

---

# Psychisch kranke und geistig behinderte Eltern von Säuglingen und Kleinkindern

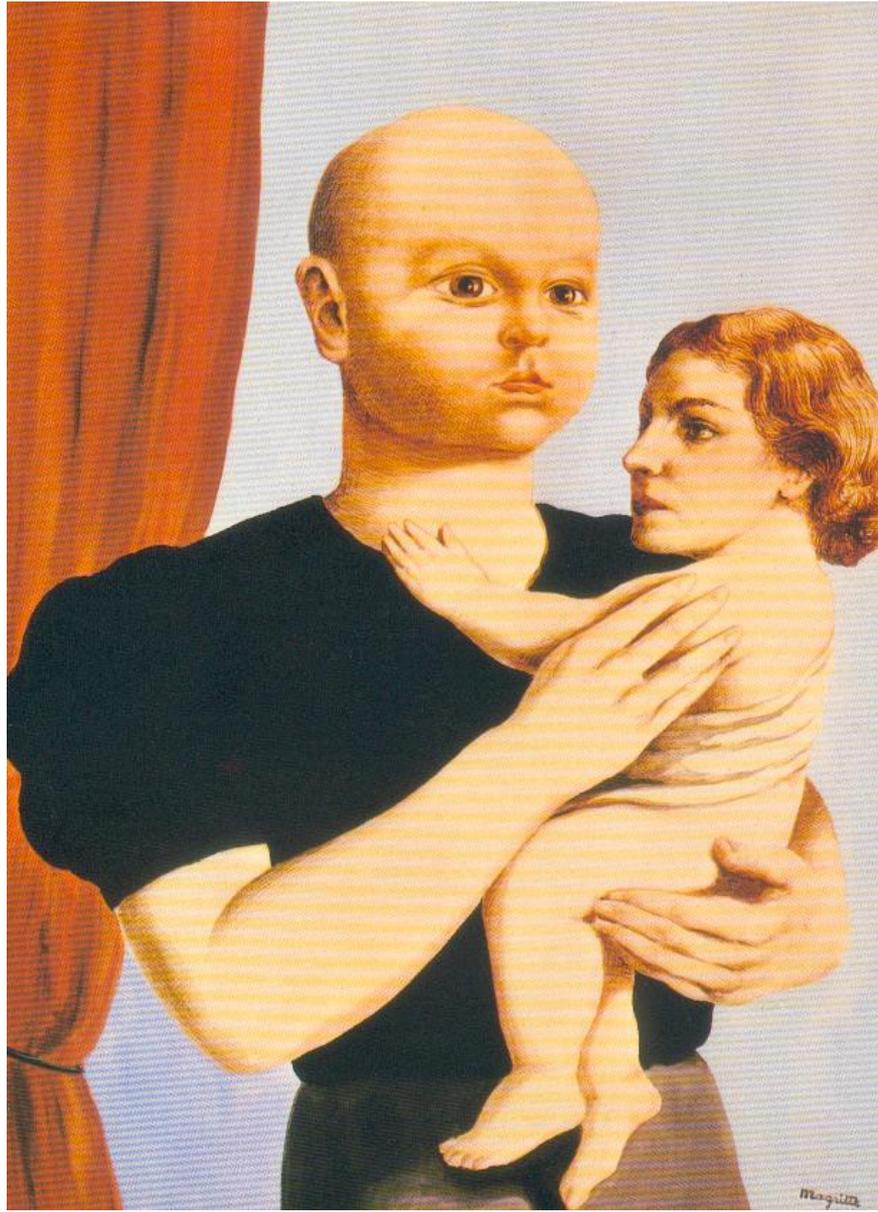
---

Dr. med. Christiane Deneke, Hamburg  
Vortrag beim AK Frühförderung der ÄK  
Schleswig-Holstein

---

# Inhalt

- Kurze Charakterisierung der wichtigsten psychischen Erkrankungen und geistiger Behinderung
  - Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Interaktion
  - Deren Bedeutung für die kindliche Entwicklung
  - Behandlungsansätze
  - Geistige Behinderung
  - Prävention
-



# Zur Häufigkeit

- Remschmidt & Mattejat (1994) 500 000 Kinder psychotischer Eltern
- Bundespsychotherapeutenkammer (Richter, 2007) 1,5 Millionen Kinder psychisch schwer kranker Eltern (Psychose, schwere Depression, Sucht)
- Mattejat (2005) über 30% der erwachsenen Deutschen vorübergehend oder dauerhaft psychisch krank, davon betroffen 2 Millionen Familien mit 3 Millionen Kindern
  - 740 000 Kinder von Sucht eines Elternteils betroffen
  - 270 000 von Schizophrenie,
  - 1 230 000 von affektiver Störung,
  - 1 555 000 von Angststörung,
  - 1 140 000 von somatoformer Störung
  - 30 000 von Essstörung eines Elternteils
  - (hier sind auch evtl. weniger schwere und vorübergehende Erkrankungen aufgelistet, dafür fehlen die Persönlichkeitsstörungen. Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die die Kinder schwer in Mitleidenschaft zieht, allein 2%!)
- Das heißt, jedes 7. bis 12. Kind ist von einer elterlichen psychischen Krankheit betroffen!

---

# Schizophrenie

- Erscheinungsformen:
    - „Plus-Symptomatik“
    - Grundstörung (des Denkens, der Affekte, der Beziehungsfähigkeit)
    - „Minus-Symptomatik“
  - Verlaufsformen:
    - $\frac{1}{4}$  heilt aus
    - $\frac{1}{2}$  chronisch phasischer Verlauf
    - $\frac{1}{4}$  primär chronisch, schleichend
-

---

# Schizophrenie

- Probleme für die Angehörigen:
    - ❑ Aus der Innenwelt ausgeschlossen oder
    - ❑ In unverständlicher Weise in sie einbezogen werden
    - ❑ In den eigenen Wünschen und Bedürfnissen nicht wahrgenommen werden
    - ❑ Zumindest zeitweise keine gefühlsmäßige Teilnahme des Kranken an ihrer Welt
-

---

# Affektive Erkrankungen

(depressive, manische und manisch-depressive Erkrankungen)

## ■ Depressive Zustände:

- Stimmung gedrückt bis verzweifelt
- Gefühlsleere
- Antrieb gemindert, in einem kleinen Teil ziellos gesteigert (agitierte Depression)
- Erschöpfung
- Körperliche Symptome

## ■ Manische Zustände:

- Stimmung gehoben oder aggressiv gereizt
  - Antrieb gesteigert, ziellose Aktivierung
  - Selbstüberschätzung, Leichtsinns
-

---

# Affektive Erkrankungen

- Probleme für die Angehörigen:
    - In übersteigerte Affektlagen hineingezogen bzw. mit Gefühlsleere konfrontiert werden
    - In eigenen Bedürfnissen nicht gesehen werden
    - Bei Depression: sich zurückgewiesen, ausgelaugt, schuldig fühlen
    - Bei Manie: Ängste, vergebliche Kontrollbemühungen
-

# Persönlichkeitsstörungen

- Unterschiedliche Formen extremer Charaktere, geringe Möglichkeit der Selbstreflexion, viel Agieren
- Klinisch besonders wichtig: Borderline – Persönlichkeitsstörung (Prävalenz ca. 2%)
  - Entstanden auf dem Boden traumatischer Erfahrungen und/oder traumatisierender Bindungserfahrungen
  - Affekt, Selbstwertgefühl, Sozialverhalten, Nähe-Distanzwünsche unberechenbar und extrem schwankend
  - Selbstverletzungen, Ängste, Essstörungen, Depressivität, psychotische Zustände, Suizidalität
  - Oft impulsiv – aggressiv, oft Selbstmedikation mit Drogen, Alkohol

---

# Borderline-Persönlichkeitsstörungen

- Probleme für die Angehörigen:
    - Unberechenbarkeit
    - Wechsel zwischen Nähe und Distanz
    - Wechsel zwischen Empathie und Gefühllosigkeit für Andere
    - Evtl. Gewalttätigkeit
    - Kontinuierliche fürsorgliche Zuwendung nicht möglich
-

---

# Neurotische Erkrankungen

- Fließender Übergang zum „Normalen“
  - Probleme für die Angehörigen entstehen, wenn der Patient sie stark in sein Erleben mit einbezieht
  - Bei depressiver Neurose, Ängsten, Zwängen: psychosoziale Weitergabe
  - Bei Angst- und Zwangsstörungen: Einengung durch Einbezogenensein in das Angst- bzw. Zwangssystem
-

---

# Suchtkrankheiten

- Ca. 1/3 der Eltern stationärer KJP-Patienten sind Alkoholiker
  - Primär bzw. Begleiterkrankung, die aber rasch Eigengesetzlichkeit bekommt
  - Probleme für die Angehörigen:
    - Sozialer Abstieg
    - Verwahrlosung
    - Evtl. Gewalt
-

# Geistige Behinderung

- Beeinträchtigt nicht die Affektivität (Liebe, Zuneigung, Zärtlichkeit)
- Beeinträchtigt mehr oder weniger stark
  - Aufmerksamkeit, Konzentration
  - Sensitivität (das Wahrnehmen kindlicher Signale)
  - Responsivität (die prompte und angemessene Reaktion darauf)
  - Realistische Einschätzung von Fähigkeiten des Kindes, evtl. Gefahren
  - Überblick über unerwartete, komplexe Situationen und evtl. Gefahren
  - Strukturierungsfähigkeit
  - Fähigkeit zum Setzen klarer Grenzen
  - Angemessene Stimulation und Förderung
- Leichte Formen geistiger Behinderung sind in hohem Maße vererbbar
- Eltern brauchen Unterstützung, Kinder brauchen Frühförderung
- Geistig Behinderte sind (neben Strafgefangenen) wohl die am stärksten kontrollierte Bevölkerungsgruppe, Einmischung kann übermäßig und damit kontraproduktiv werden!

---

# Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankungen auf die Kinder: Allgemeines

- Je jünger ein Kind, desto stärker ist es betroffen
  - Mehr unspezifische als spezifische Auswirkungen, modifiziert durch Risiko- und Schutzfaktoren
  - Einmaliger Eindruck („Querschnitt“) liefert kein vollständiges Bild
  - Prospektive Einschätzung ist notwendig, um präventiv zu arbeiten bzw. Entscheidungen auf längere Sicht zu treffen
  - Wichtigster Parameter der Einschätzung: Beziehungsqualität
  - Notwendig wäre: langfristige psychosoziale Begleitung
-

# Auswirkungen elterlicher psychischer Erkrankung auf die psychische Verfassung der Kinder

- Kinder beziehen den Affekt der Eltern auf sich (Schuldgefühle)
- Ihr innerer Raum zur psychischen Entwicklung (Phantasie, Spiel- und Lernfähigkeit, soziale Erfahrungen) ist eingeengt
- Emotionale Verlassenheit führt zu Ängsten, Selbstwertproblemen, Depression, Suchtanfälligkeit
- Negative Gefühle (Wut, Scham) den kranken Eltern gegenüber werden unterdrückt, führen zu Schuldgefühlen, Loyalitätskonflikten
- Überforderung (Parentifizierung) führt zu Versagensängsten, Schuldgefühlen, Depression
- Kinder sind loyal. Sie zeigen Außenstehenden eher zu wenig als zu viel von ihren Problemen

---

# Auswirkungen auf die psychische Entwicklung der Kinder

- **Schizophrenie eines Elternteils**
    - Risiko für schizophrene Erkrankung 10fach erhöht
    - Unspezifische Störungen in 40-60%
    - Ca. 1/3 dauerhaft, 1/3 vorübergehend krank, 1/3 bleibt gesund, aber nicht unbelastet
  - **Depression eines Elternteils**
    - Risiko für Depression 3fach, für Panikstörung und Sucht 5fach erhöht
    - Unspezifische Störungen in ca. 50%
  - **Angststörung**
    - 7fach erhöhtes Risiko für Angststörung
  - **Schwierigste Entwicklungsbedingungen bei Persönlichkeitsstörungen und Sucht**
-

---

# Risikofaktoren

- **Elterliche Erkrankung**
    - Schwere und Chronizität entscheidender als Diagnose
    - Früher Beginn
    - Einbezug des Kindes in elterliche Wahn-, Angst-, Zwangssysteme
  - **Kindliche Faktoren**
    - Biologisch bedingte erhöhte Vulnerabilität wie Frühgeburt, Behinderungen, schwieriges Temperament, geringe intellektuelle und soziale Kompetenz
  - **Allgemeine psychosoziale Risikofaktoren**
    - Schwierige Eltern-Kind-Beziehung
    - Mangelnde (emotionale) Verfügbarkeit des anderen Elternteils
    - Fehlen emotional verfügbarer Außenstehender
    - Schlechter Familienzusammenhalt, schlechte Paarbeziehung der Eltern
    - Niedriger Sozialstatus, soziale Isolation, instabile Lebensbedingungen
-

---

# Schutzfaktoren

- **Elterliche Erkrankung**
    - Weniger schwer und chronisch
    - Späterer Beginn
    - Kind im elterlichen Erleben von Erkrankung zu trennen
  - **Kindliche Faktoren**
    - Gesundheit
    - Intelligenz
    - Unkompliziertes Temperament
    - Gute Anpassungsfähigkeit
  - **Allgemein**
    - Gute Eltern-Kind-Beziehung
    - Emotional verfügbare Vertrauensperson(en)
    - Tragende familiäre und weitere soziale Beziehungen
    - Fehlen allgemeiner psychosozialer Stressbedingungen
-

---

# Wie äußern sich Probleme in der frühen Lebenszeit?

- Während der Schwangerschaft
    - hochgradige Ambivalenz, Paarkonflikte, Ängste, Depression (bis zu einem gewissen Grad völlig normale Anpassungsreaktion)
    - Neubeginn oder Exazerbation bestehender psychischer Krankheiten: Schwangerschaft bietet keinen Schutz
  - Postpartal
    - Wie oben, außerdem: keine Freude am Kind, Ablehnung des Kindes, Aggressionen gegen das Kind
    - Regulationsstörungen, Entwicklungs- und Gedeihstörungen ohne organische Ursache, reaktive Bindungsstörung
    - Störungen der Interaktion
    - Diese Dinge treten kaum isoliert auf
-

# Postpartale psychische Erkrankungen

- „Babyblues“ Anpassungsreaktion leichter Art, schwerere Erkrankung darf nicht als Babyblues verharmlost werden! Alles, was länger als 3-5 Tage dauert und/oder schwerer erscheint als eine leichte depressive Verstimmung, muss rasch behandelt werden!
- Postpartale Depression nach 10–15% aller Geburten
- Postpartale Psychose nach 0,1-0,2% aller Geburten
- Postpartale Anpassungsstörung depressive Reaktion nach Frühgeburt, bei Missbildung, Krankheit, Behinderung des Kindes
- Posttraumatische Belastungsstörung nach traumatischer Geburt (1-2%)
- Exazerbation bestehender Erkrankungen
  - Bipolare Störung: in 30-50% schwere Wochenbettpsychose
  - Angststörungen: deutlich erhöhte Vulnerabilität (90% der Frauen mit früheren Panikstörungen erleiden Rückfall im Wochenbett)
  - Zwangsstörungen: deutlich erhöhtes Risiko
  - Persönlichkeitsstörungen: prädestinieren für postpartale Depression
  - Schizophrenie: hohe Rückfallrate
- Hospitalisierung in der Psychiatrie in den ersten 30 Tagen nach einer Geburt 35fach, in den ersten 90 Tagen noch 12,7fach erhöht

---

# Postpartale psychische Erkrankungen – erste Anzeichen

## ■ Depression

- ❑ Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, z. T. Agitiertheit
- ❑ Ängste, starke Unsicherheit im Umgang mit dem Kind
- ❑ keine Freude am Kind, Gefühlsleere
- ❑ Selbstvorwürfe, Grübeleien

## ■ Psychose

- ❑ Schlaflosigkeit, Unruhe
- ❑ Extreme Veränderung der Stimmung (niedergedrückt/ gehoben)
- ❑ und des Antriebs (vermindert/ vermehrt)
- ❑ Wahn, Halluzinationen

## ■ Posttraumatische Belastungsstörung

- ❑ Depressiv-ängstliche Grundstimmung
  - ❑ Nachhallerinnerungen (flashbacks), Alpträume
-

# Postpartale psychische Erkrankungen – mögliche akute Gefährdung des Säuglings

- Mangelhafte Versorgung bei nicht responsiver oder aggressiver Mutter
- Unangemessene Versorgung bei fehlender Einfühlung oder Wahn
- Misshandlung bei aggressiver oder erschöpfter Mutter
- Tötung (schätzungsweise 1:25000 Geburten)
  - als erweiterter Suizid geplant
  - unter dem Einfluss produktiv psychotischer Symptomatik
  - Als Misshandlungsfolge
  - Neonatizid durch unreife, sozial isolierte, hilflose Mutter

# Die Väter

- Auch Väter können postpartal psychisch erkranken (z. B. Depression in 4%)
- Nur wenn der Vater primäre Bezugsperson für das Baby ist, ist es aktuell unmittelbar betroffen
- Allerdings sind die mittelbaren Auswirkungen für das Kind nicht zu vernachlässigen (mit 3 J deutlich mehr Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten, v. a. der Söhne)
- Psychisch kranke Frauen haben häufiger Partner, die ebenfalls psychisch belastet und daher weniger stützend sind
- So sind in einem Teil der Fälle beide Eltern belastet/krank und weniger verfügbar

---

# Diagnostik

- Mutter: psychiatrischer Status (Krankheit, Selbst- und Fremdgefährdung, Kompetenzen, insbesondere Empathie und Fähigkeit zur Selbstreflektion, intuitive Kompetenzen)
  - Kind: Entwicklung, Probleme, insbesondere akute Gefährdung, Ressourcen, Temperament, Regulation, Kontaktaufnahme
  - Interaktion
  - Partnerschaft: Unterstützung, Belastung
  - Weitere Familie: Unterstützung, Belastung
  - Soziales Netz
-

---

# Postpartale psychische Erkrankungen - Interaktion

- Grundsätzlich keine Spezifität, d.h. jeder Einzelfall muss individuell eingeschätzt werden
  - Stärkere Beeinträchtigung des Interaktionsbeitrags der Mutter bei
    - Florider Plus-Symptomatik
    - Ausgeprägter Minus-Symptomatik
    - Schizophrenen vs. bipolaren vs. unipolar affektiven Störungen
    - Zusätzlichen belastenden Faktoren (schlechte Partnerbeziehung, schlechte Kindheitserfahrungen)
-

---

# Beobachtungen bei depressiven Müttern

- Ungestörte mütterliche Kompetenz möglich
  - Unterstimulation (mangelnde Responsivität)
  - Überstimulation (Kontrolle) mit
    - Überwiegend positivem Affekt
    - Überwiegend negativem Affekt (selten, eher Hinweis auf zusätzliche Persönlichkeitsstörung)
-

---

# Beobachtungen bei manischen Müttern

- Ungestörte mütterliche Kompetenz nicht vorhanden
  - Erhebliche Überstimulation mit positiver oder negativer, oft rasch wechselnder affektiver Tönung
  - Gefährdung des Kindes durch unangemessenen Umgang, oft wird es behandelt, als sei es schon groß
-

---

# Beobachtungen bei Müttern mit Angst- oder Zwangsstörungen

- Enger Spielraum für einfühlsam begleitete Exploration
  - Bei Überschreiten der Grenzen starke, angstvoll bis aggressiv getönte Kontrolle
  - Achtung: enger Einbezug in ein Angst- oder Zwangssystem bedeutet längerfristig Gefährdung der kindlichen Entwicklung
-

---

# Beobachtungen bei schizophrenen Müttern

- Ungestörte mütterliche Kompetenz phasenweise, abwechselnd mit anderen Interaktionsweisen
  - Bei Minus-Symptomatik: Nicht-Responsivität (als einzige Bezugsperson nicht geeignet)
  - Achtung: das Kind kann in ein Wahnsystem einbezogen sein
  - Denkstörungen (Sprunghaftigkeit, Blockaden) können Gefährdung des Kindes bedeuten
-

---

# Beobachtungen bei Müttern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

- Sensitivität
- Unterstimulation
- Überstimulation
- Erstickende Zärtlichkeit
- Aggressive Ablehnung
- Misshandlung

oft in unvorhersehbar raschem Wechsel

---

---

# Ungestörte Interaktion

Mutter

Kind

Responsiv

Kooperativ

Feinfühlig

Positiver Affekt

Positiver Affekt

Beziehung: Dialog

Gemeinsame Regulation

Bindung: sicher

---

---

# Beziehungsmuster bei emotionaler Unerreichbarkeit, chronisch

Mutter

Nicht responsiv  
Affektiv starr  
Zurückgezogen  
Unempathisch  
Nicht unterstützend

Kind

Passiv  
Kontakt vermeidend  
Affektiv starr  
Depressiv anmutendes Bild  
Entwicklungsverzögerung

Beziehung: kein Dialog

**Nichtresponsivität = Vernachlässigung**

---

---

# Beziehungsmuster bei emotionaler Unerreichbarkeit, nicht chronifiziert, intermittierend

Mutter

Zeitweise nicht responsiv

Reagiert eher auf  
negative Signale

Kind

Schwierig, quengelig

Dysreguliert

Protestierend

Hyperaktiv

Beziehung: Kind bemüht sich um Dialog

Gefahr: Negative Interaktionszirkel

---

---

# Beziehungsmuster bei Kontrolle (verdeckt aggressiv)

## Mutter

Agitiert, unsicher  
Hektisch  
Falsch positiver Affekt  
Überfürsorglich  
Erwartet Bestätigung  
vom Kind

## Kind

Abgewandt, passiv oder  
protestierend  
Später: Machtkampf

Beziehung: Kein Dialog  
Verfolgung/ Flucht

---

---

# Beziehungsmuster bei offen aggressiver Kontrolle

Mutter

Intrusiv

Rauher Umgang

Ablehnung kann bei Anwesenheit Anderer durch falsch positiven Affekt maskiert sein

Kind

Angespannt, ängstlich

Erstarren oder Dissoziieren in Gefahr

Starke Anpassung: erzwungener Gehorsam

Beziehung: durch Angst geprägt

**Gefahr: Misshandlung**

Bindung: desorganisiert

---

# Beziehungsmuster bei rasch wechselndem Interaktionsverhalten

## Mutter

Unberechenbar,  
impulshaft

Kann zeitweise das Kind  
sehr sensitiv  
wahrnehmen und  
adäquat reagieren, vor  
allem in Anwesenheit  
Anderer

Beziehung: Parentifizierung

**Gefahr: Misshandlung**

Bindung: desorganisiert

## Kind

Nach Möglichkeit sehr  
wach, beobachtend

Passt sich stark an

Frühe Rollenumkehr

Kann auch völlig  
überfordert sein, dann  
passiv oder schwierig

# Folgen postpartaler psychischer Erkrankungen

- Störungen der Interaktion, die in schwereren Fällen die klinische Besserung überdauern, und über die die psychische Entwicklung der Kinder gefährdet wird:
  - „Zu wenig“ (mangelnde Responsivität, Unterstimulation)
  - „Zu viel“ (Intrusivität, Überstimulation, offen oder verdeckt feindselig, falsch positiver Affekt)
  - Unberechenbarer Wechsel
  - Umgang mit dem Kind folgt mehr den mütterlichen Impulsen als den kindlichen Signalen
  - Verzerrete Wahrnehmung
- Störung der kindlichen Entwicklung auf dem Gebiet der
  - Regulation (Schrei-, Schlaf-, Fütterstörung)
  - Exploration (Retardierung, vorschnelle „Flucht“ ins Außen)
  - Bindung (Beeinträchtigung der emotionalen Entwicklung, der Beziehungsfähigkeit)
- Überdauernde Psychopathologie des Kindes

---

# Probleme in der frühen Entwicklung

Beobachtungen der Hamburger Eltern-Baby-Tagesklinik

- Auffälligkeiten der Kinder
    - Reaktive Bindungsstörungen (45%)
    - Regulationsstörungen (33%)
    - Entwicklungsverzögerungen (33%)
    - Hyperaktivität, riskantes Verhalten (17%)
    - Gedeihstörung (11%)
    - Frühe Anzeichen für Entwicklung eines falschen Selbst (Parentifizierung): ängstlicher Gehorsam, übermäßige Fürsorglichkeit als Versuch, die Mutter zu kontrollieren (30%)
-

---

# Alarmsignale im Säuglings- und Kleinkindalter

- Schwere Entwicklungsverzögerung und andere Zeichen der Vernachlässigung
  - Anzeichen für Misshandlung (neben körperlichen Zeichen auch Schreckstarre u. a. Hinweise auf Angst vor Mutter,)
  - Aggressiver Umgang mit dem Kind
  - Gleichgültigkeit
  - Ablehnung
  - Negative Beziehung zum Kind kann durch falsch positiven Affekt „getarnt“ sein, deshalb auf Reaktionen des Kindes achten!
-

# Interventionmöglichkeiten bei postpartalen psychischen Erkrankungen I

- Grundsätzlich: positive, respektvolle, ressourcenorientierte Einstellung!
  - Allgemein
    - Unterstützung der Eltern
    - Entlastung und Pflege der Mutter ( z. B. Massage)
    - Organisation von Begleitung zuhause
    - Anleitung im Umgang mit dem Kind
    - Vermittlung von Kontakten, Beschäftigungsangeboten mit Kind
  - Förderung einer positiven Beziehung zum Kind
    - Förderung der Wahrnehmung und Sensitivität (evtl. Babymassage, PEKIP etc)
  - Spezifische Beratung
    - Krankheitsbezogen
    - Entwicklungsbezogen
    - Symptombezogen (z.B. bei Regulationsstörungen)
  - Förderung des Kindes bei entsprechender Indikation
  - Kompensierendes Beziehungsangebot für das Kind bei entsprechender Indikation
-

# Interventionmöglichkeiten bei postpartalen psychischen Erkrankungen II

- Ambulante psychiatrische Behandlung der Mutter
  - Wichtig: Kenntnisse über Psychopharmaka beim Stillen!
- Psychotherapie
  - Verschiedene Methoden der Eltern-Säuglings-Psychotherapie, möglichst flexibles Setting, für positive (Mutter-) Übertragung sorgen, möglichst video-unterstützt
- Gemeinsame voll-/teilstationäre Behandlung von Mutter und Kind in der Psychiatrie
  - neben der Behandlung der Mutter sind Diagnostik und Behandlung der Babys und der Beziehung sowie Einbezug des Vaters, des sozialen Umfeldes notwendig
- Therapeutische Wohnplätze
- Betreutes Wohnen, SPFH, Patenfamilien
- Außerfamiliäre Unterbringung des Kindes

---

# Behinderung und psychische Erkrankung von Eltern: Gemeinsamkeiten im Erleben der Kinder

- Diskriminierung, Ausgrenzung, Vorurteile gegen die Eltern betreffen die Kinder mit
  - Kinder empfinden das „Anders Sein“ der Eltern: Scham, Loyalitätskonflikte, Schuld
  - Parentifizierung
  - Durch Defizite der Eltern erhöhte Gefahr von Vernachlässigung, Misshandlung, emotionalem Missbrauch
  - Notwendigkeit zusätzlicher Vertrauenspersonen
  - Angst vor den Behörden, deshalb werden Probleme nach außen nicht gezeigt
-

# Geistige Behinderung, Lernschwierigkeiten

## ■ Zahlen

- Ca 250 000 geistig behinderte Menschen in D
- Mindestens 2500 Kinder von geistig behinderten Eltern in D (hohe Dunkelziffer)
- Bis 1992 ca 1000 Zwangssterilisationen geistig behinderter Mädchen und Frauen pro Jahr, danach noch <100

## ■ Normalisierung, Empowermentbewegung

---

---

# Elternschaft Geistig Behinderter

- Ein großer Teil der leichteren Formen ist erblich. Auch können familiäre Bedingungen (Mangel an Stimulation) ein Risiko für die kindliche Entwicklung darstellen.
  - Das Risiko für inkompetente Elternschaft ist erhöht, abhängig von zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren und der Unterstützung, die die Familie bekommt. Erziehungskompetenz sollte als Summe von eigener elterlicher Kompetenz und zusätzlicher Unterstützung gesehen werden.
  - Intuitive elterliche Kompetenzen können, müssen aber nicht beeinträchtigt sein.
  - Geistig behinderte Eltern sind lernfähig. Sie können elterliche Fähigkeiten entwickeln wie Erhöhen der Aufmerksamkeit, Verbessern der Versorgung, Erkennen von Gefahr, Vorsorgen, Entscheiden, Beziehungsaufbau.
  - Sie haben aber häufiger schwierige Ausgangslagen zum Entwickeln elterlicher Kompetenzen (wie z. B. problematische eigene Kindheitserfahrungen, fehlende familiäre Unterstützung, häufige Umzüge, soziale Ausgrenzung).
  - Restriktiver Erziehungsstil und mangelnde Sprachförderung sind häufiger.
-

# Risikofaktoren

- Risiko für geistige Behinderung der Kinder: bei einem betroffenen Elternteil ist das Kind in ca. 29% ebenfalls geistig behindert
  - Durch Erbllichkeit also erhöht, aber auch durch mangelhafte Unterstützung (z. B. automatische Eingliederung der Kinder wiederum in Einrichtungen für geistig Behinderte)
- Trennung von den Eltern 40-60% häufiger
- Vernachlässigung
  - Durch Mangel an Interesse, Teilnahme, Lob, Zuneigung, Einfühlung, Konfliktfähigkeit
  - Erziehungsstile: Laisser-faire vs. restriktiv-überprotektiv
  - Oft Folge eigener biographischer Belastung, mangelnder Unterstützung
- Zu Missbrauch, Gewalt keine klaren Berichte
- Parentifizierung
- Diskriminierung (durch Umwelt, Hilfssystem)
- Belastung durch professionelle Hilfe (Vorurteile, Fehlentscheidungen, schlechte Kooperation, inadäquate Unterstützung)
- Zusätzliche psychische Erkrankung, Sucht, Armut, ungünstige Partnerwahl
- Kinder entstammen häufiger sexuellem Missbrauch

# Probleme im Verlauf der Entwicklung

- Säuglings- und Kleinkindalter
  - Pränataler Stress, schlechtere Vorsorge, Ernährung, schlechtere Grundversorgung des Babys, weniger Umsicht, Vorsicht usw., Probleme in Alltagsstrukturierung, Anpassung an kindliche Entwicklung, Verstehen des Babys, Grenzsetzung, Förderung des Sprechens, adäquater Stimulation
- Schulalter
  - Diskriminierung, soziale Isolation, Gewahrwerden der elterlichen Behinderung, intellektuelle Überlegenheit über die Eltern, Mangel an Förderung
- Pubertät
  - Probleme im Selbstbild, Präsenz der Eltern in den Abgrenzungskämpfen bleibt aus
- Erwachsenenalter
  - Probleme mit Abgrenzung, Loyalität
- In der Rückschau
  - Diskriminierung wurde belastender als die eigentliche Behinderung empfunden, Ambivalenz
  - Lebensverläufe nicht grundsätzlich negativ

---

# Schutzfaktoren

- Auf Seiten des Kindes
    - „Easy child“, Selbstbewusstsein, Eigenständigkeit, Interesse an der Umwelt, Anpassungs- und Durchsetzungsfähigkeit
  - Familiär
    - Stabile emotionale Beziehungen, Wärme, Gegenseitigkeit, Sicherheit, Stabilität, Rituale, Netzwerk, gute elterliche Kompetenzen, Akzeptanz der elterlichen Behinderung im Umfeld, Anwesenheit und Verfügbarkeit des Vaters und anderer Bezugspersonen
  - Umfeld
    - Unterstützendes, akzeptierendes Netzwerk
  - Hilfesystem
    - Von Beginn an, individuell abgestimmt, Stärken werden beachtet, negative Erwartungen reflektiert, die Sichtweise des Kindes mit einbezogen
-

# Unterstützung

- Kann Kompetenzen fördern oder hemmen, kann Schutz und Hilfe, aber auch Einmischung und zusätzliche Verunsicherung bedeuten
- Familien, in denen die Kinder leben konnten, hatten noch einen nicht behinderten Erwachsenen (Vater, Großeltern usw.) und überwiegend informelle Unterstützung
- Insgesamt haben geistig Behinderte weniger Kontakt und informelle Unterstützung
- Aus professioneller Unterstützung werden sie häufig ausgeschlossen bzw. die Schwelle ist für sie zu hoch
- Am besten erscheint: gute Zusammenarbeit von professioneller und informeller Unterstützung, Vermitteln von Kontakten
- Elterliche Kompetenz muss als gemeinsame Aufgabe mehrerer Personen gesehen werden

---

# Schlüsse für professionelle Hilfe

- An einem Strang ziehen: nicht zu viele Personen, verschiedene Maßstäbe und Ratschläge, dagegen Kontinuität und Dauer
  - Die Familie in ihren Möglichkeiten, ressourcenorientiert, „gut genug“ sehen
  - Elterliche Kompetenz im Zusammenhang mit dem Unterstützungssystem sehen
  - Amtliche Entscheidungen gut und langsam mit der Familie vorbereiten, um traumatische Trennungen zu vermeiden
  - Beginn der Unterstützung frühzeitig, vor der Geburt
-

# Prävention

- **Begleitung und Behandlung psychisch belasteter und geistig behinderter Schwangerer**
  - Konflikte lassen sich bearbeiten und mildern
  - Notwendige Vorsorge kann getroffen werden
  - Hilfreiche Kontakte knüpfen
  - Gehäufte perinatale Probleme v. a. bei schizophrenen Müttern und Probleme des Neugeborenen nach stressbelasteter Schwangerschaft können gemildert werden
- **Voraussetzung: Aufklärung und Kooperation aller Beteiligten, Notfallpläne**
  - Die Schwangere selbst, Partner, Familie
  - Professionelle: Hebamme, Geburtsklinik, beteiligte Ärzte, beteiligte Dienste

---

# Literatur

- Bloemeke, V. J. (2003) Es war eine schwere Geburt. München: Kösel
  - Dörner, K., Plog, U. et al. (2002) Irren ist menschlich. Bonn: Psychiatrie-Verlag
  - Lenz, A. (2005) Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe
  - Lenz, A., Hrsg. (2008) Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe
  - Lisofsky, B. & Mattejat, F., Hrsg. (2005): Nicht von schlechten Eltern. Bonn: Psychiatrie Verlag
  - Salis, B. (2006) Psychische Störungen im Wochenbett. Urban und Fischer
-

---

# Weitere Adressen

- [www.frauen-und-psychiatrie.de](http://www.frauen-und-psychiatrie.de)
  - [www.marce-gesellschaft.de](http://www.marce-gesellschaft.de)
  - [www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)
  - [www.seelennot-ev.de](http://www.seelennot-ev.de) (ab Februar)
  - DVD: Hornstein, C. & Klier, C. (2005) Auf einmal ist da ein Kind....Postpartale Depression – Erkennen und Helfen. Stuttgart: Kohlhammer
-