

Hilfe für

Kinder psychisch kranker Eltern

Arbeitsmaterial

Fortbildung Jugendamt Bad Doberan 2010

Hans Leitner

Bündnis Kinderschutz Mecklenburg-Vorpommern / Start gGmbH



Kinder psychisch kranker Eltern

1. Peters Mutter ist anders krank!?
 - 1.1. Was Peter erzählt ...
 - 1.2. *Was Peter wissen will?*
 - 1.3. *Welche Hilfe sich Peter wünscht?*
2. Psychisch kranke Eltern – ein Risiko für Kinder?
 - 2.1. *Kranke Eltern – kranke Kinder*
 - 2.2. *Krankheitsbilder*
 - 2.2.1. *Schizophrenie und schizoaffektive Störungen (Psychosen)*
 - 2.2.2. *Persönlichkeitsstörungen*
 - 2.2.3. *Depressionen*
 - 2.2.4. *bipolare (manisch-depressive) Störung*
 - 2.2.5. *Angststörungen, Phobien und Panikattacken*
 - 2.2.6. *Essstörungen (Bulimie, Magersucht, Binge-Eating-Disorder, Orthorexie)*
 - 2.2.7. *Mobbing- und Burnout-Syndrom*
 - 2.2.8. *traumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung*
 - 2.2.9. *Zwangsstörungen*
 - 2.2.10. *Alzheimer-Demenz und andere demenzielle Syndrome*
3. Die Wahrnehmung der Kinder
 - 3.1. *Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung ihrer Eltern?*
 - 3.2. *Wie erleben Jugendliche die psychische Erkrankung ihrer Eltern?*
 - 3.3. *Was erwarten Kinder als Hilfe bei psychischer Erkrankung ihrer Eltern?*
 - 3.4. *Was kann getan werden bei psychischer Erkrankung von Eltern?*
 - 3.5. *Kooperation als Grundanforderung*
 - 3.6. *Kooperationspartner Sozialpsychiatrischer Dienst (SPD)*
4. Thesen einer gelingenden Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern
 - 4.1. *Zur quantitativen Dimension*
 - 4.2. *Zur Lebenssituation der Kinder*
 - 4.3. *Zur Kooperation der Hilfesysteme*
5. Zusammenfassung
6. Literaturliste
7. Abkürzungsverzeichnis

Kinder psychisch kranker Eltern

„Die Symptome und Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung zeigen sich - neben den offenkundigen Verletzungen durch körperliche Misshandlung - in einer großen Bandbreite von Entwicklungs- und Gedeihstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen, dissozialem und delinquentem Verhalten (aus Opfern werden Täter/innen), Spiel-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, selbstschädigendem Verhalten und Suizidgefährdung.“¹

Das vorliegende Arbeitmaterial wurde durch die Start gGmbH / Fachberatung Kinderschutz im Land Mecklenburg-Vorpommern im Rahmen des Praxisbegleitsystems im Jugendamt des Landkreises Bad Doberan vorgestellt. Das Papier soll einen praxisorientierten Überblick über spezielle Anforderungen in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern, insbesondere mit dem Fokus der Sicherung des Kindeswohls, bieten.

1. Peters Mutter ist anders krank!?

1.1. Was Peter erzählt ...

„Ich lebe in einer Familie, habe eine jüngere Schwester, einen Vater und eine kranke Mutter. Sie liegt tagelang im Bett, kümmert sich um gar nichts – und auch nicht um den Haushalt. Der Vater arbeitet viel und sorgt für uns und die Mutter. Es ist ihm oft zuviel, und manchmal ist er schlecht gelaunt. Auch wenn wir Kinder helfen, ändert das nichts. Ich habe manchmal eine Mordswut im Bauch, aber die kann ich nicht raus lassen, dann geht es meiner Mutter vielleicht noch schlechter. Wir haben keinem von unserem Problem erzählt, weil wir uns schämen und auch nicht wissen, was das für eine Krankheit ist, die die Mutter hat.

Meine Schwester und ich haben uns oft gewünscht, mit jemand zu reden, der uns erklären kann, warum es in unserer Familie oft so traurig und chaotisch ist und wie das verändert werden kann. Und vielleicht will das auch mein Vater wissen, der redet darüber gar nicht, der wird immer stiller.“

1.2. Was Peter wissen will?

¹ Leitfaden zur Wahrnehmung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung - § 8a SGB VIII. Umgang mit Situationen von Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch im Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes. Aktuell Kinderschutz im Land Brandenburg. Heft 2, S. 30

Peter gehen eine Reihe Fragen durch den Kopf, weil er u. a. aus Gesprächen seiner Eltern und anderer Erwachsener etwas aufgeschnappt hat und er eigene Erlebnisse nicht versteht; sich diese nicht erklären kann.

- Was ist das eigentlich – verrückt sein?
- Was ist eine Psychose?
- Was ist eine Psychiatrie?
- Sind psychisch Kranke immer so komisch?
- Warum redet keiner mit ihm über die Krankheit?
- Was soll er seinen Freunden sagen, wenn sie ihn nach seinen Eltern und zu deren Krankheit fragen?

Peter ist neugierig, aber traut sich nicht zu fragen. Eigentlich wäre es schön, wenn er von einem ihm vertrauten Menschen angesprochen würde.

1.3. Welche Hilfe sich Peter wünscht?

Peter möchte,

- dass jemand mit ihm redet, ihn tröstet, Verständnis hat, wenn es bei ihnen zu Hause mal wieder drunter und drüber geht.

Peter möchte,

- dass es jemand außerhalb der Familie gibt, den er besuchen kann.

Peter möchte,

- Kontakt zu anderen Kindern, die auch einen psychisch kranken Vater oder eine psychisch kranke Mutter haben.

Peter möchte,

- mit Experten sprechen, die wirklich etwas über die Krankheit wissen und seine Fragen beantworten können.

2. Psychisch kranke Eltern – ein Risiko für Kinder?

2.1. Kranke Eltern – kranke Kinder

Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung oder Erkrankung haben ein erhöhtes Risiko ebenfalls psychisch krank zu werden. Das Risiko ist bei folgenden Erkrankungen eines Elternteils besonders hoch: Manisch-depressive Erkrankung, Schizophrenie, Alkoholismus, Drogenmissbrauch oder Depression. Sind beide Eltern betroffen, erhöht sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit für das Kind erheblich. Ein Drittel der Kinder psychisch kranker Eltern sind bzw. werden selbst krank.

Das Erkrankungsrisiko für die Kinder ist zum Teil erblich (genetisch) verursacht, aber auch das Verhalten der Eltern spielt eine Rolle bei einer möglichen Erkrankung des Kindes. Psychische Erkrankungen der Eltern können zum Beispiel verhindern, dass Kinder die Liebe und Zuwendung bekommen, die für ihre gesunde Entwicklung nötig ist. Eine widersprüchliche, schlecht einschätzbare familiäre Umgebung kann auch zum Entstehen einer psychischen Erkrankung der Kinder beitragen. So kann zum Beispiel eine psychische Erkrankung der Eltern oder eines Elternteils der Beziehung und damit der Ehe oder den erzieherischen Fähigkeiten der Eltern schaden und damit indirekt dem Kind.

Einige schützende oder positive, z. B. im Rahmen der Gewährung einer Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 ff. oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gemäß § 35a SGB VIII zu gestaltende Faktoren können das Risiko für die Kinder jedoch vermindern. Dazu gehören:

- wenn die Kinder wissen, dass ihre Eltern krank sind und sie nicht an dieser Erkrankung schuld sind,
- eine sichere und stabile häusliche Umgebung,
- das Gefühl, von dem kranken Elternteil geliebt zu werden,
- eine grundlegend gefestigte und fröhliche Persönlichkeit des Kindes,
- innere Stärke und gute Bewältigungsstrategien des Kindes,
- eine gefestigte Beziehung zu einem gesunden Erwachsenen,
- verlässliche Freunde,
- Interesse an und Erfolg in der Schule,
- andere Interessengebiete des Kindes außerhalb der Familie und gesellschaftliche Teilhabe,

- Hilfe von außerhalb der Familie, um die familiären Verhältnisse zu verbessern bzw. zu stabilisieren (zum Beispiel Familientherapie oder Erziehungsberatung).

Ärzte und Ärztinnen, Psychologen/innen oder Mitarbeiter/innen von Sozialdiensten, die mit psychisch kranken Erwachsenen arbeiten, müssen sich auch nach deren Kindern erkundigen. Besonders wichtig dabei ist die Frage nach der (psychischen) Gesundheit und emotionalen Entwicklung der Kinder. Es ist oft sinnvoll, die Kinder und Jugendlichen einem Kinder- und Jugendpsychiater zur Untersuchung vorzustellen. Einzel- oder Familienpsychotherapie kann dem Kind trotz der psychiatrischen Erkrankung der Eltern bei einer gesunden Entwicklung helfen.

Der Kinder- und Jugendpsychiater kann der Familie helfen, mit den positiven Anteilen zu Hause und den Stärken des Kindes zu arbeiten. Durch die Behandlung kann die Familie lernen, den Einfluss der psychischen Erkrankung der Eltern auf das Kind zu mindern. Unglücklicherweise beachten Familien, Fachleute und die Gesellschaft fast nur die Erkrankung des betroffenen Elternteils und ignorieren dabei das Kind. Mehr und kontinuierliche Aufmerksamkeit und Unterstützung für die Kinder psychisch kranker Eltern verhindert, dass die psychische Erkrankung von Generation zu Generation weitergegeben wird.

2.2. Krankheitsbilder

Die folgende Übersicht soll die Vielfältigkeit psychischer Erkrankungen illustrieren. Damit soll deutlich gemacht werden, dass eine eindeutige Unterscheidung bzw. Abgrenzung und damit das Erkennen sowie eine umgehende und erfolgreiche Behandlung oft schwierig ist. Zudem haben Systeme (z. B. Familie) in denen Betroffenen leben nicht selten Strategien entwickelt, diese Erkrankungen zu kompensieren und zu tabuisieren und sich nach außen hin abzugrenzen.

Die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen² werden im Folgenden kurz skizziert.

2.2.1. Schizophrenie und schizoaffektive Störungen (Psychosen)

Die Schizophrenie gehört zur Hauptgruppe der so genannten endogenen Psychosen. Sie ist auch heute noch, trotz der Vielzahl neuer und guter Behandlungsmöglichkei-

² http://www.psychiatriegespraech.de/psychische_krankheiten.php

ten eine schwere psychische Krankheit! Die Entstehung ist multikausal determiniert, es gibt also nicht *die* Ursache der Schizophrenie. Es gilt als etablierte Meinung, dass die Krankheit Schizophrenie durch ein Zusammenwirken verschiedener, biologischer wie psychosozialer Faktoren begünstigt, ausgelöst und unterhalten wird. Das Modell, nach welchem sich die moderne Schizophrenieforschung die Entstehung der Krankheit erklärt, nennt sich "Vulnerabilitäts-Stress-Modell". Es versucht die verschiedenen Wirkfaktoren in einer einzigen Entstehungshypothese zu vereinen.

Eine weitere, relativ gesicherte und bekannte Hypothese im Zusammenhang mit dieser Erkrankung ist die so genannte Dopamin-Hypothese der Schizophrenie, welche davon ausgeht, dass eine (relative) Überaktivität bestimmter Botensysteme in bestimmten Regionen im Gehirn wesentlich für die Entstehung psychotischer Symptome sind und welche Grundlage der modernen psychopharmakologischen Behandlung der Schizophrenie ist. Eine weitere, gesicherte Erkenntnis ist die, dass Schizophrenien *auch* eine genetische Verursachung haben. Es gibt aber auch hier nicht *das* Gen für die Schizophrenie, sondern man geht aus von einer so genannten polygenen Erbanlage mit unvollständiger Penetranz, die zu etwa 5 Prozent an der Manifestation einer späteren Schizophrenie beteiligt ist.

Die schizoaffective Störung ist ein Krankheitsbild, bei dem sowohl Symptome einer schizophrenen Psychose als auch solche einer Depression oder Manie, also einer affektiven Störung, vorliegen. Die schizoaffective Störung gibt es dementsprechend in verschiedenen Varianten, als:

- schizodepressive Störung,
- schizomanische Störung,
- gemischte (manische und depressive) schizoaffective Störung .

2.2.2. Persönlichkeitsstörungen

Die Diagnose "Persönlichkeitsstörung" erfreut sich im klinischen Alltag einer ungebrochenen Beliebtheit. In einer breit gefächerten Erhebung, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich verschiedene Berufsgruppen erfasste, kamen nur 2,8 Prozent der Befragten ohne diese Diagnose aus. Bei den übrigen 97,2 Prozent der Befragten, die mit dieser diagnostischen Kategorie arbeiten, sind unterschiedliche Bezeichnungen, meist nebeneinander und in folgender prozentualer Häufigkeit im Gebrauch:

- Persönlichkeitsstörung (80,1%)
- Abnorme Persönlichkeit (70,1%)
- Charakterneurose (63,1%)
- Dissoziale Persönlichkeit / Soziopathie (50,8%)
- Psychopathische Persönlichkeit (41,5%)

2.2.3. Depressionen

Nach heutiger Auffassung machen Depressionen den Hauptteil der "affektiven Störungen" (Gemütskrankungen) aus, sie sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen älterer Menschen und gehören sogar zu den häufigsten psychischen Krankheiten überhaupt. Nur in etwa der Hälfte der Fälle werden Depressionen von den Hausärzten diagnostiziert und noch seltener werden sie fachgerecht behandelt. Dabei gibt es heute eine ganze Reihe erprobter Behandlungsmethoden, sowohl psychotherapeutische, als auch medikamentöse, um Depressionen wirksam zu behandeln. Damit soll nicht festgestellt werden, dass Depressionen keine ernst zu nehmenden Störungen sind oder bei fachgerechter Behandlung immer gute Prognose haben! Die typischen Symptome einer Depression sind eigentlich geläufig. So kann man diese bzw. Anzeichen häufig bei anderen Menschen aber auch bei sich selbst beobachten:

- allgemein reduziertes Lebensgefühl (Vitalstörung),
- hartnäckige, oft „grundlose“, durch äußere Faktoren kaum beeinflussbare depressive Verstimmtheit aller Schweregrade mit Reduktion oder Verlust der „affektiven Schwingungsfähigkeit“, oft „tiefe Traurigkeit“,
- Hemmung allen seelischen Geschehens“ oder unproduktive Betriebsamkeit,
- Interesselosigkeit und Freudlosigkeit (Anhedonie),
- Antriebsstörung,
- rasche Ermüdbarkeit,
- Konzentrationsstörung und Merkfähigkeitsstörung (=depressive Pseudodemenz),
- Schlafstörungen,
- Morgentief,
- Schuld- und Versagensgefühle, Gefühle innerer Leere und Sinnlosigkeit, Lebensüberdruss- oder Suizidgedanken,
- Zukunftsängste, andere Ängste, Hoffnungslosigkeit,
- Wut gegen sich selber,
- tiefe Verzweiflung,

- Verlust des sexuellen Verlangens (Libido-Verlust),
- Appetitlosigkeit, Störung des Essverhaltens,
- körperliche Symptome wie Schwitzen, Kopf- und andere Schmerzen, Tinnitus, Schwindel.

2.2.4. bipolare (manisch-depressive) Störung

Die "Hypomanie", die "Manie" und die "bipolare Störung" (manisch-depressive Erkrankung) gehören wie auch die monopolen Depressionen zu den so genannten "affektiven Störungen" (Gemütskrankungen). Obwohl die ersten Symptome im Mittel mit 15,5 Jahren bemerkbar sind, kommt es im Durchschnitt erst im Alter von 22 Jahren zur ersten Behandlung! Bei schwererer Ausprägung kommen nicht selten massive Maßnahmen wie Zwangszuweisungen, Zwangsmedikationen zum Einsatz, um den Patienten selber und die Umgebung vor den Folgen manischer Fehlhandlungen zu schützen. Dadurch entstehen häufig Traumatisierungen, die bedeutsam sind für die spätere Rehabilitation und Prognose der Erkrankung.

Die typischen Symptome einer Manie sind Episoden unangemessen gehobener Stimmung, Antriebssteigerung, beschleunigtes Denken, Ideenflucht und Selbstüberschätzung. In der Manie kommt es oft zu exzessivem Kaufrausch, in manchen Fällen auch zu promiskuitivem Verhalten, zu Alkoholexzessen etc. Statt einer gehobenen Stimmung kann auch ein impulsives, gereiztes und aggressives Verhalten dominieren. Diese zweithäufigste Verlaufform ist die oben bereits genannte „bipolare Störung“ (früher: manisch-depressive Krankheit), bei leichter Ausprägung wird sie als „Zyklothymia“ bezeichnet. Wechseln depressive und manische Phasen sehr schnell, dann spricht man von „rapid cycling“.

2.2.5. Angststörungen, Phobien und Panikattacken

Ängste gehören zum Leben, wie Gefühle überhaupt. Sie treten in den unterschiedlichsten Situationen und Zusammenhängen auf, weisen auf drohende Gefahren hin und haben damit eine wichtige Schutzfunktion für den Menschen.

Berichtet ein Patient über zunehmende Ängste, so gehört die Klärung der Frage, ob es sich um eine "Angststörung" oder eine "berechtigte Angst" handelt zu den allerersten und wichtigsten Maßnahmen. Denn der Blick kann verstellt sein dafür, dass eine

aufkommende Angst auf eine tatsächlich bestehende Gefahr hinweisen könnte (z. B. auf das Entgleiten eines Lebenskonzeptes, eine schwelende Beziehungskrise etc.) oder, wie im Fall der Phobie, eine möglicherweise berechtigte Angst der psychischen Abwehr auf einen unbedeutend scheinenden Gegenstand verschoben sein könnte oder sich wie bei den Panikattacken in verfremdeter Form am falschen Ort zeigen und in ihrer ursprünglichen Bedeutung dadurch nicht direkt zu erkennen sein könnte. Angst kann auch ein "Begleitsymptom" einer anderen Erkrankung (körperlich oder psychisch) sein, weshalb das Auftreten einer solchen Symptomatik eine umfangreiche medizinische und psychiatrische Abklärung notwendig macht. In solchen Fällen einer eigentlich berechtigten Angst wäre es kurzsichtig, diesen Affekt sofort zum (einzigen) "Symptom" zu erklären und entsprechend "symptomatisch" zu behandeln. Vielmehr muss geprüft werden, ob nicht z. B. die "Ahnungslosigkeit" des Patienten, woher seine Angst kommen könnte, das eigentliche Symptom darstellt und im Zentrum der weiteren Diagnostik und Therapie zu stehen hätte. Meist geht in der Praxis dann beides Hand in Hand und die konkrete Behandlung gestaltet sich dann eben "mehrdimensional" und vor allem möglichst "kausal", also auf die Ursache bezogen.

Häufig sind allerdings Ängste und Panikattacken tatsächlich Störungen im eigentlichen Sinne des Wortes, z. B. ein angeborener Überschuss an Angst oder eine (möglicherweise durch biographische Faktoren mitbedingte) Irritation oder Fehlentwicklung im affektiven Bereich, die dann gezielt angegangen, mit kognitiven und übenden Verfahren sowie medikamentöser Unterstützung in Grenzen gehalten bzw. möglichst überwunden werden müssen. Ein effektives Training ist dann sehr wichtig, damit der Betroffene nicht stetig in seiner Lebensentfaltung behindert und im Verlauf invalidisiert wird.

2.2.6. Essstörungen (Bulimie, Magersucht, Binge-Eating-Disorder, Orthorexie)

Essstörungen werden im Rahmen klinischer Störungen als eigene Gruppe aufgeführt. Als psychische Störungen werden sie ebenfalls als eigenständige Gruppe unter der Rubrik Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren aufgeführt. Im Wesentlichen verteilen sich die Essstörungen auf die beiden bekannten Krankheitsbilder Magersucht (Anorexia nervosa) und Bulimie (Ess-/Brechsucht, Bulimia nervosa). Daneben werden Essstörungen aus bekannten körperlichen oder reaktiv-psychischen Gründen sowie Mischformen unterschieden.

Als gemeinsame Merkmale essgestörter Menschen können erkannt werden:

- Störung des Körperbildes,
- Wahrnehmungsstörungen nach innen und außen sowie im Gefühlsbereich,
- ein tiefes Gefühl eigener Unzulänglichkeit.

2.2.7. Mobbing- und Burnout-Syndrom

"Mobbing" bedeutet aus dem Englischen "to mob" übersetzt: über jemanden lärmend herfallen, jemanden anpöbeln, angreifen, attackieren. Im gesellschaftlichen Zusammenleben bezeichnet dieser Begriff ein zwischenmenschlich klar beschreibbares, aber juristisch oft schwierig definierbares Phänomen, bei welchem eine oder mehrere Personen über längere Zeit, bewusst oder unbewusst aktiv oder passiv, in jedem Falle aber systematisch von Mitmenschen innerhalb einer Gruppensituation destruktiv behandelt werden und altruistische Impulse zum Schutz dieser Minderheit blockiert sind. "Mobbing" ist keine psychiatrische oder medizinische Diagnose, es provoziert aber in hohem Maße psychische Störungen, zieht also überzufällig häufig psychiatrische Diagnosen nach sich. Deshalb soll hier das "Mobbing" von der Ergebnisseite her betrachtet werden, also von den möglichen Auswirkungen solcher destruktiver zwischenmenschlicher Prozesse auf die seelische Gesundheit. Eine zunehmend häufige Erkrankung (oder zunehmend diagnostizierte Erkrankung), die zumindest in der Wahrnehmung der Betroffenen gehäuft mit "Mobbing-Erlebnissen" in Verbindung gebracht wird, ist das Burnout-Syndrom.

Im Wesentlichen ergeben sich vier wichtige und nicht immer leicht zu treffende differentialdiagnostische Abgrenzungen, wenn ein Mensch aufgrund von "Mobbing" zum psychiatrischen Patienten wird:

- eine depressive Episode
- eine Anpassungsstörung
- eine posttraumatische Belastungsstörung
- ein Burnout-Syndrom
- eine Persönlichkeitsstörung

Die gedrückte Stimmung ist allen Störungsbildern gemeinsam und stellt erst den Ausgangspunkt der differentialdiagnostischen Überlegungen und Abwägungen dar!

Die schädlichen Auswirkungen von Mobbing-Prozessen auf die seelische Gesundheit sind insgesamt noch wenig wissenschaftlich untersucht.

2.2.8. traumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung

Zu den psychischen Störungen, die sich "reaktiv" im Zusammenhang mit einer vorhergehenden Belastung oder einer Traumatisierung entwickeln können gehören folgende Krankheitsbilder:

- akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung

2.2.9. Zwangsstörungen

Zwänge und Zwangsstörungen sind verbreiteter als früher angenommen und kommen in einem kontinuierlichen Spektrum von harmlosen und oft vorübergehenden "Angewohnheiten" bis hin zu wirklich krankhaften Denk- und Verhaltensweisen vor. Die echte "Zwangserkrankung" wird heute als eine sehr ernst zu nehmende und in der Regel schwierig zu behandelnde psychiatrische Erkrankung aufgefasst. Statistisch gesehen ist die Zwangskrankheit die fünfthäufigste psychiatrische Störung, sie tritt interkulturell mit einem nahezu identischen Grundmuster und regional unabhängig mit derselben Prävalenzrate von ein bis der Prozent auf. Sie ist doppelt so häufig wie Schizophrenien oder Panikstörungen! Der Leidensdruck der von einer Zwangsstörung Betroffenen, die häufig jahre- oder gar jahrzehntelang den Gang zu einem Arzt vermeiden, ist beträchtlich. Im Schnitt vergehen sieben Jahre vom Ausbruch der Zwangs-Erkrankung bis zum ersten Arztbesuch! Es gibt mehrere Gründe dafür, dass der Zwangskranke seine Problematik so lange verheimlicht und zu verbergen trachtet. Einerseits weiß er (im Gegensatz zu Wahnkranken) sehr genau, dass seine Symptomatik völlig unsinnig ist, weshalb er versucht, "selber damit klarzukommen". Andererseits ist in der Gesellschaft die wirkliche Bedeutung dieser Störung und das wirkliche Ausmaß des Leidens der Betroffenen kaum bekannt, sodass von dort her wenig Verständnis zu erwarten ist.

2.2.10. Alzheimer-Demenz und andere demenzielle Syndrome

Die Demenz bzw. das "dementielle Syndrom" oder "Demenz-Syndrom" ist die häufigste *organisch* bedingte psychische Störung und bezieht sich heute nicht mehr alleine auf die Störung der Kognition und des Gedächtnis, wenngleich Gedächtnisstörungen ein notwendiges und oft das wegweisende Kardinalsymptom jeder Demenz

bleibt. Die Diagnose bezeichnet dabei ein gleichermaßen charakteristisches wie vielgestaltiges, *erworbenes* Muster von Defiziten, die sich in einem meist schleichenden Prozess bei den betroffenen Personen einstellen und deren Lebens- und Alltagskompetenzen zunehmend einschränken. Am Ende dieses Prozesses steht oft der Tod, oft lange vorher aber bereits ein erhebliches Angewiesensein auf soziale und finanzielle Unterstützung. Nach der aktuellen Definition ist nicht jeder dementielle Prozess unumkehrbar, für die meisten Demenzen, vorweg die Alzheimer-Demenz, trifft dies aber zu.

Die Symptomatik der Demenzen ist sehr vielgestaltig und je nach Demenztyp verschieden. Obligates (d. h. notwendiges) Symptom aller Demenzen, allerdings nicht immer schon zu Beginn sichtbar, ist die Gedächtnisstörung. Ohne Merkfähigkeitsstörung bzw. Störung des Gedächtnis keine Demenz. Aber es gilt umgekehrt: nicht jede Gedächtnisstörung ist Ausdruck eines dementiellen Prozesses.

Die Alzheimer-Demenz als die häufigste Demenz ist zusammenfassend durch folgende, im Alltag zu beobachtende und sich im Laufe der Zeit manifestierende Eigenschaften gekennzeichnet: Zu Beginn der Erkrankung stehen häufig unspezifische Symptome im Vordergrund, die dann meist nicht als Vorboten der Demenz erkannt werden können:

- Stimmungslabilität,
- Rückzugstendenzen,
- Antriebslosigkeit.

3. Die Wahrnehmung der Kinder

3.1. Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung ihrer Eltern?

Nicht selten folgt der psychischen Erkrankung von Eltern eine Verschlechterung der Gesundheit des Kindes. Symptomatisch für das Verhalten der betroffenen Kinder sind unerklärliche und schwankende Verhaltensänderungen der Kinder (extrovertiert, introvertiert) die u. a. Ausdruck akuter punktueller Krisen in der Familie sind, die durch den psychisch kranken Elternteil hervorgerufen werden. In diesem Sinne müssen Kinder psychisch kranker Eltern häufig elterliche Auseinandersetzungen erleben, die sie zusätzlich verunsichern und ängstigen, nicht selten von konkreten Verlustängsten und Schuldgefühlen begleitet werden sowie mit dem Gefühl des Alleingelassen einhergehen. Zudem sind die Kinder Loyalitätskonflikten in der Familie und nach außen hin ausgesetzt, die zu den bereits erwähnten Verhaltensbesonderheiten führen können und durch das Fehlen einer erkennbar verlässlichen Bezugsperson gekennzeichnet sind.

3.2. Wie erleben Jugendlichen die psychische Erkrankung ihrer Eltern?

Jugendliche neigen eher dazu sich von außerfamiliären Kontakten offensiv zu distanzieren. Aber auch ältere Kinder haben in ihrem Selbsterleben starke Schuldgefühle, die sich u. a. aus der ihnen „zugewiesenen“ Verantwortungs- und Versorgungsrolle erklären lässt. So sind junge Menschen oft genug mit der Übernahme von Verantwortung (Versorgung, Rechtsgeschäfte, Behördengänge) grundsätzlich überfordert. Gleiches ist auch in Bezug auf Ersatzpartnerschaften festzustellen, ähnlich wie es auch temporär in Trennungs- und Scheidungssituationen auftritt.

3.3. Was erwarten Kinder als Hilfe bei psychischer Erkrankung ihrer Eltern?

Kinder erwarten grundsätzlich Verhaltens- und Unterstützungshinweise von Erwachsenen, um selbst im Alltag sicherer agieren zu können. Um die familiäre Situation verstehen zu können, brauchen betroffene Mädchen und Jungen Erklärungen über das Wesen und Informationen zum Verlauf der Krankheit ihrer Eltern.

So benötigen junge Menschen Informationen über Gefahren die bei Verschlimmerung eintreten können, um sich unmittelbar hilfe- und schutzsuchend verhalten zu können. Informationen über Heilungschancen, über Medikamente und deren Wirkung sowie Perspektiven geben Mädchen und Jungen bessere Orientierung über den Alltag hinaus. Letztlich ist auch eine präventive Aufklärung über die Gefahr der Vererbung psychischer Krankheiten sowie die Vermittlung von Strategien damit offensiv umgehen zu können wichtig.

3.4. Was kann getan werden bei psychischer Erkrankung von Eltern?

Kinder psychisch kranker Eltern brauchen spezifische Unterstützung. Dies stellt z. B. an die Hilfeplanung gemäß § 36 SGV III oder die Schutzplanung gemäß § 8a SGB VIII im Rahmen der Sicherung des Kindeswohls besondere Anforderungen. So wird im Zusammenhang mit dem Verfahren Hilfeplanung die Schnittstelle Jugendhilfe und Gesundheit in den Blick nehmend ausgeführt, dass: „Erscheinen Hilfen nach § 35a erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe ein Arzt, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Behinderte verfügt, beteiligt werden.“³

So brauchen betroffene Kinder grundsätzlich eine/n kompetente/n Fragebeantworter/in (kognitiv, emotional). Dieser soll u. a. folgende Aufträge erhalten:

- Fragehaltung beim Kind erhalten
- Information und Aufklärung
- Aufbau eines Austausch- und Kontaktnetzes für Kinder
- Verlässliche/r Partner/in für Kinder außerhalb der Familie
- Begleitete Einbeziehung der Kinder in die Heilbehandlung
- Aufklärung der Öffentlichkeit

3.5. Kooperation als Grundanforderung

Der Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern und eine erfolgreiche Arbeit mit diesen braucht insbesondere im Zusammenhang mit der Hilfe- bzw. Schutzplanung Kooperation mit anderen Professionen. Eine solche Kooperation birgt nicht selten Konfliktpotentiale unter den Fachkräften in sich.

³ § 36 Abs. 3 Satz 1 SGB VIII

K O N F L I K T P O T E N T I A L E	<ul style="list-style-type: none"> • Überforderung der Möglichkeiten durch unangemessene Erwartungen
	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation im Fall (situativ, reaktiv) versus im Feld (fallunabhängig, aktiv)
	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation benötigt Zeit und Geld garantiert aber keinen unmittelbaren Nutzen
	<ul style="list-style-type: none"> • Zuständigkeiten wechseln von Fall zu Fall, im Feld bleiben sie ggf. gleich
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche fachliche Haltungen und Handlungsstandards der Professionen
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedlicher berufsständischer Status
	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedlicher gesetzlicher Auftrag
	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperation braucht Bereitschaft und Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung
	<ul style="list-style-type: none"> • fehlendes Wissen um Möglichkeiten und Grenzen bzw. die Infrastruktur des Anderen
	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenz von Hilfe und Kontrolle bzw. Hilfe und Intervention (i. S. v. Schutz)
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedlichkeit des formalen Verfahrens der Hilfefewährung oder des Schutzes
	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalenz von Dienstleistung und Eingriff
	<ul style="list-style-type: none"> • unterschiedliche Zielgruppenorientierung (Kind versus Eltern, nicht Familie als Ganzes)

3.6. Kooperationspartner Sozialpsychiatrischer Dienst (SPD)

Sozialpsychiatrische Dienste bieten auf kommunaler Ebene Beratung und Hilfen u. a. für Menschen mit Suchterkrankungen oder mit psychischen Erkrankungen wie z. B. schizophrenen Störungen, affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, post-traumatische Belastungsstörungen an. Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch Angehörige, Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen können sich an die Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise und kreisfreien Städte wenden.

Die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste sind im Land Mecklenburg-Vorpommern im Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG M-V) geregelt. So ist im § 1 der Anwendungsbereich gegenüber psychisch

Kranken oder denen mit entsprechende Anzeichen und Personen mit einer geistigen Behinderung geregelt:

- die Hilfen für diese Personen,
- die Maßnahmen gegenüber diesen Personen,
- die Unterbringung dieser Personen.

Diesbezüglich zählen zu den Aufgaben und Arbeitsweisen des SPD im Einzelnen:

- die Beratung von Hilfesuchenden, Angehörigen und Personen des sozialen Umfeldes einschließlich betreuender oder behandelnder Institutionen,
- die Diagnostik im Sinne einer medizinischen Abklärung des Einzelfalls,
- die vorsorgende Hilfen, um bei Beginn der Erkrankung oder Wiedererkrankung und bei sich anbahnenden Konfliktsituationen zu gewährleisten, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt und im Zusammenwirken mit der Behandlung geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden können,
- die nachgehende Hilfen um den Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen werden, durch individuelle Betreuung, Beratung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft zu erleichtern sowie eine erneute Krankenhausaufnahme zu vermeiden,
- die regelmäßige Durchführung von ärztlich geleiteten Sprechstunden,
- die Durchführung von Hausbesuchen, um die Situation in der Wohnung und dem näheren sozialen Umfeld persönlich kennen zu lernen, ggf. auch um unmittelbar eingreifen zu können,
- die Koordination der Einzelhilfen,
- die Zusammenarbeit mit allen Diensten und Einrichtungen der Versorgungsregion, die mit der Betreuung und Behandlung psychisch Gefährdeter, Kranker und Behinderter befasst sind, insbesondere mit den regional zuständigen psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen,
- zusätzliche Hilfeangebote in Form von Gruppenangeboten für einzelne Patienten, Gruppen und Angehörige, Initiierung von Laienhelfer- und Angehörigengruppen, Öffentlichkeitsarbeit, Institutionsberatung.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes, es handelt es sich um Pflichtaufgaben der Landkreise und kreisfreien Städte. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind in den meisten Fällen den Gesundheitsämtern ange-

gliedert. Auf überörtlicher Ebene gibt es Landesarbeitsgemeinschaften Sozialpsychiatrischer Dienste.

Im Rahmen des PsychKG sind spezifische Anforderungen an die Kooperation bzw. für die Beteiligung der örtlichen Jugendhilfe fixiert. Diese beziehen sich auf die Hilfestellung sowie die Durchführung der Hilfen und sind wie folgt gefasst:

... Sozialpsychiatrischer Dienst - § 6 Abs. 2

Der Sozialpsychiatrische Dienst und die Einrichtungen, denen die Durchführung der Hilfe übertragen ist, sollen mit den ... Trägern der ... Jugendhilfe, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, Selbsthilfegruppen ... zur Unterstützung und Ergänzung der eigenen Maßnahmen zusammenarbeiten.⁴

⁴ Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz – PsychKG M-V). Bekanntmachung der Neufassung des Psychischkrankengesetzes vom 13. April 2000. GVOBl. M-V S. 182 ff. zuletzt geändert am 26. Juli 2007. GVOBl. M-V S. 318

4. Thesen einer gelingenden Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern⁵

Eine gelingende Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern im Kontext von Hilfen zur Erziehung braucht bestimmte Rahmenbedingungen und Herangehensweisen.

4.1. Zur quantitativen Dimension

Die Arbeit mit Familiensystemen, in denen psychisch kranke Erwachsenen leben, stellt weder für die Psychiatrie noch für die Jugendhilfe ein Randphänomen dar.

- Jede/r fünfte psychiatrische Patient/in hat minderjährige Kinder.
- Jedes zehnte Kind in einer Jugendhilfe hat ein psychisch krankes Elternteil.

Das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ ist ein Frauenthema, in diesem Sinne „Kinder psychisch kranker Mütter“.

- 70 Prozent der psychisch kranken Menschen mit Minderjährigen sind Frauen.

Psychisch kranke Eltern sind in einem überdurchschnittlich hohen Maße von Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüchen betroffen.

- 46 Prozent der Psychatriepatienten/innen mit Minderjährigen leben allein,
- 50 Prozent der Psychatriepatienten und jede dritte Psychatriepatientin mit Minderjährigen leben von ihren Kindern getrennt.

Psychiatrische Erkrankungen sind häufig Erkrankungen über mehrere Generationen hinweg.

- 20 Prozent der Kinder mit psychisch kranken Eltern haben auch psychisch kranke Großeltern.

4.2. Zur Lebenssituation der Kinder

Psychiatrische Erkrankungen von Eltern sind „Familienkrankheiten“ mit erheblichen Folgen für die Kinder, insbesondere:

- für die Partner/innenbeziehung, die familiären Bande, die Leistungs- und Kommunikationsfähigkeit der Eltern.

⁵ vgl. dazu Schone, Wagenblaus. Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Votum 2002, S. 204 ff.

Das Leiden der Kinder an einer elterlichen psychischen Erkrankung beginnt nicht erst mit der Diagnose. So vergehen u. a.:

- vom Auftreten erster Symptome bis zur ärztlichen Diagnose und Behandlung vergehen oft Monate und Jahre.

Die Erkrankung eines Elternteils ist oft nur ein Element im Kontext einer durch komplexe Probleme belasteten familiären Gesamtsituation. So bestehen:

- als zusätzliche Belastungsfaktoren entwicklungsbedingte Besonderheiten (z. B. Pubertät) und nicht selten sexueller Missbrauch oder häusliche Gewalt.

Kinder psychisch kranker Eltern sind keine homogene Gruppe, für die ein einheitlicher Unterstützungsbedarf formuliert werden kann. So führt:

- die psychische Erkrankung eines Elternteils nicht zwangsläufig zu gleichen Bewältigungsstrategien (Stabilisierung durch Kompensation, „Bedrohungsabwehr durch Tabuisierung bzw. Isolation) und deshalb nicht zu einem gleichartigen Hilfebedarf.

4.3. Zur Kooperation der Hilfesysteme

In der Psychiatrie bzw. der Jugendhilfe ist das gegenseitige Wissen um die Situation der Kinder bzw. die Erkrankung der Eltern und um sozialpädagogische bzw. medizinische Handlungsoptionen sowie Möglichkeiten und Grenzen jeweils gering. So sind:

- Angebote von Psychiatrie bzw. Jugendhilfe oft genug nicht aufeinander bezogen bzw. untereinander abgestimmt,
- die Finanzierungsstrukturen beider Systeme nur bedingt kompatibel.

Die Reformbestrebungen der Psychiatrie sind sicher erfolgreich in Bezug auf die Enthospitalisierung und Partizipation der Patienten/innen. Die Aus- und Nebenwirkung auf die Kinder sind hierbei jedoch nicht ausreichend bedacht.

- Durch verstärkte Verkürzung von Klinikaufenthalten und Ambulantisierung sind Kinder heute viel unmittelbarer den Akutphasen der Erkrankung ausgesetzt.
- Die Stärkung der Patienten/innenrechte beeinflusst die Zusammenarbeit beider Systeme (Freiwilligkeit, Daten- und Vertrauensschutz) nicht unerheblich.

Die Intervention der Jugendhilfe beeinflusst insbesondere bei Fremdunterbringung der Kinder die Arbeit der Psychiatrie.

- Die Herausnahme eines Kindes und der damit verbundene Beziehungsabbruch stellt für das erkrankte Elternteil oft eine zusätzliche Belastung (Genesungsprozess) und für die Fachkräfte der Psychiatrie eine zusätzliche Aufgabe (Trauerarbeit) dar.

Die Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe erfolgt in der Regel erst in der Krise.

- Die Zusammenarbeit ist häufig auf den Umstand der Unvermeidlichkeit reduziert (Kindeswohlgefährdung).

Bei Kindern psychisch kranker Eltern reagieren Einrichtungen der Psychiatrie in der Regel elternzentriert und damit in Richtung Jugendhilfe polarisierend.

- Hilfe- und Begleitangebote beziehen sich auf die Eltern oder trennen Kinder von diesen.
- Spezielle Hilfe- und Begleitangebote im Rahmen psychiatrischer Betreuung für Kinder sind eher die Ausnahme,

Es ist eine aufgabenbezogene Erweiterung der Hilfen zur Erziehung im Hinblick auf psychische Erkrankung von Eltern (Elternarbeit, Familienhilfe) festzustellen, ohne dass dies durch eine entsprechende Qualifizierung und Professionalisierung gestützt wird.

- Zunehmend wird das Ausschlusskriterium „psychische Erkrankung der Eltern“ oder „Suchterkrankung von Eltern“ in Konzepten der Erziehungshilfe (insbesondere SPFH) nicht mehr fixiert.

Die Haushaltshilfen, die bei der Erkrankung von Eltern (meist) kleiner Kinder gemäß § 38 SGB V eingesetzt werden, sind nicht selten bei psychischen Erkrankungen in den Familien mit den Betreuungsaufgaben überfordert.

- Haushaltshilfe als Sachleistung kann auf die Gesamtsituation in Familien mit psychisch erkrankten Eltern fachlich nicht umfassend und kontinuierlich reagieren.

Kooperationsprobleme innerhalb der Hilfesysteme erschweren auch die Zusammenarbeit zwischen diesen.

- Unterschiedliche Professionen und Hilfsangebote beider Systeme sind nicht selten unausreichend im Sinne eines Gesamtplanes mit und für eine Familie abgestimmt.

Die eigentlich gemeinsame „Professionslogik“ der Sozialarbeit / Sozialpädagogik wird durch die unterschiedliche „Systemlogik“ von Jugendhilfe und Psychiatrie überformt.

- Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagogen/innen stellen in beiden Systemen gleichermaßen eine bedeutende Berufsgruppe dar. Damit könnte Sozialarbeit und Sozialpädagogik einen integrierenden Rahmen bieten
- In Wirklichkeit wirkt jedoch die „Loyalität“ zum jeweils eigenen System eher abgrenzend gegenüber dem Kooperationspartner.

Der Zeithorizont und die Arbeitsgeschwindigkeit von Psychiatrie und Jugendhilfe sind extrem unterschiedlich und lassen produktive Kooperationen im Einzelfall kaum zu.

- Psychiatrie braucht häufig ad hoc Entscheidungen bei Entlassung von Patienten/innen im Zusammenhang mit der Absicherung der Betreuung von Kindern
- Jugendhilfe hingegen braucht Zeit, um im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens der Hilfeplanung eine Hilfe zur Erziehung oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gemäß SGB VIII. gewähren zu können.
- Im Gegensatz dazu wieder wird eine Haushaltshilfe als Sachleistung nach dem SGB V als unmittelbare Situationsentscheidung gewährt.

Kindbezogene Zeitvorstellungen der Jugendhilfe kollidieren mit erwachsenen- bzw. elternorientierten Zeitvorstellungen der Psychiatrie.

- Jugendhilfe braucht von Psychiatrie in der Regel umgehend Prognosen für langfristige und teure Entscheidungen in Bezug auf Kinder.
- Psychiatrie hat die Tendenz solche Prognosen zu vermeiden, da sie grundsätzlich und längerfristig von einer Heilungschance für die Eltern ausgeht.

Die Prozesse psychiatrischer (Diagnose) bzw. sozialpädagogischer (Fallverstehen) Diagnostik, die der Leistungsgewährung beider Systeme vorausgehen, sind wenig vergleichbar und damit kaum kompatibel.

- Psychische Störungen werden auf der Grundlage allgemein anerkannter Klassifikationssysteme (z. B. ICD 10) ermittelt und als klinische Symptombeschreibungen mit einem engen Patienten/innenbezug bestimmt.
- Sozialpädagogischer bzw. erzieherischer Bedarf ist nicht auf die Beschreibung von Defiziten beschränkt, sondern bezieht sich vielmehr auf die Ressourcen, Bereitschaft und Fähigkeiten des betroffenen Familiensystems i. e. S. auf Personensorgeberechtigte und hat gesetzlich normiert (§ 8a SGB VIII) ggf. immer auch eine Abschätzung des Gefährdungsrisikos für das Kind zum Gegenstand.
- Dennoch sind die psychiatrische Diagnose bzw. die sozialpädagogische Diagnostik aus der Perspektive der Jugendhilfe rechtlich über die Gewährung von Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII miteinander verknüpft. Dort ist rechtsverbindlich ausgeführt, dass vor einer Hilfestellung „der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme 1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder 3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen“ hat.⁶

⁶ § 35a Abs. 1a. Dort heißt es weiter: „Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.“

5. Zusammenfassendes

Jugendhilfe braucht den Rückgriff auf psychiatrische Kompetenz bei Umsetzung des Kinderschutzauftrages oder der Realisierung von Hilfen zur Erziehung für Kinder psychisch kranker Eltern, u. a. über die Bestimmung gegenseitig beratender Ansprechpartner/innen auf der Fachebene und/oder gemeinsame Supervisionen und Fallberatungen.

Psychiatrie braucht geschärfte Wahrnehmungsraster für die besondere Situation von Eltern und für die Belange deren Kinder, um zeitiger und um das Einverständnis der Eltern werbend, vielleicht auch zunächst nur beratend Jugendhilfe einzubeziehen.

Jugendhilfe und Psychiatrie müssen fallübergreifend ein Kooperationsmuster entwickeln, um Probleme der Ungleichzeitigkeit und der unterschiedlichen Geschwindigkeit ihrer Handlungsprozesse angemessener handhaben zu können.

Fachkräfte aus Jugendhilfe und Psychiatrie brauchen gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, um ein aufeinander abgestimmtes Aufgabenverständnis und einen gemeinsamen Zeichenvorrat zu erarbeiten.

Fachkräfte der Erziehungshilfen müssen sich zunehmend mit der Frage auseinandersetzen, welche spezifischen Bewältigungs- und Verarbeitungsangebote sie Kindern machen wollen und können, deren Eltern psychisch erkrankt sind.

Eine gemeinsame Unterbringung von Elternteilen und Kindern im psychiatrischen Kontext muss stets auch im Interesse des Kindes realisiert werden.

Der gemeinsame Präventionsauftrag für die Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Jugendhilfe erfordert eine gemeinsame Konzipierung von Angeboten.

Zur Sicherung eines qualifizierten Einsatzes niedrigschwelliger Angebote jenseits der Jugendhilfe brauchen z. B. die Haushaltshilfen eine spezifische Unterstützung und Begleitung.

Die sozialpsychiatrischen Dienste der öffentlichen Träger der Gesundheitshilfe sollten eine stärkere Drehpunktfunktion zwischen den Institutionen der Psychiatrie und Jugendhilfe übernehmen.

Für jungen Menschen müssen niedrigschwellige und spontan zugängliche Redeangebote und Erfahrungsräume außerhalb der belasteten Familiensituation geschaffen werden.

6. Literaturliste

Baumann, Kerstin Katharina (2000).

Verrückte Kindheit. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Tectum Verlag.

Beeck, Katja (2008).

Netz und Boden – Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern.

Beeck, Katja (2004).

Ohne Netz und ohne Boden - Situation Kinder psychisch kranker Eltern

Beeck, Katja.

«Mama sagt, die Zahnpasta ist vergiftet» – Wie Erzieher/innen Kinder psychisch kranker Eltern unterstützen können.

Beeck, Katja (2004).

Kinder psychisch kranker Eltern - Ein Thema für die Schule!

Behla, Yvonne (2009).

Psychisch kranke Eltern, für Kinder (k)ein Problem? Bewältigungsstrategien der Kinder und Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit. Diplomatica Verlag GmbH.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e.V. (Hg) (2005).

RisikoKindheit: Meine Eltern sind anders. Eltern mit psychischen Störungen und die Betroffenheit von Kindern. 5. Kinderschutzforum 2004. Köln.

Darius, S./Hellwig, I./Schrapp, Chr. (2001).

Krisenintervention und Kooperation als Aufgabe von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz. Mainz.

Deneke, Chr. (2005)

Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: Deegener, G. /Körner, W. (Hg) (2005). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen, S. 141 – 154.

Homeier, Schirin (2006).

Sonnige Traurigtage: Illustriertes Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Bezugspersonen. Mabuse-Verlag.

Kaschta, Christine (2008).

Kinder psychisch kranker Eltern: Angemessene Unterstützungsformen unter dem Blickwinkel der Resilienzforschung. Vdm Verlag.

Lenz, Albert (2009).

Ressourcen fördern: Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Hogrefe-Verlag.

Lenz, Albert (2008).

Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Dgvt-Verlag.

Lenz, Albert (2007).

Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern: Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Hogrefe-Verlag.

Lenz, Albert (2005).

Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe-Verlag.

Lohse, Tina (2009).

Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben. Postpartale Depression: Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Therapiemöglichkeiten. Diplomica Verlag GmbH.

Magolei, Vera (2008).

Kinder psychisch kranker Eltern: ein Konzept für Aachen. VDM Verlag Dr. Müller.

Mattejat, F. (o.J.)

Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat ... Wie geht es dann den Kindern? (www.psychiatrie.de/dachverband/broschueren)

Mattejat, F. (o.J.)

Wenn deine Mutter oder dein Vater in psychiatrische Behandlung muss ... Mit wem kannst du dann eigentlich reden? Bonn. (www.psychiatrie.de/dachverband/broschueren)

Mattejat, F. (o.J.)

Wenn deine Mutter oder dein Vater psychische Probleme hat ..., Informationen für Jugendliche. Bonn. (www.psychiatrie.de/dachverband/broschueren)

Mattejat, Fritz und Lisofsky, Beate (Hg) (2009).

Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker. Bonn.

Müller, Katrin (2008).

Kinder psychisch kranker Eltern. Lebenswelten und Hilfemöglichkeiten bei Kindern schizophren und affektiv erkrankter Eltern. Diplomica Verlag.

Peukert, Reinhard und Schlorff, Doreen (2005).

Kinder psychisch kranker Eltern: depressive Mütter und die Auswirkungen der Erkrankung auf das Säuglings- und Kleinkindalter unter besonderer Berücksichtigung der Bindungstheorie von John Bowlby. Wiesbaden.

Pretis, Manfred und Dimova, Aleksandra (2004).

Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. Reinhardt, München.

Schone, Reinhold und Wagenblass, Sabine (Hg) (2005).

Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Juventa.

Schone, Reinhold und Wagenblass, Sabine (Hg) (2006).

Wenn Eltern psychisch krank sind...: Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Juventa.

Sollberger, Daniel (2000).

Psychotische Eltern-verletzliche Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch. Bonn.

Soria, Corinna (2002).

Leben zwischen den Seiten. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Tauber, Anne und Peukert, Reinhard (2007)

Kinder psychisch kranker Eltern. Wiesbaden.

Weiß, Wilma (2009).

Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Juventa.

Woitz, J.G. (2005).

Sehnsucht nach Liebe und Geborgenheit. Wie erwachsene Kinder von Suchtkranken Nähe zulassen können. München.

Woitz, J.G. (2004).

Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. München.

Wolff, Susanne (2007).

Kinder psychisch kranker Eltern: Die verschiedenen Sichtweisen auf die Problematik und mögliche Konsequenzen für die Praxis. Grin Verlag.

Wulf, Anette (2007)

Kinder psychisch kranker Eltern: Leben zwischen Wahn und Normalität. Vdm Verlag.

7. Abkürzungsverzeichnis

ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst des Jugendamtes
u. a.	Unter anderem
gGmbH	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achstes Buch. Kinder- und Jugendhilfe
S.	Seite
Hg	Herausgeber
z. B.	Zum Beispiel
etc.	et cetera
d. h.	dass heißt
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung
bzw.	Beziehungsweise
SPD	Sozialpsychiatrischer Dienst
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
M-V	(Psychischkrankengesetz – PsychKG M-V)
StGB	Strafgesetzbuch
SPO	Strafprozessordnung
ff.	fortfolgend
vgl.	Vergleiche
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß