

# Kinder von psychisch kranken Eltern

Vortrag Dornbirn 29.11.23  
ORF – Vorarlberger Kinderdorf

Polina Hilsenbeck, Dipl.Psych., bis 2016  
FrauenTherapieZentrum - FTZ München

[www.polina-hilsenbeck.de](http://www.polina-hilsenbeck.de); [www.ftz-muenchen.de](http://www.ftz-muenchen.de)

# Viele Fragen - erste Antworten

- Es gibt keine ausschließlich an der Diagnose orientierten Kriterien und Verläufe –
- Viel wichtiger sind Grundfähigkeiten der betroffenen Eltern wie Empathie in die Bedürfnisse des Kindes und Bindungsfähigkeiten sowie...
- Einsicht und Kooperationsfähigkeit mit den UnterstützerInnen
- Besonders zu beachten ist das **Alter** der Kinder (sie leben oft bereits seit Geburt mit verstörten Eltern ...)
- **UND verfügbare stabile** Bezugspersonen
- 
- **Achtung: häufiger „problematisches Pairing“**

# Störungsgruppen

- ❖ Postpartale Depression nach /ohne Vorerkrankung
- ❖ Postpartale Psychose mit/ohne Vorekrankung/phasen
- ❖ Zyklische affektive Erkrankung (mit Manie)
- ❖ Schizophrene, paranoide, schizoaffektive Störungen
- ❖ Psychotische Störungen, Wahnbildung (Phasen – chronisch)
- ❖ Posttraumatische Störungen – KTFS - Dissoziation
- ❖ Angst- und Zwangsstörungen
- ❖ Persönlichkeitsstörungen (PS) (Borderlinetypus, abhängige, narzisstische, paranoide, antisoziale, schizoide ... PS)
- ❖ **Häufiger: nicht diagnostizierte Störungen – entscheidendere Phase für Prävention!**

# Sorge der Eltern und (größerer) Kinder: „Ist das erblich?“

- *Das Erbe der NS-Zeit und*
- *Überzogene Versprechen der Genforschung*
  
- *Vererbt werden genetische Muster - für eine Erkrankung sind immer mehrere Gene und Muster zuständig (%-Risiken)*
- *aber: epigenetische Stressmarker*
- *Risiken potenzieren einander: Armut, Bildung, Gewalt, Flucht, frühe Verluste, Behinderung...*
  
- *Wesentlichere Weitergabe über die Bindung!*
- *Transgenerationale Weitergabe*
- *(Sinnes)Behinderungen der Kinder behindern evtl. die Bindungsentwicklung*

copyright: Polina Hilsenbeck

München



# Hauptgruppen von beeinträchtiger/ gestörter Bindungs- und Erziehungsfähigkeit

- ❖ Emotionale Instabilität - zeitweise (Affektive Störungen wie Depression, Zylothymie, schizoaffektive Störung)
- ❖ Ständige emotionale/Verhaltens- Instabilität (Persönlichkeitsstörungen wie Borderline oder dissoziale Störung)
- ❖ Ständig wechselnde Interaktionsmuster und Verhalten - Dissoziation
  
- ❖ Angst und Paniksyndrom, Zwänge: Einengung
- ❖ Einbeziehen des Kindes in Wahnsysteme
- ❖ Realitätsverlust bei psychotischen Phasen (schizoaffektive und psychotische Störung, drogeninduzierte Psychosen, teilweise auch bei Persönlichkeitsstörung)

- ❖ Emotionale Distanziertheit, Fremdheit, inadäquate Resonanz/Affekt (schizoide Persönlichkeitsstörung, Formen von Schizophrenie, postpartale Störungen)
- ❖ Vernachlässigung; vorübergehend z.B. bei posttraumatischer Störung (Flüchtlinge, Frauenhaus), chronisch z.B. bei Psychose plus Sucht
- ❖ Traumafolgen (Gewalt; Krieg, Flucht, Katastrophen): Übererregung, Alpträume, Schlafstörungen, Flashback „Filme“ einerseits, Abstumpfung und Teilnahmslosigkeit andererseits; Somatisierungssyndrom; Dissoziation (Abspaltung, Erinnerungslücken, Zeitlücken, fehlendes Körpergefühl)
- **Wir müssen also sehr genau, und in Kooperation ..**
- ❖ **→ Störung der Bindungsfähigkeiten, gestörte Resonanz beobachten und einschätzen**

# Grundsätzliches ↔ Konsequenz Hilfen: Einsichtsfähigkeit/Kooperation

- ❖ Nur wenige psychische Störungen sind dauerhaft ohne gesunde Phasen
- ❖ Es gibt unterschiedliche Ausprägungen!
- ❖ Entscheidender ist Kooperationsfähigkeit der Eltern und des Umfelds
- ❖ Langfristige fehlende Krankheitseinsicht oder Leugnen einer Schädigung der Kinder kommt vor und sind riskant
- „Inseln der Klarheit“, gesunde Phasen für Motivierung, Hilfeplanung, Krisenpläne (MüPE) und Krankheitseinsicht nutzen
- „Unspezifische Hilfen aufbauen (Schule, KiTa, Nachbarn; Hausaufgabenhilfe; Sport, Musik)
- Mit Rückfällen und der Instabilität rechnen!
- Inobhutnahme/Fremdunterbringung kann erster Schritt zur Kooperation sein

# Was wissen wir?

*(High risk-Forschung medizinisch ↔ Ressourcen;  
Kinderpsychiatrie – Juristische Forschung – wenig  
sozialpädagogische oder sozialpsychiatrische Forschung)*

## **Risikofaktoren:**

- ❖ **Höheres Risiko für Kinder psychisch kranker Eltern, selbst psychisch auffällig zu werden**
- ❖ **Ein- bis zwei Drittel der Kinder in Kinder- und Jugendpsychiatrie haben psychisch kranke Eltern**
- ❖ **Risiko bei schizophrenen Eltern 10-15% (wenn beide erkrankt 35-50%)**
- ❖ **Risiko bei depressivem Elternteil 23-38%**
  
- ❖ **Einfluss der Mütter wegen gesellschaftlicher Arbeitsteilung in der Regel stärker**
- ❖ **Psychische Erkrankung der Eltern ist nur ein Risikofaktor neben anderen, die sich gegenseitig bedingen und verstärken**
- ❖ **Schwere und Chronizität der Erkrankung entscheidend, Beginn und Verlauf, sowie junges Alter des Kindes bei Beginn**

# Mögliche Schädigungen Kinder

- ❖ Bindungs- und Gedeihstörungen
- ❖ Ängste, Orientierungsverlust
- ❖ Vernachlässigungs-, Verwahrlosungssyndrome, Distanzlosigkeit
- ❖ Schuldgefühle (Krankheit der Mutter zu verursachen)
- ❖ Scham, Rückzug von peer group und Nachbarschaft
- ❖ Zerrissenheit durch Loyalitätskonflikte
- ❖ Konzentrationsstörungen, Schulprobleme
- ❖ Einbindung in extremes oder verzerrtes Weltbild
- ❖ Isolierung, Abschottung der Kinder von Umwelt
- ❖ Rückzug oder aggressives Stören
- ❖ Gewalt gegen andere Kinder (selten)
  
- ❖ Also alles → → →



# Weitere Risiken für die Kinder

- ❖ Sexualisierte Gewalt gegen die Kinder durch Partner ausgeblendet – multiple Störungen bei den Kindern
- ❖ Sehr geringe Anzahl von tatsächlicher Kindstötung (schwere Depression, erweiterter Suizid, destruktive befehlende Stimmen)
- ❖ Alkohol, Drogen und Gewalt – Doppelproblematiken – > Risiko steigt stark
- ❖ Risiken durch Partner – „problematisches Pairing!“
  - **Diese Risiken unbedingt auch medizinisch abklären lassen**
  - **engere Kontrolle durch Jugendamt**



# Scheinbar nicht geschädigte Kinder

- Kinder haben starke Bewältigungsstrategien
- Und suchen sich wenn irgend möglich Freiräume, Entwicklungen und Ressourcen
- *Nicht nur die auffälligen Kinder sind belastet, sondern auch die stillen und überkompensierenden: auch diese brauchen Entlastung und Hilfen*
- ❖ Überkompensieren: Reife, Selbständigkeit - aber:
- ❖ Überforderung, für Eltern und Geschwister in Krankheitsphasen zu sorgen (Parentifizierung)
- ❖ Brüchiges Fundament bei hohen und bestens entwickelten sozialen und kognitiven Kompetenzen

# Protektive Faktoren

- neben dem Krankheits-geschehen **entscheidender** für Art und Ausmaß von Schädigungen sowie deren Bewältigung

- ❖ **Alter des Kindes!!**
- ❖ Bindungs- und Resonanzfähigkeit der Eltern
- ❖ Verfügbarkeit einer anderen stabilen Bezugsperson für das Kind
- ❖ Schule und KiTa
- ❖ Früherkennung → früher Einsatz sozialer Hilfen
  
- ❖ Möglichkeit, unbeschwert Kind zu sein
- ❖ Intelligenz, soziale Kompetenzen, allgemeine Gesundheit, Attraktivität der Kinder
- ❖ Aufklärung und Aussprache für das (ältere) Kind und Entlastung von Verantwortung für die Eltern
- ❖ Finanzielle Ressourcen, soziales Netz
- ❖ **stabile Lebensbedingungen ...**

# Ressourcen bei den Eltern

- ❖ **Basale Bindungs- und Resonanzfähigkeit – kommt noch vor den Erziehungsfähigkeiten! Stillen löst hohe Oxytocin-ausschüttung und damit starke Bindungsimpulse aus**
- ❖ **Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft**
- ❖ **Ausreichend hohe Medikation; möglichst gering beeinträchtigte Aktivität und Schwingungs- und Beziehungsfähigkeit**
- ❖ **Kooperationsbereitschaft mit BSA, JH, Psychiatrie**
- ❖ **Realistischer Umgang mit Schuldgefühlen**
  
- ❖ **Hilfen für die Eltern bezüglich der Interaktion mit den Kindern – und alle materiellen und sozialen Hilfen**
- ❖ **Verfügbare oder aktualisierbare Kompensations- und Copingstrategien in der Familie**

# Handlungsebenen

- **Risiko- UND Ressourcen-Checkliste erstellen**
- Ressourcen erkennen - verknüpfen - aktivieren - erweitern - pflegen
- Kinder nicht pathologisieren (lassen)
- Dort ansetzen, wo Kooperationsbereitschaft besteht, Vertrauen aufbauen, Familie stärken
- Fallbezogene Netzwerke aufbauen
- Zuständigkeiten absprechen

➤ -> -> Institutionelle Kooperation zwischen Hilfesystemen (stationäre/ambulante Sozialpsychiatrie, BSA, Familienhilfen, Migrationsdienste, Schule/KiTa, Selbsthilfe ...)

# Elterngespräche konstruktiv gestalten

mit Diagnose – ohne Diagnose –  
mit - ohne Einsicht in die eigene Störung...

**Das Kontroll- und Unterstützungsdreieck**

# Das Gespräch mit den Eltern

## ❖ Ziele des Gespräches:

1. Vertrauen der Eltern gewinnen
2. Sensibilisierung der Eltern für die Situation und Bedürfnisse des Kindes
3. Bereitschaft, Unterstützung für sich und das Kind zuzulassen
4. Klarheit bzgl. der Chancen und der Konsequenzen vermitteln

## ➤ DolmetscherIn organisieren!

Quelle: Broschüre "Kinder psychisch kranker Eltern – Ein Thema für die Schule!". Von Katja Beeck\*



# Wichtige Aspekte Elterngespräch 1

- Ruhige Gesprächsatmosphäre schaffen
- Beginn: positive Verhaltensweisen des Kindes und der Eltern-Kind-Interaktion benennen
- Davon ausgehen, dass die Eltern das ihnen Bestmögliche für ihre Kinder wollen und tun
- Erläutern Sie aktuelle Probleme des Kindes und deren spätere Folgen, fragen Sie nach Ursachen
- Behutsames Ansprechen der (vermuteten) psychischen Problematik, Verständnis vermitteln für die Situation der Eltern, für Gewalt- und traumatische Belastungen.
- **bewusstes Umgehen mit eigenen Resonanzen/ Gegenübertragung: Supervision**
- **Selbstreflexion: „mit wem identifiziere ich mich gerade?“**

# Aspekte Elterngespräch 2

- Nehmen Sie Ängste und Widerstände der Eltern ernst. Verbalisieren Sie diese, als Frage, legitimieren sie diese („kann ich verstehen ...“)
- Zeigen Sie den Eltern ihr Rechte, und Wege auf, Unterstützung für sich und die Kinder zu holen, zeigen Sie ihnen Hilfeanträge
- Sprechen Sie mit den Eltern konkret über Bedürfnisse der Kinder
- Regen Sie Vorsorgemaßnahmen, Notfallpläne an
- Besprechen Sie, ob auch die/der behandelnde ÄrztIn mit dem Kind sprechen soll
- Klarstellen: Sie behalten die Situation des Kindes im Auge und
- Sie setzen Grenzen (wenn nötig: Konsequenzen bei fehlender Kooperation).

# Gesprächsführung 3

- **Prioritäten setzen („innere Agenda“)**
- **– und dort ansetzen wo Eltern mitgehen**
- **Versuchsballons, Motivationale Gespräche**
- **In Krisenplänen, Gutachten, Feedback das gesamte Umfeld mit berücksichtigen**
- **Stärken und Sicherheiten der Kinder wie der Familie herausarbeiten**
- **Widersprüche, Dilemmata formulieren und legitimieren – und erst mal aushalten helfen**
- **UND – statt JA ABER**
  
- **Informieren relevanter Bezugspersonen**
- **Schweigepflicht beachten, ggf. Teilentbindung**
- **Gemeinsame Gespräche mit Schlüsselpersonen**

# Sorge der Eltern und Kinder: „Bin ich schuld?“

- *„Die Mutter ist an allem schuld!“, insb. die muslimische*
- *„schizophrenogene Mutter“ ff*
- *Die Frage von Schuld(zuschreibungen) ist ernst zu nehmen, aber in Richtung Verantwortung zu entwickeln*
- *Aufklären – „einerseits sind Sie überzeugt dass ... und, da haben wir die Wissenschaft .... Ich erzähl Ihnen mal eine Geschichte“*
- *s. obige Folien*

# Was Sie nicht tun sollten

- Kurzschlüsse: es gibt keine direkte und eindeutige Zuordnung vom Verhalten der Kinder zu psychischer Erkrankung, Suchtmittelmissbrauch, Gewalt, Vernachlässigen oder sexualisierter Gewalt der Eltern!
- Die Eltern diagnostizieren – das ist nicht Ihr Job
- Pathologisieren oder Polarisieren - nur die Defizite oder nur die Stärken hervorheben
- Dramatisieren, Hektik verbreiten
- Verharmlosen - Tabuisieren
- Ethnisieren von Störungen, Pathologisieren von kulturell bedingtem Verhalten
- „Lonesome heroe“, Alleingänge
- Zu viel versprechen und nicht einhalten können
- Grenzverletzungen begehen



# Fazit: Prävention!

## Ressourcen und Resilienz fördern - der Kinder und der Eltern

- ❖ **Frühe Bindungsqualität entscheidend: Schädigungen sind bereits in den ersten Lebensmonaten zu beobachten (Gedeih-St., kognitive und sozial-emotionale Entwicklung)**
- **Je früher die Hilfen einsetzen, desto besser: Kooperation mit Hebammen, Mütterdiensten, BEW, psych. Kliniken, Geburtsstationen, Unterkünften für Geflüchtete, etc. aufbauen**
- ❖ **Die Interaktion von den Eltern zum Kind ist im frühen Kindesalter die entscheidende Vermittlungsfunktion - für Schädigungen als auch für Gedeihen**
- **Unterstützung anbieten, die Eltern entlasten, und v.a. Unterstützung im Kontakt mit Kindern aufbauen (Video, Modell, Feedback, Elternkurse, SAFE-Training)**



# Materialien, links

- [www.kipse.de](http://www.kipse.de)
- *“Wenn Deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss..?” für Kinder und Eltern; beim Dachverband Psychosozialer Hilfevereinigungen Bonn.*
- *Ryan/Walker: Wo gehöre ich hin? Biografiearbeit mit Kindern und Jugendlichen, 1997. Beltz Verlag, Weinheim.*
- *Zahlreiche Kinderbücher im Mabuseverlag*
- *Lenz, A. u.a.: Broschüre „Hilfen für Helfer“, Sozialforschung; Fachbücher: [www.kfhnw.de/paderborn/sozialwesen](http://www.kfhnw.de/paderborn/sozialwesen)*
- [www.Netz-und-Boden.de](http://www.Netz-und-Boden.de) (Material für Unterricht, Kinderbücher, Erwachsene)
- [www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de) (Unterrichtsmaterial)
- [www.openthedoors.de](http://www.openthedoors.de) Lernpaket „psychisch Kranke“ für Schulen
- [www.bzga.de](http://www.bzga.de) (Kindergesundheit, Suchtprävention, Büchlein für Kinder von AlkoholikerInnen)