



Fachberatungsangebot für Kinder
und ihre psychisch erkrankten Eltern

„Psychische Erkrankung und Misshandlung. Das Wohl von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern sichern“

Workshop bei der Wissenschaftlichen Jahrestagung „Gewalt“ der bke aus dem Saarland 27.10.2021

Andreas Schrappe, Psycholog. Psychotherapeut, Leitung Ev. Beratungszentrum Würzburg, Supervisor, BAG Kinder psychisch erkrankter Eltern
Mail: schrappe@diakonie-wuerzburg.de
Web: www.diakonie-wuerzburg.de/ebz

Evangelisches Beratungszentrum Würzburg

Das EBZ Wü hat u.a. folgende Arbeitsbereiche:

- Erziehungs- und Familienberatung
- Trennungs- und Scheidungsberatung
- Partnerschafts- und Lebensberatung
- Fachberatungsangebot „Gute Zeiten – schlechte Zeiten“ für Kinder psychisch kranker Eltern
- Ambulant Betreutes Wohnen für psychisch erkrankte oder behinderte Menschen mit Kindern
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Schwangerschaftsberatung
- Projekte wie „Beratung von Flüchtlingsfamilien“ oder „Familie und Behinderung“

Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10

Unterstrichen sind diejenigen psychischen Störungen, die im Hinblick auf das Thema wichtig sind:

- Organische Störungen
- Psychotrope Substanzen
- Schizophrene und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen (Depression, bipolare Stör.)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (v. a. vom Borderline-Typ)
- Intelligenzminderung
- Entwicklungsstörungen
- Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend

SCHIZOPHRENE STÖRUNGEN

Menschen, die eine schizophrene Störung entwickelt haben, sind oft ganz vielfältig beeinträchtigt:

- Bezug zur Wirklichkeit
- Einsichtsfähigkeit
- Bewältigung der Lebensanforderungen
- Denken, Wollen und Fühlen

Bei den schizophrenen Störungen unterscheidet die psychiatrische Lehre eine Plus-Symptomatik („mehr/anders als normal“) von einer Minus-Symptomatik („weniger als normal“).

Plus-Symptomatik

- Denkstörungen (formal, inhaltlich)
- Erregung und Anspannung
- Wahnerlebnisse, Wahnstimmung
- Halluzinationen
- Ich-Störungen und Fremdbeeinflussungserlebnisse

Minus-Symptomatik

- Verarmung des Gefühlslebens
- Innere Leere, Mut- und Hoffnungslosigkeit
- Niedergeschlagenheit / Depression
- Minderwertigkeitsgefühl
- Antriebslosigkeit, fehlende Spontaneität
- Rückzugsverhalten, Kontaktverarmung

Kinder schizophrener Eltern

Eine elterliche schizophrene Erkrankung irritiert das Kind bei zentralen kindliche Entwicklungsaufgaben: Umgang mit Ängsten, Aufbau von Weltverständnis, Einordnung von Sinneswahrnehmungen, Aufbau einer tragfähigen psychischen Struktur und einer positiven Beziehung zu anderen Menschen.

Eltern mit einer schizophrenen Psychose scheinen die Qualität der Erziehung und ihrer Beziehung zum Kind eher zu überschätzen.

Anthony (1986) unterscheidet zwei Formen, wie ein Kind in die Erkrankung einbezogen werden kann:

- Involving psychosis: Eltern verwickeln das Kind in das wahnhaftige Erleben
- Abandonment: Kind wird verlassen, weil der psychotische Elternteil in sich versunken

Eine Gefährdung des Kindeswohls kann daher sowohl in der Überstimulation des Kindes bzw. in der Verkennung seiner Bedürfnisse bestehen, als auch in der Vernachlässigung des Kindes.

Eine Kindeswohlgefährdung muss im Auge behalten werden vor allem ...

- bei Ersterkrankung mit floriden Symptomen
- bei unbehandelten Verläufen

Postpartale Psychose

Bei Frauen mit psychotischen Symptomen während Schwangerschaft / nach Geburt spricht man nicht von Schizophrenie, sondern postpartaler Psychose.

- 0,1 bis 0,3 % der Mütter
- = die schwerste Form der postpartalen Krisen

Merkmale:

- starke Antriebssteigerung, motorische Unruhe
- Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit
- extreme Angstzustände
- Verwirrtheit, Wahnvorstell., Halluzinationen

Vorgehen:

- Vorübergehende Trennung von Mutter und Baby und stationäre Behandlung ist oft unumgänglich
- Je nach neuroleptischer Medikation kann Mutter nicht mehr stillen → Gespräch mit Psychiater*in

DEPRESSIONEN

Hauptmerkmale der Depression

- Depressive Verstimmung: Person fühlt sich deprimiert, traurig, hoffnungslos, entmutigt
- Verlust von Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten: „sich um nichts mehr kümmern können“, „keine Freude mehr empfinden können“

Nebenmerkmale der Depression

- Schwierigkeiten in Denken und Konzentration
- Psychomotorische Unruhe oder Hemmung
- Appetitstörung, Gewichtsveränderung
- Schlafstörung
- Antriebslosigkeit, verminderte Energie
- Gefühle von Schuld, Versagen und Wertlosigkeit
- Suizidideen und -versuche, Suizid
- Neigung zu Weinen, Angst, Reizbarkeit, zwanghaftem Grübeln, Panikattacken ...
- Gelegentlich: Wahn („Ich werde wegen meiner übergroßen Schuld verfolgt“) oder Halluzinationen („Stimmen verurteilen mich“)

Kinder depressiver Eltern

Eine elterliche Depression läuft den kindlichen Bedürfnissen nach Kontakt und Resonanz, nach elterlicher Initiative und Anregung, nach emotionaler Orientierung und nach Grenzen zuwider. Kinder haben Mühe, das ganze Gefühlsspektrum und ein positives Selbstwertgefühl zu entwickeln. Die Suizidalität des Elternteils löst existentielle Ängste aus.

Mögliche Situationen von Kindeswohlgefährdung:

- Gefährdung durch körperliche / emotionale Vernachlässigung und seelische Misshandlung

- Risiko von Unterstimulation – direkt und durch mangelnden sozialen Austausch
- Das Risiko körperlicher Misshandlung oder sexualisierter Gewalt gilt eher als gering
- Fälle des erweiterten Suizids sind selten, kommen aber vor >> Abklären der Suizidalität

EXKURS: PERIPARTALE KRISEN

Vorhandene und neue Einflussfaktoren

Bei Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindphase treffen neue, spezifische Entwicklungen / Einflüsse auf bereits vorhandene Merkmale der Person.

Vorhandene Faktoren sind u.a.

- Beziehungsstatus und -qualität
- Herkunftsfamilie, eigene Familie
- Berufliche Situation („Stress“), Entspannung
- Materielle Situation (Wohnung, Geld, Lärm, ...)
- psychosoziales Netzwerk
- Ernährung, Sport, Schlaf, Suchtgewohnheiten

Neue, spezifische Faktoren sind u.a.

- Schwangerschaft, Geburtsverlauf, Wochenbett
- Veränderungen in Familien- u. Peerbeziehungen
- Körperliche, hormonelle Veränderungen
- Auftreten postpartaler Krisen
- Eigenheiten des Säuglings
- Veränderungen im psychosozialen Netzwerk
- Veränderungen bei Bewegung, Schlaf, Essen

Postpartale Störungen

- Postpartales Stimmungstief (Baby-Blues)
- Postpartale Depression
- Postpartale Angst-/Zwangsstörung
- Postpartale Psychose (siehe oben)

Das postpartale Stimmungstief (Baby-Blues)

Kurzlebige Stimmungstief innerhalb der ersten 14 Tage nach Entbindung. Wird zum Normalzustand gezählt (da bei ca. 50-80 % der Wöchnerinnen):

- Müdigkeit, Erschöpfung, Energiemangel
- Empfindsamkeit und Stimmungsschwankungen
- Traurigkeit, häufiges Weinen
- Schlaf- und Ruhelosigkeit
- Konzentrations-, Appetitstörungen
- Ängstlichkeit und Reizbarkeit

Der Baby-Blues gilt als nicht behandlungsbedürftige Folge der Umstellungen. Keine Erkrankung!

Wenn er länger als 14 Tage anhält, kann er jedoch ein Anzeichen einer beginnenden Depression sein.

Die postpartale Depression

10-20 % der Mütter, Beginn in den ersten Wochen nach Entbindung bis max. 2 Jahre.

Von leichten Anpassungsstörungen bis zu schweren Verläufen (mit Suizidalität). Beginn oft schleichend.

- Müdigkeit, Erschöpfung, Energiemangel
- Traurigkeit, häufiges Weinen
- Schuldgefühle
- Gefühle innerer Leere
- Allgemeines Desinteresse, sexuelle Unlust
- Konzentrations-, Appetit-, Schlafstörungen
- Psychosomatische Beschwerden (Herz, Kopf, ...)
- Suizidgedanken
- extra Kategorie: Ängste, Zwangsgedanken

Gegenüber dem Kind zwiespältige Gefühle oder Gedanken: „ist mir fremd“, „kann nichts mit ihm anfangen“, „nimm es weg von mir“. Meist wird Kind zwar versorgt, aber es fehlt das mimisch-emotionale Zwiegespräch. „Kein Glanz in den Augen der Mutter“

Screening: Edinburgh-Postnatal Depression-Scale

BIPOLARE STÖRUNG: MANIE

- Stimmung gehoben, expansiv oder reizbar
- Berufliche Leistungsfähigkeit und soziale Aktivitäten beeinträchtigt
- Meist Klinikaufnahme erforderlich
- Oft im Wechsel mit depressiven Phasen

Weitere Merkmale der Manie

- Gesteigertes Selbstwertgefühl, Größenideen
- Vermindertes Schlafbedürfnis
- Rededrang. Ideenflucht. Kontaktbedürfnis
- Ablenkbarkeit. Psychomotorische Unruhe
- Schädliche Aktivitäten: Sozialbeziehungen, Sex, Geld, Gefahren z. B. im Straßenverkehr

Die Situation der Kinder bei elterlicher Manie

- Einbeziehung des Kindes in die manische (psychotische) Verkennung
- Missachtung der kindlichen Bedürfnisse nach Maß, Orientierung oder Schutz
- Belastung der Kinder durch die verzweifelnde, gereizte oder aggressive Tönung der Manie
- Traumatische Erlebnisse durch die Manie und die Umstände der Klinikeinweisung
- Gefühle der Scham gegenüber der sozialen Umgebung (Gleichaltrige, Nachbarschaft) aufgrund der maniebedingten Eskalationen des Elternteils
- Risiko einer Kindeswohlgefährdung durch mangelnden Schutz, Verlust materieller Absicherung und vor allem psychische Misshandlung

BORDERLINE-PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Die BPS ist ein durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes.

Mind. 5 der folgenden Kriterien (DSM-III-R) müssen zur Diagnose einer BPS erfüllt sein:

- Muster instabiler, intensiver Beziehungen, zwischen Überidealisierung und Abwertung
- Impulsives, selbstschädigendes Verhalten
- Instabilität im affektiven Bereich
- Starke Wut, mangelnde Impulskontrolle
- Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten
- Identitätsstörung, etwa im Selbstbild, sex. Orientierung, Lebens- und Berufsziele ...
- Chronisches Gefühl der Leere, Langeweile
- Nicht allein sein wollen/können

Kinder von Eltern mit Borderlinestörung

- Mütter mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (eigene Misshandlungserfahrung, Impulskontrollstörung ...) stehen in Gefahr, ihre Kinder (auch) körperlich zu misshandeln
- Gefährdung durch Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens >> Ausbildung des desorganisierten Bindungstyps
- Defizite in der Erziehung durch mangelnde Kontinuität in Beziehung und Regeln
- Beeinträchtigung durch Begleitphänomene der Borderline-Persönlichkeitsstörung
- Achtung: diese Familien sind häufig im Jugendamt bekannt, aber Eltern nicht in Behandlung.

EXKURS: ELTERL. TRAUMATISIERUNG

Folgen auf Seiten der Eltern

- Hyperreagibilität: gestörte Stressverarbeitung, hohes Stressniveau, Alarmbereitschaft
- Überemotionalität: verstärktes Angsterleben, Misstrauen, Schuldgefühle, Hilflosigkeit usw.
- Annäherungs- / Vermeidungskonflikt kann leicht hervorgerufen werden durch Triggerreize
- Risiko unkontrollierter Überlebensreaktionen: Kampf, Flucht, Erstarrung
- Eingeschränkte Fähigkeit zur Reflexion (Mentalisierung): es fehlen Selbstdistanzierung, „innerer Beobachter“, Einfühlung, Urteilsvermögen
- Mutter (Vater) reagieren auf kindlichem Niveau

Folgen für Eltern-Kind-Beziehung

- Funktion der „sicheren Basis“ ist erschüttert, Intuition und Liebesfähigkeit sind beeinträchtigt

- Aufhebung der Generationsgrenzen: Kind wird als „kleiner Erwachsener“ missverstanden: Geschwisterneid, Kampf gegen das „böse Kind“ ...
- Parentifizierung. Wenig Führung u. Versorgung
- Erziehungsverhalten ist nicht kontingent. „Führen“ und „Folgen“ der Mutter eher zufällig
- Soziales Umfeld wird bedrohlich erlebt, Mobbing
- Gefühle des Kindes werden als eigene Gefühle erlebt, also „missverstanden“. Das „Spiegeln“ kindlicher Gefühle unterbleibt oft
- Funktionalisierung des Kindes zur Stabilisierung des eigenen Ichs, zur Affektregulation
- Gefahr der seelischen Misshandlung (s. u.)

Bindungs- / Explorationsverhalten des Kindes

- Annäherung des Kindes: kann bei Mutter Angst auslösen → Kind wird weggestoßen
- Explorationsverhalten: kann bei Mutter als Abgelehntwerden missverstanden werden

Im Ergebnis ist beim Kind wahrscheinlich:

- desorganisierter Bindungstypus
- kumulierendes Stresserleben (bei Kind und Mu.)
- Hypervigilanz des Bindungssystems
- Verschiedenartige Störungen der emotionalen Steuerung, der kognitiven Verarbeitung usw., sowie beeinträchtigte Beziehungsmuster

Kindeswohlgefährdung kann sowohl mit körperlicher Gewalt als auch psychischer Misshandlung erfolgen.

MISSBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT

- Im Fokus Alkohol, Drogen, Medikamente, nicht-stoffgebundene süchtige Verhaltensweisen

Alkohol

- Bandbreite von risikoarmem Konsumverhalten und Suchterkrankung
- Einschätzung per Erfassung der Trinkmenge und der psychischen u. körperlichen Folgen
- Eine hausärztliche oder internistische Untersuchung bringt die körperlichen Folgen zutage.

Risiko, Missbrauch und Abhängigkeit

- Risikoarmer Gebrauch
- Riskanter Konsum: körperliche Schädigungen können eintreten
- Schädlicher Konsum (Alkoholmissbrauch): körperliche und psychische Schädigungen sind eingetreten
- Alkoholabhängigkeit (Sucht): deutliche körperliche, psychische und soziale Probleme. Entzugssyndrom.

Kinder als Hochrisikogruppe

- 2,6 Mio. Kinder und Jugendlicher < 18 Jahre mit einem Elternteil mit Alkoholstörung
- Plus 5-6 Mio. erwachsene betroffene Kinder
- Mehr als 30 % der Kinder aus suchtblasteten Familien werden selbst suchtkrank
- 6-fach erhöhtes Risiko, später selbst Alkohol zu missbrauchen oder abhängig zu werden.

Mütterl. Alkoholkonsum u. kindl. Entwicklung

Kinder erfahren den Alkohol in etwa gleich hoher Konzentration wie die Mutter → toxische (giftige) und teratogene (fruchtschädigende) Wirkung

- Bei 1 von 300 Kindern kommt es zur Alkohol-embryopathie (Fetales Alkoholsyndrom – FAS)
- Merkmale sind hier geistige Retardierung, Fehlbildungen im Gesicht und an Organen
- Weniger ausgeprägt und schlechter nachzuweisen sind die sog. Alkoholeffekte, ebenfalls mit Intelligenzminderung, Verhaltensauffälligkeiten, eigener Suchtanfälligkeit, Impulsivität, sozialen Problemen u.a.m.

Folgen für Familie und Kinder

- Sucht als Dreh- und Angelpunkt in der Familie
- Tabuisierung der Suchtproblematik (anfangs)
- Unklare Grenzen. Parentifizierung.
- Fehlen der Elternfunktion, geringe Erziehungsleistung
- Vermehrte Spannungen und Streitigkeiten
- Familiäre Gewalt, Willkür und emotionale Kälte

Alkohol, Nikotin, Drogen in Schwangerschaft

Jeglicher Konsum, nicht nur der missbräuchliche oder süchtige Konsum, schädigt das werdende Kind aufgrund der direkten Verbindung zur Mutter.

Während die nachgeburtliche Schädigung des Säuglings durch Verabreichung von Alkohol o. a. klar als Kindeswohlgefährdung geahndet werden würde, hat d. Embryo im Mutterleib keinen gesetzlichen Schutz!

Illegale Drogen → Crystal Meth

Alle substanzgebundenen Drogen haben – wenn in der Schwangerschaft eingenommen – einen direkt schädigenden Einfluss auf die Leibesfrucht.

In der gesamten Spanne von der Babyzeit bis zum Erwachsenenalter beeinflusst der Konsum von Drogen (und Medikamenten) das Befinden der Eltern, ihre Interaktionen mit den Kindern (Bindung, Erziehung) sowie das familiäre System.

Je jünger das Kind, desto größer ist grundsätzlich auch das Risiko einer Kindeswohlgefährdung. Eine direkte Ableitung von Diagnose („Drogenkonsum“) zu Gefährdungseinschätzung und Schutzmaßnahme ist nicht möglich. Die Fachkräfte müssen vielmehr die üblichen Verfahren zu Gefährdungseinschätzung im Einzelfall durchführen.

Gründe für die Crystal-Einnahme von Frauen / Müttern sind u.a. Gewichtsverlust oder der Wunsch die Belastungen durch Elternschaft und Berufstätigkeit „erträglich“ zu machen.

Wirkungen der Methamphetamin-Einnahme

- M. hat eine chemische Ähnlichkeit zu Amphetamin („Speed“ u.a.), hat aber bei hoher Reinheit eine vielfach höhere Wirkung
- Simuliert wird eine anhaltende und extreme Stress- und Kampfsituation, mit erhöhter Leistungsbereitschaft, geschärfter Aufmerksamkeit und Aufnahmefähigkeit, Hochstimmung ...
- Gleichzeitig werden Grundfunktionen wie Ernährung, Schlaf oder Schmerzempfinden reduziert.
- Das Sozialverhalten ist aktiver → zum Teil riskantes Sexualverhalten (ungewollte Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten ...)
- Rasch entwickelt sich eine hohe psychische Abhängigkeit (eine körperliche A. eher nicht) und kann nur von einer Minderheit aus eigener Kraft überwunden werden.
- Zum Teil stereotype Verhaltensweisen zu sehen.
- Um die erwünschten Effekte der aktuellen Einnahme zu erhalten, ist eine immer höhere Dosis erforderlich, bis der Dopaminspeicher „leer“ ist.
- Das Risiko für Psychosen (und anderen psychischen Störungen) ist deutlich erhöht.
- Regelmäßiger M.-Konsum führt, egal in welcher Dosierung, zu körperlichen, auch neuronalen, und psychischen Schädigungen.

Kinder Meth-konsumierender Eltern

- M. ist platzentagängig und grundsätzlich frucht-schädigend. Daher Forderung nach völligem M.-Verzicht während Schwangerschaft. Achtung: hohes Risiko ungewollter Schwangerschaften!
- Ein M.-Konsum bei Eltern ist immer eine potentielle Kindeswohlgefährdung. Einerseits durch unberechenbares, aggressives Verhalten und Stimmungsschwankungen, andererseits durch lange Schlafphasen in der Konsumpause, in denen die Kinder sich selbst überlassen sind.
- Anteil M.-konsumierender Frauen ist höher als der bei anderen illegalen Drogen. 15,5 % der Konsumentinnen haben ein Kind, 7,5 % mind. zwei Kinder.

EINFLUSSFAKTOREN BEI KINDERN

Wie stark ein einzelnes Kind nun belastet ist durch die psychische Erkrankung eines Elternteils, hängt von einer Vielzahl von Faktoren:

- Alter des Kindes bei Erkrankung
- Ausmaß der genetischen Belastung
- Art u. Schweregrad der elterlichen Erkrankung
- Geschlecht des Elternteils: Vater oder Mutter
- Krankheitseinsicht und Behandlungsverlauf
- Trennungserfahrung, Hospitalisierung
- Kompensation durch den gesunden Elternteil
- Alleinerziehend oder vollständige Familie
- Unterstützung durch das Netzwerk
- Resilienzfaktoren und Ressourcen des Kindes
- Einbezug des Kindes in die Erkrankung
- Aufklärung des Kindes

Dem gegenüber stehen individuelle und interaktionale protektive Faktoren.

Bewältigungsstrategien der Kinder

Kinder müssen „differentiell“ vorgehen, also je nach Situation die geeignete Strategie anwenden:

- Problemlösende Strategien
- Suche nach sozialer Unterstützung
- Emotionsregulierende Strategien
- Problemmeidung

Nach: Beyer & Lohaus 2006, Lenz 2009 u. a.

Und die Eltern?

Die Ängste und Schwierigkeiten der Eltern ähneln denen der Kinder:

- Belastung durch Erkrankung (und Behandlung)
- Zwischen Krankheitseinsicht und -verleugnung
- Angst, die Erkrankung an Kinder weiterzugeben
- Ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind
- Selbstvorwürfe wegen Erziehungsdefiziten
- Selbstunterschätzung oder -überschätzung
- Abhängigkeit vom Kind (Rollenumkehr)
- Angst, „die Kinder zu verlieren“
- Zuwenig Kraft für Erziehung (mangelnde Grenzsetzung, wachsende Konflikte)
- Erfahrung sozialer Isolation
- Kaum Inanspruchnahme von Erziehungshilfe

Aber auch:

Wunsch und Bemühen, „gute Eltern“ zu sein
Kinder und Elternschaft als Quelle von Lebensinn

Einstellungen erkrankter Eltern

- Über 80 % der Eltern fühlen sich durch Elternschaft deutlich belastet (Parental Stress Scale)
- Ebenso viele sehen Belastungen bei den Kindern infolge der stationären Behandlung (unabhängig von Diagnose und Geschlecht der Eltern)

- 40 % der Eltern sind mit Betreuungssituation der Kinder unzufrieden

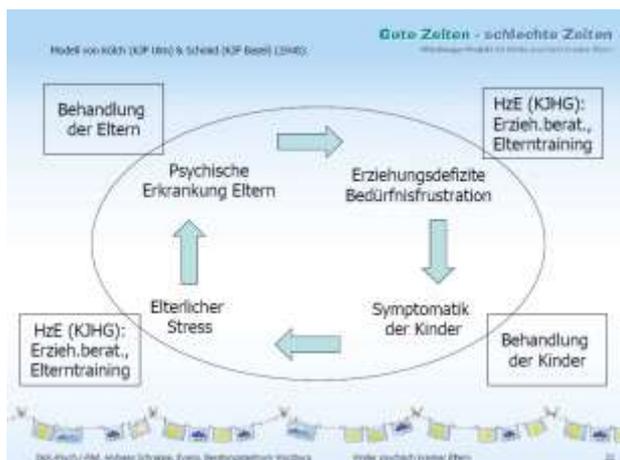
Holen sich die Eltern Unterstützung in der Jugendhilfe oder in der Kinder/Jugendpsychiatrie? Kaum!

- 51 % meiden aktiv Kontakt mit dem Jugendamt. Zumeist negative Erfahrungen mit Jugendamt.
- Präventive Angebote der Jugendhilfe werden häufig nicht angenommen.
- Trotz psychischer Auffälligkeiten von Kindern (SDQ) werden kaum kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen nachgesucht.

Analyse der Ursachen:

- Ängste der Eltern vor den negativen Folgen der Inanspruchnahme von Hilfe
- Gesellschaftliche Stigmatisierung psychisch Erkrankter und ihrer Familien
- „Fremdheit“ zw. Psychiatrie und Jugendhilfe
- Spannung „Patientenwohl“ vs. „Kindeswohl“

Kölch & Schmid postulieren folgenden Teufelskreis (innen) zwischen psychischer Krise der Eltern und Auffälligkeiten der Kinder. Außen sind die Hilfen aufgeführt, die einen Ausweg weisen könnten.



Kölch & Schmid (2008): Stichtagsuntersuchung in vier psychiatr. Kliniken. 83 Pat. mit Kindern < 18 Jahren

Was Eltern brauchen

- Angemessene Behandlung ihrer Erkrankung
- Anerkennung ihrer Elternrolle
- Beratung und Unterstützung in der Erziehung
- Information und Hilfe beim Umgang mit den Kindern hinsichtlich der psych. Erkrankung
- Vertrauensvolles Abwägen des Kindeswohls

ZUR KINDESWOHLGEFÄHRDUNG

- Psychische Störungen bei Eltern (kognitive oder affektive Psychose, Dissozialität, Borderline-Persönlichkeitsstörung ...) erhöhen das Risiko

für Vernachlässigung / Misshandlung der Kinder um Faktor 2 bis 3. (Walsh et al. 2002)

- 50 % der Pat., die ihre Kinder misshandelten oder vernachlässigten, sahen sich als psychisch krank an. (Egami et al. 1996. Beide nach Deneke 2005)
- „Elterliche psychische Erkrankungen sind einer der Hauptrisikofaktoren für Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern. Sämtliche Risikofaktoren für Gewalt, Misshandlungen und Vernachlässigung, u. a. auch sozioökonomische Faktoren wie Armut und Arbeitslosigkeit, ungewollte oder frühe Schwangerschaft, elterlicher Stress und elterliche Überforderung, soziale Isolation, elterliche Konflikte in der Familie, Misshandlungserfahrungen in der Vorgeschichte, sind in Familien mit psychisch kranken Eltern überrepräsentiert.“ (Albermann et al. 2019)

Störungen elterlicher Sensitivität

- Unterstimulation: keine /kaum Reaktion auf kindliche Signale >> negative Reaktionen d. K. >> Ablehnung, Passivität des Kindes
- Überstimulation: aggressive o. übermäßige Zuwendung >> Protest oder Unterordnung
- Unberechenbarkeit: >> desorganisierter Bindungstyp, Selbst- o. Fremdaggression ...

Formen der Gefährdung

(A) Körperliche Misshandlung

- Insgesamt misshandeln Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen (schizophrene oder affektive Psychose) ihre Kinder nicht häufiger.
- Dagegen sind Eltern mit Persönlichkeitsstörungen (Borderline- oder dissoziale Persönlichkeitsstörung) eher gefährdet, ihre Kinder zu misshandeln (in Verbindung mit eigenen Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen u. a.)
- Belastung durch Alkohol und Drogen erhöht das Risiko von körperlicher Gewalt.
- Risiko bei unbehandelten Neuerkrankungen, floriden Wahnvorstellungen, Behandlungsabbrüchen und ungünstigem Verlauf
- Verkennung bei schizophrener Psychose
- Gesteigerte Aggressivität bei Manien
- Gefahr des erweiterten Suizids bei schweren Depressionen

(B) Sexualisierte Gewalt („Missbrauch“)

- Keine Häufung bei Depression, bipolarer Störung oder Schizophrenie
- Eher bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit ...
- ... und dissozialer Persönlichkeitsstörung
- Eher in Verbindung mit eigenen biographischen Missbrauchs- und Gewalterfahrungen der Eltern

(C) Vernachlässigung

- Kann bei allen psychischen Störungen e. Rolle spielen: Abschottung, Belastung durch Krankheit, Missachtung kindlicher Bedürfnisse
- Seltener bei kognitiven oder affektiven Psychosen (Ausnahme: Abandonment bei Schizophrenie, schwere Depression)
- Eher: bei Sucht, bei vermehrtem Stress und bei schweren eigenen traumat. Erfahrungen

(D) Psychische Misshandlung

- Spielt bei allen psychischen Störungen eine mehr oder minder große Rolle
- „Psychische Misshandlung ist ein wiederholtes Verhaltensmuster der Pflegeperson oder ein wiederholtes Muster extremer Vorfälle, das dem Kind zu verstehen gibt, es sei wertlos, mit Fehlern behaftet, ungeliebt, ungewollt, gefährdet oder nur dazu nütze, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu erfüllen.“
(Brassard & Hardy 2002, nach Deneke 2005)
- Deneke: Eltern sind emotional nicht erreichbar, es herrscht eine feindselige Atmosphäre, die Kinder werden parentifiziert.
- Schwächere Formen der psych. Misshandlung:
→ Kontakt mit den Kindern wird weniger „vom Kind her“, sondern aus dem eigenen psychischen Erleben heraus gestaltet.
→ Kind wird in die elterliche Erkrankung und in deren Bewältigung einbezogen.

Unterscheidung von 2 Gruppen

Deneke unterscheidet zwei Gruppen von psychisch erkrankten Erwachsenen

- Gruppe I - an schizophrener oder affektiver Psychose erkrankte Eltern: direkte Gefahr körperlicher Misshandlung nur in Ausnahmefällen, eher gibt es das Risiko von Vernachlässigung oder emotionaler Misshandlung
- Gruppe II - psychische (auch reaktive) Störungen wie Ängste, BPS, Sucht, chron. Depression: hier ist das Risiko von körperlicher Misshandlung größer, sowie von Vernachlässigung
- „Psychische Krankheit ist ein wichtiger Faktor für Kindesmisshandlung. Die bisher wenig berücksichtigte psychische Misshandlung scheint die häufigste und womöglich am stärksten zerstörerisch wirkende Form zu sein.“

Deneke 2005

Zur Einschätzung

- Die Kenntnis einer psychiatrischen Diagnose allein lässt noch keine Aussage über Kindeswohlgefährdung zu. Vielmehr müssen die üblichen

Schritte zur Gefährdungsanalyse (mit Einbeziehung einer Kinderschutz-Fachkraft) durchgeführt werden.

- „Bei der Beurteilung der Erziehungsfähigkeit oder einer Gefährdungssituation spielt nicht das Vorhandensein der psychiatrischen Diagnose eine Rolle, sondern die Intensität, Dauer und die Auswirkungen der Störung, also insbesondere ihr damit verbundener Einfluss auf die Möglichkeit des Elternteils, die Grundbedürfnisse des Kindes adäquat zu erfüllen.“
- Besonders schwierig: nichtdiagnostizierte und unbehandelte psychische Störungen mit starken lebensbiographischen und aktuellen psychosozialen Belastungen.
- Zur Abschätzung des zu erwartenden Krankheits- und Behandlungsverlaufs sind – wenn möglich – die psychiatrischen Fachkräfte einzu beziehen.
- Dies erfordert eine ständige und frühzeitige Kooperation von Psychiatrie und Jugendhilfe, bereits im Vorfeld von Entscheidungen über Kindeswohlgefährdung.

(Nach: Deneke 2005)

Kommentar

Es ist naheliegend, dass solche schweren menschlichen Erkrankungen zu Einbußen in der elterlichen Erziehungs- und Beziehungsfähigkeit führen

Alle Fachkräfte müssen eine eventuelle Gefährdung der kindlichen Entwicklung im Blick behalten, ohne eine erneute Stigmatisierung der Eltern zu fördern.

Das Gros der Belastungen des Kindes bei einer elterlichen Erkrankung liegt unterhalb der Schwelle von Kindeswohlgefährdung.

Solange die Versorgungssysteme von Psychiatrie und Jugendhilfe zu wenige Hilfen vorsehen und dafür eng kooperieren, ist ein angemessenes Eingreifen bei akuten Gefährdungen kaum zu realisieren.

„Der See friert immer von den Rändern zu.“ Das heißt, wir müssen jetzt das tun, was wir bereits tun können.

Dass wir zum gegenwärtigen Stand der interdisziplinären Versorgung durch Psychiatrie, Jugendhilfe, Pädiatrie oder Bildung manchen Kindern bzw. Familien nicht helfen können, sollte Ansporn sein, die Angebote und die Kooperation ständig weiterzuentwickeln.

Aus gescheiterten Kinderschutzverläufen lernen.

Komplementäre Strukturen von (Sozial-) Psychiatrie und Jugendhilfe

Der Erwachsene im Blick

Psychiatrie, Wohnheim, psychiatrische Familienpflege, Übergangseinrichtung

Tagesklinik, Tagesstätte

Betreutes Wohnen, Assistenz beim Wohnen

Sozialpsychiatrischer Dienst

Gesundheitsamt
Vormundschaftsgericht, Betreuung

Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie
Selbsthilfeansätze

Die Kinder im Blick

Heimerziehung, Pflegefamilie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kurzzeitpflege

Tagesstätte, Tagesklinik

Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Familienpflege

Erziehungs- und Familienberatung

Jugendamt
Familiengericht, Vormundschaft

Ambulante KJP und Psychotherapie
Selbsthilfeansätze

Fremdheit Jugendhilfe-Psychiatrie

Wenig Fachkräfte-Transfer
Geringe Kenntnisse vom anderen Arbeitsfeld
Andere Finanzierung und Organisationsform
Kaum etablierte Kooperationsstrukturen
Institutionelle Sozialisation

Unterschiedliche Blickrichtungen auf Familie

Erwachsener vs. Kind
Unsicherheit der Fachkräfte über Entwicklung der Familie, der Krankheit
Konfliktstellung Kindeswohl – Elternwohl

Elternwohl vs. Kindeswohl

Ambivalenz zwischen zwei Standpunkten:

- Die Perspektive des Familienmitglieds, das unter der Krankheit und unter der gesellschaftlichen Stigmatisierung leidet.
- Die Perspektive des Kindes, das unter der Vernachlässigung der basalen Bedürfnisse leidet.

Erwachsene, die psychisch krank sind und Eltern werden, tragen Verantwortung für ihre Kinder und für ihre Krankheitsbewältigung

Psychisch und suchterkrankte Menschen sind Teil unserer menschlichen Gemeinschaft, brauchen Respekt und Unterstützung – und ihre Kinder Verständnis, Schutz und Hilfe.

Warum überhaupt Kooperation?

Keine Einrichtung, keine Berufsgruppe alleine kann den Familien ausreichend helfen.
Es braucht einen Familienbezug: *nur* Eltern oder

nur Kinder zu fokussieren, greift zu kurz.
Person- bzw. Familienorientierung (statt Einrichtungsorientierung und Versäulung).

Umgang mit Verschiedenheit

In der Kooperation von Jugendhilfe und (Sozial-) Psychiatrie müssen beide Seiten lernen, mit der Verschiedenheit des Gegenübers umzugehen:

- Hierarchie, Rollenausprägung, Zuständigkeit
- Binnen- und Außenkommunikation
- Prozess- vs. Entscheidungsorientierung
- Organisationskultur, Identität
- Handlungslogiken, Verfahrensabläufe
- Berufs- und Sozialstatus

„Interinstitutionelle Kooperation“ (Lenz)

Merkmale einer Kooperation, die zwischen Institutionen und nicht bloß zwischen Einzel- oder gar Privatpersonen läuft, sind:

- Beteiligte Personen benötigen einen Auftrag von ihrer Organisation. Der Rückfluss der Informationen muss gesichert sein.
- Alle Beteiligten brauchen ein Wissen um das Eigene, und ein Interesse für das Gegenüber.
- Klare Benennung des Kooperationszwecks.
- Verabredung von Kooperationsabläufen.
- Es braucht eine Kooperation „auf Augenhöhe“

Schriftliche Kooperationsempfehlung

Regeln guten fachlichen Handelns bei Kindern und ihren psychisch erkrankten Eltern.

Notwendigkeit der interinstitutionellen Kooperation (www.verbund-gzsz.de)

FACHBERATUNGSANGEBOT GZSZ



(1) Einzel- und Familienberatung

Aufklärung von Kindern / Eltern, Entstigmatisierung
 Das Kindeswohl im Blick
 Eltern in ihrer Elternaufgabe unterstützen
 Kontakt zu einer verlässlichen Bezugsperson
 Erste-Hilfe-Plan (Notfallplan) aufstellen

(2) GZSZ-Gruppen, Selbsthilfe

Gruppen in den Altersstufen 7 - 9 und 10 - 12 Jahre, für Jugendliche, für erwachsene Kinder
 Aufklärung durch Kinderbücher und Filme
 Erlebnisse und Gefühle einordnen lernen
 Solidarität erfahren, Selbstbehauptung üben

(3) Sprechstunde, Angebote außerhalb

Familienprechstunde in psychiatr. Klinik der Uni
 - Wöchentliche Präsenz (Di. 14-16 Uhr)
 - Information – Beratung – Unterstützung – Vermittlung (für Eltern in Klinikbehandlung)
 Teilnahme an Beratung und Hilfeplanung
 Fallbezogene Kooperation

(4) Öffentlichkeit, Multiplikatoren

Der Unkenntnis und Ausgrenzung begegnen
 - Zeitung, Radio, Lesungen der Kinderfachbücher
 - Vorträge in Erwachsenen- und Familienbildung
 Workshops mit Lehrkräften, ErzieherInnen
 Aufklärungs- und Infomaterialien

(5) Qualifizierung

Fortbildung für Fachkräfte aus Jugendhilfe, (Sozial) Psychiatrie und anderen Bereichen
 - Einrichtungsinterne Fortbildungen
 - Berufsgruppenübergreifende Tagungen

(6) Vernetzung, Etablierung

Interinstitutionelle Kooperation aufbauen
 Netzwerk der Hilfen (Kooperationsverbund)

INFOS / LITERATUR

www.bag-kipe.de → BAG Ki psy erkrankter Eltern
www.verbund-gzsz.de → Kooperationsverbund Ufr.
www.diakonie-wuerzburg.de/gzsz --> Evang. Beratungszentrum mit GZSZ Fachberatungsangebot

Albermann, K., Wiegand-Greife, S. & Winter, S. (2019). Kinderschutz in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. In *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 68, S. 6-26

Bayer. Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (2012). Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Erkennen und Handeln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte ([download](#))

Deneke, C. (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung*, S. 141-154. Gött., Hogrefe

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (2020). Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern. Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen ([download](#))

Lenz, A. (2021). Ressourcen fördern. Mentalisierungsbasierte Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. Gött., Hogrefe

Schrappe, A. (2018). Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern. Kompetent beraten, sicher kooperieren. Reihe Basiswissen Beratung. Weinheim, Basel, Beltz Juventa