

Lokales Netzwerk

Kindeswohl

4. Netzwerkkonferenz
am 19. Juni 2013 zum Thema

„Kinder psychisch kranker Eltern“

-Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Eltern auf den Familienalltag –





Lokales Netzwerk Kindeswohl



Programm

Eröffnung und Begrüßung

Achim Hallerbach (1. Kreisbeigeordneter)

Daniela Kiefer und Anja Piquardt
(Netzwerkkoordinatorinnen von Kreis und Stadt Neuwied)

Vortrag

„Kinder psychisch kranker Eltern“
Anmerkungen aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie-
Herr Dr. Stefan Elsner, Andernach

- Pause/ Stehkafee -

Fragen aus dem Publikum

Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Familien

Frau Dipl. Pädagogin Elisabeth Schmutz, Mainz

Schlusswort

Wolfgang Hartmann (Stadt Neuwied)



Eröffnung und Begrüßung

Achim Hallerbach (1. Kreisbeigeordneter)

Daniela Kiefer und Anja Piquardt

(Netzwerkkoordinatorinnen von Kreis und Stadt Neuwied)

KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN EINFÜHRUNG

Zentrale Fragestellungen

5

- Was bedeutet es für die Kinder, mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufzuwachsen?
- Was braucht die Familie, was brauchen die Eltern/die Kinder, um die Anforderungen der Erkrankung bewältigen und angemessene Bedingungen des Aufwachsens für die Kinder gewährleisten zu können?

Notwendigkeit der Kooperation

6

Adäquate Unterstützungsstrukturen für Kinder psychisch erkrankter Eltern erfordern das Zusammenwirken von Psychiatrie und Jugendhilfe, ggf. auch der Eingliederungshilfe

- Psychiatrie: Wissen um Erkrankung und Umgang damit (Behandlung, Psychoedukation)
- Jugendhilfe: Beratung und Unterstützung der Eltern, Förderung der Entwicklung und Erziehung der Kinder

Außerdem bedeutsam:

- Frühförderung
- Eingliederungshilfe als Unterstützungsstruktur für Eltern

Notwendigkeit der Kooperation

7

Adäquate Unterstützungsstrukturen für Kinder psychisch erkrankter Eltern erfordern das Zusammenwirken von Psychiatrie und Jugendhilfe, ggf. auch der Eingliederungshilfe

- Psychiatrie: Wissen um Erkrankung und Umgang damit (Behandlung, Psychoedukation)
- Jugendhilfe: Beratung und Unterstützung der Eltern, Förderung der Entwicklung und Erziehung der Kinder

Außerdem bedeutsam:

- Frühförderung
- Eingliederungshilfe als Unterstützungsstruktur für Eltern



„Kinder psychisch kranker Eltern“

-Anmerkungen aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie -

Herr Dr. Stefan Elsner, Andernach

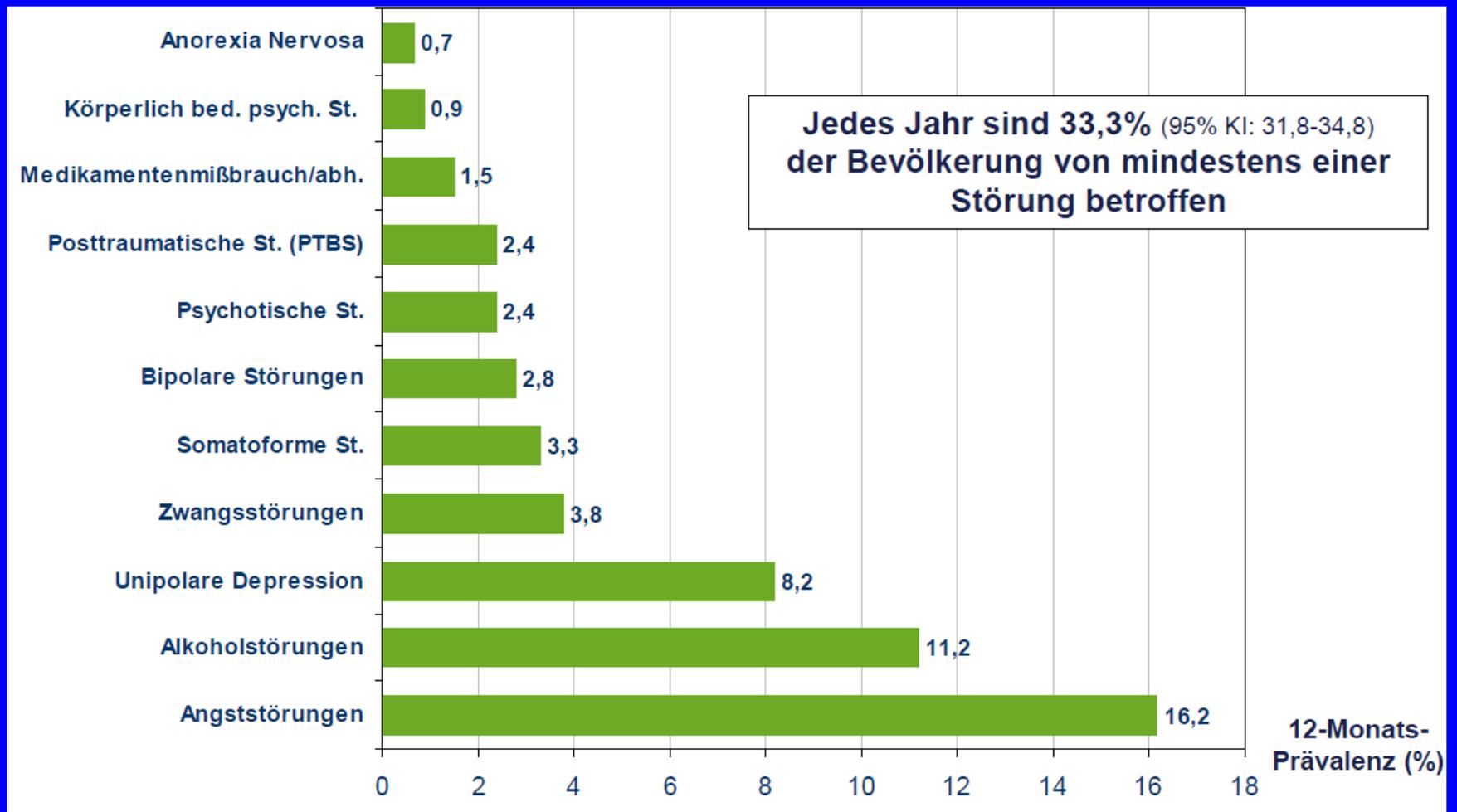
Kinder psychisch kranker Eltern
Anmerkungen aus Sicht der
Erwachsenenpsychiatrie

Dr. med. Stefan Elsner

Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach

Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung (18 – 79 Jahre)

(DEGS-MH-Studie, Robert-Koch-Institut, 2012)

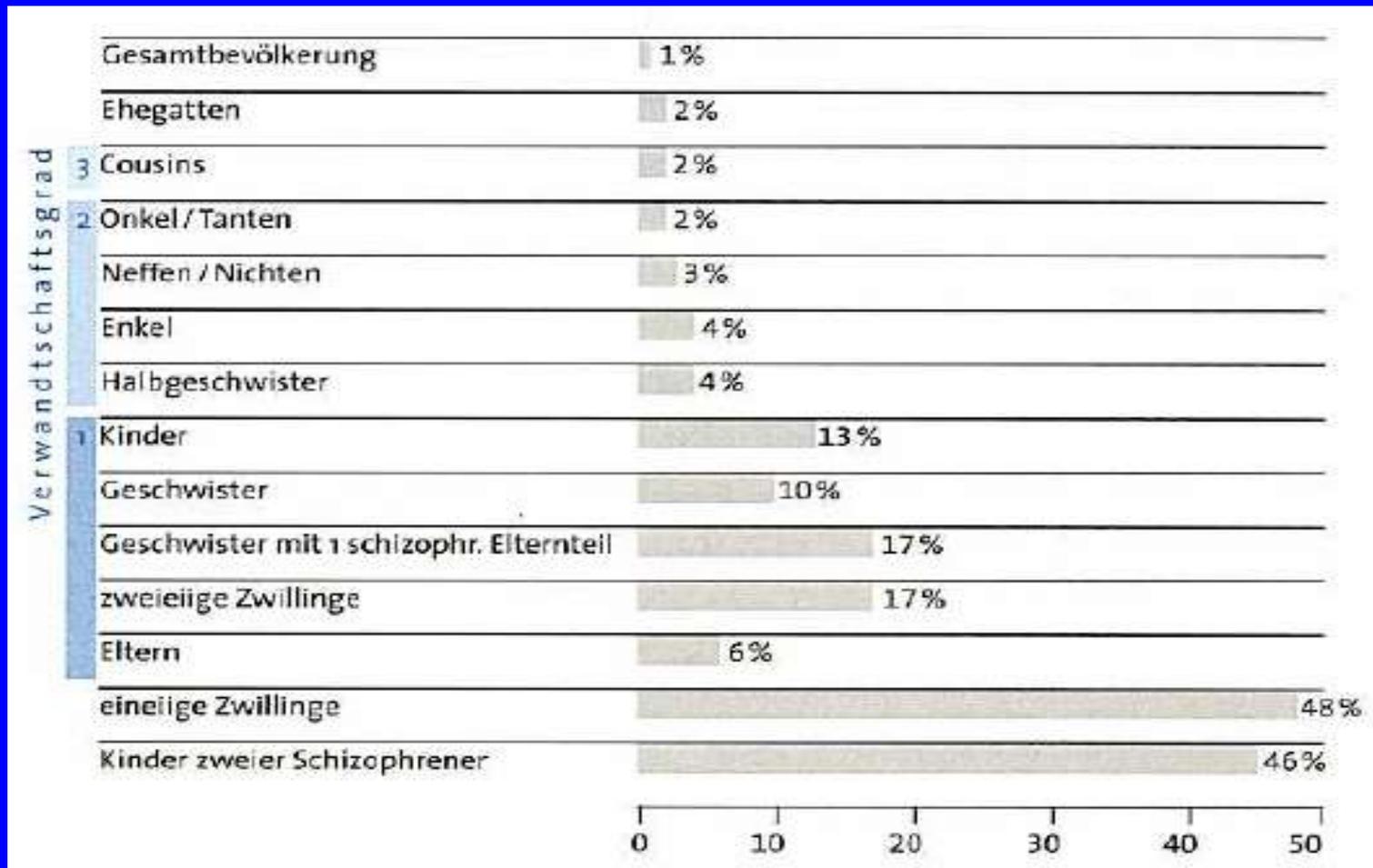


Zahl der Kinder mit psychisch kranken Elternteilen

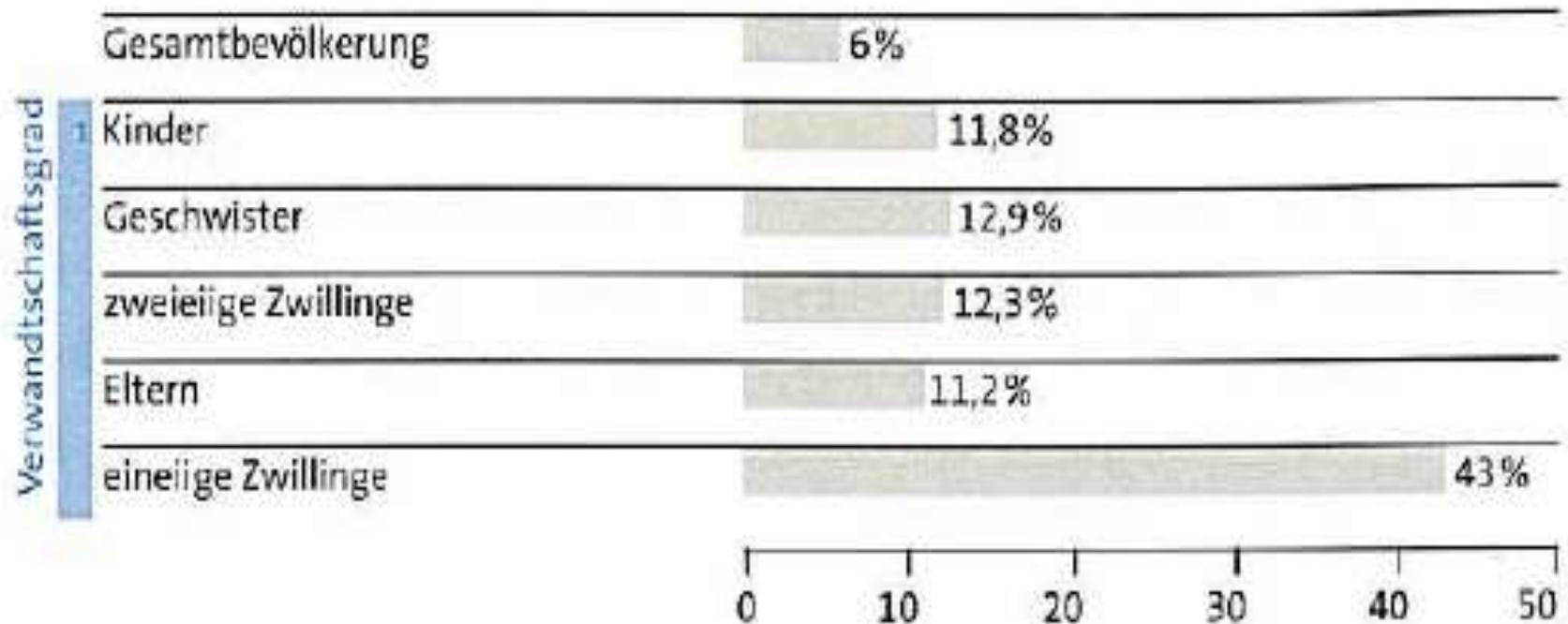
- Mehrere Studien belegen, dass psychisch kranke Menschen im Durchschnitt etwa genauso häufig Kinder haben wie psychisch Gesunde
- Etwa 10 bis 20% der Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen haben Kinder unter 18 Jahren zu Hause, für die sie sorgen müssen
- Nach den stationären Versorgungsdaten kann man schätzen, dass von ca. 175.000 Kindern pro Jahr ein Elternteil stationär psychiatrisch behandelt werden muss

(Mattejat, 2011)

Lebenslanges Risiko für Schizophrenie (%) bei unterschiedlichen Gruppen (Schosser et al., 2006)



Lebenszeitrisiko für unipolare Depression bei Verwandten unipolar Depressiver (Schosser et al., 2006)



Erkrankungsrisiko der Kinder

- Kinder von psychisch kranken Eltern entwickeln im Verlauf ihrer Kindheit in bis zu 60% der Fälle *irgendeine* psychische Auffälligkeit oder Störung.
- Das *allgemeine* psychiatrische Erkrankungsrisiko bleibt auch im weiteren Lebensverlauf signifikant erhöht.

Wichtige Hauptgruppen psychischer Erkrankungen

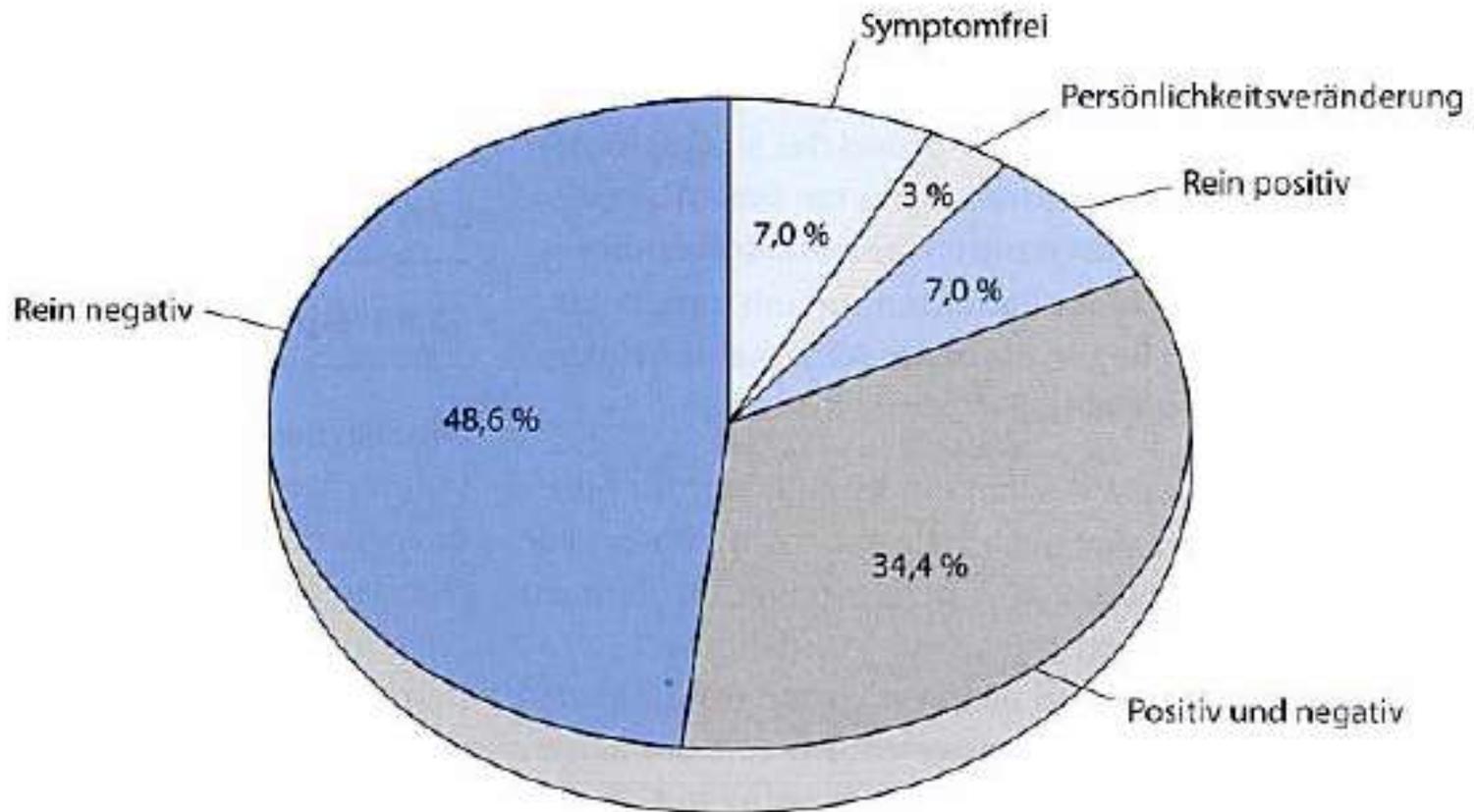
- Schizophrene Psychosen
- Depressive Störungen
- Abhängigkeitserkrankungen

Positiv- und Negativsymptomatik schizophrener Psychosen (Nach Andreasen 1982)

- *Positivsymptomatik*
 - Halluzinationen
 - Wahnphänomene
 - (positive) formale Denkstörungen
(insbesondere Zerfahrenheit)
 - Bizarres oder desorganisiertes Verhalten
- *Negativsymptomatik*
 - Alogie (Sprachverarmung)
 - Affektverarmung
 - Apathie
 - Anhedonie
 - Aufmerksamkeitsstörungen

Zum Langzeitverlauf schizophrener Psychosen (I)

(Marneros et al., 1991)



Zum Langzeitverlauf schizophrener Psychosen (II)

- Nach langem Krankheitsverlauf weist der größte Teil der Patienten soziale Behinderungen auf
- Mehr als die Hälfte der Betroffenen ist arbeitsunfähig bzw. dauerhaft berentet
- Viele Kranke sind krankheitsuneinsichtig und entziehen sich deshalb einer angemessenen ambulanten Behandlung

Psychosen in der nachgeburtlichen Phase

- *Postpartale Psychosen* entwickeln sich in der Regel in den ersten zwei Wochen nach der Geburt
- Sie sind post partum deutlich seltener als Depressionen: 1–2 Fälle auf 1000 Geburten (Brockington, 2004)
- Vom Erscheinungsbild sind sie von Manien, Schizophrenien, schizoaffektiven Psychosen etc. nicht zu unterscheiden
- Auf Gefährdungen des Kindes im Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnideen ist besonders zu achten
- Mögliche Suizidalität ist stets im Auge zu behalten
- Die Behandlung sollte grundsätzlich unter stationären Bedingungen erfolgen und ist nicht selten gegen den Willen der betroffenen Patientin durchzuführen

Symptome der Depression (I)

- Verändertes Erleben: Hilflosigkeit, innere Leere, Schuldgefühl, Angst, "Gefühl der Gefühllosigkeit", Vorherrschen negativer Denkmuster, Grübeln, pessimistische Einstellung, Selbstvorwürfe; manchmal depressiver Wahn

Symptome der Depression (II)

- **Verändertes Verhalten**: Sozialer Rückzug, Arbeit wird nicht mehr bewältigt, Hobbys nicht mehr gepflegt, evtl. Rückzug ins Bett, starre Mimik und Gestik, leise Stimme. Einige Patienten laufen rastlos, verzweifelt und getrieben umher
- **Körperliche Beschwerden**: Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Libidoverlust, unterschiedliche Funktionsstörungen, Schmerzen

Zum Verlauf depressiver Störungen (unipolare Form)

" Depressionen nehmen typischerweise einen rezidivierenden, episodischen Verlauf mit großer interindividueller Variabilität. Mit jeder weiteren Episode steigt das Risiko für einen weiteren Rückfall: ca. 50-60% erleben eine 2. Episode, nach 3 Episoden besteht eine 90%ige Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Episoden. Binnen 5 Jahren erleiden ca. 60%, binnen 10 Jahren ca. 80% der Patienten ein Rezidiv."

"Etwa 15-30% nehmen einen chronischen Verlauf."

(Laux, 2011)

Depression und Suizid

- Fast alle depressiv Gestörten haben irgendwann im Verlauf ihrer Krankheit Suizidgedanken; viele unternehmen Suizidversuche, überleben aber
- Bis zu 15% der schwer Depressiven, die mindestens einmal stationär behandelt wurden, sterben durch Suizid
- Kindstötungen im Rahmen erweiterter Suizide sind seltene Ereignisse

Depressionen in der nachgeburtlichen Phase

- *Postpartale Depressionen* sind weit häufiger als Psychosen; sie treten in der Regel nicht unmittelbar nach der Geburt auf, sondern erst in den ersten Wochen und Monaten danach.
- Depressionen kommen bei 10 – 15% der Gebärenden vor (z. B. O'Hara et al., 1996). Man kann einen Insuffizienz-, einen Zwangs- und einen Paniktyp unterscheiden (Rohde, Dorn, 2007)
- Suizidalität ist wegen möglicher Kindesgefährdung besonders zu beachten
- Postpartale Depressionen werden wie andere Depressionen auch behandelt
- Als besondere Formen sind die depressiven Reaktionen auf eine Tot- oder Frühgeburt zu betrachten

Prävalenz von Substanzmissbrauch in Deutschland

- Ca. 7,8 Mio. Deutsche haben einen riskanten Alkoholkonsum, 2,4 Mio. einen Alkoholmissbrauch, ca. 2 Mio. sind abhängig
- Ca. 2 Mio. Menschen konsumieren Cannabis
- Ca. 1,5 Mio. Deutsche sind medikamentenabhängig, davon etwa 1,2 Mio. von Benzodiazepinen
- Ca. 1 Mio. Deutsche konsumieren häufig Amphetamine, wie z. B. Ecstasy
- Ca. 150.000 Menschen konsumieren Heroin

(Lieb, 2008)

Psychiatrische Komorbidität

Viele Betroffene haben mehr als eine psychiatrische Störung. So leiden z. B. viele Alkoholiker unter Depressionen, die ihrerseits zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen.

Die gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhte Gewaltbereitschaft schizophrener Menschen steigert sich erheblich, wenn Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit dazu kommt.

Was kann und sollte die
Erwachsenenpsychiatrie tun, um den
Kindern psychisch Kranker zu helfen?
Wo gibt es Probleme?

Susanne Heim, engagierte Angehörige aus Köln:

"Es darf einfach nicht sein, was immer noch passiert: Dass z. B. eine 13-Jährige nach der Zwangseinweisung ihrer chronisch psychisch kranken Mutter wochenlang sich selbst überlassen bleibt; dass niemand in der Klinik auf die Idee kommt, mit der Tochter über ihr Erleben und über die Erkrankung der Mutter zu sprechen; dass kein einziges gemeinsames Gespräch darüber geführt wird, wie es nach der stationären Behandlung weitergehen soll – obwohl bekannt ist, dass die beiden allein zusammenleben; und dass die Mutter schließlich Knall auf Fall entlassen wird – ohne dass *vorher* irgendjemand benachrichtigt wird."

Aktivitäten der RMF Andernach rund um das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" (I)

- Spezifische Anamneseerhebung mit den Kranken
- Generell Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess
- Stationäre Behandlungen von erkrankten Schwangeren
- Stationäre/teilstationäre Behandlungen von Frauen mit postpartalen Störungen
- Seit 2000 Mutter-und-Kind-Behandlungen (Kinder ab einem Jahr)

Aktivitäten der RMF Andernach rund um das Thema "Kinder psychisch kranker Eltern" (II)

- Zunehmend Einbezug der Jugendhilfe bei stationären Behandlungen von Frauen und Kindern
- Anwendung des § 12 LKindSchuG R-P
- Strukturierte Information einer Sozialarbeiterin/JA Andernach für Eltern in stationärer Behandlung ("Elternschule")
- Gutachten in familien- und strafrechtlichen Verfahren
- Arbeitsgemeinschaft Jugendhilfe und Psychiatrie (seit 2012)

Interaktionszentrierte Mutter-Kind-Therapie im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden

Räumlich eigenständige Behandlungseinheit für Mütter mit Kindern im Alter bis 2 Jahren mit dem Angebot von 5 Modulen:

- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Mutter
- Interaktionszentrierte Müttergruppe
- Videogestützte Psychotherapie der Mutter-Kind-Beziehung
- Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung im Alltag
- Arbeit mit Vätern und anderen Angehörigen

(Hornstein, 2011)

Zwei Fallbeispiele

Fallbeispiel 1

- Frau N., 26 J. alt, ledig, derzeit arbeitslos, alleinerziehende Mutter einer 4 J. alten, sehbehinderten Tochter; kein Kontakt zum Kindsvater, der keinen Unterhalt zahlt.

Ambivalentes Verhältnis der Pat. zu ihren Eltern nach Gewalterfahrungen durch den Vater in ihrer Kindheit.

- Seit dem 11. Lj. katastrophisierende Zwangsgedanken ("es kann jederzeit etwas Schlimmes passieren; mit einem Messer in der Hand könnte ich jemanden verletzen"), Ängste bis zu Panikerleben, Kontrollzwänge; zuletzt anhaltend schlechter Schlaf wegen zunehmender Ängste.
- Hausärztliche Anbehandlung mit Medikamenten nicht ausreichend; möchte intensiver behandelt werden, ohne sich von ihrer Tochter zu trennen. Kind wurde nicht in einem Regelkindergarten aufgenommen, wartet auf einen Platz in einer speziellen Kita.

Fallbeispiel 1

- Erste Entlastung durch stationäre Aufnahme mit Tochter in der RMF; liebevoller, aber sehr vorsichtiger Umgang mit dem Kind, das sich ohne Probleme in der Kita im Klinikgelände integriert.
- Behandlung der Zwänge mit Kognitiver Verhaltenstherapie und Psychopharmaka; Pat. spricht darauf bemerkenswert gut an.
- Belastungserprobungen verlaufen anfangs durchwachsen, später besser.
- Entlassung nach 5 Wochen mit stabiler Medikation, unmittelbarer Weiterbehandlung durch niedergelassenen Psychotherapeuten. Tochter hat den Platz in der Spezial-Kita bekommen.

Fallbeispiel 2

- Frau E., 40 J. alt, Beamtin, seit mehreren Jahren aus psychischen Gründen im Vorruhestand; geschieden, Mutter zweier Söhne (12 und 16 J. alt), die beim Vater und dessen neuer Partnerin leben; eine 3-j. Tochter aus einer weiteren gescheiterten Beziehung; Kindsvater lebt bei seiner Mutter in Ostdeutschland, Frau E. hat das alleinige Sorgerecht.
- Erster psychotischer Schub mit 18 J., kurz nach dem Suizid der depressiven Mutter der Pat.; später mehrere stationäre Aufenthalte an verschiedenen Orten wegen einer schizoaffektiven Störung, allein 2007 bis 2009 viermal in Sachsen-Anhalt. Erster Aufenthalt in der RMF 2011 in depressiv-suizidaler Verfassung, kurz nach dem Umzug nach Koblenz.

Fallbeispiel 2

- Bis Mitte 2012 schlossen sich drei weitere vollstationäre und ein Tagesklinik-Aufenthalt in der RMF an. Sowohl schizomanische als auch –depressive Episoden.
- Pat. bestand lange darauf, ihre Tochter in eigener Wohnung zu versorgen. Vater der Pat., Schwester und Schwager waren bedingt hilfsbereit. Insbesondere der Vater bestärkte die Pat. darin, das Kind bei sich zu behalten.
- Pat. bekam Unterstützung durch eine SPFH, Anbindung an den SpD und meine Ambulanz; Tochter fand schnell einen Platz in nahe gelegener Kita; wollte dort zunächst nicht essen, nur zu Hause bei der Mutter; wandte sich schon bald mehr der SPFH als der Mutter zu; freute sich jedes Mal, wenn Vater sie nach Thüringen abholte.

Fallbeispiel 2

- Zuhause war Frau E. meist (sub-)depressiv, voller Selbstzweifel, manchmal ausgesprochen ängstlich; setzte sich erheblich unter Druck, ihrer Mutterrolle gerecht zu werden; Kontakt zu ihren Söhnen, die gelegentlich zu Besuch kamen, war ihr sehr wichtig.
- "Runder Tisch" mit der Pat., ihren Angehörigen, dem Kindsvater, einer JA-Vertreterin, der SPFH und mir in der Klinik.
- Relative psychische Stabilisierung trat erst ein, als sie sich entschieden hatte, ihre Tochter dauerhaft beim Kindsvater wohnen zu lassen, wo sie sie unregelmäßig als Besucherin sieht. Pat. geht tagsüber eine Tagesstätte.

Fachveranstaltung Depression am 26.06.2013,
12.00 – 16.30 Uhr in der RMF Andernach

Frau OÄ Dr. Hessenmöller/Johanniterzentrum
Neuwied und Dipl.-Psych. Gilcher/RMF referieren
über Depressionen und deren Auswirkungen auf
die Kinder der Betroffenen

Informationstag für Kinder



Was ist
Eltern

mit meinen
los?

15.07.2013
von
10.00 Uhr bis
16.00 Uhr

In der
Rhein-Mosel-
Fachklinik
Andernach

**Informationstag
für Kinder
von 8 bis 12
Jahren**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



**- Pause/ Stehkafee -
(20 Minuten)**





- Fragerunde -



Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Familien

Frau Dipl. Päd. Elisabeth Schmutz, Mainz

Niedrigschwellige Hilfen

44

- Angebote zur Entlastung im Alltag, die sich flexibel an den Gesundheitszustand des betroffenen Elternteils anpassen können und zugleich personelle Kontinuität gewährleisten
- Angebote, die Eltern darin unterstützen, mit ihren Kindern über ihre Erkrankung zu sprechen
- Niedrigschwellige Beratungsmöglichkeiten, z.B. offene Sprechstunden in der Klinik, im Haus der Familie, in Kitas etc.
- Patenschaften: Gewinnung, Unterstützung und Begleitung von Personen, die den Kindern als „Pate“ zur Seite stehen
- Fachlich begleitete Gruppenangebote für Eltern und Kinder / Eltern-Kind-Gruppe

Zusammenarbeit mit psychisch kranken Eltern

45

- Psychisch erkrankte Eltern als Eltern ansprechen, d.h. in ihrer Erziehungsverantwortung, den dazu gehörenden Anforderungen und der Herausforderung diesen gerecht zu werden
- Zentrale Fragestellung: Welche Auswirkungen hat die Erkrankung auf die Wahrnehmung ihrer Erziehungsverantwortung? Was gelingt, wo stoßen sie an Grenzen? Was bedeutet das für die Kinder?
- Kompetenzeinschätzung: Welche Erziehungsaufgaben können die betroffenen Eltern in welchem Maße gelingend umsetzen? Wo brauchen sie – erkrankungsbedingt – Entlastung?

Leitfragen für die Reflexion der Zusammenarbeit

46

- Welche (zyklischen) Verläufe sind zu berücksichtigen?
- Was bedeuten diese für die Balance zwischen Verantwortungsübernahme und Entlastung?
- Was bedeutet das für die Kinder? Wie viele Wechsel in der Aufgabenverteilung sind ihnen ggf. zuzumuten?
- Wie kann eine flexible Anpassung von Entlastung und Aufgabenübernahme durch andere organisiert werden?
- Was sind Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes? Was ist dann zu tun?
- Wie werden Beobachtungen mit Eltern, Kindern, Fachkräften kommuniziert? Welche Absprachen braucht es?

Notfallplan

47

Je nach Krankheitsverlauf können bestimmte, für die Kinder schwierige Situationen immer wieder eintreten (z.B. Klinikeinweisung). Hier ist es sinnvoll im Vorfeld und in stabilen gesunden Phasen Vereinbarungen zu treffen, was entsprechend zu tun ist, wenn es wieder so weit ist:

- Wer kümmert sich dann um das Kind?
- Wer übernimmt welche Aufgabe bezogen auf das Kind?

Aber auch:

- Wem kann das Kind Bescheid geben, wenn es zu Hause zu schwierig wird? Wen kann es Tag und Nacht erreichen?
- Wer im Umfeld der Familie bemerkt frühzeitig Verschlechterung und kann vereinbarte Schritte einleiten?

Umgang mit mangelnder Krankheitseinsicht

48

- Auffallendes Verhalten benennen und hinsichtlich seiner Bedeutung für die Kinder mit den Eltern kommunizieren (mir/uns fällt auf, dass ...)
- Bedürfnisse des Kindes deutlich machen („Kinder brauchen ...“) und mögliche Konsequenzen aufzeigen, wenn diese nicht ausreichend erfüllt werden
- Alternative Erlebnisräume für die Kinder erschließen und fördern
- ggf. konkretes und überprüfbares Anforderungsprofil hinsichtlich Alltagsgestaltung mit den Kindern gemeinsam mit den Eltern erarbeiten und vereinbaren

Frageset zu Kinderschutz

49

- Welche Auswirkungen hat die psychische Erkrankung auf die Alltags- und Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie / im Blick auf das Kind?
- Wie alt ist das Kind/sind die Kinder? Welche Entwicklungsaufgaben stehen jeweils an? Was bedeuten die Auswirkungen der Erkrankung für die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben (z.B. primärer Bindungsaufbau, Einübung von Regeln, Entwicklung von Identität und Autonomie)?
- Wie stark ist das Kind allein auf das erkrankte Elternteil angewiesen? Kann es alternative Erfahrungen mit anderen Bezugspersonen machen?

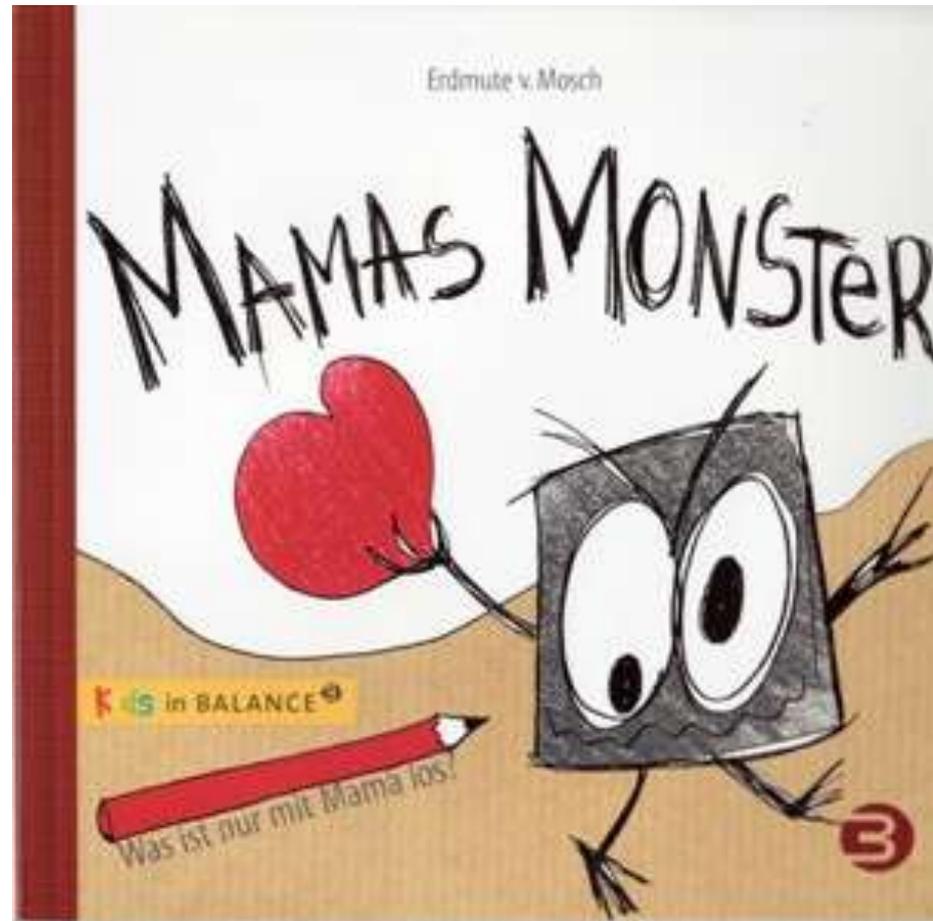
Frageset zu Kinderschutz

50

- Welche Dynamik ist in der Regel mit dieser Erkrankung verbunden? Welcher weitere Krankheitsverlauf mit welchen Auswirkungen ist zu erwarten? (ggf. psychiatrisches Knowhow hinzuziehen)
- Wie stark wird die Fähigkeit und Bereitschaft der Eltern/des Elternteils, eine mögliche Gefährdung für das Kind abzuwenden, durch die Erkrankung bestimmt?
- Welche Unterstützung hat die Familie im Lebensfeld?
- Welche Hilfen sind bereits implementiert?

Information und Aufklärung für und mit Kindern

51



Seelische Gesundheit als Thema in Kita und Schule

52



Materialmappe mit 9 Arbeitsblättern zum Thema „Seelische Gesundheit“

Themen:

- Wut und Mut
- Verletzungen und Versöhnung
- Anderssein
- Toleranz
- Freundschaft
- Vertrauen

Auch zum Download auf der Seite

www.psychiatrie.de/dachverband/kinder

Seelische Gesundheit als Thema in Kita und Schule

53

Schulprojekt - Verrückt? Na und! | Verrückt? Na und! - Website | Home

Home | Bearbeiten | Druck | Druck | Lesezeichen | Hilfe | Hilfe

Home | www.verrueckt-na-und.de

Home | Erste Schritte | Aktuelle Nachrichten

VERRÜCKT?
NA UND!

Seelisch fit in der Schule

ACT.

LEBEN, HOFFEN, LIEBEN,
FÜHLEN, FREUEN, LEIDEN,
TRAUERN, SEHNEN, DAZU
GEHÖREN, BEWEGEN, PRO
BIEREN, HELFEN, WEINEN,
LACHEN, LAUFEN, SCHREI
EN, SINGEN, TANZEN, SPIEL
EN, GENIEßEN, SPRINGEN

Das Projekt "Verrückt? Na und!"

Wie findest Du Infos zu "Verrückt? Na und!", was Jugendliche meinen, die das Projekt erstellt haben und wie Du es an Deine Schule integrieren kannst. Das mit dabei!

FACT.

NEUGIERDE, ERFAHREN,
FRAGEN, ERKLÄREN, LER
NEN, DENKEN, SEHEN, WIS
SEN, INFORMIEREN, ANT
WORTEN, ERKUNDE, AN
REGEN, VERSTEHEN, VER
BREITEN, ERKENNEN, VER
ÄNDERN, BERATEN

Wissen, wie die Seele tickt

Wie findest Du Infos zu psychischen
Problemen, wie und wo es Hilfe gibt, dazu
Lokale und Internetseiten, die Du
besuchen kannst. Wissen macht mutig!

TEAM.

KENNENLERNEN, WERT
SCHÄTZEN, ORGANISIEREN
AUSTAUSCHEN, ZUSAM
MENARBEIT ÜBEN, WOHL
FÜHLEN, WACHSEN, ENT
WICKELN, ERMUTIGEN,
ENERGIE, UNTERSCHÜTZE,
ERFINDEN, BEGEISTERN

Wie schon aktivist

Wie findest Du Menschen, die aktiv sind
in Sachen "sozialer, sozialer",
Gefühle, Leid ist halbes Leid, Gefühle
Freude ist doppelt Freude.

[▶ Materialien, Medien & Co](#)

Initiating Menschliche V. und das Bundesweite Netzwerk von "Verrückt? Na und!"

NEU:
Weiterbildungs-
angebot
„Schulcoaches“

Weitere Informationen unter: www.verrueckt-na-und.de

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

Bei weiteren Fragen können Sie uns gerne
kontaktieren:

Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz e.V. (ism)
Flachsmarktstr. 9
55116 Mainz
Tel: 06131 - 240 41 - 10
Fax: 06131 – 240 41 50
www.ism-mainz.de



Schlusswort

Wolfgang Hartmann (Stadt Neuwied)



Lokales Netzwerk Kindeswohl





Lokales Netzwerk Kindeswohl





Lokales Netzwerk Kindeswohl





Lokales Netzwerk Kindeswohl

