

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

(Direktor: Univ.- Prof. Dr. H.J. Freyberger)

der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Thema:

**Psychisch belastete Eltern im Vergleich:
Psychosoziale und psychopathologische Situation
jugendlicher und erwachsener Mütter
und ihr Einfluss auf die kindliche Entwicklung**

-

**Erkenntnisse aus dem Modellprojekt
„Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“**

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung des akademischen
Grades

Doktor der Wissenschaften in der Medizin
(Dr. rer. med.)

der

Universitätsmedizin

der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Greifswald

2013

vorgelegt von: Susan Kluth

geb. am: 28. November 1980

in: Stralsund

Dekan: Prof. Dr. R. Biffar

1. Gutachter: Prof. Dr. H.J. Freyberger

2. Gutachter: Prof. Dr. A. Hamm

3. Gutachter: Prof. Dr. St. G. Riedel-Heller

Ort, Raum: Greifswald, Seminarraum der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin

Tag der Disputation: 02. Juni 2014

Für meine Mutter

***„Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser wird,
wenn es anders wird.
Aber soviel kann ich sagen, dass es anders werden muss,
wenn es gut sein soll.“***

(Christoph Lichtenberg)

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	Seite 1
----------------------	----------------

Teil I: Theoretischer Hintergrund

2. Empirische Befunde	Seite 3
2.1 Allgemeine Ausgangslage	Seite 3
2.2 Psychisch kranke und suchtblastete Eltern	Seite 4
2.3 Jugendliche Mütter	Seite 9
2.4 Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für psychisch kranke bzw. jugendliche Mütter	Seite 14
2.5 Zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern	Seite 17
3. Das Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern“	Seite 20
3.1 Ziele und Forschungsfragen des Modellprojekts	Seite 26
3.2 Allgemeine Fragestellung der vorliegenden Untersuchung	Seite 29

Teil II: Methodik

4. Methoden der vorliegenden Untersuchung	Seite 36
4.1 Stichprobenbeschreibung	Seite 36
4.2 Messinstrumente	Seite 37
4.2.1 Demographie	Seite 39
4.2.2 Symptombelastung und Psychopathologie	Seite 39
4.2.3 Psychosoziale Faktoren	Seite 45
4.2.4 Kindliches Verhalten	Seite 50

4.2.5	Kontakthäufigkeit und Benutzerzufriedenheit in Bezug auf Hilfesysteme	Seite 53
4.2.6	Erhebung von Netzwerkstrukturen	Seite 54
4.3	Durchführung	Seite 55
4.4	Datenanalyse	Seite 57

Teil III: Ergebnisse und Diskussion

5.	Statistische Ergebnisse	Seite 59
5.1	Vergleich der Ausgangslage zu Interventionsbeginn zwischen den Interventionsgruppen und der Referenzgruppe	Seite 59
5.1.1	Demographische Daten, Symptombelastung, Psychopathologie und psychosoziale Variablen	Seite 59
5.1.2	Elterliche Belastungen und Familienfunktionalität	Seite 65
5.1.3	Kindliches Verhalten	Seite 69
5.2	Ergebnisse zu den Interventionseffekten	Seite 84
5.2.1	Drop-Out-Analyse	Seite 84
5.2.2	Veränderungen von psychopathologischen und psychosozialen Variablen	Seite 85
5.2.3	Veränderungen hinsichtlich der elterlichen Belastung und der Familienfunktionalität	Seite 88
5.2.4	Veränderungen des kindlichen Verhaltens	Seite 89
5.3	Inanspruchnahme von Hilfe	Seite 98
5.3.1	Nutzungsintensität	Seite 98
5.3.2	Nutzerzufriedenheit	Seite 103
5.4	Netzwerkstrukturen	Seite 106

6.	Beantwortung der Psychologischen Hypothesen und Implikationen für Forschung und Praxis	Seite 109
6.1	Ausgangssituation psychisch belasteter jugendlicher und erwachsener Mütter	Seite 109
6.1.1	Psychosoziale Belastungen und Psychopathologie	Seite 109
6.1.2	Elterliche Belastung und Familienfunktionalität	Seite 113
6.1.3	Kindliches Verhalten	Seite 115
6.1.4	Schlussfolgerungen hinsichtlich der Ausgangssituation psychisch belasteter Eltern und Implikationen für Praxis und Forschung	Seite 120
6.2	Veränderungen über die Zeit	Seite 121
6.2.1	Veränderungen von psychosozialen und psychopathologischen Variablen	Seite 121
6.2.2	Veränderungen hinsichtlich der elterlichen Belastung und der Familienfunktionalität	Seite 123
6.2.3	Veränderungen des kindlichen Verhaltens	Seite 124
6.2.4	Schlussfolgerungen in Bezug auf die Interventionseffekte und Implikationen für Praxis und Forschung	Seite 125
6.3	Inanspruchnahme von Hilfsangeboten	Seite 127
6.3.1	Schlussfolgerungen in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten und Implikationen für Forschung und Praxis	Seite 129
6.4	Vernetzung und Vernetzungsqualität	Seite 131
6.5	Limitationen der vorliegenden Arbeit	Seite 132
7.	Zusammenfassung	Seite 137

Anhang

Anhang A

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Weitere Tabellen

Anhang B

Erhebungsinstrumente

Anhang C

Eidesstattliche Erklärung

Lebenslauf

Danksagung

1. Einführung

Im Zeitraum von Juni 2008 bis Dezember 2010 wurde im Rahmen des Programms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit in Kooperation mit den Ländern das Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ verwirklicht.

Es kann als gesichert gelten, dass Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern einem massiv erhöhtem Risiko für Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung unterliegen. Gleichzeitig stehen diese aber bisher kaum im Fokus der Politik und Wissenschaft. Zudem existieren auch nur wenige präventive Ansätze zur Hilfe für diese Familien. Die Universität Greifswald betrachtet im Rahmen der „Study of Health in Pommerania“ seit über zehn Jahren die Entwicklung von Problemfamilien im Bezug auf psychische und körperliche Gesundheit. Zudem besteht seit 2006 mit der Beratungsstelle Rückenwind ein Anlaufpunkt für suchtgefährdete Jugendliche und Eltern. Aufbauend auf diesen Erfahrungen zeigt es sich als sinnvoll, bereits im Kleinkindalter präventiv wirksam zu werden, um Gefährdungen für die Entwicklung der Kinder zu minimieren und ihnen einen guten Start in Leben zu ermöglichen.

Wie der Titel des Projekts bereits verrät, liegt der Schwerpunkt dieses evaluierten Praxisprojekts auf Familien mit mindestens einem psychisch kranken und/oder suchtbelasteten Elternteil. Aufgrund der vorliegenden Literatur ist zudem davon auszugehen, dass das Alter der Mutter auf die Entwicklung des Kindes einen wesentlichen Einfluss hat. Leider gibt es für den deutschsprachigen Raum bisher nur wenige Studien, die die psychosoziale und psychopathologische Situation jugendlicher Mütter berücksichtigen oder diese gar mit erwachsenen Müttern mit ähnlichen Belastungen vergleichen. Aus diesem Grund werden erwachsene Mütter und jugendliche Mütter innerhalb der vorliegenden Studie getrennt voneinander betrachtet bzw. miteinander verglichen.

Im Hinblick auf den präventiven Charakter des Vorhabens betreffend der gesunden

Entwicklung der Kinder wurden Familien eingeschlossen, in denen Kinder von der Geburt bis zu einem Alter von drei Jahren leben.

Ziel ist es gewesen, niedrighschwellige Interventionsbausteine zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Zudem hat es geheißen, die bestehenden Netzwerke mit Hinblick auf die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ auszubauen und die Zufriedenheit der Akteure mit der Vernetzung zu betrachten und gegebenenfalls zu verbessern.

Mit den Standorten Greifswald und Schwerin wurde der Flächenlandcharakteristik Mecklenburg-Vorpommerns Rechnung getragen und ein ganzheitliches Abbild des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern erreicht. Federführend für die Umsetzung des Praxisprojekts war für den Raum Greifswald die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald und für den Schweriner Raum die ortsansässige Arbeiterwohlfahrt (AWO). Die Evaluation der gesammelten Daten wurde durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald realisiert. Durch diese segmentübergreifende Zusammenarbeit wurde ein erster Schritt zur Überwindung der in Deutschland herrschenden Schnittstellenproblematik zwischen Jugend- bzw. Familienhilfe und medizinischer Versorgung bereits im Vorfeld des Projektstarts Beachtung geschenkt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stellen zum einen wichtige Hinweise für den Praxisalltag zur Verfügung; zum anderen konnten auch wichtige Forschungsdaten gewonnen werden.

Teil I: Theoretischer Hintergrund

2. Empirische Befunde

2.1 Allgemeine Ausgangslage

Frühe Hilfen, vor allem unter dem Aspekt sozial benachteiligter Familien, sind in den letzten Jahren ein stetiges Thema von Politik und Wissenschaft. Unter diesem Gesichtspunkt rückt auch das Thema Kinder psychisch kranker bzw. suchtblasteter Eltern seit nunmehr als 15 Jahren beständig in den Fokus der Sozialwissenschaften. Dennoch ist das Wissen um diesen Bereich noch lückenhaft, da diese besondere Gruppe von Familien eher ein Stiefkind der Forschung darstellt. Besonders das Thema Elternschaft von psychisch kranken Menschen wurde bisher wenig betrachtet. Was aber bereits vielfältig belegt werden konnte, ist, dass die Kinder psychisch kranker Eltern einem massiv erhöhten Risiko für Vernachlässigung und Misshandlung ausgesetzt sind (z.B. Matthey & Remschmidt 2008; Reck 2007; Turmes & Hornstein 2007; Weinberg & Tronick 1998).

Und auch die Entwicklung von Kindern jugendlicher Eltern stand bisher selten im Mittelpunkt. Aber auch hier gilt: es liegen mehr Daten zu der Auswirkung des jugendlichen Alters auf die Kinder vor, denn Aussagen über die Auswirkung der Elternschaft auf die jugendlichen Eltern.

Hinzu kommt, dass es innerhalb des deutschen Versorgungssystems eine Schnittstellenproblematik gibt, die sich sowohl im medizinischen als auch im allgemeinen Versorgungsbereich zeigt. Hilfesysteme für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene werden zumeist in unterschiedlichen Segmenten abgebildet, die keine oder nur unzureichende Verbindungen aufweisen (Fegert et al. 2009). Fachbezogen wird so unter anderem die Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Erwachsenenpsychiatrie getrennt, aber auch die Kinder- und Jugendhilfe wird sowohl strukturell als auch administrativ von

entsprechenden Angeboten für Erwachsene unterschieden. Ein Zusammenspiel beider Hilfesegmente wird so sowohl für den Hilfesuchenden als auch für die helfende Struktur deutlich erschwert.

Diese Strukturprobleme zeigen sich deutlich in Hinblick auf präventive Maßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern: Sie existieren kaum. Mittlerweile sind zwar bereits umfassende Diskussionen zu diesem Thema geführt worden und diverse integrierte Versorgungsprojekte im medizinischen Sektor besprochen worden; die eklatanten Lücken konnten aber kaum gefüllt werden, auch wenn es indessen als unumstritten gilt, dass gerade in den Bereichen der „Frühen Hilfen“ und des „Kinderschutzes“ ein interdisziplinäres und systemübergreifendes Vorgehen notwendig ist (Schöllhorn et al. 2010).

2.2 Psychisch kranke und suchtblastete Eltern

Welche Folgen können für die Entwicklung eines Kindes entstehen, wenn ein oder sogar beide Elternteile psychisch krank sind? Da Schätzungen nach mindestens drei bis fünf Millionen Kinder in Deutschland betroffen sind (Mattejat & Remschmidt 2008), ist dies eine Frage von äußerster Bedeutung, die sich nicht nur einer Randgruppe widmet. Tabelle 1 gibt einen Überblick zu der geschätzten Anzahl betroffener Familien. Es ist zu erwarten, dass die Dunkelziffer betroffener Familien noch höher ist (Mattejat & Remschmidt 2008, Lenz 2008), da viele durch das sprichwörtliche Netz fallen und psychische Erkrankungen unerkannt und unbehandelt bleiben.

Mattejat und Remschmidt (2008) fanden heraus, dass bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in 30 - 50 % der Fälle auch mindestens ein psychisch krankes Elternteil zu finden ist. Suchterkrankungen und affektive Störungen der Eltern sind am häufigsten zu finden. 50 % der erkrankten Eltern leben von dem anderen Elternteil getrennt – die Kinder bleiben zumeist bei der Mutter (Gehrmann & Sumargo 2009).

Tabelle 1: Kinder psychisch kranker Eltern: Quantitative Abschätzung der Problematik (nach Matthejat & Remschmidt 2008)

Diagnose	12-Monats-Prävalenz in Deutschland	Anzahl der Familien mit einem psychisch kranken Elternteil in Deutschland bei halbiertes Prävalenz	Anzahl der Kinder bei durchschnittlicher Kinderzahl von 1,65
Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit	7.2	450.000	740.000
Schizophrenie/ Psychose	2.6	160.000	270.000
Affektive Störungen	11.9	745.000	1.230.000
Angststörungen	14.5	940.000	1.555.000
Somatoforme Störungen	11.0	690.000	1.140.000
Essstörungen	0.3	18.000	30.000
Psychiatrische Gesamtmorbidität	31.1	circa 2 Millionen Familien	Mindestens 3 Millionen Kinder

Das Risiko Vernachlässigung, Missbrauch oder Misshandlungen zu erleben, ist bei Kindern psychisch kranker Eltern um das Zwei- bis Fünffache erhöht (Gehrmann & Sumargo 2009). Als wissenschaftlich umfassend gesichert gilt zudem, dass zu den zentralen Risikofaktoren für die Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern biographische Belastungen der Eltern selbst gehören. Vor allem eigene Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen, sexueller Missbrauch oder andere Traumatisierungen stehen oft im Zusammenhang mit der Entwicklung der eigenen psychischen Erkrankung einschließlich einem kritischen Alkohol- oder Drogenkonsum (Trocmé et al. 1995), was wiederum ein erhöhtes Risiko für deren Kinder bedeutet. So wird zum Beispiel der Transfer körperlicher Gewalt, die Menschen durch ihre eigenen Eltern erlebt haben und die sie später an ihre eigenen Kinder weitergeben auf 25 % geschätzt (Dudeck et al. 2006).

Auch die Ergebnisse der Alexithymieforschung sprechen für die Weitergabe psychischer Probleme innerhalb der Familien. Der 1977 von Sifneos eingeführte Begriff der

„Alexithymie“ bezeichnet im Allgemeinen Schwierigkeiten der emotionalen Selbstregulation und gilt als Risikofaktor in der Entwicklung verschiedener somatischer und psychiatrischer Erkrankungen. Der Terminus „Alexithymie“ ist abgeleitet von den griechischen Worten „alexis“ (übersetzt: „keine Worte“) und „thymos“ (übersetzt: „Gefühle“). Ein inadäquater Bindungs- und Erziehungsstil, aber auch sexueller oder physischer Missbrauch werden als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Alexithymie diskutiert. So fanden retrospektive Studien Zusammenhänge zwischen pathologischen familiären Interaktionen und dem Maß an Alexithymie (Lumley et. 1996). Moderate Korrelationen zwischen elterlichem Erziehungsstil und der Entwicklung von Alexithymie fanden auch Kooiman et al. (2004); einen Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und Alexithymie konnten sie jedoch nicht finden. So konnten sie nachweisen, dass ein wahrgenommenes Defizit an Emotionalität oder Überprotektion bei einem der Elternteile bereits mit der Entwicklung von Alexithymie assoziiert ist, der Effekt aber gleichzeitig durch ein wahrgenommenes optimales Engagement des anderen Elternteils gemindert wird.

Laut Grabe et al. (2004) und Taylor & Bagby (2000) ist von der Hypothese auszugehen, dass Schwierigkeiten im Identifizieren und Differenzieren von Gefühlen zu emotionaler Dysregulation und Konfusion in stressreichen Situationen und in Beziehungen führen kann; was wiederum in inadäquaten Antworten auf der Verhaltensebenen mündet. Es kann also davon ausgegangen werden, dass alexithyme Eltern in stressreichen Situationen inadäquat auf das Verhalten der Kinder reagieren.

Es handelt sich somit um einen Teufelskreislauf, der sich in der Familie manifestiert. Dieser wird auch dadurch gestärkt und erhalten, dass je schwerer psychisch erkrankt jemand ist, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass dieser auch einen psychisch erkrankten Partner hat (Kronmüller & Driessen 2012). Zudem bedeutet dies, dass in vielen Familien mehr als ein psychisch Erkrankter zu finden ist. Gehrman und Sumargo (2009) fanden heraus, dass bei jedem fünften betroffenen Kind nicht nur mindestens ein Elternteil sondern auch die Großeltern betroffen sind und die Eltern selbst auch bereits als Kind Auffälligkeiten oder gar manifeste Erkrankungen aufwiesen. Es sind also nicht nur einzelne Personen sondern zumeist ganze Familiensysteme betroffen. Kronmüller und Driessen (2012) beschreiben dies als „komplexe Interaktionsgeschichte von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern“. Für die psychiatrische Praxis bedeutet das Vorliegen dieser „Multiproblemfamilien“ (Kronmüller & Driessen 2012) mit mehreren psychisch

erkrankten Familienmitgliedern ein Fehlen von familiären Ressourcen, die für die Bewältigung psychischer Erkrankung als zentral angesehen werden kann.

Psychische Erkrankungen der Eltern allein haben (diagnose- und störungsunabhängig) dabei bereits ein erhebliches Risikopotenzial für die Kinder. Dies gilt insbesondere für psychische Störungen der Mütter im Zusammenhang mit der Geburt (vor allem affektive Störungen und Schwangerschaftspsychosen) und beim Vorliegen schwerer psychischer Störungen beider Elternteile (Suchterkrankungen, psychotische und Persönlichkeitsstörungen). Aber auch die Langzeitprognose für Kinder von Eltern, die unter subsyndromalen Depressionen, sogenannte funktionelle Störungen bzw. Befindlichkeitsstörungen, leiden, ist um ein Vielfaches schlechter als die von Kindern gesunder Vergleichsgruppen (Egle et al. 2005).

Immer wieder wird darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen der Mutter die Entwicklung des Kleinkindes beeinflussen kann. Es folgen unter anderem Schlafprobleme, Regulationsstörungen und emotionale Störungen (Reck 2007; Turmes & Hornstein 2007; Weinberg & Tronick 1998). Werden die Kinder älter, werden mehr Folgen unmittelbar sichtbar, die in diesem Kontext nur kurz erwähnt sein sollen. So ist eine Parentifizierung des Kindes nicht selten, dazu kommen Selbstwertprobleme und Schamgefühle (Lenz 2005). Neuere Studien (Ramchandani et al. 2005) belegen, dass nicht nur die psychische Erkrankung der Mutter, sondern auch die des Vaters Einfluss auf das Kind hat. Das Risiko für die seelische Entwicklung erhöht sich hier vor allem für Jungen.

Kinder reagieren zudem oft irritiert auf die Erkrankung der Eltern (Kronmüller & Driessen 2012). Sie haben diverse Ängste: Angst die Symptome könnten sich verschlimmern, Angst vor dem Verlust eines Elternteils, Angst sie seien schuld daran, dass es dem Elternteil schlecht geht. Auch Wut, Sorge und Trauer können Folgen sein. Nicht selten folgt eine soziale Isolation der Familie aus Scham.

Probleme für die Entwicklung der Kinder entstehen auch daraus, dass psychisch kranke Eltern ihre Kinder oft als sehr herausfordernd wahrnehmen, Schwierigkeiten haben, ihnen Grenzen zu setzen und häufig überängstlich reagieren (Kronmüller & Driessen 2012). Der Erziehungsstil zeigt sich oft als schwankend zwischen permissiv und kontrollierend. Lob

wird weniger angebracht und die Sprache ist des Öfteren nicht altersgemäß. Selbst wenn die Eltern ihre Probleme wahrnehmen, scheuen sie sich oft davor Hilfe anzunehmen, da die Angst, ihnen könnten die Kinder entzogen werden, zu massiv ist (Kölch 2008, Kronmüller & Driessen 2012). Notwendige Unterstützung bleibt dann aus oder setzt erst sehr spät ein.

Insgesamt betrachtet, besagen Schätzungen, dass ein Drittel aller Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil selbst manifest psychisch erkrankt ist, ein Drittel als psychisch auffällig beschrieben werden kann und ein Drittel keine Auffälligkeiten zeigt (Mattejat und Lisofsky 2008).

Die Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Kinder wurde also bereits aus unterschiedlichen Blickrichtungen betrachtet; Risikoforschung, Resilienz- und Bewältigungsforschung aber auch die Vulnerabilitätsforschung wurden in den letzten Jahren stetig vorangetrieben. Es kann also mittlerweile gesichert gelten, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils, insbesondere der Mutter, als Hochrisikofaktor für die kindliche Entwicklung angesehen werden kann.

Aber auch für die Eltern hat die psychische Erkrankung nicht selten eine Beeinträchtigung des Rollenverständnisses als Mutter oder als Vater zur Folge. So werden Überforderungen durch die Elternrolle beschrieben, was zu massivem Scham und Selbstzweifeln führt. Dies wiederum verstärkt Ängste und das psychische Leid (Lenz 2005), was sich negativ auf die Paarbeziehung und auch auf das Erziehungsverhalten auswirkt (Mattejat & Lisofsky 2008). Stadelmann et al. (2010) beschreiben einen Zusammenhang von elterlicher Stressbelastung und den Symptomen der Kinder: Je auffälliger die Kinder, je höher die wahrgenommene Stressbelastung der Eltern. Gleiches gilt auch umgekehrt: je gestresster die Eltern durch ihre Elternrolle sind, je höher sind die Symptombelastungen der Kinder. Weitere Verunsicherungen entstehen durch die Angst der Eltern, ihre Kinder könnten ebenfalls erkranken (Nicholson et al. 1998).

Dennoch ist eine psychische Erkrankung eines Elternteils nicht generell mit

Erziehungsinkompetenz gleichzusetzen. Nur wenn das Kindeswohl gefährdet ist, muss überlegt werden in welchem Maße Unterstützung notwendig ist (Kronmüller & Driessen 2012). Gerade in den zuvor beschriebenen „Multiproblemfamilien“ sind multidisziplinäre, multiprofessionelle und individuelle Unterstützungsangebote notwendig.

Bisher ist die Blickrichtung psychisch kranke Menschen als Eltern wahrzunehmen aber noch neu und wenig erforscht. Selbst über Prävalenzraten lassen sich bisher kaum eindeutige Aussagen treffen; die Angaben über psychisch kranke Eltern mit minderjährigen Kindern variieren zwischen 9 bis 61% (Lenz 2005). Die großen Schwankungen sind auf die unterschiedlichen Populationen der wenigen Studien zurückzuführen. Oft bezogen sich diese nur auf weibliche Patienten (Oates 1997; Bauer & Lüders 1998) oder bestimmte Diagnosegruppen (Hearle et al. 1999; Caton et al. 1999). Zahlen zu psychisch kranken Vätern liegen kaum vor, ein Phänomen, das Mattejat et al. (2000) als „Mutterlastigkeit“ der Untersuchungen beschreiben.

2.3 Jugendliche Mütter

In einer 2010 veröffentlichten Studie, in der Familienhebammen die mütterlichen Kompetenzen der Mutter einschätzten, konnten vier verschiedene Belastungstypen durch eine statistische Dimensionsreduktion klassifiziert werden: 1. Mütter mit Gewalt- und Konflikterfahrungen, Sucht und psychischer Erkrankung; 2. Mütter mit eingeschränkten Kompetenzen aufgrund von Ressourcenmangel oder Überforderung; 3. minderjährige Mütter mit wenig sozialer Unterstützung und/oder unerwünschter Schwangerschaft und 4. Familien mit einer längerfristigen Trennung von Mutter und Kind bzw. Mehrlingsgeburten oder mit gesundheitlich beeinträchtigten Kindern (Ayerle et al.). Jugendliche Mütter werden neben psychisch kranken explizit als eigene Risikogruppe aufgeführt.

Beim Betrachten der bisher vorhandenen Literatur zum Thema Teenager-Mütter fallen drei Dinge auf. Erstens: Bisher gibt es vergleichsweise wenige Abhandlungen zu dem Thema (vor allem im deutschsprachigen Raum). Zweitens: Jugendlichen Eltern begegnet man in allen sozialen Schichten (Remberg 2001 & 2005), auch wenn sie häufiger in sozial

schwachen, benachteiligten Familien zu finden sind. Auch hinsichtlich ihrer Belastungen stellen Teenagermütter eine heterogene Gruppe dar. Und drittens: Jugendliche Mütter scheinen mehr Probleme zu haben, stabile Beziehungen zu ihren Kindern aufzubauen. Die psychische Ausgangssituation von jungen Müttern wird aber kaum in die bisherigen Untersuchungen miteinbezogen oder bezieht sich nur auf einzelne Diagnosen wie z.B. Depressionen.

Medienberichten zufolge könnte man meinen, dass Teenagerschwangerschaften in den letzten Jahren vermehrt auftreten. Betrachtet man aber die Geburtenstatistiken zeigt sich hingegen ein konstantes bis leicht rückläufiges Auftreten dieser (BZgA 2007). Eine methodisch einheitliche, systematische Erfassung von Schwangerschaften bei Jugendlichen fehlt in Deutschland bisher aber. Die BZgA (2007) beschreibt für das Jahr 2007 0,8 % minderjährige lebendgebärende Mütter. 2000 waren es noch 0,9 %. Dennoch ist die Zahl jugendlicher Mütter hoch genug, um diese genauer betrachten, v.a. da das Alter der Mutter, wie auf den folgenden Seiten beschrieben, Einfluss auf ihre Erziehungskompetenzen zu haben scheint. Der Einfluss der jugendlichen Väter wurde bisher kaum bis gar nicht betrachtet. Sie werden in den meisten Studien nicht erwähnt.

Unter Teenagerschwangerschaften werden in der internationalen wörtlichen Definition alle Schwangerschaften unter 20-Jähriger verstanden. Allerdings sind sich die vorhandenen Studien in dieser Definition nicht einig: einige beziehen sich nur auf minderjährige Mütter (also unter 18-Jährige) andere beziehen sich auf alle jungen Eltern, die die Entwicklungsschritte des Erwachsenwerdens noch nicht abgeschlossen haben und konzentrieren sich somit auf das psychosoziale Alter. Nicht selten werden hier Frauen bis Mitte 20 beschrieben.

Studien belegen, dass es unterschiedliche Gründe für eine frühe Schwangerschaft gibt. 76 % der jungen Mütter gaben in einer Interviewstudie (Ziegenhain et al. 2003) an, dass die Schwangerschaft ungeplant sei; 69 % hatten nicht oder unregelmäßig verhütet. Frühe sexuelle Aktivitäten bei gleichzeitigem unzureichenden Wissen über die richtige Anwendung von Verhütungsmitteln bzw. einem zu geringen Selbstbewusstsein dieses Thema mit dem Sexualpartner zu besprechen und die Verwendung durchzusetzen, gilt als

wesentlicher Grund für die hohe Zahl ungewollter Schwangerschaften (Remberg 2001). Elkind (1996) führt zudem den jugendlichen Egozentrismus und die damit einhergehende Vorstellung auf, gegen unerwünschte Schwangerschaften gefeilt zu sein.

Trotz der hohen Anzahl ungeplanter Schwangerschaften, gab in der Studie von Ziegenhain (2003) gut die Hälfte der Mütter an, dass sie sich das Kind wünschten. Die psychologischen Motive, die sie dahinter vermutet, sind die Wünsche nach Geborgenheit, Stabilität und emotionaler Nähe, die oft im eigenen Elternhaus nicht erlebt wurden und nun auf das Kind projiziert werden. Die jungen Eltern hegen den Wunsch, ihrem Kind bessere Eltern zu sein, als ihre eigenen es für sie waren und der konfliktbehafteten Herkunftsfamilie zu entfliehen (Häußler-Sczepan et al. 2005). Auch der Wunsch den Partner dauerhaft durch das Kind zu binden, scheint eine Rolle zu spielen (Remberg 2001).

Neben den Gründen der mangelnden Aufklärung und den psychologischen Motiven für eine frühe Mutterschaft muss auch die soziale Motivation beachtet werden (Häußler-Sczepan et al. 2005). Dieser Hypothese nach ist die Familiengründung gleichzusetzen mit einer Sinnfindung im Leben bzw. wird von den Eltern als Möglichkeit gesehen, Lebenskrisen zu überwinden. So kann die kurzfristige finanzielle Basissicherung Grund für die häufigeren Schwangerschaft in sozial schwächeren Schichten sein; ebenso wie ein Schulabschluss, der dem eigenen Berufswunsch nicht genüge tut oder der Wunsch nach gesellschaftlicher Normalität und Akzeptanz.

Doch welchen Einfluss hat das jugendliche Alter auf die Psyche der Mutter und auf das Kind? Unbestritten ist, dass das Alter der Mutter Einfluss auf die Entwicklung des Kindes hat (Nord et al. 1992; Ziegenhain et al. 2003). Neben den psychischen Belastungen haben jugendliche Mütter vor allem mit psychosozialen erschwerten Bedingungen zu kämpfen. Häufig werden Nachteile wie Armut, Bildungsnachteile, Arbeitslosigkeit und schlechte Wohnverhältnisse genannt (Nakhla 2012). Zu beachten ist hierbei, dass dies nicht nur Folgen der frühen Mutterschaft sein können, sondern auch als Risikofaktoren für diese gelten. Auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Partnerschaft scheitert und die Mutter alleinerziehend lebt, steigt (UNICEF 2001; Corcoran 1998; Klerman 2004; Remberg 2001). Innerhalb der Herkunftsfamilie treten vermehrt Konflikte auf. Dem Alter entsprechend

haben junge Eltern den Wunsch nach Unabhängigkeit und Selbstständigkeit – die Verantwortung dem Kind gegenüber macht sie aber gleichzeitig abhängig von Unterstützung von außen (zumeist den Eltern).

Zudem folgt oft eine Isolation aus der Peergruppe. Die umfangreichen familiären Verpflichtungen machen es unmöglich an altersgerechten Aktivitäten teilzunehmen, wie es Gleichaltrige können (Nakhla 2012). Dabei ist nicht selten der Grund für die Schwangerschaft selbst der Wunsch nach emotionaler Unterstützung, Stabilität und Zugehörigkeit. Stattdessen können finanzielle Probleme, abgebrochene Schul- oder Berufsausbildungen und eine allgemeine Überforderung mit der neuen Rolle folgen. Die Vorbereitung auf die Mutterrolle ist oft weder emotional noch in der eigenen Persönlichkeitsentwicklung ausreichend gegeben (Ziegenhain 2003). Zusätzlich lassen sich wiederholt eigene schwierige Biographien und häufig psychopathologische Auffälligkeiten bei den jungen Müttern konstatieren. Weitere Risiken einer frühen Schwanger- bzw. Mutterschaft und den hieraus resultierenden gravierenden Veränderungen im Leben liegen zum Beispiel in einer erschwerten Stabilisierung der eigenen Persönlichkeit und in einer Behinderung des Ablöseprozesses von den eigenen Eltern bzw. eine Verschlimmerung eines ohnehin angespannten Verhältnis zu diesen (Nakhla et al. 2012). Folgen können ein gesteigertes Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit sein, was wiederum die Gefahr einer depressiven Symptomatik erhöht (Ziegenhain 2003).

Die Schwangerschaft an sich stellt für die junge werdende Mutter medizinisch kein Risiko dar. Allerdings gibt es Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen, welches auf einen schlechten sozioökonomischen Status und auf mangelndes gesundheitsbewusstes Verhalten zurückgeführt wird (UNICEF 2001). Zudem erscheinen junge Mütter erst spät oder auch gar nicht bei pränatalen Vorsorgeuntersuchungen (Scharrel 2003).

In Bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung belegen Untersuchungen, dass jugendliche Mütter weniger emotionale Beteiligung an ihrem Säugling zeigen, schweigsamer und weniger anregend sind. Sie sind oft unaufmerksam und weniger positiv dem Kind gegenüber (Crockenberg 1985; Crockenberg 1987; Field et al. 1980; Ragozin et al. 1982). Hinzu

kommt ein mangelndes Wissen um die kindliche Entwicklung. Es hat sich gezeigt, dass die Kinder vermehrt hoch unsicher gebunden sind - Bindungsstörungen liegen überdurchschnittlich oft vor (van Ijzendoorn et al. 1999).

Die Kinder selbst zeigen öfter Verzögerungen in der kognitiven und der Sprachentwicklung. Das Risiko für Verhaltensauffälligkeiten ist erhöht, was auf ein eingeschränktes elterliches Pflege- und Erziehungsverhalten zurückgeführt wird (Ziegenhain et al. 2004). Auch werden die Kinder häufiger in Pflegefamilien untergebracht. Im Vorschul- bzw. Schulalter zeigen sie mehr Verhaltensauffälligkeiten im Sinne hoher Impulsivität und Aggressivität. Im Jugendalter sind vor Allem Jungs häufiger delinquent, während Mädchen früh sexuell aktiv sind und selbst ein hohes Risiko haben, zu jugendlichen Müttern werden.

Trotz aller Risikofaktoren muss erwähnt werden, dass ein hoher Anteil der jungen Eltern über genügend Resilienzfaktoren verfügen, um die herausfordernde Elternschaft zu meistern. Als wesentliche Voraussetzungen hierfür gelten soziale Unterstützung, sichere Bindungen und Schulbildung (Nakhla et al. 2012).

Zudem gilt es nach Coley & Chase-Lansdale (1998) auch zu bedenken, dass in vielen Studien Teenagemütter aus schlechteren sozialen Schichten mit älteren Müttern aus höheren sozialen Schichten verglichen werden. Sie zeigten, dass die Unterschiede sich verringern, sobald die sozioökonomischen Unterschiede kontrolliert werden. Offenbar scheinen psychosoziale Faktoren wie bildungsbezogene oder auch materielle Ressourcen eine wichtigere Rolle für die Entwicklung des Kindes zu spielen als das Alter der Mutter.

Dennoch ist zusammenfassend davon auszugehen, dass durch das Zusammentreffen von sehr jungem mütterlichen Alter und psychischen Belastungen die Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes kumulieren und somit ein erhöhter Unterstützungsbedarf besteht (Stucke 2004). Entsprechende Hilfeangebote werden aber aufgrund von altersgerechten Wünschen nach Selbstbestimmung und Unabhängigkeit nur wenig in Anspruch genommen; individuelle niedrigschwellige Angebote scheinen somit sinnvoll.

2.4 Unterstützungsbedarf und -möglichkeiten für psychisch kranke bzw. jugendliche Mütter

In den letzten Jahren wurde viel daran gearbeitet, geeignete Unterstützungen sowohl für psychisch kranke als auch für jugendliche Mütter zu entwickeln. Beide Gruppen rücken mehr und mehr in den Fokus der Aufmerksamkeit. Ihre Defizite sind in vielerlei Hinsicht ähnlich, ebenso wie ihre Bedürfnisse. Und nicht selten treffen, wie zuvor beschrieben, jugendliches Alter und psychische Belastungssituationen aufeinander. Was also brauchen und vor allem wollen diese Mütter?

Beide Gruppen sind äußerst heterogen, ebenso wie die Probleme, von denen berichtet werden. Dementsprechend weit müssen auch Unterstützungsmöglichkeiten gefächert sein.

Fiedrich und Remberg (2005) stellten in ihrer Studie zu minderjährigen Eltern fest, dass 70 % der befragten Paare und 29 % der Alleinerziehenden in der Lage waren, ihren Alltag zu bewältigen. Zwei Jahre nach Geburt der Kinder zeigte sich aber bei einer Mehrzahl der untersuchten Eltern, dass Entwicklungsaufgaben ohne professionelle Hilfe nicht oder nur unzureichend erfüllt werden konnten. Auf die Frage, welchen Unterstützungsbedarf die minderjährigen Eltern suchen, wurden folgende Bereiche aufgezählt: 1. Alltagsorganisation; 2. Umgang mit Geld; 3. Realisierung beruflicher Pläne und 4. Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung. Besonders alleinerziehende Mütter ohne ein unterstützendes soziales Netzwerk beschrieben hohe Bedarfe.

Laut Stucke (2004) sind multiprofessionelle Hilfsangebote bei Teenagereltern besonders sinnvoll. Zu diesen Hilfsangeboten zählt er vor allem Prävention früher/erneuter Schwangerschaft, Schwangerschaftskonfliktberatung, familienfördernde und beratende Angebote, ambulante Einzelbegleitung und auch stationäre Hilfen. Aus Kostengründen sind spezifische Angebote für junge Eltern umstritten. Vielmehr ist eine Vernetzung vorhandener erfahrener Institutionen realistisch.

Institutionelle Unterstützung scheint besonders an Bedeutung zu gewinnen, wenn das

soziale Umfeld der jungen Mutter keine ausreichende Hilfe bieten kann. Aber auch wenn dieses willens ist, die jungen Eltern zu unterstützen, kann es zu massiven Konflikten zwischen den Familienmitgliedern kommen. Die Doppelrolle, die jungen Eltern zu unterstützen, aber gleichzeitig die Ablösung von der Herkunftsfamilie zu akzeptieren, ist meist sehr schwierig (Nakhla 2012).

Klassische Hilfsangebote umfassen vor allem solche der sogenannten „Kommstrukturen“. Hierunter werden zum Beispiel Beratungsstellen verstanden. Diese Beratungsangebote setzen aber ein gewisses Maß an Eigeninitiative und Strukturierungsfähigkeit der Betroffenen voraus. Abgesehen davon, dass ein Wissen über die Existenz der Beratungsmöglichkeiten bestehen muss (Kölch 2008; Nakhla 2012).

Im Gegensatz zu den Kommstrukturen stehen die „Gehstrukturen“ oder auch aufsuchenden Hilfen. Das Konzept der aufsuchenden Hilfe ist in den Bereichen der Jugendhilfe oder auch bei den (Familien-)Hebammen weit verbreitet. Hierbei gilt es vor allem, Hilfe bei der Bewältigung des Alltags zu bieten. Zu unterscheiden ist hierbei, ob die Hilfe gewünscht oder von außen auferlegt wird, wie es zum Beispiel bei bekannter Kindeswohlgefährdung durch das Jugendamt geschieht.

Stationäre Angebote wie Mutter-Kind-Wohngruppen stellen eine weitere mittlerweile viel genutzte Hilfeform dar. Sie richten sich vor allem an Mütter mit „fehlenden sozialen oder familiären Ressourcen bzw. persönlichem Belastungshintergrund“ (Stucke 2004, S.39). Hierbei gilt es die Verselbstständigung zu fördern, die Entwicklung zu unterstützen und bei der Alltagsbewältigung hilfreich zu sein. Viele Einrichtungen sehen auch die Förderung der Mutter-Kind-Bindung als einen Arbeitsschwerpunkt an. Zudem stammen viele der jungen Mütter aus schwierigen Familienverhältnissen und sind zum Teil traumatisiert, haben so zum Beispiel Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen hinter sich (Nakhla 2012). Nicht selten ist der Aufenthalt hier langfristig, zum Teil über Jahre hinweg geplant.

Mutter-Kind-Behandlungseinheiten lassen sich auch immer häufiger im stationären psychiatrischen Setting finden. Hier gilt es vor allem, die Mutter selbst und die Mutter-Kind-Beziehung zu stabilisieren. Zudem weisen Studien darauf hin, dass vor allem Mütter stationäre psychiatrische Behandlungen abbrechen oder gar ablehnen, da sie Angst haben, dass diese eine Entfremdung zu ihrem Kind nach sich zieht. Die Möglichkeit, das

Kind während der Behandlung bei sich zu haben, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass diese wie geplant beendet wird.

Wie zuvor dargestellt werden konnte, gibt es vielfältige und multimodale Möglichkeiten zur Unterstützung psychisch kranker oder junger Eltern. Während sich Hilfsangebote für jugendliche Mütter aber auf den Bereich der Jugendhilfe konzentrieren, finden psychisch kranke Eltern ihren Raum eher in der stationären Psychiatrie. Da das Unterstützungsbedürfnis beider Gruppen sich aber ähnelt und nicht selten beide Probleme (jugendliches Alter und psychische Belastung) aufeinandertreffen, wäre eine Kopplung beider Hilfsangebote sinnvoll. Zudem sind die Praktiker vor weitere enorme Probleme gestellt. Das größte: Wie die Zielgruppe erreichen? (z.B. Remberg 2005; Kölch 2008)

Gerade besonders bedürftige Familien fallen oft durch das Netz der Hilfesysteme, was auch mit der schlechten Vernetzung von Gesundheits- und Jugendhilfewesen zu tun hat. Aber auch die mangelnde Antizipation von Hilfebedarf der Mütter ist ein Grund für die Nichtinanspruchnahme von Hilfsangeboten (Remberg 2005; Kölch 2008). Zudem kann das Annehmen von institutioneller Hilfe von den Müttern als Versagen aufgefasst werden, was vor allem bei Müttern mit schlechtem Selbstwert vorkommt (Ziegenhain et al. 2003). Auch veranlassen Sorgen, das Kind könnte positiver auf den Helfer als auf die Mutter reagieren (Schöning 2004) oder das Kind könnte durch das Jugendamt entzogen werden (Kölch 2008), viele Mütter dazu, Hilfe abzulehnen – oftmals auch dann, wenn sie den Bedarf hierfür selbst wahrnehmen.

Ein weiteres Problem, welches durch mehrere qualitative Umfragen aufgezeigt werden konnte (Häußler-Sczepan et al. 2005; Fiedrich & Remberg 2005; Stucke 2004), ist die Tatsache dass vor allem junge aber auch psychisch kranke Mütter häufig berichten, unter der Isolation zu leiden. Die meisten Programme zielen aber auf eine Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung ab und sind damit aus der Sicht der Mütter nicht zielführend, da sie sich eher soziale Kontakte wünscht.

Diese Überlegungen zum Thema Unterstützung scheinen der Studienlage nach auch für psychisch kranke Eltern zu gelten, was die These unterstützt, dass psychosoziale Faktoren einen größeren Einfluss auf Erfüllung der Elternrolle als das Alter an sich haben.

Entscheidend für die Inanspruchnahme von Hilfe scheinen die individuellen Wünsche der Eltern zu sein. Passgenaue, individuelle Hilfebausteine müssen gefunden werden, damit diese auch angenommen werden und wirksam sein können. Zumeist sind es gerade aufsuchende niedrigschwellige Angebote der Jugendhilfe oder der Hebammen, die gut akzeptiert werden können (Nakhla 2012).

2.5 Zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern

Im Hinblick auf die psychosozialen und sozioökonomischen Lebensbedingungen zeigen sich in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber anderen Bundesländern erhebliche Abweichungen. So sind die strukturelle Arbeitslosenquote einerseits und die Frühberentungsrate andererseits vergleichsweise hoch, was als Indikator für strukturelle Armut herangezogen werden kann. Hinzu kommt eine bedeutsam erhöhte Zahl von Menschen mit körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen bei einem im Bundesdurchschnitt am progredientesten ansteigenden mittleren Lebensalter. Gleichzeitig ist aber aufgrund der Flächenlandcharakteristik Mecklenburg-Vorpommerns eine besonders inadäquate Inanspruchnahme zur Verfügung stehender Hilfen erkennbar – was vor allem im medizinischen Sektor sichtbar wird (Grabe et al. 2005). Die Zahl psychischer Erkrankungen steigt zudem fortwährend massiv an. Nach Angaben der Techniker Krankenkasse (2012) haben sich so zum Beispiel die Zahl der Fehltag am Arbeitsplatz aufgrund von Depressionen, Angst oder Belastungsstörungen seit 2000 mehr als verdoppelt.

Eine weitere Besonderheit in Mecklenburg-Vorpommern ist die Anhäufung der Teenagerschwangerschaften. Im Vergleich zu anderen Bundesländern ist sowohl die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche als auch die der Lebendgeburten bei jugendlichen Müttern bedeutsam erhöht (siehe Abbildung 1 bis 3), wenngleich im Allgemeinen Teenagerschwangerschaften in Deutschland nicht typisch sind (Statistisches Bundesamt 2008; Ziegenhain et al. 2003, Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007).

Mecklenburg-Vorpommern ist somit ein Bundesland, in dem erschwerte Versorgungsbedingungen und ein erhöhtes soziales und medizinisches Problempotential aufeinandertreffen. Individuelle Hilfsangebote, die diese Ausgangslage berücksichtigen sind eine Voraussetzung für erfolgreiche Unterstützung.

Abbildung 1: Anteil der von unter 20-jährigen Frauen geborenen Kinder an allen neugeborenen 1995 und 2004 in Prozent (Quelle: Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007)

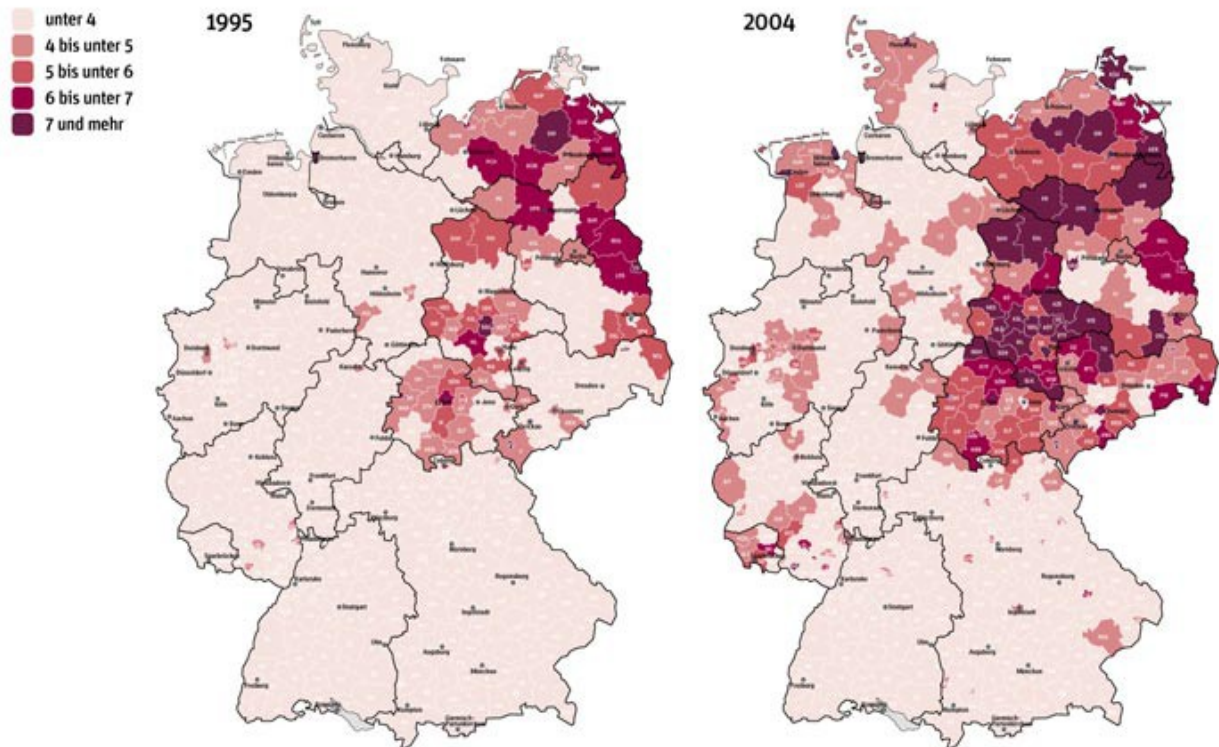


Abbildung 2: Schwangerschaftsabbrüche Minderjähriger je 10000 Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren nach Wohnland der Frauen (Quelle: BZgA 2011)

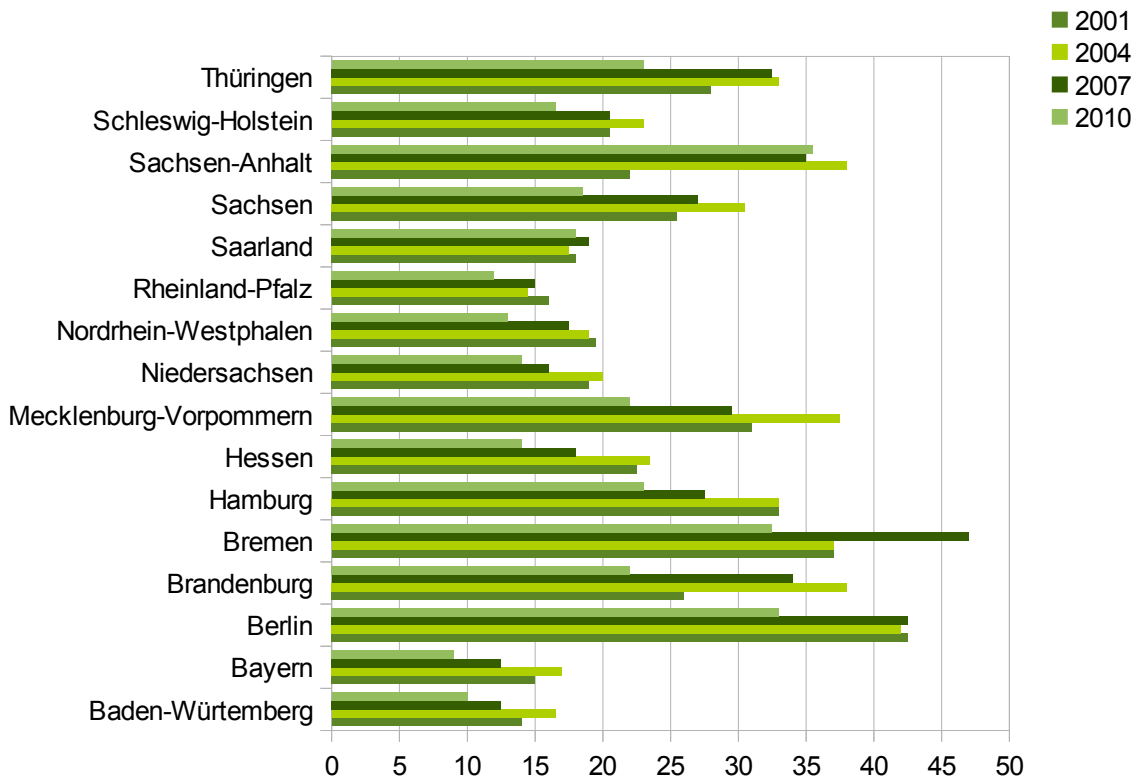
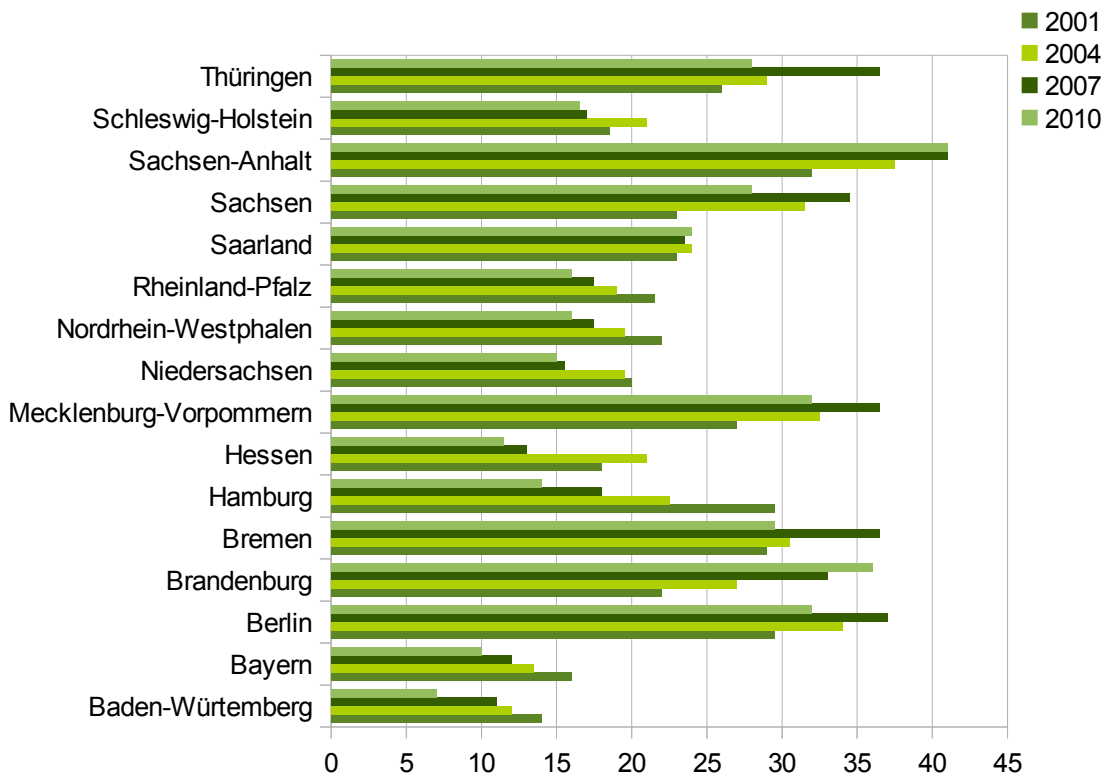


Abbildung 3: Lebendgeborene minderjähriger Mütter je 10000 Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren (Quelle: BZgA 2011)



3. Das Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern“

Trotz all der oben beschriebenen wissenschaftlichen Belege zu den besonderen Entwicklungsrisiken gelangen Kinder psychisch kranker Eltern zu selten in den Fokus präventiver Maßnahmen. Ebenso wird der Elternrolle psychisch kranker Menschen kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Des Weiteren sind auch gezielte und passgenaue Interventionen für psychisch kranke Eltern nicht leicht zu finden. Noch komplizierter wird es, wenn psychische Belastungen und sehr junges mütterliches Alter aufeinandertreffen. Auf die benötigten individuellen, systemübergreifenden Interventionen stößt man kaum. Eine Zusammenarbeit von Gesundheits- und Jugendhilfe scheint gerade hier notwendige Voraussetzung zu sein.

Das Problem, Unterstützung in diese Familien zu bringen, liegt zum Teil an der krankheitsbedingten Unfähigkeit der Eltern, sich aktiv um Hilfe zu bemühen, zum anderen aber auch an einem Mangel geeigneter Beratungs- und Therapieangebote. In diesem Kontext wurde im Rahmen des Programms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit in Kooperation mit den Ländern im Zeitraum von Juni 2008 bis Dezember 2010 das Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt. Einige weitere Projekte des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen (NZFH), die sich mit einzelnen Aspekten dieser Thematik auseinandersetzen, finden sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Übersicht der vom NZFH geförderten Projekte im Bereich Frühe Hilfen

Projekt	Standort	Zielgruppe
Guter Start ins Kinderleben	Baden-Württemberg Bayern Rheinland-Pfalz Thüringen	professionelle Akteure/-innen und Institutionen Familien in prekären Lebenslagen & Risikosituationen mit Säuglingen und Kleinkindern
WIEGE -STEEP™ Wie Elternschaft gelingt	Brandenburg Hamburg	risikobehaftete werdende Eltern und Familien mit Säuglingen und Kleinkindern von null bis zwei Jahren mit Clearing-Bedarf
Soziale Frühwarnsysteme in NRW	Nordrhein-Westfalen	Familien mit Kindern bis zu drei Jahren
Schutzengel Schleswig-Holstein	Schleswig-Holstein	Familien mit Kindern bis zu drei Jahren
Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt	Sachsen-Anhalt	vulnerable Familien mit psychosozialen und gesundheitlichen Risikofaktoren
Familienhebammen im Landkreis Osnabrück	Niedersachsen	junge Schwangere und Mütter unter 18 Jahren mit Kindern im ersten Lebensjahr Schwangere und Mütter mit Kindern im ersten Lebensjahr, die in einem gewalttätigen Milieu oder mit gewalttätigen Männern leben ausländische Schwangere und Mütter mit Kindern im ersten Lebensjahr mit Zugangsbarrieren durch fehlende Berechtigung sowie kulturellen oder psychologischen Hemmschwellen zum deutschen Gesundheitswesen alkohol-, medikamenten- und/ oder von illegalen Drogen abhängige Schwangere und Mütter mit Kindern im 1. Lebensjahr
Keiner fällt durchs Netz	Hessen Saarland	Psychosozial belastete Familien mit Kindern im 1. Lebensjahr
Netzwerk Kinderschutz als soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte	Berlin	Akteurinnen und Akteure des Bezirkes Berlin-Mitte, die sich mit dem Thema Kinderschutz befassen
Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern	Mecklenburg-Vorpommern	psychisch belastete bzw. kranke und/oder suchtbelastete Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren Teenagereltern
Pro Kind	Niedersachsen Bremen Sachsen	schwangere Frauen in belasteten sozialen Lebenslagen und ihre Familien

Für unser Bundesland wurden ausgehend von der Flächenlandcharakteristik Mecklenburg-Vorpommerns mit Schwerin und Greifswald zwei Standorte gewählt, die sowohl die Regionen Mecklenburg als auch Vorpommern vertreten und somit Mecklenburg-Vorpommern ganzheitlich illustrieren. Zudem zeichnen sich beide Standorte durch Vorarbeiten zu dem untersuchten Thema aus:

Die Universitätsmedizin Greifswald gründete 1995 den Forschungsschwerpunkt „Community Medicine“, der sich mit der epidemiologischen Erfassung, Prävention und Behandlung besonders häufiger körperlicher und psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung beschäftigt. Seit 1997 wird im Rahmen dieses Auftrags eine repräsentative Allgemeinbevölkerungsstudie, die „Study of Health in Pommerania“ (SHIP) durchgeführt. Die hier berücksichtigten etwa 4300 erwachsenen Personen werden längsschnittlich in Fünf-Jahresabständen umfassend gesundheitlich untersucht. Dieses Vorhaben wurde im Zeitraum von 1997-2006 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und seit 2007 durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Parallel wird, ebenfalls durch die Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, seit 2002 eine flächendeckende epidemiologische Studie zur Neugeborenenengesundheit („Survey of Neonates in Pommerania“, SNIP) durchgeführt.

Im Rahmen der „Study of Health in Pommerania“ wurde seit 1997 zunächst mit der Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Charles-Hosie-Stiftung (Hamburg) und schließlich seit 2005 durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) die Studie „Kinder alkoholkranker Eltern – eine Untersuchung zu protektiven und Risikofaktoren“ verwirklicht. Auf Grundlage der oben genannten Allgemeinbevölkerungsstudie wurden hier systematisch alle Eltern-Indexpersonen identifiziert, die psychische oder suchtkonsumbezogene Auffälligkeiten zeigten und gemeinsam mit ihren Kindern untersucht. 378 für die Bevölkerung Vorpommerns repräsentative Problemfamilien wurden so seit mittlerweile über zehn Jahren wissenschaftlich begleitet. Bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen zeigen sich globale 2- bis 12fache Risikoerhöhungen für die Ausbildung von Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere für Suchterkrankungen, aggressive Verhaltensauffälligkeiten, Impulsivität, delinquentes Verhalten und Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome (Barnow et al. 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007).

Das Risiko, später selbst psychisch zu erkranken, war besonders hoch, wenn ein Elternteil neben der Suchtproblematik zusätzlich eine dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwies. Auch ein sexueller Missbrauch vor dem 14. Lebensjahr und/oder eine gewalttätige Traumatisierung erhöhen dieses Risiko, ebenfalls eine Suchtstoffe konsumierende Peergruppe. Zudem stellt sich ein adipöses Übergewicht mit den dazu entsprechenden Hänseleerfahrungen als Risikofaktor heraus.

Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden 2006 nach entsprechender Vorarbeit in einem multimodalen Interventionsprogramm umgesetzt. Dieses Programm, umgesetzt in der Beratungsstelle Rückenwind der Universitätsmedizin Greifswald, wurde zunächst für zwei Jahre durch die Hanse-Yacht AG privat gesponsert. Konzept war es suchtgefährdete Jugendliche und ihre psychisch kranken und/oder suchtgefährdeten Eltern ein Beratungsangebot anzubieten, das sowohl psychologische Basisinterventionen, familientherapeutische Ansätze, psychologisch begleitete Praktika in den Werkstätten des Sponsors und aufsuchende Hilfen umfasst.

Die Beratungsstelle und die Mitarbeiter dieser sind durch vielfältige Kooperationen mit Trägern am Modellstandort Greifswald vernetzt, nehmen regelmäßig an Koordinationstreffen teil und sind auch in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Greifswalds/Vorpommerns eingebunden.

Diese sowohl wissenschaftliche als auch klinische Expertise zu dem Thema „Kinder psychisch kranker und/oder suchtgefährdeter Eltern“ leistet für das Gelingen des Modellprojekts einen wichtigen Beitrag und gab den ausschlaggebenden Anreiz zum Aufbau von diesem.

Auch am Modellstandort Schwerin befindet sich mit der Arbeiterwohlfahrt (AWO) ein Träger mit hoher Erfahrung zu dem Thema belasteter Eltern und gefährdeter Kinder. Zu den Aufgabenbereichen der AWO zählen neben Hilfen zur Lebensbewältigung auch Hilfen zur Erziehung. Diese umfassen das Frauenhaus, die Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt, Kinder- und Jugendberatung im Falle häuslicher Gewalt, den Kinder- und Jugendnotdienst, Kinderheime, betreutes Wohnen für Jugendliche ebenso wie ambulante

Familienhilfe. Zudem gehören sechs Kindertagesstätten, ein Hort für Kinder mit LRS, die Familienberatungsstätte und die Schwangerschaftsberatung zum Träger.

In der Familienberatungsstätte stehen seit 1990 Angebote für werdende Eltern und Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern zur Verfügung. Die Mitarbeiter/-innen verfügen über Kenntnisse und Erfahrungen zum Schutz des Kindeswohls, zur Risikoabschätzung und zum Agieren in Krisensituationen, vor allem auch bei Müttern mit Säuglingen und Kleinkindern.

Kooperationen sind in den vielen Jahren gewachsen. Die AWO ist das regionale Versorgungs- und Beratungsnetz hervorragend integriert und erfüllt somit ebenso wie die Universität Greifswald die Ansprüche an einen Modellstandort.

Das Modellprojekt selbst wurde mit diesem Erfahrungshintergrund auf zwei Ebenen geplant: zum einen mit einem praktischen Schwerpunkt, der das Herzstück des Projektes bildet, mit dem Hauptziel der Etablierung eines möglichst niedrigschwelligen Beratungsangebots für die Zielgruppe psychisch kranker Eltern mit Säuglingen oder Kleinkinder im Alter bis zu drei Jahren. Das Hauptziel des Projekts: sowohl kurz- als auch langfristig das Risiko von Kindeswohlgefährdung minimieren (siehe Tabelle 3). Zum anderen besitzt es einen forschungstheoretischen Charakter, in dem die Situation in Mecklenburg-Vorpommern genauer betrachtet und die Effekte der Interventionen in einem Prä-Post-Design evaluiert werden sollten.

Federführend für die Umsetzung des Praxisprojekts war für den Raum Greifswald die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald, für den Schweriner Raum die ortsansässige AWO. Das Forschungsprojekt wurde durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald begleitet. Durch diese segmentübergreifende Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatrie und Familienhilfe wurde ein erster Schritt zur Überwindung der in Deutschland herrschenden Schnittstellenproblematik bereits in der Planung Beachtung geschenkt.

Das Praxisprojekt enthielt vor allem individuelle Interventionen, zu denen neben psychologischen Beratungsgesprächen (Einzel- und Familiengesprächen) und Psychoedukation auch Eltern-Kind-Trainings und die Vermittlung der Familien in passende Helfersysteme gehörten. Diese Interventionen sollten eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der Eltern bewirken, die Eltern-Kind-Bindung stärken und sich positiv auf die Entwicklung des Kindes auswirken. Im Hinblick auf die Kinder stand der präventive Charakter des Modellprojektes somit im Vordergrund.

Neben diesen praktischen Überlegungen sollten durch das Projekt aber auch Erkenntnisse über Psychopathologie, über psychosoziale Hintergründe und über die Elternrolle psychisch kranker Menschen gesammelt werden. Zudem sollte das Forschungsprojekt die durch die individuell angepasste psychologische Beratung erlangten Interventionseffekte mit Hilfe etablierter Erhebungsinstrumente zur psychischen Symptomatik, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit in einem Prä-Post-Design auf Stabilität prüfen.

Außerdem wurde der Vernetzungsprozess im Hinblick auf Veränderungen des Versorgungssystems und der Versorgungszufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer evaluiert.

Da wie bei Künster (2010) berichtet, das Unterstützungsbedürfnis der Eltern von Informationen über Entwicklung, die Bedürfnisse und das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern bis hin zur gezielter Unterstützung und Anleitung oder spezifischen Interventionen reicht, wird ein Überblick über unterstützende Einrichtungen und Institutionen im Internet auf den Seiten der Beratungsstellen (www.medizin.uni-greifswald.de/psych/; www.awo-mv.de) kostenlos für Eltern zur Verfügung gestellt.

3.1 Ziele und Forschungsfragen des Modellprojekts

Da es sich bei dem Modellprojekt in erster Linie um ein Praxisprojekt handelt, dessen wesentliches Ziel es ist, praxisrelevante Ergebnisse zu gewinnen, die zukünftige Projekte im Bereich der „Frühen Hilfen“ für sich nutzen können, soll an dieser Stelle ein Überblick über die Projektziele und den wesentlichen Forschungsfragen des Modellprojekts gegeben werden, bevor die daraus herauskristallisierten psychologischen Hypothesen aufgezeigt werden sollen, die für diese Arbeit relevant sind.

Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Hintergründe begann im Juni 2008 das Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“. Neben der Erprobung von Interventionsbausteinen soll deren Wirksamkeit untersucht werden. Dabei wird Rücksicht auf diverse andere Einflussfaktoren, wie zum Beispiel das Alter der Mütter oder deren sozialer Hintergrund genommen.

Da innerhalb des Projektes durch die Schwellensenkung vor allem versucht wurde, die Familien zu erreichen, die bisher „durch das Netz“ fielen und trotz einer vorliegenden Notwendigkeit keine psychiatrische oder psychologische Hilfe in Anspruch genommen haben, hat es einen starken innovativen Charakter. Erkenntnisse über psychisch kranke Eltern, deren Probleme und Ressourcen hinsichtlich ihrer Elternrolle sollten gesammelt werden. Zudem sollte die Frage betrachtet werden, auf welchen Wegen es möglich ist, diese Familien zu erreichen und welche Hilfsangebote sinnvoll sind und tatsächlich als hilfreich empfunden werden. Dabei spielt auch die Vernetzung diverser Hilfesysteme eine wesentliche Rolle.

Die Tabellen 3 und 4 bieten Übersichten zu den Projektzielen und den betrachteten Forschungsfragen des Modellprojektes.

Tabelle 3: Ziele des Modellprojekts "Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern" - Ziele des Praxisprojekts

Schwerpunktziele	
1.	Verminderung der Kindeswohlgefährdung
2.	Etablierung eines möglichst niedrigschwelligen Angebots für die Zielgruppe psychisch kranker / suchtbelastete Mütter und Väter mit Säuglingen und/oder Kleinkinder im Alter von null bis drei Jahren
3.	Entwicklung von Interventionsbausteinen für Mütter/Väter, die externe Interventionen ablehnen bzw. bisher keine Hilfe angenommen haben
4.	Interdisziplinäres Vorgehen und Integration bestehender Versorgungsstrukturen
Teilziele	
5.	Angebote von Jugend- und Gesundheitshilfe systematisch miteinander koordinieren
6.	Entwicklung einer engen Zusammenarbeit innerhalb eines Netzwerkes aus Freien Trägern, Familiengericht, Arge, Wohnungsgesellschaften etc.
7.	Nutzen von Strukturen und Angeboten, um die frühzeitige Unterstützung und Förderung der Eltern, der Kinder und der Eltern-Kind-Beziehung zu optimieren
8.	Zugänge zu Hilfesystemen durch Netzwerkarbeit für Eltern optimieren
9.	Angebot von individuell angepasster psychologischer Beratung
10.	Vermittlung von entwicklungspsychologischem Wissen
11.	Stärkung des Selbstwertgefühls der Eltern
12.	Aufsuchendes Interventionsangebot zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen bei Familien mit Säuglingen und Kleinkindern
13.	Primär-präventives Wirken aus Sicht der Kinder, sekundär- bzw. tertiär-präventives aus Sicht der Eltern
14.	Entwicklung eines kommentierten psychosozialen Wegweisers, der für Betroffenen und für Mitglieder des Hilfesystems regional relevante Beratungs- und Behandlungsangebote zusammenfasst
15.	Evaluation der Ergebnisse

Tabelle 4: Forschungsfragen und -aufgaben des Modellprojekts "Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern" - Forschungsziele

Forschungsfragen/-ziele	
1.	Sammeln deskriptiver Daten zu dem Thema „Psychisch kranke und oder suchtbelastete (jugendliche) Eltern und ihre Kinder“ in Mecklenburg-Vorpommern
Erwachsene versus jugendliche Mütter	
2.	Unterscheiden sich jugendliche und erwachsene psychisch belastete Mütter in ihrem psychischen Gesundheitszustand?
3.	Gibt es Unterschiede hinsichtlich der psychosozialen Faktoren?
4.	Unterscheidet sich das Verhalten der Kinder voneinander?
Primäre versus sekundäre und tertiäre Prävention	
5.	Handelt es sich bei den Familien, die erreicht werden tatsächlich um primärpräventives Wirken?
6.	Führt eine Verbesserung der psychosozialen Situation der Eltern auch zu einer Verbesserung der Situation der Kinder?
Inanspruchnahme von Hilfe und Vernetzung von Versorgungsstrukturen	
7.	Welche Hilfen werden wie oft von den Familien genutzt?
8.	Gibt es einen Zusammenhang von Nutzungsintensität und Behandlungszufriedenheit bei den Familien?
9.	Wie gestaltet sich die Versorgungszufriedenheit?
10.	Wie gestaltet sich die Vernetzung innerhalb der Helfersysteme?
11.	Wie hoch ist die Vernetzungszufriedenheit unter der Kooperationspartnern?
Interventionseffekte	
12.	Sind die durchgeführten Interventionen wirksam?

3.2 Allgemeine Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung

Auf der Grundlage der in Kapitel 2 dargestellten Befunde zu psychisch kranken und jugendlichen Eltern und den Möglichkeiten, die sich aus dem Modellprojekt ergeben, werden folgende psychologische Hypothesen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betrachtet:

Psychologische Hypothese 1: Die Ausgangssituation von psychisch belasteten erwachsenen versus psychisch belasteten jugendlichen Müttern

Der Theorie entsprechend ist in beiden Interventionsgruppen (also sowohl in der Gruppe der erwachsenen als auch in der Gruppe der jugendlichen psychisch belasteten Mütter) zu erwarten, dass diese gegenüber der gesunden Referenzgruppe zu Interventionsbeginn stärker psychisch und psychosozial belastet sind. Zudem ist davon auszugehen, dass jugendliche Mütter durch die Kumulation von Problemen mehr Symptombelastungen aufweisen als die erwachsenen Mütter.

PH 1.1 Jugendliche und erwachsene psychisch belastete Mütter unterscheiden sich hinsichtlich psychosozialer Belastungen und Psychopathologie

- PH 1.1.1 Von den theoretischen Vorüberlegungen ausgehend, ist zu erwarten, dass beide Interventionsgruppen im Vergleich zur gesunden Referenzgruppe von einem größeren Ausmaß psychischer Symptombelastungen berichten.
- PH 1.1.2 Die Probandinnen der Interventionsgruppen weisen schlechtere psychosoziale Bedingungen (Partnerschaftliche Situation, finanzielle Lage, Bildungs- und Berufsstand, soziale Unterstützung) als die

Probandinnen der gesunden Referenzgruppe auf.

- PH 1.1.3 Sowohl die psychische Erkrankung als auch das jugendliche Alter von Eltern führen zu sozialer Isolation. Wie in der Literatur beschrieben, führt die Elternrolle junger Mütter aber zu einer größeren sozialen Isolation als bei erwachsenen Müttern, da die Unterstützung der Peergruppe wegfällt. Jugendliche Mütter weisen somit geringere Werte wahrgenommener sozialer Unterstützung als erwachsene Mütter auf. Zudem berichten die jugendlichen Mütter auch von einer höheren Belastung hinsichtlich der anderen erhobenen psychosozialen Faktoren (Bildungsniveau, Familienstand, finanzielle Situation).
- P.H 1.1.4 Jugendliche Mütter berichten eine höhere aktuelle Symptombelastung als erwachsene Mütter.

PH 1.2 Jugendliche und erwachsene psychisch belastete Mütter unterscheiden sich hinsichtlich der Belastungen durch die Elternrolle und in der Familienfunktionalität

- PH 1.2.1 Die Familienfunktionalität ist bei beiden Interventionsgruppen im Vergleich zu der Referenzgruppe geringer, während die elterliche Belastung höher ist. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen beiden Konstrukten. Gleichzeitig gilt: je ausgeprägter die aktuelle Symptombelastung der Mutter, je höher auch die elterliche Stressbelastung.
- PH 1.2.2 Da bei den jugendlichen Müttern psychische Belastungen und erhöhte psychosoziale Belastungen aufeinander treffen, sollten sie höhere Belastungswerte durch die Elternrolle aufzeigen.
- PH 1.2.3 Die Familienfunktionalität ist durch die noch nicht abgeschlossene Persönlichkeitsentwicklung bei jugendlichen Müttern labiler als bei erwachsenen Müttern. Sie beschreiben also deutlich mehr

Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität als erwachsen Mütter.

PH 1.3 Das Verhalten der Kinder sowie die Interaktion mit den Kindern unterscheidet sich zwischen den Gruppen

- PH 1.3.1 Laut Literatur zeigen die Kinder der Interventionsgruppen größere Auffälligkeiten als die der Referenzgruppe. Gleichzeitig ist zu vermuten, dass je höher die elterliche Belastung ist, desto größer sind die kindlichen Auffälligkeiten. Ebenso gibt es einen Zusammenhang von kindlichem Verhalten und Familienfunktionalität: Je mehr Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität beschrieben werden, je auffälliger werden die Kinder in ihrem Verhalten beschrieben.
- PH 1.3.2 Das Verhalten der Kinder jugendlicher Mütter wird als deutlich auffälliger beschrieben als das Verhalten der Kinder erwachsener Mütter.
- PH 1.3.3. Den bisherigen Vorüberlegungen folgend ist davon auszugehen, dass hohe psychische Belastungen und große Schwierigkeiten in der emotionalen Selbstregulation der Mutter, verminderte Familienfunktionalität, schlechtere psychosoziale Bedingungen und erhöhte elterliche Belastung zu auffälligem kindlichen Verhalten führt.

Psychologische Hypothese 2: Primäre versus sekundäre und tertiäre Prävention und Interventionseffekte

Bezugnehmend auf die Teilnehmerinnen sollte die Intervention eine sekundäre Prävention darstellen, das heißt, es ist von einer Verbesserung der Symptomatik auszugehen.

Aus der Sicht der Kinder stellt primäre Prävention ein zentrales Thema des Modellprojekts dar. Hierfür ist es aber notwendig herauszufinden, ob die genutzten Interventionen

tatsächlich primär-präventiv wirken. Dies würde bedeuten, dass die Kinder zu Beginn der Intervention tatsächlich noch unbelastet sind. Andernfalls handelt es sich aus dem Blickwinkel der Kinder wie bei ihren Eltern auch um Sekundär- bzw. Tertiärprävention. Mithilfe von Fragebögen zum Verhalten der Kinder soll diese Frage beantwortet werden. Sollten die Interventionen primär-präventiv wirken, sollten die Kinder zum Zeitpunkt der Intervention noch unauffällig und im Normbereich der ermittelten Skalen zu finden sein.

Zudem ergibt sich aus den theoretischen Vorüberlegungen, dass sich eine Verbesserung des Wohlbefindens der Eltern positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken sollte. Eine Verbesserung der psychischen und psychosozialen Situation der Mutter sollte also zu einem beständigen Wohlbefinden der Kinder oder zu einer Verbesserung dieses führen. Dieses sollte anhand des Verhaltens des Kindes sichtbar werden.

PH 2.1 Veränderung von psychosozialen und psychopathologischen Variablen

- PH 2.1.1 Die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppen weisen sechs Monate nach Interventionsbeginn im Vergleich zum ersten Untersuchungszeitpunkt eine reduzierte aktuelle Symptombelastung auf. Auch das vom Experten determinierte Funktionsniveau verbessert sich ebenso wie die Alexithymiewerte.

- PH 2.1.2 Im Vergleich zum Interventionsbeginn berichten die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe zum zweiten Erhebungszeitpunkt von einer höheren wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Es wird von einem Zusammenhang von verbesserter sozialer Unterstützung und geringerer Symptombelastung ausgegangen.

- PH 2.1.3 Die jugendlichen Mütter profitieren stärker von den Interventionen als die erwachsenen Mütter und berichten von einer höheren Symptomreduktion.

- PH 2.1.4 Zudem berichten sie auch von einem höheren Zuwachs an sozialer Unterstützung als die Gruppe der erwachsenen Mütter.

PH 2.2 Veränderung der Familienfunktionalität und elterlichen Belastung

- PH 2.2.1 Die elterliche Stressbelastung ist sechs Monate nach Interventionsbeginn in beiden Interventionsgruppen geringer als zu Beginn der Untersuchung, während die Familienfunktionalität sich in beiden Gruppen verbessert, es werden also weniger Probleme innerhalb der Familie berichtet.
- PH 2.2.2 Es wird von einer stärkeren Verbesserung hinsichtlich der elterlichen Belastung und der Familienfunktionalität bei jugendlichen Müttern ausgegangen.

PH 2.3 Veränderungen im Verhalten bzw. in der Psychopathologie der Kinder

- PH 2.3.1 Das Verhalten der Kinder der Teilnehmerinnen zeigt keine Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten bzw. es werden sogar geringere Verhaltensauffälligkeiten beschrieben.
- PH 2.3.2 Die Verbesserungen hinsichtlich der aktuellen Symptombelastung, der sozialen Unterstützung, der Familienfunktionalität und der elterlichen Belastungen bei den Müttern haben positive Effekte auf das Verhalten der Kinder.

Psychologische Hypothesen 3: Inanspruchnahme von Hilfe

Da es in Mecklenburg-Vorpommern, wie zuvor beschrieben, eine inadäquate Inanspruchnahme von Hilfe im Gesundheitssektor gibt, soll dargestellt werden, welche Hilfen von den Familien bereits genutzt werden und in welchen Bereichen Lücken zu finden sind. Zudem soll die Versorgungszufriedenheit der Teilnehmerinnen erfasst werden.

PH 3.1 Die untersuchten Gruppen unterscheiden sich in der Nutzungsintensität

- PH 3.1.1 Die Mütter der Referenzgruppe haben weniger Kontakte zu Hilfeeinrichtungen als die Mütter der Interventionsgruppen.
- PH 3.1.2 Während die erwachsenen Mütter mehr Kontakte zu Einrichtungen des Gesundheitssystems haben, haben die jugendlichen Mütter eher Kontakte zu Einrichtungen der Jugendhilfe.
- PH 3.1.3 Es besteht ein Zusammenhang von wahrgenommener sozialer Unterstützung und Nutzungsintensität.

PH 3.2 Die untersuchten Gruppen unterscheiden sich in der Zufriedenheit mit den Hilfsangeboten

- PH 3.2.1 Die Teilnehmerinnen der Referenzgruppe sind mit denen durch sie aufgesuchten Hilfsangeboten zufriedener als die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe.
- PH 3.2.2 Innerhalb der Gruppe der erwachsenen Mütter herrscht eine höhere Behandlungszufriedenheit als innerhalb der Gruppe jugendlicher Mütter.
- PH 3.2.3 Es besteht ein Zusammenhang zwischen Nutzungsintensität und Nutzerzufriedenheit. Ebenso besteht ein Zusammenhang von wahrgenommener sozialer Unterstützung und Nutzerzufriedenheit.

Psychologische Hypothese 4: Vernetzungen von Versorgungsstrukturen

Primäre, sekundäre und auch tertiäre Prävention für Familien mit einem psychisch kranken Mitglied fallen in den Aufgabenbereich der Jugendhilfe aber auch in den der Psychiatrie und in den der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Nicht selten benötigen Kinder und Eltern gleichzeitig Unterstützung oder gar Behandlung. Bei der Betrachtung der

Versorgungsstrukturen soll auch die Vernetzung unter den verschiedenen Institutionen erfasst werden. Ausgehend von der zuvor beschriebenen Schnittstellenproblematik gerade zwischen diesen Systemen ist anzunehmen, dass gelingende Netzwerke nur innerhalb eines Sektors bestehen.

PH 4.1 Vernetzung von Hilfesystemen zu Beginn des Modellprojektes

- PH 4.1.1 Die verschiedenen Helfersysteme aus den unterschiedlichen Segmenten (Gesundheitswesen und Jugendhilfe) weisen zum Beginn des Modellprojektes nur wenige Schnittpunkte in ihrer Arbeit auf.
- PH 4.1.2 Die verschiedenen Helfersysteme weisen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem anderen Hilfesegment zu Projektbeginn nur geringe Zufriedenheit auf.

PH 4.2 Zwölf Monate nach Projektbeginn zeigen sich Verbesserungen hinsichtlich der Vernetzung.

- PH 4.2.1 Zwölf Monate nach Projektbeginn finden häufiger Kontakte zwischen den einzelnen Segmenten der Hilfssysteme statt.
- PH 4.2.2 Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ist im Vergleich zum Projektbeginn zwölf Monate später gestiegen.

Teil II: Methodik

4. Methoden der vorliegenden Untersuchung

4.1 Stichprobenbeschreibung

Bei den in die Untersuchung miteinbezogenen Probanden handelt es sich um Eltern mit Kindern im Alter zwischen der Geburt bis drei Jahren, die über diverse Wege Zugang zum Projekt bekamen (siehe Tabelle 5). Zugangsbedingung war, dass die Vermittler (Hebammen, Träger der Jugendhilfe etc.) psychische Auffälligkeiten bei einem Elternteil feststellten. Bei einigen Probanden handelt es sich um Selbstmelder, die von eigener psychischer Belastung berichteten und die individuelle psychologische Beratung nutzen wollten und eine Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung bzw. eine Verringerung der Risikofaktoren für die Entwicklung ihres Kindes im Fokus hatten.

Tabelle 5: Zugangswege zum Modellprojekt

	Anzahl in %	Absolute Anzahl
Jugendamt	15,4	18
Träger der Jugend-/Familienhilfe	52,1	61
Psychiatrie/Psychologe (Klinik oder niedergelassen)	12,8	15
Kinder-/Allgemeinärzte	5,1	6
Hebammen/Geburtskliniken	2,6	3
Eigenmotivation	12	14
Gesamt	100	117

Aufgrund der geringen Anzahl untersuchter Väter (n = 9) werden diese in den folgenden Darstellungen nicht weiter berücksichtigt (Tabelle A1 im Anhang gibt einen deskriptiven

Überblick zu den Vätern).

Die Probandinnen wurden in zwei Gruppen eingeteilt: zum einen die Gruppe erwachsener Mütter, die bei der Geburt ihres ersten Kindes mindestens 20 Jahre alt waren und die Gruppe der jugendlichen Mütter, die bei der Geburt ihres ersten Kindes jünger als 20 Jahre alt waren.

Zusätzlich zu den psychisch belasteten Eltern wurde eine Referenzgruppe aus gesunden Müttern untersucht, um die erhaltenen Ergebnisse besser interpretieren zu können. Diese meldeten sich auf öffentliche Aushänge oder wurden durch die Vermittlung Dritter (vor allem von freien Trägern der Jugendhilfe) für die Teilnahme an der Untersuchung motiviert.

Aus ethischen Gründen war es nicht möglich, Daten einer klassischen Kontrollgruppe (Wartekontrollgruppe oder Treatment As Usual) zu bilden. Alle Eltern, auch jene, die die Teilnahme an der Studie ablehnten, erhielten auf Wunsch eine Intervention (z. B. psychologische Beratung oder Vermittlung in passende Hilfeeinrichtungen) auch wenn eine aktive Teilnahme an der Untersuchung abgelehnt wurde.

4.2 Messinstrumente

Um umfassende und aussagefähige Daten zu erlangen, wurde ein multimodales Vorgehen zur Datenerhebung angewendet. Neben diversen klassischen Selbstratings sind auch Fremdratings und Interviewverfahren zum Einsatz gekommen, mit deren Hilfe Aussagen zur psychischen Symptomatik und zu psychosozialen Faktoren getroffen werden können. In allen Subgruppen wurden identische Messinstrumente verwendet. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die genutzten Instrumente.

Tabelle 6: Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumente

Variable	Verfahren
Demographie	
Alter Geschlecht Familienstand Bildungsstand berufliche Situation finanzielle Situation	Fragebogen zur Demographie
Psychopathologie	
Achse-I-Störungen	Diagnostisches Expertensystem für Psychiatrische Störungen (DIA-X; Wittchen 1997)
Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit	„Strukturierten Interviews zur Genetik von Alkoholismus“ (SIGA, Bucholz et al. 1994)
Symptombelastung	Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R, Franke 1995) 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala (TAS 20, dt. Version: Bagby et al. 1994)
Funktionsniveau	Global Assessment of Functioning (GAF; APA 1994)
Psychosoziale Variablen	
Soziale Unterstützung	Fragebogen zur sozialen Unterstützung K-14 (FSozU K14, Fydrich et al. 2007)
Elterliche (Stress-)Belastung	Parental Stress Scale (PSS, Berry & Jones 1995)
Kindliches Verhalten	
Verhaltensauffälligkeiten chronische Erkrankungen	Child Behavior Checklist 1½ – 5 (CBCL, Achenbach & Rescorla 2000)
Vernetzungen	
Kontakthäufigkeiten zu Hilfeeinrichtungen Zufriedenheit mit Hilfe	Fragebogen zu Kontakthäufigkeiten und Zufriedenheit mit Hilfeeinrichtungen
Vernetzungen	Fragebogen zur Vernetzung

4.2.1 Demographie

Von allen Probanden wurden anhand eines von der Arbeitsgruppe selbst entwickelten Fragebogens (sozio-)demographische Variablen erhoben. Diese beziehen sich neben Angaben zu Alter, Familienstand etc. auch auf Ausbildungs- und Berufsstand und die finanzielle Situation, so dass Aussagen zum sozialen Status gemacht werden können.

4.2.2 Symptombelastung und Psychopathologie

Um die aktuelle physische und psychische Symptombelastung der Probandinnen zu erfassen, wurde die **Symptom-Checkliste (SCL-90-R)** von Derogatis (deutsche Version: Franke 1995) genutzt. Dieses Selbstratinginstrument wird bereits seit den 70er Jahren zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und psychische Symptome innerhalb der vorangegangenen sieben Tage eingesetzt. Aus den Rohdaten von 83 der 90 Items werden neun Skalen und drei globale Kennwerte errechnet, die einen Überblick über die aktuelle psychische Belastung des Probanden abbilden. Die Skalen stellen folgende Bereiche dar:

- Somatisierung: einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen
- Zwanghaftigkeit: Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit im Sozialkontakt: leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl der völligen persönlichen Unzulänglichkeit
- Depressivität: Traurigkeit bis hin zu schwerer Depression
- Ängstlichkeit: körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst
- Aggressivität / Feindseligkeit: Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligem Aspekt

- Phobische Angst: leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zu massiver phobischer Angst
- Paranoides Denken: Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken
- Psychotizismus: mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose.

Die drei globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items:

- GSI (global severity index): Messung der grundsätzlichen psychischen Belastungen
- PSDI (positive symptom distress index): Messung der Intensität der Antworten
- PST (positive symptom total): Anzahl aller Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Der „Global Severity Index“ (GSI), der als Mittelwert über alle Items berechnet wird, gilt als allgemeines Maß der psychopathologischen Beeinträchtigung.

Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt etwa 10 bis 15 Minuten in Anspruch. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark vorhanden“ (4).

Die Konstruktvalidität konnte an 1002 ambulanten psychiatrischen PatientInnen sehr gut bestätigt werden. Die interne Konsistenz konnte für alle neun Faktoren bestätigt werden. Sie reicht von $r_{tt} = 0.80$ (paranoides Denken) bis zu $r_{tt} = 0.90$ (Depressivität). Der GSI gilt mit einer internen Konsistenz von $\alpha = 0.84$ bis $\alpha = 0.98$ als besonders hoch.

Auch die deutsche Version des SCL-90-R von Franke (1995) weist gute Gütekriterien auf und kann sowohl zur Diagnostik als auch zur Verlaufsmessung herangezogen werden.

Zusätzlich wurde mit dem **„Diagnostischen Expertensystem für psychische Störungen“ (DIA-X; Wittchen 1997)** ein strukturiertes Interview eingesetzt, das hinsichtlich der Achse-I-Klassifikation die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen

der Probanden erfasst. Das DIA-X ist die erweiterte Version des „Composite Diagnostic Interviews“ (CIDI) und erfasst die häufigsten Störungen des Jugend- und Erwachsenenalters (14-65 Jahre). Die Forschungskriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-19, Dilling et al. 2000) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, APA 1994) stellen die Grundlage der Diagnosevergabe dar. Das Interview besteht aus folgenden 16 Bereichen:

- Sektion A: Demographie
- Sektion B: Störungen durch Tabak
- Sektion C: Somatoforme und dissoziative Störungen
- Sektion D: Phobien und andere Angststörungen
- Sektion E: Depressive Störungen und Dysthymie
- Sektion F: Manie und bipolare affektive Störungen
- Sektion G: Schizophrenie und andere psychotische Störungen
- Sektion H: Essstörungen
- Sektion I: Störungen durch Alkohol
- Sektion K: Zwangsstörungen
- Sektion L: Drogenmissbrauch und Abhängigkeit
- Sektion M: Organisch bedingte psychische Störungen
- Sektion N: Posttraumatische Belastungsstörung
- Sektion P: Interviewbeobachtungen
- Sektion Q: Abschlussfragen und Fragebögen
- Sektion X: Interviewbeurteilung.

Die Fragen sind dem Interviewer vollständig vorgegeben. Es handelt sich um Fragen nach möglichen Symptomen, psychosozialen Einschränkungen und gegebenenfalls der Verläufe dieser. Es werden jeweils das erste (ONSET) und das letzte (RECENCY) Auftreten des Symptoms sowie das Lebensalter zum Zeitpunkt des Auftretens der Symptome (ALTER ONS) erfasst. Sprungregeln können das Interview verkürzen. Insgesamt sollte aber ungefähr eine Stunde zur Durchführung des DIA-X eingeplant werden. Die Auswertung erfolgt computergestützt und ergibt DSM-IV- und ICD-10-kompatible Klassifikationscodes.

Die Testgütekriterien des DIA-X wurden von den Autoren hinreichend geprüft. Hinsichtlich der Symptominformationen und der zeitbezogenen Informationen lassen sich hohe bis sehr hohe Interreliabilitäten (0.81-1.00) feststellen. Für die diagnostische Entscheidung liegen die Koeffizienten zwischen 0.82 und 0.98. Die Test-Retest-Reliabilität ergab Werte zwischen $\kappa = 0.49$ (undifferenzierte somatoforme Störung) und $\kappa = 0.92$ (Panikattacken). Für die Validität konnten Werte von $\kappa = 0.39$ (psychotische Störung) bis $\kappa = 0.82$ (Panikattacken) ermittelt werden.

Die Sektion I (Störungen durch Alkohol) wurde durch eine Screening-Version des „**Strukturierten Interviews zur Genetik von Alkoholismus**“ (**SIGA**) ersetzt. Bei der verwendeten Form handelt es sich um eine adaptierte und verkürzte Form der Substanzgebrauchssektion des SIGAs, die alle wichtigen Diagnoseschwerpunkte erfragt. Beim SIGA handelt es sich um die deutsche Übersetzung des SSAGA (Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism; Bucholz et al. 1994). Mit Hilfe dieses strukturierten Interviews werden Alkohol- und Drogengebrauch und deren Konsequenzen erfasst. Beispielsweise werden die Probanden gefragt, ob es Probleme im Alltag aufgrund von Alkohol gab und wie oft diese auftraten. Auch auf körperliche oder seelische Probleme aufgrund des Alkoholkonsums wird eingegangen.

Die Interrater-Reliabilität für die Alkoholmissbrauchs- und Alkoholabhängigkeitsdiagnose ist nach Untersuchungen von Bucholz et al. (1994) als gut einzuschätzen (Missbrauch: $\kappa = 0.74$, Abhängigkeit: $\kappa = 0.84$).

Ergänzend kam mit dem „**Global Assessment of Functioning**“ (**GAF**; APA 1994) ein Expertenrating zum Einsatz, welches das Funktionsniveau der Probanden und damit die

Beeinträchtigung durch die psychischen Belastungen erfasst. Sie wurde erstmals 1989 von der American Psychiatric Association vorgelegt und basiert auf der Achse V des DSM-IV.

Die GAF-Skala kann insbesondere dazu dienen, die umfassenden Aussagen über die klinische Entwicklung der Probanden anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Die Instruktionen geben vor: „Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden“. Die Bewertung der GAF-Skala bezieht sich auf den aktuellen Zeitpunkt (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung); somit spiegelt der Skalenwert das augenblickliche Funktionsniveau und damit auch den aktuellen Bedarf an Behandlung und Fürsorge wider.

Eine Skala von 100 („Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten...“) bis 1 („Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen“) bildet ein hypothetisches Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit ab:

- 100-91: Optimale Funktion in allen Bereichen
- 90-81 : Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
- 80-71 : Höchstens leichte Beeinträchtigungen
- 70-61 : Leichte Beeinträchtigung
- 60-51 : Mäßig ausgeprägte Störung
- 50-41 : Ernsthafte Beeinträchtigung
- 40-31 : Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- 30-21 : Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- 20-11 : Selbst- und Fremdgefährlichkeit
- 10-1 : Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

- 0 : Unzureichende Information

Die Einschätzung erfolgt über den Interviewer, der einen einzelnen Wert festlegt, der das Funktionsniveau am besten wiedergibt.

Die Untersuchungen hinsichtlich der Gütekriterien ergaben zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse. So wurden in verschiedenen Studien Reliabilitätswerte von 0.61 bis 0.91 festgestellt. Zudem unterscheidet der GAF zuverlässig zwischen Patienten mit und solchen ohne Persönlichkeitsstörungen (First et al. 1995).

Zusätzlich wurde mit der 20-Item **Toronto-Alexithymie-Skala 20 (TAS 20)**, dt. Version: Bagby et al. 1994) ein Selbstrating genutzt, welches als das am meisten verbreitete und akzeptierteste Alexithymieinstrument gilt. Der Proband wird gebeten auf einer Fünf-Punkte-Likert-Skala denjenigen Punkt zu wählen, der die eigene Einstellung am besten widerspiegelt. Die Skala reicht von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 5 („trifft vollständig zu“). Das Ergebnis wird zu einem Gesamtsummenwert in einem Rahmen von 20 bis 100 berechnet. Die von Bagby et al. (1994) angegebenen Cut-off-Werte zur Entscheidung liegen bei TAS 20 Score ≥ 61 (alexithym) bzw. TAS 20 Score: ≤ 51 (nicht alexithym).

Mit ihren 20 Items misst die TAS 20 zudem drei unterschiedliche Faktoren, die den Hauptmerkmalen der Alexithymie zugeordnet werden können:

- Faktor 1: Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen und der Diskrimination körperlicher Sensationen
- Faktor 2: Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen
- Faktor 3: Extern orientierter Denkstil

Mehrere Studien konnten diese Drei-Faktoren-Struktur, die mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse der TAS 20-Rohdaten extrahiert wurde, replizieren (Bach et al. 1996; Loas et al. 2001; Pandley et al. 1996). Bagby et al. (1994) konnten eine zufriedenstellende interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0.81$) und Test-Retest-Reliabilität ($r = 0.77$; $p < 0.01$) für die TAS 20 belegen.

Die von Bagby, Taylor und Parker (1994) entwickelte deutsche Version der TAS 20, wurde von Bach et al (1996) testtheoretisch geprüft. Sie fanden vergleichbare interne Konsistenz ($\alpha = 0.70$) zur englischen Version. Zudem stellten sie einen Split-Half-Reliabilitätskoeffizienten von $r = 0.69$ (für eine nicht-klinische Population) und $r = 0.76$ (für die klinische Population) fest; die Test-Retest-Reliabilität lag bei $r = 0.71$. Auch die Drei-Faktoren-Struktur ließ sich anhand der konfirmatorischen Faktorenanalyse nachweisen.

4.2.3 Psychosoziale Faktoren

Als eine der wichtigsten Ressourcen zur Bewältigung psychischer Belastungen aber auch zur Erfüllung der Elternrolle gilt soziale Unterstützung (z.B. Antonovsky 1979; Feger & Auhagen 1987). Soziale Unterstützung besteht primär aus subjektiv wahrgenommener und/oder antizipierter Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk und ist das Ergebnis kognitiv-emotionaler Verarbeitung und Bewertung sozialer Interaktion (Fydrich et al. 2009). Das zugrunde liegende Konzept der sozialen Unterstützung geht auf die kognitiven Ansätze zurück und beschreibt die subjektive Überzeugung, Unterstützung aus dem vorhandenen sozialen Netzwerk zu erhalten oder von den Ressourcen dieses Netzwerkes zählen zu können, sollte ein Bedarfsfall eintreten (Fydrich et al. 2009).

Mit Hilfe des **Fragebogens zur sozialen Unterstützung K-14 (FSozU K14)**, Fydrich et al. 2007) wurde erhoben, inwieweit sich die Mütter sowohl emotional als auch praktisch unterstützt und sozial integriert fühlen. Erstmals wurde der Fragebogen für Soziale Unterstützung bereits 1987 bzw. 1989 vorgelegt (Fydrich et al. 1997; Sommer & Fydrich 1989). Mittlerweile liegt er in drei Fassungen vor: die Standardform mit 54 Items, eine Kurzform mit 22 Items und eine Kurzform mit 14 Items. Während die Standardform und die Kurzform mit 22 Items die Dimensionen „emotionale Unterstützung“, „praktische Unterstützung“ und „soziale Integration“ einzeln erfasst, bietet die in dieser Untersuchung genutzte Kurzform mit 14 Items einen Überblick über die allgemein wahrgenommene soziale Unterstützung.

Die Probanden werden gebeten auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = „trifft nicht zu“ bis 5

= „trifft genau zu“) einzuschätzen, wie sehr die jeweilige Aussage auf sie zutrifft. Inhaltlich beziehen sich die Fragen auf Bereiche der emotionalen Unterstützung (wie von anderen gemocht werden oder Gefühle teilen zu können), der sozialen Integration (wie zu einem Freundeskreis gehören) und praktische Unterstützung (wie Entlastung bei Alltagsproblemen). Durch die geringe Anzahl der Items ist der F-SozU K14 ein sehr ökonomisches Instrument. Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt zwei bis sechs Minuten in Anspruch.

Für die Auswertung wird ein Summenwert gebildet. Um fehlende Werte auszugleichen wird dieser dann durch die Anzahl der beantworteten Items dividiert. Der so entstandene Skalenwert kann dann zur Auswertung herangezogen werden. Die Autoren geben zudem Prozentränge für die Interpretation der erhaltenen Werte an (Tabelle 7; Fydrich et al. 2009).

Tabelle 7: Normen des Skalenwertes des F-SozU K14 (nach Fydrich et al. 2009)

SW	PR	SW	PR	SW	PR
1.00-1.99	< 1	3.29-3.35	17	4.21-4.28	65
2.00-2.06	1	3.36-3.42	18	4.29-4.35	69
2.07-2.35	2	3.43-3.49	21	4.36-4.42	72
2.36-2.49	3	3.50-3.56	23	4.43-4.49	76
2.50-2.63	4	3.57-3.63	27	4.50-4.56	79
2.64-2.70	5	3.64-3.70	30	4.57-4.61	81
2.71-2.85	6	3.71-3.78	33	4.62-4.63	82
2.86-2.92	7	3.79-3.85	37	4.64-4.70	84
2.93-2.99	9	3.86-3.92	41	4.71-4.78	87
3.00-3.06	10	3.93-3.99	45	4.79-4.85	89
3.07-3.13	12	4.00-4.06	53	4.86-4.92	91
3.14-3.20	13	4.07-4.13	57	4.93-4.99	93
3.21-3.28	15	4.14-4.20	61	5.00	≤99

SW = Skalenwert, PR = Prozentrang

Die Normierung des F-SozU K14 (Fydrich et al. 2009) ergab sehr gute Ergebnisse für interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0.94$) und Test-Retest-Reliabilität nach 7 Tagen ($r = 0.96$). Der Mittelwert der Skala in der Normierungsstichprobe lag bei 3.97 bei einer Standardabweichung von 0.68. Die Trennschärfe der einzelnen Items konnte nachgewiesen werden. Der F-Soz U K14 gilt vor allem für die unteren Bereiche als sehr

trennscharf.

Im Rahmen der Validitätsprüfung konnten Ergebnisse anderer Studien (Berth et al. 2005; Bilsky & Hosser 1998; Franke 2002) und die der beiden anderen Versionen des F-Soz U (Fydrich et al. 2007) repliziert werden. So zeigte sich, dass Männer sich signifikant weniger sozial unterstützt fühlen. Neben dem Geschlecht scheinen auch diverse psychosoziale Faktoren einen wesentlichen Einfluss zu haben: Menschen mit Hochschulabschluss berichten zum Beispiel von mehr wahrgenommener sozialer Unterstützung als diejenigen ohne Hochschulabschluss. Gleiches gilt im Vergleich von Berufstätigen und Arbeitslosen. Ebenso fühlen sich Menschen mit Partnerschaft unterstützter als solche, die alleine leben. Für psychische Erkrankungen bzw. Belastungen konnte ein negativer Zusammenhang festgestellt werden: Je höher die psychische Belastung je niedriger die wahrgenommene soziale Unterstützung.

Um die Familienfunktionen einzuschätzen und somit Stärken und Probleme der untersuchten Familien zu erheben, wurde der **Allgemeine Familienfragebogen (FB-A)** von Cierpka & Frevert (1994) eingesetzt. Der FB-A ist einer von drei Selbstratings der Familienbögen (Cierpka & Frevert, 1994). In ihm wird die Familie als System fokussiert. Neben dem Allgemeinen Familienbogen werden auch der Zweierbeziehungsbogen (FB-Z), der eine dyadische Beziehung betrachtet, und der Selbstbeurteilungsbogen (FB-S), der die Funktion des einzelnen Familienmitglieds untersucht, zur Verfügung gestellt.

Die Familienbögen, die eigens für die Familiendiagnostik und Familientherapie entwickelt wurden, treffen Aussagen zur Familienfunktionalität in sieben Bereichen:

- Aufgabenerfüllung (AE): Erfüllung von grundlegenden, entwicklungsorientierten und krisenbezogenen Aufgaben,
- Rollenverhalten (RV): Differenzierung und Ausübung von unterschiedlichen Rollen,
- Kommunikation (KOM): Kommunikation von wesentlichen Informationen,

- Emotionalität (E): Äußerung von Affekten,
- Affektive Beziehungsaufnahme (AB): Ausmaß und Qualität des Interesses, dass Familienmitglieder aneinander haben,
- Kontrolle (K): Prozess, durch den sich Familienmitglieder gegenseitig beeinflussen,
- Werte und Normen (WN): kulturelle Bedingungen und Einflüsse des Familienhintergrundes.

Zusätzlich werden mit den Skalen „Soziale Erwünschtheit“ (SE) und „Abwehr“ (A) zwei Kontrollskalen erfasst, um die erhaltenen Daten besser interpretieren zu können. Zudem liegen Referenzwerte für fünf lebenszyklische Phasen vor:

1. Die werdende Familie: Paare, die ihr erstes Kind erwarten;
2. Die Familie mit einem Säugling: Paare nach der Geburt des ersten Kindes;
3. Familien mit jüngeren Kindern: ältestes Kind im Haushalt 1 bis 11 Jahre;
4. Familien mit Kindern in der Pubertät und Adoleszenz;
5. Paare in der Lebensmitte nach Auszug der Kinder.

Bei den Referenzwerten wurde differenziert zwischen Kindern, Müttern und Vätern.

Bei der Auswertung werden die Itemwerte der jeweiligen Unterskalen zu Rohwerten summiert. Die Summe der Rohwerte der sieben Unterskalen bildet dann einen Gesamtsummenwert. Für eine bessere Interpretation der Daten können diese dann in T-Werte umgerechnet werden. Alle T-Werte zwischen 40 und 60 gelten als Normbereich. T-Werte unter 40 werden als Stärken der Familienfunktionalität interpretiert; T-Werte über 60 als problematischer Bereich.

Für die Bearbeitung der 40 Items des Allgemeinen Familienbogens, die mithilfe einer vierstufigen Likertskala von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ beantwortet werden, sollten durchschnittlich sieben Minuten eingeplant werden.

Die Reliabilitätswerte liegen zwischen 0.51 und 0.75 und sind somit zufriedenstellend. Die Validität konnte in verschiedenen Studien belegt werden.

Ein weiteres wichtiges Konstrukt der vorliegenden Untersuchung ist das der elterlichen (Stress-)Belastung. Stadelmann et al. (2010) definieren elterliche Stressbelastung als „jene subjektiv erlebte Belastung eines sozialen Elternteiles, welche direkt auf die Betreuung, Pflege und Erziehung eines oder mehrerer Kinder aber auch auf die elterliche und gesellschaftliche Verantwortung für die Kinder zurückzuführen ist“.

Trotz zunehmender Bedeutung dieses Konstrukts liegen im deutschsprachigen Raum bisher vergleichsweise nur wenige Instrumente zur Erfassung dieses umfangreichen Konstrukts vor, weswegen es in vielen Studien mit nur wenigen Fragen operationalisiert wird (Stadelmann et al. 2010; Wille et al. 2008). In der vorliegenden Untersuchung wurde elterlicher Stress durch die deutsche Fassung der von Berry und Jones (1995) entwickelten **Parental Stress Scale (PSS)** erhoben.

Dieser Fragebogen gilt mit seinen 18 Items als sehr ökonomisch, umfasst gleichzeitig dennoch mehrere Bereiche der subjektiv wahrgenommenen elterlichen Stressbelastung und unterscheidet zwischen positiven und negativen Aspekten der Elternschaft. Zu den positiven Aspekten werden emotionale Zugewinne, persönliche Weiterentwicklung und Selbstbereicherung gezählt (z.B. „Ich genieße es Zeit mit meinem Kind/meinen Kindern zu verbringen.“). Als negativ gelten Zusatzkosten, erhöhte Belastungen und andere Einschränkungen (z.B. „Ich fühle mich meiner Verantwortung als Elternteil nicht gewachsen“).

Die Probanden werden gebeten, auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1 („stimmt überhaupt nicht“) bis 5 („stimmt genau“) einzuschätzen, wie sehr das jeweilige Item für sie zutrifft.

Zur Auswertung dient die Gesamtskala „elterlicher Stressbelastung“, also der Summenwert aller 18 Items.

Die Überprüfung der Testgütekriterien der amerikanischen Originalversion der Parental Stress Scale erbrachte für die Interne Konsistenz mit $r = 0.83$ (Cronbach's Alpha) und für die Test-Retest-Reliabilität mit $r = 0.81$ ausreichend zufriedenstellende Werte (Berry & Jones 1995). Zudem konnte durch eine Diskriminanzanalyse festgestellt werden, dass die

PSS in der Lage ist, zwischen normal entwickelten Kindern und Kindern mit Verhaltens- oder Entwicklungsproblemen zu differenzieren (Berry & Jones 1995).

Da Normen für das Verfahren noch nicht vorliegen, werden zur Orientierung die Daten einer amerikanischen nicht-klinischen Stichprobe herangezogen (Berry & Jones 1995; N = 116 Mütter, M = 37.1, SD = 8.1). Stadelmann et al. (2010) fanden ihrer Studie zum Vergleich psychisch kranker und unbelasteter Eltern ähnliche Ergebnisse für die unbelasteten Eltern (M = 37.18, SD = 7.7). Die psychisch kranken Eltern in dieser Studie unterschieden sich aber signifikant von der amerikanischen Stichprobe und beschrieben sich als deutlich belasteter (M = 43.35, SD = 10.12, p = 0.000).

4.2.4 Kindliches Verhalten

Bisher ist es immer noch schwierig, Auffälligkeiten in der frühen Entwicklung und im Verhalten in der frühen Kindheit zu diagnostizieren. Zudem sind oft zeitaufwändige diagnostische kinderpsychiatrische Verfahren notwendig. Das Achenbach System of Empirical Based Assessment (ASEBA, Achenbach & Rescorla 2000) wurde entwickelt, um systematisch maladaptives Verhalten von Kindern im Vorschulalter zu erfassen. Neben der **Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 (CBCL 1½-5)** enthält es den Language Development Survey (LDS) und die Caregiver–Teacher Report Form (C-TRF).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde der CBCL 1½-5 genutzt, um Aussagen bezüglich des Verhaltens des Kindes, dessen emotionale und soziale Entwicklung und zur klinischen Auffälligkeit zu treffen.

Aus den 99 Items, die von 0 („nicht zutreffend“) über 1 („manchmal zutreffend“) und 2 („zutreffend oder meistens zutreffend“) geratet werden können, werden diverse Unterskalen zur Beurteilung des Kindes abgeleitet. Dabei soll das Verhalten im Zeitraum der letzten zwei Monate betrachtet werden. Ein weiteres Item erlaubt bisher nicht aufgeführte Probleme frei in Form einer Stringvariablen zu berichten. Zudem wird offen nach chronischen Erkrankungen, Behinderungen, Sorgen in Bezug auf das Kind und nach positiven Seiten des Kindes gefragt. Diese zuletzt genannten Items gehen nicht in die

Score-Berechnungen ein, können aber wichtige Informationen zur Interpretation und klinischen Relevanz der erhaltenen Daten geben.

Durch die Addition der entsprechenden Itemwerte werden folgende acht Syndrom- bzw. Problemskalen gebildet:

- Emotional reaktives Verhalten (Emotionally Reactive)
- Angst/Depressivität (Anxious/Depressed)
- Körperliche Beschwerden (Somatic Complaints)
- Rückzugverhalten (Withdrawn)
- Schlafprobleme (Sleep Problems)
- Aufmerksamkeitsprobleme (Attention Problems)
- Aggressives Verhalten (Aggressive Behavior)
- andere Probleme

Um standardisierte Aussagen treffen zu können, werden die Rohwerte in T-Werte und Perzentile umgewandelt. T-Werte bis 64 bzw. Perzentile bis 93 gelten als Normbereich, T-Werte zwischen 65 und 69 bzw. Perzentile von 93 bis 97 gelten als auffälliger Grenzbereich, während alle Werte darüber als klinisch auffällig zu betrachten sind.

Die Syndromskalen können zu Skalen für internalisierendes und externalisierendes Verhalten zusammengefasst werden. Zu den internalisierenden Problemen gehören die Skalen: Emotional reaktives Verhalten, Angst/Depressivität, Körperliche Beschwerden und Rückzugverhalten; zu den externalisierenden: Aufmerksamkeitsprobleme und aggressives Verhalten. Während die internalisierenden Probleme sich eher intrapsychisch zeigen, finden sich die externalisierenden Probleme vor allem in sozialen Beziehungen mit anderen Menschen und deren Erwartungen an das Kind wieder. Auch für diese beiden Skalen können T-Werte berechnet werden. Als Normbereich gelten hier alle Werte bis 59. T-Werte zwischen 60 und 63 gelten als Grenzbereich, während alle Werte darüber als

klinisch auffällig zu bewerten sind.

Der Summenwert aller 99 Items plus den höchsten Wert der zusätzlichen Probleme ergibt einen Gesamtwert, der zwischen 0 und 200 liegen kann. Die Interpretation der hieraus abgeleiteten T-Werte entspricht der für die externalisierenden und internalisierenden Gesamtskalen.

Studien belegen, dass signifikante Zusammenhänge zwischen den ASEBA-Skalen und den DSM-IV Diagnosen bestehen (Achenbach et al. 2000, Arend et al. 1996, Kasius et al. 1997), was die Bildung von DSM-orientierten Skalen erlaubt. Dennoch betont Achenbach (2000), dass ein auffälliger Wert in einer dieser Skalen nicht äquivalent zu der DSM-Diagnose ist, sondern dass diese lediglich die Kernsymptomatik erfassen. Die fünf DSM-IV-orientierten Skalen sind:

- Emotionale Störungen (Dysthymie, Major Depression)
- Angststörungen (generalisierte und spezifische Angststörungen, Trennungsangst)
- tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Asperger-Syndrom, Autismus)
- Hyperkinetische Störungen (Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung)
- Störungen des Sozialverhaltens (Trotzverhalten).

Die Prüfung der statistischen Kennwerte der CBCL 1½-5-Syndromskalen ergab hinsichtlich der Test-Retest-Reliabilität (gemessen in einem Abstand von einer Woche) zufriedenstellende bis hohe Zusammenhänge ($r = 0.68$ für Angst/Depressivität, $r = 0.92$ für Schlafprobleme). Für den Gesamtwert konnte eine hohe Test-Retest-Reliabilität von $r = 0.90$ gezeigt werden. Die DSM-IV-orientierten Skalen wiesen gute Reliabilitäten von $r = 0.74$ (Hyperkinetische Störungen) bis $r = 0.87$ (Störungen des Sozialverhaltens) auf.

Die Inhalts- und Kriteriumsvalidität konnte bereits bei früheren Versionen der CBCL (CBCL 2-3, Achenbach 1992, Achenbach et al. 2000) bestätigt werden. Bis auf ein Item unterschieden alle Items signifikant zwischen normal entwickelten und entwicklungsverzögerten bzw. gesunden und klinisch auffälligen Kindern ($p \leq 0.01$).

Hutzelmeyer-Nickels und Noterdame (2007) konnten in ihrer Studie belegen, dass der Gesamtwert des CBCLs eine gute Spezifität aufweist und ein auffälliger Gesamtwert für eine psychiatrische Diagnose spricht. Zudem konnten sie nachweisen, dass zumindest die Kernsymptomatik der jeweiligen Diagnosegruppen durch die Problemskalen erfasst wird. Dennoch berichten sie, dass der CBCL insgesamt nicht sensitiv genug sei – weniger als die Hälfte der Kinder, die eine klinische psychiatrische Diagnose aufwiesen, waren auch in der CBCL-Gesamtskala auffällig.

Die Vorhersagegenauigkeit der CBCL-Skalen für spätere Verhaltensprobleme wurde in diversen Studien untersucht. So wurden in einer Langzeitstudie Kinder mit niedrigem und normalem Geburtsgewicht über neun Jahre begleitet und anhand der unterschiedlichen CBCL-Bögen eingeschätzt. Besonders hinsichtlich der Gesamtwerte, der Skalen für internalisierendes, externalisierendes und des aggressiven Verhaltens zeigten sich hohe Korrelationen zwischen dem CBCL 1½ -5 und dem CBCL 4-18. In einer genetischen Studie mit über 7000 holländischen Zwillingen wurden mittels des CBCL 2-3 phänotypische Charakteristika erfasst (Schmitz et al. 1995). Es zeigten sich signifikante Erblichkeiten hinsichtlich verschiedener Syndromskalen. Clarke et al. (1999) fanden in ihrer Studie, dass ein niedriger Serotoninspiegel bei Neugeborenen hohe Werte auf der Skala Externalisierendes Verhalten im Alter von 30 Monaten vorhersagte. Es kann also davon ausgegangen werden, dass der CBCL es erlaubt, Hypothesen zu späteren Verhaltensauffälligkeiten generieren.

Für die Bearbeitung des Fragebogens müssen zehn bis fünfzehn Minuten eingeplant werden. Der Bogen wird von den Müttern ausgefüllt und gibt somit eine subjektive Sichtweise der Mutter auf ihr Kind wieder. Ein Vorteil des CBCLs gegenüber klassischen Interviews besteht laut Döpfner et al. (2000) darin, dass die Mütter im Rahmen der anonymen Fragebogensituation möglicherweise bereitwilliger Probleme der Kinder einräumen.

4.2.5 Kontakthäufigkeit und Benutzerzufriedenheit in Bezug auf Hilfesysteme

Die Kontakthäufigkeit der Eltern zu verschiedenen Hilfeeinrichtungen und ihre

Zufriedenheit mit diesen wurden mittels eines von der Forschungsgruppe selbst entwickelten Fragebogens erfasst.

Dieser erfragt über 18 verschiedene Einrichtungen aus Jugendhilfe und Gesundheitswesen hinweg, wie häufig der Kontakt zu der entsprechenden Einrichtung ist und wie die Zufriedenheit mit den stattgefundenen Kontakten eingeschätzt wird. Die Häufigkeit wird auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 („kein Kontakt“), über 1 („ca. einmal in 6 Monaten“), 2 („ca. einmal pro Monat“), 3 („ca. einmal wöchentlich“) bis 4 („mehrmals wöchentlich“) gemessen. Die Zufriedenheit wird ebenfalls mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala (0=„nicht relevant“, 1=„unzufrieden/nicht hilfreich“, 2=„etwas unzufrieden/wenig hilfreich“, 3=„etwas zufrieden/etwas hilfreich“, 4=„sehr zufrieden/sehr hilfreich“) erhoben.

Für das Ausfüllen des Bogens müssen ca. fünf bis zehn Minuten eingeplant werden.

4.2.6 Erhebung von Netzwerkstrukturen

Um Vernetzungsstrukturen und Prozesse zu erfassen, wird mittels des „Fragebogens zur Vernetzung“ erfragt, welche Institutionen aktuell miteinander in Kontakt stehen und wie zufrieden die Kooperationspartner jeweils mit der Zusammenarbeit sind. Dieser Fragebogen ist eng angelehnt an den der Ulmer Arbeitsgruppe „Guter Start ins Kinderleben“.

Es wird erhoben, in welcher Einrichtung der Kooperationspartner arbeitet (Jugendamt, Kita, Krankenhaus etc.). Zudem wird er über weitere 18 verschiedene Einrichtungen befragt, ob Kontakt mit diesen besteht, wenn ja wie häufig dieser stattfindet (eher einmal in sechs Monaten, eher einmal im Monat, eher einmal in der Woche oder mehrmals pro Woche) und wie die Qualität dieses Kontaktes eingeschätzt wird (schlecht, eher schlecht, eher gut oder gut). Zudem wird die Art des Kontaktes erfasst (schriftliche Rückmeldung, Fallkonferenzen, informeller Austausch oder sonstiges).

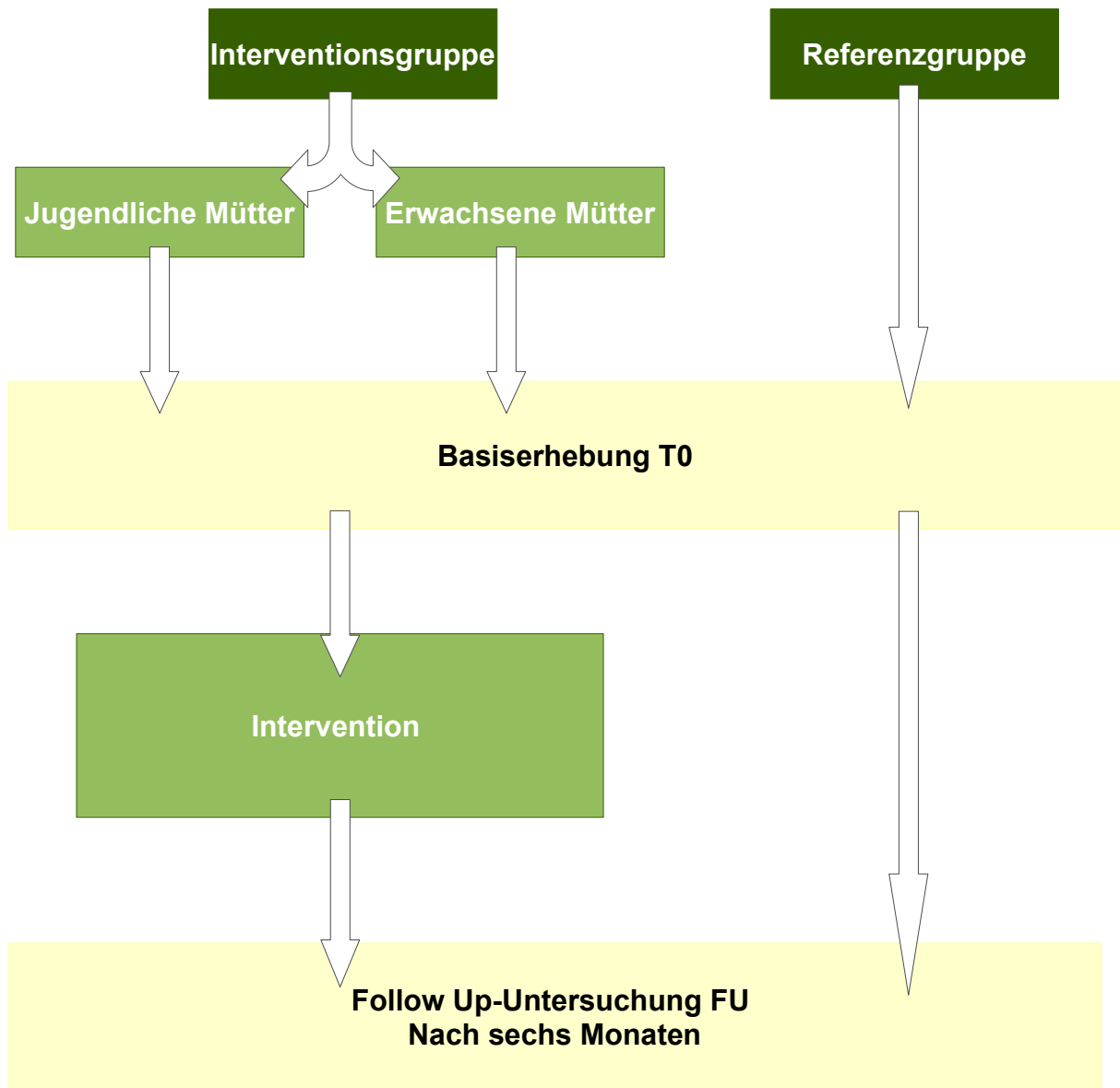
Das Ausfüllen des Bogens nimmt ca. zehn Minuten in Anspruch.

4.3 Durchführung

Das so entstandene quasiexperimentelle Studiendesign wurde im Zeitraum von Oktober 2008 bis Dezember 2010 umgesetzt. Die Daten wurden zu zwei Messzeitpunkten erhoben (T0: erste Erhebung zu Beginn der Intervention, Follow Up (FU): sechs Monate nach Beginn der Intervention). Mitarbeiter des Projekts in Greifswald und Schwerin führten die Interviews durch, welche zumeist in der Häuslichkeit der Eltern stattfanden. Auf Wunsch der Eltern konnten die Untersuchungen auch in den Räumlichkeiten der Beratungsstellen der Universität Greifswald oder der AWO Schwerin durchgeführt werden. Fehlende Werte („Missings“) wurden telefonisch nachrekrutiert.

Die Fragebögen zur Vernetzung wurden per Post verschickt bzw. in den Netzwerktreffen selbst an die Akteure der verschiedenen Institutionen übergeben. Die Empfänger wurden gebeten, diese anonym auszufüllen und in einem bereits beiliegenden frankierten Rückumschlag zurückzuschicken. Ein Jahr nach der ersten Erhebung wurden die teilnehmenden Probanden der Hilfesysteme erneut schriftlich befragt, so dass ein Prä-Post-Vergleich möglich war.

Abbildung 4: Studiendesign



4.4 Datenanalyse

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von *IBM SPSS Statistics 20*.

Für die Analyse der Gruppenunterschiede wurden t- und Chi-Quadrat-Tests eingesetzt. Der Chi-Quadrat-Test prüft, ob nominalskalierte Daten zweier Stichproben voneinander unabhängig sind oder nicht. Er fand zum Beispiel Anwendung bei dem Gruppenvergleich hinsichtlich der demografischen Variablen (Familienstand, Ausbildung, berufliche Situation) und bei der Untersuchung der Nutzungshäufigkeiten von helfenden Einrichtungen.

Um Mittelwertdifferenzen zweier unabhängiger Stichproben auf Signifikanz zu prüfen, wurde der t-Test eingesetzt. SPSS führt dabei den Levene-Test (F-Test) durch, der auf dem Vergleich der Varianzen beider Stichproben beruht. Je nach Testergebnis wird der t-Wert für gleiche oder nicht gleiche Varianzen gewertet. Der Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Stichproben erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalysen (Oneway Anova).

Korrelationen nach Pearson wurden eingesetzt, um Zusammenhänge zu prüfen. Bei der Betrachtung von Zusammenhängen in der Interventionsgruppe wurde die Partialkorrelation mit der Gruppenzugehörigkeit (EM versus JM) als Kontrollvariable gewählt, wenn von einem Einfluss des Alters auf die untersuchten Variablen ausgegangen werden kann - zuvor durchgeführte Mittelwertvergleiche also signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben.

Zur Überprüfung der Vorhersagefähigkeit von unabhängigen Variablen für das Ausmaß einer metrischen abhängigen Variablen wurden multiple lineare schrittweise Regressionsanalysen verwendet. Bei der schrittweisen Regressionen gehen die unabhängigen Variablen nacheinander in theoretisch festgelegter Reihenfolge solange in die Berechnungen ein, bis die weitere Variable nicht mehr bedeutsam zur Varianzaufklärung beiträgt als die vorherige. Für die Vorhersage dichotomer abhängiger Variablen wurde die logistische Regressionsanalyse genutzt. Die Kausalitätsrichtungen und die Einteilung in unabhängige und abhängige Variablen wurde theoretisch auf

Grundlage der vorliegenden Studienlage festgelegt.

Zusätzlich kamen einfaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholungen zum Einsatz, um Interventionseffekte zwischen den Gruppen zu vergleichen.

Für alle Signifikanzprüfungen wurde ein zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall gewählt.

Teil III: Ergebnisse und Diskussion

5. Statistische Ergebnisse

5.1 Vergleich der Ausgangslage zu Interventionsbeginn zwischen den Interventionsgruppen und der Referenzgruppe

Insgesamt sind die Daten von $n = 117$ Müttern und ihren $n = 142$ Kindern in die Berechnungen miteinbezogen worden. Zusätzlich liegen die Referenzdaten von $n = 37$ gesunden Müttern mit ihren $n = 41$ Kindern vor. Es wurden nur diejenigen Probanden in die Berechnungen einbezogen, deren Fragebögen und Interviews zu den entsprechenden Erhebungszeitpunkten vollständig vorlagen.

Der Zugang zum Projekt wurde über diverse Wege ermöglicht. Tabelle 5 (Kapitel 4) gibt einen Überblick. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern ($p = 0.87$) in der Wahl der Zugangswege.

5.1.1 Demographische Daten, Symptombelastung, Psychopathologie und psychosoziale Variablen

Demographie

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe vor Interventionsbeginn liegt bei 25,9 Jahren. 44,4 % ($n = 52$) der Mütter sind jugendliche Mütter. Die untersuchten Kinder haben ein Durchschnittsalter von 15,5 Monaten. 60,7 % ($n = 71$) der Kinder sind männlich.

63,2 % ($n = 74$) der Mütter aus den Interventionsgruppen sind alleinerziehend. In einer festen Partnerschaft bzw. in einer Ehe befinden sich 36,8 % ($n = 43$).

Zur finanziellen Situation geben 47 % (n = 55) an, dass diese „schlecht“ oder sogar „sehr schlecht“ sei. Hingegen schätzen 17,9 % (n = 21) ihre finanzielle Lage als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Weitere 35 % (n = 41) geben an, über ein durchschnittliches Einkommen zu verfügen.

Ohne Schul- bzw. Berufsabschluss sind 26,5 % (n = 31) bzw. 37,6 % (n = 44) der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe. Währenddessen befinden sich 11,1 % (n = 13) der Probandinnen noch in der Schul- oder Berufsausbildung. Berufstätig sind zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung 13,7 % (n = 16).

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass jugendliche Mütter signifikant seltener einen Schul- oder Berufsabschluss aufweisen ($p = 0.009$ bzw. $p = 0.001$). Zudem sind sie mit $p = 0.018$ signifikant häufiger alleinerziehend.

Zwischen den Teilnehmerinnen der Referenzgruppe und denen der Interventionsgruppe lassen sich ebenfalls signifikante Unterschiede finden: So leben gesunde Mütter signifikant häufiger in festen Partnerschaften bzw. sind häufiger verheiratet ($p = 0.003$). Zudem haben sie signifikant öfter einen Schul- bzw. Berufsabschluss ($p = 0.019$ bzw. $p = 0.001$). Auch sind mit $n = 17$ (45,9 %) signifikant häufiger beruflich eingebunden ($p = 0.01$). Auch die finanzielle Situation wird bedeutend besser eingeschätzt ($p = 0.016$). Hinsichtlich des Alters unterscheidet sich die Gruppe der gesunden Mütter mit durchschnittlich 25,1 Jahren nicht von den Interventionsgruppen. Der Anteil jugendlicher Mütter ist mit 8,1 % (n = 3) jedoch signifikant geringer ($p = 0.005$).

Symptombelastung und Psychopathologie

Innerhalb der Referenzgruppe berichten 17 Probandinnen (43,6 %) von einem Substanzmissbrauch (alle Nikotinmissbrauch bzw. -abhängigkeit) und 7 Probandinnen (17,9 %) von einer Angststörung (jeweils spezifische Phobien). 19 Probandinnen dieser Gruppe (46,2 %) erlebten mindestens ein traumatisches Ereignis, allerdings leidet keine der Probandinnen dieser Gruppe an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Weitere psychiatrische Diagnosen können für die Teilnehmerinnen der Referenzgruppe nicht

festgestellt werden.

Abbildung 5 stellt die Häufigkeit der psychopathologischen Befunde der Interventionsgruppe dar. Es zeigen sich starke Komorbiditäten in beiden Subgruppen. Tabelle 8 gibt die Häufigkeiten komorbider Störungen wieder. Die mittlere Anzahl der Diagnosen unterscheidet sich nicht signifikant voneinander ($M_{(JM)} = 6.10$, $SD_{(JM)} = 4.244$; $M_{(EM)} = 5.48$, $SD_{(EM)} = 4.486$; $p = 0.449$).

Abbildung 5: Häufigkeit psychischer Störungen bei jugendlichen und erwachsenen Müttern in Prozent

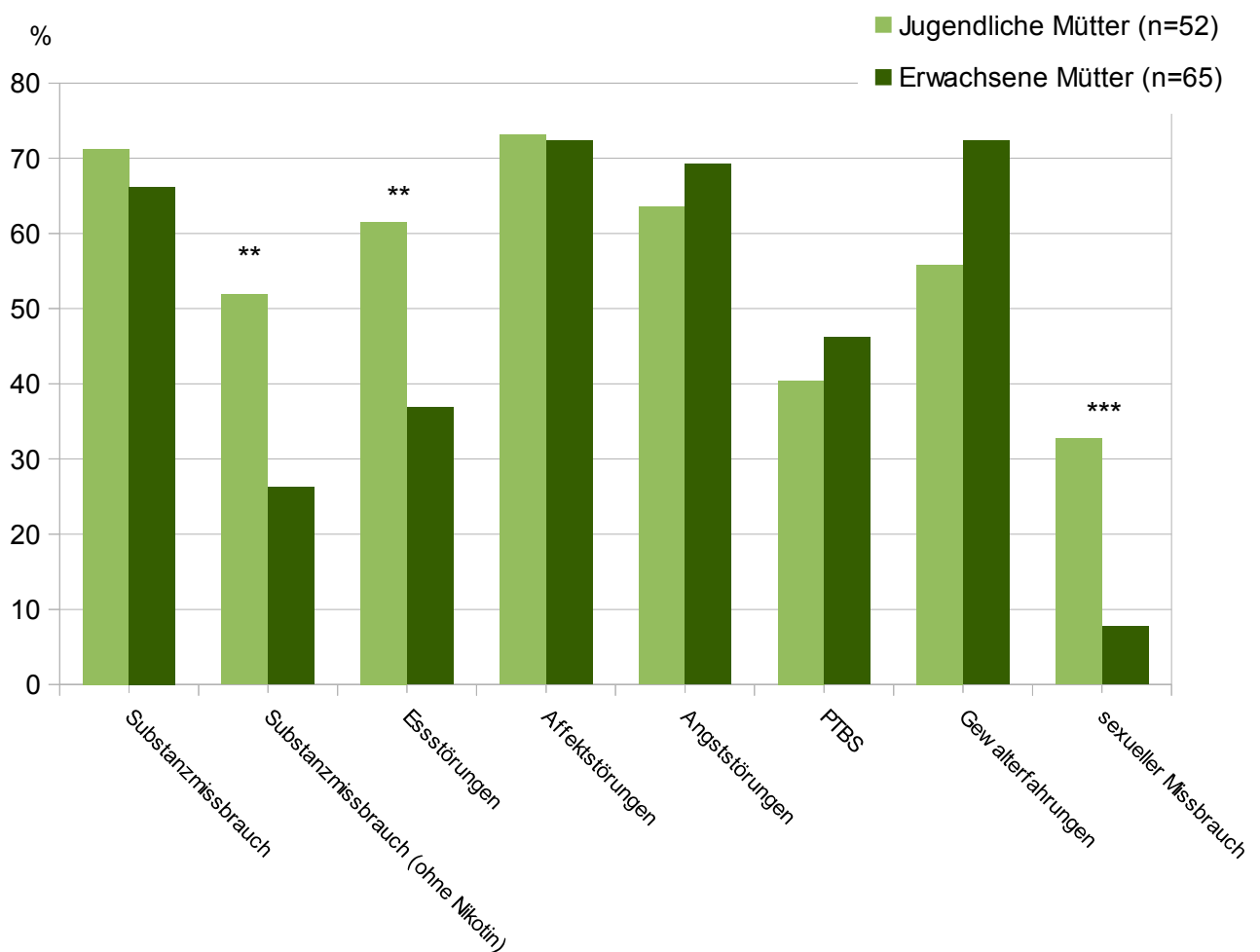


Tabelle 8: Häufigkeiten von Komorbiditäten in den Interventionsgruppen in Prozent und absoluten Zahlen

Anzahl (n) der Achse 1 - Diagnosen	Jugendliche Mütter		Erwachsene Mütter		IG Gesamt	
	Prozent %	Absolute Zahl n	Prozent %	Absolute Zahl n	Prozent %	Absolute Zahl n
0-1	23,1	12	7,7	5	14,5	17
2-3	11,5	6	35,4	23	24,8	29
4-5	11,5	6	16,9	11	14,5	17
≥6	53,9	28	40	26	46,2	54

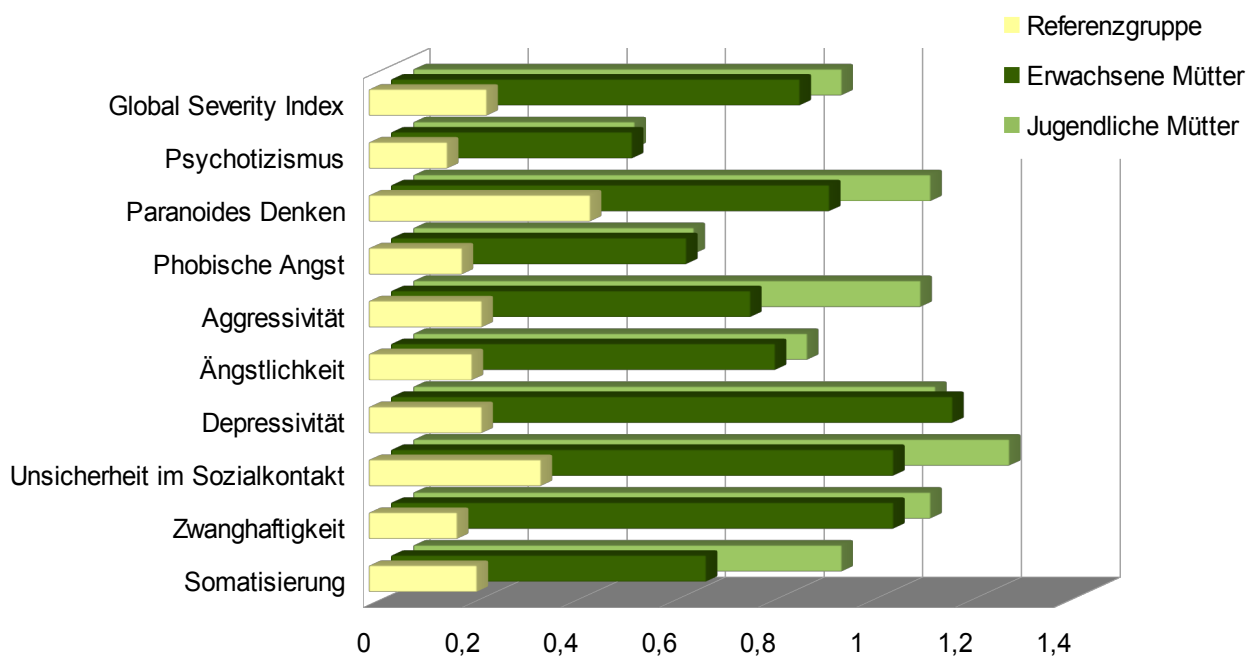
Es fällt auf, dass jugendliche Mütter signifikant häufiger unter Essstörungen leiden ($p = 0.008$). Zudem ist bei der genaueren Betrachtung der Diagnosegruppe Substanzmissbrauch zu erkennen, dass es keine Unterschiede gibt, sofern der Konsum sämtlicher Substanzen betrachtet wird. Wird der Nikotinkonsum nicht berücksichtigt, zeigt sich jedoch, dass jugendliche Mütter signifikant häufiger von einem Substanzmissbrauch berichten als erwachsene Mütter ($p = 0.004$). Im Bezug auf das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern. Gleichwohl berichten jugendliche Mütter signifikant häufiger von sexuellem Missbrauch vor dem 14. Lebensjahr ($p = 0.001$). Erwachsene Mütter hingegen äußern häufiger Gewalterfahrungen, auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant wird ($p = 0.062$).

Hinsichtlich der anderen Diagnosegruppen finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Erwartungsgemäß sind hochsignifikante Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und der Referenzgruppe hinsichtlich der aktuellen Symptombelastung zu finden ($p = 0.000$ auf allen Skalen der SCL-R-90 außer „phobische Angst“ ($p = 0.001$) und „Psychotizismus“ ($p = 0.002$)). Mit Ausnahme der Skala „Aggressivität/Feindseligkeit“ sind keine signifikanten Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern hinsichtlich der aktuellen Symptombelastung zu identifizieren. Auf der benannten Skala berichten jugendliche Mütter von deutlich mehr Problemen ($p = 0.029$). Die einzelnen Skalen hinsichtlich der aktuellen Symptomatik der Referenz- und Interventionsgruppen sind in Abbildung 6 dargestellt.

Auf der Fremdeinschätzungsskala „Global Assessment of Functioning“ (GAF) zeigen sich wie erwartet hoch signifikante Unterschiede zwischen Referenz- und Interventionsgruppe ($M_{(IG)} = 62.79$, $SD_{(IG)} = 12.11$; $M_{(RG)} = 82.78$, $SD_{(RG)} = 6.68$; $p = 0.000$). Keine signifikanten Unterschiede sind zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern zu finden ($M_{(JM)} = 62.54$, $SD_{(JM)} = 11.20$; $M_{(EM)} = 62.98$, $SD_{(EM)} = 12.87$; $p = 0.844$).

Abbildung 6: Aktuelle Symptomatik der Interventionsgruppen zu Interventionsbeginn (Skalenwerte des SCL-90-R)



Die Auswertung der Alexithymieskalen ergibt hochsignifikante Unterschiede zwischen der Referenz- und Interventionsgruppe hinsichtlich des Gesamtsummenwertes ($p = 0.002$) und in Bezug auf die Faktoren 1 „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen und Diskrimination von körperlichen Sensationen“ und 2 „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (jeweils $p = 0.000$). Die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe geben deutlich größere Probleme in diesen Bereichen an. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergeben sich auf dem 3. Faktor „extern orientierter Denkstil“.

Nach der Toronto-Alexithymie-Skala werden 48,3 % ($n = 29$) der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppen und 73,0 % ($n = 27$) der Teilnehmerinnen der Referenzgruppe als

„nicht alexithym“ eingestuft. In einem Grenzbereich zur Alexithymie befinden sich 18,3 % (n = 11) der Interventionsgruppe und 27,0 % (n = 10) der Referenzgruppe. Als „alexithym“ können 33,3 % (n = 20) der Interventionsteilnehmerinnen und 0 % der Teilnehmerinnen der Referenzgruppe eingestuft werden. Signifikante Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern in Bezug auf die Häufigkeit von Alexithymie können nicht gefunden werden.

Tabelle 9 bildet den Vergleich der Mittelwerte auf den verschiedenen Skalen der TAS 20 für die einzelnen Gruppen ab.

Tabelle 9: Vergleich der Mittelwerte der Subskalen der TAS 20 für die Interventions- und Referenzgruppe zu Interventionsbeginn (T-Test für unabhängige Stichproben)

	Interventionsgruppen		Referenzgruppe
	Jugendliche Mütter	Erwachsenen Mütter	
TAS 20: Skalensummenwert Gesamt (**)	52.79		45.08
	53.50	52.23	
TAS 20: Skalensummenwert Faktor 1 (***) (Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen und Diskrimination von körperlichen Sensationen)	17.33		12.24
	18.04	16.77	
TAS 20: Skalensummenwert Faktor 2 (***) (Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen)	14.25		10.76
	14.27	14.23	
TAS 20: Skalensummenwert Faktor 3 (extern orientierter Denkstil)	21.21		22.08
	21.19	21.23	

** p ≤ 0.01, *** p ≤ 0.001

Psychosoziale Variablen

Bei der Betrachtung der Mittelwerte der Skalenwerte für die wahrgenommene soziale Unterstützung zeigen sich hochsignifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Referenzgruppe ($M_{(RG)} = 4.30$, $SD_{(RG)} = 0.68$; $M_{(IG)} = 3.23$, $SD_{(IG)} = 1.01$; $p = 0.000$). Die

Teilnehmerinnen der Referenzgruppe nehmen also deutlich mehr soziale Unterstützung wahr.

Der Vergleich jugendlicher und erwachsener Mütter weist ebenfalls einen signifikanten Unterschied auf: jugendliche Mütter fühlen sich deutlich weniger sozial unterstützt als erwachsene Mütter ($M_{(JM)} = 3.00$, $SD_{(JM)} = 1.15$, $M_{(EM)} = 3.41$, $SD_{(EM)} = 0.86$; $p = 0.034$).

5.1.2 Elterliche Belastungen und Familienfunktionalität

Elterlichen Belastungen

Der Vergleich der Mittelwerte der Gesamtskala „Elterlicher Belastungen“ (gemessen mittels der PSS) ergibt signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und Referenzgruppe ($M_{(RG)} = 33.68$, $SD_{(RG)} = 7.17$; $M_{(IG)} = 37.79$, $SD_{(IG)} = 11.20$; $p = 0.01$). Die gesunden Mütter der Referenzgruppe fühlen sich also deutlich weniger durch ihre Elternrolle belastet als die Mütter der Interventionsgruppe.

Die genauere Betrachtung der Interventionsgruppen zeigt zudem, dass jugendliche Mütter signifikant häufiger von elterlicher Stressbelastung berichten als erwachsene Mütter ($M_{(JM)} = 40.67$, $SD_{(JM)} = 12.99$, $M_{(EM)} = 35.49$, $SD_{(EM)} = 8.99$; $p = 0.016$).

Des Weiteren lässt sich mit einer linearen Regressionsanalyse feststellen, dass die elterliche Belastung in der Interventionsgruppe abnimmt, je höher die soziale Unterstützung ist (Beta = -0.349, T = -3.988, $p = 0.000$). Die Variable „wahrgenommene soziale Unterstützung“ klärt hierbei 12,2 % der Varianz auf.

Aufgrund der Hypothese, dass auch die aktuelle Symptombelastung mit der Höhe der elterlichen Belastungen in der Interventionsgruppe zusammenhängt, ist eine partielle Korrelation mit der Gruppenzugehörigkeit als Kontrollvariable (jugendliche versus erwachsene Mütter) zwischen den beiden Faktoren berechnet worden. Es zeigen sich signifikante bis hoch signifikante positive Zusammenhänge zwischen aktueller

Symptomatik und elterlicher Belastung innerhalb der Interventionsgruppe. Dies gilt sowohl für den Globalwert als auch für die meisten Unterskalen der SCL-90-R. Ausnahmen bilden lediglich die Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „Psychotizismus“ dar. Tabelle 10 gibt die Ergebnisse der Partialkorrelationen für die einzelnen Skalen wieder.

Tabelle 10: Korrelation der aktuellen Symptombelastung (SCL-90-R) und der elterlichen Belastung (PSS) in der Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn (unter Berücksichtigung der Gruppenzugehörigkeit)

Aktuelle Symptombelastung (SCL-90-R)	Parental Stress Scale (PSS)	
	Korrelation r	Signifikanz p
Global Severity Index	0.302	0.001***
Somatisierung	0.215	0.020*
Zwanghaftigkeit	0.093	0.320
Unsicherheit im Sozialkontakt	0.215	0.020*
Depressivität	0.266	0.004**
Ängstlichkeit	0.378	0.000***
Aggressivität/Feindseligkeit	0.550	0.000***
Phobische Angst	0.277	0.003**
Paranoides Denken	0.275	0.003**
Psychotizismus	0.180	0.053

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Da fast alle Skalen der SCL-90-R signifikant mit der elterlichen Belastung korrelieren und die theoretische Überlegung ist, dass die elterliche Belastung mit zunehmender aktueller Symptombelastung steigt, wurde zusätzlich eine multiple lineare schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt. Als abhängige Variable wurde die elterliche Belastung (Summenwert der PSS) genutzt; als unabhängige Variablen sind die Skalen der grundsätzliche psychischen Belastung (GSI) und die einzelnen signifikant korrelierenden Unterskalen der SCL-90-R eingesetzt worden.

Hiernach kann die Skala „Aggressivität/Feindseligkeit“ als Prädiktor für elterliche Belastung identifiziert werden (Beta = 0.571, T = 7.450, p = 0.000). 32,6 % der Varianz

werden in diesem Modell erklärt. Alle anderen unabhängigen Variablen werden in der schrittweisen Regressionsanalyse ausgeschlossen, da sie nicht weiter zur Varianzaufklärung beitragen.

Da für die Skala „Aggressivität/Feindseligkeit“ zuvor bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt werden konnten, wurden im Zuge des Ergebnisses der Regressionsanalyse weitere Regressionsanalysen vorgenommen, in denen die Gruppen jugendlicher und erwachsener Mütter einzeln betrachtet wurden. Das zuvor berichtete Ergebnis, dass die Skala „Aggressivität/Feindseligkeit“ signifikanten Einfluss auf die berichtete elterliche Belastung nimmt, kann nun nur für die Gruppe jugendlicher Mütter aufrechterhalten werden. Mit einer Varianzaufklärung von 45,5 % und einem Beta von 0.674 ist dieser Einfluss hoch ($T = 6.455$, $p = 0.000$). Für die Gruppe der erwachsenen Mütter zeigt sich in diesem Modell die Skala „Somatisierung“ mit einer Varianzaufklärung von 16,3 % als einflussreichste Variable ($Beta = 0.404$, $T = 3.508$, $p = 0.001$). Alle anderen SCL-90-R-Skalen wurden während der schrittweisen Regressionsanalyse aufgrund eines nicht-signifikanten Einflusses nacheinander ausgeschlossen.

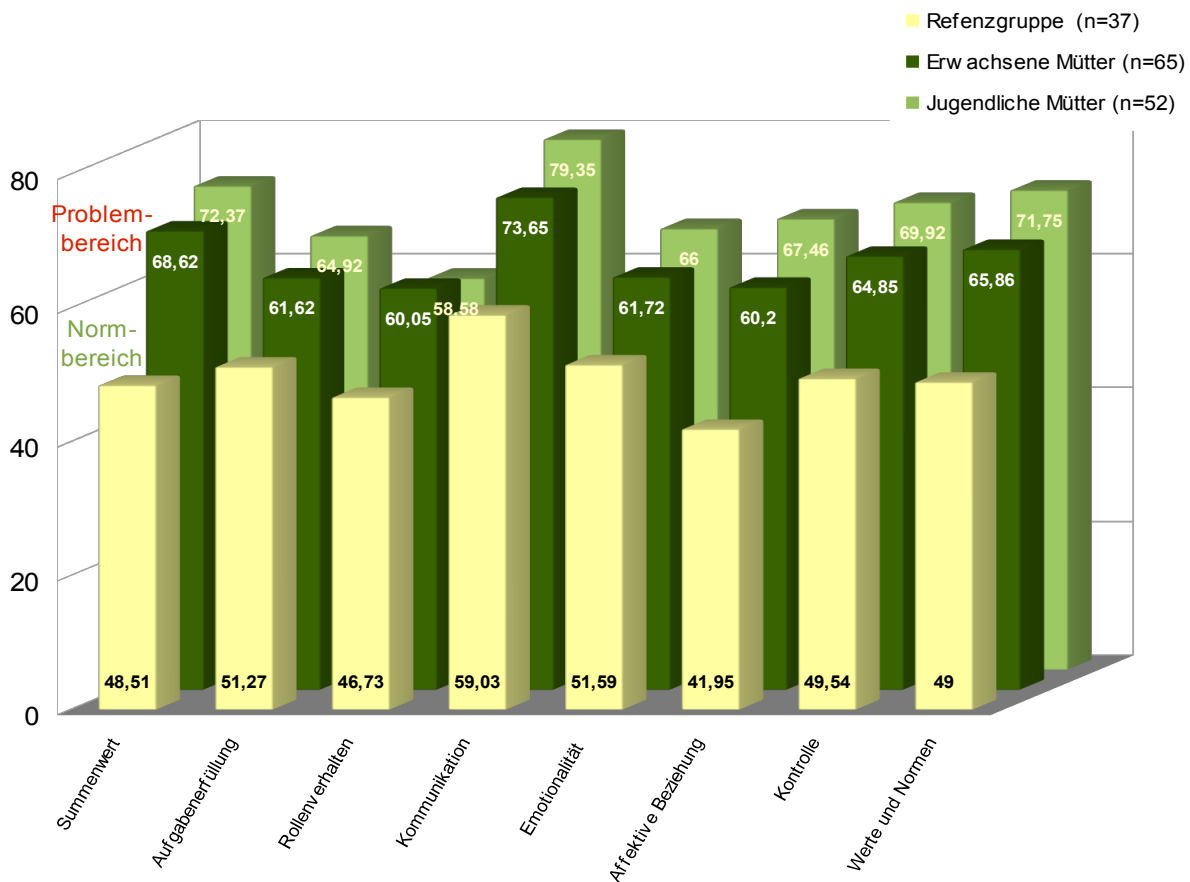
Familienfunktionalität

Mittels des Allgemeinen Familienfragebogens (FB) wurden Familienstrukturen und Familienfunktionalität erfragt. In Abbildung 7 sind die Ergebnisse (T-Werte) hierzu dargestellt. Sowohl im Gesamtwert als auch auf allen Unterskalen des Allgemeinen Familienbogens sind hoch signifikante Unterschiede zwischen der Referenzgruppe und der Interventionsgruppe zu finden ($p = 0.000$ auf allen Skalen). Die Interventionsgruppe berichtet von grundsätzlich mehr Problemen auf den berichteten Skalen. Es fällt zudem auf, dass sich die Teilnehmerinnen der gesunden Referenzgruppe hinsichtlich aller Skalen in der als „Normbereich“ bewerteten Region befinden, während für die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe Werte in dem als „problematisch“ gekennzeichneten Bereich beschrieben werden.

Bei der genaueren Betrachtung der Interventionsgruppe fällt auf, dass jugendliche Mütter auf allen Unterskalen (bis auf die Skala „Rollenverhalten“) mehr Probleme beschreiben als erwachsene Mütter. Diese Unterschiede werden jedoch nicht signifikant. Es zeigen sich

lediglich Trends auf den Skalen „Affektive Beziehungsaufnahme“ ($M_{(JM)} = 67.46$, $SD_{(JM)} = 23.19$, $M_{(EM)} = 60.20$, $SD_{(EM)} = 16.45$; $p = 0.060$), „Werte und Normen“ ($M_{(JM)} = 71.75$, $SD_{(JM)} = 18.46$, $M_{(EM)} = 65.86$, $SD_{(EM)} = 14.00$; $p = 0.060$) und „Emotionalität“ ($M_{(JM)} = 66.00$, $SD_{(JM)} = 15.49$, $M_{(EM)} = 61.72$, $SD_{(EM)} = 11.21$; $p = 0.098$).

Abbildung 7: Ergebnisse des Familienfragebogens zu Beginn der Intervention (T-Werte)



Zusammenhang von elterlicher Belastung und Familienfunktionalität

Da für die Variable „Elterliche Belastung“ ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen festgestellt wurde, wurde eine Partialkorrelation mit den Variablen „elterliche Belastung“ und „Familienfunktionalität“ mit der Variable „Gruppenzugehörigkeit“ als Kontrollvariable durchgeführt. Die Berechnungen ergeben signifikante positive

Korrelationen zwischen der „Elterlichen Belastung“ und dem Summenwert des Allgemeinen Familienfragebogens ($r = 0.282$, $p = 0.002$), welcher Defizite in der Familienfunktionalität erfasst.

Bei der Betrachtung der einzelnen Skalen des Allgemeinen Familienfragebogens, konnte dieser Zusammenhang nicht für alle Unterskalen gefunden werden. Tabelle 11 stellt die einzelnen Ergebnisse dar.

Tabelle 11: Partialkorrelation von Defiziten in der Familienfunktionalität und Elterlicher Belastung in der Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn

Allgemeiner Familienfragebogen (T-Werte)	Parental Stress Scale	
	Korrelation r	Signifikanz p
Summenwert	0.282	0.002**
Aufgabenerfüllung	0.219	0.018*
Rollenverhalten	0.303	0.001***
Kommunikation	0.273	0.003**
Emotionalität	0.195	0.035*
Affektive Beziehungsaufnahme	0.131	0.160
Kontrolle	0.138	0.139
Werte und Normen	0.204	0.028*

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

5.1.3 Kindliches Verhalten

Mittels der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) wurden diejenigen Kinder von ihren Müttern hinsichtlich ihres Verhaltens eingeschätzt, die mindestens 18 Monate alt waren; somit liegen zum ersten Erhebungszeitpunkt die Daten von $n = 76$ Kindern der Interventionsgruppe ($n = 36$ Kinder jugendlicher und $n = 40$ Kinder erwachsener Mütter) und von $n = 27$ Kindern der Referenzgruppe vor.

Syndromskalen und übergeordnete Skalen der CBCL

Die Auswertung des kindlichen Verhaltens über die Syndromskalen der CBCL zeigt, dass die Werte der Kinder aller Gruppen im Mittel im Normbereich der beschriebenen Skalen zu finden sind und das Verhalten der Kinder somit als unauffällig eingestuft werden kann. Jedoch werden die Kinder der Interventionsgruppe von ihren Müttern auf allen Skalen als signifikant auffälliger beschrieben als die Kinder der Referenzgruppe. Die Abbildungen 8 und 9 stellen die Ergebnisse ausführlich dar.

Abbildung 8: T-Werte der Kinder der Referenz- und Interventionsgruppe der übergeordneten Skalen: Gesamtwert, internalisierendes und externalisierendes Verhalten

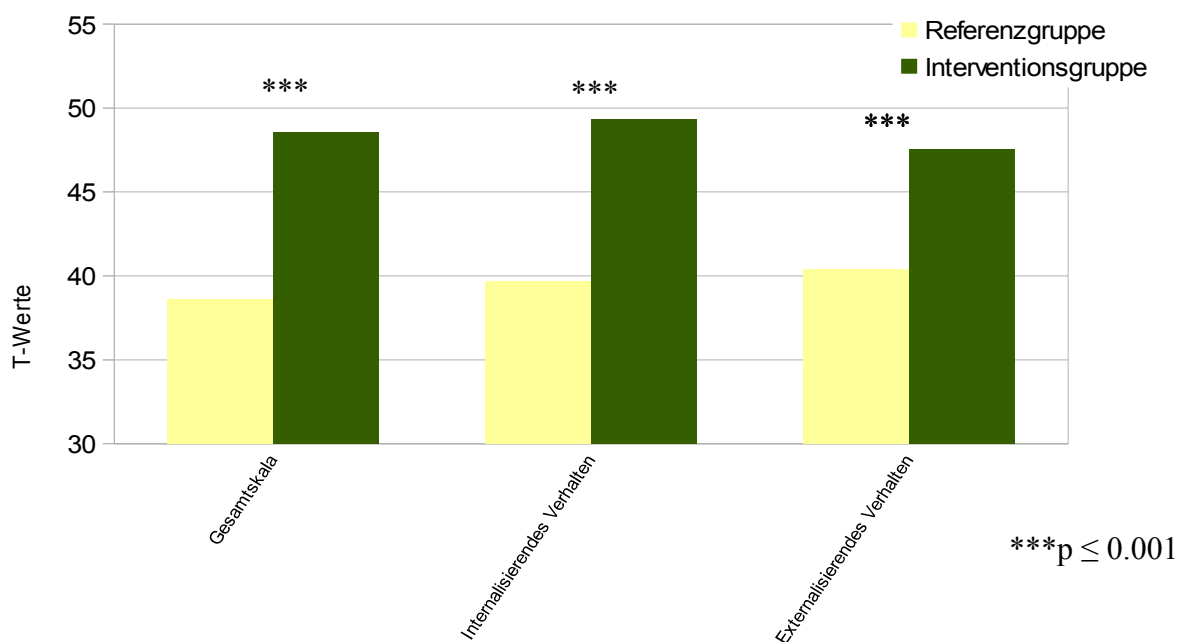
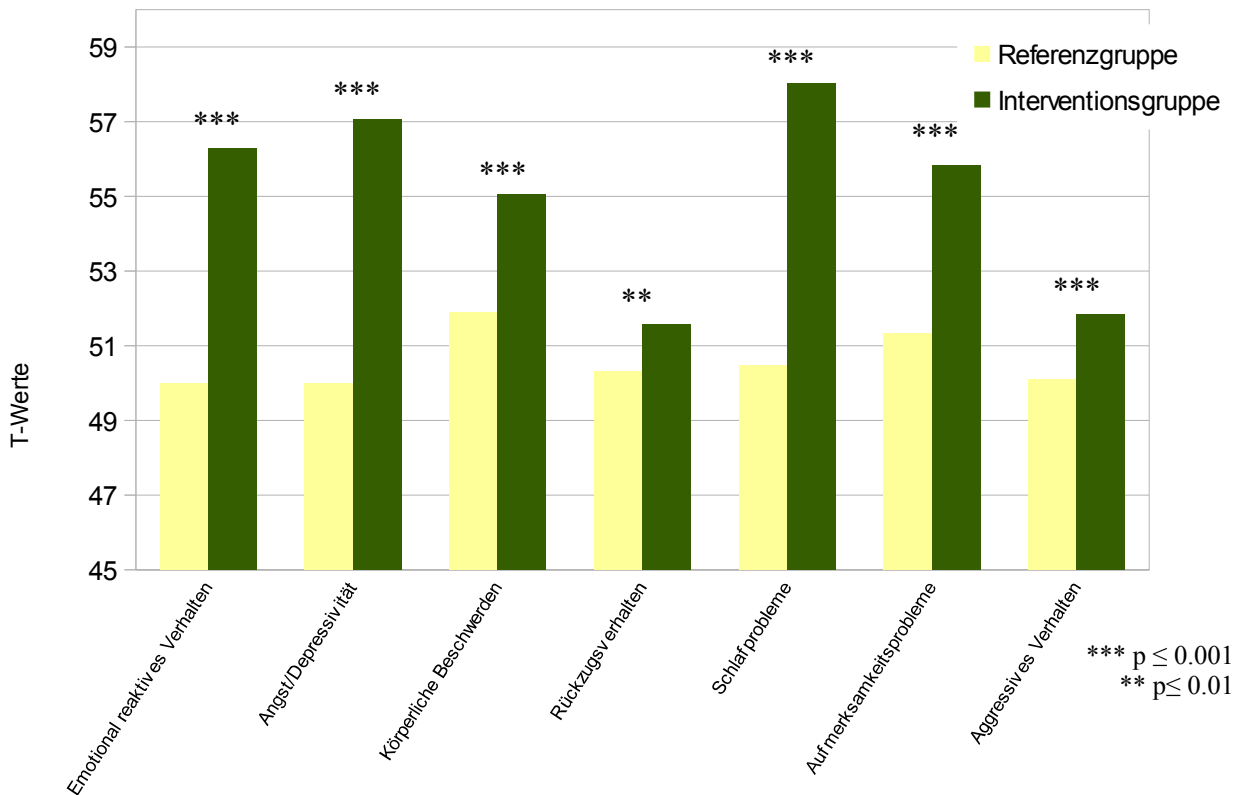


Abbildung 9: T-Werte der Kinder der Referenz- und Interventionsgruppe für die Syndromskalen der CBCL



Bei der genaueren Betrachtung der Daten der Interventionsgruppe zeigt sich, dass auf den meisten Syndromskalen der CBCL keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kindern jugendlicher und erwachsener Mütter bestehen. Ausnahmen bilden die Skalen „Aggressives Verhalten“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“: jugendliche Mütter schätzen ihre Kinder hier signifikant auffälliger ein als erwachsene Mütter („Aggressives Verhalten“: $M_{(JM)} = 53.31$, $SD_{(JM)} = 4.37$, $M_{(EM)} = 50.53$, $SD_{(EM)} = 1.18$; $p = 0.001$; „Aufmerksamkeitsprobleme“: $M_{(JM)} = 57.69$, $SD_{(JM)} = 8.34$, $M_{(EM)} = 54.13$, $SD_{(EM)} = 4.85$; $p = 0.028$). Auf der diesen beiden Skalen übergeordneten Skala „Externalisierendes Verhalten“ bewerten die jugendlichen Mütter ihre Kinder ebenfalls als auffälliger, auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant wird, sondern nur ein Trend zu erkennen ist ($M_{(JM)} = 49.67$, $SD_{(JM)} = 10.41$, $M_{(EM)} = 45.60$, $SD_{(EM)} = 7.91$; $p = 0.062$).

Bei der Überprüfung der Anzahl der Kinder die als klinisch auffällig beschrieben werden,

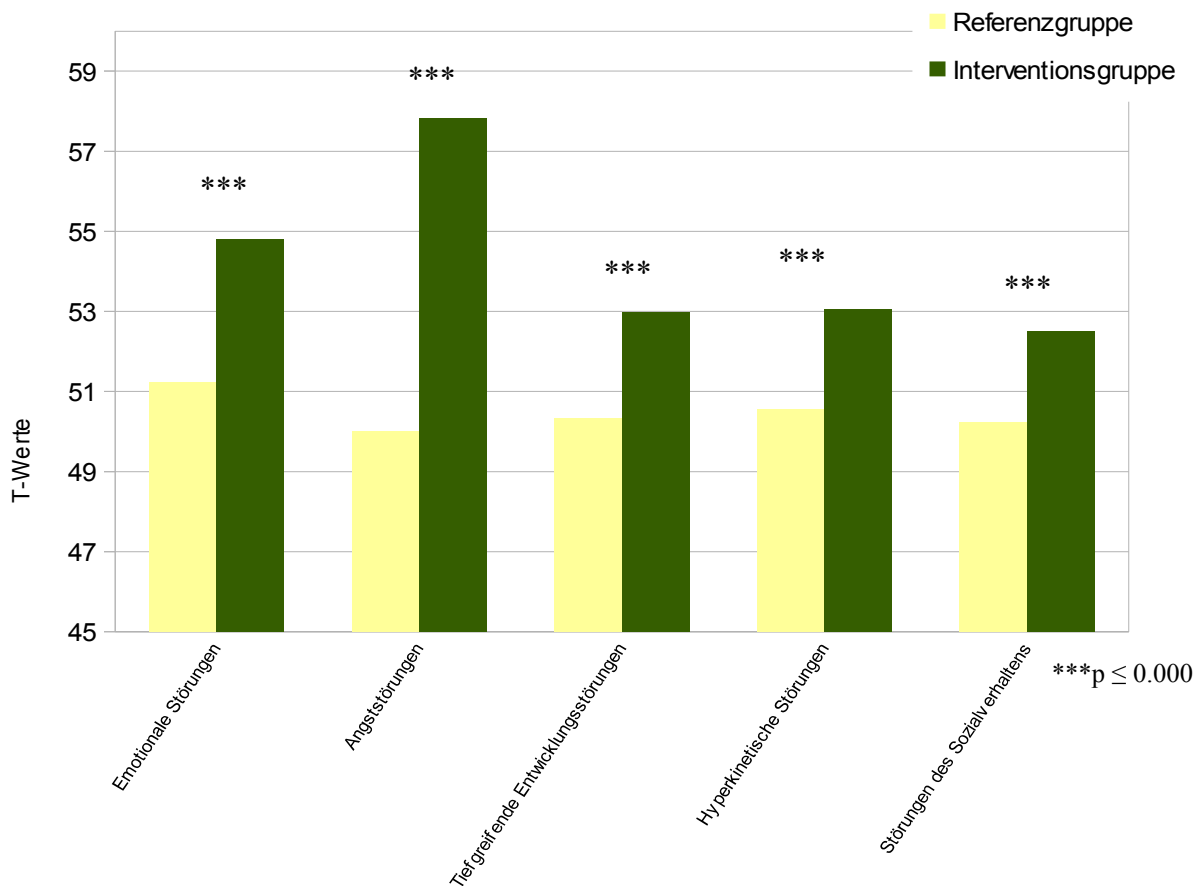
lässt sich feststellen, dass alle Kinder der Referenzgruppe als klinisch unauffällig beschrieben werden. Für die Interventionsgruppe gilt, dass 7,5 % (n = 3) der Kinder erwachsener Mütter bzw. 22,2 % (n = 8) der Kinder jugendlicher Mütter auf mindestens einer Syndromskala als klinisch auffällig beschrieben werden und sich 22,5 % (n = 9) der Kinder erwachsener Mütter bzw. 41,7 % (n = 15) der Kinder jugendlicher Mütter auf mindestens einer Syndromskala im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit bewegen. Jugendliche Mütter beschreiben ihre Kinder also häufiger als klinisch auffällig (p = 0.069) bzw. als gefährdet (p = 0.073). Auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant ist, ist hier doch ein Trend zu erkennen.

Das Problem, welches sowohl von jugendlichen als auch von erwachsenen Müttern besonders häufig beschrieben wird ist das der Schlafprobleme: 11,7 % der Kinder leiden insgesamt unter diesen. Das entspricht 7,5 % (n = 3) der Kinder erwachsener Mütter und 16,2 % (n = 6) der Kinder jugendlicher Mütter (p = 0.278).

DSM-IV-orientierte CBCL-Skalen

Die folgenden Berechnungen beziehen sich ebenfalls auf die aus der „Child Behavior Checklist“ erhaltenen Daten, jedoch auf die Skalen, die sich an dem DSM-IV orientieren. Auch auf diesen Skalen werden die Kinder der Interventionsgruppe signifikant auffälliger beschrieben als die Kinder der Referenzgruppe (p = 0.000 auf allen Skalen). Abbildung 10 gibt die exakten Ergebnisse wieder.

Abbildung 10: T-Werte der Kinder der Referenz- und Interventionsgruppe für die DSM-IV-orientierten Skalen der CBCL



Jugendliche Mütter berichten signifikant mehr Probleme ihrer Kinder hinsichtlich der „Störungen des Sozialverhaltens“ ($M_{(JM)} = 54.08$, $SD_{(JM)} = 6.39$, $M_{(EM)} = 51.10$, $SD_{(EM)} = 1.88$; $p = 0.010$) und hinsichtlich der „Hyperkinetischen Störungen“ ($M_{(JM)} = 54.17$, $SD_{(JM)} = 4.27$, $M_{(EM)} = 52.05$, $SD_{(EM)} = 2.39$; $p = 0.001$) als erwachsene Mütter. Zudem zeigt sich ein Trend, dass „Emotionale Störungen“ ebenfalls häufiger geschildert werden ($M_{(JM)} = 56.28$, $SD_{(JM)} = 8.08$, $M_{(EM)} = 53.45$, $SD_{(EM)} = 4.87$; $p = 0.074$).

Keines der Kinder der Referenzgruppe wird hinsichtlich einer DSM-IV-Diagnose als klinisch auffällig bezeichnet. 77,6 % der Kinder der Interventionsgruppe werden klinisch weder als auffällig beschrieben, noch befinden sie sich in einem Grenzbereich. Bei keinem der Kinder der Interventionsgruppe kann zudem eine hyperkinetische Störung festgestellt werden. Die Häufigkeiten der gefundenen Störungsgruppen bei den Kindern der Interventionsgruppe sind in Tabelle 12 dargestellt. Alterseffekte lassen sich nicht

nachweisen.

Tabelle 12: Häufigkeitsanalyse von beschriebenen klinischen Auffälligkeiten auf den DSM-IV-orientierten Skalen der CBCL in Prozent und absoluter Zahl zu Interventionsbeginn

DSM-IV-orientierte Diagnosen der CBCL	Klinisch unauffällig				Grenzbereich				Klinisch auffällig			
	JM		EM		JM		EM		JM		EM	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Emotionale Störungen	83,3	30	97,5	39	5,6	2	0	0	11,1	4	2,5	1
Angststörungen	83,3	30	77,5	31	0	0	5,0	2	16,7	6	17,5	7
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	100	36	95	38	0	0	5,0	2	0	0	0	0
Hyperkinetische Störungen	100	36	100	40	0	0	0	0	0	0	0	0
Störungen des Sozialverhaltens	88,9	32	100	40	5,6	2	0	0	5,6	2	0	0
Auf mindestens einer Skala auffällig	77,8	28	77,5	31	5,6	2	10,0	4	22,2	8	17,5	7

Bei der Auswertung der Variablen „chronische Erkrankungen, Behinderungen oder andere Sorgen“ kristallisiert sich ein signifikant höherer Anteil an chronischen Erkrankungen der Kinder der Interventionsgruppe gegenüber den Kindern der Referenzgruppe ($p = 0.013$) heraus. 39,7 % der Mütter der Interventionsgruppe geben Sorgen dieser Art an, während es in der Referenzgruppe nur 11,1 % sind. 27,6 % der Mütter in den Interventionsgruppen beschreiben chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis, chronische Atemwegsinfekte), 22,3 % beschreiben Hautleiden wie Neurodermitis und andere Ausschläge. Zwischen der Gruppe jugendlicher und der Gruppe erwachsener Mütter sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

Zusammenhänge von Elterlicher Belastung, Familienfunktionalität und kindlichem Verhalten

Nach Auswertung der Daten kann davon ausgegangen werden, dass elterliche Belastung und auffälliges Verhalten des Kindes eng miteinander zusammenhängen: Es zeigen sich

für alle DSM-IV-orientierten Skalen der CBCL ,mit Ausnahme der Diagnose „tiefgreifende Entwicklungsprobleme“, und für alle übergeordneten Skalen der CBCL signifikante bzw. hochsignifikante Zusammenhänge mit der Variablen „Elterliche Belastung“. Die Gruppenzugehörigkeit wurde als Kontrollvariable in die Partialkorrelation einbezogen. Auch zeigt sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der berichteten klinischen Auffälligkeiten und der elterlichen Belastung. Die Ergebnisse der Korrelationsrechnungen werden in Tabelle 13 berichtet.

Tabelle 13: Korrelation von Kindlichem Verhalten und Elterlicher Belastung in der Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn

CBCL: DSM-IV-Skalen	Parental Stress Scale	
	Korrelation r	Signifikanz p
Emotionale Störungen	0.427	.000***
Angststörungen	0.312	.006**
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	0.220	.057
Hyperkinetische Störungen	0.604	.000***
Störungen des Sozialverhaltens	0.642	.000***
Anzahl der klinisch grenzwertige Skalen	0.303	.008**
Anzahl der klinisch auffälligen Skalen	0.242	.036*
CBCL: übergeordnete Skalen		
Gesamtwert	0.541	.000***
Internalisierendes Verhalten	0.499	.000***
Externalisierendes Verhalten	0.622	.000***

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Von einem Zusammenhang von Problemen der Familienfunktionalität und problematischem kindlichen Verhalten kann hingegen nicht ausgegangen werden. Signifikante Ergebnisse sind lediglich für die Skala „Rollenverhalten“ des Allgemeinen Familienbogens und der Variablen „externalisierendes Verhalten“ (r = 0.349, p = 0.002) und „Störung des Sozialverhaltens“ (r = 0.228, p = 0.049) zu finden. Zudem lässt sich ein Trend für einen Zusammenhang von Problemen hinsichtlich der „Aufgabenerfüllung“ in der Familie und „Hyperkinetischen Störungen“ der Kinder erkennen (r = 0.213, p = 0.067).

Prädiktoren für kindliches Verhalten

In schrittweisen multiplen Regressionsanalysen wurden Gruppenzugehörigkeit, Psychopathologie, Familienfunktionalität sowie elterliche und psychosoziale Belastungen als unabhängige Variablen auf Signifikanz hinsichtlich ihrer Eigenschaft als Prädiktor für kindliches Verhalten geprüft. Tabelle 14 gibt einen Überblick über die untersuchten unabhängigen Variablen.

Tabelle 14: Unabhängige Variablen der multiplen schrittweisen Regressionsanalysen

Merkmal	Unabhängige Variable
Alter	Gruppenzugehörigkeit (JM versus EM)
Psychopathologie	Komorbidity: Anzahl der Achse-I-Störungen Aktuelle Symptombelastung: SCL-90-R: Global Severity Index (Skalenwert) Posttraumatische Belastungsstörung vorhanden: ja/nein Angststörung vorhanden: ja/nein Affektstörung vorhanden: ja/nein Substanzmissbrauch vorhanden: ja/nein Essstörung vorhanden: ja/nein Alexithymie: TAS-20 (Skalensummenwert)
Psychosoziale Faktoren	Wahrgenommene soziale Unterstützung (Skalenwert des FSozU) Alleinerziehend: ja/nein Finanzielle Situation Schulabschluss vorhanden: ja/nein Berufsabschluss: ja/nein
Elterliche Belastungen	Summenwert der PSS
Familienfunktionalität	„Gesamtskala Allgemeiner Familienfragebogen“ (T-Wert)

Alle unabhängigen Variablen wurden in einzelnen multiplen schrittweisen Regressionsanalysen bezüglich der folgenden abhängigen Variablen (AV) untersucht:

- Gesamtskala CBCL (T-Werte)
- CBCL: internalisierendes Verhalten (T-Werte)
- CBCL: externalisierendes Verhalten (T-Werte)

- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Emotionale Störungen“ (T-Werte)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Angststörungen“ (T-Werte)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (T-Werte)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Hyperkinetische Störungen“ (T-Werte)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Störung des Sozialverhaltens“ (T-Werte)

Für die Gesamtskala der CBCL konnte der Skalensummenwert des TAS 20 ($T = 6.021$, $p = 0.000$, $Beta = 0.367$) als wichtigster Einflussfaktor gefunden werden. Er allein klärt 50,1 % der Varianz auf. Weiterhin steigt das Risiko dafür, dass das Kind von der Mutter als auffällig beschrieben wird, wenn ein Substanzmissbrauch der Mutter vorliegt ($T = 7.348$, $p = 0.000$, $Beta = 0.475$). Gesteigerte elterliche Belastung kann ebenfalls als Prädiktor identifiziert werden ($T = 8.236$, $p = 0.000$, $Beta = 0.466$) genauso wie eine erhöhte aktuelle Symptombelastung ($T = 7.291$, $p = 0.000$, $Beta = 0.571$). Ist ein Schulabschluss der Mutter vorhanden, sinkt das Risiko von auffälligem kindlichen Verhalten um das fast 3fache ($T = -2.065$, $p = 0.043$, $Beta = -0.114$, B -Koeffizient = -2.848). Ebenfalls nimmt das Risiko für kindliches auffälliges Verhalten ab, je mehr Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität berichtet werden ($T = -7.822$, $p = 0.000$, $Beta = -0.468$) und je mehr komorbide Diagnosen die Mutter aufweist, also je mehr Achse-1-Diagnosen gestellt werden ($T = -2.922$, $p = 0.005$, $Beta = -216$). Insgesamt klärt dieses Modell 84,8 % der Varianz auf.

Für externalisierendes Verhalten der Kinder kann die elterliche Belastung als einflussreichster Prädiktor identifiziert werden ($T = 6.736$, $p = 0.000$, $Beta = 0.503$). 40,9 % der Varianz werden allein durch diesen Faktor aufgeklärt. Weiterhin steigt das Risiko für externalisierendes Verhalten der Kinder durch einen Substanzmissbrauch der Mutter um das 6,7fache (B -Koeffizient = 6.744 , $T = 5.261$, $p = 0.000$, $Beta = 0.345$). Auch ein erhöhter Alexithymiewert führt zu einer Erhöhung der Werte auf der Skala „externalisierendes Verhalten“ ($T = 5.309$, $p = 0.000$, $Beta = 0.412$). Zudem kann festgestellt werden, dass niedrigere Werte auf der Skala „externalisiertes Verhalten“ beschrieben werden, wenn

Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität zunehmen ($T = -3.244$, $p = 0.002$, $Beta = -0.234$). Insgesamt klärt dieses Modell 69,5 % der Varianz auf.

Auch für internalisierendes Verhalten des Kindes kann Alexithymie als bedeutsamster Einflussfaktor identifiziert werden ($T = 6.349$, $p = 0.000$, $Beta = 0.384$). Allein 44,2 % der Varianz werden durch diesen Faktor aufgeklärt. Ferner führen eine erhöhte aktuelle Symptombelastung ($T = 11.385$, $p = 0.000$, $Beta = 0.699$) und erhöhte elterliche Belastungen ($T = 7.678$, $p = 0.000$, $Beta = 0.434$) zu einer Erhöhung der Werte auf der Skala „internalisierendes Verhalten“. Je mehr Probleme im Bereich der Familienfunktionalität vermerkt werden, desto weniger internalisierende Verhaltensweisen werden beschrieben ($T = -8.228$, $p = 0.000$, $Beta = -0.498$). Sollte die Mutter einen Substanzmissbrauch berichten, steigt das Risiko für internalisierendes Verhalten des Kindes um das 12fache (B -Koeffizient = 12.606, $T = 8.687$, $p = 0.000$, $Beta = 0.452$). Das Risiko sinkt aber um das fast 5fache, wenn die Mutter bei Geburt mindestens 20 Jahre alt ist (B -Koeffizient = -4.869, $T = -3.721$, $p = 0.000$, $Beta = -0.184$). Als letzte Variable lässt sich die wahrgenommene soziale Unterstützung als Prädiktor identifizieren; je ausgeprägter diese ist, desto höher sind auch die Werte auf der Skala „internalisierendes Verhalten“ ($T = 2.832$, $p = 0.006$, $Beta = 0.181$). Insgesamt erklärt dieses Modell 84,6 % der Varianz.

In Bezug auf die DSM-IV-orientierten CBCL-Skalen lassen sich folgende Prädiktoren finden:

Je höher die Alexithymiewerte der Mutter sind, je eher weist das Kind emotionale Störungen auf ($T = 4.442$, $p = 0.000$, $Beta = 0.384$). Alexithymie trägt somit mit 33,7 % zur Varianzaufklärung bei. Eine höhere Ausprägung der aktuellen Symptombelastung ($T = 6.764$, $p = 0.000$, $Beta = 0.545$) und eine erhöhte elterliche Belastung ($T = 5.004$, $p = 0.000$, $Beta = 0.351$) tragen ebenfalls zu einem höherem Wert auf der Skala „Emotionale Störungen“ bei. Vermehrte Probleme im Bereich der Familienfunktionalität ($T = -8.770$, $p = 0.000$, $Beta = -0.699$) und eine höhere wahrgenommene soziale Unterstützung ($T = -2,839$, $p = 0.006$, $Beta = -0.216$) hingegen führen zu einer Verringerung der Auffälligkeiten im Bereich emotionaler Störungen. Ebenso erweisen sich ein Schulabschluss der Mutter

($T = -2.296$, $p = 0.025$, $Beta = -0.155$) und das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung in den vorliegenden Berechnungen ($T = -2.221$, $p = 0.030$, $Beta = -0.164$) als protektive Faktoren.

Für die Entwicklung einer Angststörung des Kindes kann ebenfalls Alexithymie mit einer Varianzaufklärung von 33,8 % als einflussreichster Faktor identifiziert werden ($T = 5.172$, $p = 0.000$, $Beta = 0.362$). Ebenso werden die aktuelle Symptombelastung ($T = 9.278$, $p = 0.000$, $Beta = 0.712$) und elterliche Belastung ($T = 4.020$, $p = 0.000$, $Beta = 0.250$) als Prädiktoren eruiert. Hat die Mutter einen Schulabschluss, sinkt das Risiko, dass das Kind im Bereich der Angststörungen auffällig wird, um das mehr als 6fache (B-Koeffizient = -6.771 , $T = -3.681$, $p = 0.000$, $Beta = -0.225$). Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität führen ebenfalls zu niedrigeren Werten auf der Skala „Angststörung“ beim Kind ($T = -9.621$, $p = 0.000$, $Beta = -0.658$). Leidet die Mutter selbst unter einer Affektstörung, sinkt das Risiko des Kindes an einer Angststörung zu erkranken um das 4fache (B-Koeffizient = -4.368 , $T = -2.379$, $p = 0.020$, $Beta = -0.147$).

Für die Entstehung einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung kann vor allem das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung der Mutter als Prädiktor bestimmt werden ($T = 4.348$, $p = 0.000$, $Beta = 0.389$). Das Risiko steigt bei Vorhandensein dieser um das mehr als 3fache (B-Koeffizient = 3.688). 17,2 % der Varianz werden durch diesen Faktor aufgeklärt. Als weitere Einflussfaktoren können die aktuelle Symptombelastung ($T = 6.297$, $p = 0.000$, $Beta = 0.700$) und die elterliche Belastung ($T = 2.952$, $p = 0.004$, $Beta = 0.259$) identifiziert werden. Ist eine Affektstörung bei der Mutter vorhanden, sinkt das Risiko, dass hohe Werte auf der Skala „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ beschrieben werden, um mehr als das 3fache (B-Koeffizient = -3.447 , $T = -3.189$, $p = 0.002$, $Beta = -0.320$). Auch Probleme in Bezug auf die Familienfunktionalität führen zu niedrigeren Werten auf der beschriebenen Skala ($T = -5.050$, $p = 0.000$, $Beta = -0.495$). Des Weiteren beschreiben alleinerziehende Mütter weniger Probleme ihrer Kinder im Rahmen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ($T = -2.942$, $p = 0.004$, $Beta = -0.293$). Das Alter der Mutter kann ebenso als Prädiktor identifiziert werden: Kinder jugendlicher Mütter haben ein doppelt so hohes Risiko als

auffällig beschrieben zu werden als Kinder erwachsener Mütter (B-Koeffizient = 2.039, T = 2.499, $p = 0.015$, Beta = 0.215).

Für die Entwicklung einer hyperkinetischen Störung beim Kind können hohe Alexithymiewerte der Mutter als stark bedeutsamer Prädiktor identifiziert werden (T = 7.512, $p = 0.000$, Beta = 0.569). Allein durch diesen Faktor werden 49,6% der Varianz aufgeklärt. Die Variable „Elterliche Belastung“ kann ebenfalls als einflussreich interpretiert werden (T = 6.203, $p = 0.000$, Beta = 0.458). Auch steigt das Risiko für hohe Werte auf der Skala „Hyperkinetische Störungen“, wenn die Mutter allein erziehend ist, um das 1,5fache (B-Koeffizient = 1.561, T = 3.248, $p = 0.002$, Beta = 0.210). Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität senken das Risiko jedoch (T = -4.030, $p = 0.000$, Beta = -0.289).

Für die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ lässt sich die elterliche Belastung mit einer Varianzaufklärung von 45,5 % als bedeutendster Prädiktor feststellen (T = 8.678, $p = 0.000$, Beta = 0.697). Ist bei der Mutter ein Substanzmissbrauch vorhanden, steigt das Risiko für hohe Ausprägungen der „Störung des Sozialverhaltens“ beim Kind um das 4fache (B-Koeffizient = 4.451, T = 4.998, $p = 0.000$, Beta = 0.442). Eine Affektstörung der Mutter verdoppelt das Risiko (B-Koeffizient = 2.337, T = 2.585, $p = 0.012$, Beta = 0.216), während das Vorhandensein einer Essstörung es jedoch senkt (T = -2.885, $p = 0.006$, Beta = -0.244).

Alle nicht berichteten unabhängigen Variablen wurden in den jeweiligen Regressionsanalysen aufgrund eines fehlenden signifikanten Einflusses auf die abhängige Variable ausgeschlossen.

Tabelle 15 stellt eine Zusammenfassung der zuvor berichteten Ergebnisse dar.

Tabelle 15: Prädiktoren für kindliches Verhalten

	B-Koeffizient	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
Gesamtskala CBCL							
Konstante	29.557	3.065		9.642	0.000***	0.862	0.848
TAS-20 (Skalensummenwert)	0.302	0.050	0.367	6.021	0.000***		
Substanzmissbrauch (nein/ja)	10.834	1.474	0.475	7.384	0.000***		
PSS (Summenwert)	0.413	0.050	0.466	8.236	0.000***		
Schulabschluss (nein/ja)	-2.848	1.379	-0.114	-2.065	0.043*		
FB Gesamtskala (T-Wert)	-0.320	0.041	-0.468	-7.922	0.000***		
GSI SCL-90-R (Skalenwert)	11.158	1.530	0.571	7.291	0.000***		
Anzahl Achse-1-Diagnosen	-0.642	0.220	-0.216	-2.922	0.005**		
Externalisierendes Verhalten							
Konstante	23.261	3.090		7.528	0.000***	0.711	0.695
PSS (Summenwert)	0.382	0.057	0.503	6.736	0.000***		
Substanzmissbrauch (nein/ja)	6.744	1.282	0.345	5.261	0.000***		
TAS-20 (Skalensummenwert)	0.291	0.055	0.412	5.309	0.000***		
FB Gesamtskala (T-Wert)	-0.137	0.042	-0.234	-3.244	0.002**		
Internalisierendes Verhalten							
Konstante	19.010	6.520		2.916	0.005**	0.860	0.846
TAS-20 (Skalensummenwert)	0.387	0.061	0.384	6.349	0.000***		
FB Gesamtskala (T-Wert)	-0.415	0.050	-0.498	-8.228	0.000***		
GSI SCL-90-R (Skalenwert)	16.694	1.466	0.699	11.385	0.000***		
Substanzmissbrauch (nein/ja)	12.606	1.451	0.452	8.687	0.000***		
PSS (Summenwert)	0.469	0.061	0.343	7.678	0.000***		
Gruppe (EM/JM)	-4.869	1.308	-0.184	-3.7210	0.000***		
FsozU (Skalenwert)	2.430	0.858	0.181	2.832	0.006**		

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

	B-Koeffizient	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
Emotionale Störungen							
Konstante	60.567	3.913		15.478	0.000***	0.768	0.744
TAS-20 (Skalensummenwert)	0.194	0.044	0.384	4.442	0.000***		
FB Gesamtskala (T-Wert)	-0.293	0.033	-0.699	-8.770	0.000***		
GSI SCL-90-R (Skalenwert)	6.547	0.968	0.545	6.764	0.000***		
PSS (Summenwert)	0.191	0.038	0.351	5.004	0.000***		
FsozU (Skalenwert)	-1.456	0.513	-0.216	-2.839	0.006**		
Schulabschluss (nein/ja)	-2.384	1.038	-0.155	-2.296	0.025*		
PTBS (nein/ja)	-2.190	0.986	-0.164	-2.221	0.030*		
Angststörungen							
Konstante	62.591	4.525		13.831	0.000***	0.811	0.794
TAS-20 (Skalensummenwert)	0.360	0.070	0.362	5.172	0.000***		
Schulabschluss (nein/ja)	-6.771	1.839	-0.225	-3.681	0.000***		
GSI SCL-90-R (Skalenwert)	16.789	1.811	0.712	9.278	0.000***		
FB Gesamtskala (T-Wert)	-0.543	0.056	-0.658	-9.621	0.000***		
PSS (Summenwert)	0.267	0.067	0.250	4.020	0.000***		
Affektstörungen (nein/ja)	-4.368	1.836	-0.147	-2.379	0.020*		
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen							
Konstante	54.631	2.038		26.812	0.000***	0.601	0.560
PTBS (nein/ja)	3.688	0.848	0.389	4.348	0.000***		
GSI SCL-90-R (Skalenwert)	5.991	0.951	0.700	6.297	0.000***		
Affektstörungen (nein/ja)	-3.447	1.081	-0.320	-3.189	0.002**		
FB Gesamtskala (T-Wert)	-0.148	0.029	-0.495	-5.050	0.000***		
PSS (Summenwert)	0.100	0.034	0.259	2.952	0.004**		
Alleinerziehend (nein/ja)	-2.922	0.993	-0.293	-2.942	0.004**		
Gruppe (EM/JM)	2.039	0.816	0.215	2.499	0.015*		

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

	B-Koeffizient	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
Hyperkinetische Störungen							
Konstante	43.688	1.155		37.838	0.000***	0.718	0.702
TAS-20 (Skalensummenwert)	0.153	0.020	0.569	7.512	0.000***		
PSS (Summenwert)	0.132	0.021	0.458	6.203	0.000***		
FB Gesamtskala (T-Wert)	-0.064	0.016	-0.289	-4.030	0.000***		
Alleinerziehend (nein/ja)	1.561	0.481	0.210	3.248	0.002**		
Störungen des Sozialverhaltens							
Konstante	38.748	1.421		27.270	0.000***	0.611	0.589
PSS (Summenwert)	0.272	0.031	0.697	8.678	0.000***		
Substanzmissbrauch (nein/ja)	4.451	0.891	0.442	4.998	0.000***		
Essstörung (nein/ja)	-2.240	0.820	-0.244	-2.855	0.006**		
Affektstörung (nein/ja)	2.337	0.904	0.216	2.585	0.012**		

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

5.2 Ergebnisse zu den Interventionseffekten

5.2.1 Drop-Out-Analyse

In die Betrachtung der folgenden Berechnungen zu den Interventionseffekten werden die Daten der Teilnehmerinnen einbezogen, bei denen zu beiden Messzeitpunkten (Interventionsbeginn (T0) und sechs Monate nach Beginn der Intervention (FU)) komplette Datensätze für die Selbst- und Fremdratings (Fragebögen und Interviews) vorliegen (n = 69). Gründe für den Ausschluss aus der Untersuchung sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Drop Outs zur Follow Up-Erhebung

Gründe für Drop Out	Interventionsgruppen		Referenzgruppe
	Erwachsene Mütter	Jugendliche Mütter	
Daten nicht verwertbar	1	0	0
Keine Angabe von Gründen	4	4	1
Wegzug aus Region/ nicht auffindbar	9	19	2
Keine Zeit/ Keine Lust	3	1	4
Einweisung in psychiatrische/ somatische Klinik	4	3	0
Gesamt	21	27	7

Teilnehmerinnen der Interventionsgruppen scheiden häufiger aus der Untersuchung aus als Teilnehmerinnen der Referenzgruppe ($n_{(IG)} = 48$ (41,0 %), $n_{(RG)} = 7$ (18,9 %); $p = 0.014$). Auch hinsichtlich der Begründung für den Abbruch der Teilnahme unterscheiden sich beide Gruppen signifikant ($p = 0.014$); während 58,3 % der Drop Outs in der Interventionsgruppe dadurch bedingt sind, dass die Teilnehmerinnen entweder nicht auffindbar oder zu weit weg gezogen sind, entscheiden sich 57,1 % der Referenzgruppe bewusst gegen eine weitere Teilnahme an der Untersuchung.

Zudem zeichnet sich ab, dass jugendliche Mütter signifikant häufiger aus der Untersuchung ausscheiden als erwachsene Mütter ($n_{(JM)} = 27$ (51,9 %), $n_{(EM)} = 21$ (32,3 %); $p = 0.032$). In der Begründung für den Drop Out sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu finden.

Es zeigt sich aber, dass die Risiko dafür, dass die Teilnahme am Projekt beendet wird, um das 7,4fache höher ist, wenn eine Affektstörung vorliegt ($\text{Exp}(P) = 7.365$, $p = 0.019$). Alle anderen Störungsbilder können als Prädiktoren für einen Dropout ausgeschlossen werden.

5.2.2 Veränderungen von psychopathologischen und psychosozialen Variablen

Psychopathologie

Die im Folgenden berichteten Ergebnisse zu Veränderungen hinsichtlich der Symptomatik zwischen den Messzeitpunkten beziehen sich auf die Interventionsgruppe. In keiner der Berechnungen können signifikante Unterschiede hinsichtlich der Referenzgruppe festgestellt werden, weshalb auf diese nicht mehr explizit eingegangen wird.

Sechs Monate nach Interventionsbeginn kann in der Interventionsgruppe eine deutliche Symptomreduktion festgestellt werden. Dies gilt sowohl für die übergeordnete Skala des Global Severity Index ($M_{(T0)} = 0.756$, $SD_{(T0)} = 0.544$, $M_{(FU)} = 0.367$, $SD_{(FU)} = 0.361$; $F = 5.236$, $p = 0.000$, $\eta_p^2 = 0.567$) als auch für die Unterskalen des SCL-90-R ($p = 0.000$, $\eta_p^2 = 0.252$ bis $\eta_p^2 = 0.535$). Die aktuelle Symptombelastung ist somit signifikant geringer als zum ersten Messzeitpunkt.

In Bezug auf den Global Severity Index und auf einigen Unterskalen der SCL-90-R sind zudem Alterseffekte hinsichtlich der Ausprägung des Unterschieds zwischen den Messzeitpunkten zu finden: jugendliche Mütter berichten von einer signifikant stärkeren Verbesserung der aktuellen Symptombelastung. Dies gilt für die Skalen Global Severity Index ($M_{(JM)} = -0.515$, $SD_{(JM)} = 0.318$, $M_{(EM)} = -0.318$, $SD_{(EM)} = 0.339$; $p = 0.021$), Ängstlichkeit

($M_{(JM)} = -0.504$, $SD_{(JM)} = 0.419$, $M_{(EM)} = -0.266$, $SD_{(EM)} = 0.449$; $p = 0.034$), Aggressivität ($M_{(JM)} = -0.513$, $SD_{(JM)} = 0.567$, $M_{(EM)} = -0.125$, $SD_{(EM)} = 0.318$; $p = 0.003$) und Paranoides Denken ($M_{(JM)} = -0.560$, $SD_{(JM)} = 0.451$, $M_{(EM)} = -0.295$, $SD_{(EM)} = 0.356$; $p = 0.046$). Es kann von einem klinisch bedeutsamen Effekt in Bezug auf die Veränderungen gesprochen werden; für die Gruppe der erwachsenen Mütter kann ein kleinerer aber dennoch klinisch bedeutsamer Effekt nachgewiesen werden. Tabelle 17 stellt die Veränderungen von dem ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt bezüglich der aktuellen Symptombelastung dar.

Tabelle 17: Veränderungen der aktuellen Symptombelastung zwischen den Messzeitpunkten

SCL-90-R-Skala	Jugendliche Mütter					Erwachsene Mütter				
	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2
GSI	0.872	0.357	65.341	0.000***	0.731	0.690	0.372	38.858	0.000***	0.475
Somatisierung	0.560	0.247	27.670	0.000***	0.536	0.415	0.188	22.893	0.000***	0.347
Zwanghaftigkeit	0.912	0.288	31.210	0.000***	0.565	0.955	0.550	27.452	0.000***	0.390
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.222	0.622	20.434	0.000***	0.460	0.904	0.528	33.605	0.000***	0.439
Depressivität	1.160	0.449	48.318	0.000***	0.668	1.077	0.559	36.582	0.000***	0.460
Ängstlichkeit	0.808	0.304	36.205	0.000***	0.601	0.577	0.311	15.450	0.000***	0.264
Aggressivität/ Feindseligkeit	0.967	0.453	20.486	0.000***	0.461	0.534	0.409	6.811	0.012**	0.137
Phobische Angst	0.537	0.189	13.837	0.001***	0.366	0.425	0.181	16.113	0.000***	0.273
Paranoides Denken	1.120	0.560	38.540	0.000***	0.616	0.784	0.4886	30.378	0.000***	0.414
Psychotizismus	0.568	0.192	20.762	0.000***	0.464	0.377	0.166	28.708	0.000***	0.400

** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

Auch das Allgemeine Funktionsniveau der Interventionsgruppe wird zum zweiten Erhebungszeitpunkt durch die Interviewer signifikant höher eingeschätzt als zu Interventionsbeginn ($M_{(T0)} = 63.46$, $SD_{(T0)} = 10.874$, $M_{(FU)} = 68.35$, $SD_{(FU)} = 8.962$; $F = 33.778$, $p = 0.000$). Mit einem $\eta_p^2 = 0.332$ kann diese Veränderung durchaus als klinisch bedeutsam interpretiert werden. Signifikante Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern in der Veränderung zwischen den Messzeitpunkten lassen sich nicht nachweisen.

Signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten lassen sich auch für die Variable „Alexithymie“ finden (mit Ausnahme des Faktor 3 „Externer Denkstil“). Die Ergebnisse der durchgeführten Varianzanalysen mit Messwiederholung sind in Tabelle 18 dargestellt. Alterseffekte lassen sich nicht nachweisen.

Tabelle 18: Veränderung der Alexithymiewerte zwischen den Messzeitpunkten

TAS-Skalen	Jugendliche Mütter					Erwachsene Mütter				
	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2
Skalen- summenwert	55.20	49.20	8.551	0.007**	0.263	48.91	46.75	3.917	0.054	0.083
Faktor 1	18.20	15.84	4.117	0.054	0.146	15.20	13.82	5.267	0.027*	0.109
Faktor 2	15.04	13.20	4.962	0.036*	0.171	13.05	12.57	1.523	0.224	0.034
Faktor 3	21.96	20.16	4.208	0.051	0.149	20.66	20.36	0.345	0.560	0.008

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01

Psychosoziale Variablen

Bei der Betrachtung der Veränderung hinsichtlich der Variable „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ kann eine signifikante Verbesserung für die Interventionsgruppe nachgewiesen werden ($M_{(T0)} = 3.28$, $SD_{(T0)} = 0.936$, $M_{(FU)} = 3.3674$, $SD_{(FU)} = 0.633$, $F = 14.092$, $p = 0.001$, $\eta_p^2 = 0.172$).

Die genauere Betrachtung der Daten zeigt, dass die Veränderung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung innerhalb der Gruppe jugendlicher Mütter hoch signifikant ist ($M_{(T0)} = 3.04$, $SD_{(T0)} = 0.1.114$, $M_{(FU)} = 3.63$, $SD_{(FU)} = 0.693$, $F = 14.627$, $p = 0.001$). Mit einer Effektstärke von $\eta_p^2 = 0.379$, kann diese Veränderung als bedeutsam gewertet werden. In der Gruppe der erwachsenen Mütter sind zwar auch signifikante Veränderungen zu finden ($M_{(T0)} = 3.42$, $SD_{(T0)} = 0.800$, $M_{(FU)} = 3.696$, $SD_{(FU)} = 0.603$, $F = 4.146$, $p = 0.048$), diese sind mit einer Effektstärke von $\eta_p^2 = 0.088$ aber deutlich geringer.

Zusammenhang von sozialer Unterstützung und geringerer aktueller Symptombelastung

Wie vermutet, besteht ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und der Höhe der Reduktion der aktuellen Symptombelastung ($r = 0.490$, $p = 0.000$). In einer folgenden Regression kann gezeigt werden, dass je höher die berichtete soziale Unterstützung zum zweiten Erhebungszeitpunkt ist, je größer ist auch die Veränderung in Bezug auf die aktuelle Symptombelastung ($T = 4.607$, $p = 0.000$, $Beta = 0.490$).

5.2.3 Veränderungen hinsichtlich der elterlichen Belastung und der Familienfunktionalität

Bei der Betrachtung der elterlichen Belastung und ihrer Veränderung über die Zeit werden signifikante Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern sichtbar: Während jugendliche Mütter von einer hoch signifikanten Reduktion der wahrgenommenen Belastung berichten ($M_{(T0)} = 41.84$, $SD_{(T0)} = 13.852$, $M_{(FU)} = 35.95$, $SD_{(FU)} = 11.781$, $F = 12.376$, $p = 0.001$, $\eta_p^2 = 0.251$), kann bei der Gruppe erwachsener Mütter keine Veränderung vermerkt werden ($M_{(T0)} = 33.23$, $SD_{(T0)} = 7.956$, $M_{(FU)} = 35.18$, $SD_{(FU)} = 9.648$, $F = 2.382$, $p = 0.130$, $\eta_p^2 = 0.052$). Die erwartete signifikante Reduktion elterlicher Belastung kann also nur für die Gruppe jugendlicher Mütter bestätigt werden.

Bezüglich der Familienfunktionalität berichten die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe sechs Monate nach Interventionsbeginn signifikant weniger Probleme. Diese Reduktion ist vor allem auf die Gruppe der erwachsenen Mütter zurückzuführen. Tabelle 19 illustriert die in den Varianzanalysen mit Messwiederholungen gefundenen Ergebnisse. Jugendliche Mütter schildern lediglich auf der Gesamtskala und der Skala „Aufgabenerfüllung“ Verbesserungen, die jedoch nicht signifikant werden, sondern lediglich einen Trend aufweisen. In der Gruppe erwachsener Mütter werden hingegen für alle Skalen bis auf „Kommunikation“ und „Kontrolle“ signifikante Verbesserungen geäußert.

Auf Grund dieses Ergebnisses wurde die Höhe der Differenzen zwischen den Messzeitpunkten (FU-T0) gesondert betrachtet. Es zeigt sich, dass die Gruppe erwachsener Mütter signifikant höhere Verbesserungen auf der Gesamtskala ($M_{(JM)} = -2.40$, $SD_{(JM)} = 14.646$, $M_{(EM)} = -9.00$, $SD_{(EM)} = 10.441$, $p = 0.033$), der Skala „Rollenverhalten“ ($M_{(JM)} = -0.04$, $SD_{(JM)} = 10.093$, $M_{(EM)} = -6.91$, $SD_{(EM)} = 9.983$, $p = 0.007$) und der Skala „Werte und Normen“ ($M_{(JM)} = 1,36$, $SD_{(JM)} = 15.108$, $M_{(EM)} = -8.98$, $SD_{(EM)} = 11.317$, $p = 0.002$) aufweisen. Zudem ist ein Trend auf den Skalen „Emotionalität“ ($M_{(JM)} = -0.68$, $SD_{(JM)} = 9.839$, $M_{(EM)} = -5.91$, $SD_{(EM)} = 11.289$, $p = 0.057$) und „Aufgabenerfüllung“ ($M_{(JM)} = -3.20$, $SD_{(JM)} = 8.641$, $M_{(EM)} = -7.45$, $SD_{(EM)} = 9.820$, $p = 0.067$) zu erkennen.

Tabelle 19: Veränderung der Familienfunktionalität zwischen den Messzeitpunkten

Skalen des Familienbogens	Jugendliche Mütter					Erwachsene Mütter				
	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2
Summenwert	74.82	69.79	3.947	0.054	0.096	68.93	59.93	32.690	0.000***	0.432
Aufgabenerfüllung	64.68	61.48	3.429	0.076	0.125	62.45	55.00	25.354	0.000***	0.371
Rollenverhalten	59.28	59.32	0.000	0.984	0.000	61.16	54.25	21.074	0.000***	0.329
Kommunikation	79.32	77.80	0.147	0.705	0.006	71.61	70.84	0.163	0.689	0.004
Emotionalität	66.16	65.48	0.119	0.733	0.005	60.34	54.43	12.056	0.001***	0.219
Affektive Beziehungsaufnahme	69.78	68.48	0.127	0.725	0.005	60.84	54.68	29.807	0.000***	0.409
Kontrolle	73.56	70.92	0.817	0.375	0.033	65.45	62.05	3.072	0.087	0.067
Werte und Normen	70.16	71.52	0.203	0.657	0.008	66.98	58.00	27.688	0.000***	0.392

*** $p \leq 0.001$

5.2.4 Veränderung des kindlichen Verhaltens

In den folgenden Berechnungen sind die Daten von $n = 60$ Kindern ($n = 35$ Kinder der Gruppe erwachsener Mütter, $n = 25$ Kinder der Gruppe jugendlicher Mütter) berücksichtigt worden. Von diesen Kindern liegen jeweils Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten vor.

Hinsichtlich der Gesamtskala der CBCL können für die Kinder der Interventionsgruppe signifikante Unterschiede über die Zeit festgestellt werden ($M_{(T0)} = 47.70$, $SD_{(T0)} = 9.950$, $M_{(FU)} = 44.70$, $SD_{(FU)} = 6.995$, $p = 0.002$, $\eta_p^2 = 0.148$). Eine genauere Betrachtung der Daten zeigt aber, dass diese Veränderung hauptsächlich auf die Gruppe der Kinder jugendlicher Mütter zurückzuführen ist. In Bezug auf die Kinder jugendlicher Mütter sind hinsichtlich der Diagnose „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ mit $p = 0.056$ und $\eta_p^2 = 0.144$ einzig keine signifikanten Verbesserungen zu finden, jedoch ist ein deutlicher Trend zu erkennen. Die Effektgröße η_p^2 ist damit sogar höher als die der erwachsenen Mütter ($p = 0.029$, $\eta_p^2 = 0.133$). Die größte Symptomreduktion wird von den jugendlichen Müttern in Bezug auf die Diagnose „Hyperkinetische Störungen“ berichtet.

In der Gruppe der Kinder erwachsener Mütter zeigen sich in den Bereichen der „emotionalen Störungen“, der „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ und der „Störungen des Sozialverhaltens“ signifikante Verbesserungen vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt. In Bezug auf die Diagnose „emotionale Störungen“ ist diese Symptomreduktion am ausgeprägtesten. Tabelle 20 stellt die Veränderungen der Mittelwerte der CBCL-Skalen zu den einzelnen Messzeitpunkten dar.

Bis auf den Bereich „tiefgreifender Entwicklungsprobleme“ berichten jugendliche Mütter somit hinsichtlich aller Diagnosen von signifikant stärkeren Verbesserungen als erwachsene Mütter. Tabelle 21 gibt die genauen Kennwerte für die Ausprägungen der Veränderungen hinsichtlich der einzelnen Diagnosebereiche wieder.

Tabelle 20: Veränderung des kindlichen Verhaltens zwischen den Messzeitpunkten

CBCL (T-Werte)	Jugendliche Mütter					Erwachsene Mütter				
	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2	M (T0)	M (FU)	F	p	η_p^2
Gesamtwert	51.56	44.68	16.204	0.000***	0.403	44.94	44.71	0.089	0.768	0.003
Externalisierendes Verhalten	51.12	47.32	9.120	0.006**	0.275	44.89	45.69	1.833	0.185	0.051
Internalisierendes Verhalten	51.00	45.44	6.577	0.017*	0.215	46.86	46.26	0.311	0.581	0.009
Emotionale Störungen	56.24	51.76	12.463	0.002**	0.342	52.57	51.14	9.692	0.004**	0.222
Angststörungen	58.72	52.40	6.301	0.019**	0.208	54.69	54.17	0.526	0.473	0.015
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	54.00	52.24	4.035	0.056	0.144	50.89	50.49	5.231	0.029*	0.133
Hyperkinetische Störungen	54.76	51.56	16.606	0.000***	0.409	51.57	51.65	0.172	0.681	0.005
Störung des Sozialverhaltens	55.52	53.04	8.088	0.009**	0.252	51.14	50.60	4.241	0.047*	0.111

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Tabelle 21: Höhe der Differenzen zwischen den Messzeitpunkten für die Gruppe jugendlicher und die Gruppe erwachsener Mütter

CBCL (T-Werte)	T-Test für unabhängige Stichproben							
	Erwachsene Mütter		Jugendliche Mütter		T	p	95% Konfidenzintervall	
	M (FU-T0)	SD (FU-T0)	M (FU-T0)	SD (FU-T0)			Untere	obere
Gesamtwert	-0.229	4.544	-6.880	8.546	3.904	0.000***	3.241	10.062
Externalisierendes Verhalten	0.800	3.496	-3.800	6.292	3.309	0.002**	1.777	7.423
Internalisierendes Verhalten	-0.600	6.367	-5.560	10.840	2.226	0.030*	0.500	9.420
Emotionale Störungen	-1.429	2.715	-4.480	6.345	2.261	0.031*	0.297	5.806
Angststörungen	-0.514	4.196	-6.230	12.589	2.220	0.035*	0.446	11.165
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	-0.4000	1.035	-1.760	4.381	1.522	0.140	-1.477	31.97
Hyperkinetische Störungen	0.086	1.222	-3.200	3.926	4.047	0.000***	1.621	4.951
Störung des Sozialverhaltens	-0.543	1.559	-2,480	4.360	2.126	0.042*	0.072	3.802

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Prädiktoren für die Veränderungen kindlichen Verhaltens

Um herauszufinden, welche Variablen Einfluss auf das veränderte Verhalten der Kinder haben, sind schrittweise multiple lineare Regressionsanalysen durchgeführt worden. Um die abhängigen Variablen zu erhalten, sind die Differenzen der Nachuntersuchung und der Ausgangswerte gebildet worden; die abhängigen Variablen wurden unter Anwendung der Formel: $AV=AV_{(FU)}-AV_{(T0)}$ berechnet. Es ergeben sich folgende Abhängige Variablen:

- Gesamtskala CBCL (Veränderung FU-T0)
- CBCL: internalisierendes Verhalten (Veränderung FU-T0)
- CBCL: externalisierendes Verhalten (Veränderung FU-T0)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Emotionale Störungen“ (Veränderung FU-T0)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Angststörungen“ (Veränderung FU-T0)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (Veränderung FU-T0)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Hyperkinetische Störungen“ (Veränderung FU-T0)
- CBCL: DSM-IV-orientierte Skala „Störung des Sozialverhaltens“ (Veränderung FU-T0)

Als unabhängige Variablen wurden neben psychosozialen Merkmalen, die Höhe der Veränderung der aktuelle Symptombelastung, die Höhe der Veränderung hinsichtlich der Alexithymie, die Höhe der Veränderung der Familienfunktionalität und die Höhe der Veränderung der elterlichen Belastung einbezogen. Tabelle 22 gibt einen Überblick zu den verwendeten unabhängigen Variablen.

Tabelle 22: Unabhängige Variablen der multiplen schrittweisen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Veränderungen des kindlichen Verhaltens

Merkmal	Unabhängige Variable
Psychopathologie	Aktuelle Symptombelastung: SCL-90-R: Differenz des Global Severity Index FU-T0 Alexithymie: Differenz des Skalensummenwert der TAS-20 FU-T0 GAF (Differenz FU-T0)
Psychosoziale Faktoren	Wahrgenommene soziale Unterstützung: Differenz Skalenwert des FsozU FU-T0 Alleinerziehend: ja/nein Schulabschluss vorhanden: ja/nein
Elterliche Belastungen	Summenwert der PSS (DifferenzFU-T0)
Familienfunktionalität	Gesamtskala Allgemeiner Familienfragebogen (Differenz FU-T0)

Tabelle 23 fasst die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalyse zusammen. Für die Veränderung der Werte auf der Gesamtskala der CBCL können fünf bedeutsame Prädiktoren identifiziert werden, die zusammen 76,7 % der Varianz aufklären. Die Reduktion der elterlichen Belastung ist hier mit einem Beta von 0.511 und einer alleinigen Varianzaufklärung von 37,7 % als wichtigster Prädiktor zu nennen. Im Vorfeld konnten bereits hochsignifikante Unterschiede hinsichtlich der Veränderungshöhe auf diesem Faktor zwischen den Subgruppen nachgewiesen werden – jugendliche Mütter berichten von einer signifikant höheren Reduktion der elterlichen Belastung als erwachsene Mütter. Der große Unterschied zwischen der Veränderungshöhe zwischen den Gruppen hinsichtlich des kindlichen Verhaltens kann somit erklärt werden. Ist ein Schulabschluss der Mutter vorhanden, kann von einer Verbesserung der Symptomatik des Kindes ausgegangen werden. Für die Familienfunktionalität, das allgemeine Funktionsniveau der Mutter und die wahrgenommene soziale Unterstützung gilt: je größer die Symptomreduktion in diesen Bereichen, je geringer ist die Veränderung in Bezug auf die Symptomatik der Kinder zwischen den Messzeitpunkten.

Je höher die Reduktion der aktuellen Symptombelastung und der elterlichen Belastung

zwischen den Messzeitpunkten ist, desto mehr vermindern sich auch die Probleme im Bereich des externalisierenden Verhaltens bei den Kinder.

Die Reduktion des internalisierendes Verhaltens der Kinder ist um das fast 12fache höher, wenn die Mutter einen Schulabschluss besitzt (B-Koeffizient = 11.975). Zudem gilt, je höher die Minderung der elterlichen Belastung, je mehr reduziert sich das internalisierende Verhalten der Kinder. Je mehr sich die Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität, des allgemeinen Funktionsniveaus und der aktuellen Belastung verringern, je weniger reduziert sich das internalisierende Verhalten des Kindes.

Auch für die Höhe der Minderung der Symptomatik emotionaler Störungen ist das Vorhandensein eines Schulabschlusses der Mutter bedeutsam. Ist dieser vorhanden, ist die Reduktion um das 5fache höher. Ebenso kann auch festgestellt werden, dass eine stärkere Reduktion der elterlichen Belastung, eine stärkere Reduktion der kindlichen Symptomatik prädiziert. Je weniger familiäre Probleme berichtet werden und je mehr die soziale Unterstützung zunimmt, desto weniger reduziert sich jedoch die Symptomatik des Kindes in Bezug auf die Diagnose „Emotionale Störungen“.

Ähnliche Ergebnisse lassen sich für die Diagnose „Angststörungen“ finden. Auch hier können das Vorhandensein eines Schulabschlusses der Mutter und die Reduktion elterlicher Belastung als bedeutsame Prädiktoren für die Senkung der kindlichen Symptomatik identifiziert werden. Auch gilt, dass je höher die Reduktion von familiären Problemen und je höher die Verbesserungen hinsichtlich des allgemeinen Funktionsniveaus und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sind, desto geringer ist die Minderung der kindlichen Symptomatik.

Ist ein Schulabschluss der Mutter vorhanden, reduzieren sich Probleme der Kinder im Bereich der tiefgreifenden Entwicklungsprobleme um die Hälfte (B-Koeffizient = 1.857). Je größer die Senkung familiärer Probleme und je höher der Zuwachs des allgemeinen Funktionsniveaus sind, je niedriger ist die Reduktion der Entwicklungsprobleme. Eine stärkere Symptomreduktion in Bezug auf die Alexithymiewerte jedoch, prädiziert eine höhere Reduktion der kindlichen Problematik.

Für die Minderung der Symptome im Bereich der „Hyperkinetischen Störungen“ kann die

Höhe der Reduktion der elterlichen Belastung als Prädiktor identifiziert werden. Je größer diese Reduktion, desto größer ist auch die Reduktion der kindlichen Symptomatik. 34,9 % der Varianz kann durch diese Variable geklärt werden. Mit einem Beta = 0.602 ist der Einfluss als bedeutsam zu werten.

Je höher die Senkung der elterlichen und familiären Problematik ist, desto höher ist auch die Reduktion der Probleme der Kinder im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens. Auch hier ist ein Schulabschluss der Mutter förderlich. Jedoch berichten die Mütter von mehr Problemen ihrer Kinder in Bezug auf diesen Bereich, je mehr ihre Alexithymiewerte sinken.

Tabelle 23: Prädiktoren für die Höhe der Veränderungen des kindliches Verhalten

	B-Koeffizient	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
Gesamtskala CBCL							
Konstante	-8.262	1.846		-4.476	0.000***	0.792	0.767
Veränderung PSS	0.436	0.063	0.511	6.973	0.000***		
Schulabschluss (nein/ja)	7.919	1.773	0.385	4.466	0.000***		
Veränderung FB	-0.218	0.048	-0.385	-4.581	0.000***		
Veränderung GAF	-0.276	0.097	-0.266	-2.848	0.007**		
Veränderung SozU	-1.459	0.714	-0.163	-2.044	0.047*		
Externalisierendes Verhalten							
Konstante	2.068	0.802		2.579	0.013**	0.529	0.508
Veränderung SCL	7.853	1.671	0.524	4.699	0.000***		
Veränderung PSS	0.188	0.062	0.337	3.017	0.004**		
Internalisierendes Verhalten							
Konstante	-14.369	3.606		-30.984	0.000***	0.702	0.667
Schulabschluss (nein/ja)	11.975	2.926	0.482	4.092	0.000***		
Veränderung PSS	0.587	0.098	0.568	6.018	0.000***		
Veränderung FB	-0.274	0.069	-0.383	-3.997	0.000***		
Veränderung GAF	-0.417	0.138	-0.332	-3.022	0.004**		
Veränderung SCL	-7.443	3.340	-0.269	-2.228	0.031*		
Emotionale Störungen							
Konstante	-7.403	1.163		-6.367	0.000***	0.651	0.618
Veränderung PSS	0.192	0.053	0.337	3.592	0.001***		
Schulabschluss (nein/ja)	5.432	1.235	0.397	4.400	0.000***		
Veränderung FB	-0.185	0.038	-0.471	-4.820	0.000***		
Veränderung SozU	-2.509	0.589	-0.421	-4.257	0.000***		
Angststörungen							
Konstante	-8.779	2.620		-3.351	0.002**	0.748	0.718
Schulabschluss (nein/ja)	9.365	2.517	0.353	3.720	0.001***		
Veränderung PSS	0.432	0.089	0.393	4.865	0.000***		
Veränderung FB	-0.312	0.067	-0.409	-4.619	0.000***		
Veränderung GAF	-0.385	0.137	-0.288	-2.802	0.008**		
Veränderung SozU	-3.696	1.013	-0.320	-3.648	0.001***		

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

	B-Koeffizient	Standardfehler	Beta	T-Wert	Signifikanz	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat
Tiefgreifende Entwicklungsprobleme							
Konstante	-1.937	0.749		-2.586	0.013*	0.726	0.700
Schulabschluss (nein/ja)	1.857	0.706	0.255	2.631	0.012*		
Veränderung FB	-0.124	0.019	-0.592	-6.682	0.000***		
Veränderung GAF	-0.173	0.039	-0.472	-4.475	0.000***		
Veränderung TAS	0.058	0.024	0.204	2.400	0.021*		
Hyperkinetische Störungen							
Konstante	-0.822	0.359		-2.290	0.027*	0.349	0.349
Veränderung PSS	0.204	0.40	0.602	5.117	0.000***		
Störungen des Sozialverhaltens							
Konstante	-2.757	0.737		-3.743	0.001***	0.552	0.511
Veränderung PSS	0.202	0.036	0.691	5.572	0.000***		
Veränderung FB	0.079	0.021	0.391	3.793	0.000***		
Schulabschluss (nein/ja)	2.432	0.743	0.345	3.373	0.002**		
Veränderung TAS	-0.071	0.035	-0.256	-2.019	0.050*		

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

5.3 Inanspruchnahme von Hilfe

5.3.1 Nutzungsintensität

Unterschiede zwischen Referenz- und Interventionsgruppe im Nutzungsverhalten

Sowohl die Mütter der Interventionsgruppe als auch die Mütter der Referenzgruppe berichten zu Interventionsbeginn über regelmäßige Kontakte zu diversen Hilfeinrichtungen bzw. sozialen Einrichtungen im Laufe des vorangegangenen Jahres. Jedoch unterscheidet sich die Art der genutzten Hilfsangebote zum Teil beträchtlich.

Betrachtet man die übergeordnete Kategorie „Hilfe im medizinischen Sektor“ hinsichtlich der Frage, ob im Jahr vor Untersuchungsbeginn Kontakte stattfanden, finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen psychisch belasteten und gesunden Müttern ($p = 0.074$), auch wenn ein Trend zu erkennen ist. 100 % ($n = 117$) der Mütter der Interventionsgruppe berichten mindestens einmal mit einer medizinischen Einrichtung in Berührung gekommen zu sein. Bei den Müttern der Referenzgruppe sind es 97,3 % ($n = 36$).

Die genauere Prüfung des Inanspruchnahmeverhaltens zeigt, dass innerhalb der Interventionsgruppe signifikant häufiger psychologische bzw. psychiatrische Angebote von den Teilnehmerinnen angenommen werden ($p = 0.017$). 13,7 % ($n = 16$) berichten mindestens einmal ein psychologisches oder psychiatrisches Angebot (wie Termine bei niedergelassenen Psychotherapeuten, das Aufsuchen der stationären Erwachsenenpsychiatrie oder einer psychiatrischen Tagesklinik) in Anspruch genommen zu haben. Bei der Referenzgruppe nutzte keine der Teilnehmerinnen Hilfe in diesem Segment. Im Bereich der Kinderheilkunde berichten 100 % ($n = 117$) der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe und 97,3 % ($n = 36$) der Referenzgruppe mindestens einmal Hilfe in Anspruch genommen zu haben ($p = 0.074$). In diesem Rahmen besteht ein signifikanter Unterschied für die Nutzungsintensität in Bezug auf die Kinderklinik ($p = 0.003$): 16,2 % ($n = 19$) der psychisch belasteten Mütter berichten regelmäßige Kontakte zur Kinderklinik, weitere 47,0 % ($n = 55$) gelegentliche Interaktionen. Bei den gesunden Müttern berichtet keine von regelmäßigen Kontakten, jedoch 75,7 % von einem einzelnen Berührungspunkt

im letzten Jahr. Kontakte zur Hebamme bzw. einer Geburtsklinik werden von 48,7 % (n = 57) der Interventionsgruppe und 40,5 % (n = 15) der Referenzgruppe beschrieben.

In Bezug auf die Nutzungsintensität der Jugendhilfe zeigen sich hoch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($p = 0.000$). Insgesamt geben 75,2 % (n = 88) der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe Kontakte zu Jugendamt oder Jugendhilfeeinrichtungen an: 24,5 % (n = 29) berichten von regelmäßigen Kontakten (also mindestens einmal pro Monat) zum Jugendamt, weitere n = 59 (50,4 %) berichten von gelegentlichen Kontakten im letzten Jahr. Im Rahmen der Referenzgruppe sind es 3,3 % (n = 1), die regelmäßige Kontakte berichten und 6,3 % (n = 4) die einmal im Laufe des letzten Jahres das Jugendamt aufgesucht haben. Zu einem Jugendhilfeträger haben 55,5 % (n = 65) der Interventionsgruppe und 5,4 % (n = 2) der Referenzgruppe regelmäßigen Kontakt. Zu einer Kindertagesstätte oder zu einer Tagesmutter geben 78,6 % (n = 96) der Interventionsgruppe Verbindungen an, in der Gruppe der gesunden Mütter sind es 97,3 % (n = 36). Auch dieser Unterschied ist signifikant ($p = 0.008$).

Die Inanspruchnahme von Angeboten weiterer Einrichtungen wie diverser Beratungsstellen, Polizei und Familiengerichten geben insgesamt 60,7 % (n = 71) der Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe an, aber keine der Teilnehmerinnen der gesunden Referenzgruppe ($p = 0.000$). 13,7 % (n = 16) der psychisch belastenden Mütter haben regelmäßige Interaktionen mit der Polizei, 6,8 % (n = 8) berichten von gelegentlichen Kontakten. Mit dem Familiengericht erklären 5,1 % (n = 6) regelmäßig und 11,1 % (n = 13) gelegentliche Interaktionen zu haben.

Tabelle 24 fasst die berichteten Ergebnisse zusammen.

Es lässt sich feststellen, dass die Mütter der Referenzgruppe durchschnittlich zu n = 4.24 helfenden Einrichtungen im Jahr vor Beginn der Untersuchung Kontakt aufgenommen haben. Die Mütter der Interventionsgruppe berichten durchschnittlich von n = 6.95 Einrichtungen, zu denen sie Kontakt gesucht haben. Dieser Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Nutzungshäufigkeit ist mit $p = 0.000$ hoch signifikant.

Tabelle 24: Inanspruchnahmeverhalten der Teilnehmerinnen von Interventions- und Referenzgruppe in Prozent und absoluten Zahlen

	Referenzgruppe				Interventionsgruppe				Chi-Quadrat nach Pearson	
	Ja		Nein		Ja		Nein		Wert	p
	%	n	%	n	%	n	%	n		
Medizinische Hilfe										
Medizinischer Sektor gesamt	97,3	36	2,7	1	100	117	0	0	3.183	0.074
Hebamme	40,5	15	49,5	22	48,7	57	51,3	60	0.755	0.385
Kinderklinik	75,7	28	24,3	9	63,2	74	36,8	43	11.581	0.003**
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0	0	100	37	9,4	119	90,6	106	3.746	0.053
Psychiatrie/ Psychotherapie	0	0	100	37	13,7	16	86,3	101	5.646	0.017*
Suchtberatung	0	0	100	37	12,8	15	87,2	102	5.255	0.022*
Jugendhilfe										
Jugendhilfe gesamt	13,5	5	86,5	32	75,2	88	24,8	29	44.737	0.000***
Jugendamt	13,5	5	86,5	32	75,2	88	24,8	29	44.838	0.000***
Jugendhilfe	5,4	2	94,6	35	55,6	65	44,4	52	28.765	0.000***
Erziehungsberatung	0	0	100	0	13,7	16	86,3	101	5.646	0.059
Kita/Tagesmutter	97,3	36	2,7	1	78,6	92	21,4	25	6.979	0.008**
Sonstige Einrichtungen										
Sonstige Einrichtungen gesamt	0	0	37	100	60,7	71	39,3	46	41.660	0.000***
Polizei	0	0	37	100	21,5	24	79,5	93	8.991	0.011*
Familiengericht	0	0	37	100	16,2	19	83,8	98	6.854	0.032*

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern im Nutzungsverhalten

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass jugendliche Mütter zu durchschnittlich n = 7.60 unterschiedlichen Einrichtungen Kontakte berichten; erwachsene Mütter schildern Kontakte zu n = 6.43 Einrichtungen. Jugentliche Mütter nutzen vorhandene Angebote somit signifikant häufiger (p = 0.022).

Die genauere Betrachtung des Inanspruchnahmeverhaltens zeigt, dass in Bezug auf die Nutzungsintensität des medizinischen Sektors signifikante Unterschiede im Bereich psychiatrischer bzw. psychologischer Hilfe besteht ($p = 0.026$): 20 % ($n = 13$) der erwachsenen Mütter geben an, im Laufe des letzten Jahres vor Interventionsbeginn psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben, während nur 5,8 % der jugendlichen Mütter von der Nutzung eines Hilfsangebotes dieser Art berichten. Jugendliche Mütter hingegen berichten signifikant häufiger von einer Inanspruchnahme niedergelassener Fachärzte ($p = 0.008$) – 36,5 % ($n = 19$) von ihnen suchten einen Facharzt auf. Bei den erwachsenen Müttern berichten nur 15,4 % ($n = 10$) von einem Besuch bei einem Facharzt. Auch sind jugendliche Mütter signifikant häufiger mit ihren Kindern in einer Kinderklinik ($p = 0.008$). 76,9 % ($n = 40$) suchten diese im letzten Jahr auf, 25 % ($n = 13$) sogar mindestens einmal pro Monat. Von den erwachsenen Müttern hingegen suchten 52,3 % im Laufe des vorangegangenen Jahres eine Kinderklinik auf, allerdings waren nur 9,2 % ($n = 6$) regelmäßig, also mindestens einmal monatlich dort.

Ein weiterer Unterschied zeigt sich im Kontakt zu Hebammen ($p = 0.039$). Während 46,2 % ($n = 24$) der jugendlichen Mütter regelmäßig Besuch von ihren Hebammen bekommen, sind es nur 27,7 % ($n = 18$) der erwachsenen Mütter.

Zum Segment der Jugendhilfe schildern jugendliche Mütter signifikant häufiger Interaktionen als erwachsene Mütter ($p = 0.000$). 96,2 % ($n = 50$) der jugendlichen Mütter und 58,5 % ($n = 38$) der erwachsenen Mütter geben Berührungspunkte vor allem mit der Jugendhilfe an.

Für alle hier nicht genannten Institutionen zeigen sich keine Unterschiedlichkeiten zwischen den Gruppen bezüglich ihrer Nutzungsintensität.

Tabelle 25 fasst die Institutionen, bei denen signifikante Unterschiede hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens zwischen den Gruppen bestehen, zusammen.

Tabelle 25: Inanspruchnahmeverhalten jugendlicher und erwachsener Mütter in Prozent und absoluten Zahlen

	Jugendliche Mütter				Erwachsene Mütter				Chi-Quadrat nach Pearson	
	Ja		Nein		Ja		Nein		Wert	p
	%	n	%	n	%	n	%	n		
Medizinische Hilfe										
Medizinischer Sektor gesamt	100	52	0	0	100	65	0	0	-	-
Hebamme	46,2	24	53,8	28	50,8	33	49,2	32	4.279	0.039*
Kinderklinik	76,9	40	23,1	12	52,3	34	47,7	31	9,667	0.008**
Niedergelassene Ärzte	36,5	19	63,5	33	15,4	10	84,6	55	9.566	0.008**
Psychiatrie/ Psychotherapie	5,8	3	94,2	49	20	13	80,0	52	4.956	0.026*
Jugendhilfe										
Jugendhilfe gesamt	96,2	50	3,8	2	58,5	38	41,5	27	22.015	0.000***
Jugendamt	96,2	50	3,8	2	58,5	38	41,5	27	22.498	0.000***
Jugendhilfe	67,3	35	32,7	17	46,2	30	53,8	35	5.236	0.022*

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Nutzungsintensität

Für einige Institutionen lässt sich eine negative Korrelation von wahrgenommener sozialer Unterstützung und Nutzungsintensität finden. Signifikant wird dieser Zusammenhang nur für Beratungsstellen ($r = -0.215$, $p = 0.021$). Jedoch ist ein Trend in dieselbe Richtung auch für das Jugendamt ($r = -0.171$, $p = 0.067$) und für ambulante Psychotherapie ($r = -0.160$, $p = 0.087$) feststellbar.

Ein positiver Zusammenhang ($r = 0.226$, $p = 0.015$) zwischen sozialer Unterstützung und Nutzungsintensität zeigt sich für „sonstige Einrichtungen“ (Jobcenter, Wohnungsbaugesellschaften, Kirche etc.).

5.3.2 Nutzerzufriedenheit

Vergleich von Interventions- und Referenzgruppen hinsichtlich der Nutzerzufriedenheit

Ein Vergleich zwischen den Gruppen hinsichtlich der Benutzerzufriedenheit ist nur für die Einrichtungen möglich, zu denen beide Gruppen Kontakt hatten. Abbildung 11 gibt die Ergebnisse dieser Untersuchung wieder. Es kann festgehalten werden, dass grundlegend beide Gruppen „zufrieden“ oder gar „sehr zufrieden“ mit der erhaltenen Hilfe sind. Dennoch sind die gesunden Mütter der Referenzgruppe weniger zufrieden als die Interventionsgruppe. Dieser Unterschied ist in Bezug auf die Unterstützung durch die Hebamme bzw. für die Behandlung vom Kinderarzt hoch signifikant ($M_{(IG)} = 1.17$, $SD_{(IG)} = 0.737$, $M_{(RG)} = 1.60$, $SD_{(RG)} = 0.377$; $p = 0.005$ bzw. $M_{(IG)} = 1.36$, $SD_{(IG)} = 0.482$, $M_{(RG)} = 1.78$, $SD_{(RG)} = 0.898$; $p = 0.000$). Auch betreffend der Zusammenarbeit mit der KITA zeigen sich die Teilnehmerinnen der Referenzgruppe mit $p = 0.004$ ($M_{(IG)} = 1.49$, $SD_{(IG)} = 0.524$, $M_{(RG)} = 1.86$, $SD_{(RG)} = 0.867$) weniger zufrieden als die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe. Für die anderen Einrichtungen kann kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Benutzerzufriedenheit festgestellt werden.

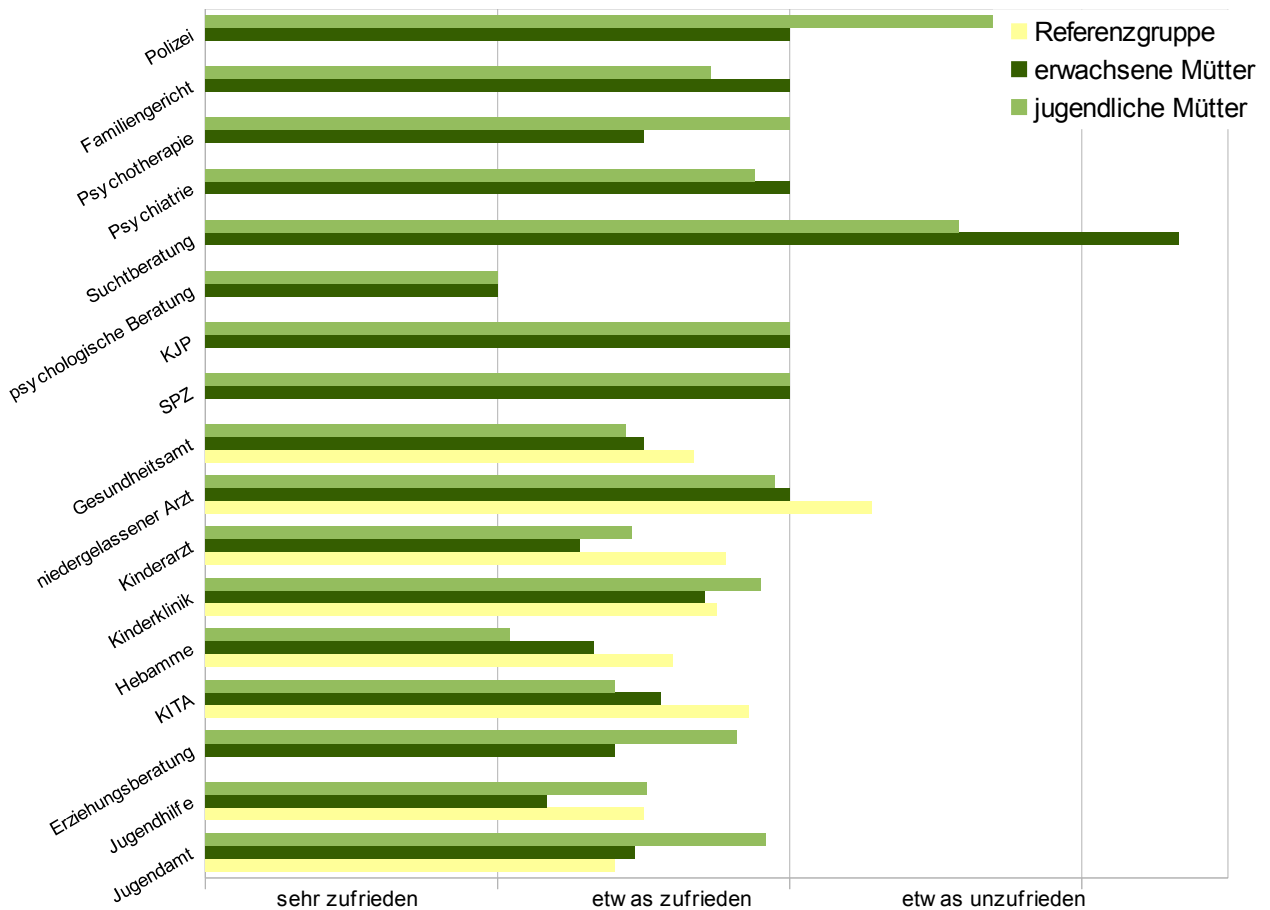
Vergleich von jugendlichen und erwachsenen Müttern hinsichtlich der Nutzerzufriedenheit

Grundlegend kann festgestellt werden, dass bis auf die Institutionen „Suchtberatung“ und „Polizei“ alle Einrichtungen mit mindestens „zufriedenstellend“ bewertet werden. Die beiden benannten Institutionen bekommen durchschnittlich die Bewertung „wenig hilfreich bzw. etwas unzufrieden mit Hilfe“. Abbildung 11 gibt die Ergebnisse graphisch wieder.

In Bezug auf die Institutionen der Jugendhilfe erleben erwachsene Mütter die Hilfsangebote als deutlich unterstützender (Jugendamt: $M_{(JM)} = 1.92$, $SD_{(JM)} = 0.665$, $M_{(EM)} = 1.47$, $SD_{(EM)} = 0.506$; $p = 0.001$; Jugendhilfeträger: $M_{(JM)} = 1.51$, $SD_{(JM)} = 0.854$, $M_{(EM)} = 1.17$, $SD_{(EM)} = 0.379$; $p = 0.043$). Mit der Unterstützung durch die Hebamme hingegen sind die jugendlichen Mütter mit $p = 0.011$ signifikant zufriedener ($M_{(JM)} = 1.04$, $SD_{(JM)} = 0.204$, $M_{(EM)}$

= 1.33, $SD_{(EM)} = 0.485$). Andererseits empfinden erwachsene Mütter die Kontakte zum Kinderarzt als signifikant hilfreicher ($M_{(JM)} = 1.46$, $SD_{(JM)} = 0.503$, $M_{(EM)} = 1.28$, $SD_{(EM)} = 0.451$; $p = 0.042$). Kontakte zur Polizei werden von jugendlichen Mütter als „wenig zufriedenstellend“ bewertet. Damit bewerten sie diese Kontakte schlechter als erwachsene Mütter. Dieser Unterschied ist nicht signifikant, ein Trend ist aber deutlich zu erkennen ($M_{(JM)} = 2.83$, $SD_{(JM)} = 0.1.193$, $M_{(EM)} = 2.00$, $SD_{(EM)} = 0.853$; $p = 0.064$). Hinsichtlich der Zufriedenheit mit den anderen Hilfsangeboten zeigen sich keine signifikanten Unterschiede.

Abbildung 11: Zufriedenheit mit helfenden Einrichtungen bei Interventions- und Referenzgruppe



Zusammenhang von Nutzungsintensität und Nutzerzufriedenheit

Bei der partiellen Korrelation von der Anzahl von Hilfesuchen und der allgemeinen Zufriedenheit mit diesen kann ein hoch signifikantes Ergebnis identifiziert werden: je mehr Einrichtungen von den Teilnehmerinnen kontaktiert wurden, desto unzufriedener sind sie im Allgemeinen auch mit diesen ($r = 0.857$, $p = 0.000$).

Die Institutionen differenziert betrachtet, zeigen sich vergleichbare Ergebnisse für alle Einrichtungen (jeweils $p = 0.000$). Eine Ausnahme bildet der Besuch beim Kinderarzt: auch hier ist der gleiche Zusammenhang feststellbar, jedoch fällt dieser nicht so hoch aus wie bei den anderen Einrichtungen ($p = 0.012$; $r = 0.228$).

Zusammenhang von sozialer Unterstützung und Nutzerzufriedenheit

Die Partialkorrelation mit der Gruppenzugehörigkeit als Kontrollvariable lässt auf eine positive Korrelation von sozialer Unterstützung und Nutzerzufriedenheit schließen ($r = 0.188$, $p = 0.043$). Wird eine große wahrgenommene Unterstützung berichtet, wird auch eine höhere Zufriedenheit mit den Hilfsangeboten geschildert.

Die Betrachtung der einzelnen Institutionen zeigt, dass dieser Zusammenhang nicht für alle Einrichtungen aufrecht erhalten werden kann: Er kann lediglich für Kinderkliniken ($r = 0.216$, $p = 0.020$), für niedergelassene Psychotherapeuten ($r = 0.200$, $p = 0.031$) und für die Suchtberatung ($r = 0.192$, $p = 0.039$) bestätigt werden. Ein Trend zeigt sich auch für andere Beratungsstellen ($r = 0.173$, $p = 0.063$). Für alle sonstigen Hilfsangebote kann keine Korrelation zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Nutzerzufriedenheit festgestellt werden.

5.4 Netzwerkstrukturen

Von den 112 verschickten und verteilten Fragebögen zur Vernetzung von Hilfeinrichtungen sind 25 % (n = 28) zum ersten Untersuchungszeitpunkt zurückgesendet worden. Davon konnten 6,25 % (n = 7) nicht in die Datenanalyse einbezogen werden, da sie entweder nicht vollständig oder fehlerhaft ausgefüllt worden sind. Somit gehen die Daten von 18,75 % (n = 21) der ursprünglich angeschriebenen Mitarbeiter der Helfersysteme in die Berechnungen ein. Diese n = 21 Mitarbeiter wurden ein Jahr später erneut angeschrieben. 76,2 % (n = 16) der angefragten Teilnehmer sendeten auswertbare Fragebögen zurück.

71,4 % (n = 15) der teilnehmenden Mitarbeiter arbeiten im Bereich der Jugendhilfe, 23,8 % (n = 5) kommen aus dem medizinischen Sektor und 4,8 % (n = 1) aus einem anderen Bereich.

Durchschnittlich haben die Mitarbeiter zu n = 2.86 Einrichtungen der Jugendhilfe Kontakt und zu n = 6.40 Angeboten des medizinischen Sektors. Es bestehen also grundlegend mehr Kontakte zu Institutionen des medizinischen Sektors, unabhängig davon in welchem Bereich der Mitarbeiter selbst arbeitet. Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit wird durchschnittlich mit „eher schlecht“ bewertet (siehe auch Tabelle 27).

Signifikante Unterschiede zwischen den Mitarbeitern der verschiedenen Bereiche können weder für die Kontakthäufigkeit untereinander noch für die Zufriedenheit mit den Kooperationen festgestellt werden. Auch kann kein Zusammenhang von dem Arbeitsbereich der Helfer und der Häufigkeit von Kontakten zu den unterschiedlichen Hilfesegmenten festgestellt werden.

Allerdings können hoch signifikante positive Zusammenhänge zwischen Kontakthäufigkeit und der Zufriedenheit mit der entsprechenden kooperierenden Einrichtung festgestellt werden. Das Ergebnis der partiellen Korrelation (Kontrollvariable Gruppenzugehörigkeit: „Jugendhilfebereich“ versus „medizinischer Sektor“ versus „Sonstige“) ist in Tabelle 26 dargestellt.

Tabelle 26: Zusammenhang von Kontakthäufigkeit und Zufriedenheit mit der entsprechenden Institution unter Berücksichtigung des Arbeitsgebietes (partielle Korrelation)

Zufriedenheit mit...	Kontakthäufigkeit mit entsprechenden Einrichtungen	
	Korrelation r	Signifikanz p
Jugendhilfe	0.873	0.000***
Medizinischer Sektor	0.821	0.000***
Kinderheilkunde	0.657	0.002**
Erwachsenenbereich	0.923	0.000***
Sonstige	0.637	0.003**

*p ≤ 0.05, **p ≤ 0.01, ***p ≤ 0.001

Veränderungen hinsichtlich der Kooperationen nach einem Jahr

Es zeigen sich keine statistisch sichtbaren Veränderungen zwischen den Untersuchungszeitpunkten sowohl hinsichtlich der Kontakthäufigkeit zwischen den Einrichtungen, als auch in Bezug auf die Zufriedenheit mit den Kooperationen. Tabelle 27 gibt einen Überblick über die Mittelwerte der Zufriedenheit mit den Kooperationen untereinander.

Tabelle 27: Beurteilung der Kontaktqualität zwischen den Mitarbeiter(-innen) der verschiedenen Einrichtungen (mittlere Qualität der Kontakte)

Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit mit:						
	Projektbeginn			12 Monate nach Projektbeginn		
	n	Mittelwert ^a	SD	n	Mittelwert ^a	SD
...Gesundheitsamt?	11	2.18	.87	8	2.5	1.2
...Jugendamt?	17	2.29	1.1	15	2.27	.88
...Polizei?	4	3	.82	5	3	1
...Familiengericht?	15	2.2	1.01	7	2.57	.98
...Erziehungs- beratungsstellen?	5	2.4	1.14	1	2	-
...Familienbildungs- stätten?	1	2	-	1	2	-
...Frühförderstellen?	6	2.33	1.21	3	2.33	.58
...Geburtskliniken?	3	2	1	4	2.5	1.29
...Kinderkliniken?	15	2.53	1.06	11	2.36	.92
...Kinderschutzzentren?	3	2	1	1	2	-
...Kindertagesstätten?	19	2.79	1.03	15	2.53	1.25
...Klinik für Psychiatrie	13	2	1	10	2.9	.99
...KJP	18	2	1	7	2.57	.98
...niedergelassenen Psychiatern/innen?	4	1.5	.58	5	1.8	.84
...niedergelassenen Frauenärzten?	3	2.33	1.53	5	2.4	1.14
...niedergelassenen Hausärzten?	8	2	1.07	5	1.8	.84
...niedergelassenen Hebammen?	16	2.69	1.08	11	3.18	.98
...niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern/ -innen?	4	2.5	1.29	9	2.11	1.05
...Niedergelassenen Kinderärzten?	17	2.41	.94	3	2	1
...Notfallambulanzen?	1	2	-	6	2.67	1.21
...Schwangerschafts- beratungsstellen?	9	2.44	1.13	5	2.4	1.14
...SPZ?	11	2.45	1.04	6	2.67	1.21
...Suchtberatungs- stellen?	14	2.5	.94	8	2.88	1.13

^a1=schlecht; 2= eher schlecht; 3=eher gut; 4=gut

6. Beantwortung der Psychologischen Hypothesen und Implikationen für Forschung und Praxis

6.1 Ausgangssituation psychisch belasteter jugendlicher und erwachsener Mütter

Da bisher kaum Studien zum Vergleich psychisch belasteter jugendlicher und erwachsener Mütter zu finden sind, stellt der Blick auf die Ausgangssituation ein wichtiges Element der vorliegenden Arbeit dar. Bisherige Studien beschäftigten sich vor allem mit dem Alter ohne die psychische und psychosoziale Situation der Mütter zu berücksichtigen oder mit einzelnen Störungsbildern ohne das Alter Mutter zu beachten. Oft werden auch jugendliche Mütter mit schlechteren sozialen Bedingungen mit erwachsenen Müttern aus besseren sozialen Schichten verglichen. In der vorliegenden Untersuchung wurde auf diese Faktoren Rücksicht genommen.

Aus der bestehenden Literatur wurde geschlussfolgert, dass signifikante Unterschiede zwischen gesunden und psychisch belasteten Müttern aber auch zwischen den jugendlichen und erwachsenen Müttern hinsichtlich aller untersuchten Variablen vorliegen sollten. Diese Hypothese konnte aber nach den Berechnungen nicht generell gehalten werden. Die hier gewonnenen Erkenntnisse besitzen eine hohe praktische Relevanz, da sie bei der Planung zukünftiger Interventionen für entsprechende Gruppen wichtige Hinweise bieten können:

6.1.1 Psychosoziale Belastungen und Psychopathologie

In einer kürzlich veröffentlichten Studie, in der Familienhebammen die Kompetenzen der von ihnen betreuten Mütter einschätzen, konnten vier verschiedene Belastungstypen klassifiziert werden: 1. Mütter mit Gewalt- und Konflikterfahrungen, Sucht und psychischer Erkrankung; 2. eingeschränkte Kompetenzen aufgrund von Ressourcenmangel oder Überforderung; 3. Minderjährige mit wenig sozialer Unterstützung und/oder unerwünschter Schwangerschaft und 4. Familien mit einer längerfristigen Trennung von Mutter und Kind bzw. Mehrlingsgeburten oder mit gesundheitlich beeinträchtigten Kindern (Ayerle et al.

2010). Diese Daten spiegeln auch die Ergebnisse wider, die aktuell in unserer Studie gefunden wurden. Zu beachten ist, dass es bei den von uns untersuchten Müttern sehr häufig sogar mehrere dieser Belastungsfaktoren vorliegen. Psychische Erkrankungen, Mangel an Ressourcen und Überforderung sowie ein junges Alter der Kindsmutter treten nicht selten kombiniert auf. Auch dies macht deutlich, wie wichtig es ist, individuelle Konzepte der „Frühen Hilfen“ für Familien mit psychisch kranken und jugendlichen Eltern zu entwickeln und passgenaue Unterstützungen und Interventionen anzubieten.

Psychosoziale Faktoren

Aus den vorliegenden Daten lassen sich wie vermutet massiv erhöhte psychosoziale und sozioökonomische Belastungen für die Gruppe psychisch belasteter Mütter ablesen. Hierzu gehören unter anderem der Status des alleinerziehenden Elternteils, das Fehlen von Schul- und Berufsausbildung, das Fehlen eines aktuellen Arbeitsverhältnisses und die damit einhergehende schlechtere finanzielle Lage der Familie und karge Zukunftsperspektiven. Zu großen Teilen treffen all diese Faktoren gemeinsam auf die von uns untersuchten Familien zu.

Zudem zeigt sich, dass jugendliche Mütter häufiger alleinerziehend sind als erwachsene Mütter, somit auch weniger von partnerschaftlicher Unterstützung profitieren können. Auch haben sie seltener einen Schul- oder Berufsabschluss aufzuweisen und infolgedessen weniger Möglichkeiten für ein autonomes unabhängiges Leben, welches aber zu diesem Lebenszeitpunkt eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben darstellt.

Ein besonderes Augenmerk innerhalb der Studie fiel auf das Konstrukt der „wahrgenommenen sozialen Unterstützung“. Wie vermutet, berichten psychisch belastete Mütter von signifikant weniger wahrgenommener sozialer Unterstützung als die gesunden Mütter der Referenzgruppe. Betrachtet man die durch Fydrich et al. (2009) angegebenen Normen, um die gewonnenen Daten genauer einzuordnen, fällt auf, dass die gesunden Mütter durchschnittlich den 69. Prozentrang belegen. Die Interventionsgruppe hingegen befindet sich nur auf dem 15. Prozentrang – 85 % der Bevölkerung fühlt sich also durch

das Umfeld besser unterstützt als sie. Dieser hohe Unterschied hinsichtlich dieses für das Alltagsleben und die subjektive Lebensqualität so wichtigen Konstrukts sollte unbedingt Beachtung finden.

Bei der Betrachtung der verschiedenen Altersgruppen zeigt sich der erwartete Unterschied zwischen jugendlichen und erwachsenen psychisch belasteten Müttern. Jugendliche Mütter belegen lediglich den 10. Prozentrang, erwachsene Mütter den 18. Prozentrang.

Beachtet man die Tatsache, dass soziale Unterstützung als eine wesentliche Ressource sowohl für die Bewältigung psychischer Belastungen als auch zur Erfüllung der Elternrolle gewertet wird, sind dies alarmierende Daten. Das notwendige soziale Netzwerk scheint vor allem bei jugendlichen Müttern kaum vorhanden zu sein bzw. wahrgenommen zu werden.

Auch bestätigen sich hier Forschungsergebnisse zur sozialen Unterstützung (Berth et al. 2005; Bilsky & Hosser 1998, Franke 2002, Fydrich et al. 2007): Bildung, Berufstätigkeit, Partnerschaft und psychische Belastungen stehen im Zusammenhang mit wahrgenommener sozialer Unterstützung. In all diesen Variablen unterscheiden sich Interventions- und Referenzgruppe signifikant voneinander, ebenso wie jugendliche und erwachsene Mütter.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass hinsichtlich der psychosozialen Aspekte die der Untersuchung vorangestellten Hypothesen, die davon ausgehen, dass die Gruppe der psychisch belasteten Mütter schwierigere Ausgangssituationen beschreibt als die Gruppe der gesunden Mütter und dass jugendliche Mütter größere Belastungen berichten als erwachsene Mütter, sich bestätigen lassen.

Psychopathologie

Bezüglich der psychopathologischen Situation ist der Unterschied zwischen erwachsenen und jugendlichen Müttern nicht für alle Variablen so eindeutig festzustellen – Unterschiede zeigen sich lediglich hinsichtlich einiger Unterskalen der genutzten Instrumente. So sind jugendliche Mütter zum Beispiel deutlich aggressiver bzw. feindseliger als erwachsene Mütter – neigen also eher zu Reizbarkeit und Unausgeglichenheit. Dies kann durchaus

dem Alter zugeschrieben werden, da eine wesentliche Entwicklungsaufgabe in der Adoleszenz in der Autonomieentfaltung liegt (z.B. Flammer 2009, Streeck-Fischer 2009). Diese ist aber durch die Elternschaft und die damit verbundene Abhängigkeit zu der Familie oder Erwachsenen des Jugendhilfebereichs erschwert und oftmals stark konfliktbelastet. Zudem berichten jugendliche Mütter häufiger von einem Substanzmissbrauch (Drogen/Alkohol) oder Essstörungen. Auch diese Störungsbilder sind durchaus alterstypisch. Auf allen anderen untersuchten Parametern hinsichtlich der Psychopathologie sind – anders als erwartet – keine Unterschiede zwischen erwachsenen und jugendlichen Müttern zu finden.

Der Unterschied zwischen Referenz- und Interventionsgruppe hinsichtlich der psychopathologischen Situation ist aber wie erwartet massiv.

Grundsätzlich weisen die durch das Modellprojekt erreichten Mütter der Interventionsgruppe wie in Kapitel 5 dargestellt eine sehr hohe psychopathologische Symptomatik und hohe Komorbiditäten von psychischen Störungen auf.

Auffällig ist, dass gehäuft von Gewalterfahrungen in der eigenen Biographie berichtet wird. Sexueller Missbrauch tritt aber vor allem bei jugendlichen Müttern erschreckend zahlreich auf. Auch Ziegenhain et al. (2003) berichten von einer hohen Missbrauchsquote bei jugendlichen Müttern. Dass diese im Rahmen der vorliegenden Studie mit gut einem Drittel der jugendlichen Mütter extrem hoch ist, lässt sich auch durch den Zugangsweg der Teilnehmerinnen zum Projekt erklären: 67,5 % der Teilnehmerinnen fanden ihren Zugang über die Jugendhilfe bzw. das Jugendamt. Missbrauch in der Familie führt oft dazu, dass Jugendhilfe eingeschaltet wird, sobald dieser bekannt wird; auch wenn dann oftmals keine psychiatrische Behandlung folgt. Der Kontakt zur Jugendhilfe bestand aus diesem Grund bei vielen der Teilnehmerinnen lange bevor die eigene Schwangerschaft abzusehen war. Bei den Betroffenen ist zudem von einer komplexen Traumatisierung als Folge von Beziehungstraumata auszugehen (Streeck-Fischer et al. 2009), was sich auch in der hohen Komorbidität der Störungsbilder bei den untersuchten Teilnehmerinnen zeigt. Streeck-Fischer et al. (2009) weisen explizit darauf hin, dass vor allem in der Jugend bzw. dem jungen Erwachsenenalter posttraumatische Belastungsstörungen selten ohne komorbide Störungen auftreten. Im Hinblick auf den hohen zu erwarteten

intergenerationalen Gewalttransfer (Dudeck et al. 2006) sind die hier vorliegenden Daten alarmierend und gleichbedeutend mit einem massiven Risiko für die Kinder der betroffenen Mütter.

Auch die vermehrt auftretenden Affektstörungen und Angststörungen der Mütter stellen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung der Kinder dar, da diese oft mit geringer Sensitivität der Mütter gegenüber dem Kind einhergehen.

Eine geringe Sensitivität kann auch eine Folge von Alexithymie sein. Die in den Interventionsgruppen gefundenen Werte für diese sogenannte „Gefühlsblindheit“ sind überdurchschnittlich hoch. Laut Franz (2008) sind in Deutschland circa 10 % aller Erwachsenen stark beeinträchtigt. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sind es über 50 % der Teilnehmerinnen. Die Nutzung von emotionalen Informationen stellt eine wesentliche Basis für den interaktionellen Austausch zwischen Menschen dar – erhöhte Alexithymiewerte bedeuten somit eine gravierende Störung in der Kommunikation (Franz 2008). Wie soll jemand, der seine eigenen Gefühle weder wahrnehmen, differenzieren bzw. sie kommunizieren kann, die Gefühle eines Babys oder Kleinkind intuitiv erkennen und darauf adäquat reagieren?

6.1.2 Elterliche Belastungen und Familienfunktionalität

Das Ausmaß der elterlichen Belastung entspricht den bisherigen Daten anderer Studien zu Kindern psychisch kranker Eltern (z.B. Berry & Jones 1995, Stadelmann et al. 2010). Sowohl im Vergleich zu US-Normen, als auch zu der von uns betrachteten Gruppe gesunder Mütter, geben beide Interventionsgruppen erhöhte (wenn auch nicht maximale Werte) für elterlichen Stress an.

Dass jugendliche Mütter stärkere Belastungen empfinden als erwachsene, scheint unter anderem auch mit der erhöhten psychosozialen Belastung einher zu gehen, die sich durch ihr Alter selbst bedingen. Es wird weniger Unterstützung von außen wahrgenommen, die negativen Zuschreibungen steigen, während die positiven an Gewicht verlieren. Die hier betrachteten Daten unterstreichen die Notwendigkeit, vorhandene Hilfen den Müttern so darzubieten, dass diese auch als unterstützend wahrgenommen werden können. Die

Bedeutung der Eigenmotivation und passgenauer Interventionen steigt.

Wie gezeigt werden konnte, ist die Höhe der elterlichen Belastung umso geringer, je größer die wahrgenommene soziale Unterstützung ist. Im Umkehrschluss bedeutet dies also, dass die Wahrscheinlichkeit in eine Überforderungssituation zu kommen, durch das Gefühl alleine zu sein und nicht auf ein stabiles soziales Netzwerk zurückgreifen zu können, ansteigt. Dieses Ergebnis ließ sich vor allem, wie im Vorfeld vermutet, bei den jungen Müttern nachweisen.

Zudem lässt sich wie angenommen, ein enger Zusammenhang von aktueller Symptombelastung und elterlicher Belastung feststellen – eine schlechtes emotionales Befinden und hohe elterliche Belastung treten überzufällig häufig gemeinsam auf. Gelingt es durch eine Intervention eine der beiden Belastungen zu senken, sollte somit auch die andere geringere Intensitäten aufweisen: ein wichtiger Ansatzpunkt sowohl für die Helfer des Jugendhilfesystems als auch für die Mitarbeiter des Gesundheitswesens.

Betrachtet man das Familiengefüge bzw. die Familienfunktionalität, lässt sich feststellen, dass beide Interventionsgruppen bedeutend schwierigere Bedingungen beschreiben als die Referenzgruppe. Sie befinden sich hinsichtlich sämtlicher beschriebenen Skalen sogar innerhalb des als „problematisch“ gekennzeichneten Bereichs, während die Referenzgruppe in dem zu erwartenden Normbereich zu finden ist. Dieses wiederum entspricht ebenfalls der in der Literatur beschriebenen Situation (z.B. Cierpka & Frevert 1994). Die psychischen und psychosozialen Belastungen wirken sich auf die gesamte Familie aus.

Vor allem bei jugendlichen Müttern sind die Probleme klar sichtbar geworden, auch wenn die Unterschiede zur Gruppe der erwachsenen Mütter nicht signifikant werden. So werden vor allem Probleme beschrieben, die auf eine in der Intensität unangepassten bzw. nur wenig vorhandenen Emotionalität zurückzuführen sind. Dies ist unter anderem auf die hohe Anzahl der Probanden zurückzuführen, die unter Affektstörungen leiden. Auch auf der Skala der „Affektiven Beziehungsaufnahme“ werden die Auswirkungen der vorhandenen Psychopathologie sichtbar. Den Müttern fällt es schwer, Beziehungen, die stabil und flexibel sind, aufzubauen. Wie bereits zuvor erwähnt, werden die Bindungen jugendlicher Mütter zu ihren Kindern in vielen Studien als hoch unsicher beschrieben. Da

viele der untersuchten Familien Zugang über die Jugendhilfe zum Projekt bekamen, ist zu erwarten, dass diese instabilen Bindungen (vor allem bei den jugendlichen Müttern) schon in der Elterngeneration zu finden sind - eine Wiederholung dieses Musters über die Generationen wäre anzunehmen. Zudem finden sich nicht selten parentifizierte Kinder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, die schon früh die Rolle des erkrankten Elternteils mittragen. Eine Situation, die sich gerade in den Bereichen „Emotionalität“ und „Affektive Beziehungsaufnahme“ ablesen lässt und eine klare Überforderung des Kindes darstellt. Dies kann als triftiger Grund gewertet werden, frühzeitig mit der Intervention zu beginnen.

Es zeigt sich auch, dass die Kommunikation in den betroffenen Familien extrem mangelhaft oder schwierig ist. Wie im Vorfeld beschrieben, kann von einem engen Zusammenhang von alexithymer Problematik und Schwierigkeiten in der Kommunikation ausgegangen werden. Krishnakumar & Buchler (2000) konnten mangelnde Kommunikation (vor allem in der Partnerschaft) zudem als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung ausmachen. Ebenso konnte eine mangelnde Übereinstimmung und Kohärenz in den familiären Werte- und Normvorstellungen in den untersuchten Familien nachgewiesen werden. Neben Verwirrung kann das bei den Familienmitgliedern zu einem generellen Gefühl der Hilflosigkeit führen.

Eine starke Psychopathologie wirkt sich also, wie zu erwarten, auf das Familienleben direkt und indirekt aus. Vor allem bei jugendlichen Müttern, die zusätzlich bedeutend mehr psychosoziale Belastungen beschreiben und über weniger Ressourcen verfügen als erwachsene Mütter, zeigen sich diese Verflechtungen.

Für diese Verflechtung spricht auch der beschriebene enge Zusammenhang von elterlicher Belastung und Problemen hinsichtlich der Familienfunktionalität.

6.1.3 Kindliches Verhalten

Trotz der eigenen Belastungssituation und den problematischen Familienstrukturen beschreiben die Mütter der Interventionsgruppe ihre Kinder auf den untersuchten

Subskalen im Mittel unauffällig und innerhalb des Normbereiches. Was gleichbedeutend mit der Tatsache ist, dass Interventionen in den ersten drei Lebensjahren als primärpräventiv gewertet werden können.

Dennoch muss festgestellt werden, dass, wie vermutet, die Kinder psychisch belasteter Eltern in ihrem Verhalten hinsichtlich aller untersuchten Aspekte signifikant auffälliger beschrieben werden als die Kinder gesunder Eltern. So berichten die Eltern der Interventionsgruppe häufiger von internalisierenden Problemen ihrer Kinder. Auch externalisierendes Verhalten wird vielfach beschrieben. Zudem werden signifikant mehr Schlafprobleme der Kinder von den psychisch belasteten Eltern berichtet als von den gesunden Eltern.

Schlafprobleme sind im Rahmen der vorliegenden Studie, die am häufigsten beschriebene Probleme: 11,7 % der Kinder der Interventionsstudie leiden unter diesen. Diese Zahl entspricht der in der Literatur zu findenden bzw. liegt sogar noch etwas darunter. Laut Pillhofer und Ziegenhain (2013) leiden rund 15 % bis 20 % aller Kinder in den ersten beiden Lebensjahren unter einer Schlafstörung im engeren Sinn. Jedoch wecken 40 % aller Kinder ihre Eltern in den drei Lebensjahren mindestens einmal pro Nacht.

Hinsichtlich der an dem DSM-IV orientierten Diagnosen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Kindern gesunder Mütter und denen von psychisch belasteten Müttern. Das heißt, Kinder psychisch kranker Eltern zeigen häufiger Symptome für emotionale Störungen, Angststörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Die Anzahl der Auffälligkeiten dieser Störungsbilder entspricht der in der Literatur beschriebenen Situation. Dennoch berichten fast 75 % der Eltern hinsichtlich der klinischen Auffälligkeit von keinem problematischen Verhalten ihrer Kinder.

Allerdings ist auch auffällig, dass überdurchschnittlich häufig von Atemwegserkrankungen und Neurodermitis berichtet wird. Asthma wird im Allgemeinen als die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter beschrieben: laut den Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie leiden circa 10 % der Kinder der Allgemeinbevölkerung in Deutschland an Asthma. Bei mehr als 70 % liegt das Manifestationsalter vor dem fünften

Lebensjahr. Ein Zusammenhang dieser Erkrankungen mit psychischen Belastungen wurde in der Literatur bereits häufig kontrovers diskutiert (vgl. z.B.: Wöller 2008). Als relativ sicher gilt, dass emotionale Belastungen die Symptomatik verstärken bzw. aufrechterhalten. Experimentell konnte bereits nachgewiesen werden, dass Bronchokonstriktion durch heftige emotionale Stimuli hervorgerufen werden können. Auch konnte gezeigt werden, dass Kinder als Reaktion auf ein bestimmtes Allergen, auf das sie sensitiv reagieren, nur in Begleitung der Eltern nicht aber in fremden Umgebungen ohne die Eltern einen asthmatischen Anfall bekommen (Wöller, 2008).

Bei aller Diskussion um die Einflussstärke psychischer Komponenten auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von asthmatischen Erkrankungen sollte auch die Auswirkung dieser auf das psychische Wohlbefinden des Kindes und seiner Familie berücksichtigt werden: chronische somatische Erkrankungen stellen eine massive Beeinträchtigung der Lebensqualität der ganzen Familie dar. Diese Überlegungen zu asthmatischen Erkrankungen gelten ebenso für die in unserer Stichprobe oftmals beschriebene Neurodermitis. Laut den Leitlinien für Neurodermitis (2008) leiden 10 – 15 % aller Kinder zumindest zeitweilig an einer Neurodermitis. Auch hier kann davon ausgegangen werden, dass emotionale Belastungen zu einer Aufrechterhaltung oder gar Verstärkung der Erkrankung und damit zu starken Belastungen der Familie führen.

Wie genau der Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen von Kindern und den psychischen Belastungen der Eltern aussieht, sollte in weiteren Studien untersucht werden. Auch könnte die Frage diskutiert werden, inwieweit die Erkrankung selbst ein Warnsignal für eine emotionale Belastung des Kindes darstellt.

Anders als vermutet, besteht kein genereller Zusammenhang vom Alter der Mutter und dem beschriebenen Verhalten des Kindes: Kinder jugendlicher Mütter unterscheiden sich nur hinsichtlich weniger Aspekte von denen erwachsener Mütter. So beschreiben diese ihre Kinder eher als aggressiv bzw. berichten mehr Probleme im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens. Wie bereits erwähnt, schildern jugendliche Mütter selbst mehr Schwierigkeiten in Bezug auf die eigene Reizbarkeit. Der Theorie des Modelllernens folgend, könnte das aggressive Verhalten des Kindes gelernt sein. Gleiches gilt für den Bereich der Aufmerksamkeitsprobleme bzw. der hyperkinetischen Störungen. Auch hier

sind die Kinder jugendlicher Mütter deutlich belasteter.

Im Rahmen der Regressionsanalysen konnte nachgewiesen werden, dass es unabhängig vom mütterlichen Alter bestimmte Merkmale der Mutter gibt, die bedeutsamen Einfluss auf das Verhalten der Kinder haben: So konnte Alexithymie als bedeutsamste Variable für Auffälligkeiten im Bereich der emotionalen Störungen, der Angststörungen und der hyperkinetischen Störungen identifiziert werden. Emotionale Kommunikation gilt laut Franz (2008) als Schlüsselkompetenz zur Bewältigung von Stress und zwischenmenschlichen Konflikten und somit auch als grundlegende Voraussetzung für eine gelungene Mutter-Kind-Interaktion. Er geht davon aus, dass eine Störung der mütterlichen empathischen Funktionen auch eine Störung der Stressregulation des Kleinkindes mit sich bringt. Dies würde den großen gefundenen Einfluss der Alexithymie auf das kindliche Verhalten erklären.

Kindliche Auffälligkeiten in den ersten 36 Lebensmonaten werden zudem des öfteren als Symptom einer schwierigen Interaktion zwischen Baby und Bezugsperson gewertet (z.B. Pillhofer & Ziegenhain 2013). Dafür spricht auch, dass neben der Alexithymie, elterlicher Stress und hohe Werte hinsichtlich der aktuellen Symptombelastung der Mutter als signifikante Prädiktoren für kindliche Auffälligkeiten im Allgemeinen aber auch in Bezug auf alle diagnostizierten Störungsbilder identifiziert werden konnten. Auch dies spricht für eine Überforderungssituation der Mutter, die sich im kindlichen Verhalten zeigt. Da für elterliche Belastung und kindliche Auffälligkeiten ein enger Zusammenhang nachgewiesen werden konnte, wird diese Aussage durch die hier vorliegenden Daten gestützt. Dieses Ergebnis stützt auch den von Stadelmann et al. (2010) gefundenen Zusammenhang von der Höhe des elterlichen Stresserlebens und der Anzahl der psychischen Symptome ihrer Kinder. Dieser Zusammenhang konnte allerdings nur für psychisch kranke Eltern belegt werden, bei gesunden Eltern fiel er hingegen vergleichsweise gering aus.

Interessant ist, dass Probleme hinsichtlich der Familienfunktionalität protektiv wirken: je mehr Probleme beschrieben werden, desto unauffälliger wird das Kind erlebt. Es lässt sich vermuten, dass in diesen Familien die Konzentration auf den familiären Problemen und nicht auf den Schwierigkeiten des Kindes liegt – diese also nicht wahrgenommen werden. Hierfür spricht auch, dass kein Zusammenhang zwischen kindlichem Verhalten und

Problemen in der Familienfunktionalität nachgewiesen werden konnte.

Die Tatsache das ein Schulabschluss der Mutter und somit eine bessere soziale Situation protektiv wirkt, scheint jedoch nicht überraschend.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Kompetenz-Modell ist ein Modell, dass die Entstehung von psychischen Erkrankungen erklärt. An dieses Stelle soll auf das Modell kurz eingegangen werden, um das beschriebene problematische Verhalten der Kinder und ihr Risiko selbst zu erkranken etwas zu beleuchten: Es weist darauf hin, dass genetische Faktoren Anteil an der Entstehung psychischer Erkrankungen haben, sie aber allein nicht ausreichen. Vielmehr entstehen diese durch das Zusammenspiel genetischer und psychosozialer Faktoren. Dennoch sind sich die meisten Autoren in der Überzeugung, dass die psychosozialen Faktoren einen größeren Einfluss haben, einig. Die Theorie der Gen-Umwelt-Interaktion weist zudem darauf hin, dass die Wechselwirkungen beider Faktoren hoch dynamisch ist. Caspi et al. (2003) konnten so zum Beispiel nachweisen, dass Menschen einer bestimmten genetischen Variante besonders vulnerabel belastenden Lebensereignissen gegenüber reagieren. Die vorliegenden Daten und das bisher vorliegende Wissen stützen somit die Hypothese, dass die hier untersuchten Kinder einer Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Erkrankungen angehören.

Natürlich darf bei der Betrachtung der untersuchten Daten nicht vergessen werden, dass es denkbar ist, dass störungsbedingt die Mütter die Probleme der Kinder nicht oder nicht richtig wahrnehmen. Andererseits stellten Stadelmann et al. (2010) in ihrer Studie fest, dass psychisch kranke Eltern ihre Kinder als deutlich auffälliger als gesunde Eltern wahrnehmen. Auch Wang und Goldschmidt (1996) und auch Östman & Hansson (2002) belegten in ihren Studien, dass die psychisch belasteten Eltern durchaus sensitiv für die Probleme ihrer Kinder sind und diese wahrnehmen und benennen können. Jungbauer et al. (2011) konnten sogar für schizophrene Eltern eine zuverlässige Einschätzung über das psychische Befinden ihrer Kinder und deren Verhaltensauffälligkeiten nachweisen. Dies galt vor allem für die übergeordneten Skalen des CBCLs. 94,7 % der Kinder, die von Ihren Eltern als auffällig beschrieben wurden, wurden auch durch Experten mittels des Kinder-DIPS als auffällig eingestuft. Schlussfolgernd kann also davon ausgegangen werden, dass

auch die Einschätzung der in der vorliegenden Studie untersuchten Eltern ernst zu nehmen sind.

6.1.4 Schlussfolgerungen hinsichtlich der Ausgangssituation psychisch belasteter Eltern und Implikationen für Praxis und Forschung

Für die klinische Praxis sind die vorliegenden Daten grundlegend interessant. Sie zeigen, dass möglichst frühe niederschwellige individualisierte Interventionen durchaus primärpräventiv hinsichtlich der Gesundheit des Kindes wirken – auch wenn in gut einem Viertel der Fälle bereits eine sekundärpräventive Intervention notwendig ist.

Zudem konnte auch gezeigt werden, dass kaum Unterschiede hinsichtlich der Psychopathologie zwischen erwachsenen und jugendlichen Müttern zu finden sind. Dagegen sind massive Unterschiede bei den psychosozialen Faktoren zu finden, ebenso wie bei den Konstrukten, die eng mit den psychosozialen Faktoren verbunden sind (wie elterliche Belastung oder Familienfunktionalität). Es kann also angenommen werden, dass weniger das biologische Alter der Mutter selbst, sondern die damit verbundenen Lebensumstände und psychosozialen Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes haben. Die durchgeführten Berechnungen unterstützen diese Hypothese, die in zukünftigen Studien geprüft werden sollte.

Individuelle Interventionen, die sich vor allem an die psychosoziale Situation der betreuten Familien orientieren, wären den vorliegenden Ergebnissen folgend, zwingend notwendig. Dennoch darf auch bei diesen Interventionen die psychische Situation der Eltern, unabhängig von ihrem Alter, nicht vernachlässigt werden. Diese hat, wie gezeigt werden konnte, großen Einfluss auf das Wohlbefinden des Kindes. Die zukünftige Herausforderung besteht also darin, beide Bereiche (sowohl psychosoziale als auch psychopathologische Situation der Eltern) gleichwertig zu berücksichtigen. Ein Schritt in diese Richtung wurde innerhalb der psychiatrischen Behandlung bereits getan: immer mehr Kliniken bieten spezielle Angebote für Adoleszente an, in denen den spezifischen Bedürfnissen dieser Alters- und Entwicklungsstufe Rechnung getragen wird. Ein Ausbau dieser speziellen Angebote scheint sinnvoll.

6.2 Veränderungen über die Zeit

Eines der wichtigsten Ziele des beschriebenen Projektes war es, durch die Verbesserung der psychischen und psychosozialen Situation der Mütter, Ressourcen dieser freizugeben, um sensitiver auf ihr Kind einzugehen und somit sein Wohlbefinden zu erhalten bzw. zu stärken. Die Prämisse war also: je gesünder die Mutter, desto gesünder auch das Kind.

Leider ist ein großer Teil der Teilnehmerinnen im Laufe der Projektzeit „ausgestiegen“. Mit 41 % ist die Drop-Out-Quote doppelt so hoch, wie in den meisten Studien. Der häufigste Grund ist die Unauffindbarkeit oder der Wegzug aus der Region. Dazu muss festgehalten werden, dass dies oft als ein Kennzeichen für die Risikogruppe „psychisch belasteter und sozial schwacher Eltern“ genannt wird. Auch der Fakt, dass bei den untersuchten Teilnehmerinnen das Risiko für einen Drop-Out mit dem Vorliegen einer affektiven Störung deutlich steigt, scheint leicht zu erklären: affektive Störungen sind oft mit Schuld und Scham verbunden. Diese zeigt sich auch gegenüber Helfersystemen, deren Unterstützung dann abgelehnt wird. Diese Familien fallen praktisch „durchs Netz“.

Die Tatsache, dass jugendliche Mütter eher aussteigen als erwachsene kann mit dem altersbedingten Wunsch nach Autonomie erklärt werden. Die Gründung eines eigenen Haushaltes in einem neuen Wohnort gehört zu einer alterstypischen Entwicklung.

6.2.1 Veränderungen von psychosozialen und psychopathologischen Variablen

Wie die Daten der Nachuntersuchungen zeigen, gibt es die erwarteten signifikanten Veränderungen hinsichtlich der aktuellen psychischen Symptomatik und der Alexithymie bei den Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe nach einem Zeitraum von sechs Monaten.

Gerade die gesenkten Alexithymiewerte und die Reduktion von depressiver Symptomatik kann sich positiv auf die Sensitivität der Eltern gegenüber ihren Kindern auswirken. Da Sensitivität eine wichtige Voraussetzung für eine sichere Eltern-Kind-Bindung ist (Crittenden 2007, Ziegenhain et al. 2003, Ziegenhain et al. 2004), ist dieses Ergebnis nicht nur hinsichtlich der Mütter, sondern auch in Bezug auf die Entwicklung der Kinder sehr

positiv zu bewerten. Dafür spricht auch, dass das externalisierende Verhalten der Kinder sich umso mehr reduziert, je mehr die aktuelle psychische Symptomatik bei den Müttern nachlässt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Mütter die Bedürfnisse ihrer Kinder früher wahrnehmen und diese erst gar nicht auffällig werden müssen, um von ihren Müttern ausreichend beachtet zu werden. Gleichzeitig gilt für das internalisierende Verhalten der Kinder, dass dieses um so weniger sinkt, je besser sich die Mutter fühlt – das ruhige Verhalten des Kindes kann sensibler wahrgenommen und als Unwohlsein des Kindes durch die Mutter verstanden werden, da dieser mehr Ressourcen zur Verfügung stehen.

Diese Beobachtungen können auch in Bezug auf das allgemeine Funktionsniveau gemacht werden: dieses sinkt nach sechs Monaten bedeutend. Und auch hier ist zu beobachten, dass je gesünder die Mütter eingeschätzt werden und je größer die Veränderung auf dieser Skala ist, desto weniger positive Veränderungen werden von der Mutter beim Kind wahrgenommen. Es ist von einer erhöhten Sensibilisierung der Mutter auszugehen.

Die bedeutsamen positiven Veränderungen angesichts der Unsicherheit im Sozialkontakt schaffen eine gute Voraussetzung für den Aufbau eines eigenen sozialen Netzwerkes. Dieses zeigt sich in der erhöhten wahrgenommenen Unterstützung.

Vor allem jugendliche Mütter berichten sechs Monate nach Beginn der Intervention von mehr sozialer Unterstützung als zuvor, während bei der Gruppe der erwachsenen Mütter, die bereits im Vorfeld von mehr Unterstützung berichteten, dieser Unterschied zwar signifikant aber nicht so klinisch bedeutsam ist.

Zudem kann festgestellt werden, dass jugendliche Mütter von größeren Verbesserungen hinsichtlich der aktuellen psychischen Symptomatik berichten. Dies mag zum einen daran liegen, dass sie im Vorfeld seltener psychologische Interventionen genutzt haben als erwachsene Mütter, die zumindest teilweise bereits in therapeutische Prozesse eingebunden waren. Zum anderen mag auch die verbesserte wahrgenommene soziale Unterstützung zu diesem Ergebnis beitragen: dafür spricht der enge positive Zusammenhang von der Veränderungshöhe hinsichtlich der wahrgenommenen sozialen Unterstützung und der aktuellen Symptombelastung.

6.2.2 Veränderungen hinsichtlich der elterlichen Belastung und der Familienfunktionalität

In Bezug auf die elterliche Belastung profitieren vor allem die jugendlichen Mütter. Bei den erwachsenen Müttern ist die Belastung nach sechs Monaten eher gestiegen. Diese negative Veränderung ist zwar nicht signifikant, bedarf aber dennoch einer Beleuchtung. Während bei den jugendlichen Müttern durch die gesunkenen psychosozialen Belastungen eine Erleichterung in Bezug auf die elterliche Belastung zu spüren ist, könnte vermutet werden, dass die erwachsenen Mütter, durch die verbesserte psychopathologische Situation Probleme mit ihren Kindern eher wahrnehmen und sensitiver gegenüber ihren Kindern und der Elternrolle sind. Dies spiegelt sich auch in den Daten zu den Veränderungen des kindlichen Verhaltens wider; jugendliche Mütter beschreiben deutlich größere Verbesserungen (siehe auch Kapitel 6.2.3). Dieses Ergebnis spricht für die oft beschriebene fehlende Sensitivität jugendlicher Mütter gegenüber ihren Kindern (z.B. Ziegenhain et al. 2003).

In der gesamten Interventionsgruppe zeigen sich zudem bedeutsame Effekte in der Familienfunktionalität. Anders als erwartet, gilt dies vor allem für die Gruppe erwachsener Mütter. Bei ihnen ist eine Veränderung auf allen Skalen außer im Bereich der „Kommunikation“ und der „Kontrolle“ zu finden. Jugendliche Mütter hingegen berichten lediglich im Gesamtwert und auf der Skala „Aufgabenerfüllung“ eine leichte Verbesserung. Zu erklären ist dieses Ergebnis zum einen mit dem gesteigerten psychischen Wohlbefinden und der damit verbundenen gesunkenen aktuellen psychischen Symptomatik; zum anderen waren individuelle Eltern-Kind-Trainingsbausteine (z.B. mithilfe von Videoaufzeichnungen und -feedback) elementare Bestandteile des Praxisprojekts. Es steht die Vermutung, dass bei den erwachsenen Müttern, die bereits im Vorfeld von einer besseren Familienfunktionalität berichteten und bessere psychosoziale Bedingungen aufweisen, die Interventionen in diese Richtung intensiver durchgeführt werden konnten, während bei jugendlichen Müttern eine Verbesserung der psychosozialen Bedingungen im Vordergrund der Interventionen stand. Studien zur genauen Wirkung der einzelnen Interventionsbausteine wären für eine die Beantwortung dieser Hypothese notwendig.

Auch darf nicht vergessen werden, dass eine Aufgabe der Adoleszenz darin liegt, eigene

Wertesysteme zu entwickeln (vgl. Flammer 2009). Dies gilt auch für die Familienstruktur. Gerade in diesem Alter ist es oft nicht klar, welche Regeln gelten, wer zum relevanten System gehört und welche Zukunftsvorstellungen herrschen. Diese Unsicherheiten werden durch die psychischen und psychosozialen Belastungen verstärkt. Und auch der häufige Zwangskontext von Helfersystemen, der vor allem bei jugendlichen Eltern zu finden ist, führt zu einer größeren Verwirrung.

Zudem ist es, wie in der Adoleszenzpsychiatrie oft beschrieben, nicht ungewöhnlich, dass Jugendliche nach Beginn einer Therapie zuerst eine Verschlechterung hinsichtlich bestimmter Parameter zeigen. Diese geht oft mit der gewonnenen Krankheitseinsicht und der gestiegenen eigenen Wahrnehmung von Defiziten einher. Ein weiterer Erhebungszeitpunkt nach 12 Monaten wäre hier sinnvoll, um zu klären, ob sogenannte Sleepereffekte in Bezug auf die Familienfunktionalität vorliegen. Ferner kann die gestiegene Sensitivität gegenüber dem Kind dazu führen, dass mehr Bedürfnisse des Kindes von der Mutter wahrgenommen werden, was wiederum größere Herausforderungen und neue Aufgaben bedeutet.

6.2.3 Veränderungen des kindlichen Verhaltens

Wie Pillhofer und Ziegenhain (2013, S.414) feststellen, sind „Säuglinge und Kleinkinder für ihr physisches und psychisches Gleichgewicht auf externe Regulationshilfen ihrer Bezugsperson angewiesen und damit in besonderer Weise von der elterlichen Feinfühligkeit abhängig.“ Das Wohlbefinden der Mutter spielt also eine enorme Rolle für die psychische und physische Gesundheit des Kindes. Eine Verbesserung der Belastungssituation der Mutter führt somit also auch zu einem besseren Befinden des Kindes, wie durch die vorliegenden Daten belegt werden konnte.

Vor allem bei den jugendlichen Müttern, die sowohl in Bezug auf die aktuelle psychische Belastung, die Alexithymiewerte, die psychosoziale Faktoren und dem elterlichem Stress deutliche Verbesserungen berichten, kann dieser positive Effekt am beschriebenen Verhalten der Kinder abgelesen werden.

Dennoch ist interessant, dass die beschriebene Verbesserungen hinsichtlich der

Alexithymiewerte, vor allem in Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen und der Beschreibung dieser (Faktor 1 und 2 des TAS 20) kaum Einfluss auf die Verbesserungen des kindlichen Verhaltens haben. Dies ist vor allem deshalb so erwähnenswert, da Alexithymie (zusammen mit elterlicher Belastung) als bedeutsamster Faktor für kindlich auffälliges Verhalten identifiziert werden konnte. Ein Einfluss auf die Veränderungshöhe kann lediglich für die Störungsbilder „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ nachgewiesen werden. Wobei in Bezug auf die „Störungen des Sozialverhaltens“ gilt, dass je mehr Verbesserungen hinsichtlich der Alexithymie der Mutter festgestellt werden können, je weniger Verbesserungen können im kindlichen Verhalten gefunden werden. Die Vermutung liegt nahe, dass eine erhöhte Sensitivität eher dazu führt, Probleme der Kinder deutlicher wahrzunehmen. Gleiches gilt für die Familienfunktionalität, die wahrgenommene soziale Unterstützung und das allgemeine Funktionsniveau: je höher die Verbesserungen der Mutter in diesem Bereich, desto geringer ist die Veränderung im kindlichen Verhalten.

Die Reduktion der elterlichen Belastung hingegen führt, wie vermutet, auch zu einem weniger konflikthaften Verhalten der Kinder. Auch ein Schulabschluss der Mutter (und somit eine positive soziale Stellung) kann als unterstützend gewertet werden. Auch in Bezug auf die Kinder haben psychosoziale Faktoren somit einen wesentlichen Einfluss auf die Wirksamkeit der Interventionen.

6.2.4 Schlussfolgerungen in Bezug auf die Interventionseffekte und Implikationen für Praxis und Forschung

Die behandelten Mütter weisen vor allem hinsichtlich der aktuellen Symptombelastung und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung massive Verbesserungen auf.

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass sich bei jugendlichen und erwachsenen Müttern nach sechs Monaten unterschiedlich starke Veränderungen in Bezug auf die diversen untersuchten Variablen zeigen. Jugendliche Mütter scheinen die gewonnenen Ressourcen für sich selbst zu nutzen – Variablen wie die elterliche Belastung oder die wahrgenommene soziale Unterstützung weisen besonders starke Veränderungen auf. Erwachsene Mütter hingegen erleben die positiven Veränderungen in erster Linie im

Familiengefüge. Dies wäre eine der Lebensphase entsprechenden Reaktion auf das gesteigerte Wohlbefinden und eine alterstypische Nutzung der Ressourcen. Wichtige Aufgabe der Adoleszenz ist der Aufbau von Autonomie, während das Erwachsenenalter oft mit dem Wunsch nach sicheren Bindungen in Zusammenhang gebracht wird (Flammer 2009).

Zudem ist bei der Behandlung eines Kindes in den ersten drei Lebensjahren, die psychische Situation der Mutter unbedingt zu beachten. Aufgrund der großen Relevanz der Mutter-Kind-Bindung für das psychische und physische Wohl des Kindes sollte das Kind gemeinsam mit der Mutter bzw. der Hauptbezugsperson behandelt werden. Gerade bei der Behandlung von Müttern sehr kleiner Kinder sollte gemäß Stern (1998) eine besondere Empfindlichkeit, Verunsicherung und emotionale Verletzbarkeit der Mutter im Therapiekontext berücksichtigt werden. Gegebenenfalls ist laut Pillhofer und Ziegenhain (2013) eine vorherige Psychotherapie der Mutter notwendig, sollte das Störungsbild dieser eine gemeinsame Behandlung nicht zulassen. Die vorliegenden Daten stützen die These, dass eine verbesserte psychische Situation der Mutter auch zu einem größeren Wohlbefinden des Kindes führt.

Die beschriebenen Ergebnisse zu den Interventionseffekten unterstreichen somit auch wieder die Notwendigkeit altersspezifisch in der Psychiatrie zu arbeiten: Neue Entwicklungen, wie eigens auf die Adoleszenz ausgelegten psychiatrische Stationen und Tageskliniken sollten zukünftig mehr Beachtung finden. Dies gilt insbesondere für die Gruppe jugendlicher Mütter/Eltern, die weder in der Welt der Kinder noch in der der Erwachsenen zu Hause sind. Eine sich hieraus ergebene Frage ist die danach, wo zukünftig Einrichtungen dieser Art angesiedelt werden könnten: in der Erwachsenenpsychiatrie, im Kinder- und Jugendbereich oder doch in der Jugendhilfe mit entsprechender medizinischer Versorgung?

6.3 Inanspruchnahme von Hilfsangeboten

Inanspruchnahme von Hilfe ist ein Thema, das in der bisherigen Diskussion immer wieder angesprochen wurde. Wie die vorliegenden Untersuchungen zeigen, nutzen sowohl die Mütter der Referenzgruppe als auch die der Interventionsgruppe regelmäßig diverse Hilfsangebote.

Dabei ist festzustellen, dass die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppen deutlich mehr Kontakte zu den Einrichtungen aus den verschiedenen Helfersystemen haben. Vor allem Angebote der Jugendhilfe werden von den Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe häufiger in Anspruch genommen. Generell lässt sich auch eine hohe Zufriedenheit mit den helfenden Einrichtungen erkennen.

Auch konnte trotz der Tatsache, dass psychisch belastete Teilnehmerinnen im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht werden, festgestellt werden, dass nur ein Bruchteil der Mütter der Interventionsgruppe psychiatrische oder psychologische Unterstützung in Anspruch nimmt, obwohl Probleme durchaus realisiert und verbalisiert werden können. Vor allem jugendliche Mütter haben kaum Zugang zu psychologischer oder psychiatrischer Hilfe. Dies entspricht diversen Untersuchungen, die belegen, dass Unterstützungsmöglichkeiten entweder nicht bekannt oder mit zahlreichen Ängsten (wie der Angst vor dem Verlust des Sorgerechts) belegt sind (z.B. Kölch & Schmid 2008, Kölch 2009). Diese Studien zeigen auch, dass zwar viele Eltern professionelle Hilfe für die Kinder in Anspruch nehmen, diese Hilfe aber hauptsächlich im Jugendhilfebereich und weniger im medizinischen Sektor zu finden ist. Jene Tatsache konnte auch in unserem Projekt belegt werden. Ausnahme bildet die Kinderheilkunde, die psychisch belastete Mütter und hier vor allem jugendliche Mütter überzufällig häufig in Anspruch nehmen. Dies mag an der tatsächlich hohen Zahl von somatischen Erkrankungen der Kinder liegen, könnte aber ebenso ein Ausdruck von Hilflosigkeit sein. Ein Großteil der Hilfen, die die Familien sich suchen, erfolgt trotz aller externen Angebote aus Jugend- und Gesundheitshilfesystemen dennoch intrafamiliär.

Wie gezeigt werden konnte, besteht bei den meisten der untersuchten Familien Kontakt zu Jugendamt, Jugend- oder Familienhilfe, Hebammen und Kinder- bzw. Hausärzten.

Dennoch sind vor allem bei jugendlichen Müttern erhöhte Belastungen durch fehlende wahrgenommene soziale Unterstützung zu erkennen. Was nicht gleichbedeutend mit fehlendem Kontakt zu helfenden Einrichtungen ist. Die vorliegende Untersuchung belegt eine rege Inanspruchnahme diverser Hilfesysteme vor allem durch jugendliche Mütter. Vielmehr scheint es an dem Empfinden der jugendlichen Mütter zu liegen, sie stünden ohne ausreichende soziale Unterstützung da, was ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Alleingelassenseins nach sich ziehen kann. Die Hilfe der verschiedenen Institutionen wird offenbar nicht als ausreichend unterstützend wahrgenommen. Wie die vorliegenden Daten zeigen, herrscht zudem ein Zusammenhang von wahrgenommener sozialer Unterstützung und Nutzerzufriedenheit mit den Einrichtungen. Dies entspricht den Ergebnissen der Berliner Interventionsstudie (Ziegenhain 2003) und denen von Szylowicki (2006), die feststellte, dass „erzwungene Hilfen“ weniger effizient oder gar kontraproduktiv sind.

Das Problem liegt also weniger in fehlenden Hilfen und Hilfsangeboten, als in den zu hohen Schwellen, diese aus eigenen Stücken in Anspruch zu nehmen und als hilfreich zu bewerten. Eine Erhöhung der Eigenmotivation, Hilfe anzunehmen, ist also eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen der Intervention. Ein Beleg darin kann in den gewonnenen Daten zur Zufriedenheit mit den Einrichtungen gefunden werden: während erwachsene Mütter grundlegend weniger Hilfsangebote nutzen als jugendliche Mütter, sind sie dennoch zufriedener mit der erhaltenen Unterstützung. Bei vielen Angeboten (vor allem im Bereich der Jugendhilfe) ist davon auszugehen, dass jugendliche Mütter diese aus einem Zwangskontext heraus annehmen, während erwachsene Mütter sich freiwillig hierfür entscheiden. Auch der hohe negative Zusammenhang, der zwischen Nutzungsintensität und Nutzerzufriedenheit herrscht, spricht für diese Wechselbeziehung.

Natürlich spielt auch das tatsächlich häufige Fehlen des eigenen sozialen Netzwerkes bestehend aus Familie und Freunden eine nicht zu verachtende Rolle. Gerade sehr junge Mütter, die oftmals in Jugendhilfeeinrichtungen leben und ein eher schwieriges Verhältnis und eine belastete Vergangenheit zu ihrer Herkunftsfamilie haben oder nur selten bzw. keinen Kontakt zu dieser pflegen, fühlen sich oft sehr isoliert.

6.3.1 Schlussfolgerungen in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten und Implikationen für Praxis und Forschung

Die vorliegende Ergebnisse zeigen ein durchaus hohes Inanspruchnahmeverhalten der Interventionsgruppe. Jedoch bezieht sich dies hauptsächlich auf allgemeine Hilfsangebote der Jugendhilfe aber auch des Gesundheitswesens. Kontakte zur KITA, zur Hebamme aber auch zum Kinderarzt oder der Kinderklinik sind häufig. Gezielte Hilfsangebote, die auf die psychische Situation der Mütter Rücksicht nehmen oder gar eine Verbesserung dieser in Aussicht stellen, werden hingegen kaum aufgesucht.

Eine wesentliche Schwelle der Hilfesysteme liegt für viele Eltern in den „Komm-Strukturen“ der Angebote (Kölch 2008).

Im psychiatrischen bzw. psychologischen Setting sind diese „Komm-Strukturen“ der Regelfall. Da im Vorfeld nur ein geringer Prozentsatz der betrachteten Mütter von Berührungspunkten mit dem psychiatrischen/psychologischen Hilfesystem berichtet hat, ist davon auszugehen, dass trotz der hohen psychischen Belastungen die Schwelle, Hilfe aus dem entsprechenden Sektor wahrzunehmen, viel zu hoch und eventuell auch zu schambelastet ist. Durch aufsuchende Arbeit hat das Modellprojekt dieser Schwelle entgegenzuwirken versucht. Gerade in ländlichen Regionen wie Vorpommern scheint aufsuchende Arbeit notwendig. Die Infrastruktur und auch die Informationsweiterleitungen sind so schlecht, dass selbst den Eltern der Zugang verwehrt bleibt, die großes Interesse an psychologischer Unterstützung haben.

Durch die aktive Zusammenarbeit mit den Einrichtungen anderer Hilfesysteme zum Beispiel aus dem Jugendhilfebereich und die individuelle Herangehensweise (z.B. aufsuchende Beratung) scheint es gelungen zu sein, Familien zu erreichen, die andernfalls „durch's Netz“ gefallen wären. Ein wichtiges Ziel des Projekts konnte so umgesetzt werden.

Andere Bereiche außerhalb der Psychologie/ Psychiatrie nutzen dieses Wissen und den entsprechenden aufsuchenden Ansatz schon länger. So ist es in der Familienhilfe des Jugendamtes und den dazugehörigen Trägern ein wesentlicher Bestandteil, die Arbeit mit

den Familien in deren Häuslichkeiten durchzuführen. Auch Hebammen arbeiten für gewöhnlich aufsuchend. Bei diesen Berufsgruppen wird ein solches Vorgehen nicht mehr in Frage gestellt. Wie die vorliegenden Daten zeigen, sind dies genau die Institutionen, die zu den belasteten Familien häufig Kontakt haben.

Aufsuchende Arbeit auch im medizinischen Sektor scheint zukünftig unumgänglich, um Familien zu erreichen, die die bisher vorhandenen Schwellen nicht aus eigener Macht überwinden können. Dies gilt vor allem für das Thema „Familienarbeit“. Dieses Vorgehen würde wahrscheinlich auch helfen, diejenigen Familien zu erreichen, die bisher durch das Versorgungsnetz fallen.

Die Zurverfügungstellung von kommentierten psychosozialen Wegweisern für die Regionen Schwerin und Greifswald stellt einen wichtigen Schritt zur Informationsvermittlung und Entstigmatisierung für die betroffenen Familien dar. Zudem werden diese „Wegweiser“ dem von Künster (2010) beschriebenen Informationsbedürfnis der Eltern gerecht. Spannend wäre es zukünftig zu beobachten, inwieweit dieser genutzt wird und ob es durch die Bereitstellung der Informationen zu einem tatsächlichen Wissenszuwachs kommt.

Des Weiteren kann eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit den helfenden Einrichtungen berichtet werden. Dabei gilt das Prinzip „viel hilft nicht viel“: Nutzerzufriedenheit und Nutzungsintensität hängen negativ zusammen. Seltene aber regelmäßige Inanspruchnahme, wie sie vor allem bei erwachsenen psychisch belasteten Müttern zu finden ist, scheint mit der höchsten Zufriedenheit gekoppelt zu sein.

Bei dieser Überlegung sollte auch die Finanzierung solcher Projekte und der Helfersysteme berücksichtigt werden: Sind seltenere aber regelmäßige Kontakte eher zu finanzieren? Ist es unter diesen Umständen eventuell auch möglich, mehr Familien Hilfe anzubieten? Könnte dadurch eventuell sogar die Zufriedenheit mit den helfenden Einrichtungen und damit auch die wahrgenommene soziale Unterstützung steigen? Würden Kontaktabbrüche und damit die Zahl der „Durch's-Netz-Gefallenen“ sinken? Fragen, die in zukünftiger Projekten dieser Art mit evaluiert werden sollten.

6.4 Vernetzung und Vernetzungsqualität

Hinsichtlich der Vernetzung und der Vernetzungsqualität lassen sich nur bedingt aussagekräftige Schlussfolgerungen ziehen, da die Rücklaufquote sehr gering war. Es zeigt sich eine hohe Unzufriedenheit mit den Kooperationen.

Die Daten belegen allerdings die im Vorfeld besprochene Schnittstellenproblematik nur zum Teil. Es zeigt sich, dass grundlegend vor allem Kontakte zum medizinischen Sektor bestehen, hier aber eine große Unzufriedenheit herrscht. Die Kontakte sind eher sporadisch. Regelmäßige Kontakte zu kooperierenden Einrichtungen führen, wie belegt werden konnte, eher zu einer höheren Zufriedenheit.

Auch nach einem Jahr ändert sich die Einschätzung der Mitarbeiter kaum. Möglich ist, dass sich Effekte dieser Art erst nach längerer Zeit zeigen und es, wenn auch noch nicht sichtbar, zu Verbesserungen innerhalb der interdisziplinären Kommunikation gekommen ist. Runde Tische scheinen hier eine gute sinnvolle Möglichkeit zu sein, Regelmäßigkeiten zu schaffen.

Bereits bei der Planung des Modellprojekts wurde durch die Zusammenarbeit von Familienhilfe (repräsentiert durch die AWO Schwerin) und medizinischer Versorgung (repräsentiert durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald) der vorhandenen Schnittstellenproblematik zwischen Jugend- und Familienhilfe und dem medizinischen Sektor Rechnung getragen. Allerdings führt der Status eines Modellprojekts bei vielen Institutionen dazu, sich nicht voll und ganz auf die Angebote einzulassen, da davon auszugehen ist, dass diese wieder verloren gehen. Eine spätere Nachuntersuchung könnte diese offene Frage klären.

6.5 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Die vorliegenden Ergebnisse bieten einen interessanten Einblick in die Lebenssituation psychisch belasteter Eltern und sind grundlegend für die Entwicklung und Prüfung funktionierender Hilfemodule und niedrigschwelliger Angebote. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass sich Mecklenburg-Vorpommern insbesondere in Bezug auf die psychosozialen Lebensbedingungen deutlich von anderen Bundesländern unterscheidet. Die gewonnenen Daten können also nicht undifferenziert auf andere Regionen beziehungsweise Stichproben übertragen werden.

Zudem ist ein Selektionseffekt bei der Stichprobe nicht ausgeschlossen, da es sich um eine selbstmotivierte Projektteilnahme handelt und auch die Teilnahme an der Studie freiwillig war.

Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass die vorliegende Arbeit vor allem allgemeine Fragestellungen bearbeitet hat. Explizite Aussagen zu einzelnen Störungen oder zur Wirkung einzelner Interventionsbausteine können nicht getroffen werden. Das fehlende experimentelle Design ist auf die Praxisorientierung des Projekts zurückzuführen. Aus ethischen Gründen konnte zudem keine TAU-Gruppe untersucht werden. Auch dies hat zur Folge, dass die gewonnenen Ergebnisse sich hauptsächlich auf die untersuchte Gruppe beziehen, sich aber nicht unkritisch verallgemeinern lassen.

Jedoch werfen die gewonnenen Erkenntnisse über die untersuchten Interventionsgruppen interessante Fragen auf, die in weiteren fokussierten experimentellen Studien betrachtet werden sollten: Welche Interventionsmodule sind für welche Altersstufe besonders geeignet? Bei welchen Störungsbildern sind welche Interventionsbausteine am wirksamsten? Wären die Unterschiede zwischen jugendlichen und erwachsenen Müttern bei den Interventionseffekten auch dann vorhanden, wenn die psychosozialen Bedingungen in beiden Gruppen gleich sind?

Ein Studiendesign, das methodisch differenzierter ist und sich auf eine engere

Fragestellung konzentriert, indem sie zum Beispiel mit parallelisierten Gruppen arbeitet, könnte bei diesen Fragen Aufschluss bringen. Sinnvoll wäre es auch, gesunde Proband(inn)en in die Betrachtung miteinzubeziehen, die ebenfalls hinsichtlich der betrachteten Parameter parallelisiert werden.

Darüber hinaus soll kritisch angemerkt werden, dass die vorliegenden Daten zum Verhalten der Kinder aus den subjektiven Einschätzungen der Mütter gewonnen wurden. Tendenzen beim Ausfüllen der Fragebögen zur sozialen Erwünschtheit sind nicht auszuschließen. Eine objektive Erhebung der untersuchten Variablen durch eine Fremdeinschätzung wäre sinnvoll und würde ein komplexeres Bild ermöglichen, auch wenn, wie bereits beschrieben, davon ausgegangen werden kann, dass die Einschätzungen der Mütter valide sind.

Betrachtet man die Drop-Out-Höhe, fällt auf, dass diese mit 41 % sehr hoch ist. In den meisten Projekten/Studien lassen sich Drop Out-Werte von 20-25% finden. Zudem ist mit 58,3 % aller Drop Outs die Rate an „verloren gegangenen“ Probanden sehr hoch. Selbst bei diesem aufsuchenden niedrighschwelligem Zugang sind also sehr viele Familien „durch's Netz gefallen“.

Eine Großzahl der „verloren gegangenen“ Mütter sind in den regionalen Hilfesystemen nicht mehr auffindbar. Liegt es daran, dass sie aus dem Einzugsbereich weggezogen sind und es keine oder eine nur mangelhafte Kommunikation zwischen den Helfersystemen in unterschiedlichen Einzugsbereichen gibt? Oder sind sie tatsächlich „durch's Netz“ gefallen? Auffällig ist, dass besonders die jugendlichen Mütter verschollen scheinen. Dies scheint die Theorie zu stützen, dass es eine massive Schnittstellenproblematik zwischen dem Sektor der Jugendhilfe und dem des Erwachsenenbereichs gibt, welche auch durch das Projekt nicht ausreichend geschlossen werden konnte. Denkbar ist, dass sich verbesserte Kommunikation untereinander erst mit der Zeit auswirkt und ein sogenannter Sleepereffekt vorliegt. Es muss aber auch berücksichtigt werden, dass altersgerecht bei den jugendlichen Müttern ein hoher Wunsch von Autonomie vorliegt. Wegzuziehen und eigene Haushalte zu gründen, sind normale Entwicklungsaufgaben in dieser Lebensphase. Auch dies kann zu der erhöhten Drop-Out-Quote in dieser Altersstufe beitragen.

Doch wie kann man so hohen Ausfallquoten entgegenwirken? Diese Frage zu beantworten, sollte ein Ziel zukünftiger Projekte sein.

Es erscheint erforderlich, künftig besondere Aufmerksamkeit den psychisch belasteten jugendlichen Müttern zu schenken, da wie bestätigt, in dieser Gruppe eine Vielzahl von Risikofaktoren für die Entwicklung des Kindes kumuliert vorliegt. Hierbei ist vor allem das hohe Risiko des Gewalttransfers, die geringe soziale Unterstützung und die hohe elterliche Belastung zu nennen. Besondere Beachtung der Bedürfnisse jugendlicher Mütter und eine passgenaue Intervention, die altersspezifischen Bedürfnissen entspricht, werden ebenfalls in der bereits erwähnten Studie Ayerles (2010) gefordert.

Der hohe Anteil jugendlicher Mütter innerhalb der Studie ist allerdings nicht repräsentativ für Mecklenburg-Vorpommern bzw. den Gesamttraum Deutschland. Er ist vor allem in den Zugangswegen zum Projekt (Jugend-/Familienhilfe in den Familien) begründet. Dennoch ist zu bedenken, dass Mecklenburg-Vorpommern in den letzten Jahren zu den drei Bundesländern mit den häufigsten Schwangerschaftsabbrüchen und Lebendgeburten bei minderjährigen Schwangeren gehört. Diese Thematik muss also unbedingt betrachtet werden. Vor allem dann, wenn neben dem jungen Alter auch eine starke psychische Belastung vorliegt. Risikofaktoren kumulieren in diesem Fall. Da die Inanspruchnahme von psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern (vor allem in Vorpommern) durch Probleme wie schlechte Infrastrukturen etc. ohnehin erschwert ist, wird hier eine Schwellensenkung notwendig.

Da das Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ das erste seiner Art in Mecklenburg-Vorpommern ist und die Projektlaufzeit für die große Aufgabenstellung verhältnismäßig kurz war, sind die Stichprobenzahlen nicht sehr groß. Die Ergebnisse, die hier vorliegen, können aber als wichtige Grundlage für die Planung und Durchführung weiterer Studien/Projekte genutzt werden, denen größere Stichproben zur Verfügung stehen.

Wie bereits zu Beginn der Arbeit immer wieder erwähnt, gibt es bisher vergleichsweise

wenig Antworten zu Fragen in Bezug auf die Themen „Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Familien“ und „Teenagereltern“. Diese Wissenslücken etwas zu füllen, war ein wesentlicher Anspruch des Modellvorhabens.

Erschwert wurde dieses Ziel natürlich dadurch, dass Familien aus dieser Risikogruppe schwer für die Teilnahme an einem solchen Projekt zu begeistern sind. Aktive Informationsvermittlung und Entstigmatisierung scheinen absolut notwendig, um zum einen mehr Wissen erhalten zu können, zum anderen aber auch, um eine Chance zu wahren, Risiken für die Familien zu senken. Die hier durchgeführte Studie stellt somit einen wichtigen Wissensbaustein zur Beantwortung offener Fragen dar.

Nicht immer war es möglich bzw. sinnvoll, die vorab geplanten Vorgänge im Praxisprojekt durchzuführen. So musste zum Beispiel durch nicht planbare Hindernisse bzw. durch neue Erkenntnisse das geplante Vorhaben an einigen Punkten abgeändert werden. Die Teilung der Interventionsgruppe in die Subgruppen erwachsener und jugendlicher Mütter war so zum Beispiel ursprünglich nicht vorgesehen. Aber bereits vor dem Start des Praxisprojektes wurde deutlich, dass aufgrund der Häufigkeit der jugendlichen Mütter diese Unterscheidung sinnvoll ist.

Ursprünglich war es auch geplant, Väter in die Untersuchung einzubeziehen. Aus den in Kapitel 4 beschriebenen Gründen konnten sie aber nicht in dem Forschungsprojekt berücksichtigt werden. Väter als primäre Bezugspersonen rücken erst in den letzten Jahren in den Fokus der wissenschaftlichen Forschung. So konnte z.B. belegt werden, dass sie einen wesentlichen Einfluss auf die Autonomieentwicklung und Emotionsregulation der Kinder haben (Shulman & Seiffge-Krenke 1997, Seiffge-Krenke 2002). Inwieweit eine psychische Belastung des Vaters sich auf die Entwicklung des (Klein)-Kindes auswirkt, ist bisher aber kaum betrachtet worden. Studien hierzu wären aufgrund der wichtigen Rolle der Väter für die Entwicklung der Kinder sinnvoll. Auch stellt sich die Frage, inwieweit Defizite in der Sensitivität der Mutter durch die Väter ausgeglichen werden können? Es ist durchaus möglich, dass einige der gefundenen Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten auch durch das Wirken des Kindesvaters begründet sind. Das Vorhandensein eines gesunden Elternteils konnte in vorherigen Studien bereits als protektiver Faktor belegt werden (Kahn et al. 2004).

Insgesamt kann also festgestellt werden, dass es gelungen ist viele Praxisziele des Modellprojektes umzusetzen. Auch konnten die aufgeworfenen Forschungsfragen weiträumig beantwortet werden. Aufgrund der methodischen Mängel der Studie, die vor allem der Praxisorientierung geschuldet sind, sind die gewonnenen Daten jedoch nicht leichtfertig zu generalisieren. Sie bieten aber interessante Ansätze für gezielte weiterführende Studien und können als sinnvolle Grundlagenerkenntnisse für psychisch belastete erwachsene und jugendliche Mütter im Raum Mecklenburg-Vorpommern gewertet werden.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit berichtet über die Probleme psychisch kranker und sehr junger Eltern. Die Herausforderung, die die Elternschaft ohnehin mit sich bringt, ist unter diesen Umständen noch größer. Damit es eine zu bewältigende Herausforderung bleibt und nicht zu einem unüberwindbaren Problem mit negativen Folgen für die Entwicklung des Kindes und der Eltern wird, ist es notwendig, frühzeitig und präventiv zu handeln. Die Gruppe dieser Eltern benötigt passgenaue und individuelle Interventionen mit möglichst niedrigschwelligem Zugängen. Dies scheint innerhalb des Modellprojekts "Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern" gelungen zu sein:

In die Untersuchungen sind zum ersten Erhebungszeitpunkt 117 Mütter mit ihren 142 Kindern einbezogen worden. 44,4% der Mütter gelten als jugendliche Mütter. Zusätzlich wurde eine Referenzgruppe aus 37 gesunden Müttern mit ihren 41 Kindern betrachtet. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt konnten die Daten von insgesamt 69 (n=31 jugendliche und n=38 erwachsene) Mütter berücksichtigt werden.

Bei der Auswertung der gewonnenen Ergebnisse zeigt sich, dass es aus Sicht der Kinder gelungen ist, primär-präventiv zu arbeiten, auch wenn diese bereits deutlich auffälliger sind, als die Kinder der Vergleichsgruppe. Die Daten weisen zudem darauf hin, dass auch sechs Monate nach Interventionsbeginn keine gestiegenen Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern beschrieben werden, sondern sogar weniger Auffälligkeiten zu finden sind.

Für die Ausgangslage der untersuchten Mütter gilt, dass beide Interventionsgruppen (jugendliche und erwachsene Mütter) von starker psychischer Symptomatik und psychosozialen Belastungen berichten. Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich vor allem bei den psychosozialen Bedingungen, während die psychopathologische Situation sich kaum unterscheidet.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt sind die psychosozialen Belastungen und die psychopathologische aktuelle Symptomatik in beiden Interventionsgruppen erheblich

gesunken. Wie erwartet profitieren vor allem jugendliche Mütter und berichten deutlich weniger aktuelle Symptombelastung und elterliche Belastungen, während gleichzeitig mehr soziale Unterstützung wahrgenommen wird. Erwachsene Mütter hingegen schildern zum zweiten Erhebungszeitpunkt deutlich weniger Problemen der Familienfunktionalität.

Die Teilnehmerinnen beider Interventionsgruppen berichten zudem von häufigen Kontakten sowohl zum medizinischen als auch zum Jugendhilfesektor. Bei jugendlichen Müttern kann allerdings ein stärkeres Inanspruchnahmeverhalten festgestellt werden. Die Versorgungszufriedenheit ist gegeben, wenngleich erwachsene Mütter zufriedener sind als jugendliche Mütter. Eine Ausnahme stellt die psychiatrische/psychologische Hilfe dar. Diese wurde im Vorfeld des Projektes nur von wenigen Betroffenen in Anspruch genommen.

Hinsichtlich der Vernetzung der Institutionen der verschiedenen Segmente werden die Kooperationen eher als nicht zufriedenstellend und wenig regelmäßig beschrieben. Regelmäßigkeit in den Kontakten ist jedoch mit einer höher Zufriedenheit verbunden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, das gemäß der Definition des Wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums das Ziel „Früher Hilfen“, nämlich die frühzeitige und nachhaltige Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft, mit dem Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Familien“ entsprochen worden ist und die Umsetzung dieses Zieles gut gelungen ist.

Die Ergebnisse stellen zudem ein ermutigendes Signal dar, Projekte dieser Art weiter zu fördern. Ein Übergang in die Regelfinanzierung muss ein langfristiges Ziel sein, da sowohl von der Effektivität passgenauer Interventionen aber auch von einem erheblichen Bedarf für diese ausgegangen werden kann. Für ein interdisziplinäres Vorgehen stellt das Modellprojekt ein gutes Beispiel dar, auch wenn noch viele Fragen offen sind und neue Schwierigkeiten aufgedeckt wurden.

Literaturverzeichnis

- Achenbach TM (1992). *Manual for the Child Behavior Checklist 2-3 and 1992 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach TM (2000). *CBCL 1 1/2-5 Child Behavior Checklist 1 1/2-5 - Deutsche Fassung. Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder*. Hogrefe.
- Achenbach TM, Dumkenci L, Rescorla LA (2000). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL 1 1/2-5 and C-TRF*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry. [Http://ASEBA.uvm.edu](http://ASEBA.uvm.edu).
- Achenbach TM, Rescorla LA (2000). *Manual for the ASEBA Prescole Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Antonovsky A (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th rev. ed.). Washington DC: American Psychiatric Association. [deutsch (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.]
- Arend R, Lavigne JV, Rosenbaum D, Binns HJ, Chrisstoffel KK (1996). Relation between taxonomic and quantitative diagnostic systems in preschool children: Emphasis on disruptive disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 388-397.
- Ayerle G, Luderer C, Behrens J. (2000). Frühstart: Mütterliche Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserleben. In Renner I, Sann A, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2010.

- Bach M, Bach D, de Zwaan M, Serim M, Böhmer F (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item TAS bei Normalpersonen und psychiatrischen PatientInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 46: 23-28.
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale, I: item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 23-32.
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale, II: convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 33-40.
- Barnow S, Lucht M, Fischer W, Freyberger HJ (2001). Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). *Suchttherapie* 2: 137-142.
- Barnow S, Lucht M, Freyberger HJ (2001). Influence of punishment, emotional rejection, child abuse, and broken home on aggression in adolescence: an examination of aggressive adolescents in Germany. *Psychopathology* 34(4):167-73.
- Barnow S, Lucht M, Freyberger HJ (2002). Alkoholprobleme im Jugendalter unter Berücksichtigung der Hochrisikogruppe Kinder alkoholkranker Eltern. Ergebnisse einer Familienstudie in Mecklenburg-Vorpommern. *Der Nervenarzt* 73:671- 679.
- Barnow S, Bernheim D, Schröder C, Lauffer H, Fusch C, Freyberger HJ (2003). Adipositas im Kindes- und Jugendalter - Erste Ergebnisse einer multimodalen Interventionsstudie in Mecklenburg-Vorpommern. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 4-12.
- Barnow S, Lucht M, Hamm A, John U, Freyberger HJ (2004). The relation of a family history of alcoholism, obstetric complications and family environment to behavioral problems among 154 adolescents in Germany: results from the children of alcoholics study in Pomerania. *European Addiction Research* 10(1): 8-14.

- Barnow S, Schuckit M, Smith T, Freyberger HJ (2006). Predictors of attention problems for the period from pre-teen to early teen years. *Psychopathology* 39(5): 227-35.
- Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry* 45(8): 965-72.
- Barnow S, Schuckit MA, Lucht M, John U, Freyberger HJ (2002). The importance of a positive family history of alcoholism, parental rejection and emotional warmth, behavioral problems and peer substance use for alcohol problems in teenagers: a path analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 63(3): 305-15.
- Barnow S, Ulrich I, Grabe HJ, Freyberger HJ, Spitzer C (2007). The influence of parental drinking behaviour and antisocial personality disorder on adolescent behavioural problems: results of the Greifswalder Family Study. *Alcohol* 42(6): 623-8.
- Bauer M, Lüders C (1998). Psychotische Frauen und ihre Kinder. *Psychiatrische Praxis*, 25. 191-195.
- Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2007). *Junge Mütter*. http://www.berlin-institut.org/newsletter/35_13_Juni_2007.html.html#Artikel0
- Berry JO, Jones W (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships* 12: 463-472.
- Berth H, Albani C, Brähler E (2005). Persönlichkeitsmerkmale, psychische Belastung und Lebenszufriedenheit von Arbeitslosen: Ergebnisse einer Repräsentativstudie. *Psychosozial*, 99: 99 – 110.
- Bilsky W, Hosser D (1998). Soziale Unterstützung und Einsamkeit: Psychometrischer Vergleich zweier Skalen auf der Basis einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*: 19, 130 – 144.

- Bucholz KK, Cadoret R, Cloninger CR, Dinwiddie SH, Hesselbrock VM, Nurnberger JI Jr, Reich T, Schmidt I, Schuckit MA (1994). A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA. *Journal of Studies on Alcohol* 55(2): 149-58.
- BZgA (2007). *Häufig gestellte Fragen zum Thema „minderjährige Schwangere“*. [Http://www.BZgA.de/botmed_130501000.html](http://www.BZgA.de/botmed_130501000.html).
- BzgA (2011). *Minderjährige Schwangere in Deutschland. Statistische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten*. [Http://forum.sexualaufklärung.de/index.php?docid=1374](http://forum.sexualaufklärung.de/index.php?docid=1374).
- Caton CL, Cornos F, Doninguez B (1999). Parenting and adjustment in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22. 142-152.
- Cierpka M, Frevert G (1994). *Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Clarke RA, Murphy DL, Constantino JN (1999). Serotonin and externalizing behavior in young children. *Psychiatric Research*, 86, 29-40.
- Coley RJ, Chase-Lansdale PL (1998). Adolescent pregnancy and parenthood. Recent evidence and future directions. *American Psychologist*. 53: 152-166.
- Corcoran J (1998). Consequences of adolescent pregnancy/ parenting: a review of the literature. *Social Work in Health Care* 27: 49-67.
- Crittenden PM (2007). *CARE-index infants (child-adult relationship experimental index)*. *Coding Manual*. Unveröffentlichtes Manuskript.

- Crockenberg S (1985). Professional support and care of infants by adolescent mothers in England and the United States. *J Pediatr Psychol* 10(4):413-28.
- Crockenberg S (1987). Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development* 58(4): 964-75.
- Derogatis LR (1986). *SCL-90-R Self-Report Symptom Inventory*. CIPS, Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim, Basel: Beltz-Test.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (Weltgesundheitsorganisation; 2. korrigierte und ergänzte Aufl.). Bern: Huber.
- Döpfner M, Lehmkuhl G, Heubrock D, Petermann F (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Dudeck M, Barnow S, Spitzer C et al. (2006). Die Bedeutung von Persönlichkeit und sexueller Traumatisierung für forensische Patienten mit einem Sexualdelikt. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 56(3-4):147-53.
- Egle U, Hoffmann SO, Joraschky P (2005). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserkrankungen*. Schattauer-Verlag.
- Elkind D (1996). Egozentrismus in adolescence. *Child Development*. 38: 1025-1035.
- Feger H, Auhagen AE (1987). Unterstützende soziale Netzwerke: Sozialpsychologische Perspektiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16: 353 – 367.
- Fegert J, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (2009). *Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Schattauer-Verlag.

- Fiedrich M, Remberg A (2005). Wenn Teenager Eltern werden. Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendlicher Paare mit Kind. Bd 25, *Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung*. Köln.
- Field TM, Widmayer SM, Stringer S, Ignatoff E (1980). Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants: an intervention and developmental follow-up. *Child Development* 51(2):426-36.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II), II multi-sided test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders* 9: 92-104.
- Flammer A (2009) Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz. In Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Hrsg) *Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer.
- Franke GH (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke GH (2002). *SCL-90-R – die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis*. Deutsche Version. (2., vollst. üb. und neu normierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Franz M (2008): Vom Affekt zum Gefühl und Mitgefühl. Zur entwicklungspsychologischen und neurobiologischen Bedeutung der teilnehmenden Spiegelung für die emotionale Entwicklung des Kindes. In: Franz M, West-Leuer B (Hrsg) *Bindung, Trauma, Prävention. Entwicklungschancen bei Kindern und Jugendlichen als Folge generationsübergreifender soziokultureller Beziehungserfahrung*. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 15 – 38.
- Furstenberg FF Jr, Brooks-Gunn J, Chase-Lansdale L (1989). Teenaged pregnancy and childbearing. *The American Psychologist* 44(2): 313-20.

- Fydrich T, Sommer G, Menzel U, Höll B (1987). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 434 – 436.
- Fydrich T, Sommer G, Brähler E (2007). *F-SozU: Fragebogen zur sozialen Unterstützung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich T, Sommer G, Tydecks S, Brähler E (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 18:43–48.
- Gehrmann J, Sumargo S (2009). Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde* 157: 383-394.
- Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) (2008). *Neurodermitis*. http://www.gpau.de/fileadmin/user_upload/GPA/dateien_indiziert/Leitlinien/gem_Leitlinie_Neurodermitis.pdf.
- Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA), der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter (AGAS) und der Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation (2006) *S2 Leitlinie Asthma im Kindesalter*. <http://www.allum.de/krankheiten/asthma-bronchiale/asthma-bronchiale-weiterfuehrende-links>.
- Grabe HJ, Alte D, Adam C et al. (2005). Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pommerania. *Psychiatrische Praxis* 32(6): 299-303.
- Grossmann K, Grossmann M, Fremmer-Bobbik E et al. (2002). The uniqueness of the child-father-attachment relationship: father's sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development* 11: 307-331.
- Gundelfinger R (1997). Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? *Kindheit und Entwicklung* 6:147-151.

- Häußler-Sczepan M, Wienholz S, Michel M (2005). Teenagerschwangerschaften in Sachsen. Angebote und Hilfebedarf aus professioneller Sicht. Eine Studie im Auftrag der BzGA, Bd 26, *Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Hearle J, Plant K, Jenner L, Barkla J, McGrath J (1999). A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. *Psychiatric Services* 5: 1354-1356.
- Horwitz SM, Kelleher KJ, Stein RE et al. (2007). Barriers to the identification and management of psychosocial issues in children and maternal depression. *Pediatrics* 119(1): 208-218.
- Hutzelmeyer-Nickels A, Noterdame M (2007). Anwendbarkeit der Child Behavior Checklist 1 1/2-5 als orientierendes Untersuchungsinstrument bei Vorschulkindern mit Entwicklungsproblemen. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 56: 573-588.
- Ijzendoorn MH van, Schuengel C, Bakerman-Kranenburg MJ (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development & Psychopathology*. 11: 225-249.
- Jungbauer J, Kuhn J, Lenz A (2011). Wie verlässlich sind Einschätzungen schizophrener erkrankter Eltern hinsichtlich möglicher Entwicklungsstörungen bei ihren Kindern? Zur Übereinstimmungsvalidität der Child Behavior Checklist (CBCL). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2, 72-75.
- Kahn RS, Brandt D, Whitaker R (2004). Combined effect of mothers' and fathers' mental health symptoms on children's behavioral and emotional well-being. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158: 721-729.
- Kasius MC, Ferdinand RF, van den Berg H, Verhulst FC (1997). Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, 38, 625-632.

Kindler H, Grossmann K (2004). Vater-Kind-Bindung und die Rollen von Vätern in den ersten Lebensjahren ihrer Kinder. In L. A. (Hrsg.), *Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung*. Reinhardt.

Klerman L (2004). Another chance: preventing additional births to teen mothers. *National Organisation on Adolescent Pregnancy, Parenting, and Prevention*. Washington DC.

Kluth S, Stern K, Trebes J, Mielke A, Freyberger HJ (2010). [A comparison of teenage and adult mothers with mental diseases. Preliminary results of the project "chances for children of parents with mental diseases and/or addiction problems"]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53(11): 1119-1125.

Kluth S, Mielke A, Freyberger HJ (2011). Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtblasteter Eltern. *Psychodynamische Psychotherapie*, 10(4), 186-210.

Kölch M (2009). Versorgung von Kindern aus der Sicht ihrer psychisch kranken Eltern, *Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung*. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts.

Kölch M, Schmid M (2008). Elterliche Belastung und Einstellung zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfe. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57(10):774-88.

Kooiman CG, van Res Vellinga S, Spinhoven P, Draijer N, Trijsburg RW, Rooijmans HGM (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulations in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73: 107- 116.

Krishnakumar A, Buchler C (2000) Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family relations*, 49: 25-44.

- Kronmüller KT, Driessen M (2012). Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive der (Erwachsenen-) Psychiatrie. In Bauer U et al. (Hrsg.): *Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern*. Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Künster AK, Knorr C, Fegert JM, Ziegenhain U (2010). Soziale Netzwerkanalyse interdisziplinärer Kooperation und Vernetzung in den frühen Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 11(53):1134-1142.
- Kupfer J, Brosig B, Brähler E (2001). *TAS-26 Toronto Alexithymie-Skala-26 Deutsche Version*. (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Laue E (2007). Minderjährige Schwangerschaften in Deutschland. Statistische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten., *Teenagerschwangerschaften international*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung.
- Lenz A (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Loas G, Corcos M, Stephan P, Pellet J, Bizouard P, Vernisse JL, Perez-Diaz F, Guelfi D, Flament M, Jeammet P (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50: 255-261.
- Lumley LA, Mader C, Gramzow J, Papineau K (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58: 211-216.
- Mattejat F, Wüthrich C, Remschmidt H (2000). Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Nervenarzt*, 71. 164-172.

- Mattejat F, Lisofsky B (Hrsg.) (2008). *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch kranker Eltern*. Balance Buch + Medien. Bonn.
- Mattejat F, Remschmidt H (2008). Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt International* 105(23): 413-418.
- Nakhla D, Doege D, Engel-Otto M (2012). Teenagerschwangerschaften. In: Cierpka M (Hrsg.) *Frühe Kindheit 0-3*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg S. 333-344.
- Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL (1998). Mothers with mental illness: the competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatric Services* 49: 635-642.
- Nord CW, Moore KA, Morrison DR et al. (1992). Consequences of teen-age parenting. *Journal of School Health* 62(7):310-8.
- NZFH (2010). *Modellprojekte in den Ländern*. [Http:// fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/](http://fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/)
- Oates M (1997). Patients as parents. The risk to children. *British Journal of Psychiatry*, 170. 22-27.
- Ostman M, Hansson L (2002). Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37(5):243-248.
- Pandley R, Manal MK, Taylor GJ, Parker JDA (1996). Cross-cultural alexithymia: development and validation of a hindi translation of the 20-item Toronto-Alexithymie-Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52: 173-176.
- Pillhofer M, Ziegenhain U (2013). Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern zwischen 0 und 3 Jahren. In: Fegert JM, Kölch M (Hrsg). *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg S. 412-425.

- Ragozin A, Basham RB, Crnik KA, Greenberg MT, Robinson NM (1982). Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology* 18:627-634.
- Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG (2005) Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. In: *Lancet* 365: 2201-2205.
- Reck C (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56(3): 234-44.
- Remberg A (2001). „Sie ist doch selber noch ein halbes Kind...“ - Untersuchungen zu Lebensbedingungen, Einstellungen und Verhütungsverhalten jugendlicher Schwangerer und Mütter. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der BzGA. In: BzGA (HRSG) *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Jugendliche Schwangere und Mütter*, Bd 1, Köln: 7-12.
- Remberg A (2005). Wenn Teenager schwanger werden. Ergebnisse einer qualitativen Studie der BzGA. Paper presented at the *E&C-Fachforum: Junge Familien im Brennpunkt – Förderung und Unterstützung von jungen Familien in E&C-Gebieten*, Berlin, Dokumentation der Veranstaltung vom 18. und 19. April, 2005.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (2001). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Beltz.
- Scharrel D (2003). *Beratung in der Schwangerschaft aus medizinischer und psychosozialer Sicht*. Paper, vorgelegt bei der Fachtagung zu jugendlichen Elternschaften am 10.10.2002: „Sie ist doch selber ein halbes Kind...“.
- Schmedemann H (2012). *Psychische Erkrankungen nehmen weiter zu. Krankenkassenbericht der TK Mecklenburg-Vorpommern*. <http://www.tk.de/tk/landesvertretungen/mecklenburg-vorpommern/pressemitteilungen-2012/452362>

- Schmitz S, Fulker DW, Mrazek DA (1995). Problem behavior in early and middle childhood: An initial behavior genetic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1443-1458.
- Schöllhorn A, König C, Künstler AK, Fegert JM, Ziegenhain U (2010). Lücken und Brücken. In Renner I, Sann A, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.). *Forschungs- und Praxisentwicklung Früher Hilfen*. Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Schöning I (2004). Schwangerschaften Minderjähriger - „Perspektiven in benachteiligten Stadtteilen?“ <http://www.eundc.de/pdf/27012/pdf>.
- Seiffge-Krenke I (2002). *Väter: Überflüssig, notwendig oder sogar schädlich?* Psychoanalytische Familientherapie, 5: 19-32.
- Shulman S, Seiffge-Krenke I (1997). *Fathers and adolescents. Developmental and clinical perspectives*. London/New York: Routledge.
- Sifneos PE (1977). Alexithymia observations in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28: 47-57.
- Sommer G, Fydrich T (1989). *Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SozU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Stadelmann S, Perren S, Kölch M, Groeben M, Schmid M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern: Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2): 72-81.
- Stern, D (1998). *Mutterschaftskonstellationen*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Streeck-Fischer A (2009). Adoleszenz und Narzissmus. In Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Hrsg) *Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer.

- Streeck-Fischer A, Fegert JM, Freyberger HJ (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Hrsg) *Adoleszenzpsychiatrie – Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters*. Stuttgart: Schattauer.
- Stucke C (2004). Minderjährige Mütter und ihre Kinder. Hilfebedarfe und Hilfeangebote in Hamburg. Behörde für Soziales und Familie, Hamburg.
- Szylowicki A (2006). Patenschaften für Kinder psychisch Kranker. In Wagenblass S (Hrsg.) *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*, Vol. 2. Juventa.
- Szylowicki A (2006). Patenschaften für Kinder psychisch Kranker. In Wagenblass S (Hrsg.) *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie*, Vol. 2. Juventa.
- Trocme N, McPhee D, Tam KK (1995). Child abuse and neglect in Ontario: incidence and characteristics. *Child Welfare* 74(3):563-586.
- Turmes L, Hornstein C (2007). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status Quo. *Nervenarzt* 78(7): 773-774, 776-779
- UNICEF (2001). A league of teenage birth in rich nations. Bd 3, *Innocenti Report Card*. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Wang AR, Goldschmidt VV (1996). Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93(1):57-61.
- Weinberg MK, Tronick EZ (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of clinical psychiatry* 59 Suppl 2:53-61.

- Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17 Suppl 1: 133-147.
- Wissenschaftlicher Beirat des NZFH Franzkowiak, Meysen, Papousek (2009). Begriffsbestimmung "Frühe Hilfen", <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/>
- Wittchen HU (1997). *Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen, DIA-X*. Frankfurt a.M.: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen HU, Pfister E (Hrsg.) (1997). *DIA-X : Expertensystem zur Diagnostik psychischer Störungen (Instruktionsmaterial zur Durchführung von DIA-X-Interviews)*. Frankfurt a.M.: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1996). *Strukturierten Klinisches Interviews für DSM IV (SKID)*. Beltz-Test.
- Wöller W (2008). Psychosomatische Aspekte des Asthma bronchiale. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin* 84: 289– 295.
- Ziegenhain U, Derksen B, Dreisörner R (2003). Frühe Elternschaft: jugendliche Mütter und ihre Kinder. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 151: 608-612.
- Ziegenhain U, Derksen B, Dreisörner R (2004). Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. *Kindheit und Entwicklung*. 13: 226-234.

Anhang A

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

weitere Tabellen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kinder psychisch kranker Eltern: Quantitative Abschätzung der Problematik (nach Matthejat & Remschmidt 2008)	Seite 5
Tabelle 2: Übersicht der vom NZFH geförderten Projekte im Bereich Frühe Hilfen	Seite 21
Tabelle 3: Ziele des Modellprojekts "Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern" - Ziele des Praxisprojekts	Seite 27
Tabelle 4: Ziele des Modellprojekts "Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern" - Forschungsziele	Seite 28
Tabelle 5: Zugangswege zum Modellprojekt	Seite 36
Tabelle 6: Untersuchungsvariablen und Erhebungsinstrumente	Seite 38
Tabelle 7: Normen des Skalenwertes des F-SozU K14 (nach Fydrich et al. 2009)	Seite 46
Tabelle 8: Häufigkeiten von Komorbiditäten in den Interventionsgruppen in Prozent und absoluten Zahlen	Seite 62
Tabelle 9: Vergleich der Mittelwerte der Subskalen der TAS 20 für die Interventions- und Referenzgruppe zu Interventionsbeginn (T-Test für unabhängige Stichproben)	Seite 64
Tabelle 10: Korrelation der aktuellen Symptombelastung (SCL-90-R) und der elterlichen Belastung (PSS) in der Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn (unter Berücksichtigung der Gruppenzugehörigkeit)	Seite 66
Tabelle 11: Partialkorrelation von Defiziten in der Familienfunktionalität und Elterlicher Belastung in der Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn	Seite 69

Tabelle 12: Häufigkeitsanalyse von beschriebenen klinischen Auffälligkeiten auf den DSM-IV-orientierten Skalen der CBCL in Prozent und absoluter Zahl zu Interventionsbeginn	Seite 74
Tabelle 13: Korrelation von Kindlichem Verhalten und Elterlicher Belastung in der Interventionsgruppe zu Interventionsbeginn	Seite 75
Tabelle 14: Unabhängige Variablen der multiplen schrittweisen Regressionsanalysen	Seite 76
Tabelle 15: Prädiktoren für kindliches Verhalten	Seite 81
Tabelle 16: Drop Outs zur Follow Up-Erhebung	Seite 84
Tabelle 17: Veränderungen der aktuellen Symptombelastung zwischen den Messzeitpunkten	Seite 86
Tabelle 18: Veränderung der Alexithymiewerte zwischen den Messzeitpunkten	Seite 87
Tabelle 19: Veränderung der Familienfunktionalität zwischen den Messzeitpunkten	Seite 89
Tabelle 20: Veränderung des kindlichen Verhaltens zwischen den Messzeitpunkten	Seite 91
Tabelle 21: Höhe der Differenzen zwischen den Messzeitpunkten für die Gruppe jugendlicher und die Gruppe erwachsener Mütter	Seite 91
Tabelle 22: Unabhängige Variablen der multiplen schrittweisen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Veränderungen des kindlichen Verhaltens	Seite 93
Tabelle 23: Prädiktoren für die Höhe der Veränderungen des kindliches Verhalten	Seite 96

Tabelle 24: Inanspruchnahmeverhalten der Teilnehmerinnen von Interventions- und Referenzgruppe in Prozent und absoluten Zahlen	Seite 100
Tabelle 25: Inanspruchnahmeverhalten jugendlicher und erwachsener Mütter in Prozent und absoluten Zahlen	Seite 102
Tabelle 26: Zusammenhang von Kontakthäufigkeit und Zufriedenheit mit der entsprechenden Institution unter Berücksichtigung des Arbeitsgebietes (partielle Korrelation)	Seite 107
Tabelle 27: Beurteilung der Kontaktqualität zwischen den Mitarbeiter(-innen) der verschiedenen Einrichtungen (mittlere Qualität der Kontakte)	Seite 108

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der von unter 20-jährigen Frauen geborenen Kinder an allen neugeborenen 1995 und 2004 in Prozent (Quelle: Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007)	Seite 18
Abbildung 2: Schwangerschaftsabbrüche Minderjähriger je 10000 Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren nach Wohnland der Frauen (Quelle: BZgA 2011)	Seite 19
Abbildung 3: Lebendgeborene minderjähriger Mütter je 10000 Frauen im Alter von 10 bis unter 18 Jahren (Quelle: BZgA 2011)	Seite 19
Abbildung 4: Studiendesign	Seite 56
Abbildung 5: Häufigkeit psychischer Störungen bei jugendlichen und erwachsenen Müttern in Prozent	Seite 61
Abbildung 6: Aktuelle Symptomatik der Interventionsgruppen zu Interventionsbeginn (Skalenwerte des SCL-90-R)	Seite 63
Abbildung 7: Ergebnisse des Familienfragebogens zu Beginn der Intervention (T-Werte)	Seite 68
Abbildung 8: T-Werte der Kinder der Referenz- und Interventionsgruppe der übergeordneten Skalen: Gesamtwert, internalisierendes und externalisierendes Verhalten	Seite 70
Abbildung 9: T-Werte der Kinder der Referenz- und Interventionsgruppe für die Syndromskalen der CBCL	Seite 71
Abbildung 10: T-Werte der Kinder der Referenz- und Interventionsgruppe für die DSM-IV-orientierten Skalen der CBCL	Seite 73
Abbildung 11: Zufriedenheit mit helfenden Einrichtungen bei Interventions- und Referenzgruppe	Seite 104

Tabelle A1: Deskriptive Daten der untersuchten Väter in Prozent und Absoluter Zahl (n=9)

Demographische Daten	
Alter	
Mittelwert	25,6
Jugendliche Väter	33,3% (6)
Familienstand/Partnersituation	
In fester Partnerschaft mit Kindesmutter	77,8% (7)
Alleinerziehend	22,2% (2)
Bildungsstand	
Noch in der Schule/Ausbildung	22,2% (2)
Abgeschlossene Schul-/ Berufsausbildung	11,1% (1)
Ohne Schul-/Berufsabschluss	66,6% (6)
Berufliche Situation	
Nie berufstätig / arbeitslos	66,7% (6)
In Ausbildung	22,2% (2)
Berufstätig	11,1% (1)
Finanzielle Situation	
Schlecht oder sehr schlecht	66,7% (6)
Durchschnittlich	33,3% (3)

Psychopathologie und psychosoziale Variablen	
Diagnosen	
Substanzmissbrauch	66,7% (6)
Affektstörungen	44,4% (4)
Angststörungen	22,2% (2)
PTBS	44,4% (4)
Traumata	77,8% (7)
Gewalterfahrungen	66,7% (6)
Sexueller Missbrauch	33,3% (3)
Funktionsniveau	
GAF (Mittelwert T0)	76,6
GAF (Mittelwert FU)	75,8
Soziale Unterstützung	
Skalenwert T0	4,1
Skalenwert FU	4,26
Elterliche Belastung	
Skalenwert T0	36,3
Skalenwert FU	38,2

Anhang B

Instrumente: Selbstratings
 Interview
 Vernetzung