

Kinder von an einer Borderline-Störung erkrankter Elternteilen: ein stationäres Eltern-Kind-Behandlungsangebot



Bernd Abendschein

Dipl.-Psychologe,
Psychologischer Psychotherapeut,
Systemischer Therapeut (SG)
und Supervisor (hsi)

Psychiatrisches Zentrum Nordbaden

Klinik Allgemeinpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie II, Station 39

(1) Elternteile mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Definition Persönlichkeitsstörung
- Interaktionsstörungen
- Auswirkungen auf Entwicklung der Kinder

(2) Eltern-Kind-Behandlung im PZN Wiesloch

- Behandlungskonzept
- Systemische Orientierung
- Psychoedukation der Kinder



Die Borderline -Persönlichkeitsstörung



Die Borderline -Persönlichkeitsstörung

- Diagnosekriterien (DSM-IV)

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“).
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.

Die Borderline -Persönlichkeitsstörung

- Diagnosekriterien (DSM-IV)

Mindestens 5 der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradig episodische Dysphorie, Erregbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
7. Chronisches Gefühl von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
8. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Die Borderline -Persönlichkeitsstörung -

Kernmerkmale

Die BPS lässt sich anhand von **4** Kernmerkmalen beschreiben:

- Affektivität
- Impulsivität
- Kognition
- interpersonelle Beziehungen

Borderline -Persönlichkeitsstörung -

Ätiologie - Das Neurobehaviorale Modell

Neurobehaviorales Modell

- **Genetische, psychosoziale & neurobiologische** Faktoren führen zur Entwicklung dysfunktionaler kognitiver Schemata
- Manifestation dieser Schemata in einer mangelhaften psychosozialen Realitätsorientierung
- Führen zur Etablierung dysfunktionaler Verhaltensmuster

Genetische Faktoren

- Vier- bis zwanzigfach erhöhtes Erkrankungsrisiko für Verwandte ersten Grades im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

Borderline -Persönlichkeitsstörung -

Ätiologie - Das Neurobehaviorale Modell

Psychosoziale Faktoren

= Traumatische Erfahrungen und Einflussfaktoren einer invalidierenden Umwelt

- 90% Traumata und Vernachlässigung
- 70% Verbaler und emotionaler Missbrauch
- 60% Sexuelle und körperliche Gewalt
- 50% Emotionaler Rückzug oder inkonsistentes Verhalten seitens der Bezugsperson
- **Invalidierender Erziehungsstil** als Risikofaktor
 - unangemessene Reaktion auf die Bedürfnisse des Kindes, z.B. Ablehnung eigener Bedürfnisse durch die Bezugsperson, andererseits überprotektives Verhalten

Borderline -Persönlichkeitsstörung - Ätiologie - Das Neurobehaviorale Modell

- Vermutung, dass Borderline-Patientinnen ein **beziehungsarmes Verhältnis** zu ihrer Mutter hatten
- Erfahrungen ihrer Ursprungsfamilie werden auf ihre Nachkommen kopiert
- eine **oft lieblose, konfliktgeladene Atmosphäre** und inkonsistente Kontrolle durch die Eltern

Studie (Barnow et al., 2005): von 51 weiblichen Patientinnen mit BPS wiesen 70% ein Trauma auf

- davon die meisten ein schweres vom Typ II, wie langjähriger sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung
- viele Patientinnen gaben mehrere Traumata an

Elternteile mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung



Psychisch kranke Eltern

- Familien von Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Forschung zu psychisch kranken Eltern bezieht sich nahezu immer auch psychisch kranke Mütter, da sie meist primäre Fürsorgeperson darstellen
- Familien mit BPS-Müttern sind oftmals dysfunktionale, wenig stabilisierende und Sicherheit bietende Umgebungen
- Erweisen sich für eine gesunde Entwicklung der Kinder als problematisch
- Risikofaktoren für die Entwicklung der Kinder:
 - Instabile, unsichere familiäre Strukturen, geringer familiärer Zusammenhalt, hohes Konfliktpotential, wenig Kommunikation und Unterstützung

Mütter mit Borderline- Persönlichkeitsstörung - invalidierender Erziehungsstil

- Eltern reagieren auf die jeweiligen Gefühle des Kindes unangemessen
- Kind wird mit seinen Gefühlen und Bedürfnissen nicht ernstgenommen oder vernachlässigt
- Eltern unterbinden durch einen überprotektiven Erziehungsstil die Autonomie und Selbstwertentwicklung des Kindes
- **widersprüchliche Bindungserfahrungen** können zu einem desorganisierten Bindungsverhalten führen
 - Fehlen von verlässlichen, warmen und empathischen Beziehungserfahrungen verhindert eine Internalisierung positiver Beziehungserfahrungen
 - Häufig ist die Affektregulation, speziell die adäquate Reaktion auf angstbesetzten Situationen und Stress gestört

BPS-Patientinnen als Mütter

Sicht der Kinder

- BPS-Mütter manchmal auch **Quelle der Angst** und Bedrohung, weil sie sich in Bindungssituationen gg. Kindern aggressiv und damit ängstigend verhalten
- **invalidierender Erziehungsstil** wirkt sich besonders dann auf psychische Gesundheit des Kindes aus, wenn Kind eher ängstlich-vermeidendes Temperament aufweist. Diese Kinder reagieren besonders empfindlich auf Kritik, Ablehnung und strenge Kontrolle durch Eltern.
 - Kombination aus dispositioneller Ängstlichkeit und Invalidierung führt zu einem Anstieg emotionaler Probleme beim Kind
- **familiäre Zusammenhalt** gering, Mütter unbeständig, häufig Veränderungen in der Haushaltszusammensetzung und Schulwechselln
- **Defizite** in gegenseitiger Unterstützung im Haushalt und in der Leitung täglicher Routine
- **Stabile Partnerschaft** Pufferfunktion (Ausnahme Partner gewalttätig oder antisozial)

Probleme für die Erziehung der Kinder bei Müttern mit BPS

- Borderline-Patientinnen sind häufig auf sich selbst gestellt, da der Partner abwesend ist oder gar eine Gefahr für das Kind darstellt
- bestehende soziale Probleme, verbunden mit der emotionalen Instabilität als Kernmerkmal der BPS, können schließlich zu Konstellationen führen, denen die Mütter nicht mehr gewachsen sind
 - zunehmende Vernachlässigung, schlimmstenfalls sogar körperliche und/oder sexuelle Misshandlung, da die Mutter bspw. nicht in der Lage ist, das Kind vor sexuellen Übergriffen durch den Vater oder durch andere Personen zu schützen

Probleme für die Erziehung der Kinder bei Müttern mit BPS

- **innere Leere / Instabilität:** wechselnde Erziehungsbotschaften, unsichere (desorganisiert) Bindung, instabiles Selbst, Liebe und Ablehnung
- **Impulsivität / Ablehnung:** Gewalt, Übergriffe, Pat. ist mit lebhaftem Kind überfordert (schreit, Hand rutscht aus, ...), Sucht, Substanzen während der Schwangerschaft
- **Identitätsstörung / Dissoziation:** emotionale Abwesenheit der Mutter, geringes Selbstwertgefühl, Kinder lernen nicht Emotionen zu identifizieren und ihnen zu vertrauen, geringes Bonding
- **Suizidalität / Selbstverletzung:** Traumatisierung!

Probleme für die Erziehung der Kinder bei Müttern mit BPS

Selbstverletzung und Traumatisierung:

Reale Narrative

„Ich versuche mit meiner Mutter zu reden. Sie antwortet nicht. Das ganze Blut und die Wunde am Unterarm schockieren mich. Mein Herz schlägt bis zum Hals.“

(Suizidversuch der Mutter)

(Barnow et al.)

Eltern-Kind-Behandlung von BPS- Elternteilen



Einbezug der Kinder und Familienangehörigen

- Schaffung eines Beschäftigungsangebotes und eines kindgerechten Umfeldes
- Mit zunehmendem Alter der Kinder Änderung des Behandlungssettings: → „Eltern-Kind-“ oder „Familienbehandlung“
- Kinder und Partner nicht Patienten → durch verändertes Setting größere Bedeutung als im Rahmen einer „klassischen“ psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung

Voraussetzungen: Aufnahmen

Als einige der wenigen Stationen im deutschsprachigen Raum:

- Aufnahme von Elternteilen mit mehr als 1 Kind möglich
- Mitaufnahme von Kindern im gesamten Vorschulalter (0-7 Jahren), in den Schulferien auch > 7 J.
- Aufnahme von Müttern mit Persönlichkeitsstörungen mit entsprechender Behandlungserfahrung und -konzeption
- Aufnahmen auch überregional (deutschlandweit) möglich
- Statt „Mutter-Kind-Behandlung“ Terminus „Eltern-Kind-Behandlung“, um erforderlichen Perspektivenerweiterung auf das gesamte Familiensystem Rechnung zu tragen

Voraussetzungen: Systemische Orientierung

- Systemische Therapie als Schwerpunkt-
Psychotherapieverfahren
- Systemische Gesprächssettings (Systemische Einzel-, Paar-
und Familiengespräche, Helferkonferenzen)
- Implementierung systemischer, reflexiver Besprechungskulturen
auf Station (Reflecting Teams)
- Systemische Fall- und Teamsupervision

Grundkonzeption der Station

- Allgemeinpsychiatrische, psychotherapeutisch ausgerichtete Station mit sektoriellm Regelversorgungs-auftrag übernimmt als zusätzliche Aufgabe die Eltern-Kind-Behandlung
- Neben einer allgemeinpsychiatrisch-pharmakologischen Behandlung findet ein systemtherapeutischer Ansatz schwerpunktmäßig Anwendung
- Es können maximal 5 Mütter mit ihren 1-3 Kindern im Vorschulalter und 15-17 Patienten ohne Kinder Aufnahme finden
- Die Station wird offen geführt

Behandlungsmodalitäten

- Vor Aufnahme Vorgespräch, in dem Behandlungsmodalitäten und Verantwortlichkeiten abgeklärt werden.
- Die Mutter/der Vater ist PatientIn, die behandelt wird. Elternteile sollten grundsätzlich (noch) in der Lage sein, ihr Kind eigenständig zu versorgen. Aufnahme zunächst auch ohne Kind, nach ausreichender Stabilisierung spätere Mitaufnahme des Kindes möglich.
- Das Kind ist Gast/Begleitperson.
- Mütter und Kinder erhalten ein eigenes Eltern-Kind-Zimmer mit entsprechender Ausstattung.
- Übernachtungsmöglichkeit der Kindesväter/ Beziehungspartner an Wochenenden

Pädagogische Maßnahmen

- Anleitung bei der Ernährung und Pflege des Kindes
- Anregung für eine altersadäquate Beschäftigung mit dem Kind
- Beratung im Hinblick auf Erziehung und kindgerechte Lebensweise nach Entlassung
- Einübung von Techniken des Alltags- und Selbstmanagement
- 2,5 Stunden/Tag Kinderbetreuung mit ergotherapeutischem Schwerpunkt
- Versorgung des Kindes durch Pflegepersonal während Therapiezeiten
- Eltern-Kind-Musikstunde

Therapeutische Angebote 1

- Systemische Einzelpsychotherapie mit Fokus Elternschaft
- ergänzt um weitere psychotherapeutische Methoden (Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), Schematherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)
- Systemische Paar- und Familienberatung/-therapie
- Behandlung mit Psychopharmaka
- Eltern-Kind-Visite

Therapeutische Angebote 2

- **Fachtherapien:** Bewegungs-/Tanz- und Musiktherapie in Gruppen und Einzelsetting, Ergo- und Soziotherapie, Sporttherapien, Physiotherapie
- **Spezielle Eltern-Kind-Angebote** (Mutter-Kind-Bewegungstherapie, Müttergruppen, Mutter-Kind-Interaktions-/Spielgruppe, Baby-/Kindmassagegruppe, Mutter-Kind-Aktivitäten, Einzel-und Gruppengespräche)
- Angebot des **Reflecting Teams** („Talk im Team“ im multiprofessionellen Team) zu Fragen des Behandlungsverlaufs und der Eltern-Kind-Beziehung

Reflecting Team – wöchentliche Stationsbesprechung mit Patientin



Psychiatrisches Zentrum
Nordbaden

- 1mal/Woche „**Talk im Team**“ aller anwesenden multiprofessioneller Teammitglieder.
- Patientin, welche sich freiwillig zum Angebot eingetragen haben, bekommt Möglichkeit, Überlegungen über sie und ihre Situation kennen zu lernen.
- Während dem „Meinungsaustausch“ des Team, hört Pat. reflektierenden Team zu, sitzt in der zweiten Reihe auf „Logenplatz“, mit genügendem Abstand und ohne in Dialog verwickelt zu sein, kann in Ruhe zuhören und nachdenken.
- Abschließend Schlusskommentar durch Pat. möglich.

Reflecting Team – wöchentliche Stationsbesprechung mit Patientin

- Team äußert sich deskriptiv, hypothetisierend und reflektierend zum Patienten.
- Teammitglieder formulieren Überlegungen aus wertschätzender Perspektive heraus.
- Team übt sich in Ressourcen- und Lösungsorientierung und bringt dennoch kritische Themen wertschätzend zur Sprache.
- Meinungsvielfalt trägt dazu bei, dass Pat. sich ernst genommen fühlt.
- Pat. kann selbst entscheiden, was sie sich von dem Gesagten „abholen“ will und was nicht.
- Für Pat. wird Transparenz („Durchblick“) geschaffen darüber, was warum mit ihr gemacht wird.
- Bei übereinstimmenden Aussagen des Teams haben diese großes suggestives Gewicht.
- Setting hilft, direkte Konfrontationen zu reduzieren, Pat. „drehen“ häufig auf Konsenskurs.

Systemische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

- Ausführliche **Auftragsklärung** incl. Intendierter Erwartungsenttäuschung
- **Würdigung** von Misstrauen und Kritik der Patientin, positive Konnotation von „Therapeutentests“ und Abwertungen,
- Eingehen auf Ängste und Risiken in der therapeutischen Beziehung
- **Betonung von Ressourcen** verbunden mit positiver Konnotation und Umdeutung von Verhaltensweisen:
 - Skepsis und Testen der Grenzen als **Schutzmechanismen**;
Chronifizierung als Erfahrungswissen
 - das diachrone Entweder-oder-Muster als Hilfe, um Nähe und Distanz zur Umwelt je nach Bedürfnislage herzustellen

Systemische Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen

- **Alternative**, weniger schmerzhaft, lästige oder aufwendige Denk- und Verhaltensalternativen und deren Preis können diskutiert werden
- **Rasches Intervenieren**, welches sich auf beobachtbares Verhalten und aktuelles Interaktionsgeschehen bezieht
- Haltung der **Sympathie** gegenüber und Oszillieren zwischen verschiedenen Seiten eines Ambivalenzkonfliktes
- Arbeit mit **Humor** und (sanfter) Provokation
- Aufbau einer **tragfähigen Beziehung** mit klaren Grenzen einerseits und Verhandlungsbereitschaft andererseits
- **Verantwortlichkeit** der Familien stärken, ihre **Ressourcen** nutzen und gemeinsam **Wege** suchen, wie Vernachlässigung oder Gefährdung des Kindes vermieden werden kann

Therapeutische Arbeitsschwerpunkte

Eltern-Kind-Beziehung

- Klärung kindlicher Bedürfnisse (z. B. nach Versorgung, Pflege, Anregung, Zuwendung und Freiraum)
- Analyse problematischer Eltern-Kind-Interaktionen und Suche nach Ausnahmen/Alternativen
- Stärken der Fähigkeit, Bedürfnisse und Gefühlslagen des Kindes einfühlsam wahrzunehmen, Auflösung altersunangemessener Erwartung an Fähigkeiten und Verhalten der Kinder
- Klärung der Perspektive des Kindes, wenn das Kind akut gefährdet ist.

Therapeutische Arbeitsschwerpunkte

Paarebene

- Bearbeitung von Kommunikationsmustern, Beziehungsanalyse z. B. Klärung der jeweiligen Rollen und Wünsche

„Kontextarbeit“

- Analyse des aktuell gewünschten Beziehungsnetzwerkes und Erarbeitung von Umsetzungsschritten
- Anregung zur Kooperation der Eltern mit anderen Einrichtungen (z.B. Kindergarten, Jugendamt), Abstimmung der beteiligten Helfer, Helferkonferenzen
- Anbahnung weiterer Hilfen (z.B. Jugendhilfemaßnahmen, kinderpsychiatrische Behandlung, gezielte Förderung einzelner Kinder)

Psychoedukation der Kinder

Psychoedukation bei Kindern

- „Psychoedukation ist ein dialogischer Prozess, in dem die **Kinder ermutigt werden, Fragen zu stellen**, ihre Informationsbedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und auf die Mitteilungen zu reagieren.“

(Beardslee & MacMillan, 1993)

Risikofaktoren: Wie nehmen Kinder ihre Situation wahr ?

- **Desorientierung und Angst:** Sie können die Erkrankung nicht einordnen und nicht verstehen
- **Schuldgefühle:** Sie glauben, dass sie schuld sind
„Mama ist krank/durcheinander/traurig, weil ich böse war.“
- **Tabuisierung:** Sie haben das (begründete) Gefühl, dass sie mit niemandem darüber sprechen dürfen
- **Isolierung:** Sie wissen nicht, mit wem sie darüber sprechen können, fühlen sich alleine gelassen, ziehen sich zurück

Kindgerechte Aufklärung I

- **Vorsicht:** schwierig mit Kindern über Erkrankung der Eltern zu sprechen, weil die **Tabuisierung** dieses Themas tief in den Köpfen verankert ist („*Darüber spricht man nicht*“) → im stationären Kontext einfacher
- Aufklärung ist wichtig, weil es eine Überforderung für die Kinder ist, wenn sie nicht verstehen, was los ist
- **Wissen über die Krankheit** erhöht die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber Belastungen (wichtiger Schutzfaktor)

Kindgerechte Aufklärung

II

- **Wer spricht mit den Kindern?**

Stationspsychologe im Einzel- und Familiensetting, Unterweisung des Elternteils

- **Ab welchem Alter sprechen wir mit den Kindern?**

ab dem Alter von ca. 2 Jahren

- **Wie kann man mit Kindern sprechen?**

Gesprächsdauer ca. 20 - 30 Minuten → erklären, dass bei psychischer Krankheit die „Gefühle krank sind“ und, dass das Kind keinerlei Schuld daran hat + dass eine Krankheit geheilt/gebessert werden kann

Kindgerechte Aufklärung

III

Formulierungsvorschläge bei verschiedenen psychischen Erkrankungen

- **Persönlichkeitsstörung (Borderline):** Man ist ungeduldig, schnell gereizt, schneller Wechsel von Verhaltensweisen und Gefühlen (mal gut gelaunt, dann wieder schlecht gelaunt, traurig). Man weint mehr, tut sich manchmal selbst weh, kann sich selbst nicht leiden.
- **Depression:** Man kann nicht mehr aufhören traurig zu sein, ist furchtbar müde, mag morgens nicht aufstehen, sich nicht anziehen, nichts kochen, nichts essen, nichts unternehmen. Man mag nichts sprechen und nichts hören, weil alles schrecklich anstrengend erscheint.

Informationsbedürfnisse der Kinder

- **Umgang im familiären Alltag:** Wie soll ich mich dem kranken Elternteil gegenüber verhalten? Wie soll ich auf Verhaltensweisen/Worte von Mutter/Vater reagieren?
- **Krankheitsursachen und Verlauf der Krankheit:** Was ist mit Mutter/Vater los und warum ist Mutter/Vater krank geworden? Woher kommt die Krankheit? Ist meine Mutter/ mein Vater meiner wegen krank? Bin ich schuld, dass Mama wieder in die Klinik muss? Wird die Krankheit noch schlimmer werden?
- **Unterschiede zwischen psychischer Krankheit und körperlicher Krankheit:** Was heißt denn psychisch krank? Was bedeutet Therapie? Was ist ein Psychiater oder ein Psychotherapeut? Gibt es Medikamente für Mutter/Vater? Kann Mutter/Vater überhaupt wieder gesund werden?
- **Erbeinflüsse:** Werde ich auch krank? Werden andere Personen aus meiner Familie auch krank?

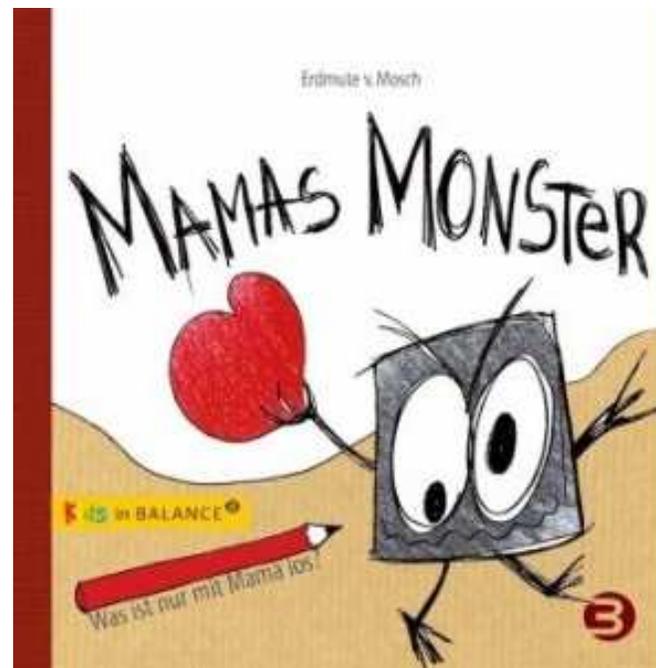
Elterngespräche

- Vertrauensvolle **Beziehung** zu dem psychisch kranken Elternteil **herstellen** und Gelegenheit bieten, alle Sorgen und Ängste über die Krankheit und die Kinder mitzuteilen
- Erfragen der **Kommunikation über die Krankheit** innerhalb der Familie und des sozialen Umfeldes (erlaubt Rückschlüsse auf die Informationsvermittlung der Kinder)

Beispiel: Wie und worüber tauschen sich die Eltern in Bezug auf die Krankheit aus?

Altersspezifische Krankheitsinformationen (3.-7. LJ)

Buch „Mamas Monster“ von E. Mosch:



Altersspezifische Krankheitsinformationen (3.-7. LJ)

Auszug aus dem Buch „Mamas Monster“ von E. Mosch:

Die Mama sagt: „Mein Schatz, da ist etwas, das macht, dass ich so müde und nicht mehr fröhlich bin. Dass ich gar nicht mehr mit dir spiele. Ich kann nicht mehr arbeiten und mich nicht mehr richtig um euch kümmern. Es heißt ‚Depression‘. Es klaut mir meine Gefühle und macht mich schlapp.“ Rike reißt ihre Augen auf und fragt erschreckt: „Ist es so etwas wie ein Monster?“ „Ja, so ungefähr!“, antwortet Mama.

- Das Krankheitsgespräch soll an die kognitiven Fähigkeiten des Kindes angepasst werden (Was weiß das Kind schon über die Krankheit? Welche eigenen Krankheitserfahrungen hatte das Kind schon?)
- Hierbei soll dem Kind erläutert werden, dass es auch Krankheiten ohne körperliche Anzeichen gibt

Ergebnisse wissenschaftlicher Evaluations- und Katamnesestudien

- Bisher 2 Pilotstudien zu den Ergebnissen der Eltern-Kind-Behandlung bei insgesamt 33 BPS-Mütter
- Sowohl am Ende der Therapie als auch in einer Nacherhebung durchschnittlich 28 Monate später zeigen sich positive Effekte in der Symptomreduktion und in der Mutter-Kind-Beziehung
- Wichtigkeit von Einrichtungen und therapeutischen Konzepte zur Eltern-Kind-Behandlung für Elternteile mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Stationsalltag/Tagesablauf



Typischer Tagesablauf: 7:30 Uhr Wecken



Ziel:

- Tagesstruktur
- geregelter Ablauf
- Schlaf- Wach-
Rhythmus

8:00 Uhr MuKi- Frühstück

Einmal die Woche in familiärem Rahmen

Gruppenangebot:

Wie ist die Stimmung unter
den Müttern?

Ist es möglich soziale
Kontakte zu pflegen ohne das
Kind aus dem Blick zu
verlieren?



9.30 Uhr Übergabe an Kindergruppe



- Zuverlässigkeit der Mutter
- Umgang mit Trennung
- Mutter-Kind-Bindung
- Wie nutzt die Mutter die kindfreie Zeit?

Kindergruppe



Immer vormittags bis 11.30

bietet dem Kind:

- eine Tagesstruktur
- eine weitere Bezugsperson
- Raum Kind sein zu dürfen
- Wahrgenommen werden in seinen kindlichen Bedürfnissen
- Verhaltensauffälligkeiten?
- Entwicklungsauffälligkeiten?

Zeit für Co-therapeutische Angebote

- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Sporttherapie



10:30 Uhr Einzelpsychotherapie



12.30 Uhr Mittagessen



Ziel

- **gemeinsame** u. regelmäßige Nahrungsaufnahme
- Mutter und Kind essen nicht „einseitig,, sondern ausreichend

13.00-14.00 Uhr Mittagspause und therapiefreie Zeit



Ziel

- als Zeit für Mutter und Kind
- gedacht,
- Zeit alleine
- Stärkung der Beziehung
- bewusst Zeit nehmen
- Ruhe reinbringen
- Mittagsschlaf für die Kleinen

MUKI-Angebote:

Mütterforum:

im Beisein der Kinder: Wochenplan und Aufgaben
besprechen, Eigenverantwortung, Mitgestaltung

Mutter-Kind-Aktivitäten:

lebenspraktische Aktivitäten
kindgerechte Freizeitgestaltung

Ziele gemeinsamer Aktivitäten

- Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung
- Erweitern des Verhaltensrepertoires
- Lernen am Modell
- Austausch mit anderen Müttern
- Spielerischer Umgang mit Kind erleben

14.00 Uhr MuKi-Aktivität



15.00-16.00 Uhr Therapeutisches Gespräch

- Paargespräch
- Familiengespräch
- Gespräch mit Einbezug von Betreuungspersonen/
Helfern
z.B. Familienhelferin, Jugendamt

17.00 Uhr Abendessen

Ziel

- gemeinsame und regelmäßige Nahrungsaufnahme
- Mutter und Kind essen ausreichend und nicht „einseitig“



Bezugspflege

Ziel

- regelmäßiger Gesprächskontakt
- Veränderungswünsche/
Schwierigkeiten seitens
der Mutter hören und
entsprechenden
Möglichkeiten zur
Veränderung oder
Unterstützung
erarbeiten/anbieten



Ab 18.00 Uhr Abendgestaltung



Beschäftigungsmöglichkeiten

Ziel

- Verbesserung, Intensivierung der MuKi-Beziehung- Wünsche der Bedürfnisse werden wahrgenommen, darauf eingegangen - abendliches zur Ruhe kommen



Ab 19.00 Uhr Rituale

Ziel

- regelmäßige „zu Bett geh“ Zeiten
- abendliche Struktur
- abendliches zur Ruhe kommen



Ab 20.00 Uhr Nachtruhe

Ziel

ausreichende
Nachtruhe/
Erholungszeit für
Mutter und Kind



Informationen/Kontakt

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontaktadresse:

Dipl.- Psych. Bernd Abendschein
Psychiatrisches Zentrum Nordbaden
Klinik Allgemeinpsychiatrie 2
Station 39
69168 Wiesloch
Tel.: 06222-552291

Email: Bernd.Abendschein@pzn-wiesloch.de