

Zum Wohle des Kindes?

Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage

Jährlich werden in Deutschland 6000 Sorgerechtsentzüge entschieden.

Ein Drittel davon betreffen Eltern mit psychiatrischer Diagnose. Und: Kinder psychisch erkrankter Eltern haben ein erheblich höheres Risiko, selbst zu erkranken, als Gleichaltrige aus nichtbetroffenen Familien.

Was bedeuten diese Fakten für die Sorgerechtsfrage? Können Kinder trotz psychisch kranker Mutter oder Vater in der Familie un gefährdet heranwachsen oder ist ihr Wohl bedroht?

VON HORST LAZARUS

Ich werde das im Titel markierte Problemfeld von den folgenden Thesen aus bearbeiten:

1. Psychisch kranke Eltern haben oft psychisch gestörte Kinder!
2. Psychiatrische Diagnosen bei Eltern sind kein hinreichender Grund für ein Eingreifen in die Beziehung eines Kindes zu seinen Eltern oder dafür, sie gar zu beenden!
3. Auch diesseits einer psychischen Erkrankung von Eltern gibt es Kindeswohl!

Zu These 1: Psychisch kranke Eltern haben oft psychisch gestörte Kinder!

Über den Zusammenhang von psychischer Erkrankung von Eltern und ihre Auswirkungen auf die Kinder liegen zahlreiche Untersuchungen vor. Sie plausibilisieren Zusammenhänge zwischen familiären Häufungen einzelner psychiatrischer Erkrankungen und genetisch bedingten Anfälligkeiten. Sie beschreiben die psychische Erkrankung von Eltern als belastende psychosoziale Umwelt- und Entwicklungsbedingung mit einem hohen Gefährdungsrisiko für die gesunde psychische Entwicklung der Kinder. Sie thematisieren Elternschaft und Elternrolle von Personen mit schweren psychischen Störungen aus den unterschiedlichen Betroffenheits-Perspektiven der erkrankten wie der nicht erkrankten Eltern, ihrer Kinder und der weiteren Familienangehörigen. Sie fassen die Kinder psychisch erkrankter Eltern als eine biologisch und/oder psychosozial relevante »High-Risk-Gruppe« zusammen, um herauszufinden, wie unterschiedliche Faktoren biologischer und psychosozialer Art das Verhalten und Erleben der Kinder sowie ihren entwicklungsmäßigen Verlauf insgesamt beeinflussen, und wie vor allem auch die subjektive Erfahrungs- und Verarbeitungsweise der psychischen Erkrankung auf die Kinder wirkt.

Das Erkenntnisinteresse ist, Genauer

darüber zu erfahren, wie eine psychische Erkrankung von Eltern bzw. eines Elternteils die optimale psychologische Entwicklung ihrer Kinder beeinträchtigt oder sie gar vereitelt und mitunter sogar eine psychopathologische Entwicklung der Kinder selbst begünstigt und bewirkt.

Neben ein objektivierendes Erkenntnisinteresse, das eine Entwicklungsgefährdung und ein eigenes Erkrankungsrisiko von Kindern psychisch erkrankter Eltern mittels quantitativ-statistischer Zusammenhänge zu sichern versucht, tritt ein Forschungsinteresse, das sich primär auf eine genauere Erfassung der psychosozialen Lebenssituation von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil richtet, das sich mit den Folgen der psychischen Erkrankung von Eltern vor allem für die Kinder befasst und das die subjektive Dimension des Lebens von Kindern mit psychisch erkrankten Eltern in den Mittelpunkt stellt.

Nach Sommer u.a. (2000) sind 15 bis 30 Prozent der in Schweizer psychiatrische Kliniken eingewiesenen Patientinnen und Patienten Eltern von minderjährigen Kindern. Remschmidt und Mattejat (1994) berichten, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung einen psychisch kranken Elternteil haben. Nach Mattejat u.a. (2000) ist das Risiko bei Kindern von psychisch kranken Eltern, selbst psychisch zu erkranken, deutlich erhöht. Als bedeutsamer für eine präventive, therapeutische und bewältigungsorientierte Arbeit erweisen sich die mit der psychischen Erkrankung verbundenen ungünstigen psychosozialen Entwicklungsbedingungen.

Sowohl bei schizophrenen wie auch bei depressiv erkrankten Eltern stellen Defizite im kognitiven Bereich, im emotionalen Bereich und im Verhaltensbereich Belastungen im Umgang mit den Kindern dar, und sie erhöhen damit das Risiko für psychische Störungen bei den Kindern: Über die enge Verflochtenheit von Störungen des Denkens und der Affekte sowohl bei schizophrenen wie bei schwer depressiv erkrankten Menschen berichtet die so genannte klassische wie die moderne Psychiatrie

übereinstimmend. Einem »zerrissenen Denken« entsprechen »zerrissene Affekte« und Affekte dringen unvermittelt und unsystematisch in das Denken ein und lassen es ungeordnet und irrelevant erscheinen, was neben beträchtlichen Kommunikationsproblemen zu erheblichen Unterbrechungen in der Aufmerksamkeits- und Zuwendungshaltung führt. Diese »Basisstörung« zeigt sich besonders bei den sowohl akuten wie bei den chronischen schizophrenen Erkrankungsfällen in schwersten Formen von Denkstörungen mit starker Angst und Feindseligkeit (Bleuler, 1911, und Ciompi, 1997).

Die psychische Erkrankung eines Elternteils steht (oft) in Wechselwirkung mit weiteren psychosozialen Belastungsfaktoren, wie z.B. mit ehelichen Konflikten der Eltern, mit familiärer Disharmonie und Unzufriedenheit, mit länger dauernden Trennungen, mit einem Auseinanderfallen der Familie, mit finanziellen Einschränkungen, mit unzureichender Unterstützung, mit sozialer Isolation usw. Die Kinder sind öfter auf sich selbst gestellt, müssen mehr als andere Kinder mit dem familiären Alltag und dem Haushalt, mit ihren Schulproblemen, mit ihrer Einsamkeit usw. zurechtkommen, und sie tun sich schwer(er), ihre eigene Identität zu finden und zu entwickeln.

Nach Sollberger (2000) tragen Kinder schizophren erkrankter Eltern ein Risiko von ca. 13 Prozent, selbst an Schizophrenie zu erkranken. Gegenüber der Prävalenz der Gesamtbevölkerung von 0,5 bis 1,0 Prozent ist ihre Wahrscheinlichkeit für eine psychische Erkrankung damit 12- bis 15-mal höher. Bei schizoauffektiv erkrankten Eltern liegt das Erkrankungsrisiko der Kinder sogar bei 37 Prozent. Noch ungünstiger erweisen sich die Entwicklungsmerkmale bei Kindern von Eltern mit krankheitswertigen Persönlichkeits- und Suchtstörungen. Die Diskordanzrate bei eineiigen Zwillingen bemisst sich im Falle einer schizophrenen Erkrankung auf 48 Prozent.

Bohus u.a. (1998) benennen Unterschiede in den Konkordanzraten hinsichtlich eines schizophrenen Erkrankungsrisikos bei

zweieiigen Zwillingen (15,5 Prozent) und bei eineiigen Zwillingen (52 Prozent).

Nach den Ergebnissen einer Metaanalyse von 24 High-Risk-Studien zur schizophrenen Erkrankung von Eltern zeigen diese gehäufte motorische und sensorische Dysfunktionen, affektive Übererregbarkeit sowie eine verringerte verbale Expressivität und Kommunikation ihren Kleinkindern gegenüber. Ihre Kinder fallen im Vorschulalter als depressiver, zurückgezogener, ängstlicher und zerstreuter auf. In der Schule imponieren Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, der affektiven Kontrolle und der sozialen Kompetenz. Und in der Adoleszenz treten deutlicher Tendenzen zu kognitiven Störungen, ein schlechteres Kontextverständnis sowie vermehrt magische Denkstile zutage. 40 bis 60 Prozent dieser Kinder zeigen andere, unspezifischere behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten. Für Kinder von AngstpatientInnen wird ein siebenfach erhöhtes Risiko berichtet, auch an einer Angststörung zu erkranken.

**Zu These 2:
Psychiatrische Diagnosen
bei Eltern sind kein
hinreichender Grund für ein
Eingreifen in die Beziehung
des Kindes zu seinen Eltern
oder dafür, sie gar zu
beenden!**

Aber trotz der nachgewiesenen erhöhten Gefährdung, der Kinder von psychisch erkrankten Eltern ausgesetzt sind, weist M. Bleuler bereits 1972 darauf hin, dass sich »eben nur eine Gefährdung und nicht ein absolutes Hindernis für eine gesunde Entwicklung« zeige.

Die Studie von Ernst (1978), in der die Belastungen von 223 Kindern von 133 psychisch erkrankten Müttern erhoben wurden, macht auch auf einen produktiven Umgang der Kinder mit ihrer familiär belasteten Situation aufmerksam. Es wird resümiert, dass das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil für das Kind auch Chancen mit sich bringen kann.

Dass Kindern trotz der genannten Risiken und der durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern belastenden Lebensbedingungen eine positive Entwicklung möglich ist, ungünstige Umweltbedingungen auch reversibel sein können und sie im Erwachsenenalter relativ gesund ein können, wird auf das gleichzeitige Vorhandensein einer Reihe so genannter »protektiver Faktoren« zurückgeführt, und zwar sowohl in der Persönlichkeit des Kindes selbst (robustes, aktives und kontaktfreudiges Tem-

perament, Intelligenz und günstiger kognitiver Stil, interne Kontrollüberzeugung usw.) wie in ihrem sozialen Umfeld (dauerhaft-verlässliche und gute emotionale Bindung und Beziehung zu einer primären Bezugsperson, kompensatorische Elternbeziehung, gutes Ersatzmilieu, gute soziale Förderung, günstiger sozio-ökonomischer Status, weitere positive extrafamiliäre Ressourcen usw.).



Karl F. Bornhoff: In Käfigen

Mattejat u.a. (2000) kommen zu dem Ergebnis, dass eine psychiatrische Diagnose und eine Erhebung von Krankheitsparametern bei den psychisch erkrankten Eltern alleine nicht ausreichen, um ein Gefährdungs-/Belastungsrisiko für die Kinder bestimmen zu können. Es müssen auch das allgemeine Funktionsniveau und die sozialen Kompetenzen des erkrankten Elternteils ebenso wie der psychische Status des anderen Elternteils erfasst werden, und vor allem aber sind die genannten »protektiven Faktoren« positiv zu bestimmen, die geeignet sind, den Einfluss von Risikofaktoren abzuschwächen oder unwirksam zu halten.

Mithin ist über eine psychiatrische Diagnose allein die simplifizierende Annahme nicht zu bestätigen, dass »gestörte Eltern gestörte Kinder hervorbringen«! Dafür bedarf es vielmehr einer Fokuserweiterung, die Leitfragen generiert in Richtung

a) einer Erkundung der »Qualität der interpersonellen Beziehung« zwischen dem psychisch erkrankten Elternteil und dem betroffenen Kind bzw. bezogen auf das ganze Beziehungsnetz, in dem sich beide bewegen (mithin also auch auf die Bezie-

hung zwischen erkranktem und gesundem Elternteil und weiteren Familienangehörigen, zwischen dem Kind und dem gesunden Elternteil und weiteren Bezugspersonen usw.); und

b) auf eine nähere Qualifizierung der Krankheitsbewältigung bei allen Betroffenen, und zwar hinsichtlich der Einstellungen auf die psychische Erkrankung (Verleugnung, Übertreibung, Schuldzuweisung, Überforderung usw.), dem Ausmaß der befriedigend abgestimmten familialen Organisation und Aufgabenverteilung sowie dem Informations- und Nutzungsgrad hinsichtlich der Aufklärung über die psychische Erkrankung, der Anspruchsberechtigung und der Inanspruchnahme von Hilfe-/Fach-Institutionen.

Bohus u.a. (1998) diskutieren im Zusammenhang der Bedeutung von protektiven Faktoren die folgenden Befunde:

a) Für Kinder, deren Eltern an einer Schizophrenie erkrankt sind, verringert sich das Risiko, später selbst zu erkranken, wenn der nicht erkrankte Elternteil bei guter Gesundheit ist und seine elterlichen Funktionen adäquat erfüllt, wenn eine gute Eltern-Kind-Beziehung besteht, ein tragfähiges soziales Unterstützungssystem besonders in der Adoleszenz vorhanden ist, das Elternhaus insgesamt weitestgehend stabil ist, wenn auch eine physische Attraktivität vorhanden ist und ein hoher IQ vorliegt.

b) Für Kinder affektiv erkrankter Eltern gelten ein milderer Schweregrad, ein spätes Erkrankungsalter, ein gutes Intelligenz- und Ausbildungsniveau des erkrankten Elternteils sowie die Präsenz einer dritten Person an der Erziehung des Kindes als protektive Faktoren. Auch für sie stellt ein ausreichender Informationsstand der Kinder über die Erkrankung und über die Behandlung des erkrankten Elternteils ein wichtiger unterstützender Faktor dar.

Die höchste Vulnerabilität für die Entwicklung einer psychischen Störung besteht in der frühen Kindheit und in der Adoleszenz. Dieses Faktum macht auf die Bedeutung einer rechtzeitigen präventiven Intervention aufmerksam.

So wenig psychiatrische Diagnosen in der Lage sind, alle Aspekte einer psychischen Erkrankung kenntlich zu machen und zu benennen, so wenig vermögen sie auch die psychosozialen Folgen der Erkrankung und ihre unspezifischen Phänomene mitzuerfassen, die aber für die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung oft wichtiger sind als die Informationen mit-

tels des diagnostisch etikettierten Krankheitsbildes.

Für Hunold und Rahn (2000) können Diagnosen lediglich eine Orientierung geben und eine Problematik eingrenzen. Da bei seelischen Erkrankungen nie von einer Ursache allein auszugehen ist und ihr Verlauf bekanntlich stark variiert und kaum vorausgesagt werden kann, sollen Diagnosen möglichst nur die Symptome und Krankheitserscheinungen benennen. »Aussagen über die Krankheitsursachen und das Schicksal der Erkrankung sollen dagegen aus der Diagnose nicht mehr herleitbar sein«.

Zweifelloos wird somit die Präzisierung einer psychiatrischen Diagnose mit einer erheblichen Einschränkung und Einnengung des Bedeutungsbereiches der psychischen Erkrankung zu sichern versucht, wo es doch gerade im Bereich der psychosozialen und der rechtsregelnden Praxis auf eine sensible und differenzierte Erfassung und Erörterung des sinnvollen Bedeutungsumfanges eben dieser Diagnose bzw. der ihr zugrunde liegenden psychischen Erkrankung ankommt.

Während Diagnosen in einer therapeutischen Beziehung den Vorteil haben, BehandlerInnen, PatientInnen und ggf. ihre Angehörigen während des gesamten Behandlungsprozesses zu begleiten, mit der Folge, dass immer mehr Aspekte der Diagnose deutlich werden (z.B. Bedingungen, die zur Erkrankung beitragen, aber auch Bedingungen und Möglichkeiten, wie diese im sozialen Kontext abgemildert oder gut bzw. besser bewältigt werden kann), so wird ihnen in einem kindschaftsrechtlichen Zusammenhang eine andere Funktion zugeordnet. Die Diagnose ist hier nicht Bestandteil eines fortwährenden Klärungsprozesses, bei dem die Erkrankung von allen Mitbetroffenen immer besser im Kontext der eigenen Lebensgeschichte der Erkrankten und deren aktuellen Lebenssituation verstanden werden kann. Sie soll stattdessen in oft kurzer Zeit eine zivilrechtliche Entscheidung von langer Dauer und großer Tragweite rechtfertigen helfen, ohne dass es den Diagnostikern möglich ist, ein ausreichendes Verständnis für die Situation aller in die Erkrankung involvierten Bezugspersonen aufzubringen, ohne sich mit ihnen je unterschiedlichen Einschätzungen ausreichend vertraut zu machen, ohne ihre oft stark divergierenden Problemverständnisse (ihre eigenen Diagnosen!) klären, offen legen, miteinander vergleichen und sie ggf. in eine Übereinstimmung bringen zu können. Ist ein derart klärendes Vorgehen nicht möglich, dann kann auch keine gutachterlich sach- und fachgerechte Problemlösung vorgeschlagen werden. Hieraus lässt sich gewissermaßen die Regel ableiten:

Kindschaftsrechtliche Entscheidungen erfordern es, den Fokus von der psychiatrischen Diagnose abzuziehen und ihn auf die anderen Lebens- und Bedeutungsbezüge zu richten, also mehr Aufmerksamkeit den Fragen der Lebensziele und der individuellen und/oder der familiären Lebensentwürfe im Kontext der psychischen Erkrankung eines Elternteils zu widmen! Die Klärung dieser Fragen rückt in den Vordergrund, und die psychiatrische Diagnose erhält eine immer geringere Bedeutung.

Mit der Diagnose einer Erkrankung sollen zunächst einmal »absichtliche« Ziele und Zwecke verfolgt und erreicht werden:

Sie soll Krankheits(an)zeichen ordnen und unterscheiden, sie soll etwas über Symptome, ihre Ursachen und über ihren Verlauf sowie über ihre Prognose aussagen, sie soll der Verständigung unter den Fachleuten dienen, und sie soll die Betroffenen im Umgang mit der psychischen Erkrankung entlasten.

Jede psychiatrische Diagnose bewirkt als »Etikett« aber auch die Verfolgung »unabsichtlicher« Ziele und Zwecke:

Sie suggeriert einen derartigen Geschlossenheits-Eindruck und das Bild einer derart umfassenden Identität der erkrankten Person, dass alle ihre sonstigen Eigenschaften und Fähigkeiten nicht mehr gesehen werden. Damit steigt die Gefahr einer »Stigmatisierung«, indem psychisch Kranken Verhaltensweisen zugesprochen werden, die schnell sehr negativ bewertet werden und die sie leicht in die Rolle eines »Versagers« oder eines »Schuldigen« usw. versetzen, und die sich vor allem auch auf diejenigen erkrankten Personen beziehen, die der gleichen diagnostischen Kategorie angehören, mit weit reichenden Konsequenzen für die rechtliche und soziale Situation der so Betroffenen.

So wird die übermächtige Angst und Aggression (Wut), die sich extrem krisenhaft zugespitzt bei einzelnen schizophrenen oder auch (seltener) bei depressiv psychotisch Erkrankten in Totschlagshandlungen gegenüber den eigenen Kindern entladen kann, besorgt-befürchtet allen anderen psychisch kranken Eltern auch zugesprochen. Dies kann zu gravierenden und folgens schweren vorurteilsbehafteten Vorbehalten ihnen gegenüber führen, die besonders immer wieder durch Sensationsmeldungen über psychisch Kranke in einer bestimmten, weit verbreiteten Presse geschürt werden.

Und dann eignen sich psychiatrische Diagnosen bekanntlich auch gut für die Verfolgung einseitig »rational-zweckgerichteter« Ziele: Mit psychiatrischen Begriffen lässt sich bekanntlich im kindschaftsrechtlichen Zusammenhang gut Stimmung machen. So werden Eltern z.B. in rechtsan-

waltlichen Schriftsätzen mit hysterisch, schizophren, psychotisch, psychopathisch, alkoholkrank usw. bezeichnet oder sogar mit einem »Münchhausen-Syndrom« belegt und damit in Bausch und Bogen als unfähig zur Versorgung, Betreuung und Erziehung der gemeinsamen Kinder erklärt, wo bei genauem Hinsehen eher gemeint ist, dass sich der so beschriebene Elternteil im partnerschaftlich-elterlichen Streit widersprechend-widersetzlich verhält, dass die Beweggründe seines Handelns dem anderen nicht so nachvollziehbar erscheinen, er die Sichtweise und Version zu bestimmten partnerschaftlich-familiären Vorgängen und Ereignissen des anderen Elternteils nicht teilt usw.

Als Fazit ist festzuhalten, dass psychiatrische Diagnosen ihren engen Erkenntnis- und Bedeutungsrahmen weit überschreiten müssen, wenn sie in kindschaftsrechtlicher Hinsicht als Rechtfertigungsgrund für Eingriffe in die Eltern-Kind-Beziehung herangezogen werden sollen. Die psychiatrische Krankheitsdiagnose als eine Aussage über die Störung einer Person sagt wenig aus über deren Selbstbild und über die Bewältigung ihrer Krankheitssymptome und -folgen, und sie sagt meistens nichts aus über die Auswirkungen und Bewältigungsformen der psychischen Erkrankung im familiären und sozialen Umfeld. Die psychiatrische Krankheitsdiagnose muss ergänzt und erweitert werden durch eine Diagnose der verschiedensten intrapersonalen Schutzfaktoren und Ressourcen auf Seiten der psychisch erkrankten Eltern selbst wie auch in ihrem sozialen Umfeld. Es sind die unterschiedlichen Betroffenen-Perspektiven zu klären, offen zu legen und so weit wie möglich in Übereinstimmung zu bringen, und es sind die unterschiedlichen expliziten und impliziten Funktionen und Zielsetzungen zu berücksichtigen, die mit einer psychiatrischen Diagnose verbunden werden.

Da die medizinisch-psychiatrische Diagnose wenig über die Folgen einer psychischen Erkrankung mit Auswirkungen auf potenzielle Lebensentwürfe, auf die Lebensqualität oder speziell auch auf das Kindeswohl aussagt, ist eine umfassendere »funktionale Diagnose« der psycho-sozialen Belastungs-/Bewältigungslage im Alltag und in der Lebenswelt der Kinder von bzw. mit ihren psychisch kranken Eltern erforderlich.

Zu These 3: Auch diesseits einer psychischen Erkrankung von Eltern gibt es Kindeswohl!

Nach Sommer (2001) werden in Deutschland jährlich 6000 Sorgerechtsentzüge entschieden. Ca. ein Drittel davon be-

treffen Eltern mit einer psychiatrischen Diagnose. Bei ihnen treten spezifische Veränderungen im Wahrnehmen, im Denken und Fühlen, in der Motivation und in der Kommunikation auf. Schwere und Bedeutung der Erkrankung sowie vor allem ihre Rückfallgefährdung und das Risiko der Chronifizierung werden nach Hunold und Rahn (2000) oftmals mehr durch die weniger spezifischen Symptome bestimmt; der Krankheit selbst wird dabei nur eine mitgestaltende Rolle zugesprochen, wohingegen die persönlichkeitsbezogenen und sozialen Faktoren entscheidender sein sollen.

Dies gilt auch für die erhöhten Selbst- und Fremdgefährdungen vieler psychischer Erkrankungen, bei denen stets auch die weiteren negativen Folgen der Erkrankung, wie etwa die Belastungen der Angehörigen, die materiellen Risiken, die möglichen Einschränkungen der Lebensqualität usw. mitzubedenken sind.

Die psychische Erkrankung von Eltern geht regelmäßig, aber individuell und im Zeitverlauf variierend, mit Beeinträchtigungen der Versorgungs-, Betreuungs- und Erziehungsfähigkeit einher. Dauerhafte und/oder umfassende krankheitsbedingte Einschränkungen ihrer Betreuungs- und Erziehungsfunktion belasten sie sehr, zumal ihre Kinder für sie ja eine gleiche Bedeutung haben wie für gesunde Eltern auch.

In den Untersuchungen von Pirovino und Gärtner (2000) an 91 Frauen und 78 Männern mit Kindern, die im Zeitraum von fünf Monaten 1996/97 in psychiatrischen Kliniken in Basel aufgenommen wurden, zeigten diese mehrheitlich ein Interesse, Informationen über den Umgang mit ihrer Erkrankung, über den Umgang mit ihren Kindern und darüber, wie diese mit der Erkrankung umgehen könnten, zu erhalten. Diese Fragen bereiteten den Eltern Sorgen und Probleme. Die Gespräche darüber belasteten sie. Die Gespräche über diese Themen waren mit Ängsten verbunden, das Sorgerecht für die Kinder und die Beziehung mit ihnen verlieren zu können. Die gleichen Ängste halten sie davon ab, Hilfsangebote nachzufragen und sich an Hilfe-Institutionen zu wenden.

Der faktische Verlust des Sorgerechtes, oder auch schon der stark befürchtete Verlust des Sorgerechtes bzw. der Beziehung zu den Kindern kann als Folgewirkung der psychischen Erkrankung eine erneute psychische Dekompensation bewirken. Matte-

jat (1996) stellt die Perspektive der Kinder in seiner Untersuchung zu dem fraglichen Zusammenhang in den Mittelpunkt. Er sieht die Lebenssituation von Kindern psychisch erkrankter Eltern zum einen durch »unmittelbare Probleme« belastet, die sich direkt aus dem Erleben des erkrankten Elternteils herleiten wie z.B. Verunsicherungen, Irritationen, Desorientierungen, Schuldgefühle, Verleugnungen, Isolation usw. Zum anderen sieht er aber auch Belastun-

und der »subjektiven« Wunsch- und Willensbekundungen. Dettenborn (2001) spricht dann von einer diesbezüglich günstigen Relation, »wenn die Lebensbedingungen die Befriedigung der Bedürfnisse insoweit ermöglichen, dass die sozialen und altersmäßigen Durchschnittserwartungen an die körperliche, seelische und geistige Entwicklung erfüllt werden«.

Eine psychiatrische Diagnose befasst sich damit, Krankheitsbilder anhand psychiatrischer Klassifikationssysteme (z.B. dem ICD-10) zu differenzieren und »Haupt-, Ergänzungs- und Zusatzdiagnosen« zu unterscheiden, wobei die »Hauptdiagnosen« weiter in »Aktualdiagnosen« unterteilt werden, die den Anlass zur Erstkonsultation bilden, sowie in »Basisdiagnosen«, die die »Grundstörung« beschreiben. Eine differenzierte »Kindeswohl-Diagnose« ist dagegen stets damit befasst – und zwar jenseits wie diesseits einer psychiatrischen Diagnose von Eltern –, verschiedene Varianten der o.a. Kind-Eltern-Relation herauszuarbeiten und einander gegenüberzustellen:

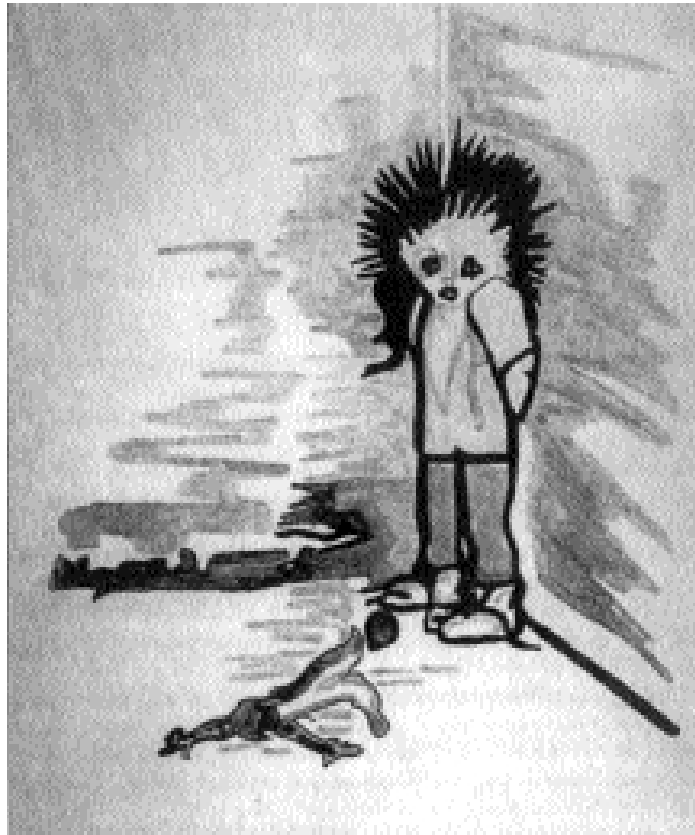
a) Eine so genannte »Best-Variante«: Dafür ist die für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes unter den gegebenen Umständen »optimale Relation« zwischen seiner Bedürfnis- und Interessenlage und seinen Lebensbedingungen bei und/oder mit seinem psychisch kranken Elternteil

herauszuarbeiten.

b) Eine so genannte »Genug-Variante«: Hier wird nicht Optimalität als Richtwert angezielt, sondern es genügt eine »günstige entwicklungsförderliche Relation« von Bedürfnis- und Interessenlage und den gegebenen Lebensbedingungen. Es wird die dem Kindeswohl »dienliche« Versorgungs-, Betreuungs- und Förderungs-Alternative gesucht und bestimmt, was zwangsläufig aber auch den Auftrag beinhaltet, zu prüfen, was daran evtl. dem Kindeswohl nicht dienlich sein könnte, was sich »gefährdend« für das Kind auswirken könnte.

c) Eine so genannte »Gefährdungsabgrenzungs-Variante« Im Mittelpunkt steht die »Abwendung von Gefahren und Gefährdungen« für das Kind. Es sind diejenigen »sozialen Risikofaktoren« zu bestimmen, die in Relation zu den »personalen Risikofaktoren« stehen.

Es sind diejenigen sozialen Situationsmerkmale und typischen Problemsituationen im Eltern-Kind-Verhältnis sowie Struk-



Volker Pauli: Das ängstliche Kind (Bildnachweis siehe S. 17)

gen durch »Folgeprobleme«, die dadurch auftreten, dass sich in Folge der psychischen Erkrankung die familiäre und die weitere soziale Situation insgesamt verändert, was zu Betreuungs-, Aufmerksamkeits- und Zuwendungsdefiziten, zu Verantwortungsverschiebungen, zu Abwertungserlebnissen, zu einem Rollentausch usw. führen kann.

Jenseits einer psychiatrischen Diagnose, aber diesseits einer psychischen Erkrankung von Eltern ergeben sich aus den o.a. Untersuchungsbefunden zur Sicherung des Kindeswohl eine Reihe zentraler Aufgaben:

Es geht darum, für Kinder eine günstige Relation zwischen ihrer Bedürfnis- und Interessenlage und ihren Lebensbedingungen bei und mit ihren psychisch kranken Eltern (bzw. einem Elternteil) zu erfassen und – so weit möglich – zu gestalten. Dabei verlagert sich der Fokus auf die Erfassung der jeweils »objektiven« Versorgungs-, Betreuungs- und Förderungs-Erfordernisse

Hartmut Rübeling/
Johann Schweißgut

Psychologie in der Kinder- krankenpflege

2., überarb. und erw. Aufl. 1997
180 Seiten mit 13 Abb.
und 2 Tab. Kart.

€ 17,90

ISBN 3-17-013034-X

Pflege Wissen und Praxis



Fingängig vermitteln die Autoren psychologische Kenntnisse, Orientierungshilfen und Leitlinien für eine professionelle Pflege kranker Kinder. Sie stellen die Grundkonzepte der Verhaltens- und Entwicklungspsychologie dar und gehen anschließend auf verschiedene praktische Probleme ein. Kontrollfragen und Übungsbeispiele am Ende jedes Kapitels regen zur aktiven Auseinandersetzung mit dem Thema an.

Jetzt bestellen!

W. Kohlhammer GmbH
Verlag für Krankenhaus und Pflege
70549 Stuttgart
Tel. 0711/7863-7280
Fax 7863-8473
vertrieb@kohlhammer.de
www.kohlhammer.de

turen der verschiedenen sozialen Problemlagen herauszuarbeiten, die die zukünftige Entwicklung des Kindes gefährden könnten.

Das können Tatbestandsmerkmale von »Vernachlässigung« sein, die eine Nichtbeachtung bzw. Nichtgewährleistung zentraler physischer und psychischer Bedürfnisse beinhalten, deren Befriedigung nach allgemeiner gesellschaftlicher Vorstellung zu den Aufgaben von Eltern gehören. Dies sind z.B. für eine ausreichend gesunde Ernährung zu sorgen und für eine ausreichende und hinlänglich saubere Kleidung, Sorge für die körperliche Pflege und für die Gesundheit, für eine Sicherstellung der Bildungs- und Ausbildungsansprüche, für eine Befriedigung der emotionalen Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Zuwendung, Autonomie usw., ohne dass es in eine Überbetreuung/Übersorgung übergeht.

Es können aber auch Merkmale eines »Sorgerechtsmissbrauchs« sein, und zwar in allen Formen eines falschen, rechts- und zweckwidrigen Gebrauchs der elterlichen Sorge, der einem wohl verstandenen Kindeswohl entgegensteht, wie es z.B. Züchtigungen, körperlich-seelische Misshandlungen, Nichtzulassung von Kontakten und Beziehungen des Kindes zum anderen Elternteil, zu anderen wichtigen Bezugspersonen usw. sein können, oder aber auch ein sexuell-missbräuchliches Verhalten zum Nachteil und Schaden des Kindes.

Die Abwägung des Gefährdungspotenzials erfolgt unabhängig davon, ob den Eltern ein »schuldhaftes« oder »unverschuldetes Versagen« zuzusprechen ist. Die Abwägung des Gefährdungspotenzials erfolgt aber daraufhin, ob die Eltern zukünftig willens und in der Lage sind, die identifizierte Gefährdung des Wohles ihres Kindes selbst abzuwenden, und/oder ob sie bereit und in der Lage sind, dazu notwendige und genau zu benennende öffentliche Hilfen bzw. sozialpädagogische Leistungen der Jugendhilfe anzunehmen.

Da im Zusammenhang mit psychisch kranken Eltern immer daran zu denken ist, dass man es meistens mit konkret gefährdeten oder gar bereits gestörten oder zerstörten Beziehungen zu tun hat, mit Vertrauenskrisen, mit Beschädigungen/Schädigungen der Eltern-Kind-Beziehung, mit abklingender Liebe, mit Trennungs- und Verlustängsten, mit Zuwendungsdefiziten usw., besteht eine zentrale Aufgabe darin, die »Qualität der Beziehung« speziell im Eltern-Kind-Verhältnis wie in der Familie allgemein zu diagnostizieren, und zwar sowohl vor wie auch nach der psychischen Erkrankung. Denn schließlich ist die »Qualität der Beziehung« im Sinne von mehr oder weniger Nähe oder Distanz, von wohlwollendem Interesse, Desinteresse oder feindseliger Ablehnung usw. ein herausra-

gender Indikator für das Wohlbefinden der Kinder und für ihre wahrscheinliche Entwicklungsförderung oder Entwicklungshemmung. Mit dazu gehört eine Einschätzung des Maßes an Chronizität/Achronizität zwischen dem Fürsorgeverhalten und dem Bindungsverhalten, da sich beide Verhaltensmuster komplementär zueinander verhalten. Das heißt, dass sich Mängel im Fürsorgeverhalten als Gefährdungen im Bindungsverhalten niederschlagen und Verunsicherungen und Ängste wiederum Hemmungen im Erkundungsverhalten und Defizite in der Sozialkompetenz zur Folge haben.

Da eine psychische Erkrankung oft abträglich für das Fürsorgeverhalten ist und oft auch mit stark wechselnder und wechselhafter Verfügbarkeit für das Kind verbunden ist, kommt es darauf an, zu klären, wie dem Kind im Leben mit dem psychisch kranken Elternteil Beziehungen mit dem anderen Elternteil oder mit weiteren Bezugspersonen im Nahumfeld gesichert werden können, die die erforderliche und erwünschte Sensitivität, Responsivität und Kontinuität bieten.

Diesseits einer psychischen Erkrankung eines Elternteils, d.h. ohne Sorgerechtsentzug und Trennung, ist das Wohl des Kindes dann zu gewährleisten,

a) wenn zur Abwendung von konkret benennbaren Gefahren und Gefährdungen gebotene und angebotene öffentliche Hilfen und sozialpädagogische Leistungen angenommen und realisiert werden können,

b) und wenn die Eltern-Kind-Beziehung, die Eltern-Beziehung und evtl. die Angehörigenbeziehung sowie auch die Beziehung der Eltern zu einer geeigneten professionellen Unterstützungsperson einen gewissen Gestaltungsspielraum offen lassen und eine Bereitschaft zum Einlassen auf ein allseitiges kommunikatives Verfahren gegeben ist.

Ist dies gegeben, scheinen weitere und tiefgreifendere Kindesschutz- und Kindeswohl sichernde Eingriffe in das Eltern-Kind-Verhältnis zwischen einem psychisch kranken Elternteil und seinem Kind nicht erforderlich.

Gegebenenfalls schlägt Münder (1995) bei psychisch kranken Eltern anstelle eines Eingriffs nach § 1666 BGB (als ein »enteignender Eingriff« in die elterliche Sorge) einen Eingriff nach § 1674 BGB vor, bei dem lediglich ein (nur vorübergehendes) Ruhen der elterlichen Sorge stattfindet. ♦

Prof. Dr. Horst Lazarus lehrt an der Fachhochschule Köln, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, und ist bei Gericht als Gutachter in Sorgerechtsfragen tätig.

Literatur beim Verfasser.