berichten, die Sie innerhalb ihrer Arbeit gemacht haben?

- Wie beurteilen Sie die Relevanz dieser Thematik?
- Wie häufig kommt es vor, dass Sie in Ihrer Arbeit mit der Thematik “Psychisch kranke Eltern“ konfrontiert werden?

2. Was verstehen Sie unter dem Krankheitsbild “Borderline-Persönlichkeitsstörung“?

3. Erzählen Sie mir bitte davon, wo Ihrer Meinung nach Herausforderungen bei der Zusammenarbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt sind, sichtbar werden?

- Wodurch entstehen Ihrer Meinung nach diese Herausforderungen?
- Wie beurteilen Sie den Einfluss dieser Eltern auf den Hilfeprozess ihres Kindes?

4. Sie waren die fallzuständige Fachkraft in dem Fall Mia. Möchten Sie mir von dem Verlauf bzw. der Entwicklung des Falls berichten?

- Welche Rolle spielte die psychische Erkrankung der Mutter?
- Welche Herausforderungen sind konkret in diesem Fall aufgetreten?

5. Welche Qualifikationen und Eigenschaften müssen Ihrer Meinung nach die Fachkräfte mitbringen, die mit Eltern zusammenarbeiten, die eine Borderline-Störung haben?

6. Welche Veränderungen müssen Ihrer Meinung nach eintreten, um Eltern, mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, effektiver in den Hilfeprozess für ihr Kind zu integrieren?

7. Wie kann ich mir die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellen?

- Was funktioniert gut bei der Kooperation zwischen KJH und KJP und was funktioniert nicht gut?

8. Möglichkeiten für Ergänzungen

10.2 Transkriptionen

Anbei folgen die drei transkribierten Interviews.

10.2.1 Interview I: zuständige Fachkraft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 1 00:00:00-0 I: So, Herr KJP. Mögen Sie mir von Ihren Erfahrungen mit psychisch erkrankten
2 Eltern berichten, die Sie innerhalb Ihrer Arbeit bis jetzt gemacht haben? 00:00:10-3
3
- 4 00:00:11-6 KJP: Das ist eine Frage, die sehr weit ausdehnbar ist. Ehm. Ich möchte einfach
5 mal beginnen damit, was für Krankheitsbilder wir ehm bei psychisch erkrankten Eltern häufig
6 begegnen. Es geht um Angstzustände, depressive Störungen, Suchterkrankungen, Persönlich-
7 keitsstörungen, Zwangsstörungen. So, das ist so das Umfeld, was mir so begegnet in meiner
8 Arbeit. Darunter natürlich auch Persönlichkeitsstörungen, das wir da auch häufig Eltern be-
9 gegnen, die an einer Borderliner-Störung erkrankt sind. Ehm. Wobei man da schon auch mal
10 vermuten kann, wenn es um eine Borderline-Störung geht, dass ehm diese ehm Persönlich-
11 keitsentwicklungsstörung oder diese Störung überwiegend auch durch traumatische Ereig-
12 nisse in frühesten Kindheit dann auch schon zu vorprogrammiert sind. Also man kann dann im-
13 mer auch davon ausgehen, dass diese Eltern schlimme Erlebnisse in ihrer Kindheit ausgesetzt
14 waren. 00:01:18-5
15
- 16 00:01:19-9 I: Und wie beurteilen Sie die Relevanz dieser Thematik? Also in Bezug auf psy-
17 chisch erkrankte Eltern. 00:01:25-5
18
- 19 00:01:26-1 KJP: Ja, ehm. Wenn wir jetzt so darüber nachdenken ehm, inwieweit ehm Eltern,
20 psychisch erkrankte Eltern, den Behandlungsverlauf hier unterstützen können, ist natürlich
21 fraglich, wenn wir jetzt eine Mutter vorfinden, die eine massive Angststörung hat, die das
22 Haus nicht mal verlassen kann. Ehm, dann kann man erst mal davon ausgehen, dass der Be-
23 handlungsverlauf hier schwierig wird. Weil wie bekommen wir die Mutter hier hin? Wie kann
24 sie die unterstützen ehm wie kann sie das Kind unterstützen? Gleichzeitig bei so einer Angst-
25 störung, wenn wir das als Beispiel nehmen, ist es ehm überwiegend so, dass die Kinder in ei-
26 ner massiven Überforderung sich befinden. Nämlich sie übernehmen Verantwortung für äh
27 Einkäufe, Lebensmittel beschaffen, Betreuung der Geschwisterkinder. Dann geht es dann
28 auch um Parentifizierung, um Schamgefühle, um äh Desorientierung. Das man gar nicht ver-
29 steht, das Elternteil, wieso reagiert das Elternteil jetzt so. Das hat schon ne große Relevanz in
30 der Behandlung. Dann wiederum ist es natürlich auch wichtig zu schauen ehm, in was für ei-
31 nem Entwicklungsstand das Kind war, als die Störung ausgebrochen ist. Ehm, das bedeutet
32 zum Beispiel, bei einem Kleinkind, was bei einer depressiven Mutter groß wird und ehm wo
33 die Mutter nicht in der Lage ist, auf die basalen Grundbedürfnisse des Kindes einzugehen.
34 Dieses Kind ehm, weil es hilflos ist, erlebt es häufig Todesängste, erlebt häufig, dass die Be-
35 dürfnisse nicht befriedigt werden konnten. Das ist für ein Kleinkind viel, viel schlimmer zu
36 ertragen, als bei einem 15 Jährigen, der schon seine Außenressourcen, wie Lehrer, Peergroup,
37 der sich da schon in so einem Ablösungsprozess der Mutter befindet, besser aushaltbar ist.
38 00:03:31-4
39
- 40 00:03:31-4 I: Die stehen ja unter einer viel größeren Abhängigkeit zu den Eltern. 00:03:34-6
41
- 42 00:03:34-6 KJP: Ja, ja. Dann ist natürlich auch noch ehm entscheidend, dass natürlich auch
43 ehm Kinder, das ist ja wissenschaftlich nachgewiesen, dass wissen Sie auch. Das Kinder, die

44 bei psychisch erkrankten Eltern groß werden, da ist natürlich die Vulnerabilität wesentlich hö-
45 her, dass sie auch an einer psychischen Erkrankungen irgendwann leiden. 00:03:57-2
46
47 00:03:59-1 I: Und ehm als Bauchgefühl. Wie häufig kommt es vor, dass Sie in Ihrer Arbeit
48 ehm mit Thema psychisch erkrankten Eltern konfrontiert werden beziehungsweise, ja...?
49 00:04:09-9
50
51 00:04:09-9 KJP: Das sage ich jetzt wirklich Bauchgefühl. Die Kinder, die stationär in Be-
52 handlung gehen, die sind schon sehr stark beeinträchtigt, sehr stark belastet. Und da können
53 wir von ausgehen, also nach meinem Bauchgefühl, ist es über die Hälfte. 00:04:31-1
54
55 00:04:33-0 I: Ok. 00:04:33-6
56
57 00:04:34-4 KJP: Von äh, äh also Kindern wo wir dann halt ehm Situation: Trennung der El-
58 tern. Das ehm halt ehm halt psychische Erkrankung der Eltern. Also das ist wesentlich höher,
59 als in einem ambulanten Setting. Würde ich mal so von ausgehen. Obwohl ich im ambulanten
60 Setting auch viele Eltern sehe, die selbst eine Erkrankung vorweisen. 00:04:59-9
61
62 00:05:01-0 I: Ok. Also ungefähr 50 %, einfach als Bauchgefühl bei den Fällen. 00:05:04-8
63
64 00:05:05-2 KJP: Ich würde fast mehr sagen. 00:05:05-9
65
66 00:05:06-2 I: Fast mehr... Ok. Und inwiefern entsteht für Sie ein Unterschied in der Zusam-
67 menarbeit mit Eltern, die eine psychische Erkrankung aufweisen und Eltern, die keine psychi-
68 sche Erkrankung ausweisen? 00:05:13-3
69
70 00:05:13-3 KJP: Tja, die Ressourcen sind ganz anders. Bei ehm gesunden Eltern, da gehen
71 wir jetzt erst mal davon aus, dass es eine intakte Familie ist. Was bedeutet gesund? Könnte
72 ich jetzt auch gar nicht so beantworten. Die wirtschaftlichen Ressourcen sind äh wesentlich
73 besser, als bei ehm erkrankten Eltern. Also da würde ich einfach sagen, dass die Ressourcen
74 wesentlich höher sind, als bei ehm Kindern, die bei psychisch erkrankten Eltern groß werden.
75 00:05:54-8
76
77 00:05:54-8 I: Ok. Dann würden wir zum zweiten Frageblock... 00:05:58-6
78
79 00:05:58-6 KJP: Ist das so für Sie in Ordnung? 00:05:57-0
80
81 00:05:57-0 I: Das ist super, wirklich. Und wenn ich Nachfragen habe, dann frage ich einfach
82 nach. 00:06:00-9
83
84 00:06:00-9 KJP: Bitte 00:06:00-9
85
86 00:06:00-9 I: Ehm, der nächste große Frageblock wäre: Was verstehen Sie unter dem Krank-
87 heitsbild Borderline-Störung? 00:06:11-1
88
89 00:06:13-7 KJP: Ja. Also ich finde erst mal, laut meinem Verstehen, äh sehe ich häufig, dass
90 diese Diagnose falsch ausgestellt wird. Und zwar, wenn Jugendliche kommen, die sich selbst
91 verletzen, dann heißt es direkt: Borderline. Und die Selbstverletzung steht gar nicht im Vor-
92 dergrund einer Borderline-Störung. Sondern, es geht dort um viel Regulation der Emotion.
93 Und dieses äh, äh Fehlregulation der Emotionen führt halt dazu, dass sie impulsiv sind, dass

94 sie selbst sich gar nicht differenzieren können in ihrem Gefühlschaos. Dann geht es darum,
95 chaotische Beziehungen, Verlustängste, dass die massiv äh Schwierigkeiten haben sich äh in
96 Beziehungen zu trennen. Dann geht es natürlich auch um Parasuizidalität, also darunter würde
97 ich auch die Selbstverletzung benennen. Wobei Parasuizidalität ehm bei der betreffenden Pa-
98 tientin äh, das kann man stufen: zwischen Selbstverletzung, Parasuizidalität, würde ich so ein-
99 schätzen, wenn auch in Kauf genommen wird, dass das Leben gefährdet ist. Also wenn je-
100 mand Rasierklingen zu sich nimmt. Ehm, das äh würde ich als äh Borderline-Störung in erster
101 Linie sehen. Habe ich da was vergessen? Da muss ich mal kurz nachschauen. 00:07:57-7
102
103 00:07:59-7 I: Ja, alles gut. 00:08:00-9
104
105 00:08:02-0 KJP: Wenn ich darf. 00:08:02-5
106
107 00:08:03-1 I: Natürlich. 00:08:03-6
108
109 00:08:06-6 KJP: Das ICD kennen Sie, nech? 00:08:08-6
110
111 00:08:09-5 I: Ne, also nicht auswendig, aber...(Lachen) 00:08:10-9
112
113 00:08:11-4 KJP: Ja, also ich kanns auch nicht auswendig (Lachen). Also, das würde ich per-
114 sönlich ehm erstmal so verstehen ne Borderline-Störung. 00:08:27-7
115
116 00:08:27-7 I: Mhm... (Schweigen) 00:08:39-5
117
118 00:08:41-3 KJP: Ja. Ja, also es ist in der Regel das was ich gesagt habe. 00:08:47-8
119
120 00:08:48-4 I: Ok, super. Hm... Wir hatten es oben ja eben schon einmal angeschnitten, das
121 Thema Herausforderungen in der Zusammenarbeit. Dazu hätte ich noch eine spezielle Frage.
122 Erzählen Sie mir bitte davon, wo Ihrer Meinung nach Herausforderungen bei der Zusammen-
123 arbeit mit Eltern, die an einer Borderline-Störung erkrankt sind, sichtbar werden. Beispiels-
124 weise was gut funktioniert, was nicht gut funktioniert. Genau, wo Ihrer Meinung nach die
125 Herausforderung entstehen, wenn so eine Krankheit vorliegt. 00:09:19-7
126
127 00:09:20-2 KJP: Also ehm, ne Borderline-Störung hat Linehan beschrieben, das finde ich n
128 wahnsinnig tolles Bild, und zwar, dass man sich so Menschen so vorstellen muss, dass die
129 eine Hautverbrennung dritten Grades haben. Das bedeutet, dass jede Emotionalität, jeder
130 kleinste Auslöser, so Schmerzen verursacht, wie bei einer Verbrennung. Leichtes Anfassen,
131 wenn wir eine gesunde Haut haben nichts, aber wenn sie verbrannt ist. Und ehm das ist äh die
132 Schwierigkeit das äh diese Menschen ganz schnell in einen Erregungszustand geraten, wo sie
133 weglaufen, Behandlungsraum verlassen, schreien, weinen, nicht mehr ansprechbar sind. Und
134 das finde ich im Grunde erst mal den ganz ganz schwierigen Teil, wie kann man den Vater/die
135 Mutter halten, schwierige Themen ansprechen dürfen, aber dennoch sie nicht zu verletzen.
136 Das finde ich ganz schwierig in der Zusammenarbeit mit äh Patienten/Patientinnen mit einer
137 Borderline-Störung oder Eltern. Dann auch dieses Wechselhafte. Ja, das ehm, das ehm dann
138 Abmachungen auch besprochen werden, die dann doch gebrochen werden, aus einem Gefühl
139 heraus. Dann ehm sich sehr schnell angegriffen fühlen, sich ehm schnell auch mit Schuldge-
140 fühlen zu tun zu haben. Also diese Sachen, die sind immer, also man könnte fast sagen, bei
141 einer Persönlichkeitsstörung, ja würde ich mal so sagen, bei einer Persönlichkeitsstörung sitze
142 ich nicht einem Menschen gegenüber, sondern ganz vielen Unsichtbaren. Und die dann ir-
143 gendwie so wahrzunehmen und zu halten, das ist anstrengend. 00:11:34-2

144

145 00:11:35-8 I: Das glaube ich. Und äh wie beurteilen Sie den Einfluss von den psychisch er-
146 krankten Eltern auf den Hilfeprozess für Ihr Kind, jetzt grade im Rahmen der Kinder- und Ju-
147 gendpsychiatrie? Haben die da einen großen Einfluss drauf oder...? 00:11:48-6

148

149 00:11:49-5 KJP: Die haben einen sehr, sehr großen Einfluss dadrauf. Und meine Haltung ist
150 ehm, wenn wir jetzt bei diesen Fall gehen, zu diesem Fall zurückgehen, war es, dass ehm das
151 Kind/die Jugendliche Entwicklungsschritte vollziehen konnte, als es zu einem Kontaktab-
152bruch gekommen ist. Leider ist es, dass grade durch diese Störung, sehr, sehr viel Unruhe
153 reingebracht wird. Das Kind hat ja gelernt, ganz feine Antennen zu entwickeln, wie ist Mama,
154 wie ist Papa drauf. Ehm, auf gar keinen Fall Mama und Papa aufregen, weil die erleben das,
155 dieses Aufschüssige ehm dieses Wechselhafte und die müssen dann ganz, ganz vorsichtig
156 sein. Das bedeutet, diese Kinder haben nicht gelernt bei sich zu sein, bei ihren Gefühlen, bei
157 ihren Bedürfnissen, sondern sie sind immer im Außen, bei den Eltern und haben gar nicht ge-
158 lernt, was sie für sich brauchen. Und deswegen finde ich es richtig, da würde jetzt jemand,
159 ich persönlich, ich finde es wichtig, dass es erstmal zur Ruhe kommen muss, dieses Kind. In-
160 dem auch erstmal ein Kontaktabbruch eingeläutet wird, so traurig wie das ist. 00:13:26-1

161

162 00:13:26-8 I: Ja. Ok. Hm, als vierte Fragen hätten wir... Sie waren die fallzuständige Fach-
163 kraft in dem Fall Mia in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Möchten Sie mir von dem Ver-
164 lauf beziehungsweise der Entwicklung des Falls von Anfang bis Ende berichten? 00:13:47-2

165

166 00:13:47-2 KJP: Oha. Also, Mia war insgesamt fast zwei Jahre hier. Sie hat zwei Geburtstage
167 gefeiert hier, sie hat zwei Weihnachten gefeiert, zwei Silvester. Also eine sehr sehr lange Zeit.
168 Die Patientin wurde als reguläre Therapiepatientin aufgenommen. Das bedeutet, wir haben
169 hier verschiedene Aufnahmekriterien. Krisenintervention, das bedeutet, wenn ein junger
170 Mensch sich Krise befindet, also suizidal ist zum Beispiel. Dann wird er hier kurz aufgenom-
171 men, um wieder ein bisschen, um Stabilität zu finden. Dann die Klärungs ehm Klärungspati-
172 enten, da ist im Forderung: kann die zurück nach Hause, Diagnostik, Eltern, äh Begutachtung
173 inwieweit die Erziehungskompetenz äh noch erhalten ist und dann haben wir die Therapiepa-
174 tienten. Und ehm Mia ist als Therapiepatientin gekommen und zwar deswegen, weil sie sehr
175 zurückgezogen lebte ehm sehr motistisch war ehm vor der emotionalen Entwicklung sehr weit
176 nach hinten, teilweise dreijährig bis siebenjährig. Ehm Selbstverletzung, selbstverletzendes
177 Verhalten schon sehr früh entwickelt hatte. Ich meine mich zu erinnern zwischen acht und
178 zehn Jahren. Äh im Vorfeld war eine ehm ja, ein Missbrauchserlebnis, was auch zur Anzeige
179 gebracht wurden ist., wo aus der Sicht Mutter nochmal eine Retraumatisierung stattgefunden
180 hatte, weil das der Gerichtsprozess nicht günstig verlaufen ist für das Kind. Und dann hat es
181 im Nachhinein nochmal einen Missbrauch gegeben, innerhalb der Familie. 00:16:02-4

182

183 00:16:03-2 I: Auch an Mia? 00:16:04-6

184

185 00:16:05-0 KJP: Auch an Mia. 00:16:05-8

186

187 00:16:06-5 I: Ok. 00:16:05-7

188

189 00:16:07-6 KJP: Und ehm sie kam dann hier hin, wurde aufgenommen und zeigte von ner
190 zweiten Woche massive suizidale Handlungen oder Parasuizidalitäten. Sodass sie aus dem
191 Therapiestatus rausgenommen werden musste und immer wieder als Krisenpatientin behan-
192 delt wurden ist hier. Ehm (Pause) es zeigte sich, dass die Mutter, die da damals noch das Sor-
193 gerecht hatte, äh auch in diese Suizidalität mit ihrer Tochter eingestiegen ist und zwar dass

194 ehm die Mutter Mia vermittelt hatte, wenn du dich suizidierst, suizidiere ich mich auch. Also
195 das war so eine sehr hohe Verantwortung, die Mia tragen musste, weil die Mutter teilweise
196 sehr unglücklich war und auch die Frage für mich im Raum stand, wenn ehm Mia lebt, dann
197 verurteilt sie die Mutter ihr Leiden weiterzuleben. Deswegen Verantwortung. Und ehm ja, es
198 gab immer wieder massive Einbrüche mit heftigen suizidalen Handlungen. Wobei ehm es im-
199 mer auch darum ging, das Thema 'Rettet mich'. Und ehm es wurde ihr dann im Verlauf der
200 Behandlung hier, wurde der Mutter das Sorgerecht entzogen. Wodrauf die Mutter dekompen-
201 siert ist und ehm selber hier nicht mehr ehm tragfähig ehm die Therapie ihrer Tochter oder
202 den Aufenthalt ihrer Tochter hier unterstützen konnte, weil sie selbst mit Drogen, Alkohol äh
203 -konsum versucht hatte sich auch regulieren. Bei Borderline-Patienten ist ja immer dieser Er-
204 regungszustand, wie kann ich eine Kontrolle wieder dazu finden, wieder ins Gleichgewicht zu
205 kommen und dann wird halt auch oft mit Drogen und Alkohol oder ehm mit körperlichen Ak-
206 tivitäten versucht da wieder so ein Gleichgewicht reinzubekommen. Ehm als ich dann einge-
207 stiegen in den Fall, war es mir schnell klar, dass ein Trennung, ein Kontaktabbruch stattfinden
208 musste zwischen der Mutter und Mia. Und als dieser Kontaktabbruch umgesetzt worden ist,
209 mit der Zustimmung der Mutter. Da wurde also sehr, sehr lange auch mit der Mutter gearbei-
210 tet, dass die Mutter das zulassen konnte, ihre Tochter sechs Wochen nicht zu sehen, ohne in
211 eine Suizidalität reinzurutschen. Die Sorge von Mia war immer, wie weit ist meine Mutter su-
212 izidal. Die Mutter hat sich im Grunde auch über ihre Tochter immer stabilisiert und jetzt war
213 dieser Stabilisator weggefallen. Ehm gleichzeitig zu diesem Kontaktabbruch wurde eine ganz
214 enge Berahmung geschaffen, auf Station für Mia. Ehm indem sie sehr viel an Aktivitäten auf-
215 erlegt bekommen hat. Zur Ruhe zu kommen, für sich zu sorgen ehm es da zum Beispiel alles
216 so Sachen Mandalas, zeichnen, puzzeln, schreiben, narrativ schreiben so in dem Sinne. Wo
217 sie einfach auch so zur Ruhe kommen konnte und in diesem in dieser Phase der Kontaktab-
218 bruch zur Mutter, konnte Mia zukunftsorientiert schauen, nicht immer auf Mama, sondern
219 wirklich auf sich selbst. Und hatte sich dann entschieden in eine geschlossene Jugendhilfeein-
220 richtung zu gehen, weil Mia immer wieder auch, wenn wir ein bisschen die Rahmen, Rah-
221 mung weiter gemacht haben, zum Beispiel du darfst jetzt mit jemanden zusammen raus, in
222 Begleitung eines Erwachsenen. Dass sie dann weggelaufen ist, wieder zur Autobahnbrücke
223 dort gestanden hat oder äh ehm zu einem Freund äh da aus dem Fenster springen wollte. Also
224 wirklich ganz massiv. Ehm wo dann immer wieder sie auch ein, reingesetzt wurden, enger ge-
225 macht wurden ist, die Rahmung, die sie als ehm nicht mehr bedrohlich fand, weil sie ja diesen
226 Impulsen ständig ausgeliefert war. Das war ja nicht so, och ich mach jetzt mal und ich bringe
227 jetzt mal alle durcheinander. Sondern sie war diesen Impulsen massiv ausgesetzt. Es war so,
228 dass sie diese enge Berahmung so als, als, als haltgebend und als Sicherheit empfunden hat,
229 dass sie erstens die Selbstverletzungen weniger wurden, also ihre Armen waren voll mit
230 Schnittverletzungen, heftigen Schnittverletzungen, die auch ärztlich versorgt werden mussten.
231 Und ehm durch diese enge Berahmung konnte sie also auch nicht mehr sich selbst verletzen,
232 hat mal so ein Gefühl entwickelt dafür, wie kann ich anders mit Erregungszuständen umge-
233 hen, anstatt mich immer wieder selbst verletzen zu müssen und hat da Strategien für sich ent-
234 wickelt. Und ehm dann auch son langsamer Umgang äh zu lernen, dass Messer nicht direkt
235 bedeutet, wenn sie n Messer sieht: oh, äh äh angetriggert, ich muss jetzt. Sondern, das ist was
236 zum Brote schmieren. Sie durfte ja auch kein Messer gar nichts. Ging ehm war sie immer die-
237 sen Impulsen ausgesetzt und das sie dann so allmählich durch diese ehm innere Berahmung
238 gelernt. Ich ehm sach da jetzt äh, hab da jetzt viel zu gesagt, weil sie sich dann nämlich ent-
239 schlossen hat, geschlossen untergebracht zu werden, weil das so ne Sicherheit für sie gegeben
240 hat. Und ehm die Entscheidung hat sie getroffen und die wurde nie von ihr mehr in Frage ge-
241 stellt. Das hat mich sehr gewundert. Ich hab gedacht, dass sie jetzt damit spielt so n bisschen
242 'oh joa, ne, doch nicht und ich will doch zu Mama zurück und so'. Nein, sie hatte die Entschei-
243 dung getroffen und ehm ist auch dabei geblieben, bei dieser Entscheidung. Ehm ich äh hätte

244 diese Entscheidung gerne mit unterstützt, aber dadurch, dass Mia schon ihrem 18. Lebensjahr
245 entgegen ging, wird eine geschlossene Jugendhilfemaßnahme gar nicht mehr umgesetzt. Das
246 wusste ich aber damals noch nicht. Sodass ehm wir das wieder fallen lassen mussten und dann
247 halt im Grenzgängerprojekt da auch sie vorgestellt haben in diesem Rahmen. Was können wir
248 ihr eigentlich anbieten? Weil ehm sie war zwischendurch mal in einer Jugendhilfeeinrichtung
249 hier vor Ort gewesen. Und (Räuspern) Entschuldigung, und da ist es auch immer wieder zu
250 parasuizidalen Handlungen gekommen und die waren nicht tragbar in dieser Jugendhilfeein-
251 richtung, weil sie natürlich auch damit Angst verbreitet hat. Auch bei uns hier als Mitarbeiter
252 war es immer wieder, wie ernst müssen wir das nehmen? Können wir sie am Leben halten?
253 Also Ziel war in dem Sinne dieses Kind/diese Jugendliche am Leben zu erhalten. Und ehm ja,
254 und dann wurde sie im Grenzgängerprojekt vorgestellt und dann wurde darüber nachge-
255 dacht. Also es war auf jeden Fall wichtig, dass sie Beziehungen... ein Beziehungsangebot be-
256 kommt ehm ein verlässliches Beziehungsangebot und äh dann ist sie ja in dieses Auslandspro-
257 jekt nach Spanien gekommen zu einer ehm Therapeutin dort vor Ort und einem Lebensgefähr-
258 ten und noch einer weiteren Mitarbeitenden. Die war also eins zu eins dann betreut. So... so?
259 00:25:05-5

260

261 00:25:06-3 I: Super. Das war äh auf jeden Fall sehr ausführlich. Vielen Dank. Hm... Wenn wir
262 nochmal auf die Rolle der Mutter zurückkommen. Was würden Sie sagen, welche Rolle die
263 Mutter eingenommen hat in dem Fall? 00:25:20-9

264

265 00:25:21-5 KJP: In dem Behandlungsverlauf... (Räuspern) Tja, das... Also die Mutter hat sich
266 ja natürlich immer über ihre Tochter stabilisiert. Und ehm und... Ich kann Ihnen die Frage
267 nicht beantworten. 00:25:45-5

268

269 00:25:46-1 I: Ja, gut. 00:25:46-6

270

271 00:25:47-6 KJP: Also ehm auf jeden Fall war es so, als die Mutter dann rausgegangen ist aus
272 diesem äh Behandlung, also nicht mehr unterstützend mitgewirkt hatte. Kontaktabbruch, der
273 war ja dann wochenlang/monatelang. Ist Mia zur Ruhe gekommen. 00:26:06-8

274

275 00:26:08-9 I: Und welche Rolle hat ihrer Meinung nach in dem Fall die Kinder- und Jugend-
276 hilfe beziehungsweise die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingenommen? 00:26:16-0

277

278 00:26:24-5 KJP: Also (Räuspern), die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe war
279 schwierig. Und zwar, weil ehm das geht nicht, dass eine Jugendliche zwei Jahre in der Kin-
280 der- und Jugendpsychiatrie bleibt. Das ist äh ja das ist auch traumatisierend. Und dass ehm
281 Mia zwei Jahre in der Luft gehangen hat. Kein Ort gehabt hat, kein zu Hause gehabt hat.
282 Weihnachten, also das war, das hat mich sehr angerührt, dass sie da zwei Weihnachten ver-
283 bringen musste. Gar nicht ehm Freundschaften, Schule, gar nichts ist in diesen zwei Jahren
284 gelaufen. Außer Sie in äh am Leben zu halten. Wahrscheinlich war das, vielleicht war es
285 wichtig, aber ich glaube man hätte den Aufenthalt ehm deutlich verkürzen können. Und das
286 fanden wird schwierig. Ehm... die Mutter hat die, also laut der Mutter, wobei sie das auch uns
287 gegenüber sagen würde, hat die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt auch als schwierig emp-
288 funden, als nicht so verlässlich. Also ehm Vormünderin war vielleicht in diesen zwei Jahren
289 (Pause) viermal da. Also, ja nicht so, also ich glaube da hätte mehr passieren können.

290 00:28:13-7

291

292 00:28:14-4 I: Das Stimmt. 00:28:15-1

293

294 00:28:15-5 KJP: Das fanden wir schwierig. 00:28:16-7
295
296 00:28:17-5 I: Hmmm... nochmal eine ganz andere Frage. Welche Qualifikationen beziehungs-
297 weise Eigenschaften müssten Ihrer Meinung nach die Fachkräfte mitbringen, die mit Eltern
298 zusammenarbeiten, die an einer Borderline-Störung erkrankt sind? 00:28:33-0
299
300 00:28:34-4 KJP: Wohlwollend. Wohlwollend... Weil ehm ich finde es immer äh ich glaube
301 ehm Vertrauen herzustellen... Äh kann in dem Sinne äh nur gelingen, indem man äh den ande-
302 ren erstmal so akzeptiert wie er ist, weil ehm niemand möchte eine psychiatrische Erkrankung
303 bekommen. Und wenn wir das Leben dieser betreffenden Person gelebt hätten, wir würden
304 nicht wissen, was wir entwickelt hätten. Und ich finde erstmal Wohlwollen, mit an den Rand
305 zu gehen, aber natürlich auch ganz klar seine Haltung zu behalten ehm nicht mit Vorwürflich-
306 keit, sondern immer versuchen auch wieder (Räuspern) die Person ins Boot zu bekommen.
307 Und da sprechen wir wieder von diesen Verbrennungen. Ehm und ehm da ist es ganz, ganz
308 wichtig ganz, ganz vorsichtig, kleinschrittig mit diesen Personen zu arbeiten. (Räuspern) Wo-
309 bei ich auch nicht ausschließen möchte, ob ehm ehm manchmal vielleicht auch zusagen: Hier
310 besteht eine Kindeswohlgefährdung. Auch das muss man manchmal aussprechen. Und ich
311 glaube, dass sollte man auch im Blick behalten, weil bei Mia hat letztendlich eine Kindes-
312 wohlgefährdung bestanden. 00:30:18-7
313
314 00:30:19-2 I: Wurde aber nicht thematisiert? 00:30:21-1
315
316 00:30:21-7 KJP: Ist erst ehm mit ehm KJP. Das ist ja nicht unsere Aufgabe. 00:30:29-2
317
318 00:30:29-7 I: Natürlich nicht, nein. 00:30:30-6
319
320 00:30:31-1 KJP: Und das wird aber häufig Unsere. Auch dann ehm ja, also eigentlich kom-
321 men häufig kommt dann das Jugendamt äh in einer Erstvorstellung, wo wirklich alle, alle
322 Themen: Gewalt in der Familie, also Gewalt zwischen den Eltern ehm sexueller Missbrauch
323 ehm Verwahrlosung, emotionale Verwahrlosung. Und diese Kinder sind zu Hause und die
324 ehm Sachbearbeiterin kommt äh dazu und ich frag mich 'ja und?'. Was sollen wir denn dann
325 hier noch machen? Ist doch.. eindeutig. 00:31:18-2
326
327 00:31:18-7 I: Ja. 00:31:19-0
328
329 00:31:19-9 KJP: (Pause) Was war das für ne Frage? Bin ich jetzt abgeschweift? 00:31:25-5
330
331 00:31:25-8 I: (Schmunzeln) 00:31:26-1
332
333 00:31:26-5 KJP: Sagen Sie bitte nochmal die Frage (Schmunzeln) 00:31:28-3
334
335 00:31:28-7 I: Das ging um die Qualifikation und Eigenschaften... 00:31:30-3
336
337 00:31:30-7 KJP: Achso, ja. Also, ich glaube schon Wertschätzung, aber auch ehm Klarheit.
338 Auch die Sachen benennen, vorsichtig zu benennen (Pause). Ja. 00:31:46-4
339
340 00:31:47-1 I: Ok. Da sind wir auch schon bei der vorletzten Frage angelangt. Wenn Sie sich
341 quasi was wünschen könnten. Welche Veränderungen müssten Ihrer Meinung eintreten, um
342 psychisch erkrankten Eltern, jetzt speziell bei einer Borderline-Störung, effektiver in den Hil-
343 feprozess für ihr Kind integrieren zu können? Wenn wir jetzt mal eingehen auf: Ressourcen,

344 Bedarfe, Wünsche... 00:32:13-0
345
346 00:32:13-3 KJP: Also ehm ich fänd es ganz schön, wenn es wirklich auch Einrichtungen ge-
347 ben würde, in den äh psychisch erkrankte Eltern, jetzt die Mutter von äh Mia war ja nun sehr,
348 sehr betroffen von ihrer äh psychischen Erkrankung. Dass es da Möglichkeiten geben würde,
349 dass man gemeinsam, zusammen weiterleben kann, aber dann wesentlich mehr Stunden in die
350 Familien rein. Wir haben da so ein ganz komisches Konzept. Einerseits Fremdunterbringung,
351 die so viel Geld kostet und dann andererseits diese ambulanten Hilfen, die so wenig ehm äh
352 ehm Stunden äh zur Verfügung stellen. Und da würde ich mir einfach wünschen, dass man ne
353 Familie insgesamt behandeln könnte. Das würde ich mir wünschen. Mehr Stunden auch in die
354 Familie rein. Viel, viel mehr ehm äh (Räuspern) ein gemeinsames Leben vielleicht sogar, dass
355 äh äh dass ehm äh ehm so äh Einrichtungen, Jugendhilfeeinrichtungen mit Eltern zusammen,
356 wo die dann wirklich ein, zwei Jahre zusammenleben. Sowas würde ich, weiß nicht, dass ist
357 vielleicht zu hoch gegriffen, aber das würde ich mir wünschen. 00:33:44-9
358
359 00:33:45-5 I: Mhm... 00:33:45-6
360
361 00:33:46-1 KJP: Ich würde mir wünschen ehm, dass ehm Eltern gedrängt werden, ihre Er-
362 krankung behandeln zu lassen. Wir haben sehr, sehr viele Eltern, die erkrankt sind, aber keine
363 Therapie machen. Wobei das natürlich auch ist, dass Zeitmangel auch häufig der Grund ist,
364 wenn die alleinerziehend sind, berufstätig. Dass kann ich auch verstehen, dass dann das
365 schwierig ist da ehm noch irgendwie n Zeitfenster reinzubekommen. Zusätzlich zu der Kin-
366 derbetreuung dann noch Therapie zu machen. Aber das würde ich mir wünschen, dass es da
367 auch viel, viel mehr Möglichkeiten gibt, therapeutisch mit den Eltern zu arbeiten. 00:34:32-1
368
369 00:34:33-9 I: Ok... 00:34:34-1
370
371 00:34:34-6 KJP: Ja, so... 00:34:34-9
372
373 00:34:35-4 I: Ja... Hm... Jetzt würden einmal zum letzten Frageblock kommen. 00:34:42-1
374
375 00:34:42-6 KJP: Mhm... Brauchen Sie noch Kaffee? 00:34:43-8
376
377 00:34:46-1 I: Nee, nen kleinen Schluck würde ich noch nehmen. 00:34:50-2 00:34:51-3
378
379 00:34:51-8 KJP: Upsala, das macht aber nichts, dass ich gekleckert habe. 00:34:55-0
380
381 00:34:55-5 I: Dankeschön. 00:34:57-6
382
383 00:34:57-8 KJP: Bitteschön. 00:34:58-1
384
385 00:34:59-4 I: Ehm... oftmals sind ja die Kinder von psychisch kranken Eltern, die bereits der
386 Kinder- und Jugendhilfe bekannt sind, wie jetzt zum Beispiel auch im Fall Mia... 00:35:09-5
387
388 00:35:09-8 KJP: Geben sie mir mal grad son Tuch? 00:35:11-0
389
390 00:35:11-6 I: Natürlich. 00:35:11-9
391
392 00:35:12-2 KJP: Ja, Dankeschön. 00:35:13-4
393

394 00:35:14-0 (Pause) KJP: Mhm, ich hör zu. 00:35:18-6
395
396 00:35:19-0 I: Ja, und extreme Auffälligkeiten in ihrem Verhalten zeigen, bereits in der Kin-
397 der- und Jugendpsychiatrie vorstellig äh vorstellig geworden. Dementsprechend sind der Kin-
398 der- und Jugendpsychiatrie auch die Eltern der Kinder bekannt. Wie kann ich mir die Zusam-
399 menarbeit zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor-
400 stellen? 00:35:37-9
401
402 00:35:38-3 KJP: Ah, darf ich nochmal kurz was zu dem vorherigen Fragen noch was sagen?
403 00:35:42-2
404
405 00:35:42-4 I: Natürlich. 00:35:42-9
406
407 00:35:43-5 KJP: Wir haben ja hier die ehm Erwachsenenpsychiatrie. Und da wärs zum Bei-
408 spiel auch schön, dass ist aber jetzt n internes Problem, wäre es auch schön, wenn man da
409 zum Beispiel auch irgendwie nochmal son son Raum bieten könnte, wo ehm äh Erwachsene,
410 die da sind, die ham ja Kinder und in der Erwachsenenpsychiatrie werden die Kinder völlig
411 übersehen. Ja und ehm wir haben natürlich dadurch, dass wir die Kinder hier sehen natürlich
412 auch die Erwachsenen mehr im Blick, was ich hab da auch vollstes Verständnis, dass da häu-
413 fig gar nicht drüber nachgedacht wird, was ehm die Kinder dort, wie es denen geht. Das wäre
414 zum Beispiel auch nochmal so eine Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kin-
415 derpsychiatrie. 00:36:33-1
416
417 00:36:33-9 I: Was in diesem Fall ja auch sehr praktisch wäre. 00:36:36-0
418
419 00:36:36-4 KJP: Ja. 00:36:36-7
420
421 00:36:37-2 I: ..weil die zusammen sind... 00:36:39-1
422
423 00:36:39-8 KJP: Mhm, aber manchmal gelingt und das. 00:36:41-9
424
425 00:36:42-2 I: Ja ok. 00:36:43-6
426
427 00:36:44-0 KJP: Gut, jetzt nochmal ihre Frage. 00:36:46-1
428
429 00:36:46-5 I: Ehm, wie kann ich mir die Zusammenarbeit zwischen der Kinder- und Jugend-
430 hilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellen? Die Kooperation 00:36:53-8
431
432 00:36:54-3 KJP: Mhm... (Pause) Also, wenn wir mit dem Jugendamt in Kontakt kommen.
433 Dann ist es häufig in einer Erstvorstellung, wo eine ambulante Familienhilfe mitkommt zu der
434 Vorstellung. Ehm oder, wenn die in einem Schulprojekt sind, also Schulbegleitung haben,
435 dann kommen wir äh äh in Kooperation mit dem Jugendamt, also in der Erstvorstellung. Oder
436 wenn sich hier äh stationär äh behandelt werden und wir den Eindruck haben, ne Rückführung
437 ins Elternhaus ist unter diesen gegebenen Umständen nicht möglich. Dann kommen wir in Ko-
438 operation und es gibt äh ehm wir arbeiten sehr eng mit Familienhilfe zusammen ehm die auch
439 ehm in dem Sinne sehr professionell teilweise sind. Was zum Beispiel psychische Erkrankungen
440 bei Eltern angeht, wo wir ganz engen Austausch, wo die Familie derzeit sich befindet,
441 also Ist-Zustand, wie wie gehts dieser Familie, welche Themen äh sind vorhanden, wie kann
442 man es ehm wie kann es gelingen, dass die Erregungszustände nicht immer so hochschießen
443 müssen und da sind wir dann sehr eng mit ehm (Räuspern) dem Jugendamt zusammen und

444 ehm dann auch, wenn es um Fremdunterbringung geht, dass wir dann auch gemeinsam su-
445 chen, überlegen, was für Hilfen oder was für Hilfen brauchen Familien überhaupt ehm, wenn
446 es zur Rückführung der Kinder und Jugendlichen geht oder wenn es auch in eine Fremdunter-
447 bringung geht. Das ist so eigentlich die engste Kooperation, jetzt haben wir natürlich Grenz-
448 gängerprojekt. 00:39:02-1
449
450 00:39:02-3 I: Mhmm... 00:39:02-4
451
452 00:39:02-8 KJP: Das ist dann nochmal wo verschiedene, wo ganz viele Professionelle äh äh
453 am Tisch sitzen, aus verschiedenen Bereichen, wo dann gesucht wird was, was braucht die
454 Familie, was braucht das Kind/der Jugendliche und wir haben noch ne Kooperation mit der
455 Traumaambulanz, wir sind ja auch Traumaambulanz und äh da gibt es auch alle sechs Wo-
456 chen Treffen mit Jugendhilfe, mit dem fallverantwortlichen Sachbearbeiter, mit Wendepunkt,
457 ehm die Beratung ehm Beratungsfunktion haben und der KJP. Das sind, ist auch ne gute Zu-
458 sammenarbeit. 00:39:44-7
459
460 00:39:45-8 I: Ok. Dann haben Sie ja schon einige positive Aspekte genannt bei der Kooper-
461 ation, gibt es denn auch Punkte, die nicht gut funktionieren? 00:39:53-7
462
463 00:39:54-1 KJP: Naja, jetzt wie in diesem Fall mit Mia ehm war es, war es aus meiner Sicht
464 unglücklich, dass sie so lange hier in der Klinik war. Ehm (Pause) ja, häufig ehm (Räuspern)
465 finden wir schwierig, dass manchmal äh der Eindruck entsteht, dass Familienhelfer äh Helfe-
466 rinnen, Schwierigkeiten haben, wirklich auch ehm schwierige Themen anzusprechen, wo es
467 um Gewalt geht in der Familie. Äh, das wird manchmal gar nicht nachfragt. Wie gehen sie
468 mit ihrer Hilflosigkeit um, wie gehen sie, weil die Kinder sind anstrengend, das ist gar keine
469 Frage und ehm aber wie gehen sie damit um. Und das, das mehr auch nochmal beleuchtet
470 werden sollte, weil ehm ich glaube, wir haben ganz, ganz viele Kinder, die in Familien groß
471 werden, wo es äh traumatische Erlebnisse immer wieder neu stattfinden. Durch Hilflosigkeit,
472 also da will ich auch gar nicht die Eltern.. das, weil da, ja das is, wenn die Eltern die Möglich-
473 keit hätten, anders zu handeln, würden sie es machen. Aber sie sind in diesem Moment halt
474 am Limit und finde ich, dass das Jugendamt ehm doch auch mehr dann auch mehr unterstüt-
475 zend oder auch ehm aufdeckend arbeiten sollte (Räuspern). 00:41:35-1
476
477 00:41:35-4 I: Ok. Ja, hiermit wären wir jetzt am Ende von dem Interview. Ersteinmal vielen
478 Dank für Ihre interessanten Antworten und dass sie sich... 00:41:44-6
479
480 00:41:45-0 KJP: Haben sie das jetzt abgelesen das 'interessant'? (Lachen) 00:41:47-1
481
482 00:41:47-5 I: Nee (Lachen) Das habe ich nicht abgelesen. 00:41:50-5
483
484 00:41:50-7 KJP: Ich scherze. 00:41:50-3
485
486 00:41:50-6 I: Ehm, als letzten Punkt hätten wir noch ehm Zeit für Ergänzungen, also fall Sie
487 noch etwas zu dem Thema äh erzählen möchten, können Sie das gerne. Oder wenn irgendwas
488 nicht angesprochen wurde, was Ihnen noch wichtig ist, dann können Sie das noch weiter aus-
489 führen. Ansonsten wären wir am Ende. 00:42:05-7
490
491 00:42:06-3 KJP: Mhm. Ja, ich hoffe Sie können damit was anfangen. War das jetzt das erste
492 Interview? 00:42:11-2
493

494 00:42:11-4 I: Ja. Aber ich kann auf jeden Fall damit was anfangen. 00:42:15-1

10.2.2 Interview II: zuständige Fachkraft in der Kinder- und Jugendhilfe

1 00:00:00-0 (kurze Vorbereitungsphase) 00:00:33-1

2

3 00:00:34-3 I: Ja, fangen wird gleich mit der ersten Frage an. Genau, mögen Sie mir von ihren
4 Erfahrungen mit psychisch kranken Eltern berichten, die sie innerhalb ihrer Arbeit gemacht
5 haben? 00:00:43-5

6

7 00:00:44-0 KJH: Also, ich persönlich arbeite jetzt acht Jahre hier im Jugendamt und würde
8 sagen, dass auf jeden Fall, im Laufe dieser acht Jahre, die Thematik psychisch kranke Eltern
9 äh stark zugenommen hat. Ehm woran auch immer das wiederum liegen liegen mag. Ehm das
10 wird seit Jahren auch immer wieder Angebote suchen und überlegen, dass wir für Kinder,
11 weil wir sozialraumorientiert jetzt seit vier Jahren arbeiten, äh versuchen. also wenn von der
12 Einzelfallhilfe, das sagt ihnen wahrscheinlich was, was Sozialraumorientierung heißt. Und
13 versuchen da mehr Angebote zu schaffen auch im Sozialraum für Kinder von psychisch kran-
14 ken Eltern. Also viel mehr kann ich da eigentlich gar nicht sagen. Auf jeden Fall nimmt das
15 Thema mehr Raum ein und ich denke auch der Bedarf ehm, dass man, dass wir hier im im Ju-
16 gendamt da noch mehr Hintergrund ehm Wissen haben, wie man jetzt mit bestimmten psychi-
17 schen Erkrankungen umgeht. Also auf jeden Fall ja, geht so ein bisschen unter, weil wir hier
18 einfach auch mit vielen vielen anderen Themen und äh und Hilfen/Problemstellungen so kon-
19 frontiert werden. Ja 00:02:10-7

20

21 00:02:11-2 I: Ja, ok. 00:02:11-8

22

23 00:02:12-5 KJH: Dies... würde ich jetzt. Mehr fällt mir zur ersten Frage. Haben sie da noch,
24 reicht Ihnen das? Oder haben sie da noch mehr... 00:02:19-7

25

26 00:02:20-1 I: Das reicht. Und ehm was verstehen Sie unter dem Krankheitsbild Borderline-
27 Persönlichkeitsstörung speziell? 00:02:27-7

28

29 00:02:28-0 KJH: Also, ja so was ganz grob, und was mir da spontan einfällt, das ehm Men-
30 schen mit ner Borderline-Problematik son sehr impulsives äh Verhalten an den Tag legen. So
31 sprunghaft. Äh sehr so schwarz-weiß denkend. Ehm mit sonem ... bei uns in der, in der, in un-
32 sere Arbeit, wenn wir versuchen für Kinder etwas zu erreichen, dann äh versuchen wir ja oft
33 in erster Linie mit den Eltern Vereinbarungen zu treffen. Das das, wenn ne Hilfe eingeleitet
34 wird, Hilfepläne auf den dann schriftlich fixiert wird, äh was die Eltern verändern wollen. Das
35 sollen die ja auch selber ehm soll ja der Wille der Eltern sein und das sagen die dann auch so
36 am Tisch und äh schreibt man nieder und das unterschreiben dann auch die Eltern. Und dann
37 ist das eben so, das das man sich kaum verlassen kann, dass das auch wirklich eingehalten
38 wird. Das äh ist eben, würde ich sagen ne Herausforderung, dass diese Verlässlichkeit, die
39 wird ja bräuchten, damit sich Dinge bei den Kindern verändern. Ehm das man, ja das ist eben
40 nicht nur bei Borderlinern so, dass ist bei psychischen Erkrankungen oder bei Menschen, die
41 Schwierigkeiten haben Dinge zu verändern. Drogenabhängigkeit oder Alkohol. Alkoholismus
42 ist ja auch ein häufiges Problem. Ehm schwierig. Also verlässlich äh Verlässlichkeit. Heraus-
43 forderungen. Was funktioniert gut in der Zusammenarbeit zwischen der KJP und psychisch
44 kranken Eltern. Hm, was funktioniert gut... Also die Zusammenarbeit mit der KJP ehm würde
45 ich sagen, von der Theorie her, läuft es ja so: Kinder kommen in die Kinder- und Jugendpsy-
46 chiatrie äh dort soll erst mal medizinischer- und ärztlicherseits geschaut werden, äh was ist

47 das Problem, was braucht dieses Kind, äh um ne Verhaltensänderung, was wie muss das Fa-
48 miliensystem noch miteinbezogen werden. Und äh dann gibt es ja meist ne Empfehlung in der
49 Klinik und die geht dann auch in Richtung Jugendhilfe im im Normalfall und Jugendhilfe
50 wird einbezogen. Und ich finde, wenns gut funktioniert, dann wird die Jugendhilfe frühzeitig
51 miteinbezogen und nicht erst ein Tag bevor dieses Kind entlassen wird. Das erleben wir näm-
52 lich auch, ganz häufig, das ist so ganz spät, aber das ist eventuell der Tatsache geschuldet,
53 dass man dort auch sehr überlastet ist und das Dinge dann irgendwie so runterfallen. Termine,
54 die man schon früher hätte führen müssen. Und dann ja, dann entsteht schnell Frust, also
55 wenn äh dann die Erwartungshaltung ist, dass die Jugendhilfe jetzt äh ich sag mal schnell: das
56 machen soll, was die Klinik ehm empfiehlt und wir eben auch unsere ehm und wir haben auch
57 unsere Vorgehensweise wie wir arbeiten. Also wir lassen uns jetzt auch nicht so gerne an den
58 Tisch der KJP bestellen und äh so vorschreiben lassen, das ist jetzt die Hilfe, die das Kind
59 braucht. Weil wir wollen uns auch einen Eindruck machen, mit den Eltern sprechen und äh
60 wie ich vorhin schon sagte, wir arbeiten sozialraumorientiert seit n paar Jahren. Dadurch hat
61 sich bei uns auch das System so n bisschen verändert, wie wir Hilfen gewähren. Äh wir ge-
62 währen eben inzwischen auch nur noch Hilfen, wenn, ganz grob gesagt, wenn wir die Per-
63 son/die Familie, die die Hilfe möchte auch wirklich klar formulieren kann ehm ein bestimm-
64 tes Ziel, einen bestimmen Willen zu haben. Genau. Joa, das äh genau kann gut funktionieren,
65 wenn man sich rechtzeitig miteinander austauscht und dann gemeinsam guckt, was kann die-
66 sem Kind, was kann dieser Familie helfen und ja... das ist schwierig, denke ich mal. Weil die
67 Eltern auch, ich sehe das jetzt den vorliegenden Fall, da ist die Mutter ja stark in ihrer Proble-
68 matik gefangen gewesen und und da gabs viele Übertragungen. Und ja, häufig können die
69 psychisch erkrankten Eltern vielleicht auch gar nicht optimal dort in den Prozess miteinbezo-
70 gen werden. Das ist vielleicht von der Theorie her ehm, wobei ich mir tja... also da habe ich
71 jetzt grade mal. Lassen sie es laufen einfach genau, da fällt mir jetzt auch grade nichts weiter
72 ein. 00:07:54-7

73

74 00:07:55-1 I: Und wobei stoßen Sie in diesen Fällen an ihre Grenzen? wo sie sagen, so gehts
75 nicht mehr. Bei dem Fall von Mia beispielsweise wurden der Mutter ja auch Teile des Sorge-
76 rechts entzogen. 00:08:12-0

77

78 00:08:12-4 KJH: Genau, genau, weil einfach äh die die Mutter sehr ja in ihrem Denken ge-
79 fangen war und dann so aus unserer Meinung nach äh so objektiv, die nächsten notwendigen
80 Schritte, die die Ärzte als als wichtig ansahen, nicht gehen wollte. Die Mutter hatte andere
81 Ideen im Kopf, was jetzt für Mia äh gut war. Joa, aber wir sind ja jetzt eigentlich gar nicht bei
82 Mia und zwar sind wir ja jetzt eher noch so im Allgemeinen. 00:08:50-0

83

84 00:08:50-3 I: Genau.

85

86 00:08:50-7 KJH; Ja. Ja ich find, das das ist gar nicht einfach, wenn man so allgemein über
87 seine Arbeit sprechen soll. Das merke ich grade, ja ja. Man ist so in den einzelnen Fällen.
88 Aber das ja auch mal ganz gut, wenn man so über den Tellerrand hinausguckt. Ja. Das Haupt-
89 thema ist eben, diese diese Verlässlichkeit. Äh diese mangelnde Verlässlichkeit bei psychisch
90 Kranken. Die wird dann, wenn es, wir hatten ja in diesem Fall auch... Wollen wir einfach in
91 den Fall jetzt gehen? Ich glaube, das ist irgendwie besser, als wenn wir so allgemein jetzt
92 sprechen. 00:09:34-4

93

94 00:09:34-7 I: Wäre ja auch die vierte Frage. 00:09:35-9

95

96 00:09:36-1 KJH: Ja, genau. 00:09:36-4

97

98 00:09:37-0 I: Inwiefern verlaufen die Entwicklungen des Falles von... mögen sie mir davon
99 einmal berichten? 00:09:42-5

100

101 00:09:43-1 KJH: Genau, weil in diesem Fall hatten wir gleich zu Beginn ja auch ne Risi-
102 koeinschätzung durchgeführt. Und hatten den Fall im Gefährdungsbereich eingestuft, weil es,
103 das Problem war ja, dass das Mädchen von Anfang an suizidale Absichten hatte und ehm die
104 Mutter äh also, wenn man jetzt, genau. Also wie wir sie erlebt haben, also ich kann mich noch
105 sehr gut erinnern an diesen ersten Hausbesuch. Und dann hab ich die Mutter als sehr ehm ko-
106 operativ und äh sehr vernünftig und äh so als hätte sie so sehr gut verstanden, was ihr also
107 was das Problem sei und äh sehr äh davon überzeugt, das Mia jetzt Hilfe braucht und sehr ko-
108 operativ und wollte eigentlich alles tun, damit es ihrer Tochter gut geht. Und das hat sich dann
109 ja später ehm verändert. Aber auch, das weißt ich jetzt auch gar nicht.... das nimmt vielleicht
110 jetzt vielleicht zu viel Raum ein. Es gab nämlich auch noch ne jüngere Schwester ehm, die
111 dann auch in Gefahr, also die wir die wir dann in Gefahr gesehen haben. Aber was ich jetzt
112 sagen wollte, genau, es gab diese Risikoeinschätzung, womit wir den Fall im Gefährdungsbe-
113 reich eingestuft hatten ehm. Weil diese Suizidalität und die Mutter hat dann irgendwie in ei-
114 nem Vermerk, dass hatte ich auch nochmal gelesen, das war mir schon entfallen. Die Mutter
115 hatte ja gesagt, wenn sich Mia etwas antut, dann äh werde ich mich, dann werde ich auch aus
116 den Leben gehen. Und das war ein Moment äh, in diesem Fall, weil es gab ja noch die jüngere
117 Schwester, wo man dann erst mal auf ner anderen Ebene handeln musste und wo auch deut-
118 lich wurde, also mit einer solchen Aussage, kann diese Mutter jetzt nicht mehr verantwor-
119 tungsvoll das Sorgerecht, mit allen verbundenen Pflichten wahrnehmen. Und und in dem
120 Maße ehm wo es dann, wo Maßnahmen nötig waren, auf dieser anderen Ebene, mit der
121 Schwester. Ehm hat die Mutter sich natürlich auch immer mehr hm also die hat sich immer
122 mehr zurückgezogen. Die hat dann, also wollte den Kontakt nicht mehr (Gemurmel). Also
123 was das Schwierigste war, in diesem Fall Mia, sie ja übern ganz langen Zeitraum ehm ge-
124 schlossen untergebracht. Und die Erwartungs, also ich gehe jetzt nochmal weg von der Mut-
125 ter, also jetzt nochmal in Richtung KJP. Ne, doch mal einen Schritt zurück. Spannend war in
126 diesem Fall, das habe ich mir nochmal bewusst gemacht, dass wir das Mädchen gar wirklich
127 lange vorher kannten. Weil bei so sehr schwierig, schwierige Fälle, denk man, es gab nen lan-
128 gen Vorlauf. Mia ist erstmalig aufgetaucht im Jugendamt im Juni 2014. Davor kannten wir,
129 wussten nichts von diesem Mädchen. Und das ist schon besonders. Hm und sie war ja zwei-
130 mal in ner anderen Klinik in X. Und fing eben, als sie in Y dann also stationär aufgenommen
131 wurde äh ist sie eben ziemlich schnell geschlossen untergebracht wurden. Und die Klinik hat
132 die Erwartungshaltung gehabt, dass wir, Jugendamt, jetzt mal ne passende Einrichtung finden.
133 Und ehm das war in dem Fall schwierig, es war ein schwieriger Verlauf, weil äh wir als Ju-
134 gendhilfe/Jugendamt, das Mädchen ist suizidal, die hat sich ja fast nie, bei diesem ganzen
135 Zeitablauf, von diesen suizidalen Absichten distanziert. Und für uns gehörte eine Jugendli-
136 che, die davon nicht ablassen kann, in die Psychiatrie. Die Psychiatrie hat aber irgendwann
137 immer wiederholt, dass äh sie zurück ins Leben muss. Ich sag das mal so. Das sie äh nur die
138 Chance hat sich davon zu distanzieren, wenn sie über eine ganz enge Begleitung, so ne eins-
139 zu-eins Betreuung, zurück ins Leben soll. Und das, da hats nach ner Zeit gehakt würde ich sa-
140 gen. Und dann haben wir ja schließlich im März 2015 eine Wohngruppe, ganz in der Nähe,
141 ich weiß nicht, ob sie da auch mit denen, haben Sie auch Kontakt? 00:15:16-8

142

143 00:15:17-2 I: Hm, mit der Wohngruppe selber nicht, aber mir wurde davon berichtet.

144 00:15:20-7

145

146 00:15:21-2 KJH: Ja, genau. Genau. Das sollte ne Wohngruppe sein, die speziell für für Kin-
147 der nach diesem § 35 a seelisch behinderte Kinder mit psychisch erkrankte Jugendliche. Und
148 die haben sich auch lange Zeit ehm die haben sich gut drauf eingelassen und haben gesagt,
149 wir versuchen das. Neben, also das war ja schon ne Wohngruppe mit wenigen Jugendlichen.
150 Und ehm nen hohen Personalschlüssel. Dennoch wurde, also haben die gesagt, also in diesem
151 schwierigen Fall, weil ja immer der Kontakt zur Klinik auch, kurze Wege, der sollte erhalten
152 bleiben. Brauchte es noch eine Zusatzhilfe, da haben wir dann nochmal ehm Zusatzstunden
153 bewilligt ehm um Mia da jetzt die Möglichkeit zu geben, Klinikanbindung, aber auch so lang-
154 sam ins Leben zurückzufinden. Und das Problem, also wenn man jetzt den Hilfeverlauf be-
155 trachtet, wir haben uns zusammengesetzt zum Hilfeplangespräch. Und versucht mit Mia Ziele
156 zu besprechen, was sie will und ehm ja, da hat sie mal gesagt Schule, sie wollte nen Schulbe-
157 suchte. Das sind ja so eigentlich klassische Ziele, die wir in der Jugendhilfe so normalerweise
158 entwickeln. Und die dann irgendwann abgearbeitet sein sollen und nächste Ziele. Aber das hat
159 sie nie geschafft, also so den Ablauf. Also diese klassischen normalen Ziele. Es ging im
160 Grunde immer nur darum, die Persönlichkeit zu stabilisieren. Diese Hauptzielt ist immer ge-
161 blieben und ehm konnte eben auch nicht erreicht werden. Und aus Sicht der Jugendhilfe, war
162 Mia ein Fall, der aufgrund der psychischen Erkrankung, eher ein Eingliederungshilfe fall war.
163 Ich weiß nicht, ob sie die Begrifflichkeiten... Ja genau. Denn wir geben, also wenn Kinder 18
164 werden, geben wir solche Fälle an die Eingliederhilfe ab. Also wir versuchen das. Also da
165 gibt es auch nen Konflikt. Werden Sie vielleicht auch kennengelernt haben. Genau. Wer ist
166 zuständig? Aber aus Sicht der Jugendhilfe sind eben Fälle, die nicht wirklich absehbar ehm
167 also, wo absehbar keine Veränderung/Verbesserung ehm eintreten werden - Eingliederungs-
168 hilfe. Wenn man, man kann ja mal so ne Frist geben, die nächsten 2-3 Jahre. Da besteht die
169 Möglichkeit, dass Jugendliche sich da noch verändern oder das da noch Entwicklung passiert.
170 Das da noch ein Schulabschluss. Das sind ja immer so die Kriterien. Selbstständigkeit. Ja für
171 uns war Mia, obwohl sie noch nicht 18 war, also massiv psychisch krank, dass wir für uns es
172 schwierig war, dann auch entsprechende Hilfsmöglichkeiten und Angebote zu finden, weil ja.
173 Und das war eben diese Wohngruppe. Die das ganz gut gemacht haben. Finde ich. Die sind
174 dann aber auch relativ schnell an ihre Grenzen gekommen. In dem Maße, wie Mia immer, sie
175 hat ja mehrmals versucht sich das Leben zu nehmen. Und ja die ... Wir müssen nochmal die
176 Mutter kommen. Die Mutter, die ist mir irgendwann so wegge... also die, die Mutter ist mir so
177 weggerutscht irgendwann. Würde ich sagen, im Hilfeprozess. Die hat mir nicht mehr vertraut.
178 Und es lag schon auch daran, dass ich in ihren Augen habe ich ihr die kleine Schwester weg-
179 genommen, die Tochter, die Schwester von Mia. 00:19:32-8

180

181 00:19:33-1 I: Wie alt war die Schwester damals? 00:19:34-8

182

183 00:19:35-2 KJH: 9 oder 10. Ja, die war so im Grundschulalter und ja, da war ja die Sorge,
184 dass die Mutter berichtete, dass wenn Mia sich was antut, dann ich auch. Es ging immer um
185 diese, das war auch mal in einem Klinikbericht irgendwann mal festgehalten. Äh dass die
186 Mutter-Tochter Dynamik eben sehr unheilvoll, dass die beiden so unheilvoll verwoben sind.
187 Und ehm ja, das ist und das war schwer einschätzbar, weil die Mutter wollte dann ja auch im-
188 mer wieder, dass die Tochter zurückkommt. Ja. Und für den Fall musste auf jeden Fall Ella
189 weg zu ihrem Vater. Und das haben wir dann auch erfolgreich hingekriegt. Das war für dieses
190 Mädchen bestimmt besser, weil die Mutter hat auch gar nicht gesehen, dass sie gedanklich nur
191 bei sich und bei Mia war und dass die jüngere Schwester da völlig aus dem Blick kam. Und
192 das hat sie nicht sehen können. Und joa und danach war das schwierig mit der Mutter, die Zu-
193 sammenarbeit. 00:20:53-7

194

195 00:20:54-5 I: Und ab welchem Punkt, wissen Sie das noch, ab welchem Punkt wurde der

196 Mutter denn das also Teile des Sorgerechts entzogen? 00:21:00-2
197
198 00:21:00-6 KJH: Das war schon ziemlich zu Beginn, weil ich glaube die Mutter hatte eine
199 geschlossene Unterbringung selber initiiert. Die Erste. Ich hab nochmal, irgendwo hab ich nen
200 tollen Brief und da dacht ich, das wäre ein guter Überblick. Das war ein Brief an das Jugend-
201 amt X. Weil da habe ich mir die Mühe gemacht, versucht nochmal alles zusammen zu fassen.
202 Was habe ich denn... seit August 2015 befindet sich Mia erneut, per Gerichtsbeschluss, in der
203 geschlossenen Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie Y. Der Gerichtsbeschluss geneh-
204 migt ferner eine geschlossene und therapeutische Unterbringung. Ich habe ich die ganzen Sa-
205 chen. Hier. Oktober 2014 - März 2015 war Mia wiederum geschlossen untergebracht. Es wird
206 eine Vormundschaft für einen Teilbereich des Sorgerechts eingerichtet. Und zwar Aufent-
207 haltsbestimmungsrecht, Gesundheitsfürsorge und HzE-Leistungen und schulische Dinge. Jetzt
208 muss ich grade mal überlegen. Ich glaube, das wurde ihr alles entzogen. Das war im Oktober
209 2014, weil ich hab ihr auch ne dicke Akte noch vom Familiengericht. Also, das ist jetzt nicht
210 fachlich was ich jetzt sage, aber da kam ein Beschluss nach dem anderen. Und äh immer wie-
211 der mit Anhörungsterminen äh da haben Richter mit Mia und der Mutter gesprochen und ich
212 glaube das war der Termin, obwohl der Gerichtstermin war dann erst im Mia 2015, aber das
213 ist vorher im Wege der einstweiligen Anordnung wahrscheinlich entzogen worden. Beurtei-
214 lung: Zusammenfassend sind die Ärzte der Ansicht, dass die geschlossene Unterbringung in
215 der KJP aufgehoben werden soll. Aufgrund der oben beschriebenen amivalenten Haltung der
216 Mutter, vertritt das Jugendamt die Auffassung, dass die Ergänzungspflegschaft für den Be-
217 reich Aufenthaltsbestimmungsrecht... Ne, es war glaube ich nur das Aufenthaltsbestimmungs-
218 recht. Ich glaube das war falsch, was ich da geschrieben haben. So lange aufrechterhalten
219 werden sollte, bis sich die Gesamtsituation von Mia stabilisiert hat. Da gabs nochmal einen
220 Anhörungstermin bei Gericht äh da gings um den Übergang von der Klinik dann in die
221 Wohngruppe. Und war aber im Oktober schon, dass der Mutter das Sorgerecht entzogen
222 wurde. Also in Teilbereichen. (Pause) 00:24:04-7
223
224 00:24:05-1 I: Also wirklich n spannender Fall. 00:24:08-1
225
226 00:24:08-6 KJH: Ja, ja. Und äh auch wirklich. Was bräuchten Sie jetzt, also ich will sie nicht
227 verwirren, ich glaube ich bin auch nicht so klar, weil ich das einfach nicht mehr so gut im
228 Kopf habe. Was bräuchten, sagen sie nochmal was sie jetzt ... vielleicht rede ich auch ein biss-
229 chen durcheinander?! 00:24:24-2
230
231 00:24:24-4 I: Sie haben ja auch schon relativ viel ehm davon erzählt. Also über den Verlauf,
232 die Entwicklung und inwiefern Sie die Mutter in dem Fall gesehen haben also da haben wir ja
233 schon einiges an Information. 00:24:38-0
234
235 00:24:38-3 KJH: Mhm... also die hat sich so manchmal wie n zurückgezogen und manchmal
236 wie son bockiges Kleinkind auch so, ne das ist jetzt nicht so fachlich, aber... 00:24:54-6
237
238 00:24:54-9 I: Das ja auch aufgrund ihrer eigenen Erkrankung, ne... 00:24:57-2
239
240 00:24:57-6 KJH: Hm, hm. Und ich glaube die war so, die hat immer viel gearbeitet.
241 00:25:03-2
242
243 00:25:03-7 I: Ah, war das bei der Mutter diagnostiziert? 00:25:07-2
244
245 00:25:07-4 KJH: Also ich hab, ne wir haben keine Berichte zumindest. Sie hat immer erzählt,

246 sie hatte glaube ich, bevor wir sie wir sie kennengelernt haben auch mal n Aufenthalt in der
247 Klinik, aber ich glaube es war nur ne Tagesklinik. Und sie hatte einen Facharzt. Das erinnere
248 ich auch und zu dem sie regelmäßig ging und Medikamente nahm und es gab damals ja auch
249 Kontak mir iher Schwester. Da lebte sie ne Zeit lang und da fand damals der erste Hausbesuch
250 statt und die Schwester stelle ihre eigene Schwester eben als ehm hilfsbedürftig da. Machte
251 sich sorgen um die kleine Schwester, die nicht gut versorgt wurde und ehm berichtete eben
252 selber auch, es ging ja um Missbrauch auch, wobei ich weiß nicht, ob Sie das auch gehört ha-
253 ben? Also das Mia im Alter von acht Jahren missbraucht worden sein sollte und dann noch-
254 mal in der Wohnung, in der die vorher gelebt hatten. Un die sie dann gekündigt hatten, was
255 angeblich das, das hatte die Mutter dann nämlich auch erzählt, man hatte ihr das in der KJP
256 geraten, diese Wohnung zu kündigen, weil dort in der Nachbarswohnung der Halbonkel Mia
257 missbraucht haben sollte. Und jetzt wohnten die vorübergehend, weil die hatte auch Schuld
258 oder oder, nicht so schnell ne Wohnung gefunden und lebten ne ganze Weile vorübergehend
259 bei dieser Schwester. Und das war da auch viel zu eng. Und ehm schwierig. Und ja, die
260 Schwester, die Schwester hatte ne andere Problematik. Die hatte auf jeden Fall ne Depression.
261 Also, worauf wollte ich jetzt grade... Ne ich wollte vorhin noch nochmal auf diesen sexuellen
262 Missbrauch äh, weil die, der wohnt da selber, das hat sie dann auch in einem, irgendeinem
263 Gespräch dann auch mal kundgetan, dass ihr das selber auch passiert war. Und dann bestand
264 ja auch die Vermutung, dass sie das vielleicht überträgt auf ihre Tochter, was ihr selber pas-
265 siert ist. Weil Frau EP, die ja die Vormundschaft, Ergänzungspflegschaft hat, versucht hat an
266 Akten zu ehm kommen. Die haben vorher irgendwo im Osten äh gelebt, bevor sie nach N ka-
267 men. Und sie hat von diesen, weil die Mutter berichtete immer, das war vor Gericht, als Mia
268 mit sieben oder acht diesen Missbrauch erlebt hatte. Und meine Kollegin hat keine Akten äh
269 kein Gericht gefunden, die irgendwas in diese Richtung bestätigen würden. Ich hab die Ver-
270 mutung, das das die Mutter diese Dinge auch so initiiert äh dem Mädchen etwas, ja also eige-
271 nes Erleben da auf die Tochter überträgt. Und ja. 00:28:39-5

272

273 00:28:39-8 I: Dann wären wir mit der Frage erst mal soweit durch. Frage fünf haben wir ja
274 eigentlich auch schon zum Teil beantwortet. Also wenn sie den Fall rückwirkend betrachten
275 würden, was könnten Ihrer Meinung nach die Gründe dafür sein, dass Mia für eine so lange
276 Zeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war? 00:28:54-2

277

278 00:28:54-4 KJH: Ja, das war das vorhin mit der Einrichtung. Ich glaube das ist schon der
279 Hauptknackpunkt gewesen, dass wir gesagt haben, nö, das ist zu gefährlich. Wir können, weil
280 dann hätten wir die Verantwortung. Die ist suizidal, wir bringen die irgendwo unter und vor
281 allen Dingen kam es kaum ne Einrichtung, die gesagt hätte yeah wir nehmen dieses Mädchen.
282 Ehm und geschlossene Unterbringungen gibt es in Norddeutschland keine. Und da hätte man
283 dann Richtung Süddeutschland gucken müssen. Das haben wir ham wir da aber im März noch
284 gar nicht getan. Irgendwann tat sich diese Einrichtung auf, das ist dann ja auch son Prozess.
285 Einrichtungen suchen. Zwischendurch hab ich dann nochmal an das Ministerium geschrieben.
286 Ich kann mich nicht genau erinnern wann, aber es gibt in Kiel, im Familien- und Sozialminis-
287 terium so ne Stelle, die Jugendämter unterstützt für schwierige Fälle. So Art Grenzgänger, so
288 wie dieses Projekt das, ja genau so heißt ja auch ihre Arbeit. Die Jugendämter unterstützen
289 ehm Einrichtungen zu finden. Den hab ich ne Mail geschrieben, aber ... Was ist daraus gewor-
290 den?! Ne, das überschneit sich dann. Ne, jetzt weiß ich wann ich da ne Mail hingeschrieben
291 hab. Das überschneit sich dann als äh wir am Ende für Mia dann diese Einrichtung gefunden
292 haben, in der sie sich ja im Moment ja noch befindet, geh ich von aus. Äh diese europäische Ju-
293 gendhanse. Bei der wir dann am Ende ein Auslandsprojekt für Mia gefunden... Genau, kurz
294 davor ehm ja da war ich dann auch mit meinem Latein am Ende und hatte deshalb diese Mi-
295 nisterium, diese Möglichkeit nochmal in Betracht gezogen. Ehm joa. Ja, habe ich eigentlich

296 beantwortet. Schwierig, weil wir uns da nicht so wirklich fachlich nicht so zuständig fühlen.
297 Aber ein Fall, der dann da auch irgendwo so zwischen die Fronten gerät. Darüber werden sie
298 sicherlich ausführlich berichten. Genau. 00:31:25-6
299
300 00:31:26-5 I: Das ist eben das Schwierige an diesen Fällen. 00:31:30-1
301
302 00:31:30-4 KJH: Ja und das hm das Kind also Mia hat ja nicht viel gesprochen. Also die
303 Kontakte, die ich mit ihr hatte. Da saß sie dann immer, sie saß vor einem und äh eben kaum
304 etwas von sich gegeben. Ich kann mich erinnern, zuerst war nämlich ne andere Kollegin zu-
305 ständig, ich bin später eingestiegen. Aber die kam zurück und sagten, also die sitzt da wie ein
306 Häufchen Elend. Die wirkt da wie ein, wie so ein Hascherl und äh kann eigentlich gar nichts
307 von sich geben, was sie vielleicht möchte. Aber sie hatte am Ende gesagt ehm das sie gerne
308 Laborantin werden wollte, weil sie gerne Chemie macht und dass sie gerne nach Paris fahren
309 wollte. Das waren die beiden einzigen Dinge und das war ja so ein Hauch Leben, ja. Hm.
310 Und, ja ansonsten war das immer in den Hilfeplangesprächen dann, als sie dann in der Wohn-
311 gruppe war und wir uns dann, wir ham uns dann ja schon kürzer getaktet getroffen. So n nor-
312 males Hilfeplangespräch also das das, so n Hilfeplan machen wir für sechs Monate. In dem
313 Fall haben wir das dann kürzer gemacht, uns nach drei Monaten wiedergetroffen. Und Mia
314 saß da und sagte eigentlich nie was und... 00:33:02-0
315
316 00:33:02-7 I: Das ist dann auch schwierig. 00:33:04-3
317
318 00:33:04-4 KJH: Ja. 00:33:08-2
319
320 00:33:08-5 I: Und ehm welche Qualifikationen und Eigenschaften müssen Ihrer Meinung
321 nach die Fachkräften mitbringen, die genau mit diesen Eltern zusammenarbeiten, die eine
322 Borderline-Persönlichkeitsstörung haben? 00:33:19-9
323
324 00:33:20-1 KJH: Also, Klarheit. Klarheit ehm über über das, was ehm was man jetzt als not-
325 wendig erachtet und das der Mutter klar vermitteln können. Der Mutter Orientierung geben
326 können, was ehm was sie tun soll. Möglichst auch Hintergrundwissen über die Borderline-Er-
327 krankung - fehlt uns sicherlich. Man macht, also ich kann mich erinnern, dass wir mal ne
328 Fortbildung hatten, aber das geht dann ja nie so tief und äh das ist, finde ich nämlich eben
329 auch manchmal schwer abrufbar. Dann in den Situationen mit den Klienten. Aber auf jeden
330 Fall transparentes Handeln. Das den Personen die, also meiner Meinung nach deren Verhalten
331 ja so durch dieses sprunghafte, schwarz-weiß Denken. Das man da immer, also so wie bei
332 schwierigen Kindern, einfach so ne klare Linie immer darstellt und eben verlässlich immer
333 wieder auch die gleichen Aussagen treffen und eben dann dann... Ja so ne so ne Leitlinie sein
334 für die die Eltern. Das sie wissen an was sie sind, also das ist glaube ich einfach wichtig. Ehm
335 und wenn, also wir waren einfach nur sicher, dass sie da in der Klinik bleiben sollte, so lange
336 sich das nicht verändert. Aber dort wurde gesagt, das verändert sich nicht, so lange sie keine
337 Perspektive bekommt und ja. Weiß ich nicht, da hat die Mutter... Das ham wa ja auch, das hat
338 man ja nicht nochmal besprochen. Wäre sicherlich interessant zu hören, was die Mutter jetzt
339 von uns erwartet hätte. 00:35:39-3
340
341 00:35:39-4 I: Ja, das stimmt. 00:35:39-8
342
343 00:35:40-0 KJH: Ja. 00:35:40-9
344
345 00:35:41-3 I: Aber die Mutter werde ich nicht befragen. 00:35:43-4

346
347 00:35:43-6 KJH: Ne 00:35:43-7
348
349 00:35:44-1 I: Ne, das sprengt irgendwann den Rahmen meiner Arbeit. 00:35:46-7
350
351 00:35:47-0 KJH: Ja, ja. 00:35:47-6
352
353 00:35:48-3 I: Das wäre auch nochmal interessant, das stimmt. Und wenn Sie sich was wün-
354 schen könnten, welche Veränderungen müssten Ihrer Meinung nach eintreten, um jetzt auch
355 nicht nur Borderline-Patienten, sondern speziell psychisch kranke Eltern, effektiver in den
356 Hilfeprozess zu unterstützen oder zu integrieren? (Pause) 00:36:23-3
357
358 00:36:24-5 KJH: Das ist einfach so schwer. Also ich glaube das Wichtigste ist ja schon mal,
359 dass jemand, der ne psychisch Erkrankung hat, das anerkennen kann. Ich glaube da fängts ein-
360 fach an. Ich die wenigsten, mit denen wir zu tun haben, können das anerkennen. Und das
361 machts ja dann schwieriger. Wenn äh Menschen äh so n Einsehen haben und dann auch sa-
362 gen, ich begeben mich in eine Behandlung. Da gibt es mittlerweile, hat sich auch ein bisschen
363 was getan in N, also wir hatten bis vor paar Jahren noch keine Tagesklinik. Die haben wir in-
364 zwischen für Kinder und Jugendliche und nebenan auch für Erwachsene. Und ehm ich glaube,
365 es müsste dann auch noch n Angebot geben, daran wird im Moment auch bei uns gearbeitet,
366 das Kinder äh bei wird so ne Gruppe soll gebildet werden für Kinder von psychisch erkrank-
367 ten Eltern. Also ich sag mal: Anerkenntnis, dass ich krank bin, als psychisch Kranker, ich lass
368 mir helfen, ich gehe irgendwo in Behandlung, ich folge Empfehlungen, die seitens von Ärzten
369 gegeben werden. Und Ärzte und Jugendhilfe treten dann nochmal vielleicht auf einer anderen
370 Ebene in Austausch und wissen voneinander. Ich sag mal, Ärzte äh in den Kliniken äh emp-
371 fehlen sehr oft Hilfen, das ist, also sehr oft standardisiert steht in diesen Abschlussempfehlun-
372 gen: die Familie sollte eine sozialpädagogische Familienhilfe erhalten. Und das ist so die
373 Standardvorstellung brauchen irgend ne Hilfe. Und ich glaube, gut ist es dann, wenn wenn die
374 beiden Institutionen dann nochmal besser vernetzen, mehr voneinander wissen und das jede
375 Seite, dass die Ärzte wissen, die und die Hilfen gibt es. Ja, dass man so ein bisschen passge-
376 nauer, aber ich glaube einfach auch in der Klinik äh, die werden auch überflutet mit Men-
377 schen, die Diagnosen haben. Depressionen wahrscheinlich ganz oben und das ist n Massenge-
378 schäft glaube ich aber auch inzwischen. Joa. War das so die Richtung, die sie meinten? (La-
379 chen) 00:39:16-2
380
381 00:39:17-2 I: (Lachen) Alles gut, sie können die Fragen gerne so beantworten, wie sie möch-
382 ten. 00:39:22-1
383
384 00:39:22-4 KJH: Naja, also das sie halt damit auch was anfangen können. 00:39:24-5
385
386 00:39:24-7 I: Ja, na klar. 00:39:25-0
387
388 00:39:25-2 KJH: Ja, ja. 00:39:27-4
389
390 00:39:27-8 I: Da kann ich was mit anfangen. Wir hätten jetzt als letzte Frage noch ehm wie
391 kann ich mir de Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Ju-
392 gendpsychiatrie vorstellen? 00:39:41-2
393
394 00:39:41-6 KJH: Wieso? Das hatten wir ja grade so, oder? 00:39:43-5
395

396 00:39:43-7 I: Genau, hatten wir auch nochmal. Nur vielleicht nochmal im Hinblick auf, was
397 gut funktioniert oder was nicht so gut funktioniert. 00:39:52-7
398
399 00:39:55-1 KJH: Ja, also unsere, die für uns zuständige Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ja
400 M. Und die ist einfach sehr weit weg und das ist schon auch n Problem, weil Eltern müssen
401 lange fahren, wir müssen lange fahren. "Runde Tische", die ich für sinnvoll erachte. Das hat-
402 ten wir glaube ich ganz am Anfang schon mal, wenn äh ein Kind, ich hatte mal so n Fall das
403 Mädchen ritzte sich immer und der Fall ist damals gut gelaufen. Da hat der Therapeut und der
404 zuständige Arzt schon nach kurzer Zeit, mich als zuständige Jugendamtssachbearbeiterin in
405 die Klinik eingeladen mit den Eltern zusammen und da wurde schon mal überlegt, also die
406 hatten die Idee: das Mädchen kann nicht nach Hause und wollten die eigentlich, die sollte sta-
407 tionäre untergebracht werden. Und ehm dann ham wir aber am Ende gemeinsam ne andere
408 Lösung gefunden und das war frühzeitig besprochen, also da konnte man mit Zeit und Kon-
409 takt auch mit den Eltern aufnehmen, konnte hier nochmal vor Ort mit den Eltern sprechen und
410 dann ham wir so ne AFT, so ne aufsuchende Familientherapie gefunden am Ende, damit wa-
411 ren auch irgendwie alle glücklich. Ehm ja, das nicht immer dann das Richtige, was die Klinik
412 dann empfiehlt. In dem Falle wollten die ja ne Unterbringung. Also frühzeitige Kontaktauf-
413 nahme mit dem Jugendamt und das alle Beteiligten ne sich da, also an einen Tisch setzen und
414 sich alle einbezogen fühlen. Ja. (Pause) Ja, was eben nicht so gut funktioniert, wenn die KJP
415 sich Maßnahmen überlegt, die wir so gar nicht anbieten können. Was nicht gut funktioniert,
416 KJP äh formuliert schon des Öfteren Vorschläge, dass ein Kind ne Schulbegleitung braucht
417 als Beispiel. Das ist jetzt nochmal n anderes Thema, aber aber da reagiert dann Jugendhilfe
418 eher allergisch. Weil das das sind ja nun Dinge, die in unsere Kompetenz fallen und die nur
419 von uns so eingeschätzt werden sollten. Aber das genau das ist ein schwieriges Thema und da
420 müsste man sich auch einfach mal zusammensetzen. Aber es gibt natürlich auch andere Rei-
421 bungsfelder. Es gibt auch das Spannungsfeld Jugendhilfe-Schule. Das ist auch so n Feld, wo
422 man auch sagen würde, da müsste man auch in den Austausch gehen, müsste mal abstecken
423 ne, besser kennenlernen und was auch immer man da so versucht. Aber, ja sind auch unter-
424 schiedliche Ansätze. Aber manchmal könnte es helfen, dass schon mal jede Seite weiß, wie
425 die andere arbeitet und so tickt und mehr Verständnis für einander da sein. 00:43:22-3
426
427 00:43:23-7 I: Ja, das wäre schon hilfreich. 00:43:27-0
428
429 00:43:30-4 KJH: Ja, also dem Mädchen hoffe wünsche ich natürlich vom Herzen, dass sie n
430 Weg findet äh wie sie eigenständig von der Mutter, von diesem verwoben sein mit der Mutter,
431 loskommt und in eine Selbstständigkeit reingefunden hat. 00:43:48-0
432
433 00:43:49-6 I: Das hoffen wir jetzt einfach mal. 00:43:51-1
434
435 00:43:51-3 KJH: Ja. 00:43:51-4
436
437 00:43:52-3 I: Wie es ihr jetzt aktuell geht. 00:43:54-6
438
439 00:43:55-5 KJH: Ne, das weiß Frau EP, die ist ja Vormund. Ja. 00:43:59-1
440
441 00:43:59-8 I: Ja, dann wären wir jetzt auch schon am Ende. Dann würde ich mich erst mal
442 herzlich bei Ihen Bedanken, dass sie sich die Zeit genommen haben. 00:44:07-4
443
444 00:44:07-7 KJH: Ja, gerne. 00:44:08-5
445

446 00:44:08-7 I: Und äh ja jetzt wäre noch Zeit für Ergänzungen oder Fragen oder ähnliches ...
447 00:44:12-9
448
449 00:44:14-8 KJH: Hab ich jetzt eigentlich nicht. Ich hab am Anfang gedacht, oh Gott, ich weiß
450 das irgendwie nicht mehr. Aber ich hoffe, dass ich Ihnen da also so n bisschen jedes Fall n Fa-
451 den geben konnte. 00:44:26-7

10.2.3 Interview III: zuständige Ergänzungspflegerin

1 00:00:00-0 EP: Ok, dann mach ich das, ich machs jetzt einfach so stichpunktmäßig. Also zu
2 Frage eins ehm wie beurteilen sie ehm Relevanz zu dieser Thematik. Also ich kann sagen, bei
3 den Vormundschaften ehm gehen wir jetzt mal die Flüchtlinge außen vor ehm hab ich psy-
4 chisch kranke Eltern, das liegt ungefähr bei 50 % von meinen Fällen. Ehm dementsprechend
5 würde ich auch häufig mit dieser Thematik psychisch kranker Eltern konfrontiert. Weil ehm
6 trotz, dass ne Vormundschaft besteht, müssen die Eltern in die Arbeit mit den Kindern mitein-
7 bezogen werden. Das bedeutet, man muss sich mit dieser Krankheit oder dem Krankheitsbild
8 der Eltern auseinandersetzen und die entsprechend immer wieder ins Boot holen, weil sie
9 bleiben ja im Endeffekt Eltern. Und ehm das ist je nach Schweregrad der Krankheit ganz ganz
10 unterschiedlich. Am schwersten sind die Borderline-Mütter. Die sich natürlich vieles einfach
11 schön reden. Dann hab ich die die aufgrund von Gewalterfahrungen psychisch erkrankt sind.
12 Und ganz viele äh die durch n Kulturschock, also wo die Frauen eingekauft worden sind von
13 den Ehemännern und hier nach Deutschland verfrachtet worden sind und im Endeffekt hier
14 mit unserer Kultur beziehungsweise mit unserem System überhaupt nicht zurechtkommen. Ja,
15 das ist eins. Äh, jetzt muss ich die zweite Frage, ist das jetzt schon? Das ist Borderline ne, soll
16 sich das auf Borderline beziehen schwerpunktmäßig? 00:02:06-7

17
18 00:02:07-4 I: Bei Frage drei jetzt oder? 00:02:09-1

19
20 00:02:09-4 EP: Mhm, ah ne, zwei. 00:02:10-9

21
22 00:02:11-4 I: Achso, ja also was verstehen die unter dem Krankheitsbild Borderline.
23 00:02:15-2

24
25 00:02:15-6 EP: Unter Borderline ist einmal Verdrängung der äh Realität oder der Geschichte,
26 dass die sich viele Sachen entweder schön oder sehr negativ ehm beschneigen und das im
27 Endeffekt auch glauben, dass es wirklich so ist. Ehm Borderline ist auch bedingt, je nachdem
28 in welchem Schub sie im Endeffekt sind, ehm man gut mit ihnen reden kann oder viele alte
29 Sachen einfach hochkommen und eine Zusammenarbeit zu dem Zeitpunkt im Endeffekt auch
30 nicht ehm möglich ist. Ehm ich sach mal, von den 50 % die ich habe mit psychisch erkrankten
31 Eltern ehm haben die Mütter auch ehm ganz viel ne rechtliche Betreuung oder die Väter. Wo-
32 bei viele Borderliner vom Kopf her sehr intelligent sind. Manchmal hab ich das Gefühl, dass
33 die Intelligenz den auch wirklich im Wege steht. Jemand mit nem geringeren IQ packt die Sa-
34 che einfach irgendwie anders. Und ehm das beinhaltet auch, dass die sich grade bei einer
35 rechtlichen Betreuung, auch wenn die notwendig wäre, gut rausreden können. Also die kön-
36 nen gut reden und können ihre Situation dann vorm Amtsarzt oder vorm Betreuungsrecht gut
37 argumentieren, so dass eine Betreuung nicht eingerichtet wird. So, joa. Das verstehe ich unter
38 Borderline, mit dem hoch runter, negativ. Viele Wiederholungen, aus dem ganz einfachen
39 Grund, weil das Bild, was sie erst angekommen hat, da kann ich nicht drauf bauen, dass in
40 zwei Monaten genau so noch is. Hm, die Herausforderung ist eben, dass es immer wieder n

41 neues Bild ist, immer jetzt es sitzt im Endeffekt mit einer Geschichte jedes Mal ne andere Per-
42 son vor mir. Je nachdem welche Klinik ehm, bedingt die Zusammenarbeit mal besser und mal
43 schlechter. Jetzt nenne ich aber nicht die Klinik wo es gut geht oder nicht... Ehm die Beein-
44 flussung der Kinder, durch Borderline gestörte Eltern, ist verhältnismäßig hoch, umso länger
45 sie in diesem System sind. Ehm Jugendhilfe, das ist ASD. Wo stoßen sie in diesen Fällen an
46 die Grenzen? Wenn ich die Vormundschaft habe, wie bei vielen von diesen Fällen, hab ich
47 keine Grenzen, weil ich entscheide. Ist es ne Ergänzungspflegschaft, ist es definitiv, dass nach
48 und nach die elterliche Sorge entzogen wird. Und ganz zum Schluss die Vermögenssorge.
49 (Pause) Äh vier. A welche, ich bin der Meinung, dass ehm Mia im Endeffekt aufgrund der Er-
50 krankung der Mutter erkrankt ist. Ehm das was Mia an Auffälligkeiten zeigt ehm spiegelt sehr
51 die Mutter wieder beziehungsweise das was eventuell der Mutter passiert ist beziehungsweise
52 was sie von der Mutter übernommen hat. Die kleinere Schwester im Endeffekt hat Glück ge-
53 habt, weil der Fokus von der Mutter wirklich auf Mia lag und nicht auf der kleinen Schwester.
54 Und die noch den Vater im Hintergrund hatte, mit dem sie viel telefoniert hat, während Mia
55 komplett alleine mit der Mutter da stand. 00:06:52-3

56

57 00:06:52-7 I: Ist das auch der leibliche Vater von Mia gewesen? 00:06:55-5

58

59 00:06:55-8 EP: Nein, das sind unterschiedliche Väter. Äh, wie wie habe ich die Mutter erlebt?
60 Als zugewandt, offen, wollte alles erledigen, war für alles da äh, sehr misstrauisch. Wollte
61 auch den HzE-Antrag mitm Anwalt gegenlesen lassen, was im Endeffekt nichts, also sie hat
62 im Endeffekt vieles versprochen, vieles gemacht, hat aber außer den Besuchskontakten mit
63 Mia, in der Einrichtung, nichts gemacht. Nichts was im Sinne des Kindes war. Ehm die, zwi-
64 schen der Mutter und Mia besteht eine Symbiose. Wir haben lange geglaubt, dass die Mutter
65 das Mia übergestülpt hat, inzwischen bin ich auf jeden Fall der Meinung, dass Mia diejenige
66 ist, die besser manipulieren kann. Und besser ehm quasi die Mutter hin- und herschicken
67 kann, wie sies gerne möchte. Weil sie auch weiß, wo die Knöpfe zu drücken sind und wie es
68 für sie am Einfachsten ist. Trotzdem is ehm spielt eigentlich Mia die Rolle ihrer Mutter in
69 vieln ehm Auffälligkeiten. So, welche ... sind konkret in diesem aufgetreten? Äh Herausforde-
70 rung im Endeffekt: Mia war der Schwerpunkt. Ehm Zusammenarbeit mit der Klinik war ver-
71 hältnismäßig eng. Einmal die Symbiose zu trennen, zwischen Mutter und Tochter. Zu gucken,
72 wer hat in der Symbiose eigentlich den Schwerpunkt, wer ist federführend in dieser ganzen
73 Geschichte. Das mit der Klinik zu erarbeiten und äh quasi beide Parteien in eine bestimmte
74 Richtung zu bringen, wie es am besten ist. Die Herausforderung, ja, wenn man das auf die
75 Mutter bezieht, kann man das weniger beziehen. Die hat im Endeffekt zu allem ihren Kom-
76 mentar abgesagt, hat aber nichts gemacht, außer ihren Stiefel weiterzufahren in den Besuchen
77 bei Mia. So, Herausforderung war vielleicht mit der Polizei vor Ort. Die Mia eigentlich ehm
78 tagtäglich, wenn sie in der Jugendhilfe war, wieder einfangen mussten, weil sie wieder ir-
79 gendwie n Suizidgeschichte machte und so weiter. Besondere Herausforderung war, so lange
80 sie in Deutschland war, 24 Stunden rund um die Uhr wirklich ansprechbar zu sein. Weil äh sie
81 auch im Endeffekt häufiger mal auf der Intensivstation gelandet is und dann zu den entspre-
82 chenden Ärzten oder Sachen meine Einwilligung zu geben. Jo, Punkt aus vorbei. Aufgebrösel-
83 wars im Endeffekt, als wir Mia dann in Spanien untergebracht haben. Weit weg von der Mut-
84 ter ehm da kam so Ruhe rein. Trotzdem ist es ne Herausforderung in Spanien, weil Mia die
85 Betreuerin vor Ort genau so vereinnahmt, wie die leibliche Mutter. Bis dahin, dass sie auch
86 wirklich versucht den Lebensgefährten raus zu drängen. (Pause) Genau. Das war wirklich
87 auch die, als ich da war, die war 24 Stunden rund um die Uhr war sie für Mia da. Was dort
88 aufgehört hat, waren diese massiven Suizidgeschichten wie hier. Schlagartig, komischer
89 Weise. Rückwirkend und zwar waren die Hände gebunden. Die ehm Einweisungen erfolgten
90 quasi immer auf der Grundlage, dass Mia sich nicht nur selber gefährdet, sondern auch Dritte.

91 Weil ehm sie einfach zu häufig auf der Autobahnbrücke gegessen hat und wollte sich da run-
92 terstürzen. Und die Polizei hat sie dann entsprechend immer wieder einfach in die Psychiatrie
93 eingewiesen. Ehm ... Und ehm ja. Und sie hat auch vieles dafür getan, um wieder eingewiesen
94 zu werden. Weil äh für sie wars irgendwie eine Konstante. Und sie brauchte sich mit vielen
95 Dingen einfach nicht auseinandersetzen. Weil vor Ort, im Endeffekt, auch alles weggeschlos-
96 sen war beziehungsweise sie rund um die Uhr 24 Stunden wirklich diese Aufmerksamkeit
97 hatte und ehm sie ist ja auch in der Klinik abgehauen. Kurz vor einer Entlassung und ehm be-
98 dingt wieder mitm Suizidversuch. Und joa, dann ist sie natürlich in der Klinik geblieben, weil,
99 im Endeffekt, keiner die Verantwortung übernehmen wollte auch, dass sie alleine ist und sich
100 irgendwie etwas antut. Ehm welche Eigenschaften müssen meiner Meinung nach Fachkräfte
101 mitbringen, die mit Eltern zusammenarbeiten... Das müssen Pädagogen sein, gestandene. Und
102 im Endeffekt mit viel Fortbildung und Supervision. Ansonsten kommt man da nicht durch mit
103 Borderline, weil die Übertragung ist verhältnismäßig schnell. Oder, dass man selber in dieses
104 in dieses System reinrutscht. Das habe ich zum Beispiel auch bei den betreuenden Psycholo-
105 gen gemerkt. Der war zum Schluss komplett in dem System drin. Der war dann n bisschen be-
106 schuckte mit allen Sachen. Wobei, die Leitung war in Ordnung. Welche Veränderungen müs-
107 sen Ihrer Meinung nach eintreffen, um psychisch erkrankte Eltern...? 00:14:11-8

108

109 00:14:12-0 I: Also, wenn sie Wünsche hätten oder was müsste sich verändern, um besser mit
110 diesen Eltern zusammenzuarbeiten. 00:14:17-6

111

112 00:14:17-7 EP: A müsste ehm die Diagnostik einer Borderline-Störung auch schon unter dem
113 18. Lebensjahr erfolgen. Nicht erst, wie es momentan ist, nach dem 18. Die Symptome sind
114 ganz deutlich bei manchen Kindern, dass sie wirklich ne Borderline-Störung haben. Es wird
115 nicht diagnostiziert. Äh und entsprechend werden bei Kindern bei Jugendlichen nicht die ent-
116 sprechenden Therapie angewendet, um eventuell das auch aufbrechen zu können. Bezie-
117 hungsweise auch die entsprechende richtige Jugendhilfemaßnahme einrichten zu können.
118 Ohne diese Diagnostik, keine Hilfe, keine Therapie. Das ist im Endeffekt, wo wir eventuell
119 den Teufelskreis unterbrechen können. Borderline gestörte Eltern, mit denen zusammen zu
120 arbeiten, im Endeffekt, können wir nur beratend tätig sein. Das ist die Gesetzgrundlage. Was
121 die im Endeffekt mit ihrer Therapie machen, da sind uns die Hände gebunden. Alles läuft im
122 Rahmen eines Netzwerks, was dann rund rum um das Kind aufgebaut wird, wenn die Eltern
123 eine rechtliche Betreuung haben. Dann können wir zum Beispiel rechtzeitig, wenn wir das
124 merken, dass sie wieder n Schub haben, dann können wir den Betreuer anrufen: Pass auf, der
125 nächste Schub ist da, der muss eingewiesen werden. Dem is aber so nicht. Jo, das wär n
126 Wunsch. Das eventuell vorher schon, damit wenigstens die Kinder nicht dieses System wei-
127 terführen und im Endeffekt ganz knallharte einengende Jugendhilfemaßnahmen. Um ehm die-
128 ses ehm Hüpfen von einem Punkt zum annern einfach ehm zu unterbinden. Und dafür müsste
129 es sind es eben auch, dass Einrichtungen entsprechend geschult sind und äh wissen wie sie da-
130 mit umgehen können. Ehm... 00:16:28-5

131

132 00:16:29-0 I: Die letzte Frage bezieht sich ja mehr auf die Kinder- und Jugendhilfe.

133 00:16:33-6

134

135 00:16:34-3 EP: Wie kann bei mir die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und
136 Kinder- und Jugendhilfe vorstellen? Wie gesagt, dass sind die Kooperationen. Je nachdem,
137 wie die Klinik aufgestellt sind, ist die Zusammenarbeit mal gut und mal nicht so gut. Es
138 kommt wirklich drauf an, wer im Moment die Klinikleitung hat, beziehungsweise ehm wer in
139 welcher Gruppe Psychologin is. Das steht und fällt dort mit. Und viele Kliniken sind äh ich
140 sach mal, auf bestimmte ham n Fokus auf bestimmte Krankheitsbilder. Ehm und das sind

141 viele Auszubildende dort in den Kliniken, die aber leider nicht professionell in den Kliniken
142 begleitet werden. Äh das ist auch großes Manko, weil die Kinder wissen einfach, wie sie die
143 Knöpfe drücken müssen. 00:17:37-9
144
145 00:17:38-4 I: Grade bei den Borderlinern. 00:17:39-2
146
147 00:17:39-5 EP: Genau. Und ehm dann kommt große Angst auf. Also wenn ich die ehm mein
148 Zimmer zerlege und die Gruppe zerlege, weiß ich, dass ich rausgeschmissen werden. So und
149 schon bin raus aus dem System. Da müssen im Endeffekt Jugendliche... ehm müssen die Klini-
150 ken anders aufgestellt sein. So, das ist das. Woher ich im Endeffekt weiß, vielleicht ganz klar
151 für Ihre Akten, ehm Mia hat eine Geschichte. Sie hat eine Geschichte erzählt ehm, die Ge-
152 schichte kann aber nicht bewiesen werden. Also ich hab versucht. 00:18:23-5
153
154 00:18:24-0 I: Mit den Vergewaltigungen? 00:18:25-0
155
156 00:18:25-3 EP: Ja. Es existieren in M, wo die Familie gelebt hat, keine Akten. Weder beim
157 ASD, noch beim Gericht, noch beim Opferentschädigungsgesetz. Egal wo im Endeffekt sol-
158 che Geschichten ganz automatisch hingehen: weißer Ring. Die Hilfe anbieten. Es ist nichts
159 bekannt. Deswegen gehe ich davon aus, dass es der Mutter passiert ist und eine Übertragung
160 auf die Tochter stattgefunden hat. Und natürlich ist sie dann eventuell irgendwann Opfer.
161 00:18:59-4
162
163 00:19:01-0 I: Bei Mia stand sogar, dass sie zweimal vergewaltigt wurde. 00:19:04-1
164
165 00:19:04-4 EP: Ach, mehrmals, mehrmals. Also ehm im Endeffekt wars der Nachbarn in M
166 ehm dann wars der Lebensgefährte der Mutter und noch der Bruder der Mutter. Und also sitzt
167 sie mir gegenüber, zaubert sie ganz bestimmt noch jemanden ehm raus. Ehm den Lebensge-
168 fährten im Endeffekt kann man außen vor lassen, weil die waren zur Tatzeit gar nicht hier.
169 00:19:38-0
170
171 00:19:39-5 I: Ok. 00:19:40-4
172
173 00:19:40-9 EP: Also das funktioniert gar nicht. Also die Zeitschiene funktioniert nicht. Und
174 Mia hat im Endeffekt gleiche Tendenzen in Spanien gezeigt. Sie ist mit dem Lebensgefährten
175 ehm der Betreuerin joggen gewesen und hat danach wieder angefangen sich zu ritzen. Und
176 dann hat man gefragt warum und wieso und sie hat dann das Argument gehabt, der hat mich
177 komisch angeguckt. Und ich hab das Gefühl gehabt, der wird mich gleich hinter die nächste
178 Ecke ziehen und dann passiert mir wieder das Gleiche. Der hat Auflagen. Die waren zu dritt
179 joggen, das geht gar nicht. Ehm er ist vorweggelaufen, Mia ist hinterhergelaufen. Also Blicke
180 gab es gar nicht, außer wo bleibst du? Und ehm Spanier haben ne andere Beziehung zu Kin-
181 dern, als deutsche Väter. Also da sind die Mädchen wirklich Prinzessinnen und entsprechend
182 werden die auch behandelt. Ehm jo. Und es ist definitiv auch so, wenn die zusammen aufn
183 Sofa gesessen hat, Mia hat sich zwischen die beiden gesetzt und im Endeffekt hat sie gesagt,
184 der wäre zu eng an die rangerutscht. Das geht auch nicht, weil wenn sie sich dazwischen setzt.
185 Ok, er könnte vielleicht wegrutschen. Aber warum soll er das gleich machen? Also ehm glei-
186 che Tendenzen, gleiche Vorwürfe. 00:21:13-5
187
188 00:21:14-0 I: Und momentan befindet sie sich immer noch in Spanien? 00:21:16-3
189

190 00:21:16-5 EP: Sie befindet sich nach wie vor in Spanien. Ich hab mit ihr zusammen den An-
191 trag auf 41 gestellt, dass die Hilfe weiterläuft nach dem 18. Lebensjahr. Und habe ehm, das
192 weiß ich aber nicht wie weit das gelaufen is, ehm sie in R angemeldet, weil dort auch der Trä-
193 ger ist und dort auch eine rechtliche Betreuung für Mia beantragt. Weil sie ist alleine, auf-
194 grund ihres Krankheitsbildes, nicht in der Lage ihre Sachen eigenständig zu regeln. Also sie
195 ist so weit geschädigt, durch dieses System, ehm dass sie im Endeffekt keine Chance hat auch
196 da wieder rauszukommen. Sie bleibt geschädigt, weil wie gesagt, es existieren keine Akten.
197 Sie ist wirklich hier zum aller ersten Mal auffällig geworden. Hier fing die Akte an in N. Und
198 da war sie ja im Endeffekt 15 fast 16. 00:22:25-1
199
200 00:22:25-5 I: Ja, das ist schwierig das nachzuvollziehen, ne. 00:22:28-3
201
202 00:22:28-7 EP: Ja, nein, das ist gar nicht gar nicht schwierig. Ich kenne das im Endeffekt von
203 andern Eltern, die son Hopping betreiben. Wenns eng wird, gehn sie. 00:22:36-5
204
205 00:22:37-1 I: Dann kann mans aber nachweisen. Also, nachforschen, aber wenns da über-
206 haupt nichts gibt. 00:22:43-3
207
208 00:22:43-6 EP: Nein, wenn wenn eine Akte nicht aufgemacht worden ist, dann gibt es keine
209 Akte. Also im Endeffekt hier ist eine Akte quasi angelegt worden, weil sie von hier direkt in
210 die Psychiatrie gekommen ist. Also die Mutter hatte keine Möglichkeit, dem zu entfliehen o-
211 der zu weichen. 00:23:03-1
212
213 00:23:04-0 I: Der Grund für den Aufenthalt in der Psychiatrie war Suizid. 00:23:07-7
214
215 00:23:08-0 EP: Suizid, ja. Damals hat sie gesagt, der Bruder der Mutter hätte sie vergewal-
216 tigt. Und ehm ja... im Endeffekt ehm die Mutter hätte Anzeige erstatten können, in allen Ver-
217 gewaltigungsgeschichten. Ich hab lange mit ihr gesessen und hab ihr klar offenbart, was das
218 Opferentschädigungsgesetz ist und was das beinhaltet. Nämlich, dass es für Mia ne lebens-
219 lange Rente geben könnte. Und die sind nicht so knapp diese Renten. Also ich hab das zwei-
220 mal durchexerziert und der Junge, der nachm Opferentschädigungsgesetz, also der kriecht
221 also mehr als ne Mindestrente. Also die Rente liegt, der kriegt Monat für Monat inzwischen
222 einen Betrag von, altersgestaffelt wird das immer höher, im Moment von 600 € ausgezahlt.
223 Und die Rente wird im Endeffekt, da hat keinen Zugriff drauf. Die wird wirklich angespart,
224 damit wenn der wirklich irgendwann volljährig wird ehm sich das entsprechend auch leisten
225 kann ehm vielleicht entsprechend ehm ja, also ja das der irgendwas in den Händen hat für
226 dann... 00:24:37-4
227
228 00:24:37-7 I: Leben kann 00:24:38-2
229
230 00:24:38-8 EP: Leben kann und zusätzlich gibt es noch eine Pflegepauschale, die ehm bei
231 ganz krassen Geschichten sind, wie zum Beispiel bei Mia auch. Und diese Pflegepauschale
232 beinhaltet alles das was im Moment von der Krankenkasse nicht übernommen wurde. Das
233 heißt von der Pflegepauschale würde im Moment bezahlt werden: das Verbandsmaterial ehm
234 Therapien, die nicht krankenversichert sind, also ne besondere Tiefenpsychologie, tierge-
235 stützte Therapie und so weiter. Das könnte man alles über diese Geschichte im Endeffekt ab-
236 rechnen, weil sie hätte wirklich Anrecht darauf. Vermögenssorge lag bei Mia bei mir nicht.
237 Und mehr im Endeffekt als die Mutter darauf aufmerksam machen und immer wieder anzu-
238 schieben... 00:25:33-9
239

240 00:25:34-1 I: Welche Teile des Sorgerechts? 00:25:36-3
241
242 00:25:36-5 EP: Ehm ich hatte das Aufenthaltsbestimmungsrecht, ich konnte sie einweisen
243 und ich hatte im Endeffekt die Rechte bezogen auf allen Behörden- und Schulangelegenhei-
244 ten. Ehm was mit Vermögenssorge und so weiter, lag noch bei der Mutter. Auch die die Ver-
245 handlung mit der Krankenkasse und so weiter und so fort. Also ich hab alles was übergeord-
246 net war mit der Einweisung und ehm so weiter zu tun. Aber alles andere lag wirklich noch in
247 Händen der Mutter und sie hat im Endeffekt nichts getan. Aber konnte sich so gut verkaufen,
248 dass dem Gericht im Endeffekt nichts anderes übrig blieb, als die Teile wirklich dort zu belas-
249 sen. 00:26:30-3
250
251 00:26:31-1 I: Ok. 00:26:31-7
252
253 00:26:32-0 EP: So. Das ist es, grob. 00:26:34-3
254
255 00:26:34-5 I: Ja, dann danke ich Ihnen auf jeden Fall vielmahls, dass sie sich die Zeit genom-
256 men haben... 00:26:39-0

11. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift der Verfasserin