

# Kinder psychisch erkrankter Eltern

Ute Ziegenhain

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie,  
Universitätsklinikum Ulm

„Kinder psychisch kranker Eltern aus der Perspektive der Kinder- und  
Jugendhilfe“

7. Fachtag des Projekts „Qualitätsentwicklung durch Berichtswesen“  
Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz, 18. März 2018

# Gliederung

---



Kinder psychisch erkrankter Eltern

Psychische Erkrankung und elterliche Beziehungskompetenzen

Vielfältiger und interdisziplinärer Unterstützungs- und Versorgungsbedarf

Fazit

# Erlebens- und Verarbeitungsweisen bei Kindern psychisch erkrankter Eltern

---



Lena, 4 Jahre

Überweisung des Kinderarztes in eine kinderpsychiatrische Ambulanz

- blutig gekratzte Arme, Beine und Oberkörper (teilweise entzündete Stellen; in den vergangenen sechs Monaten wiederholt beim Kinderarzt vorgestellt)
- Stimmungsschwankungen, häufig gedrückt, unglücklich, aber auch „clownhaftes“ Verhalten
- „kümmert“ sich auffallend um die Mutter, fragt, ob sie hungrig sei, malt ihr täglich ein Bild, fragt häufig: „Mama, hast Du mich lieb?“

## Beziehungsvorerfahrung

- Mutter nach Lenas Geburt chronisch an Depression erkrankt, bereits mehrere stationäre Aufenthalte
  - die Großmutter väterlicherseits kümmert sich um die Familie, sie sorgte während der Klinikaufenthalte der Mutter für Lena
    - wenn die Großmutter mit Lena unzufrieden ist, weist sie sie damit zurecht, dass ihr Verhalten die Mutter „krank mache“
- plausibel, dass
- Lena sich verantwortlich bzw. schuldig für die Erkrankung der Mutter fühlt
  - die selbst herbeigeführten Verletzungen sich als Selbstbestrafung interpretieren lassen

*(Jacobsen, 2005)*

## Kinder psychisch erkrankter Eltern

---

# Häufigkeiten

---



etwa 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche sind von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen

(von insgesamt 20 Millionen minderjährigen Kindern im Verlauf eines Jahres)

davon ca. 15% unter 3 Jahren

((Christiansen, Anding & Donath, 2014; Statistisches Bundesamt, 2011))

# Kinder psychisch erkrankter Eltern



unmittelbar: „dysfunktionales“ Elternverhalten (emotional zurückgezogen, übergriffig /aggressiv, widersprüchlich, Rollenkonfusion)

→ **chronischer** bzw. phasenhafter Verlauf (Rückkehr in Normalität eher selten):

Alter	Entwicklungsrisiken
Kleinkindalter	hochunsichere Bindung/Bindungsstörungen, Vernachlässigung, Misshandlung ( <b>Furcht !</b> )
Kindergarten- / Schulalter	Loyalitätskonflikte, Scham, Schuldgefühle, Parentifizierung, Isolation /Ausgrenzung durch Peers
Jugendalter	misslingende Autonomieentwicklung / Ablösung („schlechtes Gewissen“), Angst selbst zu erkranken

- Risiko genetischer Belastung (2-3fach erhöht) sowie erhöhtes Risiko, emotionale Verhaltensprobleme / körperliche Symptome, kinder- / jugendpsychiatrische Störung zu entwickeln (genetisch, aber auch unabh.)

- vielfältigste psychosoziale Belastungen (finanzielle Probleme, Trennung / Scheidung, kein tragfähiges Netzwerk .... )

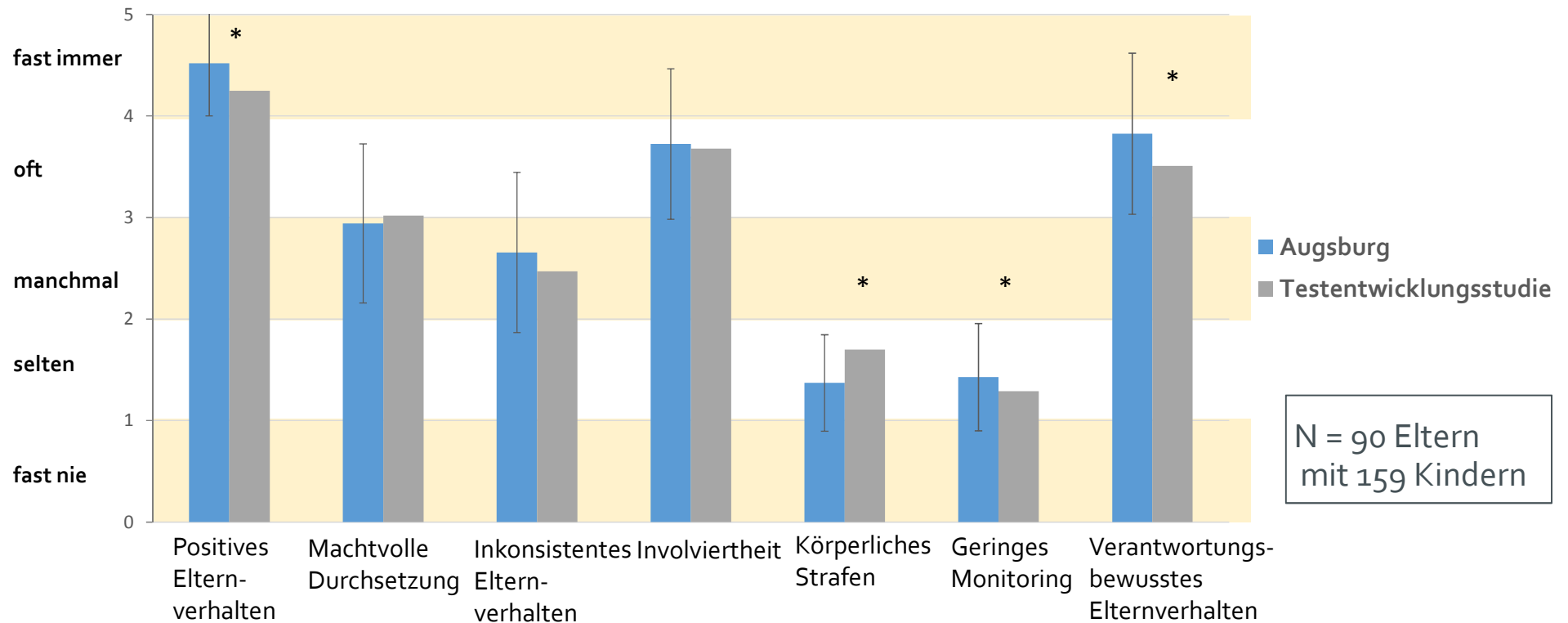
→ **chronische, vielfältige Belastungen, die kumulieren und miteinander in Wechselwirkung stehen / oft wenig Schutzfaktoren, die abpuffern können**

Psychische Erkrankung bedeutet **nicht**, dass Eltern nicht die Sorge und die Verantwortung für ihr Kind übernehmen können

Psychische Erkrankung von Eltern **kann** aber

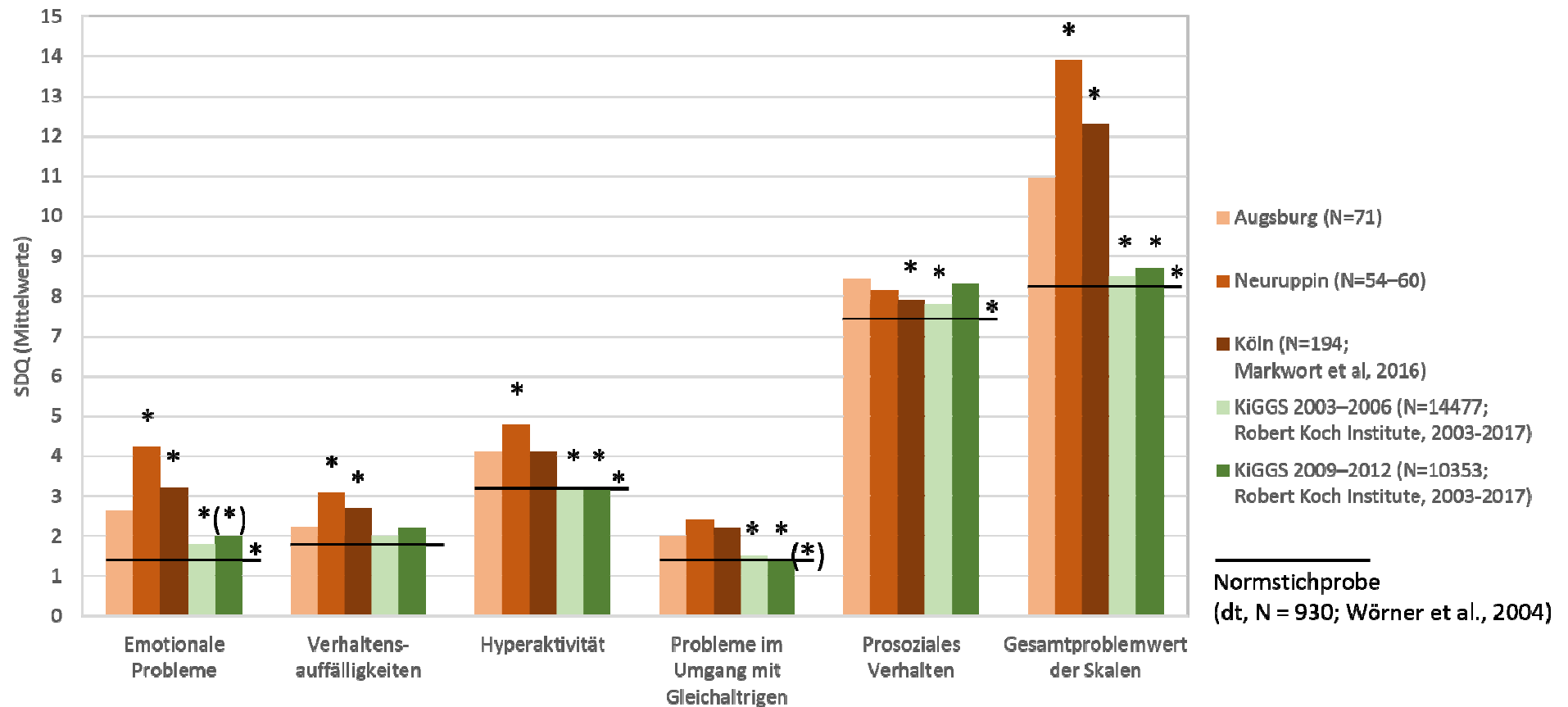
ihre intuitiven elterlichen Kompetenzen bzw. ihr feinfühliges Verhalten einschränken  
weitere atypische, dysfunktionale elterliche Verhaltensweisen begünstigen  
die alltägliche Versorgung und Pflege des Kindes einschränken

# Erziehungsstil aus Elternsicht (dt. Version Alabama Parenting Questionnaire, Reichle & Franiek, 2009)



Berechnung mit Mittelwerten der Stichprobe aus der Studie zur Entwicklung der deutschen Version (Reichle & Franiek, 2009; nicht normiert!): N = 373, Süddeutschland, Kinder: 5-9 Jahre

# Auftretenshäufigkeiten unauffälligen, grenzwertigen und auffälligen Verhaltens bei Kinder psychisch kranker Eltern (Elternsicht)



# Risiken für psychische Belastungen und Verhaltensproblemen bei Kindern



häufige Wechsel des Betreuungssettings

**keine stabile, emotional vorhersagbare  
Bezugsperson**

sozioökonomische Belastung (Armut, Arbeitslosigkeit) / psychosoziale Belastung

**Trennung/Scheidung, chronische  
Partnerschaftskonflikte**

Belastung durch Trennungsfolgen

Belastung durch vorausgegangene Traumata

Belastung durch Behinderung oder schwere Erkrankung eines Kindes

**psychische/ Sucht-Erkrankung der Bindungsperson**

**genetische Vulnerabilität**

# Risiken für psychische Belastungen und Verhaltensproblemen bei Kindern



häufige Wechsel des Betreuungssett

soz

Belas

Belas

Belast

psychi

→ Kumulation und Wechselwirkung von Risiken, die nicht durch Schutzfaktoren abgepuffert werden:  
**chronische, schwerwiegende Überforderungssituationen**

→ mangelnde/fehlende positive Beziehungsvorerfahrungen/  
**"emotionales Repertoire": eingeschränkte elterliche Beziehungs- und Erziehungskompetenzen**

(Kindler, 2007)

al vorhersagbare

lastung

he

gines Kindes

rankung der Bindungsperson

genetische Vulnerabilität

## Psychische Erkrankung und elterliche Beziehungskompetenzen

---

# Entwicklung vollzieht sich in Beziehungen

**Eltern-Kind-Beziehung** hat essentiellen Einfluss auf

 → Persönlichkeitsentwicklung

 → psychopathologische Entwicklungen in der Kindheit

.... und wird wiederum durch Persönlichkeit und Entwicklungsverlauf beeinflusst

weitgehende Übereinstimmung in den meisten Entwicklungstheorien

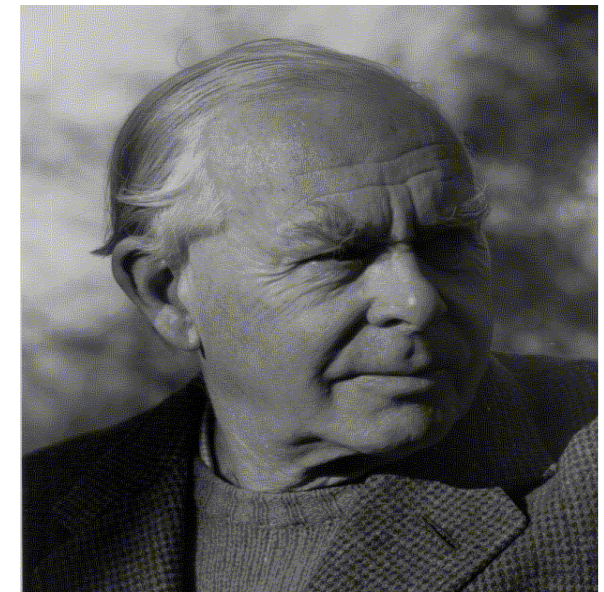
## entwicklungspsychobiologische Annahmen

### Bindung:

in der Evolution selektiv abgesicherte Disposition, sich an nahestehende und (emotional) verfügbare Bezugspersonen zu binden

- körperlicher Schutz (Überleben)
- Unterstützung der physiologischen, emotionalen Regulation und Verhaltensregulation

**„Entwicklungsaufgabe“ von Eltern“**



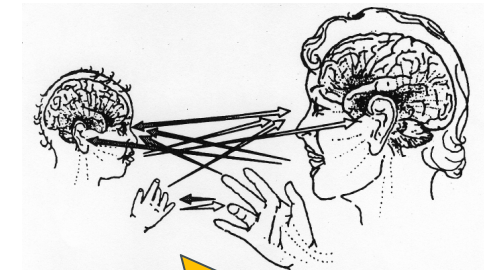
## Beziehungsbezogene Perspektive von Entwicklung

### Emotionale Verfügbarkeit

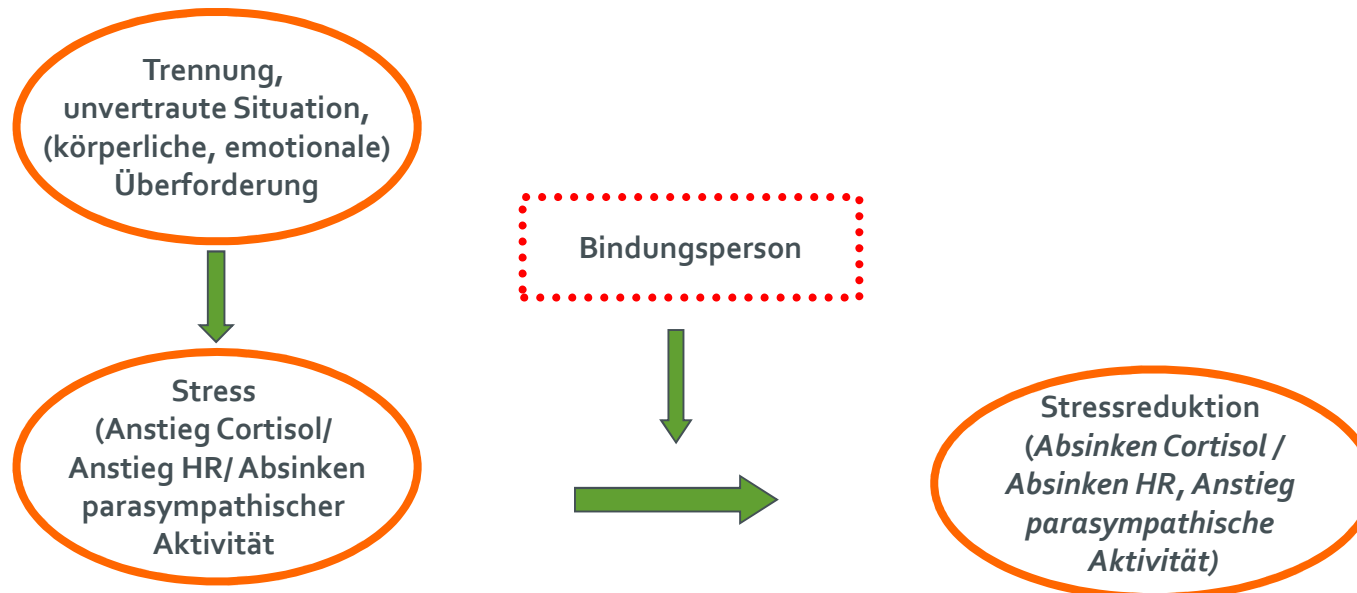
**Emotionsregulation** – zentraler Kern und Ziel früher Bindungsbeziehungen (Sroufe, 1996)

psychologische Sicherheit („**Felt Security**“) und **Stressregulation** in der Beziehung

→ bei Bedrohung der emotionalen Verfügbarkeit



psychobiologische  
Mechanismen zur  
Stressregulation



..... die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson ist gefährdet

---

.... wenn die Bindungsperson Quelle von Stress und Angst ist  
„nowhere to go“

bei dysfunktionalem Verhalten der Eltern

- fehlende emotionale Ansprechbarkeit / Unfähigkeit das Kind in belastenden Situationen zu trösten
- zurückgezogenes, selbstbezogenes, dissoziatives Verhalten
- negativ übergriffiges, aggressives Verhaltens
- (direkte / indirekte) Drohung, das Kind zu verlassen



..... die emotionale Verfügbarkeit der Bindungsperson ist bedroht

---

.... wenn die Bindungsperson die Quelle von Stress und Angst ist **„nowhere to go“**

bei dyfunktio-

→ z.B. dann, wenn Eltern selbst psychisch hoch belastet / traumatisiert sind

emotionale) Misshandlung und Vernachlässigung

- Bindungspersonen missachten die Bedürfnisse des Kindes nach Versorgung, Liebe und Zuwendung bzw. können diese nicht erfüllen
- auch: Versagen in der „Entwicklungsaufgabe“ das Kind zu schützen

→ **destruktive Entgleisung von elterlicher Fürsorge und Schutz in der Bindungsbeziehung**



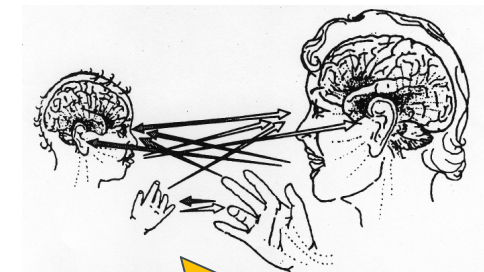
# Beziehungsbezogene Perspektive von Entwicklung

## Emotionale Verfügbarkeit

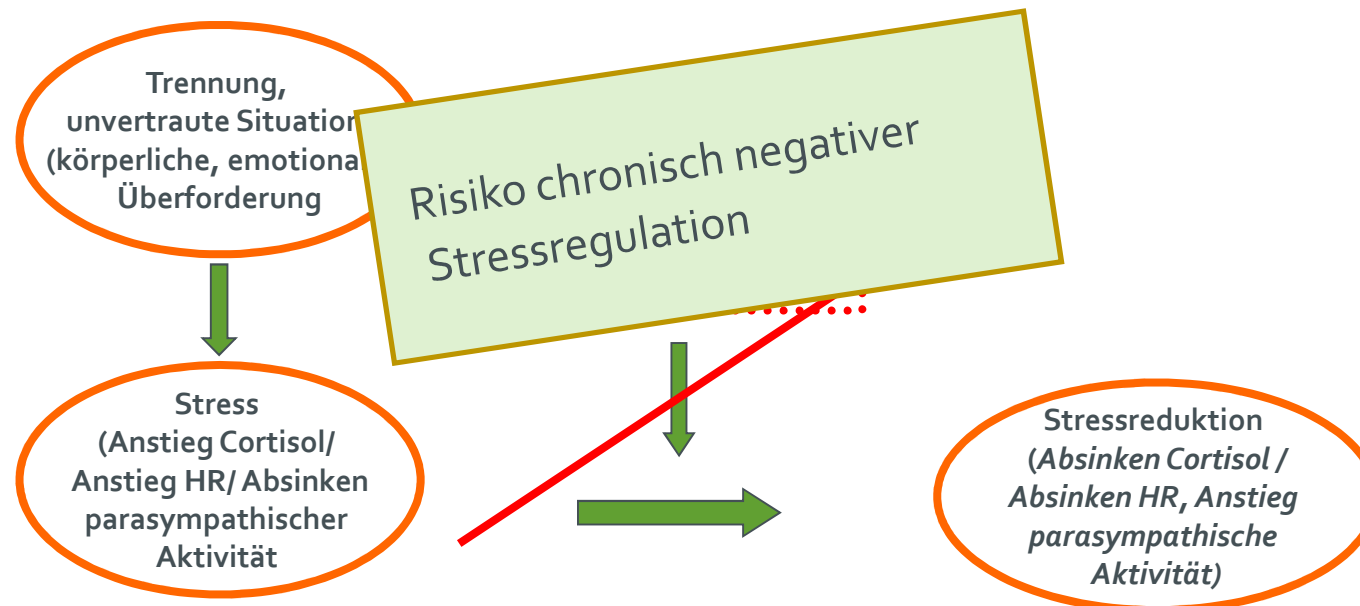
**Emotionsregulation** – zentraler Kern und Ziel früher Bindungsbeziehungen (Sroufe, 1996)

psychologische Sicherheit („**Felt Security**“) und **Stressregulation** in der Beziehung

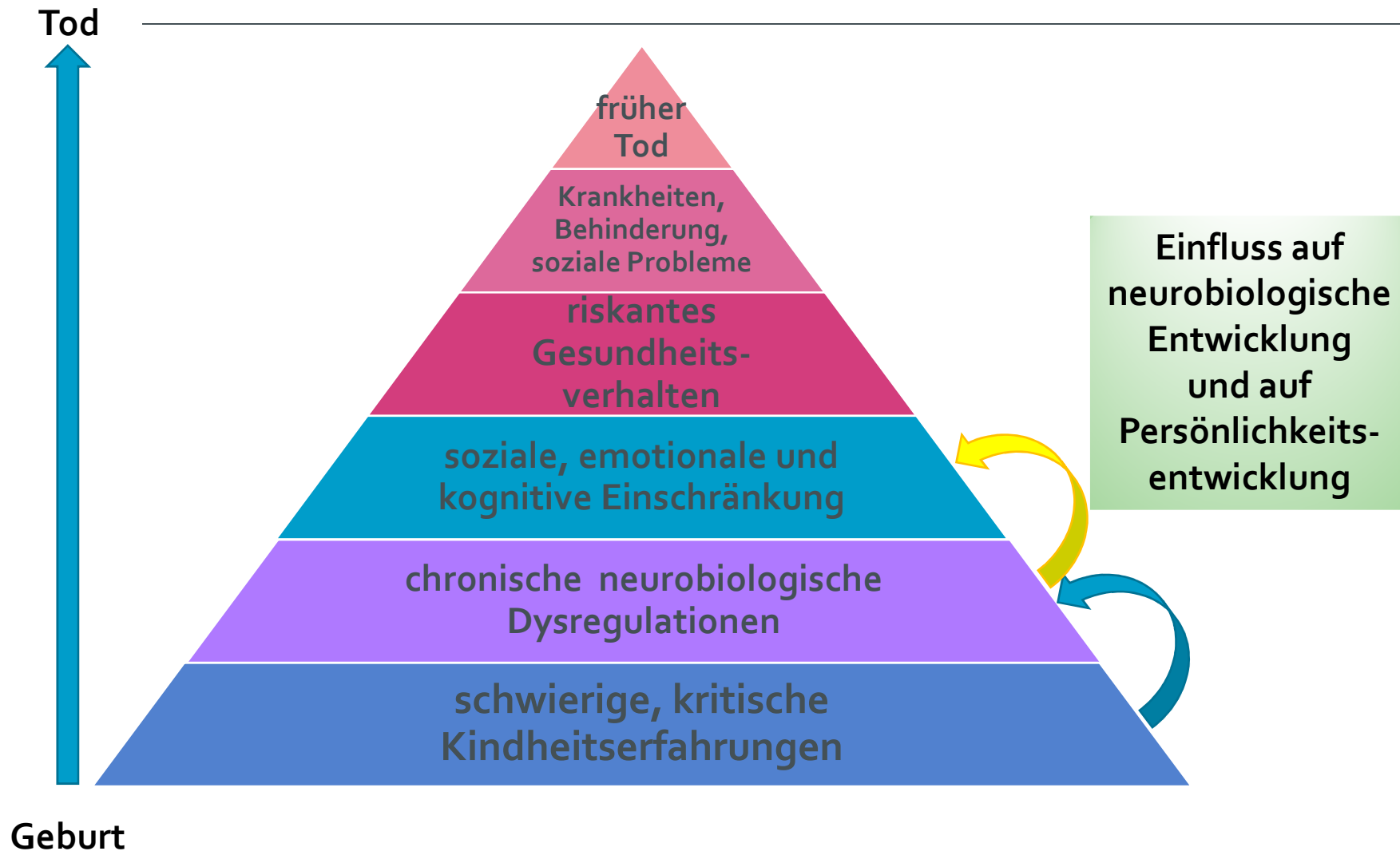
→ bei Bedrohung der emotionalen Verfügbarkeit



psychobiologische  
Mechanismen zur  
Stressregulation



# ACE-Pyramide (adverse childhood experiences (Felliti et al., 1998))



## Bandbreite elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen

---

Für gesunde Kinder in nicht extrem schlechtem Milieu gibt es so etwas wie „Good Enough Parenting“

Kinder sind in der Regel recht großzügig mit den Fehlern ihrer Eltern. Sie erwarten und benötigen keine „perfekten“ Eltern.

Dies gilt aber nur, wenn das Kind auch andere Ressourcen aktivieren kann außer der möglicherweise eingeschränkten elterlichen Kompetenz

Andere Bezugspersonen, wie Vater, Großeltern, Erzieherin etc. können einen Unterschied machen

**aber: chronisch dysfunktionales / kritisches Elternverhalten**

## Bandbreite elterlicher Beziehungs- Erziehungs-kompetenzen

---

Kontinuum von **positivem** bis sehr gefährdendem Verhalten  
(**Misshandlung/Vernachlässigung**)



Eltern erfüllen die Bedürfnisse ihres Kindes feinfühlig, empathisch und kompetent

→ „Good-Enough-Parenting“

Winnicott, 1949

Eltern misshandeln und vernachlässigen ihr Kind

**fließende Grenzen** zwischen angemessenem, belastendem und entwicklungsgefährdendem Verhalten von Eltern

**und:** Eltern „initiieren“ aktiv Fürsorgeverhalten beim Kind



## **psychisch belastete / suchtkranke Eltern**

insbesondere unter Stress Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse denen des Kindes unterzuordnen

unsicher, wie sie Grenzen setzen oder sich dem Kind gegenüber angemessen verhalten sollen

### **→ Überschreiten der Generationenschanke (Parentifizierung)**

Eltern „tragen ihrem Kind an“, sie zu trösten oder ihnen zu helfen

Abgeben der Elternrolle in Phasen von objektiv und subjektiv empfundenen Stressbelastungen

### **→ dann, wenn Kind – biologisch bedingt – besonders auf emotionale Unterstützung und Schutz angewiesen**



## So genanntes „überangepasstes Verhalten“ (Crittenden, 1992, 2007)



Was, wenn Eltern für das Kind emotional nicht erreichbar / emotional nicht „präsent“ sind?

z.B. depressive Episoden, suchtbedingte Zustände fehlender Ansprechbarkeit ...

→ Konflikt zwischen biologischer Angewiesenheit auf Schutz (innere Erregung, Angst) und „emotionale Unerreichbarkeit“ der Mutter

Entwicklung einer Strategie, die Mutter zu „erfreuen“, zu „unterhalten“ („Entertaining“) bis hin zu fürsorglichem Verhalten (**Parentifizierung**)

(lerntheoretisch ableitbar)

**„Aren't we happy, aren't we?“**

! Emotionsentwicklung –  
unzureichende / mangelnde Spiegelung  
Zugang zu eigenen Gefühlen ?





## So genanntes „überangepasstes Verhalten“ (Crittenden, 1992, 2007)

Was, wenn Eltern für das Kind emotional nicht erreichbar / emotional nicht „präsent“ sind?

z.B. depressive Episoden, suchtbedingte Zustände fehlender Ansprechbarkeit ...

→ Konflikt zwischen biologischer Angewohnheit  
Erregung, Angst

Ent  
zu „  
fürs

Kinder psychisch kranker Eltern wirken, trotz hoher  
psychischer Belastung, häufig unauffällig

(lerntheoretisch ableitbar)

„Aren't we happy, aren't we?“

! Emotionsentwicklung –  
unzureichende / mangelnde Spiegelung  
Zugang zu eigenen Gefühlen?



# Risikofaktor hochunsichere Bindung / Bindungsstörungen und Verhaltensprobleme

## **vorhersagbar aus dysfunktionalem Elternverhalten**

(3,7 mal häufiger unsicher-desorganisierte Bindung; Metaanalyse 12 Studien, 851 Mutter-Kind-Dyaden; Madigan, Bakermans-Kranenburg et al., 2006)

- aggressive und externalisierende Verhaltensproblemen bei Vorschul- und jungen Schulkindern
- erhöhtes Risiko für internalisierende Verhaltensprobleme während Kindheit und Jugendalter
- auch dissoziativer Symptomatik im Jugendalter

## **gehäuft bei Kindern psychisch kranker Eltern (Depression, Suchterkrankung, Persönlichkeitsstörung) Misshandlung**

(Lyons-Ruth & Jacobwitz, 2008; (van IJzendoorn et al., 1999; Rutter et al., 2009; Carlson, 1998; Moss et al., 2004)



# Krankheitsspezifische Aspekte elterlichen Beziehungs- und Erziehungsverhaltens

---



Depression/postpartale Depression

Schizophrenie

Bipolare Störungen

Persönlichkeitsstörungen

Angststörungen

Suchterkrankungen

PTBS und andere Traumafolgestörungen

**mehr unspezifische** als spezifische **Auswirkungen** auf das Kind, die jeweils durch (weitere) Risikofaktoren und kompensierende Faktoren modifiziert werden

Auswirkungen auf das Kind weniger von Diagnose der Eltern **abhängig**, sondern vom **Verlauf der Erkrankung, Schweregrad, Chronizität, Beginn der Erkrankung im Entwicklungsverlauf** und der individuellen/familiären Bewältigung der Erkrankung

stärkere Beeinträchtigung elterlicher Beziehungskompetenzen:

schizophrene > bipolare > unipolar affektive Störungen

akute psychotische Symptomatik und ausgeprägte Minus- Symptomatik

zusätzliche belastende psychosoziale Faktoren

# Psychische Erkrankung und Auswirkungen auf das Kind



mehr **unspezifische** als spezifische **Auswirkungen** auf das Kind, die jeweils durch (weitere) Risikofaktoren und **komplexe Zusammenhänge** entstehen werden

**... und:** je jünger ein Kind ist, umso höher ist das Risiko, dass es durch die psychische Erkrankung seiner Bindungsperson in seinen Erlebens- und Verarbeitungsweisen und/oder in seiner Entwicklung negativ beeinträchtigt wird

**... nicht** **primär** **beding** **und** **sondern** **indirekt** **über** **die** **Erkrankung** **der** **Bindungsperson** **und** **die** **Entwicklung** **der** **Kind**

stärkere Beeinträchtigung der **sozialen** **Beziehungskompetenzen:**

schizophrenie > bipolare > unipolar affektive Störungen

akute psychotische Symptomatik und ausgeprägte Minus- Symptomatik

zusätzlichen belastende psychosoziale Faktoren

# Interaktionsmuster bei Müttern mit depressiver Erkrankung (nach Christiane Deneke)

---



**Unterstimulation** (mangelnde Feinfühligkeit, wenig/keine Ansprache, flacher Affekt, verlangsamte Wahrnehmung und Reaktion)

**Überstimulation** (Kontrolle) mit

- überwiegend ( z.T. auch übertrieben) positivem Affekt
- ärgerlich-gereizten Tendenzen

**leichte Kränkbarkeit** (z.B. Abwendungs-/Belastungsreaktionen des Säuglings (Kopf-Abwenden) werden „persönlich“ und als Ablehnung interpretiert)

Selbstwahrnehmung der eigenen Kompetenzen ist stark eingeschränkt: Mütter mit depressiven Erkrankungen unterschätzen ihre Kompetenzen eher

keine Freude am Kind, innere Leere, Selbstabwertung („schlechte Mutter“), Selbstvorwürfe

# Interaktionsmuster bei Müttern mit depressiver Erkrankung (nach Christiane Deneke)



**Postpartale psychische Belastungen / Erkrankungen**

Unverändert: Schwangerschaft bietet keinen spezifischen Schutz davor, psychisch zu erkranken

Überwiegend: und die Zeit nach der Geburt birgt das höchste Risiko im Leben einer Frau, psychisch zu erkranken

leichter: so genannter „**Babyblues**“: Anpassungsreaktion leichterer Art bei 50-80% aller Frauen

Selbstdepressiv: **aber:** länger als 10 Tage → mehr als leichte depressive Verstimmung → umgehende Behandlung

(Kopf-Abwenden)

keine Freude am Kind, innere Leere, Selbstabwertung („schlechte Mutter“), Selbstvorwürfe

# Interaktionsmuster bei Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (nach Christiane Deneke)



**Unberechenbarkeit / Unvorhersagbarkeit** als ein Merkmal der Interaktion  
Interaktion folgt der eigenen Stimmung und den eigenen Impulsen

Wechsel zwischen:

- **Unterstimulation**
- **Überstimulation** (erstickende Zärtlichkeit, übergroße Nähe)
- Ablehnung (auch foppendes, nachäffendes Verhalten),  
Schwierigkeiten beim Umgang mit Nähe
- Rollenumkehr
- impulsivem Verhalten (Misshandlungsgefahr!)
- dissoziative (bizarre) Verhaltensweisen ( z.B. „Freezing“,  
seltsame Stimme, stereotypes Verhalten)

# Interaktionsmuster bei Müttern mit unverarbeiteten Traumata (nach Christiane Deneke)

---



Mütter mit Misshandlungserfahrungen und Traumatisierungen zeigen häufig unterschiedliche Störungsbilder, darunter fallen u.a.:

Posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen)

**Unberechenbarkeit / Unvorhersagbarkeit** als ein Merkmal der Interaktion

Säugling kann Erinnerungen an schmerzvolle Erfahrungen in der Kindheit wachrufen, verzerrte Wahrnehmung kindlicher Verhaltensweisen durch unbewusste Bedeutungszuschreibung, die aus der eigenen Biographie stammt

(„Gespenster im Kinderzimmer“)

dissoziative Verhaltensweisen (Aussteigen aus der Interaktion)

ängstliches Verhalten (z.B. Zurückweichen vor dem Säugling)

# Interaktionsmuster bei Müttern mit schizophrener Erkrankung (nach Christiane Deneke)



---

bei Minus-Symptomatik (Apathie, Sprachverarmung): Unterstimulation/ nicht / wenig feinfühlig

**! psychisch kranker Elternteil einzige Bindungsperson !**

Schwankungen zwischen Verzückung und Misstrauen, abrupt wechselnde affektive Zustände bei akuter Symptomatik (Gefährdungsrisiko für Mutter und Kind)

Denkstörungen können ebenso Gefährdung des Kindes bedeuten

häufig überfordert mit der alltäglichen Versorgung

Selbstwahrnehmung der eigenen Kompetenzen ist stark eingeschränkt: Mütter mit schizophrenen Erkrankungen überschätzen ihre Kompetenzen häufig

überhöhte, unrealistische und nicht entwicklungsangemessene Vorstellungen vom Kind und/oder Kind kann in ein Wahnsystem einbezogen sein

**! Kindeswohlgefährdung !**

# Interaktionsmuster bei Müttern mit schizophranen Kindern (nach Christiane Dennerlein, 2007)



## Krankheitseinsicht (Teresa Ostler, 2007)

### 1 Akzeptiert die Patientin die Behandlung

- a. immer oder fast immer (2)
- b. wechselhaft (1)
- c. überhaupt nicht (0)

### 2 Meldet sich die Patientin von sich aus, wenn Sie Behandlung braucht

- a. immer oder meistens (2)
- b. manchmal (1)
- c. nie (0)

### 3 Denkt die Patientin, dass sie psychisch krank ist?

- a. ganz bestimmt (2)
- b. möglicherweise (1)
- c. bestimmt nicht (0)

### 4 Erklärt die Patientin ihre Erkrankung

- a. plausibel (2)
- b. konfus oder weiß es nicht (1)
- c. irrational (0)

Scoring:

0 – 2 = geringe Einsicht

2 – 5 = mäßige Einsicht

6 – 8 = realistische Einsicht

! Kin

ung!

gen sein

on/ nicht / wenig

de affektive  
(nd)

Mütter mit

gen vom

## Vielfältiger und interdisziplinärer Unterstützungs- und Versorgungsbedarf

---

# Probleme in der Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern



---

Belastungen der Kinder werden häufig nicht erkannt (so genanntes „überangepasstes“ Verhalten; Crittenden, 2007)

adäquate Hilfe / kompetente Weitervermittlung wird nicht systematisch bzw. „zufällig“ vorgehalten

- auch abhängig davon, in welchem System Eltern gesehen werden (ob gute (sozial-)psychiatrische Versorgung schon vor Geburt oder nicht, etc.)

## **„Verbindlichkeit“ des Systems**

- notwendige Hilfen und Leistungen werden nicht verknüpft (kein „Hilfegebinde“ von niedrighschwelligen bis therapeutischen Hilfen)

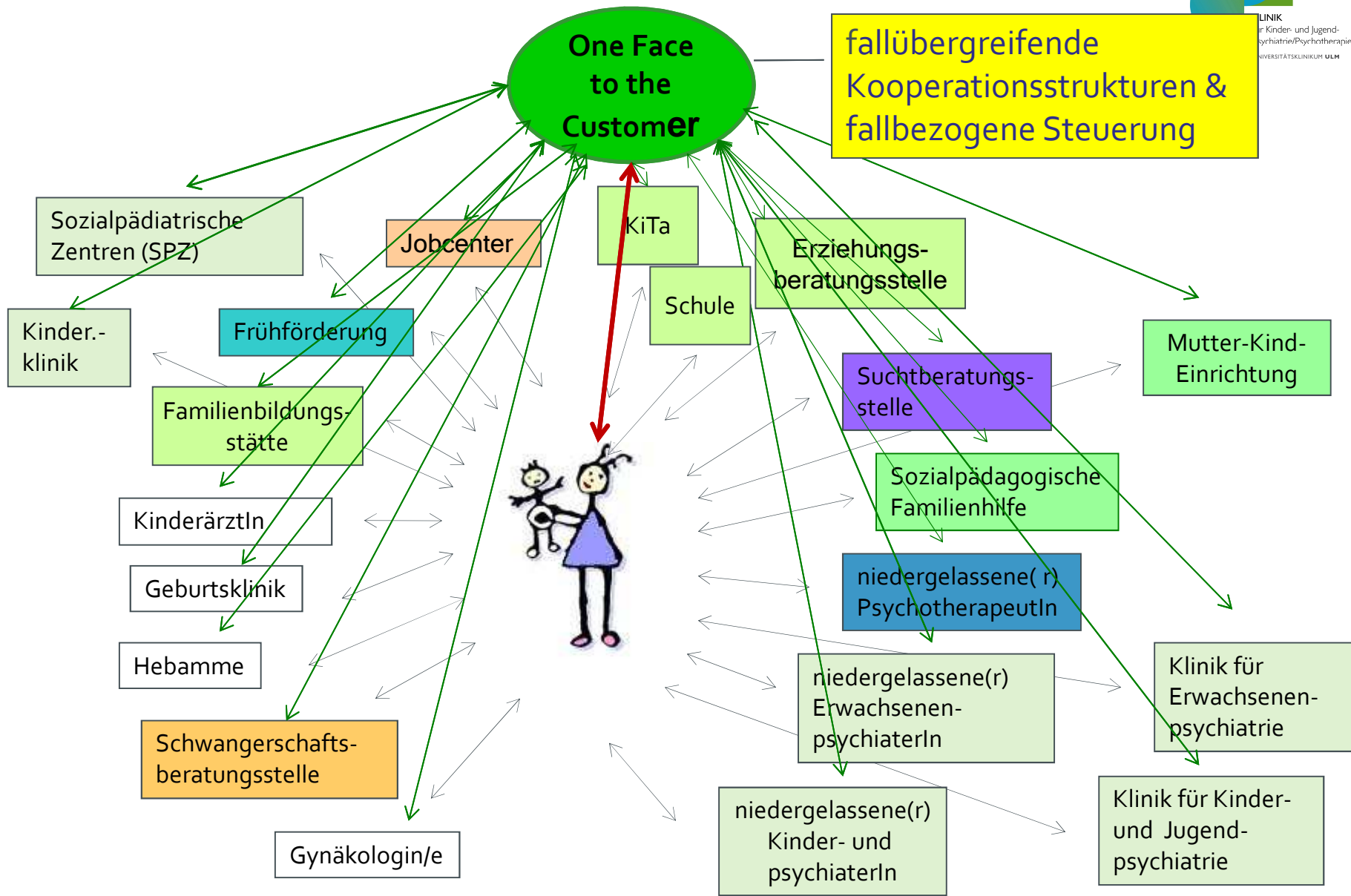
Eltern sehen häufig keinen Hilfebedarf

Hilfe- und Unterstützungsbedürfnisse sind heterogen und schwankend (von engmaschiger Versorgung über Krisen bis hin zu Phasen ohne Symptome und guten Elternkompetenzen)

- .....



# Hilfen und Versorgung aus einer Hand



# Vielfältiger und interdisziplinär abzustimmender Unterstützungs- und Versorgungsbedarf



zwingend sind vielfältige, qualifizierte und interdisziplinär ausgestaltete Hilfen und Leistungen

mindestens beteiligt: **Kinder- und Jugendhilfe**

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- psychologische Psychotherapie
- Suchthilfe
- Erwachsenenpsychiatrie
- Arbeitsagenturen
- Sozialhilfe
- Rehabilitation, Teilhabe
- Schule

SGB VIII

SGB V

SGB II

SGB XII

SGB IX

## Versäulte Systeme mit eigener Handlungslogik



... erschweren Unterstützung  
und Versorgung „aus einer Hand“

Quelle:  
[www.daischerja.ch/illusionentext.  
htm](http://www.daischerja.ch/illusionentext.htm)

# Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)



## Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

- § 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung
- § 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung
- § 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz
- § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

Änderungen in Vorschriften des SGB VIII, SGB IX,  
Schwangerschaftskonfliktgesetz

- **Stärkung präventiver Ansätze / Kooperation in lokalen Netzwerken Früher Hilfen**
- **Weiterqualifizierung der Einschätzung und Abwendung von Kindeswohlgefährdung**

**Verabschiedung 1.1.2012 / Bundesinitiative Frühe Hilfen**

Bundesstiftung  
Frühe Hilfen 

# Zwischenbericht Bundesinitiative Frühe Hilfen 2014 – Akteure des Gesundheitssystems in lokalen Netzwerken



Öffentlich finanzierte Institutionen

Gesundheitsamt

Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen

Allgemeiner Sozialer Dienst

Schwangerenberatungsstellen

→ in vier von fünf Netzwerken vertreten

aber:

Kinderärztinnen und Kinderärzte	66,1 %
niedergelassene Hebammen	64,7 %
Geburtskliniken	62,2 %
Kinderkliniken	49,2 %
Kliniken f. Erwachsenenpsychiatrie u. -psychotherapie	23,4 %
niedergelassene Erwachsenenpsychiater	16,8 %

# Arbeitsgruppe im Auftrag des Deutschen Bundestages



## ARBEITSGRUPPE KINDER PSYCHISCH UND SUCHTKRANKER ELTERN



### Abgestimmte Hilfen für die ganze Familie

#### KONTAKT



Geschäftsstelle

ARBEITSGRUPPE KINDER PSYCHISCH UND  
SUCHTKRANKER ELTERN

AFET –  
Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.

#### Gefördert aus Mitteln



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

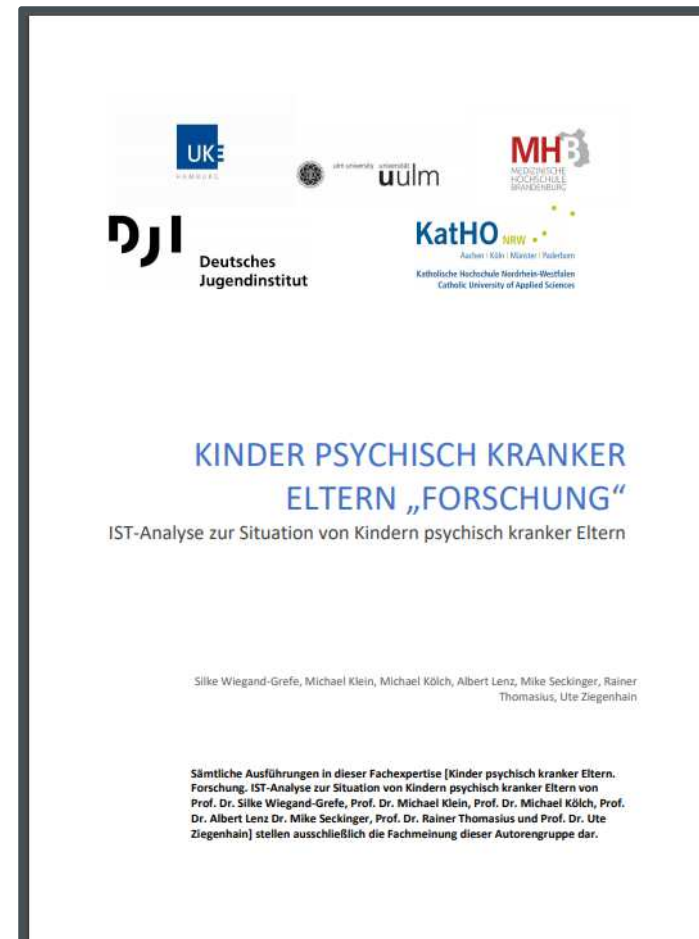
#### Unterstützt durch



Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales



Die Drogenbeauftragte  
der Bundesregierung



altersbezogene Unterstützung und Versorgung wenig spezifisch ausgebaut / altersspezifische Programme noch eher wenig vorhanden (Ausnahme: Frühe Kindheit in den Frühen Hilfen)

Leuchtturm-/Modellprojekte versus Regelversorgung

geschlechtsspezifische Aspekte / Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bei der Konzeptualisierung von Unterstützungen bislang nicht systematisch berücksichtigt

Desiderat: junge Erwachsene - Lücken beim Übergang in Versorgungssysteme Erwachsene (Änderungen in den Sozialleistungen, „Systemlogiken“)

Generell: keine systematischen „Versorgungspfade“ in der Regelversorgung / wenig systematische und interdisziplinäre Vernetzung bzw. Abstimmung der Angebote / wenig aufeinander abgestimmte primär präventive und spezifische Versorgungsangebote

## (Entwicklungsalters-) spezifische Unterstützung und Versorgung



Altersbereich	entwicklungsspezifische Ansatzpunkte / Befunde	Angebote und Strukturen
Schwangerschaft Geburt, Neugeborenenphase	systematische, präventive Beratung und Gesundheitsversorgung	Frühe Hilfen / ambulante, stationäre Mutter-Kind-Behandlung unzureichend
Säuglings- und Kleinkindalter	Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen / interdisziplinär zusammengesetzte Angebote	Elternprogramme teilweise implementiert + evaluiert; Frühe Hilfen als Modell
Vorschulalter / mittlere Kindheit	Psychodokumentation und „settingübergreifende“ Gestaltung von Hilfen (Kita, Schule, etc.), gezielte Entwicklungsförderung	wenig, primär elternbezogene Programme /wenig interdisziplinäre Strukturen
Jugendalter	vermehrt selektiv-präventive Versorgung, mehr chronifizierte Belastungen	abgestimmte universell + selektiv präventive Angebote fehlen / wenig interdisziplinäre Strukturen

# Handlungsbedarf: (Entwicklungs-) altersspezifische Versorgungsangebote und Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern entwickeln und vorhalten

notwendig sind

niedrigschwellige und präventive Angebote

zur **Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen**

für die frühe Kindheit (gut evaluiert; vgl. Ziegenhain, Fegert & Möhler, 2012)

- z.B.: Entwicklungspsychologische Beratung  
(Ziegenhain et al., im Druck)

STEEP (Suess et al., 2016)

für ältere Kinder

- z.B. Video-Hometraining (Scheper & König, 2000), CHIMPs (Wiegand-Grefe et al., 2015; Trampolin (Klein et al.), etc.

Entwicklungen in  
den Frühen Hilfen  
als Modell

→ **(alters-) spezifische Bausteine** (entwicklungsbezogene Unterstützung)

→ **präventiver, aber auch therapeutischer Charakter**

→ **flexibel in bestehende Regelangebote integrierbar** und ergänzen diese  
(insbesondere Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Kinder- und Jugendhilfe (vgl. auch Reck, 2007; Franz, 2005)

**bisher nicht hinreichend systematisch und in die Breite etabliert**



# Arbeitsgruppe im Auftrag des Deutschen Bundestages



## ARBEITSGRUPPE KINDER PSYCHISCH UND SUCHTKRANKER ELTERN



### *Abgestimmte Hilfen für die ganze Familie*

#### KONTAKT



Geschäftsstelle

ARBEITSGRUPPE KINDER PSYCHISCH UND  
SUCHTKRANKER ELTERN

AFET –  
Bundesverband für Erziehungshilfe e.V.

#### Gefördert aus Mitteln



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

#### Unterstützt durch



Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales



Die Drogenbeauftragte  
der Bundesregierung



## Fazit

---

---

Psychische Erkrankung bedeutet **nicht**, dass Eltern nicht die Sorge und die Verantwortung für ihr Kind übernehmen können

**viele psychisch kranke Eltern gehen gut und adäquat mit ihren Kindern um**  
bzw. sind in unterschiedlichen Krankheitsphasen ggf. unterschiedlich kompetent

Die **Chronizität**, der **Schweregrad** und der **Verlauf** einer psychischen Erkrankung von Eltern dürften weitgehend beeinflussen, inwieweit und in welchem Ausmaß sich diese negativ auf ihre **Beziehungskompetenzen** und darüber vermittelt auf **Erleben, Verhalten und Entwicklung des Kindes** auswirken

**Eindeutige** Interaktionscharakteristika im Zusammenhang mit bestimmten psychischen Störungen lassen sich bislang nicht identifizieren, jedoch sind **Muster** beobachtbar

→ jeder Fall muss individuell angeschaut werden !

## Kinder psychisch kranker Eltern brauchen gewöhnlich

- **sowohl** niedrigschwellige **als auch** hochschwellige Angebote aus unterschiedlichen Sozialsystemen

**passgenaue „Hilfebinde“**

- lückenlose und flächendeckende Unterstützung
- über alle Altersstufen hinweg

→ **ggf. von der frühen Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter**

## **aber:** Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern **unzureichend**



Familien mit einem psychisch kranken Elternteil sind – fachlich und strukturell - **massiv unterversorgt**

**trotz** - vielfältiger kommunaler Angebote, Initiativen, Modellprojekte, beeindruckenden ehrenamtlichen Engagements



**es mangelt an**

- angemessenen und spezifischen Unterstützungen und Leistungen aus allen relevanten Sozialleistungssystemen
- insbesondere Koordinierung und Vernetzung von interdisziplinären Leistungen

→ **interdisziplinär angelegtes und flächendeckendes Unterstützungssystem, welches ein breites Spektrum an qualifizierten Hilfen und Leistungen abdeckt**

→ **Hilfen aus einer Hand**

→ **Frühe Hilfen als Modell für interdisziplinäre und individuell passgenaue Unterstützung bis ins junge Erwachsenenalter**

.... und: weg vom „Schubladendenken“: Unterstützung und Versorgung aus der Perspektive von Kindern und Jugendlichen heraus gestalten



.... und: Resilienz fördern

Fähigkeit, vorhandene  
Mechanismen zur Bewältigung  
alterstypischer  
Entwicklungsaufgaben zu aktivieren  
– trotz schwieriger Umstände

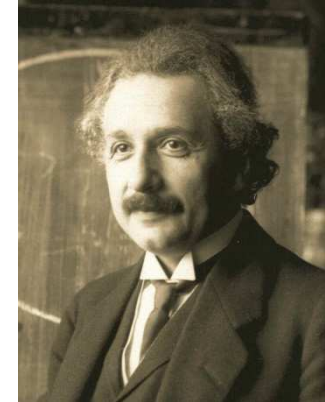


(Luthar, 1997, 2003; Masten & Powell, 2003; Petermann & Schmidt, 2006)

„Es gibt keine großen Entdeckungen  
und Fortschritte, solange es noch  
ein unglückliches Kind auf Erden gibt.“

Albert Einstein

\* 1879 Ulm



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!