

Theorie und Praxis des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungskonzeptes



Mary Cassatt, 1844-1926

Vortrag
03.05.2016
Universität Konstanz
Fachbereich Psychologie

Petra Vieniues

FÄ für Psychiatrie und
Psychotherapie
Eltern-Säuglings-Kleinkind-
Psychotherapie
Oberärztin der
Psychiatrischen
Institutsambulanz
Diako-Flensburg
vienuespe@diako.de

DIAKO FLENSBURG
Lehrkrankenhaus der Christian-Albrechts-Universität Kiel
KNUTHSTR. 1
24939 FLENSBURG
WWW.DIAKO.DE



Vorstellung Diako-Flensburg

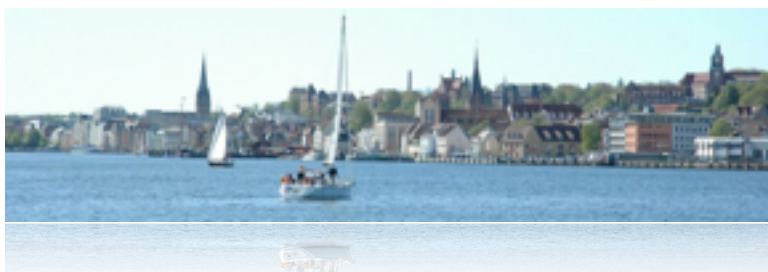
Peripartale psychische Erkrankungen

Vorstellung Flensburger Eltern-Kind-
Behandlungseinheit

Vorstellung Diako-Flensburg

Vorstellung Diako-Flensburg

- Diako-Flensburg seit 1874 (samt Fachkliniken Nordfriesland, Fördekl. Flensburg, Margarethenklinik Kappeln, Katharinen Hospiz, MVZ, Klinikverbund Flensburg)
- Mitarbeiter heute insgesamt: ca. 3000
- Mitarbeiter am Krankenhaus Flensburg: ca. 1400
- > 20 Kliniken und Institute unter einem Dach
- ca. 600 Betten/ 41.0000 Pat. amb.+ stat./Jahr
- Gynäkologie: 1500-1800 Geburten/Jahr
- Pädiatrie: Perinatalzentrum Level 1



Vorstellung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie



- gegründet 2002
- 91 Betten, 48 teilstationäre Behandlungsplätze
- ca. 2800 Pat./ Jahr stat. und teilstat.
- ca. 800 Pat/ Jahr ambulant
- 3 Akutstationen, 1 Psychotherapiestation
- 3 Tageskliniken, 1 Institutsambulanz
- Mitarbeiter: 20 Ärzte, 9 Diplom-Psychologen, 60 Pflegekräfte, 8 Ergotherapeuten, 5 Diplom-Sozialarbeiter



Peripartale psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen

(n. Mattejat, 2006)

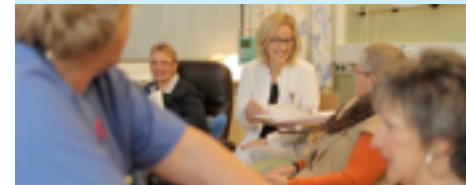
- 270 000 Kinder leben in Deutschland mit einem schizophreniekranken Elternteil
- 740 000 Kinder mit einem alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil
- 1.230 000 Kinder mit einem affektiv erkrankten Elternteil
- 1.555 000 Kinder mit an Angststörung erkranktem Elternteil
- ca. 2-3 Mio. der insgesamt 12 Mio. Kinder in Deutschland haben Erfahrungen mit der psychischen Erkrankung mindestens eines Elternteils



Peripartale psychische Erkrankungen

Peripartale psychische Erkrankungen

- Erkrankungshäufigkeit: 100.000 Frauen/Jahr, das entspricht jeder 10. Frau
- die Inzidenz für psych. Erkrankungen ist in den ersten 30 Tagen postpartal 35-fach, in den ersten 90 Tagen 13-fach höher (Kendell et al. (1987)), die Suizidalität von psychisch kranken Frauen ist im 1-Jahr postnatal um das 70-fache erhöht
- von diesen Frauen werden nur 20% als psychisch krank erkannt und noch weniger behandelt
- somit liegt bereits eine der größten Herausforderungen für das Erreichen dieser Klientel in der Diagnostik



Risiken für Mutter und Kind bei nicht diagnostizierter psychischer Erkrankung

- Mangelernährung von Mutter und Kind in Schwangerschaft
- intrauterine Wachstumsverzögerung
- Spontanabort, Frühgeburt
- geringes Geburtsgewicht, verlangsamtes Wachstum des Kindes
- Verhaltensauffälligkeiten
- mütterl. Überforderung mit der Gefahr von Rezidiven bzw. Chronifizierung der psych. Erkrankung
- eingeschränkte mütterl. Fähigkeit zur Kommunikation mit dem Kind mit der Konsequenz, dass es zu einer Interaktions- und Bindungsstörung kommen kann
- Suizid, erweiterter Suizid

Übersicht zur Diagnostik

1. psychiatrische Anamnese
2. psychopathologische Befunderhebung
3. testpsychologische Diagnostik
4. Paar- und Elterndiagnostik
5. Beurteilung des sozialen Netzes
6. kindbezogene Diagnostik
7. Beziehungsdiagnostik

Peripartale psychische Erkrankungen



Diagnostik:

1. psychiatrische Anamnese des Elternteils:
 - möglicher Zusammenhang der Symptomatik mit Schwangerschaft und postnatal?
 - Fam.-anamnese in Bezug auf weibl. Angehörige, die ebenfalls in eigener Schwangerschaft und Postpartalzeit psychisch erkrankt waren?
 - Risikofaktoren (Qualität der Partnerschaft, Trauma in Vorgeschichte, psych. Erkrankung in Vorgeschichte, Alter der Mutter,...)

2. psychopathologischer Befund des Elternteils
 - Auftreten von Intrusionen? Suizidalität?

Peripartale psychische Erkrankungen

Diagnostik:

3. testpsychologische Diagnostik

- Konstanzer Index „Kindex“
(zur Erfassung gefährdeter Mütter)
- Edinburgh Postdepression Scale „EPDS“
(zur Erfassung depressiver Zustände)
- Parental Bonding Questionnaire „PBQ“
(zur Erfassung verzögerte Bindung, Wut, Angst, Gefahr vor Missbrauch)
- Videointeraktions-Beurteilungskriterien

nach George Downing, Patricia Crittenden u. a. (zur Erfassung von dyadischen Interaktionsmustern)

- Global Assessment of Functioning
(zur Erfassung der globalen Funktionseinschränkungen des psychisch erkrankten Elternteils)
- Care-Index (Child-Adult-Relationship-Experimental Index) zur Erfassung dyadischer Interaktionsmuster)

Der CARE-Index

Elternteil

Kind

feinfühlig - Anpassung an Verhalten des Kindes
(angemessenes Handlungstempo, zugewandte Körperhaltung, Verbalisierung von Gefühlen etc)

nicht-responsiv - mimisch, sprachlich, körperlich zurückgezogen, (Wegschauen, Schweigen etc)

verdeckt kontrollierend - pseudo-feinfühlig (hänseln, abruptes Unterbrechen der kindlichen Aktivität)
offen kontrollierend - feindselig (Anstarren, Beschimpfen, Schütteln etc)

kooperativ - (freundlicher Gesichtsausdruck, einladend, aktiv)

passiv - (leerer Gesichtsausdruck, eingeschränktes Spiel, wenig Kontaktinitiative)

schwierig - (abwehrend, widerständig, ärgerlich)

bemüht angepaßt - (gehemmt, wachsam, starr, angespannt, „eingefroren“)

n. Patricia Crittenden

Peripartale psychische Erkrankungen



Diagnostik:

4. Paar- und elternbezogene Diagnostik:

- Qualität der Beziehung, „(triadische Kapazität“)
- „reflexives Selbst“ n. Fonagy (orientierend)
- Feinfühligkeitskala n. Ainsworth
- Adult Attachment Interview n. Main. (orientierend)

Gesamt-Score SRS	Bezeichnung	Unterformen von Reflexivitätsstörung
0	Negative, ablehnende RF	1. feindselige Ablehnung/Negieren von RF 2. unintegrierte, bizarre oder unangemessene RF
1	Fehlende bzw. Mangel an RF	3. Vermeiden/Verleugnen bzw. Fehlen von RF (Disavowal) 4. verzerrte, eigennützige RF
3	Fragliche bzw. niedrige RF	5. naiv-vereinfachende RF 6. über-analysierende, hyperaktive RF 7. gemischt niedrige RF
5	Eindeutige bzw. mittlere RF	8. durchschnittliches Einfühlungsvermögen 9. inkonsistentes, widersprüchliches Einfühlungsvermögen
7	Hohe RF	Keine Unterformen
9	Außergewöhnlich hohe RF	Keine Unterformen

(Nach Daudert, 2001)



Mary Main
geb. 1943
Psychologin



Peter Fonagy
geb. 1952
Psychologe,
Psychoanalytiker

Adult Attachment Interview

- angemessene normative Beurteilung mentaler Zustände
- Einräumen der Möglichkeit, dass Gefühle eine Situation betreffen ohne Bezug zu den beobachtbaren Aspekten
- Bewußtsein für die oft eigennützige Natur mentaler Zustände
- Anerkennung verschiedener Sichtweisen zu ein- und demselben Ereignis
- Berücksichtigung des eigenen mentalen Zustands bei der Interpretation des Verhaltens andere
- Erkennen von Entwicklungsaspekten
- Annahme einer generationsübergreifenden Perspektive
- Bewußtsein für Familiendynamiken
- Anerkennung der Grenzen von Einsicht
- ...

- das Bemühen um eine gute Reflexion seitens der Eltern ist als prognostisch günstig einzustufen und bedeutet eine Minimierung der transgenerationalen Weitergabe von psychischen Beeinträchtigungen,
- denn mittels einer guten Reflexionsfähigkeit können die negativen Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf ein Kind gemindert werden

Peripartale psychische Erkrankungen

Diagnostik:

5. Beurteilung des sozialen Netzes

- Unterstützungsfaktoren
- Risikofaktoren
- Alarmfaktoren:
 - **Eltern:** nicht reflektierend, gleichgültig, Kind ablehnend, offen feindselig, nicht steuerungsfähig, können das Kind nicht schützen, es kommt zu manipulativem oder offen aggressivem Verhalten am Kind, Eltern sind selbst- oder fremdgefährdend
 - **Kind:** deutl. Zeichen von Vernachlässigung, angstvolles Erstarren („freezing“), „Weggetretensein“ oder Dissoziationen, angstvolles Anklammern an Fremde, distanzgemindertes Verhalten
 - **familiäre Umgebung:** Gewalt, Alkohol, Drogen

Kosten der sozialen Ausgrenzung: Langzeit-Follow-up von Kindern mit und ohne Verhaltens-Störungen und psychischen Störungen

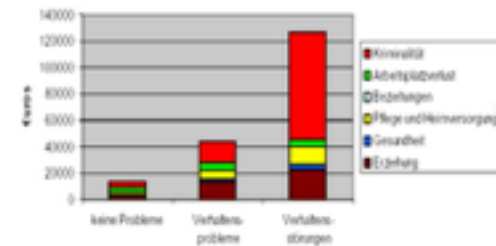
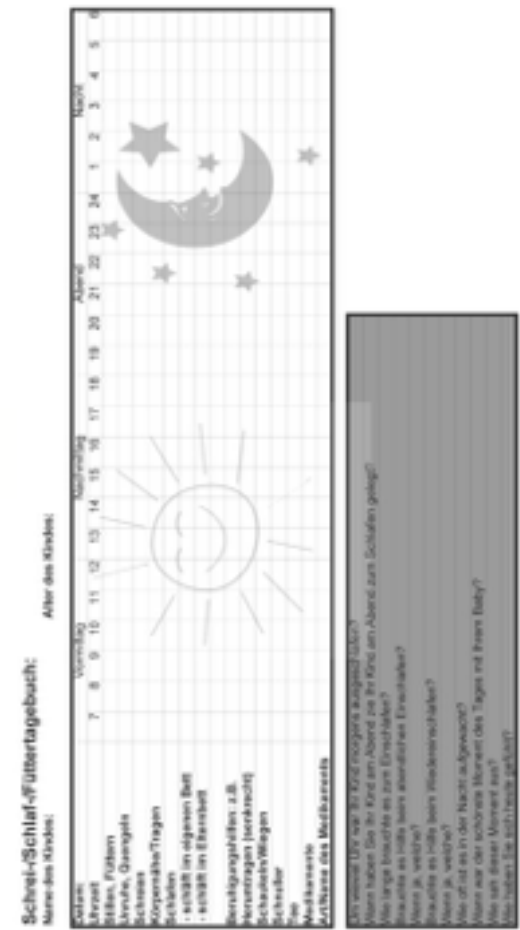


Abb. Langzeitkosten sozialer Exklusion: Ergebnisse aus dem Follow-up-Studie von Kindern mit Verhaltensstörungen (2008) (Dach, Knappe, Hertenstein & Hertenstein, 2008). Untersuchung in Europa über soziale Exklusion: Welche Kosten verursacht soziale Exklusion? (Dach, Knappe, Hertenstein & Hertenstein, 2008). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1111-1124.

6. kindbezogene Diagnostik

- gelbes Vorsorgeheft (Entwicklungsstand)
- kindliches Temperament (Thomas & Chess, 1968)
 - „easy children“ („sonnige Babys“)
 - „difficult children“ („schwierige Babys“)
 - „slow to warm up children“ (sehr langsam warm werdende Babys“)
- Verhalten in der „fremden Situation“ n. Ainsworth (orientierend)
- Abklären von Regulationsstörungen



Diagnostik:

7. Diagnostik der Eltern-Kind-Beziehung:

(n. Achse II in „ZERO TO THREE“)

- Klassifikation der Beziehungsstörungen:
überinvolviert, unterinvolviert, ängstlich-gespannt,
ärgerlich-feindselig, gemischt, mißbrauchend)
- Globale Einschätzungsskala der Eltern-
Kind-Beziehung_(GES-EKB):

gut adaptiert, ausgeglichen, etwas unausgewogen, stark
aus dem Gleichgewicht, deutlich gestresst, dysfunktional,
gestört, schwer gestört, massiv und extrem beeinträchtigt



Zero to Three
National Center for
Infants, Toddlers and
Families
Springer, 1999

Peripartale Angststörung

- [illegible]

Risiken und Belastungen von Kindern angsterkrankter Eltern (ca. 1.550.000 in Deutschland)

- typisch: vermehrte Kontrolle des Kindes bei gleichzeitig verminderter Förderung der Autonomie
- häufig überstimulierendes Erziehungsverhalten, deshalb Interventionsversuch n. „watch, wait and wonder“ (n. Cohen)
- mütterliche Angst eskaliert oft dann, wenn Kinder anfangen zu explorieren (meistens erstmalig im Alter von ca. 6 Mon., wenn sie anfangen zu krabbeln), aber auch bei jedem weiteren Entwicklungsschritt
- hohe transgenerationale Weitergabe (um das 7-fache)
- elterl. Angsterkrankung häufig Grund für Absentismus/ Schulverweigerung
- im therapeutischen Kontakt: Eltern zur eigenen Psychotherapie ermutigen, Kinder stärken (Empowerment), weitere stabile Bezugspersonen einbinden (Triangulierung und triadische Kapazität fördern)

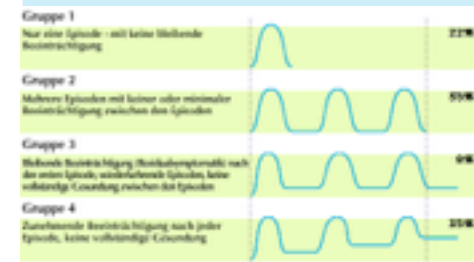


Peripartale psychische Erkrankungen



Einzelne Krankheitsbilder: Peripartale Psychose

- Häufigkeit: 0,1-0,2% aller Schwangerschaften
- Beginn: meistens 2-3 Wo postpartal
- Symptome: breites Spektrum an psychopathologischen Auffälligkeiten, bes. häufig paranoide Symptome, Verwirrtheit, ängstl. Erregungszustände
- Cave: kann sich fulminant entwickeln (Boyce und Barribal 2010)
- Cave: Infantizid insbes. dann, wenn das Kind in den Wahn eingebaut ist
- Väter können in 2% der Schwangerschaften ihrer Partnerinnen erstmalig schizophren erkranken



Risiken und Belastungen von Kindern schizophrener Eltern (ca. 270.000 in Deutschland)

- alle Interaktionsmuster sind möglich von ungestört bis hoch auffällig
- oft: selteneres Spiel zw. Elternteil und Kind
- oft: bizarres Elternverhalten
- Vernachlässigung möglich
- desorganisierte Bindungsmuster möglich
- nur 20-30 % aller schizophren erkrankten Mütter leben unbetreut mit ihrem Kind zusammen
- bei Positiv-Symptomatik sollte Mutter mit dem Kind nicht allein bleiben
- bei Minus-Symptomatik resultiert Nicht-Responsivität, was bedeutet, dass der betroffene Elternteil als einzige Bezugsperson nicht geeignet ist
- im therapeutischen Kontakt: Direktivere Interventionen sind möglich , weil schizophren erkrankte Eltern weniger kränkbar sind

Peripartale psychische Erkrankungen

Einzelne Krankheitsbilder:

Peripartale bipolare Störung

- Krankheit gekennzeichnet durch zwei Pole: manisch-depressiv, schwierig erkennbar: gemischte Phasen
- phasenprophylaktische Medikation oftmals teratogen (z. B. Valproat: Mißbildungsrisiko bei 10%)
- manche Patientinnen bleiben auch nach Absetzen der Prophylaxe stabil
- jedoch sieht man in 50% -100% ein Krankheitsrezidiv
- bipolar vorerkrankte Väter erleiden im Kontext der Schwangerschaft ihrer Partnerin in 50% der Fälle ein Rezidiv



Peripartale psychische Erkrankungen



Einzelne Krankheitsbilder:

Peripartale Zwangserkrankung

- deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko während der Schwangerschaft
- hohe familiäre Vorbelastung



Peripartale psychische Erkrankungen



Einzelne Krankheitsbilder:

Peripartale Depression

- Häufigkeit: 10-15% (18-20%) aller Schwangeren
- Psychodynamik bei Ersterkrankung ist eine andere (Konflikt mit der Mutterschaft), als bei Rezidiv
- im Unterschied zur sonstigen Depression zusätzlich zur depressiven Symptomatik auch kindbezogene Symptomatik, wie Ambivalenz, Schuld, Zwangsgedanken und -handlungen
- Väter können in ca. 4% postpartal depressiv
- für das kindliche Gefährdungspotential ist nicht die Schwere der mütterlichen Depression ausschlaggebend, sondern die Schwere der

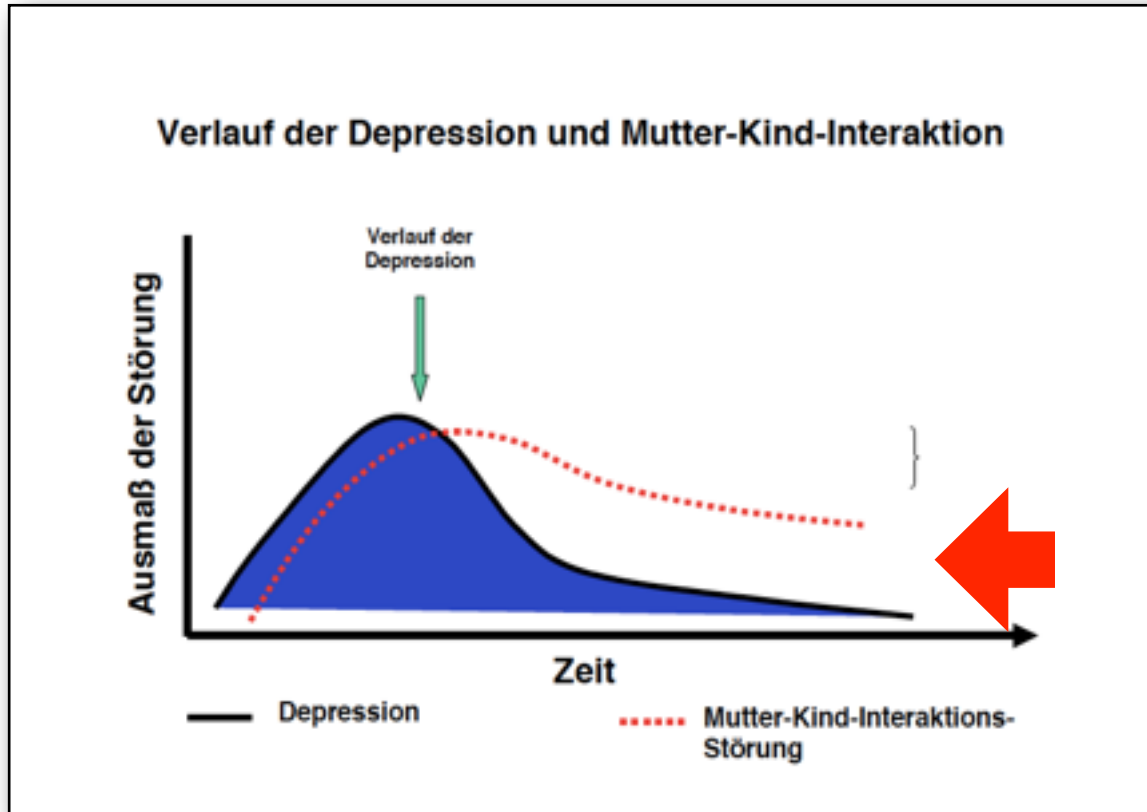
Bindungsstörung (Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E: Forens Psychiatr Kriminol (2009) 3:11-15 DOI 10)



Risiken und Belastungen von Kindern depressiv erkrankter Eltern (ca. 1.230.000 in Deutschland)

- weniger Interaktionen zwischen erkranktem Elternteil und Kind, weniger Engagement
- geringere Feinfühligkeit des betroffenen Elternteils
- „anwesende Abwesenheit“
- erhöhte Rate für Suizidversuche
- 15% aller depr. Mütter sind agitiert-depressiv mit überstimulierendem Interaktionsstil
- 75% aller depr. Mütter haben einen unterstimulierenden Interaktionsstil mit dem Risiko einer vermeidenden Bindung
- ein schwer depressiv erkrankter Elternteil ist als einzige Bezugsperson für ein Kind nicht geeignet
- Kinder „Sonnenschein“
- im Helferkontakt: jede Andeutung von „Lernen am Modell“ vermeiden, weil dadurch Verstärkung der negativistischen Überzeugung eigener Insuffizienz

Peripartale psychische Erkrankungen



PD Dipl. Psych. C. Reck, lfd. Psychologin, Klinik für Psychiatrie
Heidelberg
Postpartatale psychische Störungen und
Eltern-Kind-Therapie

Peripartale psychische Erkrankungen



Fazit:

(nach Forman DR, O'Hara MW, Stuart S et al.)

- da Störungen der Mutter-Kind-Beziehung die psychische Erkrankung der Mutter überdauern können, ist eine alleinige Behandlung der Mutter nicht ausreichend
- da Störungen der Mutter-Kind-Beziehung die Gesundung der psychisch kranken Mutter beeinträchtigen können, ist eine alleinige Behandlung der Mutter nicht ausreichend
- da Störungen der Mutter-Kind-Beziehung langfristig die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen können, ist eine alleinige Behandlung der psychisch kranken Mutter nicht ausreichend

(nach Forman DR, O'Hara MW, Stuart S et al. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. Dev Psychopathol 2007; 19: 585-602// Turmes L, Hornstein C Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. Nervenarzt 2007; 78: 773-779)



Vorstellung Flensburger Eltern-Kind- Behandlungseinheit

Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes

► Konsequenz:

- gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind
- Aufbau eines speziellen Settings
- multidisziplinäres Behandlungsangebot
- spezielles therapeutische Angebot

► Ziele:

- Gesundung des erkrankten Elternteils
- Verbleib des Kindes in der Familie
- gelungene Elternschaft und gesunde Entwicklung des Kindes

Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes

- Mindestmerkmale für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Mutter-/Vater-Kind-Setting (OPS 9-643):
 - Qualifizierte Diagnostik der Mutter/Vater-Kind-Beziehung
 - Die Anwendung der unterschiedlichen Therapieverfahren erfolgt patientenbezogen in einem Mutter/Vater-Kind- bzw. familiengerechten milieutherapeutischen Setting
 - Strukturell muss die Möglichkeit zu einem Rooming-In und einem Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum vorhanden sein
 - Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte (z.B. Kinderkrankenpfleger, Erzieher, Heilerzieher, Heilpädagogen) sind Teil des Behandlungsteams
 - Im Rahmen des Zusatzkodes können folgende Verfahren zusätzlich zur Anwendung kommen:
 - Einzeltherapie der Mutter/Vater-Kind-Dyade
 - Familiengespräche und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Pflegefamilie, Jugendhilfe)
 - Elterngruppentherapie
 - Unterstützung der Eltern in den alltäglichen Verrichtungen (Förderung der elterlichen Erziehungskompetenz)
 - Kinderbetreuung während der therapeutischen Aktivitäten der Eltern
 - Anleitung zum gemeinsamen Spiel
 - Es kommt mindestens ein spezialisiertes Therapieverfahren zur Anwendung, welches die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion bzw. -Beziehung zum Ziel hat (z.B. Videointerventionstherapie, systemische Therapie)
 - Es muss die Möglichkeit einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung der Mutter durch eine Hebamme, einen Stillberater im Hause oder durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern bestehen
 - Im Falle eintretender Auffälligkeiten beim Kind muss ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater mindestens konsiliarisch zur Verfügung stehen

Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes

- Aufnahme des psychisch kranken Elternteils zusammen mit seinem bis zu 12 Mon alten Kind
- Aufnahme erfolgt unter Berücksichtigung von Art und Schweregrad der Erkrankung (Ausschluß: akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung; akute Intoxikation; im Vordergrund stehende Suchterkrankung)
- Vorgabe: Mutter sollte das Kind nachts allein und tagsüber weitestgehend selbst versorgen können
- Kind wird nicht als „bloße“ Begleitperson angesehen, sondern als aktiver Bestandteil einer Dyade



Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes

Der Therapie- und Wochenplan

Wochenplan MUKI Stand 15.11.2013

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Wochenende
6.30 Uhr	wecken	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken	
7.00 Uhr	Morgenspaziergang	Morgenspaziergang	Morgenspaziergang	Morgenspaziergang	Morgenspaziergang	
7.30 Uhr	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.15 Uhr	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	Morgenrunde	
	Ergotherapie blau 09.00-10.15 Uhr	Spielergruppe 10.00-10.50 Uhr (Annika)	PE Depression 09.15-10.55 Uhr (nicht in der ersten Woche)	Stillcafé 10.00-12.00 Uhr (Frauen- und Kinderklinik)	Ergotherapie blau 09.00-10.15 Uhr	
	Sozialsprechstunde 10.00-10.50 Uhr (alternativ Do Nachmittag über G stationen?)	Arztprechstunde blau 9.30-11.30 Uhr	Ergotherapie grün 09.15-10.30 Uhr (in der ersten Woche)		OA Visite blau 11.00-11.50 (Petra)	
				Psychosese Gruppe 10.30-11.20 Uhr		
12.00 Uhr	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag
12.30-14.00 Uhr	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe	Mittagsruhe
		Großteam 13.30-15.00 (Petra bespricht ihre zwei Pat. zuerst.)	Großteam 13.30-15.00	Musiktherapie 13.30-14.30 Uhr (Joke)	Videographie 14.00-14.50 Uhr (Petra)	
		Gesprächsgruppe 14.00-14.50 Uhr (Petra)		Alternativtermin Sozialsprechstunde 14.45-16.00 Uhr (über G Stationen)		
18.00 Uhr	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
19.00 Uhr	Abendrunde	Abendrunde	Abendrunde	Abendrunde	Abendrunde	

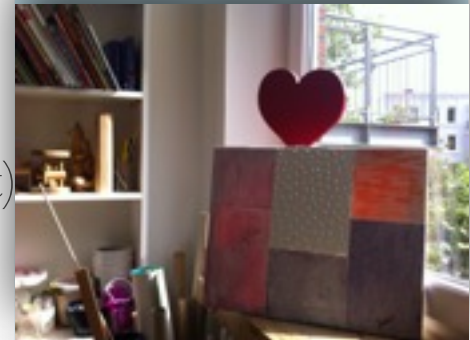
DIAKO
DIAKONISSENKRANKENHAUS
FLENSBURG

Flensburger
Eltern - Kind - Behandlungseinheit



Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes

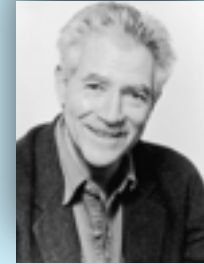
- Modul I: medikamentöse Therapie
- Modul II: Einzelpsychotherapie (u.a. videogestützt)
- Modul III: Gruppen- und Einzeltherapien (z. B. Ergo-, Mutter-Kind-Musiktherapie, Spiele- und Bindungsgruppe, Babymassage, Entspannungsverfahren...)
- Modul IV: sozialpädagogische und pflegerische Interventionen (u. a. „Lernen am Modell“)
- Modul V: Angehörigen-, Väterarbeit



Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes

Die videogestützte Interaktionstherapie

- Theorie der Videographie
- Ablauf der Videographie
- Beurteilungskriterien: Verbindung Mutter-Kind (z. B. Blickkontakt), Zusammenarbeit, Grenzsetzung, Eigenständigkeit, körperbezogene Abstimmung, zeitliche Abstimmung, affektive Abstimmung, intuitive elterliche Kompetenzen, Initiierung von Spielen, Muster der Über- bzw. Unterforderung, „interactive repair (2 sec), geteilte Aufmerksamkeit, Sprache



Daniel Stern
1934-2012
Kinderpsychoanalytiker und
Säuglingsforscher

Abstimmung

kongruent: Mutter gibt zu erkennen, dass sie das Kind versteht, dass es aber nicht ihr Affekt ist (gesund)

unmarkiert: Mutter agiert Affekt mit (z. B. bei Angststörung)

inkongruent: Mutter interpretiert den kindlichen Affekt falsch (Freude als Aufregtheit, Traurigkeit als Müdigkeit) (oft bei depressiven Müttern)

fehlende Abstimmung: Mutter ignoriert kindlichen Affekt (oft bei schwerer Depression oder im Zustand des Freezings, der Dissoziation bei PTBS)

Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes



Argumente für und gegen Videographie

Gegen

- Eltern verhalten sich für die Dauer der Videographie im Sinne der sozialen Erwünschtheit
- eine Videographie von 5-10 min Dauer kann nicht typisch sein für die Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung, weil viel zu kurz
- wie soll sich das beobachtete Verhalten objektiv beschreiben lassen?

Für

- die Anwesenheit des Kindes aktiviert „Schemata des Beisammenseins“ (Daniel Stern 1998)
- konkrete Beobachtungskriterien konnten mittlerweile entwickelt werden
- Videographie ermöglicht eine konkrete Hilfestellung zur Verbesserung bindungsrelevanten Verhaltens
- im Rahmen der Videographie-Nachbesprechung können bislang unbewußt gebliebene Inhalte angesprochen werden, wodurch Reflexion und Entwicklung möglich werden



Kind- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm





Kinden- und Jugend-
psychiatrie / IFS
Universitätsklinik





DLAKO 



Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes



Die videogestützte Interaktionstherapie im Videofeedback

- zunächst Präsentation einer gelungenen Szene
- dysfunktionale Szenen erst anschauen, wenn das therapeutische Bündnis tragfähig ist
- Fragen: „Ist diese Szene typisch?“ „Gibt es ähnliche Situationen Zuhause?“ „Wie haben Sie sich gefühlt?“ „Was sehen Sie in dieser Szene?“ „Wie interpretieren Sie diese Szene?“ „Was möchten Sie ändern?“ „Wie fühlen Sie sich beim Betrachten des Videos?“
- Erfragen von Erinnerungen
- Vorbereitung des Transfers für Zuhause („Was könnte Zuhause helfen, weitere positive Situationen zu initiieren?“)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Mary Cassett
1844-1926

Vorstellung des Flensburger Eltern-Kind-Behandlungsangebotes



Die Mutter-Kind-Musiktherapie



Ieke Douna
Musiktherapeutin

