

Diplomarbeit im Studiengang Sozialpädagogik an der
Universität Hildesheim

Kinder psychisch kranker Eltern

—

Problematische Lebenssituationen und präventive Hilfsangebote

Vorgelegt durch: Mirja Brunck
Bromberger Straße 44
31141 Hildesheim

Erstgutachter: Prof. Dr. B. Müller
Zweitgutachter: Prof. Dr. W. Greve

Hildesheim, 2003

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Einführung in das Thema	8
3. Die Angehörigenbewegung in Deutschland	11
4. Studien	14
4.1. High-Risk-Forschung	14
4.2. Genetische Studien	16
4.3. Sozialpsychiatrische und familientheoretische Untersuchungsansätze	17
4.4. Juristische Forschung	17
4.5. Studie des Instituts für Soziale Arbeit.....	19
5. Psychische Störungsbilder	23
5.1. Allgemeines	23
5.2. Schizophrene Störungen	24
5.3. Depression	25
5.4. Manie.....	27
5.5. Manisch-depressive Störungen.....	28
5.6. Angststörungen	28
5.7. Borderline-Störung.....	29
6. Problematische Lebenssituationen der Kinder	30
6.1. Belastungsaspekte	30
6.1.1. Allgemeines	30
6.1.2. Desorientierung.....	32
6.1.3. Tabuisierung	33
6.1.4. Schuldgefühle	36
6.1.5. Isolation	37
6.1.6. Betreuungsdefizite und mangelnde Unterstützung.....	39
6.1.7. Zusatzbelastungen der Kinder	40

6.1.8.	Parentifizierung.....	40
6.1.9.	Abwertungserlebnisse.....	41
6.1.10.	Loyalitätskonflikte.....	42
6.1.11.	Ängste	43
6.2.	Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder.....	44
6.3.	Bewältigung der Lebenssituation	45
6.4.	Umgang mit der Krankheit	48
7.	Hilfen	49
7.1.	Voraussetzungen für Hilfen.....	50
7.2.	Hilfen für den psychisch kranken Elternteil.....	51
7.3.	Hilfen für den gesunden Elternteil	52
7.4.	Hilfen für das Kind	52
7.5.	Hilfen zur Erziehung	53
7.6.	Erwünschte Hilfen.....	56
8.	Präventive Hilfsangebote.....	57
8.1.	Methodisches Vorgehen	58
8.2.	Kindertagesstätte KOLIBRI.....	59
8.3.	Evangelische Erziehungsberatungsstelle in Würzburg.....	67
8.4.	Auryn	72
8.5.	Kindergruppe Windlicht.....	80
8.6.	Kinderprojekt Mannheim/MAIKE	82
8.7.	Patenschaften bei Pfiff e.V.....	86
8.8.	Diskussion	92
9.	Schluss	95
10.	Literaturverzeichnis	97
	Erklärung	106

1. Einleitung

Ich habe mein Hauptpraktikum in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikums Eppendorf in Hamburg absolviert. Während meines Praktikums war ich in den verschiedenen Bereichen der Abteilung tätig. Zunächst war ich zwei Monate in der Mutter-Baby-Gruppe der Tagesklinik. Dort konnte ich beobachten, dass bereits die Babys durch die psychischen Probleme ihrer Mütter beeinflusst werden. Sie reagierten empfindlich auf die Stimmung ihrer Mütter. Anschließend war ich im Wechsel bei den Sozialpädagogen¹ der Kinderstation und der Ambulanz, der Jugendstation und der Tagesklinik für Kinder und Jugendliche. In den stationsinternen Besprechungen und Fallbesprechungen wurde in einigen Fällen deutlich, dass die Eltern der Patienten auch therapeutische Hilfe benötigen. Vereinzelt wurden die Kinder sogar als Indexpatienten gesehen, d.h. dass das Kind Probleme hat, die Ursachen dafür aber in der Familie liegen.

Aufgrund dieser Erfahrungen ist bei mir schon während des Praktikums das Interesse an dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ geweckt worden. Ich habe mich gefragt, welche Auswirkungen die psychische Erkrankung eines Elternteils auf das Kind haben kann und wie das Kind bzw. die Familie mit der Erkrankung umgeht. Außerdem wollte ich wissen, welche präventiven Angebote es für diese Kinder gibt. Durch das Buch „...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker“, herausgegeben von Fritz Matthejat und Beate Lisofsky, wurde meine Neugier an dem Thema weiter verstärkt. In diesem Buch berichten Betroffene von ihren Erfahrungen und es werden Modelle und Initiativen vorgestellt, die Eltern und Kindern den Umgang mit der Krankheit erleichtern können. Nachdem ich festgestellt hatte, dass es genügend Literatur über das Thema gibt, beschloss ich, meine Diplomarbeit über das Thema ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ zu schreiben. Die Schwerpunkte meiner Diplomarbeit liegen auf der Beschreibung der problematischen Lebenssituationen der Kinder und der Vorstellung präventiver Hilfsangebote.

„Bis ich 13 Jahre alt war wusste ich gar nicht, welche Krankheiten meine Eltern hatten, oftmals wurden sie zwangseingewiesen und ich kam dann zu meinen Omas oder Opas, die häufig auch schlecht über meine Eltern sprachen, weil es ja eine Schande war, so jemand, der “verrückt“ ist, in der Familie zu haben. Das

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit verwende ich in meiner Arbeit für die männlichen und weiblichen Personengruppen stets nur die männliche Form.

Allerschlimmste, an das ich mich aber heute erinnere, ist dieses Alleingelassensein, niemanden zu haben mit dem man über die Krankheiten sprechen könnte, niemanden zu haben, der sich verantwortlich fühlt. Irgendwie habe ich mich abgestempelt gefühlt, ein Kind von "Verrückten" zu sein. Heute macht mir das kaum mehr etwas aus. Jetzt bin ich ja auch erwachsen, aber als Kind und Jugendliche hatte kein Arzt, kein Jugendamt Zeit für mich, sondern es hieß, dass jeder Mensch seine Probleme hätte." (Tom, P. 2003, S. 1)

Das Zitat stammt von einer Frau, deren Eltern beide psychisch krank waren. Es zeigt sehr deutlich, dass die psychische Erkrankung der Eltern starke Auswirkungen auf das Kind haben kann. Betont wird vor allem das Gefühl des Alleingelassenseins. Verstärkt wird dieses Gefühl durch die Tabuisierung psychischer Störungen. Die Großeltern schämen sich für ihre Kinder und es wird nicht über die Erkrankung gesprochen. Auch die Kinder empfinden häufig Scham für ihre Eltern, weil diese anders sind als die „normalen“ Eltern. Ihre Eltern reagieren manchmal ungewöhnlich und unerwartet. Es kommt auch vor, dass die Eltern sich nicht um sie kümmern können, weil sie mit ihren Problemen beschäftigt sind. In den meisten Fällen fühlen die Kinder sich für die elterliche Erkrankung verantwortlich. Sie glauben, dass es ihrer Mutter oder ihrem Vater nicht gut geht, weil sie nicht artig oder lieb genug waren. Neben diesen Schuldgefühlen leben die Kinder auch mit einer Reihe von Ängsten. Bei besonders schweren Störungen befürchten die Kinder, dass sich der Elternteil umbringen könnte. Angst vor dem Elternteil entsteht vor allem, wenn die Kinder in das Wahnsystem mit einbezogen werden.

Das folgende Beispiel verdeutlicht noch einmal, wie belastend die Situation für ein Kind sein kann:

„Geena steckt mittendrin. Die Achtjährige, die ihren Schulkameraden gegenüber ihre Mutter offen als "Psycho" bezeichnet, lebt seit vier Jahren mit den Halluzinationen, Angstattacken und psychotischen Zuständen ihrer Mutter. Geenas Eltern reden nicht mit ihr über die Krankheit der Mutter. „Kinder sollen geschützt werden.“, sagt ihre Mutter Amanda, die denkt, dass sie ihrer Tochter nichts Gutes tut, wenn sie mit ihr offen über die Krankheit spricht. Auch Geenas Vater, Detlev, versucht, das "Problem" zu meiden, die Krankheit auszublenden, um Geena ein "normales" Leben zu bieten. Er verbringt so viel Zeit wie möglich mit seiner Tochter alleine, geht mit ihr auf den Spielplatz. Das Kind genießt die unbeschwerte Zeit mit ihrem Vater und möchte auch nicht mit dem Vater über die Krankheit reden, weil "der Papa traurig wird". Das Resultat: die Achtjährige muss selber mit ihrer Enttäuschung, ihrer Wut, ihrer Verzweiflung fertig werden. Sie hat auch keine Freunde, weil die Kinder in der Schule denken, dass Mutters "Krankheit ansteckend ist". Geena ist alleine. Alleine mit dem Tabu.“ (Soliman, T. 2002)

In dieser Familie wird die Erkrankung ebenfalls tabuisiert. Geena wird mit ihren Gedanken über die Krankheit alleingelassen und hat niemanden, mit dem sie über ihre Probleme sprechen kann. Den Vater möchte sie nicht zusätzlich belasten. So wie Geena geht es vielen Kindern psychisch kranker Eltern. Die Kinder werden nicht wahrgenommen oder man glaubt ihnen nicht:

„Die Ärzte wussten nicht einmal, dass es mich gibt...“ sagt Heike, deren Kindheit abrupt im Alter von neun Jahren endete. Der Verfolgungswahn ihrer Mutter bestimmte fortan ihr Leben. Hilflosigkeit, Überforderung und Selbstzweifel prägten Heikes Alltag, ihr Leben wurde zur Gradwanderung zwischen Realität und Wahn: „Ich habe alle meine Wahrnehmung angefangen zu hinterfragen. (...) Da muss mit mir etwas falsch sein“, dachte sie, denn wie konnte es sein, dass sie so unterschiedlich zu ihrer Mutter empfand? Fehlende Sensibilität – das war Mamas Erklärung. „Der größte Fehler war, dass man mich total alleine gelassen hat.“ Heike redete sich ein, dass sie ihre Mutter nicht verraten dürfe. Schließlich vertraute sie sich doch einem Lehrer an. Der schenkte ihr keinen Glauben und sagte, sie solle aufhören, solche Geschichten zu verbreiten...“ (Soliman, T. 2002)

Heike erzählt, dass die Ärzte ihrer Mutter gar nicht wussten, dass es sie gibt. Während es schon fast selbstverständlich ist, den Partner des Patienten in die Therapie mit einzubeziehen, fragen die Ärzte nur selten nach, ob der Patient Kinder hat. Die meisten Fachleute nehmen die Kinder ihrer Klienten nicht wahr. Aus diesem Grund werden Kinder psychisch kranker Eltern auch als „vergessene Angehörige“ bezeichnet. In der Regel geraten die Kinder erst ins Blickfeld, wenn es um die Frage geht, ob sie bei den Eltern bleiben können oder die Unterbringung in einer Pflegefamilie oder einem Heim notwendig ist. Viele solcher Situationen könnten vermieden werden, wenn den Familien früher Hilfen angeboten würden. Es ist also erforderlich, dass die Fachleute ihren Blickwinkel erweitern und Hilfsangebote für die Familien geschaffen werden. Die psychische Erkrankung eines Elternteils muss nicht automatisch zu einer Entwicklungsstörung des Kindes oder der Trennung der Familie führen.

„Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.“ (Mattejat, F. 2001b, S. 71)

Die Arbeit baut hauptsächlich auf einer umfassenden Literatur auf. Ich habe mich bemüht, die verschiedenen Aspekte jeweils durch Zitate von Betroffenen oder durch Beispiele zu

belegen. Auf diese Weise erhält der Leser einen genaueren Einblick in die Lebenswelt von Kindern psychisch kranker Eltern.

Ich beginne meine Arbeit mit einer Einführung in das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ (Kapitel 2). In der Öffentlichkeit bestehen eine Reihe von Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken. Die Menschen wissen kaum etwas über psychische Störungen und reagieren meist mit Abwehr. Die Erkrankten und die Angehörigen werden oftmals für die Krankheit verantwortlich gemacht. Im folgenden Kapitel (Kapitel 3) stelle ich die Angehörigenbewegung in Deutschland vor. Sie besteht noch nicht besonders lange und die Kinder werden erst seit ein paar Jahren mit einbezogen.

Im vierten Kapitel befasse ich mich mit verschiedenen Forschungsrichtungen. Es gibt verschiedene Ansätze, mit denen im Bereich „Kinder psychisch kranker Eltern“ geforscht wird. Ich gebe jeweils die wichtigsten Ergebnisse wieder. Die juristische und die sozialpädagogische Forschung beschreibe ich ausführlicher.

Bevor ich mich im sechsten Kapitel mit den problematischen Lebenssituationen der Kinder auseinandersetze, erläutere ich einzelne psychische Störungsbilder. Dabei versuche ich, zu erklären, welche Bedeutung die jeweilige Erkrankung für das Kind hat.

Im zweiten Teil der Diplomarbeit beschäftige ich mich mit den Hilfen für die Kinder und ihre Familien. Zunächst skizziere ich im siebten Kapitel, welche Voraussetzungen bestehen müssen und welche Hilfen die einzelnen Familienmitglieder benötigen. Ich gehe dabei auch auf die Wünsche der Betroffenen ein. Danach stelle ich verschiedene präventive Hilfsangebote vor. Zwei Einrichtungen habe ich besucht und mit einem Mitarbeiter ein Interview geführt. Die anderen Angebote habe ich mit Hilfe von Veröffentlichungen, Informationsmaterial, telefonischen und schriftlichen Auskünften beschrieben (Näheres siehe 8.1.). Die Projekte unterscheiden sich in ihrem Ansatz und in ihrer Arbeitsweise. Nach der Vorstellung versuche ich jeweils, die Arbeit zu bewerten. Abgerundet wird die Diplomarbeit, in dem ich im Schluss noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse und Forderungen kurz zusammenfasse.

2. Einführung in das Thema

In Deutschland begeben sich pro Jahr 1,6 Millionen Menschen in fachärztliche psychiatrische Behandlung (Deger-Erlenmaier, H. u.a. 1997, S. 9). Dies entspricht knapp drei Prozent der erwachsenen Gesamtbevölkerung über 21 Jahre. Die psychische Erkrankung eines Familienmitgliedes wirkt sich auf alle Familienmitglieder und das Familienleben aus. Die innerfamiliären sozialen Beziehungen sind beeinträchtigt und die Lebenssituation der einzelnen Familienmitglieder verändert sich (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 11).

Remschmidt und Mattejat gehen davon aus, dass auch bei „recht konservativer“ Schätzung 500.000 Kinder mit einem schizophrenen oder depressiven Elternteil aufwachsen (Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994 b, S. 5). Da bei dieser Schätzung Angst-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen nicht mit aufgenommen wurden, vermuten Schone und Wagenblass, dass die Anzahl der Kinder, die einen psychisch kranken Elternteil haben, noch höher ist (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 12).

Bei diesen Schätzungen wird nicht zwischen den verschiedenen Krankheitsverläufen differenziert. Psychische Erkrankungen können entweder kontinuierlich verlaufen, episodenhaft oder vorübergehend sein. Die jeweiligen Erkrankungsbilder unterscheiden sich in ihrer Intensität und Dauer. Es wird aber deutlich, dass nicht nur vereinzelt Kinder und Jugendliche betroffen sind, sondern dass es eine große Gruppe von Kindern und Jugendlichen gibt, deren Lebenssituation und häufig auch Entwicklungsperspektiven durch die Erfahrungen mit einem psychisch kranken Elternteil geprägt sind (ebd., S. 12).

Bei schweren körperlichen Erkrankungen reagiert die Öffentlichkeit mit Mitleid und bietet auch häufig Unterstützung für die Familie an. Im Gegensatz dazu wird das Verhalten von psychisch Kranken als störend und missverständlich empfunden und oft die Meinung vertreten, dass der Betroffene sich nur zusammenreißen müsse. Er trägt die Schuld für seine Erkrankung. Die Familie des Erkrankten wird ebenfalls stigmatisiert und sogar zum Teil verantwortlich für die Krankheit gemacht (Glenn, P./Stiels-Glenn, M. 2003, S. 23). Aufgrund der Berichterstattung der Medien über psychisch kranke Gewalttäter werden psychisch Kranke als überdurchschnittlich gewalttätig angesehen, obwohl sie statistisch nicht gewalttätiger sind als die Durchschnittsbevölkerung. Man begegnet psychisch Kranken mit Angst, Ausgrenzung und distanzierendem Verhalten. Neben diesen Vorurteilen ist das Bild in der Öffentlichkeit durch Unkenntnis geprägt. Christiansen und Pleininger-

Hoffmann haben bei einer Befragung von 75 Bürgern in Bielefeld herausgefunden, dass nur zwei Befragte Kenntnisse über Schizophrenie hatten. Die meisten Menschen glauben auch, dass sie niemals von einer psychischen Erkrankung betroffen sein könnten. Lediglich 10 der befragten Bielefelder waren der Meinung, dass eine psychische Erkrankung jeden treffen könnte (Christiansen, V./Pleininger-Hoffmann, M 2001, S. 66f). Diese Unkenntnis belastet die Angehörigen sehr, wie das folgende Zitat zeigt:

„Bei dem Kummer über die Erkrankung meiner Tochter und das Leid für die Kinder hatte ich aber auch immer noch eine andere große Sorge: das völlige Unwissen und Unverständnis der Umwelt gegenüber seelisch Kranken. Unsere ganze Familie wurde als asozial betrachtet: in der Hausgemeinschaft, im Kindergarten, zum Teil auch von den Lehren in der Schule.“ (Jun, G. 1993, S. 126)

Die Abwehr dieses Themas wird auch durch die Verwendung von Begriffen wie „Irrenanstalt“, „Klasmühle“, „Bekloppter“ etc. betont (Glenn, P./Stiels-Glenn, M. 2003, S. 23). In dem folgenden Zitat wird deutlich, dass den psychisch Kranken auch innerhalb der Familie mit Vorurteilen begegnet wird:

„Verletzend war auch das Gefühl, dass meine Tanten wohl der Meinung waren, meine Mutter sei bloß faul und wolle nicht arbeiten. Direkt ausgesprochen hat das niemand, zu spüren war die Einstellung aber deutlich.“ (Familie H. 2001, S. 48).

Aber nicht nur die Öffentlichkeit ist im Umgang mit psychisch Kranken unsicher, auch Fachkräfte sind meist nicht genügend auf den Umgang mit ihnen vorbereitet. Es gibt zahlreiche Berufsgruppen, die mit psychisch Kranken und/oder ihren Familien in Kontakt kommen: Sozialpädagogen/Sozialarbeiter, Ärzte, Erzieher, Lehrer etc. In der Regel werden in den verschiedenen Ausbildungen keine Kenntnisse über psychische Erkrankungen vermittelt oder die Ausführungen werden sehr knapp gehalten und sind praxisfern. Mögliche bestehende Vorurteile können also vor dem Eintritt in das Berufsleben nicht bearbeitet werden. Arbeitsfeldbezogene Fortbildungen zu diesem Thema sind ebenfalls selten. Aus diesem Grund ist es möglich, dass Fachkräfte nicht erkennen, dass ein Elternteil psychisch krank ist. Falls z.B. bei Hausbesuchen trotz Terminvereinbarung niemand die Tür öffnet oder der Elternteil nicht zu Gesprächen erscheint, wird das als Unzuverlässigkeit gewertet und es wird nicht nach den Gründen gesucht. Ungewöhnliches Gesprächsverhalten wie Wortkargheit, diffuses Erklären oder Verlieren des Gesprächsfadens werden ebenfalls nicht als mögliches Anzeichen für eine psychische Erkrankung gesehen (Glenn, P./Stiels-Glenn, M. 2003, S. 27).

Wenn die psychische Erkrankung erkannt wurde, bleiben Kinder als Angehörige sehr häufig unberücksichtigt. Aufgrund der bestehenden Vorurteile wird die psychische Erkrankung des Elternteils tabuisiert. Den Kindern gegenüber wird sie verheimlicht oder heruntergespielt. In vielen Fällen wird den Kindern signalisiert, außerhalb der Familie nicht darüber zu sprechen oder es wird ihnen sogar untersagt. Die Fachkräfte übersehen die Kinder aber auch, weil sie ihr Leiden und ihre Bedürfnisse nicht adäquat ausdrücken können (Küchenhoff, B. 2001 a, S. 2).

Das Zitat der Tochter einer psychisch kranken Mutter belegt die Tabuisierung:

„Trotzdem versuchte ich, so normal wie möglich weiterzuleben und ging wie gewöhnlich zur Schule. Meine Oma bat mich immer, keinem von den Zuständen zu Hause zu erzählen, da fremde Menschen, zu denen meine Mitschüler und Lehrer gehörten, das bei uns zu Hause nichts angeht. Ich habe mich lange daran gehalten.“ (Beeck, K. 2001, S. 10)

Die betroffenen Familien wenden sich meist erst an Fachkräfte, wenn es schon fast zu spät ist. Sie glauben, dass sie alleine mit ihren Schwierigkeiten fertig werden müssen, weil die Familie getrennt wird, sobald deutlich wird, dass sie Hilfe braucht (Deneke, C. 2001 a, S. 87). Der Kontakt zu Fachkräften kommt so häufig erst zustande, wenn es um die Fremdunterbringung der Kinder geht. Durch eine frühere Kontaktaufnahme und das Einleiten effektiver Hilfen, könnte die Fremdunterbringung verhindert werden (Mattejat, F. 1996, S. 9). Über die Hälfte der Kinder, die in der Psychiatrie behandelt werden, haben einen oder zwei psychisch kranke Elternteile (Felder, W. 2001, S. 354). Durch eine rechtzeitige Hilfe für die Kinder und die Eltern könnte die Notwendigkeit für eine psychiatrische Behandlung der Kinder behoben werden (Knuf, A. 2003, S.5).

Die Probleme und Nöte der Kinder psychisch kranken Eltern wurden viel zu lange übersehen und werden zum Teil noch immer nicht ausreichend wahrgenommen. Im Zehnten Kinder- und Jugendbericht wurde bereits darauf hingewiesen:

„Kinder sind bei der Auseinandersetzung mit abhängigen oder psychisch kranken Erwachsenen von der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen jahrelang wenig berücksichtigt worden. Suchtmittelabhängigkeit oder psychische Erkrankung wird in der Regel erst dann thematisiert, wenn Eltern oder andere Erwachsene gegen Kinder bereits gewalttätig geworden sind oder sie in anderer Weise sichtbar geschädigt haben. Hilfeangebote für die Kinder bzw. für die ganze Familie sind völlig unzureichend ausgebildet. Zwar finden Eltern Hilfe, ihr Status als Eltern und die Folgen der Erkrankung für ihre Kinder bleiben aber zumeist unberücksichtigt.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998, S. 117)

Unter dem Gesichtspunkt der Hilfen für psychische Erkrankung und Suchtmittelabhängigkeit von Eltern geht der Kinder- und Jugendbericht nur noch auf die Familien ein, in denen ein Elternteil abhängig ist:

„In Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitsdiensten sind frühzeitig gezielte Programme für medikamenten- und drogenabhängige Eltern/Erziehungspersonen und ihre Kinder anzubieten. Kinder benötigen darüber hinaus eigenständige Unterstützungsangebote. Außerdem ist gerade im Blick auf diese Kinder eine effektive Alkoholprophylaxe erforderlich.“ (ebd., S. 129f)

Der Hilfebedarf von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern wird in keiner Weise angesprochen. Im darauf folgenden Kinder- und Jugendbericht gibt es keinerlei Hinweise auf Kinder psychisch kranker Eltern (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002).

Wie wichtig eine frühzeitige Hilfe für die Kinder wäre, zeigt das folgende Zitat:

„Wäre ich zehn Jahre früher therapeutisch unterstützt worden, hätte ich manches besser überstanden, aber keiner hat jemals meine Probleme wahrgenommen, wahrnehmen wollen oder sich sogar um fachliche Hilfe bemüht. Ich habe gelernt, dass Hilfe nur sehr selten von sich aus angeboten wird, in den meisten Fällen muss man sich selber um sie bemühen.“ (Bern, K. 2001, S. 20)

Die Autoren Glenn und Stiels-Glenn fassen die Situation folgendermaßen zusammen:

„Wenn psychische Erkrankungen erkannt und die Betroffenen adäquat behandelt werden, wenn die Hilfe für Angehörige und besonders für Kinder und Jugendliche rasch und unbürokratisch organisiert werden kann, können die Familien und Kinder normaler leben.“ (Glenn, P./Stiels-Glenn, M. 2003, S. 31)

Bevor ich mich mit verschiedenen Studien über Kinder psychisch kranker Eltern auseinandersetze, gebe ich einen Überblick über die Angehörigenbewegung in Deutschland.

3. Die Angehörigenbewegung in Deutschland

Die Angehörigenbewegung in Deutschland besteht noch nicht besonders lange. Im September 1969 veranstaltete die Evangelische Akademie in Bad Boll erstmals eine

Tagung für Angehörige psychisch Kranker. Lange Zeit boten diese jährlich stattfindenden Tagungen den Angehörigen die einzige Möglichkeit, sich über psychische Erkrankungen zu informieren und Solidarität durch Menschen zu erfahren, die ebenfalls einen psychisch kranken Angehörigen haben.

Die eigentliche Wiege der Angehörigenbewegung steht jedoch in Stuttgart. Dort trafen sich im Jahr 1970 zum ersten Mal regelmäßig Angehörige zu einer Gesprächsgruppe. Initiatoren waren Elisabeth Harmsen, Mitarbeiterin beim Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands, und Marjorie, die Mutter eines psychisch kranken Sohnes. Nachdem die ersten Treffen im Wohnzimmer eines Angehörigen stattfanden, trafen sich die Angehörigen in einem Gemeindehaus. Im Jahr 1975 gründeten die Angehörigen einen eingetragenen Verein, die „Aktionsgemeinschaft Stuttgart der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“. Die beiden Initiatorinnen engagierten sich, um sich auch für die Anliegen und Interessen der Angehörigen psychisch Kranker außerhalb Stuttgarts einzusetzen. Trotzdem blieb diese erste Angehörigengruppe über ein Jahrzehnt die einzige in Deutschland.

Parallel zur Angehörigenbewegung „entdecken“ auch die psychiatrischen Fachkräfte die Angehörigen. Klaus Dörner und seine Mitarbeiter begannen 1970 an dem Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf mit dem Aufbau der Psychiatrischen Tagesklinik. Nach ein paar Jahren stellten sie aber fest, dass die Bemühungen um den Patienten nahezu vergeblich sind, wenn die Angehörigen nicht mit in die Arbeit einbezogen werden. Aus diesem Grund entstand 1973 für die Angehörigen der Patienten das Angebot, eine Gruppentherapie zu machen. Diese Gruppentherapie erwies sich als sinnvoll und wurde im Laufe der Jahre zu einem festen Bestandteil des Angebotes der Klinik. Trotz der positiven Erfahrungen in Hamburg dauerte es aber noch Jahre, bis sich diese neue Sichtweise in der Fachwelt durchsetzte und die Arbeit mit Angehörigen als sinnvoll und notwendig akzeptiert wurde.

Zwischen 1973 und 1980 stagnierte die Entwicklung in beiden Bereichen. Durch die Gründung des „Dachverbandes Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.“ im Jahr 1976 wurde die Weiterentwicklung angeregt. Der Dachverband bildete den bundesweiten Zusammenschluss von gemeindepsychiatrischen Bürgerinitiativen, Gruppen und Hilfsvereinen. Um den Angehörigen ein Forum für den gegenseitigen Informationsaustausch und zur Planung von Aktivitäten zu bieten, gründete der Dachverband 1982 einen „Arbeitskreis Angehörige“, in dem Angehörigengruppen aus

verschiedenen Bundesländern vertreten waren. Im gleichen Jahr veranstaltete der Dachverband das erste Bundestreffen der Angehörigen psychisch Kranker. Unterstützt und verstärkt wurde die Weiterentwicklung durch das Erscheinen des Buches „Freispruch der Familie“, das ebenfalls 1982 von Klaus Dörner, Albrecht Egetmeyer und Konstanze Koenning herausgegeben wurde. Das Buch enthält neben Beiträgen von zahlreichen Fachleuten auch erstmalig eigene Schilderungen der Lebenssituation von Angehörigen psychisch Kranker.

Die folgenden Jahre waren durch eine stürmische Aufwärtsbewegung geprägt. Zur Artikulation der Interessen der Angehörigen auf Landesebene entstanden in den Bundesländern „Landesverbände der Angehörigen psychisch Kranker“. Der „Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“ wurde am 8. Juni 1985 gegründet (Deger-Erlenmaier, H./Walter, K./Maß, E. 1997, S. 161-164).

Die Kinder der psychisch Kranken blieben jedoch auch nach dem Beginn der Angehörigenbewegung lange Zeit nahezu unberücksichtigt. Es gab seit den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts vereinzelte internationale Publikationen. Remschmidt initiierte zusammen mit Strunk 1971 ein Forschungsprojekt, in dem Kinder von schizophrenen und depressiven Eltern der Marburger Psychiatrischen Universitätsklinik untersucht wurden. Die ersten Ergebnisse wurden 1973 veröffentlicht und in drei Dissertationen verwendet. Im Jahr 1978 stellte Remschmidt das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ in den Mittelpunkt des Eröffnungssymposiums der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik an der Freien Universität Berlin. Die erste deutschsprachige Monographie über Kinder psychisch kranker Eltern veröffentlichten Remschmidt und Mattejat 1994 (Mattejat, F. 2001 a, S. 491f).

Trotz dieser Entwicklungen wurden die Belange und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern erst im Jahr 1996 in einer breiten Fachöffentlichkeit diskutiert. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker veranstaltete in Zusammenarbeit mit dem Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen den Kongress „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“. Auf dem Kongress wurde deutlich, dass Kinder durch die Erkrankung eines Elternteils immer betroffen sind und zum Teil auch unter extremen Bedingungen leben. Eine weitere Erkenntnis war, dass es keine empirischen Daten über die komplexe Problematik der betroffenen Kinder gibt und es an ausreichenden Unterstützungsangeboten mangelt (Wagenblass, S./Schone, R. 2001 b, S. 128). Durch den Kongress wurde die Sensibilisierung für Kinder psychisch kranker Eltern angeregt und

es entstanden im Laufe der Jahre verschiedene Projekte und Unterstützungsangebote für betroffene Kinder.

4. Studien

Es gibt verschiedene Forschungsrichtungen, die sich mit Kindern psychisch kranker Eltern auseinandersetzen. Die klassische und älteste Forschungsrichtung ist die High-Risk-Forschung. Hier gibt es bereits zahlreiche Studien, so dass zum Teil auch gesicherte Ergebnisse vorliegen. Diese Ergebnisse werde ich vorstellen. Bei der Beschreibung der genetischen Forschung und der sozialpsychiatrischen und familientheoretischen Untersuchungsansätze werde ich mich kurzfassen. Im Bereich der juristischen Forschung werde ich die Studie von Münder im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz genauer erläutern. Die sozialpädagogische Forschung ist in diesem Bereich so gut wie nicht vorhanden. Das Institut für Soziale Arbeit in Münster hat jedoch in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund ein Forschungsprojekt in diesem Bereich durchgeführt. Dieses werde ich ausführlicher darstellen und auch im Laufe der Arbeit immer mal wieder Ergebnisse daraus einfügen.

4.1. High-Risk-Forschung

In der High-Risk-Forschung werden Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko beschrieben und untersucht. Man versucht Merkmale herauszufinden, in denen sich die Risikogruppe von einer Vergleichsgruppe unterscheidet (Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994 a, S. 295). Seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts beschäftigt sich diese Forschungsrichtung auch ausführlich mit dem Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern später selbst zu erkranken (Deneke, C. 1999, S. 149).

In der Gruppe der Kinder psychisch kranker Eltern wurden gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten gefunden. Im kognitiven und im emotionalen Bereich sind diese Kinder stärker mit psychiatrischen Symptomen belastet. Im Vergleich zu Kindern von gesunden Eltern treten auch vermehrt Störungen im Sozialverhalten auf (Remschmidt, H./Mattejat, F.

1994 a, S. 295). Das Risiko, selber zu erkranken ist signifikant höher. Bei einem schizophrenen Elternteil liegt das Erkrankungsrisiko zwischen 10% und 15%. Wenn beide Elternteile an einer Schizophrenie erkrankt sind, steigt das Risiko auf 35-50%. Kinder von depressiven Eltern haben ein Risiko von 23-38%, selber eine depressive Störung zu entwickeln (Wagenblass, S. 2002, S. 72).

Die High-Risk-Studien untersuchen vor allem Kinder von schizophrenen Eltern und Kinder von depressiven Eltern. Remschmidt und Mattejat fassten 1994 in dem Buch „Kinder psychotischer Eltern“ die Ergebnisse verschiedener Studien zusammen (Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994 b, S. 13). Die wichtigsten Ergebnisse der verschiedenen Studien werde ich an dieser Stelle aufzeigen.

Die Autoren haben die Ergebnisse unter den Punkten Kinder schizophrener Eltern und Kinder depressiver Eltern aufgeteilt, da sich die Untersuchungen in der Regel nur mit einer Risikogruppe befassen. Die Untersuchung von Kindern schizophrener Eltern gilt als Musterbeispiel der High-Risk-Forschung. In den meisten Untersuchungen wurden bei den Kindern schizophrener Eltern Auffälligkeiten im kognitiven Bereich gefunden. Vor allem Störungen des Aufmerksamkeitsverhaltens und der Informationsverarbeitung sind durch zahlreiche Studien belegt. Außerdem wiesen die Kinder in vielen Untersuchungen Beeinträchtigungen der schulischen und beruflichen Leistungen auf. Im emotionalen Bereich fielen die Kinder schizophrener Eltern dadurch auf, dass sie oft als emotional instabil geschildert wurden. Sie wurden als stressüberempfindlich, leicht erregbar, ängstlich, unglücklich, stimmungsabhängig und mit einer geringen Frustrationstoleranz beschrieben. Auch im Sozialverhalten und in der Beziehung zu Gleichaltrigen wiesen sie häufig Defizite auf. In mehreren Stichproben zeigten sie sich aggressiv und sozial isoliert (Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994 b, S. 20-22). Die Ergebnisse über das erhöhte Erkrankungsrisiko habe ich bereits oben genannt.

Die Ausbildung einer Schizophrenie oder anderer Auffälligkeiten hängt aber nicht allein von der Erkrankung eines Elternteils ab. Es gibt verschiedene Aspekte, die diese Entwicklung begünstigen. Das Geschlecht des erkrankten Elternteils spielt dabei eine Rolle. Die schizophrene Erkrankung der Mutter hat eine stärkere Wirkung auf die Kinder. Vor allem die Söhne fallen durch stärkeres dissoziales Verhalten und verstärkte Rückzugstendenzen auf. Außerdem werden sie als leicht erregbar beschrieben. Auch die Schwere der Erkrankung hat einen starken Einfluss. Bei einer schweren Erkrankung der Mutter ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder selber einschlägig erkranken sehr hoch.

Je früher die Mutter erkrankt, desto eher erkranken auch die Kinder. Durch eine frühe schizophrene Erkrankung steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass die Söhne ebenfalls an einer Schizophrenie erkranken werden (Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994 b, S. 38-40).

Es gibt auch zahlreiche Untersuchungen, die sich mit den Auffälligkeitsraten von Kindern depressiver Eltern befassen. Durch einen frühen Beginn der elterlichen Depression erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder psychopathologische Auffälligkeiten entwickeln. Begünstigt wird diese Entwicklung auch durch eine größere Anzahl von Verwandten ersten Grades, die an einer Depression oder an einer anderen psychischen Störung leiden. Die Wahrscheinlichkeit steigt außerdem an, wenn der erkrankte Elternteil verwitwet oder geschieden ist oder getrennt lebt. Bei Kindern depressiver Eltern tritt eine erhöhte Rate an emotionalen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen auf. Wie bei den Kindern schizophrener Eltern steigt das Risiko mit der Schwere der Erkrankung an.

Im emotionalen Bereich wird bei den Kindern depressiver Eltern eine hohe emotionale Labilität beobachtet. Außerdem wurde in den verschiedenen Studien Isolation, Rivalität mit Gleichaltrigen, Hyperaktivität, aggressives Verhalten und Rückzug beobachtet. Die Ergebnisse der Auffälligkeiten im kognitiven Bereich und im Sozialverhalten sind widersprüchlich (Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994 b, S. 69-78).

4.2. Genetische Studien

Genetische Studien untersuchen, welche Rolle die Vererbung bei der Entstehung psychotischer Erkrankungen spielt. Sowohl bei schizophrenen Erkrankungen als auch bei affektiven Psychosen konnte eine genetische Komponente nachgewiesen werden. Das Lebenszeitrisiko, an einer Schizophrenie zu erkranken beträgt 1%. Wie ich bereits unter dem Punkt der High-Risk-Studie erwähnt habe, haben Kinder schizophrener Eltern ein weitaus höheres Erkrankungsrisiko. Bei ihnen ist die Wahrscheinlichkeit um das Zehnfache erhöht und beträgt 10-15%. Sie steigt auf 40% an, wenn beide Elternteile an einer Schizophrenie erkrankt sind. Eineiige Zwillinge stimmen hinsichtlich der Ausbildung einer Schizophrenie um 50% überein. Bei zweieiigen Zwillingen liegt die Übereinstimmung nur bei 10-15%. Außerdem haben die Kinder schizophrener Eltern auch ein deutlich erhöhtes Risiko an einer anderen psychischen Störung zu erkranken. Bei der

Untersuchung von affektiven Psychosen wurden ähnliche Zahlen ermittelt. Es ist also erwiesen, dass erbliche Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Sie sind aber als alleinige Erklärung für die Ausprägung einer Psychose nicht ausreichend (Mattejat, F. 2001 b, S. 67f).

4.3. Sozialpsychiatrische und familientheoretische Untersuchungsansätze

Diese Studien gehen von einem psychoreaktiven Modell der Psychose-Entstehung aus. Aspekte der Familiendynamik wurden dabei besonders hervorgehoben. Relevante Befunde konnten für drei Punkte gefunden werden. Bei Kindern psychotischer Eltern erhöht sich die Gefahr für eine psychotische Dekompensation durch belastende Lebensereignisse. Besonders problematisch sind Personenverluste und Trennungen. In Familien, in denen bestimmte Kommunikationsabweichungen festgestellt wurden, steigt das Risiko der Kinder an einer Schizophrenie zu erkranken. Zu diesen Kommunikationsabweichungen zählen z.B. Kommunikationsstörungen, die einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus verhindern und somit ein zielgerichtetes produktives Gespräch erschweren. Der vorherrschende Interaktionsstil in der Familie beeinflusst die Manifestation und den Verlauf von schizophrenen Erkrankungen. Wenn der Umgang in der Familie durch „expressed emotions“ geprägt ist, d.h. dass ein hohes Maß an Feindseligkeit oder Überprotektivität vorliegt, ist die Prognose ungünstiger als in Familien, in denen der Umgang durch geringere Werte der „expressed emotions“ gekennzeichnet ist (Remschmidt, H./Mattejat, F. 1994 a, S. 296).

4.4. Juristische Forschung

In der juristischen Forschung untersuchte Münder im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz die Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern. Die Studie ist nicht repräsentativ, aber aufgrund einer gewissen Breite und Streuung der Befragung aussagekräftig. Sie war bundesweit angelegt und auf verschiedene Regionen verteilt. Es wurden städtische und ländliche Regionen mit einbezogen.

Insgesamt führte Münder 28 vorstrukturierte leitfadengestützte Interviews mit 46 Fachkräften durch. Die Fachkräfte waren Mitarbeiter beim Allgemeinen Sozialen Dienst, bei spezialisierten sozialen Diensten, in medizinischen Institutionen, in sozialpädagogischen Behindertenorganisationen oder sie waren juristische Fachkräfte, Rechtspfleger oder Richter. Außerdem befragte er acht Elternpaare und interviewte Personal in betreuten Wohnformen, die ihm Auskünfte über 14 Elternteile gaben. Um die Kinderperspektive mit einzubeziehen, verfolgte Münder gerichtlich entscheidende Fälle nach und befragte Kinder (Münder, J. 1994, S. 8-18).

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Frage, welche rechtlichen Handlungsmöglichkeiten bestehen, wenn psychisch kranke (und geistig behinderte) Eltern ihr elterliches Sorgerecht aufgrund ihrer Krankheit nicht angemessen ausüben können und dadurch Gefahren für das Wohl des Kindes entstehen. Nach § 1666 Abs. 1 BGB liegt eine Gefährdung des Kindeswohls vor, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder das Verhalten eines Dritten gefährdet ist und die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, diese Gefahr abzuwenden (Beck-Texte (Hg.) 1999, S. 106). Münder geht der Frage nach, wie das Sorgerecht psychisch kranker Eltern in diesem Fall eingeschränkt werden kann und ob es bei der Anwendung des Rechts Probleme gibt. Er untersucht, ob mit den rechtlichen Regelungen angemessen auf die persönlichen, familiären und sozialen Probleme reagiert werden kann und ob die Anwendung der Rechtsvorschriften der Situation psychisch kranker Eltern und deren Kinder gerecht wird (Schone, R./Wagenblass, S. 2001, S. 12f).

„Besonders schwierig ist in diesem Zusammenhang die Situation der psychisch kranken und geistig behinderten Eltern. Krankheit und Behinderung der Eltern gehören nach Feststellung des Bundesverfassungsgerichts grundsätzlich zu den Lebensumständen, die das Kind als schicksalhaft hinzunehmen hat, sie rechtfertigen als solche noch keinen Eingriff in die elterliche Sorge. Andererseits kann mangelnde Einsichts- und Schuldfähigkeit der Eltern nicht Hintergrund für kinderschutzende Maßnahmen sein. In besonderer Weise gilt es dabei, die verfassungsrechtlichen Grundsätze zu beachten, dass vorhandene Erziehungsdefizite vorrangig durch unterstützende öffentliche Hilfen auszugleichen sind. Als weiteres kommen dann begrenzte Sorgerechtsbeschrankungen in Frage. Eingriffe in die elterliche Sorge, die mit Trennung von Eltern und Kindern verbunden sind, dürfen nur unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit erfolgen. Eine Trennung des Kindes von seinen Eltern ist nur

zulässig, wenn andere Maßnahmen nicht mehr ausreichen, um die Gefahr für das Kind abzuwehren.“ (Münder, J. 1994, S. 5)

Münder gelangt in seiner Studie zu folgenden Ergebnissen. Wenn es zu einer sozial entscheidenden Trennung der Kinder von ihren psychisch kranken Eltern kommt, geschieht dies meistens mit dem Einverständnis der Eltern. Nur in den seltensten Fällen spielte die formelle rechtliche Entscheidung eine Rolle. Ob es zu formellen gerichtlichen Entscheidungen kommt, hängt im hohen Maße von den Aktivitäten der sozialen Dienste ab. Die entscheidenden Weichenstellungen ergeben sich bereits im Vorfeld gerichtlicher Verfahren, so dass das Gericht nur das vorausgegangene Verwaltungshandeln auf seine Angemessenheit überprüfen muss. Auf die spezielle Situation der psychisch kranken Eltern wird meist nicht eingegangen. Die Flexibilität der gerichtlichen Maßnahmen ist nur gering. In der Regel beschließen die Gerichte den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts bzw. den Entzug des gesamten Sorgerechts. Bei einer Fremdunterbringung der Kinder sollte sichergestellt sein, dass die Eltern weiterhin in das Aufwachsen des Kindes einbezogen werden oder es sollte ein Ablösungsprozess organisiert werden. Laut Münder ist das Gericht die Institution, die die Eltern-Kind-Beziehung nach der formellen richterlichen Entscheidung begleiten müsste. Außerdem sollte das Gericht die Formalisierung des Verfahrens verringern, da es in erster Linie um die Gestaltung von Lebenssituationen geht und Kommunikation damit besonders wichtig ist (Schöne, R./Wagenblass, S. 2001, S. 13f).

4.5. Studie des Instituts für Soziale Arbeit

Das Institut für Soziale Arbeit führte in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund eine Studie zur systematischen Erkundung der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien durch. Das Praxisforschungs- und Praxisentwicklungsprojekt lief vom 01.08.1999 bis zum 31.10.2001 (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 3). Folgende Forschungsfragen wurden besonders in den Blick genommen:

- Wie viele minderjährige Kinder sind von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen?

- Wie gestalten sich die Lebensbedingungen von Kindern psychisch kranker Eltern und welche subjektiven Belastungen sind damit für die Kinder und ihre Familien verbunden?
- Wie reagieren und kooperieren Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie mit ihren institutionellen und fachlichen Handlungsmustern bezogen auf die besondere Problematik dieser Zielgruppe? (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 51f)

Die Untersuchung wurde in einer städtischen Region (Bielefeld) und in einer ländlichen Region (Warendorf) durchgeführt (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 3). Zunächst wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens ermittelt, wie viele der Patienten in dem System Psychiatrie (ambulant, teilstationär, stationär) minderjährige Kinder haben und wie viele Kinder, die vom Jugendamt betreut werden, psychisch kranke Eltern haben. Durch qualitative Methoden wurden biografische Daten zu den Familien erhoben und erforscht, in welchen Lebenssituationen sie sich jeweils befinden. Dabei wurde auch untersucht, von welchen Institutionen der Versorgungssysteme Jugendhilfe und Psychiatrie Leistungen erbracht wurden und um welche Leistungen es sich handelte. Anschließend wurde ermittelt, in wie vielen Fällen Jugendhilfe und Psychiatrie in der Familie oder bezogen auf einzelne Familienmitglieder tätig waren und ergründet, wie in diesen Fällen die Kooperation zwischen den Institutionen aussah (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 53f).

Ich werde mich an dieser Stelle auf die Darstellung der Ergebnisse aus der Stichprobenerhebung im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe beschränken. Dadurch bekommt man einen ersten Eindruck über das Themengebiet Kinder psychisch kranker Eltern. Da die weiteren Ergebnisse bereits viele Aspekte der Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern vorwegnehmen würden, werde ich diese an den geeigneten Stellen in meine Arbeit einfließen lassen.

Im System Psychiatrie verfügten zum Untersuchungszeitraum viele Institutionen nur über geringe Informationen über die Lebenssituation der Kinder ihrer Patienten oder sie hatten keinerlei Informationen. Das vorhandene Interesse und die Bereitschaft der Mitarbeiter zur Teilnahme an der Untersuchung zeigte aber, dass sie die Kinder zunehmend berücksichtigen (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 14f).

Insgesamt lebten in beiden Untersuchungsregionen zum Messzeitpunkt mehr als 500 Kinder und Jugendliche, die einen psychisch kranken Elternteil hatten. Dabei waren alle Altersgruppen gleichermaßen von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils

betroffen. Ein signifikanter Zusammenhang wurde zwischen dem Geschlecht des erkrankten Elternteils und dem Risiko des Auseinanderfallens der Familie gefunden. Während bei einer Erkrankung des Vaters 51% der Familien weiterhin zusammenlebten, war dies bei einer Erkrankung der Mutter nur in 41% der Familien der Fall. Bei einer Trennung der Eltern blieben die Kinder in der Regel bei der Mutter, auch wenn die Mutter psychisch erkrankt war. Lediglich ein geringer Anteil der Kinder lebte in Pflegefamilien (5%) oder im Heim (4%) (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 17f). In diesen Fällen war mehrheitlich die Mutter der psychisch kranke Elternteil. Der Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen, die fremduntergebracht waren, stieg mit dem Alter der Kinder an (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 76).

Diese Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Kinder unmittelbar in ihrem Alltag mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils konfrontiert ist. Sie müssten also in der Angehörigenarbeit stärker berücksichtigt werden. Bei der Befragung der Fachkräfte in der Erwachsenenpsychiatrie gaben aber nur 20 % der Befragten an, dass ihre Einrichtung in Bezug auf die Kinder bereits tätig geworden sei. Diese Tätigkeiten umfassten z.B. klärende Familiengespräche oder die Einschaltung des Jugendamtes. Die Frage, ob darüber hinaus ein Bedarf bei den Kindern bestehe, konnten nicht alle Fachkräfte sicher beantworten. Ein Drittel der Fachkräfte war sich unsicher (32 %). Über die Hälfte sah keinen weiteren Unterstützungsbedarf der Kinder (57 %). Lediglich 11 % der Befragten sahen einen weiteren Bedarf der Kinder nach Unterstützung. Sie hatten auch bereits Vorstellungen, wie diese Unterstützung aussehen sollte. Insbesondere wurde eine altersentsprechende Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung gefordert. Außerdem wurden Gruppenangebote, familienbegleitende Angebote, Unterstützung in Krisenzeiten und Begleitung der Kinder genannt (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 18).

Bei der Stichprobenerhebung der Jugendhilfe wurde deutlich, dass viele Fachkräfte Kontakt mit psychisch auffälligen Eltern hatten, bei denen aber keine fachärztliche Diagnose vorlag oder diese dem Jugendamt nicht bekannt war. Als Gründe dafür wurde fehlende Krankheitseinsicht, mangelnde Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe, Schweigepflicht der Ärzte und anderes genannt. Häufig wandten sich die Eltern auch mit ‚Störungen‘ ihrer Kinder an das Jugendamt und im Laufe der Betreuung zeigte sich, dass sich dahinter vielfältige Probleme verbargen, zu denen in einigen Fällen

eine psychische Erkrankung eines Elternteils zählte, die jedoch von den Eltern nicht thematisiert oder problematisiert wurde (ebd., S. 20).

Im Bereich der Jugendhilfe lebte nur noch ein Fünftel der Kinder mit beiden Elternteilen zusammen, während es im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie doppelt so viele waren. Es lebten auch viel mehr Kinder in Pflegefamilien oder Heimen (ein Drittel). Diese Daten verdeutlichen den Auftrag der Jugendhilfe, die Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen und die Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Das Jugendamt wird also vor allem tätig, wenn die familiären Ressourcen nicht ausreichen, um eine befriedigende Versorgung und Erziehung der Kinder zu gewährleisten. Die hohe Zahl der fremduntergebrachten Kinder spricht dafür, dass offensichtlich weder von den Eltern noch vom Jugendamt eine Chance gesehen wurde, dass ausreichende Hilfe- und Unterstützungsangebote für die Kinder im familiären Kontext angeboten werden könnten. Wie bei der Stichprobe der Erwachsenenpsychiatrie sank auch bei dieser Stichprobe der Anteil der Kinder, der mit beiden Elternteilen zusammenlebt mit zunehmendem Alter.

Die Kinder und Familien wurden vom Jugendamt vor allem mit Hilfen zur Erziehung unterstützt (§§ 27 ff. SGB VIII). Auffallend ist, dass spezielle kind- und jugendlichenbezogene Begleit- und Unterstützungsangebote, wie Tagesgruppe, Soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistände und intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung, so gut wie keine Rolle spielten (insgesamt 3,3 %). Entweder bezog sich die Hilfe auf das Familiensystem oder die Kinder wurden außerhalb der Familie untergebracht (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 90-92).

„Dies birgt die Gefahr, dass auch im Rahmen der Erziehungshilfe das Thema der psychischen Erkrankung der Eltern weiter verdrängt oder gar tabuisiert wird – zumindest, wenn im Rahmen der Fremdunterbringung oder auch in der Sozialpädagogischen Familienhilfe dieses Thema nicht explizit im Umgang mit den Kindern/Jugendlichen zum Thema gemacht wird.“ (ebd., S. 92)

Das Zitat zeigt, wie wichtig eine Aufklärung über die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern ist und wie notwendig angemessene Unterstützungsangebote sind.

Dies waren die wichtigsten Ergebnisse aus der Strichprobenerhebung der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe und aus den Interviews mit den Fachkräften zu den Aspekten der Lebenssituation der Kinder. Durch biografische Interviews mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern haben die Projektmitarbeiter einen genaueren Einblick in die Lebenssituation der Kinder erhalten. Diese Erkenntnisse werde

ich in dem Abschnitt ‚Lebenssituation der Kinder‘ (siehe 6. Problematische Lebenssituationen der Kinder) mit einarbeiten und durch Ausschnitte aus den Interviews belegen. Bevor ich zu der Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern komme, werde ich noch einen Überblick über psychische Störungsbilder geben.

5. Psychische Störungsbilder

5.1. Allgemeines

Ein Überblick über die psychischen Störungsbilder ist notwendig, um nachzuvollziehen, wie das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil aussehen kann. Die Krankheitsbilder der Eltern umfassen ein weites Spektrum unterschiedlicher Diagnosen und können sehr unterschiedlich verlaufen.

Es gibt zwei allgemein anerkannte Klassifikationssysteme, nach denen die Diagnosen gestellt werden. Die aktuellen Fassungen sind zum einen das DSM IV (diagnostisches und statistischen Manual psychischer Störungen) und zum anderen das ICD 10 (internationale Klassifikation von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation). In diesen Klassifikationssystemen werden die auftretenden Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten nach den Kriterien Häufigkeit, Dauer und Intensität gewichtet (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 31f).

Eine ausführliche und exakte Darstellung der einzelnen Diagnosen würde den Rahmen der Arbeit sprengen. Durch eine kurze Beschreibung der häufigsten Störungsbilder soll der Leser jedoch eine ungefähre Vorstellung über die Störungen entwickeln können. Nach der Beschreibung versuche ich die häufigsten Probleme, die sich aus der jeweiligen psychischen Störung der Eltern für die Kinder ergeben, zu erläutern. Natürlich variieren die Probleme innerhalb der Familie und es können nicht alle genannt werden. So weit vorhanden, habe ich die Krankheitsbeschreibungen durch Zitate von Kindern ergänzt. Nach der Vorstellung der Störungsbilder werde ich dann noch genauer auf die problematischen Lebenssituationen der Kinder psychisch kranker Eltern eingehen.

5.2. Schizophrene Störungen

Das lebenslange Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken beträgt 1%. Bei Schizophrenie handelt es sich also um eine häufige psychische Störung (Rey, E.-R./Thurm, I. 1990, S. 361). Die meisten Schizophrenien beginnen zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr (ebd., S. 368). Frauen erkranken ein paar Jahre später als Männer. Vor dem Ausbruch der eigentlichen schizophrenen Störung durchlaufen die Erkrankten meist ein Vorstadium. In dieser Phase beginnen sie sich zu verändern. Sie geraten in eine fortgesetzte Anspannung ihres Denkens und Fühlens und werden empfindsamer und verletzlicher (Hoffmann-Richter, U./Finzen, A. 1997, S. 16).

Die Schizophrenie ist durch eine Störung des Denkens, des Fühlens und der Wahrnehmung gekennzeichnet (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 37). Es gibt vielfältige Erscheinungsformen. Eine schizophrene Störung kann leicht oder schwer, akut und traumatisch oder schleichend und für Außenstehende kaum wahrnehmbar. Schizophrenien können einmalig sein oder in längeren und kürzeren Abständen immer wieder auftreten. Zum zentralen schizophrenen Syndrom zählt das Erlebnis der Eingebung von Gedanken, der Gedankenübertragung und des Gedankenentzugs durch Stimmen, die der Betroffene in der dritten Person über sich sprechen hört. Es ist auch möglich, dass diese Stimmen die Handlungen und Gedanken des Erkrankten begleiten. Der Erkrankte sucht nach rationalen Erklärungen für seine Erlebnisse und Empfindungen. Während er überzeugt ist, dass diese real sind, hat er aus Sicht der Außenstehenden Wahnvorstellungen (Hoffmann-Richter, U./Finzen, A. 1997, S. 13f).

Für die Umwelt sind die Reaktionen der Betroffenen auf ihre innere Welt meistens nicht mehr nachvollziehbar. Es kommt zu einer Be- bzw. Entfremdung zwischen dem Erkrankten und ihm nahe stehenden Personen (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 37).

Die Ursache für schizophrene Störungen ist bis heute nicht eindeutig geklärt. Die Veranlagung spielt für die Entwicklung einer Schizophrenie eine Rolle. Es spricht aber vieles dafür, dass es keine alleinige Ursache gibt, sondern mehrere Faktoren entscheidend sind (Hoffmann-Richter, U./Finzen, A. 1997, S. 15f). Schizophrene Störungen sind ernst, aber in der Regel gut behandelbar (ebd., S. 13). Ein Drittel der Erkrankten genesen vollkommen. Bei einem weiteren Drittel treten immer wieder mal schizophrene Phasen auf. Zu einer chronischen Schizophrenie kommt es bei dem letzten Drittel (Rey, E.-R./Thurm, I. 1990, S. 368f).

Für die Kinder schizophrener Eltern ist es besonders belastend, wenn sie in die Wahnideen ihrer Eltern mit einbezogen werden. Außerdem sind sie sich oft unklar über ihre eigenen Erlebnisse und Gefühle, weil sie durch den erkrankten Elternteil keine Bestätigung erhalten. Auf diese Weise können sie beispielsweise selber Verfolgungsängste ausbilden. Sie misstrauen ihren Empfindungen, weil diese nicht mit denen ihrer Eltern übereinstimmen. Im folgenden Zitat zeigt sich diese Verunsicherung:

„Ein paar Tage später begann sie mir seltsame Fragen zu stellen, z. B. wie mein Klassenkamerad, der neben mir saß, mit Nachnamen heißt. Sie schrieb den Namen auf und verschlüsselte ihn mit irgendwelchen Zahlen und Zeichen und führte unverständliche Berechnungen durch. Da ich ihre Handlungen nicht nachvollziehen konnte, verunsicherte und ängstigte mich ihre Verhalten“ (Beeck, K. 2001, S. 7)

Ältere Kinder müssen ihren Eltern in manchen Fällen z.B. auch bestätigen, dass sie nicht von einem Auto verfolgt werden oder ähnliches. Sie korrigieren die gestörte Wahrnehmung ihrer Eltern, obwohl diese eigentlich die Wahrnehmungen und Empfindungen ihrer Kinder berichtigen müssten.

5.3. Depression

Depressionen treten häufig auf. Etwa 20% aller Menschen durchleben einmal in ihrem Leben eine Depression. Schwer depressiv wird ca. 1% der Bevölkerung. Bei Frauen wird ungefähr doppelt so oft eine Depression diagnostiziert wie bei Männern (Raschle, A. 2001, S. 10). Die depressive Störung kann man am einfachsten nachvollziehen, weil jeder Mensch in seinem Leben manchmal depressiv reagiert, z.B. bei Trennungen oder Tod einer nahe stehenden Person (Hoffmann-Richter, U./Finzen, A. 1997, S. 21). Wenn die Depression eine Reaktion auf einen schweren Verlust oder eine schwere Belastungssituation ist, spricht man von einer psychogenen Depression. Im Gegensatz zu den endogenen Depressionen, die sich aus dem Inneren der Person heraus entwickeln, ist ihr Verlauf oft weniger schwer.

Eine Depression verläuft meist in Phasen, die wenige Tage oder mehrer Monate oder sogar Jahre dauern können (Raschle, A. 2001, S. 10). Es gibt leichte und schwere Formen. Kennzeichen der Depression sind vor allem Verstimmung, Trauer und

Niedergeschlagenheit. In der Regel sind auch der Antrieb, das Aktivitätsniveau, die Konzentrationsfähigkeit und die Aufmerksamkeit des Erkrankten vermindert. In vielen Fällen zieht er sich zurück oder neigt zu Flucht- und Vermeidungstendenzen. Der Erkrankte fühlt sich mit alltäglichen Verrichtungen und Aufgaben überfordert. Das Selbstvertrauen sinkt stark und es entstehen Schuldgefühle und das Gefühl von Wertlosigkeit. Die Zukunft wird pessimistisch beurteilt. Bei besonders schweren Depressionen besteht auch ein hohes Suizidrisiko (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 34-36).

Die Kinder depressiver Eltern verstehen nicht, warum ihre Mutter oder ihr Vater nicht mit ihnen spielt oder etwas mit ihnen unternimmt. Sie begreifen nicht, warum der kranke Elternteil zu nichts Lust und an nichts Interesse hat. Das Unverständnis und die Belastung werden in dem folgenden Zitat deutlich:

„Ich war der stille Beobachter, sah meine Mutter, wie es ihr schlecht ging. Mir kam es so vor, als ob irgendetwas sie gefangen hielt in einem Käfig und nicht wieder hergeben wollte. Meine Mutter schien in sich gekehrt, ihr Gesicht war traurig, ihre Augen waren glanzlos und lagen tief in ihren Höhlen, sie wirkte eingefangen und kraftlos. Sie klagte über Magenprobleme, Appetitlosigkeit und sie war sehr ruhig und sagte, dass sie sich zurückziehen wolle, wie ein Tier, dem es schlecht ging und das sich verkriechen wollte. In solchen „schlechten“ Zeiten, wie ich sie damals nannte, schien ich für meine Mutter Luft geworden zu sein. Sie gab mir das Gefühl, mich nur begrenzt wahrzunehmen und unwichtig zu sein.“ (Bathe, S. 2001, S. 39)

Den Kindern bleibt nichts anderes übrig, als sich mit der Situation zu arrangieren. Da der erkrankte Elternteil nicht in der Lage ist, die Verantwortung zu tragen, müssen die Kinder diese selbst übernehmen. Es kommt vor, dass die Kinder denken, dass sich die Mutter oder der Vater nicht um sie kümmern, weil sie selber für sich sorgen müssen. Sie erleben einen Mangel an Liebe, Zuwendung, Betreuung, Schutz und Aufmerksamkeit. Diese Gefühle zeigen sich zum Teil auch im anschließenden Beispiel:

„Aufgrund ihrer Erkrankung ist die Mutter nicht in der Lage, die anfallenden Versorgungs- und Erziehungsaufgaben für ihre Kinder zu gewährleisten. Sie liegt tagelang im Dunkeln im Bett, die Kinder müssen sich selbst versorgen: „Wir mussten uns ganz alleine fertig machen zur Schule und dann auch für Lebensmittel sorgen und also das war so die Kindheitserinnerung. Das war ganz schlimm. Und sie war absolut hilflos ne. Aber damals habe ich das nicht empfunden, sie ist hilflos, sondern wirklich habe ich das empfunden, sie kümmert sich nicht.“ (Wagenblass, S. 2001, S. 518)

Besonders belastend ist für die Kinder auch ein drohender Selbstmord des Elternteils. Immer wenn sie das Haus verlassen, werden sie von der Angst begleitet, dass sich der Erkrankte etwas antun könnte und sie befürchten ihn nicht mehr lebend vorzufinden. Diese Angst und Sorge schildert die Tochter einer psychisch kranken Mutter folgendermaßen:

„Was ich ganz schlimm fand war, die hatte sich immer eingeschlossen zum Meditieren. Jeden Tag eine Stunde ungefähr und wenn die dann nicht raus kam, oder wenn wir von der Schule kamen und wir wussten nicht, wo die war, und es war still, und sie war nicht da. Ich habe sie jahrelang an dem Seil hängen sehen, in den Balken. Immer wenn ich von der Schule kam, wenn ich nicht sofort wusste, wo die ist, dachte ich, jetzt, heute ist es passiert. (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 32).

5.4. Manie

Im Gegensatz zu den anderen psychischen Störungen wird die Manie von vielen Erkrankten als angenehm erlebt (Hoffmann-Richter, U./Finzen, A. 1997, S. 25). Gekennzeichnet ist die Manie durch eine situationsinadäquate, gehobene oder eine gereizte Stimmung. Zu den klassischen Symptomen zählen motorische Ruhelosigkeit und Rededrang. Die üblichen sozialen Hemmungen gehen verloren. Das Selbstbewusstsein steigt stark an und kann sogar zu Größenphantasien führen. Aufgrund dieser Größenphantasien und des maßlosen Optimismus beginnen viele Erkrankte unrealistische Projekte und geben ihr Geld vollkommen leichtsinnig bis zur Verschuldung aus. Die Reaktionen der Betroffenen sind häufig unpassend (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 36).

Für die Kinder ergeben sich eine Reihe von möglichen Belastungen. Aufgrund der Manie des erkrankten Elternteils und dem damit zusammenhängenden Verlust der sozialen Hemmungen kann es zu unangenehmen Situationen kommen. Die Kinder schämen sich für ihre Eltern und haben immer Angst, was als nächstes passiert, deshalb vermeiden sie den Kontakt zwischen ihren Freunden und ihren Eltern. Während der Manie kann es auch zu massiven finanziellen Problemen kommen, da der erkrankte Elternteil das Geld komplett ausgibt. Bedingt durch die Ruhelosigkeit des Betroffenen fehlt den Kindern auch die nötige Ruhe zum Schlafen und zum Lernen. Wie das Zusammenleben mit einem manischen Elternteil aussehen kann, zeigt das folgende Zitat:

„Dann begann die Phase, in der meine Mutter viel und vor allem sehr laut Musik hörte, zunehmend weniger schlief und kaum noch etwas aß, dafür aber um so mehr Wein und Sekt trank. Der Alkohol und der Schlafmangel verstärkten dabei ihre Krankheitssymptome. Durch die laute Musik und die zunehmende innerliche Unruhe konnte auch ich immer weniger schlafen. Ich fing an, ihr Fragen zu stellen, warum sie dies oder jenes tat, um ihr Verhalten besser begreifen zu können. Die Antworten, die ich erhielt, waren rational nicht nachvollziehbar und beruhigten mich keinesfalls.

Mittlerweile konnte ich nachts so gut wie gar nicht mehr schlafen. Ich stand ständig auf, lief ins Wohnzimmer, wo sie den ganzen Tag im Bademantel saß, und bat sie, sich doch schlafen zu legen. Alle meine Bemühungen waren ergebnislos, denn aus ihrer Sicht brauchte sie keinen Schlaf.“ (Bern, K. 2001, S. 13f)

5.5. Manisch-depressive Störungen

Bei der manisch-depressiven Störung wechseln sich gehobene Stimmung (Manie) und gesenkte Stimmung mit vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression) ab. Die manische Phase beginnt in der Regel akut und hält zwei Wochen bis fünf Monate an. Im Vergleich dazu dauern die depressiven Phasen länger. Im Durchschnitt klingen sie nach sechs Monaten wieder ab. Dazwischen gibt es auch immer wieder störungsfreie Phasen. Wie bei allen psychischen Störungen gibt es keinen einheitlichen Verlauf. Die Häufigkeit der Wechsel zwischen Manie und Depression sind unterschiedlich (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 36f).

Die Kinder der manisch-depressiven Eltern müssen sich immer wieder auf die verschiedenen Stimmungen einstellen. Außerdem sind sie von den gleichen Problemen betroffen wie die Kinder depressiver und manischer Eltern.

5.6. Angststörungen

Es gibt drei Arten von Angststörungen. Bei den phobischen Störungen beziehen sich die Ängste auf konkrete Dinge oder Situationen. Die bekannteste Form ist die Platzangst, bei der man Angst vor offenen Plätzen, vollen Aufzügen, Menschenmassen etc. hat. Panikstörungen sind dagegen dadurch gekennzeichnet, dass wiederholt schwere impulsive Angst- oder Panikzustände auftreten, ohne dass es einen spezifischen Auslöser gibt. Diese Anfälle dauern in der Regel nur wenige Minuten. Da die Angstzustände nicht

vorhersehbar sind, entsteht schließlich eine Angst vor der Angst. Zu den typischen Symptomen zählen plötzliches Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, Schwindel und das Gefühl der Entfremdung. Die Symptome können aber variieren. Betroffene haben Angst, die Kontrolle zu verlieren oder sofort zu sterben. Bei den generalisierten Angststörungen beschränken sich die Angstsymptome ebenfalls nicht auf bestimmte Symptome. Im Gegensatz zu der Panikstörung verschwinden die Symptome aber nach ein paar Minuten nicht wieder, sondern die Angst bleibt bestehen. Bei einer Konkretisierung der Ängste befassen die Betroffenen sich mit der Angst, dass einer nahe stehenden Person etwas zustoßen könnte oder sie haben verschiedene Vorahnungen (Hoffmann-Richter, U./Finzen, A. 1997, S. 29f).

Die Kinder der Betroffenen sind durch die Angststörung ebenfalls betroffen. Wenn die Eltern z.B. öffentliche Plätze meiden, gehen sie nicht zusammen mit ihren Kindern auf den Spielplatz oder ähnliches. Aufgrund ihrer Angst können die erkrankten Elternteile ihre Kinder beispielsweise auch nicht in die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel einweisen. Die Ängste der Eltern können sich auf die Kinder übertragen oder die Kinder müssen Aufgaben übernehmen, bei denen die Eltern mit ihren Ängsten konfrontiert werden würden (z.B. Einkaufen). Viele Erkrankte ziehen sich auch zurück, weil sie in der Öffentlichkeit keinen Panikanfall erleiden wollen. Auf diese Weise wird auch das soziale Leben der Kinder eingeschränkt.

5.7. Borderline-Störung

Bei der Borderline-Störung handelt es sich um eine Störungsform, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit umfasst. Die innerliche Ausgeglichenheit ist beeinträchtigt und es kommt zu Störungen der sozialen Beziehungen. Das Selbstbild, die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Stimmung sind instabil. Während das eigene Selbstbild, Ziele und innere Präferenzen häufig unklar und gestört sind, ist die Welt in Extreme aufgeteilt: schwarz und weiß, Liebe und Hass. Die Betroffenen sind immer wieder auf aktuelle Erfolgserlebnisse und Bestätigung durch Dritte angewiesen. Sie leben Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen aus und leiden unter starken Stimmungsschwankungen. Zwischenmenschliche Beziehungen sind in der Regel instabil und durch Schwankungen zwischen Überidealisierung und Abwertung des Anderen

gekennzeichnet. Der Erkrankte entwickelt eine Abhängigkeit in den Beziehungen und versucht mit allen Mitteln eine reale oder eine mögliche Trennung zu verhindern. Bei schweren Formen der Borderline-Störung treten auch häufig wiederholte Suiziddrohungen oder selbstschädigende Handlungen auf (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 39).

Durch die beschriebenen Symptome wird deutlich, wie schwierig das Zusammenleben mit einem Elternteil sein kann, der unter einer Borderline-Störung leidet. Die Kinder müssen mit den Konsequenzen der Handlungen ihrer Eltern leben. Sie müssen in der Lage sein, mit dem Wechsel zwischen Überidealisierung und Abwertung zurechtzukommen. Außerdem müssen sie lernen mit der Angst der Betroffenen, verlassen zu werden, umzugehen. Da die Erkrankten immer wieder Bestätigung durch Dritte benötigen, bestärken die Kinder ihre Eltern, anstatt selber Unterstützung durch sie zu erhalten. Wie groß die Belastung durch einen drohenden Selbstmordversuch ist, wurde bereits in dem Zitat unter dem Abschnitt Depression deutlich. Die selbstschädigenden Handlungen sind für die Kinder ebenfalls sehr beängstigend. Insgesamt ist das Verhalten der Erkrankten meist nicht einschätzbar, was zu einer großen Verunsicherung führen kann.

6. Problematische Lebenssituationen der Kinder

6.1. Belastungsaspekte

6.1.1. Allgemeines

Die problematische Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern wird von vielen Fachleuten nach wie vor übersehen. Häufig unterschätzen sie, wie viele ihrer Patienten Kinder haben (Bürgermeister, U./Jost, A. 2000, S. 3). Die Kinder sind aber durch die psychische Erkrankung eines Elternteils tief greifend betroffen und leben oft unter extremen Belastungen. Sie werden mit ihren Ängsten und mit der Überforderung durch die Krankheitssymptome der Eltern alleingelassen, weil sie aufgrund der immer noch vorhandenen Tabuisierung psychischer Krankheiten nicht selber darüber sprechen und auch nicht von außen angesprochen werden (Wagenblass, S. 2000, S. 104). Durch die Fachleute erhalten die Kinder ebenfalls kaum Unterstützung. Meistens führen weder behandelnde Ärzte oder Psychologen noch ein Mitarbeiter des Pflegepersonals mit den

Kindern ein Gespräch über die Erkrankung der Eltern und ihre eigenen Ängste. Wenn den Ärzten bekannt ist, dass ihr Patient Kinder hat, richten sie sich bei der Entscheidung über die Entlassung aus der Klinik oder bei Empfehlungen für oder gegen ein weiteres Zusammenleben mit den Kindern eher nach den Bedürfnissen ihres Patienten. Die betroffenen Kinder kennen sie in der Regel gar nicht (Bürgermeister, U./Jost, A. 2000, S. 3).

Bei der Beschreibung der psychischen Störungen habe ich bereits einige mögliche Probleme der Kinder angedeutet. Insgesamt ist die Lebenssituation der Kinder durch eine Reihe von Problemen geprägt, die nicht immer alle oder in vollem Ausmaß vorhanden sind. Mattejat unterscheidet zwischen unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen der elterlichen Erkrankung. Die unmittelbaren Probleme lassen sich direkt aus dem Erleben der Krankheit herleiten. Darunter fasst Mattejat Desorientierung, Schuldgefühle, Tabuisierung und Isolation. Durch die Krankheit verändert sich auch die soziale und familiäre Situation. Daraus entstehen indirekte Probleme (Folgeprobleme). Dazu zählen insbesondere Betreuungsdefizite, Zusatzbelastungen der Kinder, Verantwortungsverschiebung bzw. Parentifizierung, Abwertungserlebnisse und Loyalitätskonflikte (Mattejat, F. 1996, S. 22f). Die Probleme bedingen und verstärken sich gegenseitig.

Ich werde diese Probleme jetzt genauer beschreiben und nach Möglichkeit mit Zitaten von betroffenen Kindern belegen, damit ihre problematischen Lebenssituationen deutlich werden. Die Auflistung der Probleme ist nicht vollständig, auf finanzielle Probleme, die aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils auftreten können, gehe ich beispielsweise nicht ein. Ich befasse mich mit den Problemen, mit denen die meisten Kinder beschäftigt sind. Die Probleme stehen häufig in einem engen Zusammenhang. Aus einem bestehenden Problem können sich weitere entwickeln. Trotzdem versuche ich sie zu trennen, da sie auch einzeln auftreten können.

Wie schwierig das Aufwachsen mit einem psychisch kranken Elternteil sein kann und welche Probleme sich daraus für das Kind ergeben können, zeigt das folgende Fallbeispiel:

„Die Kinderzeit von Andrea war geprägt von heftigen Gefühlsausbrüchen ihrer Mutter. Mal raste die Mutter vor Wut und schlug Andrea mit dem Teppichklopper grün und blau, mal bastelte sie stundenlang mit ihrer Tochter. Dann konnte es vorkommen, dass die Mutter, zutiefst verzweifelt, schluchzend in der Küche saß

und nichts mehr um sich herum wahrnahm. Zu anderen Zeiten war sie fröhlich und sang Lieder mit ihrem Kind. Die Mutter erschreckte ihre Tochter mit düsteren Aussagen über ihren Gesundheitszustand und prophezeite, dass sie bald sterben werde. Dies wirkte auf das Kind, als würde ihm der Boden unter den Füßen weggerissen.

Als Andrea größer wurde, benutzte ihre Mutter sie als Ansprechpartnerin für ihre Probleme. Sie erzählte Andrea von ihrem Kummer und weinte sich bei ihr aus. Andrea fühlte sich überfordert, denn sie wusste nicht, wie sie ihrer Mutter helfen sollte. Für Andrea und ihre Probleme war niemand da. Der Vater, der psychisch gesund war, hielt sich aus allem heraus. Andrea schämte sich für ihr Zuhause, in dem es oft sehr unordentlich war und in dem es etwa auch keine geregelten Mahlzeiten gab. Sie hatte keine Freunde. Von ihren Eltern hatte sie nie gelernt, wie man unbefangen mit anderen Menschen Kontakt hat. So wurde sie zur Einzelgängerin. Sie fühlte sich für ihre Mutter verantwortlich und hatte das Gefühl zu versagen, weil sie ihr nicht helfen konnte.“ (Beitler, H./Beitler, H. 2000, S. 138f)

6.1.2. Desorientierung

Aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils entsteht in der gesamten Familie eine tiefe Verunsicherung (Heim, S. 2001, S. 74). Die Kinder können die Probleme der Eltern nicht verstehen und nicht einordnen, deshalb sind sie verängstigt und verwirrt (Mattejat, F. 2001 b, S. 72). Das Verhalten des erkrankten Elternteils ist oftmals befremdlich. Durch nicht nachvollziehbare verzerrte Wahrnehmungen des Erkrankten wird das Kind in seiner eigenen Wahrnehmung verunsichert (Heim, S. 2001, S. 74). Es muss entscheiden, ob die Wahrnehmung des Elternteils stimmt oder seine eigene. Das Kind kann sich nicht mehr auf eine Bestätigung der eigenen Wahrnehmung durch den Elternteil verlassen. Abrupte Stimmungswechsel und unberechenbare Schwankungen zwischen Anhänglichkeit und Zurückweisung, Verwöhnung und Beschimpfung führen dazu, dass das Kind seine Eltern nicht mehr einschätzen kann (ebd., S. 74). Bei dem Kind kann der Eindruck entstehen, dass der kranke Elternteil manchmal vollkommen verändert ist. Während es vor der Krankheit meistens wusste, wie der Elternteil reagieren würde, ist sich das Kind nun nie sicher, wie die Reaktion aussehen wird. Die Desorientierung kann durch einen unvernünftigen Umgang des erkrankten Elternteils mit Zeit, Geld, Ernährung etc. noch verstärkt werden (Lisofsky, B. 2003, S. 2). Besonders bei jüngeren Kindern wirken Trennungen durch Klinikaufenthalte und wechselnde Betreuung verwirrend. Auch wenn die Kinder das Verhalten des Erkrankten nicht verstehen, merken sie sehr früh, dass mit dem Elternteil etwas nicht stimmt. In den meisten Fällen können die Kinder

einen Tag X benennen, an dem ihnen klar geworden ist, dass der Elternteil anders ist als andere Mütter oder Väter (Wagenblass, S. 2001 c, S. 2). Für manche Kinder ist dieser Zeitpunkt auch das Ende ihrer Kindheit:

„Von dem Augenblick an, war unsere Kindheit zu Ende.“ (Wagenblass, S. 2002, S. 73)

Im folgenden Zitat werden das Unverständnis und die daraus resultierende Desorientierung deutlich:

*„Und innerhalb eines Zeitraums von ein, zwei Wochen entwickelte sich das, dass äh diese Erkrankung meines Vaters und ja also insofern war das ein ziemlicher **Schock**, weil auch ne Wesensveränderung irgendwo einherging, die ich überhaupt nicht äh nachvollziehen konnte dann ne.“ (Wagenblass, S. 2001 c, S. 3)*

Die Tochter einer psychisch kranken Mutter bemerkte die Andersartigkeit bereits im Alter von fünf Jahren und beschreibt diese folgendermaßen:

„Ich kann mich noch genau an mein fünftes Lebensjahr erinnern, wo ich das erste Mal merkte, dass etwas nicht stimmte. Man kann nicht davon sprechen, dass ich begriff, wie kann ein fünfjähriges Kind das auch tun, aber mir wurde bewusst, dass meine Mutter anders war als die Mütter meiner Freundinnen. Dieses „Anderssein“ äußerte sich in massiven Stimmungsschwankungen. Es gab Zeiten, wo es meiner Mutter gut ging, wo sie glücklich und zufrieden erschien, wo sie antriebsstark war, motiviert, Dinge zu unternehmen, sich zu beschäftigen und in die Zukunft zu sehen, wo sie so sehr lachen konnte, bis ihr die Tränen kamen und sie sich den Bauch festhalten musste. In dieser Zeit schien ich für sie (natürlich nach ihr selbst, wie sie immer sagte) das Wichtigste im Leben zu sein. Ich hatte oft den Eindruck, als ob sie mich dann mit ihrer ganzen Liebe überschütten wolle, um sich zu rechtfertigen für das, was sie mir antat, wenn es ihr schlecht ging.“ (Bathe, S. 1996, S. 35)

6.1.3. Tabuisierung

Ein großes Problem ist die Tendenz zur Tabuisierung der psychischen Krankheit. Bei anderen Erkrankungen der Eltern wie Krebs etc. leidet die Umwelt mit den Kindern mit. Den Kindern wird in diesen Fällen mit Verständnis und Empathie begegnet. Psychische Erkrankungen gelten dagegen heute immer noch als Stigma (Wagenblass, S. 2001 c, S. 5). Es gibt drei verschiedene Ebenen der Tabuisierung: die subjektiven

Verleugnungstendenzen des erkrankten Elternteils, die innerfamiliären, die externen und die gesellschaftlichen Verleugnungstendenzen.

Psychisch erkrankte Menschen nehmen sich manchmal selbst nicht als krank wahr. Sie sehen sich als „Opfer der Medizin“, als „Opfer von Verschwörungen durch andere Familienmitglieder“ oder als „gesunde Person in einer kranken Umwelt“. Durch die Verleugnungstendenz des erkrankten Elternteils kann sich die Situation immer mehr zuspitzen. Bei einer frühzeitigen Behandlung ist die Belastung für alle Beteiligten weitaus geringer. Wenn der Erkrankte aber keine psychiatrische Hilfe in Anspruch nimmt, können sich die Symptome verstärken und das Zusammenleben wird immer problematischer. Aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht kann es dann in einer akuten Krise zu einer Zwangsaufnahme kommen, die für alle Familienmitglieder, also auch für die Kinder, besonders belastend ist (Wagenblass, S. 2002, S. 75). Häufig befürchten die Erkrankten auch, dass ihr Ansehen durch die Behandlungsaufnahme bei einem Psychiater einen irreparablen Schaden erleiden wird und bestreiten aus diesem Grund, dass sie professionelle Hilfe benötigen (Seelhorst, R.-M. 1997, S.85).

Bedeutender für die Kinder sind aber die innerfamiliären Verleugnungstendenzen. Obwohl bei der Angehörigenarbeit die Tabuisierung psychischer Krankheiten zunehmend aufgebrochen wird, verschweigt man den Kindern oftmals die psychische Erkrankung des Elternteils. Man glaubt, dass man sie schonen muss. Diese Rücksichtsmaßnahme ist allerdings falsch. Bei fehlenden Erklärungen für das veränderte Verhalten des erkrankten Elternteils legen die Kinder sich selber Begründungen zurecht. Die Verheimlichungsstrukturen können bei den Kindern Desorientierung und Schuldgefühle hervorrufen (siehe 6.2. Desorientierung und 6.4. Schuldgefühle). Die Kinder merken, dass etwas nicht stimmt, wissen aber nicht, dass die Mutter oder der Vater krank ist (Wagenblass, S. 2002, S. 75).

In einer Studie haben Stöger und Mückstein Interviews mit schizophrenen Klienten des Psychosozialen Dienstes geführt, deren Eltern ebenfalls unter einer Schizophrenie gelitten haben oder noch leiden. Als Hilfe und Erleichterung der Situation in der Familie nannten diese häufig eine ausreichende Aufklärung über die elterliche Erkrankung. Die Befragten betonten fast vollzählig, dass sie weder als Kind noch als Jugendlicher ausreichend über die Krankheit ihrer Eltern informiert worden sind. Sie wurden vielmehr mit einem großen Geheimnis konfrontiert (Stöger, P./Mückstein, E. 1995, S. 28).

Wie wichtig es für die Kinder ist, über die Krankheit Bescheid zu wissen und darüber sprechen zu können, zeigt das folgende Zitat:

„Natürlich hatte ich manchmal das Gefühl, damit nicht fertig zu werden. Aber ich denke, dass ich es irgendwie geschafft habe, das Ganze zu verarbeiten und unter der Belastung nicht zu sehr zu leiden. Entscheidend war, dass bei uns Krankheit, Klinik usw. keine Tabuthemen waren, sondern dass wir viel darüber geredet haben.“ (Familie H. 2001, S. 52)

Neben der Tabuisierung innerhalb der Familie gibt es auch die Tabuisierung nach außen. Häufig herrscht in den Familien ein Kommunikationsverbot. Auch wenn die Kinder über die Krankheit informiert sind, können sie mit niemandem außerhalb der Familie darüber sprechen, weil sie das Gefühl haben, dass ihre Eltern dagegen sind und befürchten, dass sie ihre Eltern verraten, wenn sie über die Schwierigkeiten zu Hause sprechen (Knuf, A. 2003, S. 2). Oftmals entwickeln sich in der Familie eigene Regeln, die die einzelnen Familienmitglieder zum Schweigen und Verleugnen der Krankheit anhalten. Es kommt vor, dass den Kindern dies sogar direkt auferlegt wird (Wagenblass, S. 2002, S. 75).

„Und ich wusste im Grunde auch um die Familienregeln. Also es war ein Tabu und es gab viele Tabus und viele Geheimnisse in der Familie und ich habe dementsprechend gehandelt.“ (Schöne, R./Wagenblass, S. 2002, S. 165)
„Also wir waren so Jugendliche und dann ging es nur noch darum hm, ja, retten, was zu retten ist ne. Also gucken, wie die Mutter, die da völlig durchdreht und wie durch den Alltag schleusen, die abwechselnd bewachen, aus der Schule bleiben und gucken, dass das vor der Kundschaft verborgen bleibt, dass sie nicht ans Telefon geht, dass die Monteure, die ein- und ausgehen, das nicht mitkriegen (tiefes Einatmen), das war dann über Wochen manchmal sehr katastrophal.“ (ebd., S. 188)

Die befragten Personen in der Studie von Stöger und Mückstein haben sogar als Erwachsene die Krankheit ihrer Eltern noch verleugnet und versucht, die Krankheitssymptome durch andere Erklärungen zu relativieren (Stöger, P./Mückstein, E. 1995, S. 28).

In der Gesellschaft sind psychische Erkrankungen tabuisiert. Durch Vorurteile und Unkenntnis (siehe 2. Einführung in das Thema) sind die Menschen im Umgang mit psychisch Kranken verunsichert. Aus diesem Grund verleugnen sie die Krankheit, ziehen sich zurück oder brechen den Kontakt zu den betroffenen Familien ab. Die Familien verstärken diese Verleugnungstendenz oftmals, indem sie das Verhalten des Erkrankten

nicht als psychische Störung bezeichnen, sondern andere Begriffe verwenden, die als „normal“ gelten (Wagenblass, S. 2002, S. 76).

„Also ich hab, wenn mich Bekannte oder Freunde gefragt haben, warum mein Vater nicht anwesend ist, dann war meine Ausrede, dass er einen Kreislaufzusammenbruch hatte und sich im Krankenhaus aufhält.“ (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 190)

6.1.4. Schuldgefühle

Viele Kinder fühlen sich für die Erkrankung ihrer Eltern verantwortlich. Sie glauben, dass der Elternteil sich so verhält, weil sie etwas Falsches gemacht haben. Wenn es ihren Eltern schlecht geht, suchen sie die Schuld bei sich. Vorwürfe machen sich die Kinder auch, wenn sie dem erkrankten Elternteil nicht helfen können (Stöger, P. 1996, S. 9).

„Was für uns natürlich mit wahnsinnigen Schuldgefühlen behaftet war, weil wir dachten, wir haben versagt, wir haben es nicht geschafft, die (gemeint ist die Mutter) irgendwie wieder zu stabilisieren.“ (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 30)

„Regelmäßig, jedes Jahr, ging meine Mutter in die Klinik. Ich gab mir die Schuld daran, dass es dazu kam, ich fühlte mich schuldig, sie nicht länger und besser umsorgt zu haben, wozu man doch als Tochter die Pflicht hat.“ (Bathe, S. 2001, S. 41)

Besonders stark werden die Schuldgefühle, wenn die Kinder nicht über die Krankheit aufgeklärt werden. In diesem Fall entwickeln die Kinder zahlreiche Phantasien, in denen sie das veränderte Verhalten der Eltern auf ihr eigenes Sein und Verhalten zurückführen (Stöger, P. 2000, S. 9).

„Ich fand es gab für nichts Erklärungen, ich fühlte mich nicht wirklich geliebt, fühlte mich missbraucht in ihrer Krankheit und fühlte mich schuldig, nichts dagegen tun zu können, wenn es ihr schlecht ging.“ (Bathe, S. 1996, S. 36)

Wenn die Kinder das Verhalten ihres erkrankten Elternteils besser nachvollziehen können, kann ihnen dies die Ablösung von ihnen erschweren. Sie haben das Gefühl, ihren Vater oder ihre Mutter im Stich zu lassen, wenn sie sich abnabeln und ihr eigenes Leben aufbauen (Gundelfinger, R. 1995, S. 7). Manchmal benötigen die Kinder einen besonderen

Auslöser, um zu erkennen, dass sie auch an sich selber denken müssen. Im folgenden Beispiel wird so eine extreme Situation geschildert:

„Bis zu jenem Tag, an dem ich von einer dreiwöchigen Reise aus Tunesien wiederkam, dachte ich immer, ich könnte nie ausziehen und meine Mutter allein lassen, so sehr habe ich mich für sie verantwortlich gefühlt. Ich kam von der Reise, und es war vereinbart, dass meine Mutter mich vom Flughafen abholen sollte. Während ich auf mein Gepäck wartete, wurde ich zusehends unruhiger, denn das Wiedersehen mit ihr rückte immer näher. Doch von meiner Mutter war weit und breit keine Spur, stattdessen waren die Eltern meines Freundes gekommen, um uns abzuholen. (...) Als ich mit meinem Freund bei mir zu Hause ankam, erwartete mich bereits meine Oma. Doch keiner hatte mich darauf vorbereitet, dass mein Zimmer von meiner Mutter verwüstet worden war. Als ich es betrat, bemerkte ich – trotz der Aufräumaktion meiner Oma – sofort das ganze Chaos, die zu Bruch gegangenen Sachen und das Fehlen meiner geliebten Pflanzen. (...) Das war der erste „Angriff“, der unmittelbar gegen mich gerichtet war. (...) Meine Mutter hatte mir lieb gewonnene Sachen und Erinnerungsstücke beschädigt oder zerstört. In diesem Augenblick wurden mir zwei Dinge bewusst: Zum einen, dass ich mich vor solchen Angriffen zukünftig schützen muss. Ich brauchte einen Raum für mich, in dem ich und alles, was zu mir gehörte, sicher war. Zum anderen hat mir dieser Zusammenbruch vor Augen geführt, dass ich nicht immer im Krankheitsfall für sie da sein kann, wenn ich ein eigenes Leben führen möchte. Ansonsten dürfte ich Berlin nicht einmal zeitweise verlassen – eine für mich unerträgliche Vorstellung. Von diesem Moment an wurde mir bewusst, dass ich nicht alles für meine Mutter aufgeben konnte und wollte, sondern mein eigenes Leben leben musste. Endlich konnte ich mich zu dem Entschluss durchringen, eine eigene Wohnung zu suchen.“ (Bern, K. 2001, S. 21f)

6.1.5. Isolation

Als Folge der psychischen Erkrankung kann es zur Isolation der Familie kommen. Wie bereits unter dem Abschnitt der Tabuisierung beschrieben, bestehen in der Öffentlichkeit nach wie vor Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken. Viele Menschen ziehen sich von der gesamten Familie zurück, wenn sie bemerken, dass ein Familienmitglied unter einer psychischen Störung leidet. Sie wissen nicht, wie sie mit der Erkrankung umgehen sollen und meiden aus Angst den Kontakt (Gundelfinger, R. 1995, S. 6).

*„Und sobald die (gemeint ist die Mutter) dann ausklinkte, war jeder hilflos und hat sowohl **sie** fallen lassen, als auch **uns** irgendwo. Wir haben dann da eigentlich keine Unterstützung gefunden.“ (Institut für soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 31)*

Oftmals tragen die Familien auch selber zu ihrer Isolation bei, indem sie ihre Kontakte zur Umwelt auf ein Minimum reduzieren. Die Kinder sind von dieser Isolationshaltung stark betroffen. Vor allem Kinder im Vorschulalter benötigen beim Aufbau von sozialen Beziehungen die Unterstützung der Eltern. Wenn die Kinder nicht durch ihre Eltern lernen, wie man unbefangenen Kontakt zu anderen aufnimmt, bleiben sie meistens Einzelgänger (Gundelfinger, R. 1995, S. 6). Schwierig wird der Kontakt zu Gleichaltrigen auch dadurch, dass diese die Probleme nicht verstehen können und die Kinder psychisch kranker Eltern aufgrund ihrer Lebenssituation oftmals schneller reifen, wie das folgende Zitat zeigt:

„Während der ganzen Zeit hatte ich keine gleichaltrigen Freunde. Dafür waren hauptsächlich zwei Gründe verantwortlich. Zum einen konnte ich Verständnis für meine Probleme – wenn überhaupt – nur von Erwachsenen erwarten. Also unterhielt ich mich am liebsten mit Erwachsenen. Das führte dazu, dass meine Gedanken zu Gedanken eines erwachsenen Menschen wurden. Andererseits fühlte ich mich, seitdem mein Opa gestorben war und meine Oma auf die 90 zusteuerte, zunehmend für meine Mutter verantwortlich. Mutter- und Tochterrolle hatten sich vertauscht. Ich war reifer als die meisten Gleichaltrigen und bekam in meiner Klasse eine Außenseiterrolle, die ich bis zum Abitur beibehalten habe.“ (Beeck, K. 2001, S. 11f)

Aber auch wenn die Kinder Freunde haben, gestaltet sich der Kontakt nicht immer einfach, weil sie ihre Freunde oft nicht mit nach Hause bringen dürfen oder möchten, weil es ihrem Elternteil schlecht geht oder sie sich für die Situation schämen.

„Ich durfte, wenn es ihr schlecht ging, keine Freunde mit nach Hause bringen, ich hatte mich alleine zu beschäftigen oder mich mit den wenigen Freunden, die ich hatte, draußen, außerhalb ihrer Nähe, zu verabreden.“ (Bathe, S. 1996, S. 36)

Häufig wissen die Kinder nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können. Sie haben niemanden mit dem sie darüber sprechen können und sind allein gelassen (Mattejat, F. 2001 b, S. 73). Wie belastend dies sein kann, zeigt das folgende Zitat:

„Mit seinen Ängsten allein zu sein, das ist bis heute für mich das schlimmste Gefühl, das es gibt.“ (Beeck, K. 2001, S. 8)

6.1.6. Betreuungsdefizite und mangelnde Unterstützung

Die Eltern sind mit den Problemen, die für sie durch die psychische Erkrankung entstehen häufig überfordert. Aus diesem Grund kann es zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder kommen. Den Kindern fehlt oftmals auch die notwendige elterliche Führung (Knuf, A. 2003, S. 2). Die eigenen Bedürfnisse der Kinder treten in den Hintergrund und es mangelt ihnen an Unterstützung. Anstatt von den Eltern alltagspraktische Hilfen zu bekommen, wie Essen und Hausaufgabenhilfe, müssen sie im Haushalt mithelfen (siehe 6.7. Zusatzbelastungen der Kinder). Der erkrankte Elternteil kann zumindest in akuten Krisen dem Kind nicht die erforderliche Unterstützung und den notwendigen Zuspruch geben. Es ist besonders wichtig, dass die Kinder dann eine Bezugsperson haben, die ihnen Zuwendung und Verständnis entgegenbringt. Sie brauchen jemanden, der sie umsorgt und ihnen zuhört (Wagenblass, S. 2002, S. 73f). In den folgenden Zitaten wird deutlich, wie belastend es für die Kinder sein kann, wenn sich die kranke Mutter oder der kranke Vater nicht richtig um sie kümmern kann und wie wichtig in diesen Phasen andere Bezugspersonen sind:

„... meine Mutter wollte auch manchmal gerne richtige Mutter sein und uns gerne haben. Ja und das warn dann manchmal so kurze Augenblicke, wo sie uns das vielleicht gegeben hat. Aber dann auf der anderen Seite diese Phasen, wo sie gar nichts mit uns anfangen konnte. Das ist für Kinder nicht zu ertragen.“ (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 170)

„Und in diesen Phasen, wo sie so zu war, da verzweifelten wir (die Geschwister) oft und haben auch untereinander oft uns immer ausgetauscht. Mensch, mit der kannst nichts erzählen, da haste irgendwie erzählt ... Auch so wichtige Sachen erzählt. Dass du dich verliebt hast oder dass du dich getrennt hast oder so und das hat die gar nicht gemerkt, gar nicht registriert. Du konntest auch in Tränen ausbrechen und, das hat die überhaupt nicht ähm. Die hat dich nicht getröstet.“ (ebd., S. 184)

„Gott sei Dank: Oma war ja immer als Stütze im Hintergrund.“ (Jun, G. 1993, S. 125)

„Ich glaube, es geht nicht nur darum, dass es jemand im Außen gibt, der sagt, du bist o.k. so. Also diese Versicherung zu kriegen, dass man das nicht nur alleine machen muss. Also ich glaube dar dat für das Überleben ganz wichtig ist.“ (Wagenblass, S. 2001 c, S. 5)

6.1.7. Zusatzbelastungen der Kinder

Wie bereits unter dem Aspekt der mangelnden Unterstützung (siehe 6.6.) erwähnt wurde, sind die Kinder durch zusätzliche Aufgaben belastet. Wenn es dem erkrankten Elternteil schlecht geht oder er stationär behandelt wird, müssen sie im Haushalt helfen. In besonders schweren Fällen oder wenn der Elternteil allein erziehend ist und es keine Unterstützung von außen gibt, müssen die Kinder den Haushalt sogar komplett bewältigen. Dadurch wird ihre Freizeit eingeschränkt und ihre eigenen Bedürfnisse treten in den Hintergrund (Mattejat, F. 2001 b, S. 73).

„Ich musste immer arbeiten: den Haushalt erledigen, Kohlen holen, einkaufen, den kleinen Bruder versorgen.“ (Jun, G. 1993, S. 125)

„Die zusätzliche Hausarbeit war kein Vergnügen. Aber für mich war das eine Möglichkeit, meiner Mutter zu helfen (ihr eine Freude machen, dachte ich).“ (Familie H. 2001, S. 48)

Manche Kinder brauchen die Ordnung auch, um die „Normalität“ wieder herzustellen:

„Für mich war nur wichtig, dass alles schnellstens wie früher wurde. Deshalb fing ich sofort an, unsere Wohnung aufzuräumen und zu putzen und die unzähligen Schallplatten in ihre Hüllen zu sortieren. Erst nachdem das erledigt war, konnte ich anfangen, den versäumten Schlaf nachzuholen.“ (Bern, K. 2001, S. 15)

6.1.8. Parentifizierung

Die Kinder haben sehr oft das Gefühl, für die Eltern und die Familie verantwortlich zu sein und übernehmen teilweise elterliche Funktionen (Mattejat, F. 2001 b, S. 73). Diese Verschiebung der Verantwortung nennt man Parentifizierung. Es ist aus dem lateinischen Wort „parentis“ gleich Eltern abgeleitet und bedeutet, dass es in der Beziehung zwischen Kindern und Eltern zu einer Verantwortungsumkehr gekommen ist. Die erkrankten Elternteile sind selbst schwach und klammern sich an ihre Kinder, anstatt eine Stütze für diese zu sein. Die Kinder fühlen sich schon früh für die eigenen Eltern verantwortlich und werden zu „kleinen Erwachsenen“. Ihre altersgemäßen Bedürfnisse nach Schutz und Fürsorge durch die Eltern stellen sie zurück, verleugnen oder verdrängen diese (Deneke, C. 1995, S. 5). Häufig nehmen die älteren Kinder gegenüber ihren jüngeren Geschwistern die Elternrolle ein. Mit der Umkehr der Rollen von Eltern und Kind sind die betroffenen

Kinder meistens überfordert (Mattejat, F. 2001 b, S. 73). Manchmal steht die Familie vollkommen im Vordergrund und die eigenen Bedürfnisse bleiben unberücksichtigt. Es kommt sogar vor, dass die Jugendlichen die Zwangseinweisung für ihre Eltern in die Wege leiten müssen. In den folgenden Zitaten berichten Kinder über den Rollentausch:

„Meine Rolle in der Familie war folgendermaßen definiert: Ich fühlte mich für den Zusammenhalt der Familie zuständig, soweit ich mich zurückerinnern kann. Ich war die „Gesunde“, die immer Vernünftige, die Fröhliche, die „Erwachsene“. Ich war Puffer, Auffangnetz und Abfalleimer in einem. Ich hörte mir tage- und nächtelang die Redeergüsse und Selbstvorwürfe meiner Mutter sowie die Wahnvorstellungen und Ängste meiner Schwester an. Ich half im Haushalt mit, soviel es ging, und ich war Kontaktperson zur Außenwelt, da ich viele Freundinnen mit nach Hause brachte. Ich richtete meine gesamte Energie auf das „Für-die-Familie-Dasein“, das „Helfen-Wollen“. Das Prinzip, nicht auf mich, sondern auf andere zu schauen, erweiterte ich auch auf meinen Freundeskreis und meine Studiumswahl (Sonderpädagogik).“ (W., S. 2001, S. 27)

„Seitdem ist meine Mutter noch neunmal in die Nervenklinik eingewiesen worden, dreimal davon musste ich gegen ihren Willen eine Zwangseinweisung vornehmen lassen.“ (Bern, K. 2001, S. 17)

„Mein kleiner Bruder machte, was er wollte. Und wenn er schrie, sollte ich ihn versorgen und beruhigen. Aber ich wusste doch gar nicht, was ein kleines Kind braucht.“ (Jung, G. 1993, S. 125)

„Ich erinnere mich noch, dass ich einmal deine Medikamente „verwaltet“ habe, als Papi und mein Bruder beim Skifahren waren. Das war ein merkwürdiges Gefühl, für Dich, meine Mutter, verantwortlich zu sein, Dir die richtige Dosis zu geben. Irgendwie war das ja vielleicht auch für Dich entwürdigend.“ (Familie H. 2001, S. 52)

*„Ich krieg´ solche Regungen, dass **ich** sie am liebsten erziehen möchte, wenn sie wieder Unsinn macht oder sagt.“ (Jung, G. 1993, S. 124)*

6.1.9. Abwertungserlebnisse

Die Kinder müssen auch lernen mit Abwertungserlebnissen umzugehen. In der Gesellschaft wird eine psychische Störung immer noch stigmatisiert. Die Eltern werden von außenstehenden Personen abgewertet (Mattejat, F. 2001 b, S. 73). Diese soziale Abwertung bekommen auch die Kinder in der Schule, bei Bekannten oder Nachbarn zu spüren (Knuf, A. 2003, S. 2). Verletzend ist es für die Kinder z.B., wenn Witze über psychisch Kranke gemacht werden.

„Wenn ich in der Schule Witze hörte über Ochsenzoll (psychiatrische Klinik) und Verrücktsein fühlte ich mich ausgegrenzt und verletzt.“ (T., T. 1994, S. 52)

*„Als mal einer einen Verrücktenwitz erzählt hat, hat sich in mit alles aufgebläht.“
(Jun, G. 1993, S. 124)*

Im folgenden Zitat wird eine Situation geschildert, in der sowohl der erkrankte Elternteil als auch das Kind stigmatisiert werden:

„Also ich kann mich an eine explizite Situation erinnern, ja wo aus einem Streit heraus, der eigentlich relativ normal war, ähm, da bin ich ziemlich wütend geworden irgendwo und da sagte mir jemand irgendwie: ‚Du entwickelst dich wie dein Vater‘ oder ‚Du bist genau son Spinner wie dein Vater‘ oder so was.“ (Schöne R./Wagenblass, S. 2002, S. 189)

6.1.10. Loyalitätskonflikte

Die Kinder psychisch kranker Eltern sind zum einen innerhalb der Familie durch Loyalitätskonflikte betroffen. Durch Probleme, die aus der psychischen Erkrankung eines Elternteils entstehen oder auf andere Weise, kann es zwischen den Eltern zu Konflikten kommen (Mattejat, F. 2001 b, S. 73). Die Kinder erleben diese Spannungen in der Familie und werden zum Teil mit einbezogen, um Partei für eine Seite zu ergreifen (Wagenblass, S. 2001 a, S. 515). Aber auch wenn die Eltern nicht versuchen, das Kind für ihre Sichtweise zu gewinnen, ist die Situation für das Kind sehr belastend. Es hat trotzdem meist den Eindruck, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen und den anderen dadurch im Stich zu lassen. Um diesem Loyalitätskonflikt zu entgehen, versuchen die Kinder häufig zwischen den Eltern zu vermitteln und die Familie zusammenzuhalten.

„Oft gab es Krach und Streit zu Hause. Ich hab´ mich eigentlich immer dafür verantwortlich gefühlt, die Ehe meiner Eltern zu retten. Ich war mir ganz sicher, dass ich für den Familienfrieden Verantwortung trug. Ich bin immer von einem zum anderen gerannt und habe versucht zu vermitteln.“ (P., A. 2001, S. 33)

Zum anderen müssen die Kinder sich mit dem Loyalitätskonflikt nach außen hin auseinandersetzen. Wie bereits unter dem Abschnitt der Tabuisierung (siehe 6.3.) deutlich wurde, haben die Kinder das Gefühl, ihre Eltern zu verraten, wenn sie über ihre Probleme sprechen (Wagenblass, S. 2001 a, S. 515). Viele Kinder schämen sich auch vor den Freunden und Bekannten für ihre Eltern. Sie sind hin und her gerissen zwischen der Loyalität gegenüber ihren Eltern und der Distanzierung von ihnen (Mattejat, F. 2001 b, S. 73).

„Als meine Mutter anfing, Stefan merkwürdige Fragen zu stellen, wäre ich am liebsten im Erdboden versunken. Von dem Augenblick an wollte ich vorläufig nicht mehr, dass er mich zu Hause besucht. Ich hatte Angst, ihn wegen der Krankheit meiner Mutter zu verlieren.“ (Bern, K. 2001, S. 18)

6.1.11. Ängste

Die Kinder psychisch kranker Eltern sind einer Reihe von Ängsten ausgesetzt. Aufgrund der Krankheit erleben die Kinder ihre Eltern in für sie schwer verständlichen und verwirrenden Verhaltensweisen. Noch belastender ist es für die Kinder, wenn sie direkt in die Wahnwelt des erkrankten Elternteils mit einbezogen werden. Dadurch entsteht bei den Kindern Angst vor dem erkrankten Elternteil (Wagenblass, S. 2002, S. 76f).

*„Zunächst hatte ich Angst **um** meine Mutter, doch von dem Moment an, als sie mich schlug, weil sie in einem von mir für sie zubereiteten Tomatensaft Gift vermutete, hatte ich Angst **vor** ihr.“ (Beeck, K. 2001, S. 8)*

„Ich hatte Angst vor ihr, wenn sie mich mit ihrem hasserfüllten diabolischen Blick anschaute und grundlos auf mich einschrie.“ (ebd., S. 9)

„Meine Mutter hat mich und meinen Vater als Teufel bezeichnet. Wir waren das Böse. Das war unheimlich schlimm für mich, und ich habe dann auch nur gedacht, wie komme ich hier weg.“ (Institut für soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 31)

Oftmals haben die Kinder Angst um ihre Eltern. Wenn es dem erkrankten Elternteil wieder besser geht, befürchten die Kinder eine Verschlechterung bzw. einen erneuten Ausbruch der Krankheit. Es kommt auch vor, dass die Erkrankten mit Selbstmord drohen oder sogar einen Suizidversuch unternehmen. Die Ängste um die Eltern können traumatisierend für die Kinder sein und führen oft zu Schuldgefühlen und verstärkter Verantwortungsübernahme (Wagenblass, S. 2002, S. 77).

„In dieser Zeit ging es mir gut, jedoch war dieses Gefühl permanent überschattet von der Angst, meine Mutter würde wieder in dieses schwarze, dunkle Loch fallen, woraus sie mühsam versuchte, emporzuklettern.“ (Bathe, S. 1996, S. 37f)

„Die Angst vor einem erneuten Krankheitsausbruch ist zu meinem ständigen Begleiter geworden, nicht nur auf Reisen, sondern auch im Alltag.“ (Bern, K. 2001, S. 12)

„Als der Zustand meiner Mutter sich so sehr verschlechterte, dass sie förmlich zusammenbrach, nicht mehr leben wollte, mit mir darüber sprach, sich umzubringen oder in einen Sterbehilfeverein in den Niederlanden einzutreten, begann die Zeit der Psychiatrieaufenthalte.“ (Bathe, S. 2001, S. 41)

Durch zusätzliche familiäre Umbrüche, Trennungen, Scheidungen und wirtschaftliche Krisensituationen können die Kinder auch Existenzängste entwickeln (Wagenblass, S. 2002, S. 77).

„Und auf einmal macht man sich dann irgendwo halt Existenzängste oder ähnliche Sachen, die einfach kein normaler Mensch wahrscheinlich in diesem Alter hat, wenn er aus so ner Situation halt kommt und vorher nie gezwungen gewesen ist, darüber irgendwie nachzudenken. Sondern da gab's halt eben immer regelmäßig Taschengeld und solche Sachen. Und auf einmal fängt man dann an zu zweifeln und zu überlegen, oh das gibt's jetzt alles nicht mehr und äh was passiert, wenn mein Vater keine Arbeit mehr findet oder wenn er entlassen wird oder weiß ich nicht ne.“ (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 191f)

Außerdem befürchten die Kinder, dass sie auch selber psychisch erkranken können. Für viele Kinder ist die Vorstellung, dass sie das gleiche Schicksal erleiden könnten wie ihre Eltern, erschreckend. Die Angst vor einer eigenen Erkrankung besteht oftmals auch noch im Erwachsenenalter (Wagenblass, S. 2002, S. 77).

„Ich hatte immer Angst, selbst auch krank zu werden. Das war für mich eine der schrecklichsten Vorstellungen meines Lebens: Die schizophrene Erkrankung meines Vaters geerbt zu haben und selbst einmal so hilflos und verzweifelt zu sein, wie es mein Vater in meiner Kindheit war. Die schlimmste Vorstellung aber ist für mich, selbst Kinder zu haben und dann krank zu werden.“ (Knuf, A. 2003, S. 7)

6.2. Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder

Wenn Kinder psychisch kranker Eltern Entwicklungsauffälligkeiten aufweisen, kann man nicht eindeutig sagen, ob die Ursachen darin in den Krankheitssymptomen der Eltern oder in anderen psychosozialen Belastungsfaktoren wie z.B. elterliche Konflikte oder Trennung liegen (Koch-Stoecker, S. 2001, S. 48). Es treten nicht bei allen Kindern Entwicklungsauffälligkeiten auf. Während eines vierjährigen Beobachtungsintervalls fanden Rutter und Quinton bei einem Drittel der untersuchten Kinder keinerlei Beeinträchtigungen der Entwicklung und bei einem weiteren Drittel waren die Beeinträchtigungen nur vorübergehend. Lediglich bei dem verbleibendem Drittel zeigten sich anhaltende kinderpsychiatrische Auffälligkeiten. Insgesamt ist das Störungsrisiko gegenüber einer Vergleichsgruppe um den Faktor zwei bis drei erhöht (Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M. H. 1992, S. 25f). Das Risiko ist von der Art der elterlichen Erkrankung

abhängig. Besonders häufig treten Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern auf, deren Eltern unter einer Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline-Störung) oder einer depressiven Störung leiden (ebd., S. 44). Jungen reagieren in stärkerem Maße mit Auffälligkeiten auf die Erkrankung des Elternteils als Mädchen. Störungen entwickeln die Kinder eher, wenn es sich bei dem erkrankten Elternteil um die Mutter handelt (ebd., S. 26).

Unterschiede in der Entwicklung der Kinder sind bereits im Alter von zwei Jahren erkennbar. Bei einem Vergleich von Kindern psychisch auffälliger Mütter mit einer Vergleichsgruppe werden vor allem sprachliche Defizite deutlich. Außerdem sind die Kinder in ihrem Sozialverhalten auffälliger. Es treten vermehrt Aggressivität und Hyperaktivität auf (ebd., S. 35). Bei psychisch kranken Vätern finden sich nur im Bereich der kognitiven Entwicklung Unterschiede (ebd., S. 38).

Folgende Faktoren begünstigen die Ausbildung einer Entwicklungsstörung:

- Krankheitsbeginn vor oder kurz nach der Geburt des Kindes
- Schweregrad der elterlichen Erkrankung
- Einbezug des Kindes in das Wahnsystem der Eltern
- fehlende Krankheitseinsicht der Eltern
- Häufigkeit der elterlichen Abwesenheit durch Klinikaufenthalt
- Abwesenheit bzw. mangelnde emotionale Verfügbarkeit des anderen Elternteils
- Fehlen einer anderen Bezugsperson und Vertrauensperson
- mangelnde Kommunikationsfähigkeit innerhalb der Familie
- Verschlossenheit der Eltern gegenüber dem Kind
- problematische Partnerbeziehung der Eltern
- geringe intellektuelle und soziale Kompetenz des Kindes
- Übernahme elterlicher Funktionen durch das Kind
- sozialer Abstieg und soziale Isolation (Broekman, B. 2003, S. 4f und Deneke, C. 1995, S. 5f)

6.3. Bewältigung der Lebenssituation

Ebenso wie es Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung gibt, begünstigen auch einige Faktoren eine erfolgreiche Bewältigung der problematischen Lebenssituation. Folgende

Aspekte verringern die Auswirkungen der psychischen Erkrankung des Elternteils auf die Kinder:

- geringe Intensität und Chronizität des Krankheitsverlaufs
- kein Einbezug des Kindes in das Wahnsystem
- späterer Krankheitsbeginn bei unbelasteter früher Kindheit
- Krankheitseinsicht des Elternteils und frühzeitige Behandlung
- altersgemäße Aufklärung des Kindes über die elterliche Erkrankung
- Anwesenheit und emotionale Verfügbarkeit des gesunden Elternteils
- guter Familienzusammenhalt
- gutes Klima in der Partnerschaft der Eltern
- soziales Unterstützungssystem für die Familie
- soziale und ökonomische Ressourcen in der Familie
- Vertrauensperson für das Kind
- das Kind muss keine Verantwortung für die Familie übernehmen, mit der es überfordert ist
- gute soziale und intellektuelle Kompetenz des Kindes (Wagenblass, S. 2001 c, S. 7f und Deneke, C. 1995, S. 6)

Jedes Kind bewältigt die Probleme, die durch die psychische Erkrankung eines Elternteils entstehen, auf andere Weise. Der Psychiater und Psychotherapeut Helmut Kolitzus hat im Laufe seiner Arbeit mit Abhängigen und deren Kindern vier Rollen gefunden, die die Kinder einnehmen, um mit der Situation umgehen zu können. Diese Rollen lassen sich auch auf Kinder mit psychisch kranken Eltern übertragen.

- Der Held: Der Held bemüht sich, für den gesunden Elternteil Ersatzpartner zu sein und wird wenn es notwendig ist auch zur Ersatzmutter bzw. zum Ersatzvater.
- Der Sündenbock: Der Sündenbock benimmt sich noch auffälliger als der erkrankte Elternteil, damit die Aufmerksamkeit auf ihn anstatt auf den kranken Elternteil gerichtet wird.
- Das verlorene Kind: Im Gegensatz zum Sündenbock verhält sich das verlorene Kind unauffällig und ist „pflegeleicht“. Es ist scheu, zieht sich in seine innere Einsamkeit zurück und träumt von angenehmeren und glücklicheren Situationen.
- Das Maskottchen: Das Maskottchen entwickelt sich zum schutzbedürftigen Baby zurück und gibt sich niedlich, süß und nett. Außerdem versucht es Schwierigkeiten

durch Komik zu überdecken (Knuf, A. 2003, S. 3f). Kolitzus sagt dazu: *„Bis ich es selbst erlebt habe, konnte ich es nicht recht glauben: In Familiensitzungen schaffen es Maskottchen, genau in dem Moment, wenn die Spannung nicht mehr auszuhalten ist, mit dem Stuhl umzufallen.“*(*ebd.*, S. 4)

Die Rollen bleiben nicht starr, sondern können sich verändern. Ein Kind kann auch je nach Situation verschiedene Rollen einnehmen. Mischformen sind ebenfalls möglich.

In den biographischen Interviews mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern haben Schone und Wagenblass (im Rahmen der Studie des Instituts für soziale Arbeit siehe auch 4.5.) verschiedene Bewältigungsstrategien gefunden. In allen Interviews wurde deutlich, dass es für die Kinder wichtig ist, Unterstützung zu bekommen und die Möglichkeit zu haben, über die Krankheit und die Probleme zu sprechen. Für die Verarbeitung der Belastungen ist vor allem eine gute Beziehung zu dem gesunden Elternteil hilfreich (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 176). Wenn der erkrankte Elternteil nicht in der Lage ist, eine stabile Beziehung zu dem Kind aufrecht zu erhalten, ist es für die Bewältigung der Situation entscheidend, ob das Kind von einer nahe stehenden Person Zuspruch und Unterstützung bekommt.

„Also, was mich gerettet hat in der ganzen Situation war eigentlich, dass ich so früh schon meinen Mann kennen gelernt hab und Schwiegereltern hatte, die mich sehr gut aufgenommen haben.“ (Wagenblass, S. 2001 a, S. 519)

Durch Geschwister kann sich die Belastung verringern. Außerdem können Gespräche mit den Geschwistern über die Probleme den Umgang mit der Situation erleichtern. (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 197).

Es gibt Kinder, die sich innerlich von dem erkrankten Elternteil distanzieren. Sie teilen die Familie dann auch in zwei Welten auf. Zu der einen zählen sie selber und die andern gesunden Familienmitglieder und die andere Welt besteht aus dem erkrankten Elternteil (Wagenblass, S. 2001 a, S. 518). Diese Distanz dehnen manche Kinder sogar auf ihre eigenen Gefühle aus, um sich vor Verletzungen zu schützen.

„Also das hat ganz früh angefangen. Im Grunde genommen ne unheimliche äh Distanz zu meinen Gefühlen zu gehen, dat is äh ne Fähigkeit, die ich ganz ausgeprägt entwickelt hab, dass ich die völlig wegmachen kann.“ (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 168)

Andere Kinder versuchen, alles mit sich selbst zu vereinbaren. Meist zerbrechen sie aber irgendwann an der nach innen gekehrten Konfliktbearbeitung und an ihrem Schweigen und benötigen psychiatrische Hilfe (Wagenblass, S. 2001 a, S. 523).

6.4. Umgang mit der Krankheit

Die verschiedenen Probleme haben gezeigt, dass das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil nicht gerade leicht ist. Trotzdem möchte ich betonen, dass die Kinder nicht immer unter allen Problemen leiden. Wie problematisch die Lebenssituation ist, hängt auch mit der Art und vor allem mit dem Schweregrad der psychischen Störung zusammen. Nicht jedes Kind leidet unter der Situation. Es gibt Eltern, die trotz ihrer Krankheit ihre Erziehungsaufgaben gut bewältigen. Außerdem sind manche Kinder auch in der Lage, solche Belastungen adäquat zu bewältigen und reifen dann an dieser Herausforderung (Gundelfinger, R. 1995, S. 4).

Jedes Kind reagiert anders auf die Erkrankung eines Elternteils. Manche Kinder stellen ihren Eltern oder einer Vertrauensperson Fragen über die Krankheit. Oft haben die Kinder niemandem, mit dem sie über ihre Probleme sprechen können, deshalb grübeln sie. Andere Kinder verlangen vermehrt Aufmerksamkeit, in dem sie unruhig sind, nicht gehorchen, Streit suchen oder sehr anhänglich sind. Durch die Hilfe im Haushalt versuchen Kinder, ihre Eltern zu entlasten. Sie beschweren sich oder klagen nie. Es gibt auch Kinder, die keine besonderen Probleme zeigen (pro juventute 1998, S. 5-7).

Kinder haben in der Regel ein feines Gespür und bemerken Veränderungen sehr schnell. Damit die Situation nicht so belastend für die Kinder wird, muss man mit ihnen reden. Das Kind sollte als erstes von dem gesunden Elternteil in verständlichen Worten über die Krankheit aufgeklärt werden. Der gesunde Elternteil sollte dem Kind versichern, dass er nun erstmal hauptsächlich für es zuständig ist. Dadurch können die Kinder angstfrei und unbefangen mit der Situation umgehen. Nach Möglichkeit sollte das Leben des Kindes in den gewohnten Bahnen weiter verlaufen (Beitler, H./Beitler, H. 2000, S. 82f). Durch Regelmäßigkeit erfährt das Kind Ruhe und Sicherheit (pro juventute 1998, S. 10). Der erkrankte Elternteil sollte das Kind nicht belasten, indem er z.B. bei ihm Trost sucht. (Beitler, H./Beitler, H. 2000, S. 83). Stattdessen sollte er versuchen, dem Kind die Situation zu erklären und dabei ehrlich sein. Bei der Schilderung der Probleme wurde

deutlich, dass es für die Kinder wichtig ist, eine Vertrauensperson zu haben. Die Eltern müssen akzeptieren, dass sich ihre Kinder jemand anderem anvertrauen. Wenn die Belastungen für die Kinder zu groß sind, muss professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden (pro juventute 1998, S. 10f).

Die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik sollte ebenfalls mit den Kindern besprochen werden, da beim Kind sonst der Eindruck entstehen kann, dass der Erkrankte einfach verschwindet. Besuche in der Klinik können den Trennungsschmerz lindern. Über die Beobachtungen in der Klinik und verwirrende Erlebnisse sollten immer mit dem Kind besprochen werden (Beitler, H./Beitler, H. 2000, S. 83f). Die Schule sollte ebenfalls über die Klinikeinweisung informiert werden. Die Lehrer können das Kind dann besser unterstützen (pro juventute 1998, S. 11).

7. Hilfen

Es wurde deutlich, wie wichtig es für die Kinder ist, eine Bezugsperson zu haben, die ihnen bei der Bewältigung der problematischen Lebenssituation hilft. Aber nicht jedes Kind hat innerhalb der Familie oder im Bekanntenkreis eine Person, mit der es über alles sprechen kann und von der es unterstützt wird. Der gesunde Elternteil und andere Familienangehörige sind durch die Situation oftmals selber so betroffen und belastet, dass sie nicht in der Lage sind, die Defizite und Probleme, die durch die Erkrankung der Mutter oder des Vaters entstehen, zu mildern. In diesen Fällen ist professionelle Hilfe und Unterstützung erforderlich. Aufgrund der komplexen Problematik ist ein interdisziplinäres Hilfesetting notwendig, dass niedrigschwellig angelegt ist und frühzeitig einsetzt (Wagenblass, S. 2001 a, S. 524). Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Christiane Deneke, die auch mit psychisch kranken Müttern arbeitet, fordert:

*„Die Betreuung und psychologische Beratung dieser Kinder gehört in die öffentliche Hand, doch fühlt sich hier offensichtlich niemand zuständig.“
(Groenewold, U. 2002, S. 1)*

7.1. Voraussetzungen für Hilfen

Es gibt ein paar Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit den Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien geholfen werden kann. Die schwierige Situation der Familie und der Kinder muss überhaupt erstmal erkannt werden (Gundelfinger, R. 1995, S. 7). Die Fachpersonen, die sich um die psychisch kranken Eltern kümmern, müssen ein Bewusstsein für die Kinder ihrer Patienten entwickeln. Ehepartner und Eltern werden bereits in die Betreuung mit einbezogen. Die Kinder bleiben aber meist noch unberücksichtigt (Gundelfinger, R. 1997, S. 147). Bei einer Aufnahme in der Klinik sollten die Mitarbeiter gezielt nach den Kindern fragen und sich darüber informieren, ob die Kinder gut versorgt sind oder die Familie Unterstützung benötigt (Gundelfinger, R. 1995, S. 7). Die Fachleute müssen auf die Betreuung der Kinder vorbereitet werden. Durch Weiterbildungen und Supervisionen müssen sie beraten und in ihren Kompetenzen gestärkt werden (Küchenhoff, B. 2001 b, S. 14). Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen sollte zur Routine jeder sozialpsychiatrischen Angehörigenarbeit gehören (Stöger, P. 1996, S. 10). Es kommt noch viel zu häufig vor, dass die Kinder nicht unterstützt werden, wie die folgenden Zitate zeigen:

*„Trauer und Wut nicht nur im Bezug auf meine Mutter, sondern auch gegenüber der zuständigen Behörde, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der die Kinder bzw. erwachsenen Kinder sich selbst überlässt, sie mit ihren Problemen alleine lässt.“
(Beeck, K. 2001, S. 6)*

„Auch ihre behandelnden Ärzte haben sich nie um mich und meine Sorgen gekümmert oder mich über die Krankheit informiert.“ (ebd., S. 10)

Die Familie muss auch bereit sein, die Hilfe anzunehmen. Die Eltern haben Angst, dass ihnen die Kinder weggenommen werden, wenn der Hilfebedarf nach Außen sichtbar wird. Aus diesem Grund lastet meist auf allen Familienmitgliedern ein Geheimhaltungsdruck, unter dem besonders die Kinder leiden. Dieses Tabu muss aufgebrochen werden, damit die Kinder und die Familie über ihre Probleme reden können und ihnen geholfen werden kann. Verstärkt wird diese Verheimlichungstendenz durch die gesellschaftliche Tabuisierung psychischer Störungen. Durch Öffentlichkeitsarbeit müssen die bestehenden Vorurteile beseitigt werden. Gleichzeitig muss auf die problematische Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Eltern hingewiesen werden, damit alle Personenkreise, die Kontakt zu diesen Kindern haben, wie Erzieher, Lehrer, Hausärzte, Mitarbeiter bei

Jugendämtern oder Beratungsstellen etc., für dieses Thema sensibilisiert werden. Durch die Enttabuisierung fällt es den betroffenen Familien auch leichter, Hilfe zu suchen und anzunehmen, da ihre Ängste geringer sind (Gundelfinger, R. 1995, S. 7). Im folgenden Zitat beschreibt die Tochter einer psychisch kranken Mutter, wie enttäuschend die Reaktionen ihrer Lehrer für sie war:

„Erst als ich älter war und aufs Gymnasium ging, habe ich mich einigen Lehrern anvertraut. Meine Enttäuschung war groß. Keiner hat sich jemals um professionelle Hilfe für mich bemüht, geschweige denn, mir eigene Hilfe angeboten. Während meines Abiturs musste ich eine Zwangseinweisung in die Wege leiten. Vor den Prüfungen konnte ich tagelang nicht mehr als drei Stunden schlafen, an Lernen war sowieso nicht mehr zu denken. Die eingeweihten Lehrer „halfen“ mir, indem sie mir die Entscheidung überließen, ob ich an den diesjährigen Prüfungen teilnehme oder sie im nächsten Jahr wiederhole. Dass nicht wenigstens ein Lehrer mir angeboten hat, dass ich mich bei ihm melden kann, wenn ich mich einmal aussprechen will, hat mich sehr enttäuscht.“ (Beeck, K. 2001, S. 10).

Die Tochter einer psychisch kranken Mutter schlägt vor, dass bereits in der Schule Aufklärung betrieben werden sollte:

„Wenn ich etwas dazu sagen dürfte, dann würde ich es so vorschlagen, dass alle Kinder in der Schule, und zwar schon früher, im Unterricht und mit freier Diskussion etwas lernen über menschliche Verhaltensweisen: Menschenbild und Alltagspsychologie, allgemeine und persönliche Menschenkenntnis. Dabei müsste dann auch in geeigneter Form etwas dazu vermittelt werden, dass es psychische Krankheiten und Behinderungen gibt. Dieses Wissen müsste Vorurteile ausräumen und so zur Allgemeinbildung gehören.“ (Jung, G. 1993, S. 129)

Ich skizziere jetzt, welche Hilfen die einzelnen Familienmitglieder in erster Linie benötigen. Danach beschreibe ich kurz, welche Hilfen die Familien durch das Jugendamt erhalten können. Die einzelnen Hilfeformen erläutere ich dabei nicht. Zum Ende dieses Kapitels gehe ich darauf ein, welche Wünsche die Familien in Bezug auf die Hilfen haben. In einem weiteren Kapitel befasse ich mich dann mit präventiven Hilfsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern und stelle verschiedene Angebote vor.

7.2. Hilfen für den psychisch kranken Elternteil

Damit die Probleme möglichst gering bleiben, muss als erstes der erkrankte Elternteil behandelt werden. Die psychiatrische Behandlung sollte so früh wie möglich einsetzen.

Ein wichtiger Bestandteil bei der Behandlung ist eine möglichst gute Rückfallprophylaxe. An der Krankheitseinsicht sollte ebenfalls gearbeitet werden, damit der Patient bei dem Auftreten erster Symptome mit einer erneuten Behandlung einverstanden ist. Nur wenn der Patient sich selber als krank ansieht, wird er sich frühzeitig auf eine Behandlung einlassen. Während der Therapie sollte auch auf krankheitsbedingte Störungen in der Interaktion zwischen dem erkrankten Elternteil und dem Kind geachtet werden. Wenn solche Interaktionsstörungen beobachtet werden, sollte darauf Einfluss genommen werden (Küchenhoff, B. 2001 b, S. 13). Die Behandlung des erkrankten Elternteils ist sehr wichtig.

*„Je besser eine psychische Erkrankung bewältigt werden kann, um so geringer werden ihre Auswirkungen auf die Familie insgesamt und die Kinder sein.“
(Mattejat, 2001 b, S. 74).*

7.3. Hilfen für den gesunden Elternteil

Der gesunde Elternteil ist eine entscheidende Hilfe für das Kind und bietet ihm Schutz. Damit der gesunde Elternteil diese notwendigen Aufgaben erfüllen kann, braucht er Unterstützung. Er muss beraten werden, wie er mit dem kranken Partner umgehen soll. Hilfreich sind auch Informationen über die Krankheit und den zu erwartenden Krankheitsverlauf. Der Partner hat dann die Möglichkeit, sich besser auf die Krankheit einzustellen und kann dann auch die Fragen des Kindes über die Krankheit der Mutter oder des Vaters besser beantworten. Die Entlastung von Aufgaben durch Verwandte oder Bekannte ist ebenfalls sehr wichtig, damit der gesunde Elternteil Phasen der Erholung und Zeit für das Kind hat (Küchenhoff, B. 2001 b, S. 13).

7.4. Hilfen für das Kind

An verschiedenen Stellen wurde bereits deutlich, dass eine Vertrauensperson für die Kinder außerordentlich wichtig ist. Wenn die Eltern getrennt leben oder geschieden sind, steht der gesunde Elternteil oftmals nicht zur Verfügung. In diesen Fällen ist es notwendig, eine gesunde Bezugsperson für das Kind zu finden und diese zu unterstützen

(Küchenhoff, B. 2001 b, S. 13). Die Vertrauensperson kann dem Kind auf unterschiedliche Weisen helfen. Für die Kinder ist es schwierig, wenn sie die Probleme der Eltern bemerken, aber diese nicht ansprechen können. Dinge, die nicht besprochen werden, wirken auf die Kinder bedrohlich. Ohne Erklärungen entwickeln die Kinder oftmals Schuldgefühle für die Krankheit der Eltern (Mattejat, F. 2001 b, S. 77). Bei Kindern im Alter zwischen 6 und 10 Jahren ist nur eines von vier Kindern über die Krankheit informiert. In der Altersgruppe der 11 bis 14-Jährigen wissen über 50% nicht über die Erkrankung ihres Elternteils Bescheid. Selbst bei den Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren ist einer von vier Jugendlichen noch nicht aufgeklärt (Knuf, A. 2003, S. 3). Die Bezugsperson sollte das Kind gemäß seinem Alter und Entwicklungsstand über die Krankheit informieren, damit es keine Angst und Schuldgefühle haben muss. Mit Hilfe der Informationen kann das Kind auch realistische Erwartungen an den erkrankten Elternteil und die Familie stellen und wird somit vielleicht vor Enttäuschungen bewahrt (Gundelfinger, R. 1995, S. 7). Häufig genügt dem Kind auch schon eine kurze Erklärung. Wichtig ist, dass das Kind Fragen stellen darf und jemanden hat, mit dem es sich über seine Sorgen unterhalten kann (Mattejat, F. 2001 b, S. 77). Bei der Vertrauensperson können sich die Kinder aussprechen.

Neben der Aufklärung über die Situation und dem Zuhören, kann die Bezugsperson dem Kind auch helfen, den Alltag zu bewältigen (Gundelfinger, R. 1995, S. 7). Durch die veränderten Verhaltensweisen des erkrankten Elternteils sind die Kinder oft verunsichert. Sie brauchen deshalb so viel Normalität wie möglich. Wenn die Bezugspersonen dafür sorgen, dass die Kinder regelmäßige Mahlzeiten bekommen, den Kindergarten bzw. die Schule besuchen und ihren Hobbys weiterhin nachgehen, fühlen die Kinder sich sicherer (Koch-Stoecker, S. 2001, S. 59f). Vor allem jüngere Kinder benötigen in solchen Zeiten die Unterstützung von Erwachsenen, um auch positive Erlebnisse wie Schwimmen gehen, Zoobesuch etc. erfahren zu können (Gundelfinger, R. 1995, S. 7).

7.5. Hilfen zur Erziehung

Wenn die Eltern aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils (oder aus anderen Gründen) Schwierigkeiten haben, eine angemessene Versorgung und Erziehung ihrer

Kinder zu gewährleisten und zu garantieren, haben sie nach § 27 KJHG Anspruch auf Hilfe zur Erziehung.

„Ein Personenberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet oder notwendig ist.“ (Beck-Texte (Hg.) 1999, S. 25)

Die Eltern haben einen Rechtsanspruch auf öffentliche Unterstützung durch die Jugendhilfe. Es gibt ambulante (z.B. Soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistand, Sozialpädagogische Familienhilfe), teilstationäre (z.B. Tagesgruppe, sozialpädagogische Tagespflege) und stationäre (z.B. Pflegefamilien, Heimerziehung, betreute Wohnformen) Formen der Hilfen zur Erziehung. Welche Hilfeform gewährleistet wird und über welchen Zeitraum, hängt davon ab, wie hoch der erzieherische Bedarf ist. Dies variiert je nach Art der psychischen Störung und Schwere der Krankheit (Wagenblass, S./Schone, R. 2001 a, S. 581).

Aufgrund der psychischen Erkrankung kann es für einige Erziehungsberechtigte problematisch sein, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen. Oftmals sind die Erkrankten in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt und/oder sie leiden unter krankheitsbedingten Wahrnehmungs- und Denkstörungen. Dadurch ist es für sie sehr schwer oder sogar nahezu unmöglich, sich in dem Rechts- und Verwaltungsdschungel zurechtzufinden. Sie wissen häufig nicht, welche Ansprüche sie haben und vor allem nicht, an welcher Stelle und auf welche Weise sie diese einfordern müssen (ebd., S. 582).

Ein weiteres großes Problem habe ich bereits an anderen Stellen erwähnt. Die Eltern befürchten, dass das Jugendamt ihnen die Kinder wegnimmt, wenn sie dort um Hilfe bitten. Aus diesem Grund versuchen sie, die Probleme alleine zu bewältigen und wenden sich erst an das Jugendamt, wenn eine Trennung der Kinder von den Eltern bereits bevorsteht (Wagenblass, S. 2001 b, S. 3f).

Wagenblass und Schone haben in ihrer Studie festgestellt, dass sich die Hilfe zur Erziehung meist entweder an die gesamte Familie richtet oder die Kinder außerhalb der Familien untergebracht werden. Die Sozialpädagogische Familienhilfe wurde bei einem Fünftel der Stichprobe realisiert (19,9%) (Schone, R./Wagenblass, S. 2002, S. 91).

„Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen,

der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben.“ (Beck-Texte (Hg.) 1999, S. 25)

Die Fremdunterbringung war mit insgesamt 40,8% die häufigste Form der Hilfe. In Pflegefamilien lebten 20,6% und in Heimen 20,2% der Kinder. Begleit- und Unterstützungsangebote, die sich direkt an die Kinder wenden, wie Tagesgruppe, Soziale Gruppenarbeit, intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung, wurden dagegen nur vereinzelt realisiert. Dabei wären solche Hilfeformen gut geeignet, um mit den Kindern über die psychische Krankheit und die damit verbundenen Probleme zu sprechen. Immerhin nannten mehrere Fachkräften der Jugendämter spezielle Angebote im Zusammenhang mit der Erkrankung der Eltern als weiteren Hilfebedarf (Schöne, R./Wagenblass, S. 2002, S. 92f).

Da die Fremdunterbringung der Kinder so häufig auftritt, möchte ich kurz auf den Entzug des Sorgerechts bei psychisch kranken Eltern eingehen. In Deutschland werden jährlich 6000 Sorgerechtsentzüge entschieden. Ein Drittel davon betreffen Eltern mit einer psychischen Störung. Eine psychiatrische Diagnose bei einem Elternteil ist kein hinreichender Grund, um in das Sorgerecht einzugreifen. Aus der Erkrankung können sich zwar eine Reihe von Problemen für das Kind ergeben, aber sie gefährdet nicht zwangsläufig die Entwicklung des Kindes (Lazarus, H. 2003, S. 22f). Wichtig ist, dass sich der erkrankte Elternteil einer Behandlung unterzieht. Falls die Mutter psychisch krank ist und ihre Krankheitseinsicht auf Dauer ausbleibt, ist dies ein schwerwiegendes Argument gegen den Verbleib des Kindes bei der Mutter (Deneke, C. 1999, S. 152).

Bevor es zu einem Entzug des Sorgerechts kommt, muss eine Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls des Kindes vorliegen (siehe § 1666 BGB). Misshandlung, Einbezug in das Wahnsystem, Isolierung des Kindes oder die Möglichkeit eines erweiterten Suizid (Kindstötung und Suizid) können Gründe für einen Sorgerechtsentzug sein (Felder, W. 2001, S. 357). Wenn die Eltern kommunikationsbereit sind und die öffentlichen Hilfen und die sozialpädagogischen Leistungen annehmen und realisieren, um Gefahren und Gefährdungen von dem Kind abzuwenden, besteht kein Anlass zum Sorgerechtsentzug (Lazarus, H. 2003, S. 26).

7.6. Erwünschte Hilfen

Sommer, Zoller und Felder haben in einer Studie das Bedürfnis von psychisch kranken Eltern nach Hilfsangeboten in Bezug auf ihre Elternschaft untersucht. Viele Eltern wünschen sich Hilfe bei der Information ihrer Kinder über die eigene Hospitalisation. Vor allem Eltern, die mit einem oder mehreren Kindern im Alter zwischen 7-12 Jahren zusammenleben, haben das Bedürfnis nach Unterstützung (58,3%). Bei jüngeren Kindern ist das Bedürfnis etwas geringer (43,7%) und mit dem Pubertätsalter nimmt es stark ab. Bei der Aufklärung der Kinder über die Krankheit wären 60% der befragten Eltern für Hilfe dankbar. Gewünscht werden dabei hauptsächlich Broschüren (74%). Eltern mit jüngeren Kindern hätten bei der Aufklärung ihrer Kinder auch gerne eine Fachperson an ihrer Seite. Ein besonders starkes Interesse haben die Eltern an einer Elterngruppe in der Klinik. Befragte, die mit einem Kind zusammenleben, das unter 12 Jahre alt ist, sagten zu 100% ihre Teilnahme zu. Über die Hälfte der Eltern (54,3%) wünschen sich bei den Anforderungen bei und nach der Heimkehr eine unterstützende Fachperson (Sommer, R./Zoller, P./Felder, W. 2001, S. 507f).

Küchenhoff hat zusammen mit anderen an der Universitätsklinik Zürich Patienten, Bezugspersonen und Kinder befragt. Die Patienten und Bezugspersonen der Kinder nannten als erste Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeit für ihre Kinder ein intaktes Familienverhältnis (24,7% bzw. 30,4%). Bei dieser Antwort fließen aber vermutlich die eigenen Wünsche mit ein. Auch bei dieser Studie spielt die Aufklärung der Kinder eine große Rolle. Jeweils ein Fünftel der Patienten und der Bezugspersonen halten dies für hilfreich. Das Treffen mit anderen betroffenen Kindern nannten Patienten häufiger als die Bezugspersonen (14,0% bzw. 8,9%). Die Bezugspersonen bewerten dagegen Unterstützungsangebote im Alltag, Hilfe im Haushalt, Organisation von Mahlzeiten, Hilfe bei den Schularbeiten und Unterstützung in Freizeitaktivitäten weitaus höher. Die Kinder sehen diese alltagspraktischen Tätigkeiten ebenfalls als hilfreich an. Außerdem erfahren sie Unterstützung durch Aufklärung über die elterliche Erkrankung und durch den Austausch mit anderen Kindern (Küchenhoff, B. 1996, S. 55f). Das Zusammentreffen mit anderen Betroffenen bietet den Kindern die Möglichkeit, über ihre ambivalenten Gefühle gegenüber dem erkrankten Elternteil zu sprechen.

„Ich hasste meine Mutter, wenn sie mich oder meine Oma in ihrer Krankheit ordinär beschimpfte, wenn sie uns als vom Teufel besessen titulierte oder mich Hure nannte. Ich hatte Angst vor ihr, wenn sie mich mit ihrem hasserfüllten diabolischen Blick anschaute und grundlos auf mich einschrie. Ich schämte mich für sie, wenn sie stundenlang laute Selbstgespräche führte, sich für Hitler oder andere Personen hielt, wirre Fragen stellte oder Worte erfand, die sie stotternd von irgendwelchen anderen Worten ableitete. Ich ekelte mich vor ihr, wenn sie stank, weil sie sich nicht mehr richtig pflegte. Doch das schlimmste für mich war, dass diese existierenden Gefühle, die in mir tobten und mich zu zerreißen drohten, bei meiner Oma auf kein Verständnis trafen. Im Gegenteil, sie verurteilte mich für meine Empfindungen. Es sei doch schließlich meine Mutter. Ich sollte froh sein, im Gegensatz zu ihr, überhaupt eine Mutter zu haben. Ich müsste genauso wie sie großzügig sein und meiner Mutter verzeihen können.“ (Beeck, K. 2001, S 9)

Dieses Zitat stammt von einer Tochter, deren Mutter eine schwere psychische Störung hat und nie krankheitseinsichtig war. Doch fast alle Kinder stehen ihrem erkrankten Elternteil mit gemischten Gefühlen gegenüber – egal, unter welcher Krankheit der Elternteil leidet und wie stark diese ausgeprägt ist. Das Gefühlsleben der Kinder ist oftmals durch Schuld, Angst, Trauer, Scham und Wut geprägt. Sie brauchen jemanden, mit dem sie über diese Gefühle sprechen können. Es muss keine Fachperson sein und der Gesprächspartner muss auch nicht alles nachvollziehen können. Die Kinder brauchen einfach jemanden, der ihnen zuhört.

„Kurz vor dem Abitur lernte ich meine heutige Freundin Urte kennen. Sie war die einzige in meinem Alter, die einmal am Telefon mitbekommen hatte, wie mich meine Mutter aus Leibeskräften grundlos zusammengeschrien hatte. Obwohl ich Urte von der Krankheit meiner Mutter erzählt hatte, überstieg das, was sie mitbekam, ihr Vorstellungsvermögen, wie sie mir später gestand. Auch sie konnte mir nicht unmittelbar helfen, aber ich hatte außer meiner Oma jemanden gefunden, der mir zuhörte, wenn ich verzweifelt war und nicht mehr weiterwusste. Da war jemand, dem ich nicht egal zu sein schien, das allein zählte für mich.“ (Bern, K. 2001, S. 19)

8. Präventive Hilfsangebote

Die Schilderung der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern hat gezeigt, wie sehr diese durch die psychische Erkrankung eines Elternteils betroffen sind. Die verschiedenen Aspekte und die Zitate von betroffenen Kindern machen deutlich, wie wichtig präventive Hilfsangebote sind. Durch frühzeitige Unterstützungsangebote kann

verhindert werden, dass die Probleme der Kinder sich so sehr verfestigen, dass sie ebenfalls psychiatrische Hilfe benötigen. Obwohl die Schwierigkeiten der Kinder oftmals noch übersehen werden, gibt es in Deutschland eine Reihe von Hilfsangeboten. Einige davon werde ich nun vorstellen. Ich gehe dabei darauf ein, wie das Angebot entstanden ist und wie mit den Kindern gearbeitet wird. Da es vorkommt, dass die Projekte aufgrund fehlender Finanzierung auslaufen, setze ich mich auch mit der Finanzierung auseinander.

8.1. Methodisches Vorgehen

Im Anhang des Buches „Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster“ von Reinhold Schone und Sabine Wagenblass gab es eine Liste mit Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern. Neben der Angabe der Adresse und eines Ansprechpartners wurde die Arbeit jeweils in Stichworten kurz beschrieben. Über einige Projekte wurden bereits Artikel oder Berichte veröffentlicht. Ich habe mir drei verschiedene Ansätze herausgesucht und die Ansprechpartner angeschrieben. In dem Brief habe ich erklärt, dass ich meine Diplomarbeit über ihre Zielgruppe schreibe und gerne mit ihnen ein Interview führen würde, um einen Einblick in ihre Arbeit zu erhalten. Eine Woche später habe ich dann telefonischen Kontakt aufgenommen.

Bei einem Gespräch stellte sich heraus, dass das Angebot nicht mehr besteht. In Bielefeld hatte die AWO-Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und ihre Familien in Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes eine Gruppe für Kinder psychisch kranke Eltern angeboten. Für eine erfolgreiche Gruppenarbeit wäre eine intensive Elternarbeit notwendig gewesen. Dieser hohe Arbeitsaufwand konnte jedoch von den beiden Institutionen nicht zusätzlich geleistet werden, so dass die Gruppe trotz des bestehenden Bedarfs eingestellt werden musste.

Die Leiterin der Kindertagesstätte der Klinik in Lengerich, Frau Brümmer-Hesters, zeigte großes Interesse und war mit einem Interview einverstanden. In Würzburg bietet die Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung auch Beratungen für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil an. Außerdem wird eine Gruppe für betroffene Kinder angeboten. Der Ansprechpartner, Herr Schrappe, erklärte sich ebenfalls zu einem Interview bereit.

Ich habe für die Interviews einen Leitfaden erarbeitet. Zu Beginn wollte ich wissen, wie das Angebot entstanden ist. Wann entstand die Idee? Warum? Wie war der Verlauf? Seit wann besteht das konkrete Angebot? Danach habe ich nach der Zielgruppe und den Voraussetzungen für die Arbeit gefragt. Um einen genaueren Überblick über die Arbeit zu gewinnen, habe ich mich nach den verschiedenen Angeboten bzw. Hilfen erkundigt. Dabei bin ich auch auf bestehende Probleme, den „Erfolg“ und die Zukunft der Arbeit eingegangen. Die Rahmenbedingungen, wie Personalausstattung und Finanzierung, habe ich ebenfalls als relevant betrachtet. Kinder psychisch kranker Eltern werden von den Fachleuten und der Öffentlichkeit häufig nicht wahrgenommen. Aus diesem Grund habe ich meine Interviewpartner zu dem Aspekt der Öffentlichkeitsarbeit befragt. Ich habe mich nicht starr an dieses Konzept gehalten, sondern die Fragen an geeigneten Stellen des Gesprächs gestellt. Das Interview habe ich aufgenommen und anschließend transkribiert. Anhand dieser Aufzeichnungen habe ich das Angebot der Klinik (8.1.) und der Erziehungsberatungsstelle (8.2.) beschrieben.

Nachdem ich die Veröffentlichungen über die anderen Hilfsangebote gelesen hatte, waren in einigen Fällen noch Fragen offen und in anderen Fällen waren die Veröffentlichungen nicht aktuell. Ich habe die Projekte schriftlich um weitere Auskünfte gebeten. In den Briefen habe ich von meiner Diplomarbeit berichtet und konkrete Fragen gestellt und mich nach Informationsmaterial erkundigt. Obwohl ich sogar einen frankierten Rückumschlag hinzugefügt habe, sind nicht alle Anfragen beantwortet worden. Andere Ansprechpartner waren dagegen sehr hilfsbereit und zeigten großes Interesse an meiner Arbeit. Die gewonnenen Erkenntnisse habe ich jeweils in die Beschreibung der Hilfsangebote mit eingearbeitet.

8.2. Kindertagesstätte KOLIBRI

Wenn ein Elternteil psychisch erkrankt, ist es wichtig, dass er sich behandeln lässt. Auf diese Weise kann die Schwere der Erkrankung eingegrenzt werden und die Auswirkungen auf die Kinder und die gesamte Familie sind geringer. Bei einer psychischen Erkrankung der Mutter kommt es häufig zu einer Trennung der Eltern. In der Regel bleiben die Kinder dann bei der Mutter (Institut für Soziale Arbeit (Hg.) 2000, S. 17). Eine stationäre oder teilstationäre Behandlung ist aber auch für die Mütter schwierig, die nicht allein erziehend

sind, da auch sie in den meisten Fällen für die Betreuung der Kinder zuständig sind. Sie wissen nicht, wo sie ihre Kinder unterbringen sollen, während sie sich zur Behandlung in eine Klinik begeben. Aus diesem Grund verzichten sie auf einen stationären Aufenthalt. Mütter, die eine Betreuung für ihre Kinder gefunden haben, haben oft Probleme, sich auf eine längere Therapie einzulassen, weil sie so schnell wie möglich wieder zu ihren Kindern möchten, damit die Mutter-Kind-Beziehung nicht so lange unterbrochen ist.

In mehreren Kliniken gibt es inzwischen die Möglichkeit, das Kind mitzubringen. Dieses Angebot richtet sich jedoch vor allem an Mütter mit Säuglingen, die an einer postpartalen Störung leiden. Die Mitaufnahme des Kindes ist in den meisten Fällen auch nur möglich, wenn die Mutter in der Lage ist, sich überwiegend selbst um ihr Kind zu kümmern. Es gibt keine pädagogische Betreuung für die Kinder. In der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie in Lengerich existiert seit Mai 1997 eine Kindertagesstätte, die die begleitende Betreuung der Kinder übernimmt. Ohne ihre Kinder würden die Eltern mehrheitlich keine stationäre Behandlung wahrnehmen (Brandes, U. u.a. 2001, S. 142).

Ich habe mich schriftlich und telefonisch mit Frau Brümmer-Hesters, Leiterin der Kindertagesstätte, in Verbindung gesetzt und bin zu einem Interview nach Lengerich gefahren. Die Kindertagesstätte ist sehr liebevoll eingerichtet und verfügt über eine kleine Sporthalle, einen Spielplatz, Spielräume und Schmuseräume.

Die Idee für eine Mitaufnahme der Kinder entstand ungefähr im Jahr 1995. Frau Brümmer-Hesters hat zu dieser Zeit als Sozialpädagogin in der Entgiftung von illegalen Drogen gearbeitet. Dort haben viele Frauen entgiftet und sie hat sich gefragt, wo die Kinder der Frauen betreut werden. Es gab auch zahlreiche Mütter, die eine Entgiftung abgelehnt haben, weil sie befürchteten, dass ihnen das Jugendamt in dieser Zeit die Kinder wegnehmen würde. Aus diesem Grund wurde die Initiative gestartet, die Kinder mit aufzunehmen. Auf der Station waren dann ca. 5 Kinder untergebracht. Schon nach kurzer Zeit wurde deutlich, dass die Kinder tagsüber eine eigene Betreuung und die Mütter in ihrer Entgiftungszeit und während ihrer Therapie Ruhe für sich selbst benötigen. Die Einstellung einer Erzieherin war nicht ausreichend, da die Kinder auch eine räumliche Trennung brauchten. Beim damaligen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wurden Gelder für den Umbau ehemaliger Behandlungsräume auf dem Klinikgelände beantragt. Ohne die Finanzierung durch das Ministerium hätte die Klinik die Räume nicht zu einer Kindertagesstätte umgestalten können.

Im Mai 1997 wurde die Kindertagesstätte KOLIBRI eröffnet. Zu Beginn war die Gruppe mit 4-5 Kindern noch relativ klein. Ende 1997/Anfang 1998 trat dann die Frage auf: Warum nur Kinder von Drogenabhängigen? Im ambulanten Bereich zeigte sich, dass der Bedarf nach einer Mitaufnahme und der Betreuung ihrer Kinder bei psychisch kranken Eltern genauso groß ist. Bestätigt wurde dieser Eindruck auf dem Kongress „Nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker“ an dem ein ärztlicher Kollege teilnahm. Daraufhin hat sich KOLIBRI bei verschiedenen niedergelassenen Ärzten und Beratungsstellen vorgestellt. Der Andrang war sehr groß und in der Klinischen Psychiatrie wurde mit dem Aufbau einer eigenständigen Mutter-Kind-Station begonnen. Inzwischen gibt es 6 Plätze für Frauen mit Kindern. Auf der Drogenabhängigenstation sind 4-5 Kinder untergebracht. Zu KOLIBRI kommen auch Kinder aus dem Bereich der Psychotherapie und der Depressionsstation. Insgesamt werden bis zu 15 Kinder betreut. Diese Zahl entspricht der Vorgabe für altersgemischte Gruppen in Regelkindergärten. Die Kindertagesstätte verfügt über eine Betriebserlaubnis nach § 45 KJHG und wird einmal jährlich durch das Landesjugendamt und das Kreisjugendamt auf die personellen und räumlichen Bedingungen überprüft. Auf diese Prüfung legt die Leitung großen Wert, da auf diese Weise gesichert wird, dass für die Betreuung der Kinder qualifiziertes Personal vorhanden ist.

Das Angebot der Kindertagesstätte erleichtert den Behandlungszugang für die Eltern. Ein Behandlungsabbruch aus Sorge um das Kind bzw. die Kinder wird vermieden. Nach bisherigen Erfahrungen kann der Behandlungserfolg dadurch erheblich erweitert werden. Im Gegensatz zu anderen Kliniken werden in Lengerich Kinder bis zum sechsten Lebensjahr mit aufgenommen und in den Ferien besteht die Möglichkeit auch ältere Kinder mitzubringen. In einem Gespräch zwischen der Mutter, dem Psychologen oder dem Psychiater und einem Mitglied des Pflegepersonals wird über die Mitaufnahme des Kindes entschieden. Wenn sich die Mutter in einer akuten Krise befindet, wird ihr geraten, sich erstmal alleine aufnehmen zu lassen. Nachdem sich ihr Zustand verbessert hat, kann das Kind nachkommen. Es gibt keine Richtlinie für eine unbedingte Mitaufnahme oder gegen eine Mitaufnahme. Bisher hat sich gezeigt, dass sich ein gemeinsamer Behandlungsversuch bei jeder Diagnose lohnt.

Die Aufnahme der Patienten und ihrer Kinder erfolgt in der Regel erst nachdem die Finanzierung gesichert ist. Überwiegend wird die Betreuung der Kinder über die Haushaltshilfe nach § 38 des SGB V finanziert.

„Versicherte erhalten Haushaltshilfe, wenn ihnen wegen Krankenhausbehandlung oder wegen einer Leistung nach § 23 Abs. 2 oder 4, §§ 24, 37, 40 oder § 41 die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist ferner, dass im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist.“ (Beck-Texte (Hg.) 2001, S. 142)

Da die Mütter überwiegend allein erziehend sind, muss der Haushalt weitergeführt werden. Mit einem Tagessatz von 59,60 € ist die Betreuung der Kinder bei KOLIBRI günstiger als der Einsatz einer achtstündigen Kraft im Haushalt. Inzwischen akzeptieren alle Kassen die Mitaufnahme der Kinder. Aufgrund eigener Richtlinien zahlen sie jedoch häufig nicht den vollen Tagessatz. Wenn der Arzt der Krankenkasse bescheinigt, dass die Mitaufnahme des Kindes medizinisch indiziert ist, gibt es keine zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten. Die Betreuungskosten sind im Pflegesatz enthalten. Der Pflegesatz müsste aber bei einer Mitaufnahme des Kindes erhöht werden. Hat die Mutter bereits vor der stationären Aufnahme nach § 27 KJHG einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung gestellt, können die Kosten für das Kind auch durch das Jugendamt übernommen werden. Die rechtlichen Voraussetzungen sind vorhanden, aber die Umsetzung hängt von mehreren Faktoren ab, der Kooperation zwischen Jugendamt und Klinik, welche anderen Möglichkeiten vorhanden sind etc. Es ist allerdings schon vielfach zu einer Kostenübernahme durch das Jugendamt gekommen.

Zurzeit arbeiten fünf Kräfte verteilt auf drei volle Stellen bei KOLIBRI. Geleitet wird die Kindertagesstätte durch die Sozialpädagogin Frau Brümmer-Hesters, die auch über eine sozialtherapeutische Qualifikation verfügt. Neben einer Erzieherin im Anerkennungsjahr gibt es auch einen männlichen Erzieher. Dieser ist sehr wichtig, da die Kinder überwiegend von Frauen umgeben sind und eine männliche Bezugsperson benötigen. Eine Mitarbeiterin ist Krankenschwester und Heilpädagogin. Außerdem gehören zum Team eine Gymnastiklehrerin und mehrere Praktikanten.

KOLIBRI gleicht im Grunde einem „normalen“ Kindergarten. Für die Kinder soll ein Angebot geschaffen werden, das sich möglichst nah am Normalitätsprinzip orientiert. Jedes Kind wird willkommen geheißen. Es wird nicht aufgrund der Diagnose der Mutter oder aufgrund von angekündigten Verhaltensauffälligkeiten beurteilt, sondern es wird nach seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen geguckt. Die Mitarbeiter haben das Ziel, den Kindern einen guten pädagogischen Rahmen anzubieten, in dem sie sich wohlfühlen und

der ihren Bedürfnissen gerecht wird. Die altersgemischte Gruppe entspricht eher einer Familie und die jüngeren Kinder können von den älteren Kindern lernen.

Die Mütter bringen ihre Kinder morgens in die Tagesstätte und holen sie wieder ab. In den ersten Tagen haben die Mütter die Möglichkeit bei ihrem Kind zu bleiben. Die Mittagszeit verbringen die Kinder bei ihren Müttern auf der Station. In Krisenzeiten kann das Kind aber auch während der Mittagszeit in der Kindertagesstätte betreut werden.

Ein wichtiger Grundsatz für die Arbeit ist: „Nicht für das Kind, sondern mit dem Kind die Dinge des Tages bewältigen.“ Bestimmte Rituale werden eingeübt und gepflegt, da die Kinder auf diese Weise Struktur und Sicherheit erleben, die sie dringend benötigen. Das gemeinsame Frühstück und die gemeinsamen Vorbereitungen gehören dazu. Jeden Morgen können die Kinder, die möchten, mit zur Großküche gehen, um Brötchen zu holen. Andere Kinder helfen bei der Vorbereitung des Tisches. Durch Anfassen an den Händen und sich gegenseitig „Guten Appetit!“ wünschen, wird das Frühstück eingeleitet. Auch auf den Abschluss des gemeinsamen Frühstücks wird geachtet. Die Kinder bringen ihre Teller selber weg, wenn sie fertig sind. Es kommt dabei nicht darauf an, dass sie es exakt machen, sondern dass sie es verantwortlich erledigen.

Nach dem Frühstück beginnen die Spielphasen. Dabei wird versucht den Wechsel zwischen entspanntem und aktivem Spiel in Balance zu halten. Die Mitarbeiter teilen sich auf und achten darauf, was für welches Kind gut ist. Zum Teil werden Spiele auch angeleitet und zielgerichtet geplant. Die Kinder sollen mit ihren Wünschen spielerisch herausgefordert werden. Durch diese Herausforderung erlangen sie Sicherheit und Zutrauen zu sich selbst. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter nicht daneben sitzen, wenn die Kinder spielen, sondern bereit sind und Lust haben, mitzuspielen. Durch aktives Mitspielen sind die Mitarbeiter in der Lage, das Spiel so zu gestalten, dass die Kinder in ihrem eigenen Selbstwertgefühl gestärkt werden. Häufig gehen die Mitarbeiter auch mit den Kindern nach draußen. Die Klinik liegt direkt am Teutoburger Wald und verfügt über ein Wildgehege, so dass sich viele Möglichkeiten anbieten.

Es gibt auch eine Reihe von besonderen Angeboten. Zweimal in der Woche gehen alle zum Sport in die große Turnhalle der Klinik. Im Moment bietet eine Studentin für die Kinder eine Musikgruppe an. Dort können sie Erfahrungen mit verschiedenen Instrumenten sammeln. Kinder, die sonst meist leise sind, schlagen z.B. laut auf einer Trommel, während „laute“ Kinder auf Triangeln spielen. Einmal in der Woche steht heilpädagogisches Reiten auf dem Programm. Dies richtet sich vor allem an Kinder, für die

es hilfreich ist. Wenn der Therapeut der Mutter glaubt, dass es auch ein gutes Therapieangebot für Mutter und Kind wäre, wird versucht, dies zu arrangieren. Am Schwimmen können die Mütter ebenfalls teilnehmen. Eine Kooperation mit einem heilpädagogischen Kindergarten ermöglicht KOLIBRI die Nutzung dessen Schwimmhalle. Große Bedeutung hat die Kinderkochgruppe, die ebenfalls einmal in der Woche stattfindet. Die Kinder werden in die Essensversorgung, Essensplanung und Essenszubereitung mit einbezogen und die Mitarbeiter essen zusammen mit den Kindern. Bei Bedarf bietet die Heilpädagogin Spielstunden für einzelne Kinder an. Am Wochenende ist ein Mitarbeiter für fünf oder sechs Stunden in der Klinik, um gemeinsam mit den Müttern und Kindern das Wochenende zu gestalten. Da an den Wochenenden keine Therapien stattfinden und die Mütter und Kinder oft nicht wissen, wie sie ihre Zeit verbringen sollen, ist dieses Angebot wichtig. Mit Unterstützung der Mitarbeiter können die Mütter ihr Wochenende planen und gestalten. Aufgrund einer Stellenkürzung konnte diese Regelung nicht aufrechterhalten werden. Durch vermehrte Einstellung von Praktikanten soll die Wochenendgestaltung aber wieder aufgenommen werden.

Auf den einzelnen Stationen findet einmal in der Woche eine Elterngruppe für die Mütter statt. In dieser Stunde können Fragen zum Thema Erziehung, Pflege, Konflikte etc. gestellt werden. Die Gruppenleiter bereiten außerdem bestimmte Schwerpunktthemen vor. Umgang mit Angst wird z.B. besprochen, da viele Mütter befürchten, dass ihre Kinder Angst haben oder dass ihre Kinder ebenfalls an einer psychischen Störung erkranken. Alle Themen sind besprechbar. Zwischen den Müttern kommt es oftmals zu einem regen Erfahrungsaustausch. Zu Beginn sind viele Mütter skeptisch und sie glauben nicht, dass die Elterngruppe für sie geeignet ist. Bis jetzt hat aber noch niemand die Teilnahme verweigert und alle Mütter konnten sich auf die Situation einlassen. Wenn die Mütter über die Entwicklung ihres Kindes informiert werden wollen oder einen anderen Gesprächsbedarf haben, können sie einen Einzeltermin vereinbaren.

Bei älteren Kindern wird versucht mit ihnen über die mütterliche Erkrankung zu sprechen. Das Gespräch richtet sich danach, wie weit das Kind die Situation verstehen kann und befasst sich vor allem mit den Empfindungen des Kindes. Kinder registrieren die Gefühlslage ihrer Mütter und machen sich Gedanken darüber. In Gesprächen wird ihnen erklärt, dass sie nicht verantwortlich für die Krankheit sind und die Schuld auch nicht bei der Mutter liegt. Für die Kinder ist es wichtig, über die Krankheit informiert zu sein und zu wissen, dass sie selber nicht auch in jedem Fall krank werden. Außerdem muss den

Kindern klargemacht werden, dass es in Ordnung ist, wenn sie ihre Gefühle ausleben und z.B. weinen, wenn sie traurig sind. Es soll herausgefunden werden, mit wem das Kind über die Krankheit und seine Empfindungen reden kann. Diese Gespräche können auch verhindern, dass die Kinder die Krankheit ihrer Mutter tabuisieren. Wenn die Kinder sich wohlfühlen und Vertrauen zu den Mitarbeitern haben, sprechen sie auch über die Krankheit ihrer Eltern:

„Ich hatte letztens ne Situation, da war ein Dreijähriger, ein sehr cleveres Kerlchen, lag ganz traurig auf der großen Schaukel und dann fragte ich: „Bist du denn traurig?“ „Nein“, sagt er, „bin ich nicht.“ „Bist du denn glücklich?“ Sagt er: „Nein, bin ich nicht.“ „Was bist du denn?“ Und dann sagt er: „Ich bin gar nichts. Wenn ich was bin, dann ist meine Mama traurig.“ Das ist nur ein Beispiel. Ich könnte Ihnen ganz viele erzählen.“ (Frau Brümmer-Hesters)

Es ist wichtig, zu fühlen, wie es den Kindern geht und was sie erzählen wollen. Man muss auch akzeptieren, wenn ein Kind nicht reden möchte.

Durch den Aufbau von Beziehungen und die gemeinsame Alltagsgestaltung wird den Kindern vermittelt, dass die Therapie nichts Schlimmes ist. Die Gefühle der Kinder werden aufgefangen und es wird versucht, den Alltag so zu gestalten, dass die Kinder draußen zurechtkommen. Die Kinder erleben die Klinik nicht als etwas Schreckliches mit hohen Mauern, sondern verbinden mit KOLIBRI schöne Erinnerungen. Dadurch können sie die Krankheit leichter verarbeiten und besser mit einem erneuten Klinikaufenthalt umgehen. Darin liegt in gewisser Weise auch eine Prävention für eine spätere psychische Erkrankung der Kinder.

In der Regel bleiben die Mütter und Kinder sechs bis acht Wochen in der Klinik. Nach diesem Zeitraum übernimmt die Krankenkasse die Kosten häufig nicht mehr. Der Psychologe oder der Stationsarzt muss die Notwendigkeit der Weiterbehandlung begründen, damit die Krankenkasse die Therapie weiterfinanziert. Die Behandlungsdauer kann sich auf ein Vierteljahr verlängern und in Einzelfällen ein halbes Jahr dauern. Während dieser Zeit wird frühzeitig überlegt, wie es zu Hause weitergehen soll. Wenn die Kinder bereits vor dem Klinikaufenthalt pädagogisch betreut wurden, nimmt KOLIBRI Kontakt zu diesen Institutionen auf. Für 80 % der Familien werden ambulante Hilfen vorbereitet. Es wird nach einem Kindergartenplatz oder einer Tagesmutter gesucht. Gegen den Kontakt zum Jugendamt wehren sich viele Mütter, weil sie befürchten, dass ihnen dann die Kinder weggenommen werden. In Gesprächen wird versucht, diese Ängste

abzubauen und Kontakt zum Jugendamt herzustellen. In Kooperation mit dem Jugendamt wird herausgearbeitet, welche Unterstützung die Kinder und ihre Familien benötigen.

Durch den Kontakt mit den ambulanten Diensten erfahren die Mitarbeiter, wie es den Kindern zu Hause geht. Eine obligatorische Nachsorge gibt es nicht. Einige Mütter wechseln in die Tagesklinik, so dass die Kinder weiterhin in die Kindertagesstätte kommen. Bei nachsorgenden Gesprächen der Mütter mit ihren Therapeuten wird auch darauf geachtet, wie das Verhältnis zwischen den Müttern und ihren Kindern ist und ob sie Hilfe benötigen. Den Kindern wird zum Abschied immer eine Karte mit Adresse und Telefonnummer überreicht, damit sie sich jederzeit an die Mitarbeiter von KOLIBRI wenden können. Häufig schreiben die Kinder mit den Müttern oder rufen an. Frau Brümmer-Hesters bedauert, dass die Nachbetreuung nicht intensiver ist, aber bei der hohen Anzahl der Kinder (im Jahr 2001 waren es 147) ist diese schwierig.

Die Öffentlichkeitsarbeit konzentriert sich auf die niedergelassenen Ärzte in der Region, da die Warteliste sonst zu lang werden würde. Es wird begrüßt und gewünscht, dass sich die Ärzte die Kindertagesstätte angucken und kennen lernen. Vertreter von Jugendämtern wurden gezielt zu Fortbildungsveranstaltungen eingeladen, um die Kooperation zu verbessern. In Kontakt mit anderen Kliniken bemüht man sich darum, die eigenen Qualitätskriterien zu nennen und einzufordern. Ohne eine qualifizierte Kinderbetreuung werden die Kinder oftmals von Hand zu Hand gereicht und die Probleme verstärken sich dadurch. Frau Brümmer-Hesters betont, dass die Klinikleitung hinter der Kindertagesstätte steht. Diese Unterstützung ist nicht nur auf der finanziellen Ebene wichtig. In den Zeiten, in denen KOLIBRI die Räume nicht benötigt, haben Kindergärten aus der Stadt die Möglichkeit, die Turnhalle und die Schmuseräume zu nutzen. Bei der Leiterinnenrunde der Erzieherinnen hat sich die Kindertagesstätte bereits vorgestellt. Solche Kooperationen sind sehr wichtig. Des Weiteren können Familien in der Kindertagesstätte Kindergeburtstage feiern. Auch das Wildgehege trägt viel zur Enttabuisierung bei. (Brandes, U. u.a. 2001; Brümmer-Hesters, M.; Interview mit Frau Brümmer-Hesters)

Die Beschreibung der Arbeit in der Tagesstätte KOLIBRI hat gezeigt, dass dieses Angebot vielen Frauen den Klinikeintritt und –aufenthalt erleichtert und die Kinder durch den Alltag Struktur, Sicherheit und eine Stärkung ihres Selbstwerts erleben. Den Mitarbeitern ist bewusst, dass die Mitaufnahme der Kinder nur ein kleiner Ausschnitt der Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern ist und dass die ambulanten Hilfen noch bedeutsamer sind. Ich stimme aber mit ihnen darüber ein, dass auch dieser kleine

Ausschnitt sehr wichtig ist. Mütter, die dringend eine stationäre Behandlung benötigen, würden ohne dieses Angebot darauf verzichten. Die Situation würde sich nicht verbessern oder sogar noch verschlechtern und die Kinder würden leiden. Die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind verhindert eine Trennung, unter der die Kinder ebenfalls leiden würden. Durch die pädagogische Betreuung können die Kinder die Erkrankung der Mutter und die damit verbundene belastende Lebenssituation für die Familie besser verarbeiten. Die Arbeit der Kindertagesstätte trägt außerdem dazu bei, dass das Tabu der psychischen Störungen gebrochen wird. Die Elterngruppe und die Gespräche mit den älteren Kindern sorgen dafür, dass die Probleme nicht länger verschwiegen, sondern besprochen werden. Durch die Kooperation mit anderen Kindergärten und Kindergeburtstage wird das gesellschaftliche Tabu bekämpft.

Die Klinik in Lengerich und die Kindertagesstätte haben schon Anfragen aus entfernten Landkreisen bekommen. Da auf eine größere Entfernung die Kooperation mit den Jugendämtern, den Frühförderstellen etc. schwierig ist, werden diese Anfragen meist abgelehnt. Es wäre wünschenswert, wenn mehr Kliniken ein solches Angebot hätten, da der Bedarf sehr groß ist. Vor allem Mütter mit älteren Kindern haben Schwierigkeiten eine Klinik zu finden, in der die Mitaufnahme der Kinder möglich ist.

8.3. Evangelische Erziehungsberatungsstelle in Würzburg

Die Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe- und Lebensfragen verfügt auch über Angebote für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Kinder psychisch kranker Eltern haben oft niemanden, mit dem sie über ihre Gefühle und Gedanken sprechen können und die Eltern benötigen ebenfalls häufig Ansprechpartner für ihre Sorgen und Nöte. In der Beratungsstelle können sich die Eltern gemeinsam beraten und informieren lassen. Beratungsgespräche kann der erkrankte Elternteil oder der gesunde Elternteil aber auch allein in Anspruch nehmen. Die Kinder werden durch Einzelkontakte oder Familiengespräche unterstützt. Außerdem findet in der Regel im Herbst eine Gruppe für Kinder psychisch kranker Eltern statt. Auf Wunsch nehmen die Berater Kontakt zu Angehörigen, anderen Fachleuten oder Diensten auf. Ich bin zu einem Interview nach Würzburg gefahren, um durch Herrn Schrappe genauere Informationen über die Arbeit zu

erhalten. Herr Schrappe ist Diplom-Psychologe, Psychotherapeut, Eheberater und Ansprechpartner für Familien, in denen ein Elternteil psychisch krank ist.

Ungefähr im Jahr 1997 begann man in Würzburg sich mit dem Themenfeld ‚Kinder psychisch kranker Eltern‘ auseinanderzusetzen. In verschiedenen Arbeitskreisen zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe wurde meist ausgehend von Einzelfällen über das Thema gesprochen. Zu diesem Zeitpunkt wurde bereits in der breiten Öffentlichkeit über die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und ihre Probleme diskutiert. Das Interesse an dieser Problematik wurde in der Beratungsstelle dadurch verstärkt, dass ein Mitarbeiter mit Fritz Mattejat befreundet war, der in diesem Gebiet sehr engagiert ist und sich bemüht, auf die Kinder aufmerksam zu machen. Nach einem Vortrag von Herrn Mattejat gab es in der Beratungsstelle sehr viel Zustimmung, sich näher mit dem Thema zu befassen und das Angebot auf diese Zielgruppe auszuweiten.

Bereits vor der Auseinandersetzung mit der Thematik ließen sich Familien mit einem psychisch kranken Elternteil beraten. Als Grund für die Beratung wurde aber nicht die psychische Störung des Elternteils angegeben sondern Auffälligkeiten auf Seiten des Kindes, mangelnde Konzentration in der Schule, Verwahrlosungstendenzen etc.. Die Kinder waren also in der Erziehungsberatung präsent, wurden jedoch nicht als Kinder psychisch kranker Eltern identifiziert. Durch das erweiterte Wissen wurde die Wahrnehmung der Mitarbeiter geschärft und die psychische Erkrankung eines Elternteils häufiger erkannt. Die Mitarbeiter informieren sich bei der Fallaufnahme genauer und fragen nach, wenn in den Vorberichten z.B. steht, dass die Mutter zwei Monate weg war. Die Erkrankung der Eltern ist nicht bei allen Kindern das zentrale Merkmal. Oftmals kommen sie und ihre Eltern auch aus anderen Gründen in die Beratungsstelle. Pro Jahr hat die Beratungsstelle schätzungsweise Kontakt zu 20-30 Kindern, bei denen die psychische Erkrankung der Eltern im Vordergrund steht.

Für die Beratung gibt es keine allgemeinen Regeln. Das Vorgehen richtet sich nach dem jeweiligen Einzelfall. Nach Möglichkeit wird versucht, beide Eltern in die Beratung einzubeziehen. In den meisten Fällen sprechen die Berater auch mit den Kindern. Diese haben meist das Bedürfnis nach einem Gespräch ohne die Eltern, damit sie sich aussprechen und Fragen stellen können. Es gibt aber auch Beratungen, in denen mit den Eltern einzeln gearbeitet wird. Die Dauer der Beratung richtet sich nach dem Bedarf der Familie.

Bestimmte Standardthemen tauchen in der Beratung immer wieder auf. Wie bereits unter dem Abschnitt über die Lebenssituation und an anderen Stellen deutlich wurde, spielt das Problem der Tabuisierung eine große Rolle. Viele Eltern und einige Fachleute sind überzeugt, dass es für die Kinder besser ist, wenn nicht mit ihnen über die elterliche Erkrankung gesprochen wird. Sie denken, dass die Kinder mit den Informationen überfordert wären und wollen sie schützen. Damit unterschätzen sie die Kinder jedoch. Kinder sind wachsam und bemerken Veränderungen im Verhalten ihrer Eltern sehr schnell. Diese seltsamen Veränderungen ängstigen die Kinder. Hinzu kommt, dass psychische Störungen sehr schambesetzt sind. Klassenkameraden, Nachbarn und andere reden abwertend über psychisch Kranke und psychiatrische Krankenhäuser. Eine Aufgabe der Beratung ist deshalb die kindgerechte Aufklärung über die elterliche Erkrankung.

„Das muss man in einigermaßen kindgerechter Weise machen, was einem da als Hilfe herkommt ist, dass ja viele Kinder so parapsychotische Phänomene kennen, wenn sie Fieberträume haben oder Träume, überhaupt schlafen, führen ja gerade Kinder in so Zustände, wo sie sich komisch fühlen oder dass kleine Kinder ja auch glauben, dass Schrank und die Türen n Seelenleben, n Eigenleben haben. Das man versucht, es n Stück daran anzubinden, das es nicht völlig aus einer anderen Welt ist.“ (Herr Schrappe)

In engem Zusammenhang damit steht die Frage nach der Schuld. Man muss die Kinder von der Verantwortung für die Krankheit freisprechen. Außerdem muss man die Kinder über das eigene Erkrankungsrisiko informieren. In der Selbstwahrnehmung sollen die Kinder gestärkt werden. Da sie erleben, dass die Gefühlswahrnehmung ihrer Eltern gestört ist, sind sie in Bezug auf ihre eigenen Empfindungen verunsichert. Mit Hilfe der Berater müssen sie lernen, ihren eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen zu vertrauen. Die Berater unterstützen die Kinder bei der Schaffung eigener Freiräume. Dazu gehört auch, dass die Kinder sich andere Erwachsene suchen, die ihnen vor allem in Krisenzeiten Geborgenheit und Unterstützung bieten. Je älter die Kinder sind, desto wichtiger ist es, ihnen bei der Ablösung aus dem Elternhaus zu helfen. Diese Probleme können im Einzelsetting erfolgreich bearbeitet werden. Die Arbeit mit einer Gruppe von Kindern bietet vor allem den Vorteil, dass die Kinder sich mit Gleichaltrigen austauschen können. Sie haben ähnliche Probleme, so dass sie nicht entsetzt oder geschockt sind, wenn ein Kind über die Krankheit seiner Eltern spricht.

Der erste erfolgreiche Durchgang einer Kindergruppe wurde in der Beratungsstelle im Jahr 2001 durchgeführt. Die Gruppe bestand aus sechs Kindern und es gab insgesamt 14

Termine. Im darauf folgenden Jahr wurden nicht genügend Kinder angemeldet. Gründe dafür liegen zum einen in den Widerständen der Familien. Sie schämen sich und haben Angst, dass die Erkrankung öffentlich wird. Außerdem verläuft die Überweisung durch die Psychiatrie und die Jugendhilfe noch nicht optimal. In diesem Jahr soll wieder eine Kindergruppe stattfinden. Anmeldungen dafür sind bereits eingegangen. Die Gruppe trägt den Namen ‚Gute Zeiten – schlechte Zeiten‘ und knüpft damit an das Auf und Ab von psychischen Erkrankungen an. Die Erkrankung der Eltern ist nicht immer gleich stark, sondern durch gute und schlechte Phasen geprägt.

Die Gruppe ist teilstrukturiert und eine Sitzung dauert 90 Minuten. Es gibt kein festes Themenspektrum, das durchgearbeitet wird. Zu den Themen, die immer aufgegriffen werden, gehören Tabuisierung, Schuld und Aufklärung. Kinder psychisch kranker Eltern sind häufig zusätzlich durch Trennung oder Scheidung belastet. In der ersten Gruppe lebten die Eltern bei fünf der sechs Kinder getrennt oder sie waren bereits geschieden. Aus diesem Grund wird in der Gruppe auch darüber mit den Kindern gesprochen.

In dem ersten Teil der Gruppensitzung wird das Thema behandelt, das die Leiter vorbereitet haben. Das Vorgehen ist aber nicht stur, sondern orientiert sich auch an dem Bedarf der Kinder. Im zweiten Teil haben die Kinder Gelegenheit zum freien Spiel. Die Beratungsstelle verfügt über mehrere Spieltherapieräume, die dafür genutzt werden. Durch das gemeinsame Spielen wird das Gruppengefühl verbessert. Die Kinder können trotz der ernsten oder manchmal traurigen Themen gemeinsam Spaß haben. Die Leiter stehen bereit, um mitzuspielen. Außerdem beobachten sie die Kinder. Wenn ein Kind besonders traurig aussieht, nehmen sie es beiseite, um nachzufragen, was los ist und dem Kind durch ein Gespräch zu helfen. Durch den Austausch untereinander stellen die Kinder fest, dass sie mit ihrer Situation nicht alleine sind. Innerhalb der Gruppe reagiert niemand geschockt oder ablehnend auf die Problemschilderung der Kinder. Die Kinder erleben, dass man anschließend wieder miteinander lachen kann. Durch diese und andere Erfahrungen in der Gruppe kann den Ängsten der Kinder entgegengewirkt werden. Abgeschlossen wird die Gruppe mit einem gemeinsamen Essen. Essen fördert die Gemeinschaft und der Gruppenzusammenhalt wird gestärkt.

Für die Klienten ist die Beratung kostenlos. Die Beratungsstelle wird durch öffentliche und kirchliche Zuschüsse getragen. Die Gruppenarbeit wird nicht gesondert finanziert, sondern gehört zum Standardangebot der Beratungsstelle.

Ein großer Teil der Arbeit besteht auch aus Öffentlichkeitsarbeit. Herr Schrappe schätzt, dass die Aufklärung der anderen Fachleute genauso wichtig ist wie die konkrete Beratungs- und Unterstützungsarbeit. In verschiedenen Arbeitskreisen werden die Fachleute informiert und es wird versucht, sie für die Arbeit mit Familien, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, zu motivieren. Um die Überweisung zu verbessern, wird die Arbeit der Beratungsstelle in den Qualitätszirkeln der Erwachsenenpsychiater und in den Qualitätszirkeln der Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt. Durch das Aufsuchen der Sozialpsychiatrischen Dienste werden die persönlichen Kontakte verbessert. Des Weiteren wurden Vorträge gehalten und Fortbildungen veranstaltet. Ein wichtiger Punkt wäre die Ausdehnung auf die breite Öffentlichkeit. Mit Hilfe von Zeitungsartikeln oder Fernsehberichten könnte die Tabuisierung abgebaut werden. Je mehr Menschen über psychische Störungen und die Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern informiert sind, desto wahrscheinlicher wird es, dass die Kinder eine Vertrauensperson finden. Jedes Kind hat Großeltern, Tanten, Onkel etc., die ihnen Unterstützung und Geborgenheit bieten könnten. In den meisten Fällen sind diese aber gar nicht über die elterliche Erkrankung informiert, so dass sie die Situation der Kinder nicht wahrnehmen können. Für diese Arbeit fehlt den Mitarbeitern jedoch die Zeit. (Interview mit Herrn Schrappe)

Ich denke, dass sowohl die Beratung als auch die Gruppenarbeit sehr wichtig ist. Psychisch kranke Eltern sind oftmals in ihrer Erziehung verunsichert. Sie wissen nicht, wie sie ihre Kinder über die Krankheit informieren sollen, haben Schuldgefühle und machen sich Sorgen, ob ihre Kinder ebenfalls psychisch krank werden. Auf diese und andere Fragen finden sie nur selten eine Antwort. In der Beratungsstelle haben sie die Möglichkeit, über ihre Situation und Probleme zu sprechen, ohne befürchten zu müssen, dass ihnen die Kinder weggenommen werden. Es ist leichter für sie, sich an eine Erziehungsberatungsstelle zu wenden, als zum Jugendamt zu gehen. Die Eltern werden in ihrer Erziehung unterstützt und die Kinder erhalten Gelegenheit, alleine mit dem Berater über ihre Situation zu sprechen. Da innerhalb der Gesellschaft psychische Störungen immer noch tabuisiert werden, haben in der Regel weder die Eltern noch die Kinder Ansprechpartner für ihre Probleme. Diese Gespräche sind also für alle Familienmitglieder sehr wichtig.

In der Gruppe lernen die Kinder andere Kinder kennen, die in ähnlichen Familien leben. Mit diesen können sie offen sprechen, ohne Angst haben zu müssen, dass diese sich anschließend darüber lustig machen oder es weiter erzählen. Häufig sind Kinder

psychisch kranker Eltern Außenseiter, so dass sie erst durch die Gruppe in der Lage sind, engeren Kontakt zu anderen aufzubauen und vielleicht auch Freunde zu gewinnen. Die Erfahrungen mit und in der Gruppe stärken ihr Selbstwertgefühl und sie lernen auch außerhalb dieser Gruppe Kontakte zu knüpfen. Damit mehr Kinder von dieser Gruppe profitieren können, wäre es wünschenswert, wenn die Fachleute die Eltern stärker auf dieses Angebot hinweisen. Es ist nicht ausreichend, den Eltern einen Flyer zu übergeben. Die Eltern müssen genauer informiert werden und ihnen muss die Angst davor genommen werden, dass ihre Probleme an die Öffentlichkeit gelangen.

8.4. Auryn

Die Ergebnisse der High-Risk-Forschung und die zumeist stille Not der Kinder psychisch kranker Eltern waren in Freiburg der Anlass dafür, einen neuen Ansatz vorbeugender Jugendhilfe für diese Kinder zu entwickeln. An der Schnittstelle von Jugendhilfe und Psychiatrie sollte ein Konzept erstellt werden, das die Kinder unterstützt und ihnen hilft, besser mit der Krankheit ihrer Eltern umzugehen. Die Erfahrungen der Mitarbeiter der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinderklinik der Universität Freiburg bestätigten die Ergebnisse der Forschung.

Im Jahr 1993 bildete sich eine Projektgruppe bestehend aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern der Universitätsklinik Freiburg. Gemeinsam erarbeiteten sie eine erste Konzeption für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. Im darauf folgenden Jahr konnten die finanziellen und räumlichen Voraussetzungen für den Beginn und die Realisierung des Pilotprojektes zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern geschaffen werden. Der Träger dieses Projekts war der Verein zur sozialpsychiatrischen Unterstützung psychisch Kranker e.V. Freiburg. Das Projekt wurde aus Mitteln des Landeswohlfahrtsverbandes Baden, der Aktion Sorgenkind e. V. und der Stiftung für Kinder unterstützt und finanziell gefördert. Ergänzt wurde die Finanzierung durch eine Vielzahl von Spenden. Für den Aufbau des Kinderprojektes, die Weiterentwicklung und Umsetzung des Konzeptes wurden eine Psychologin auf Honorarbasis und ein Sozialpädagoge mit einer vollen Arbeitsstelle eingestellt. Das Amulett des kindlichen Helden Atreju in Michael Endes „Unendlicher Geschichte“ heißt „Auryn“. Es schützt den Helden und gibt ihm Mut, Kraft und Stärke. Kinder psychisch

kranker Eltern brauchen diese Eigenschaften ebenfalls und das Projekt unterstützt sie in ihrer Entwicklung. Aus diesem Grund trug das Kinderprojekt den Namen „Aurn“.

Das Angebot war für die hilfeschenden Familien kostenlos. Neben den psychiatrischen Facheinrichtungen und sozialpsychiatrischen Diensten wurden sie vor allem durch Beratungsstellen, Jugendämter und Hausärzte an Aurn vermittelt. Es gab auch betroffene Eltern und Angehörige, die von sich aus direkt Kontakt zu Aurn aufgenommen haben.

Im Mittelpunkt der Arbeit standen die Kinder, aber die Eltern wurden aktiv mit einbezogen. Das oberste Ziel des Kinderprojektes Aurn bestand in der Vorbeugung psychischer Störungen der Kinder. Zu den Einzelzielen in der Arbeit mit den Kindern gehörten:

- Bestärkung der Kinder in ihrer situativen emotionalen Wahrnehmung
- Ermutigung der Kinder, eigene Gefühle zu erleben und auszudrücken
- Schaffung von Vertrauen und Sicherheit
- kindgerechte Aufklärung und Beratung über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern
- Entlastung der Kinder von Schuldgefühlen und von ihrer „Elternfunktion“
- Freizeitgestaltung und Erleben von Unbeschwertheit
- Selbstvertrauen aufbauen und stärken
- Eigenständigkeit fördern
- Förderung der Fähigkeiten und Stärken der Kinder (Leidner, M. 2001, S. 145)

Für die Kinder wurde einmal die Woche eine themenzentrierte Gruppe angeboten. Die Kinder trafen sich zu einem festen Zeitpunkt für jeweils zwei Stunden. Eine Gruppe bestand aus vier bis sechs Kinder. In der Regel wurden Kinder im Alter von sechs bis acht Jahren und von neun bis elf Jahren zusammengefasst. Wenn es angebracht schien, war es aber auch möglich, dass ein älteres Kind an einer jüngeren Gruppe teilnahm oder umgekehrt. Es wurden keine Unterschiede nach dem Geschlecht des Kindes oder dem Krankheitsbild der Eltern gemacht. Geschwisterkinder wurden verschiedenen Gruppen zugeteilt, damit jedes Kind die Gruppe für sich nutzen konnte und von jeglichem Druck befreit war. Wenn eine Gruppe zusammengestellt war, blieb sie für 16-18 Treffen konstant bestehen. Auch bei Ausscheiden von Kindern wurden die freien Plätze nicht neu besetzt.

Vor dem ersten gemeinsamen Gruppentreffen wurden alle Kinder zu einem oder zwei Einzelkontakten eingeladen. Auf diese Weise konnte sich jedes Kind in Ruhe und alleine für sich mit den Räumlichkeiten und den Gruppenleitern vertraut machen. Außerdem

konnte es seine Wünsche, Erwartungen, Vorstellungen und Befürchtungen bezüglich der Gruppe äußern. Die Gruppenleiter hatten so die Möglichkeit, sich vor dem Beginn der Gruppe einen ersten Eindruck über jedes Kind zu verschaffen.

Zu Beginn einer Gruppe waren sich alle Kinder untereinander fremd. Sie wirkten neugierig, ein wenig unsicher und manchmal auch etwas ängstlich. Um diese Unsicherheiten abzubauen, dienten die ersten Stunden dazu, sich gegenseitig richtig kennen zu lernen, sich miteinander vertraut zu machen und in der neuen Umgebung Spaß zu haben. Durch Namens- und andere Kennenlernspiele wurde eine Atmosphäre geschaffen, in der die Kinder sich sicherer und wohler fühlten. Im Anschluss an diese Anfangsphase wurden in der Gruppe verschiedene Themenschwerpunkte bearbeitet. Das Kernstück der Gruppenarbeit bildeten die Module:

- psychische Krankheit
- Identität
- Soziale Kompetenz.

Die Reihenfolge der Themenblöcke war nicht festgelegt und je nach den Erfordernissen der Gruppe einsetzbar und erweiterbar.

Den Kindern wurden altersgerechte Informationen über psychische Erkrankungen vermittelt und sie erfuhren, wie man psychisch kranken Menschen helfen kann. In der Gruppe lernten sie, ihre Stärken zu erkennen, anzunehmen und für sich weiterzuentwickeln. Auf diese Weise konnte ihr Selbstwertgefühl verbessert werden. Zusätzlich diente die Gruppe den Kindern als Trainingsfeld, auf dem sie z.B. üben konnten, die an sie gerichteten Anforderungen angemessen zu bewältigen.

Die letzten ein bis zwei Gruppenstunden wurden für die Verabschiedung der Kinder von der Gruppe genutzt. Zusammen mit den Kindern wurde die gemeinsam erlebte Zeit in Erinnerung gerufen:

- Was war schön und was war nicht so schön?
- An was kann ich mich erinnern und was habe ich gelernt?
- Wie habe ich mich in der Gruppe gefühlt?
- Hat sich bei mir daheim etwas verändert?

Zum Abschluss wurde der Gruppenraum abgeschmückt und jedes Kind bekam eine Mappe mit den Sachen, die es gemalt, gebastelt, gewerkt oder anders hergestellt hatte.

Die einzelnen Gruppensitzungen hatten eine feste Struktur. Jedes Kind wurde mit Namen begrüßt und zu Beginn wurden alle noch einmal gemeinschaftlich begrüßt. Durch ein ‚Blitzlicht‘ wurde die Gruppensitzung eröffnet. In kurzen Worten konnte jedes Kind etwas über seine momentane Befindlichkeit oder seine Gedanken sagen. Anschließend wurden die Kinder in das Thema eingeführt. Je nach dem wie hoch die Konzentrations- und die Begeisterungsfähigkeit der Kinder war, dauerte die Arbeit an dem Thema zwischen einer halben bis einer dreiviertel Stunde. Nach dieser intensiven Phase konnten sich die Kinder in einer Pause erholen und mit Gebäck und Getränk stärken. Während dieser Pause fanden kleine aber sehr bedeutsame Gespräche am Rande statt, da die Kinder frei erzählen konnten. In der darauf folgenden Spielphase konnte das mit den Kindern erarbeitete Thema in einem Spiel verstärkt und weitergeführt werden. Die Kinder hatten jedoch auch die Möglichkeit, sich für ein Spiel ganz anderer Art zu entscheiden, um einfach Spaß am Spielen zu haben. Abgeschlossen wurde die Gruppensitzung mit einem Stuhlkreis, in dem die Kinder etwas über ihre derzeitige Befindlichkeit oder darüber, wie sie die Gruppe verlassen, sagen konnten.

Es gab Kinder und Jugendliche, für die das Angebot einer Gruppe, die eine Laufzeit von einem halben Jahr hatte und in der eine kontinuierliche Anwesenheit und Mitarbeit erwünscht war, nicht das richtige Angebot war. Dafür gab es mehrere Gründe. Ein Grund mag vielleicht darin liegen, dass eine Gruppe für Kinder ab einem bestimmten Alter uninteressant ist. Auch Scham und andere Interessen könnten gegen die Gruppe sprechen. Trotzdem bestand ein Bedürfnis nach Informationen über psychische Krankheiten und der Wunsch, mit jemandem darüber zu reden. Für diese Kinder und Jugendlichen wurde das Angebot der Kurzberatung bzw. des Einzelgesprächs eingeführt. In ein bis drei Kontakten mit einem Mitarbeiter erhielten sie eine altersgerechte Aufklärung über psychische Erkrankungen. Sie konnten über ihre Probleme oder für sie schwierige Situationen reden und gemeinsam mit dem Mitarbeiter nach Lösungswegen suchen. Zusätzlich wurde nach weiterer Unterstützung geschaut. Die Kinder sollten erfahren, dass sie sich Hilfe holen konnten und durften und somit nicht mehr die ganze Last und vermeintliche Schuld alleine tragen mussten.

Die Erfahrungen zeigten auch, dass die Gruppe für manche Kinder nicht ausreichend war. Diese Kinder benötigten darüber hinaus noch mehr Zuwendung, Aufmerksamkeit und Begleitung. Je nach Einzelfall und vorausgegangener Diagnostik wurde diesen Kindern ein

Beziehungsangebot unterbreitet, in dem sie ihre Situation, ihre tiefer liegenden Konflikte und Probleme therapeutisch aufarbeiten konnten.

Eine weitere Aufgabe des Kinderprojektes bestand in der Elternarbeit. Die Kinder kamen durch ihre Eltern in die Kindergruppe oder zu den Einzelkontakten. Für die Arbeit war es deshalb äußerst wichtig, eine gute und vertrauensvolle Basis und Beziehung zu den Eltern aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Nur wenn die Eltern mit der Teilnahme an der Gruppe einverstanden waren, konnten die Kinder sich wirklich auf die Arbeit einlassen und sich öffnen. Bei der Arbeit mit den Eltern und Angehörigen wurden folgende Einzelziele verfolgt:

- Bereitschaft und Interesse zur Mitarbeit wecken und stärken
- Entlastung der Eltern von Schuldgefühlen und Versagensängsten
- Verbesserung der Kommunikationsstruktur in der Familie durch kontinuierliche Elternarbeit
- besseres Verstehen der Lebenssituation der Kinder
- Einblick in die Projektarbeit mit Kindern – Herstellen von Transparenz
- Anregung und Anleitung zu alternativem Erziehungsverhalten
- Möglichkeit zu Kontakt und Austausch der Eltern untereinander
- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung als Voraussetzung zur Krisenintervention
- schnelle undogmatische Hilfe in Krisensituationen (ebd., S. 146)

Wenn die Eltern Interesse für das Kinderprojekt hatten, wurde mit ihnen ein erstes Informationsgespräch vereinbart. Damit die Eltern sich für oder gegen das Unterstützungsangebot entscheiden konnten, wurden sie genau über die Kindergruppe informiert. Außerdem hatten sie Gelegenheit, Fragen zu stellen. Vor oder zu Beginn der Kindergruppe wurde ein ausführliches Anamnesegespräch durchgeführt. Mit Hilfe dieser Anamnese konnten die Mitarbeiter einen Eindruck über die Entwicklung der Kinder, ihre Schwierigkeiten, Sorgen und Nöte gewinnen. Sie konnten den Blick auf das einzelne Kind schärfen und die inhaltlichen Aspekte in den Kindergruppen besser aufeinander abstimmen. Während der Kindergruppe fanden Elternabende statt, auf denen die Eltern die Möglichkeit hatten, persönliche Fragen und Dinge anzusprechen. Neben den Elternabenden konnten sich die Eltern auch jederzeit an die Mitarbeiter wenden, wenn Fragen auftauchten oder es mit den Kindern Probleme gab. Nach dem Ende der Kindergruppe spiegelten die Leiter den Eltern die mit dem Kind erlebte Zeit wieder und

noch offene Fragen der Eltern wurden geklärt. In diesem Abschlussgespräch wurden auch mögliche und nötige Schritte für die Zukunft des Kindes besprochen. Zusätzlich zu diesen Gesprächsmöglichkeiten gab es noch Angebote in ungezwungener Atmosphäre. Gesellige Nachmittage und gemeinsame Ausflüge nutzten die Eltern, um sich über ihre Erkrankung und den damit zusammenhängenden Schwierigkeiten bei der Erziehung ihrer Kinder auszutauschen.

Ein wichtiger Teil der Arbeit bestand natürlich auch darin, das Kinderprojekt in den Facheinrichtungen vorzustellen und persönliche Kontakte herzustellen. Die Zusammenarbeit mit den anderen Stellen war sehr wichtig, da diese die Familien überweisen sollten. In manchen Bereichen gab es aufgrund von Konkurrenzdenken Schwierigkeiten. Darüber hinaus wurde durch Zeitungsartikel, Rundfunkinterviews und Plakate auf das Thema Kinder psychisch kranker Eltern und auf Aury aufmerksam gemacht. An viele Einrichtungen außerhalb Freiburgs wurden Konzepte geschickt und die Arbeit wurde vorgestellt. Es wurden Vorträge gehalten und Fortbildungen veranstaltet.

Das Kinderprojekt Aury hatte eine Laufzeit von 3 Jahren (01.02.1995-31.12.1997). Danach musste es aufgrund fehlender Finanzierung eingestellt werden. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 147 Familien angesprochen, in denen 291 Kinder lebten. Persönlicher Kontakt konnte allerdings nur zu 50 Familien aufgebaut werden und 45 Kinder haben am Projekt teilgenommen. Die Eltern mussten über eine Krankheitseinsicht verfügen und bereit sein, mitzuarbeiten. Für viele Eltern waren diese Voraussetzungen schwierig, so dass Aury für diese Familien eher ein hochschwelliges als ein niedrigschwelliges Angebot war. Durch den zunehmenden Bekanntheitsgrad bei den Facheinrichtungen und die geduldige und langfristige Motivationsarbeit vieler Fachleute etablierte sich das Kinderprojekt zunehmend als Anlaufstelle. Im zweiten und dritten Jahr nahmen wesentlich mehr Eltern, die auf das Unterstützungsangebot hingewiesen wurden, Aury in Anspruch. Familien, die sich an Aury wandten, konnten viel für sich gewinnen. Die Kinder erlebten in der Gruppe und in den Einzelkontakten Entlastung. Das Wissen, dass andere Kinder in ähnlichen Situationen lebten, nahm ihnen viel Druck. Mit Hilfe der Informationen über psychische Krankheiten und den Austausch mit anderen Kindern konnten sie ihre eigenen Schuldgefühle abbauen und ihre Fantasien und Fehlinterpretationen relativieren. Ein achtjähriges Mädchen sagte:

*„Ich gehe so gern zu Aurn, weil man da über die Krankheit so gut reden kann.“
(Landeswohlfahrtsverband Baden (Hg.) 1999, S. 26)*

Der offene und unkomplizierte Umgang der Kinder mit der Erkrankung ermunterte die Eltern, das von den Kindern Angesprochene aufzugreifen und mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Das Schweigen innerhalb der Familie wurde durchbrochen und die Kommunikation verbesserte sich. Ein Vater formulierte das so:

„Wir gehen nun viel lockerer damit um und können gut darüber reden. So etwas wie Aurn müsste es in jeder Stadt geben.“ (ebd., S. 29)

In diesem Zitat wird deutlich, wie wichtig und notwendig die Arbeit des Kinderprojektes Aurn war. Der Bedarf wurde durch Fachleute aus dem ganzen Bundesgebiet bestätigt und die Arbeit erhielt großen Zuspruch. Trotz dieser Resonanz war es aber nicht möglich, ausreichend Finanzmittel zu erhalten. Die Idee des Kinderprojektes Aurn in Freiburg wurde jedoch aufgegriffen und in anderen Städten wurden Aurn-Gruppen aufgebaut. (Landeswohlfahrtsverband Baden (Hg.) 1999 und Leidner, M. 2001)

In Anlehnung an die Arbeit in Freiburg planten 1998 Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Fachkrankenhauses Bamberger Hof in Frankfurt am Main die Realisierung eines familienpsychiatrischen, präventiven Hilfsangebotes. Die Ziele in der Arbeit mit den Kindern und den Eltern entsprechen den oben genannten Zielen. Seit 01.07.1998 wird das Konzept umgesetzt. Zunächst fanden die Beratungsgespräche in den Räumen der Klinik statt. Seit dem 22.04.1999 hat das Kinderprojekt eigene Räume außerhalb der Klinik. Im Projekt arbeiten eine Heilpädagogin mit 60% und ein Diplom-Pädagoge mit 50% der vollen Beschäftigungszeit.

Das Angebot ähnelt dem des Kinderprojektes in Freiburg. Es gibt altershomogene Gruppen für Kinder und Jugendliche (8-12 Jahre bzw. 13-16 Jahre). Außerdem treffen sich zurzeit alle 2-4 Wochen vier junge Frauen im Alter von 17-21 Jahren, um sich auszutauschen. Für die Eltern gibt es ebenfalls eine Gruppe. Neben der Gruppenarbeit wird einzeln mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet. Die Nachfrage nach Informationsgesprächen oder Kurzzeitinterventionen in Form einzelner Beratungen nimmt kontinuierlich zu. Die Betreuungszeit variiert stark und reicht von einem Telefongespräch bis zu einer Betreuung über mehrere Jahre. Mit vielen Einrichtungen besteht inzwischen eine gute Kooperation. Der Kontakt zu vielen Schulen und einigen psychiatrischen Kliniken ist jedoch noch unbefriedigend, da es sehr zeitaufwendig ist, in diesen großen Institutionen

bekannt zu werden. Schulen und Tagesstätten haben die Möglichkeit, sich durch die Mitarbeiter kollegial beraten zu lassen oder einstündige bis zweitägige Fortbildungen zu buchen. Von diesem Angebot haben bis jetzt drei Schulen Gebrauch gemacht. Bis Dezember 2003 wird das Projekt durch die Gemeinnützige Hertie Stiftung finanziert. Ab 2004 ist die Finanzierung durch die Waisenhausstiftung gesichert. Die Arbeit kann also glücklicherweise fortgesetzt werden. (Kinderprojekt Aurn Frankfurt 1998, Erhardt, K. 2002 und brieflicher Kontakt mit den Mitarbeitern von Aurn)

In Hamburg besteht seit zehn Jahren die Arbeitsgruppe „Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“. Diese plante nach dem Vorbild des Kinderprojektes in Freiburg ein eigenes Angebot. Finanziert wird die Arbeit durch den Verein „SeelenNot“. Im März 1999 startete die erste Kindergruppe. Inzwischen sind vier Gruppen abgeschlossen und die fünfte ist noch weitergeführt. Die Gruppen werden von zwei Fachkräften geleitet, die auf Honorarbasis angestellt sind. In der Regel laufen sie ein halbes Jahr. Einmal in der Woche treffen die Kinder sich für eineinhalb Stunden. Vor dem Beginn der Gruppe besuchen die Leiterinnen die Familien zu Hause oder vereinbaren mit ihnen ein Treffen in dem Universitätsklinikum, um die Familie kennen zu lernen, den Kindern die Angst zu nehmen und sie nach ihren Wünschen zu fragen.

Die Elemente der ritualisierten Begrüßung und Verabschiedung und der Pause tauchen in Hamburg ebenso auf wie in Freiburg. Durch Geschichten werden die Kinder an Aspekte von psychischen Krankheiten herangeführt. In einer Geschichte geht es z.B. um einen rosa Elefanten, der die Erwachsenen sehr beschäftigt und von den Kindern nicht gesehen wird. Am Ende der Geschichte wird den Kindern geraten, sich nicht mit dem Problem der Erwachsenen zu belasten, sondern diese ihnen zu überlassen. Durch ähnliche Geschichten wird auch versucht, die Kinder von ihren Schuldgefühlen zu befreien. Verstärkt werden die Geschichten durch geeignete Spiele, in denen die Kinder z.B. ihre eigenen Inseln bauen. Häufig sind die Kinder in ihrer Gefühlswahrnehmung verunsichert. Pantomimische Darstellung von Gefühlen stärkt die Kinder in der Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle. In der Gruppe werden die Ziele nicht starr verfolgt, sondern es wird versucht ebenso die Angebote der Kinder aufzugreifen. Parallel zu den Kindergruppen finden Elternnachmittage statt, die aber von anderen Mitarbeitern betreut werden. Nach Abschluss der Gruppe besuchen die Leiterinnen die Familien, um die Eltern nach ihren Erfahrungen zu befragen und ihre Eindrücke zu schildern. Die Leiterinnen stellen fest,

dass die Kinder von der Gruppe profitieren. Die Eltern bestätigen diese Erfahrungen. Die Kinder würden die Gruppe am liebsten unbegrenzt fortsetzen.

„Die Erfahrung mit Aurnyn zeigt, dass die Kinder freier werden und aus ihrer Isolation heraustreten. Das stärkt ihr Selbstbewusstsein und die persönliche Entwicklung nachhaltig.“ (C. Deneke, Leiterin des Vereins SeelenNot, in: Groenewold, U. 2002, S. 3)

In Hamburg wurden die Probleme des Zugangs für die Eltern ebenfalls deutlich. In vielen Fällen war das Angebot zu hochschwierig. Aus diesem Grund hat der Verein ein Beratungsbüro eingerichtet, das einmal in der Woche geöffnet ist. Hier können sich Familien, Angehörige, Lehrer etc. kostenlos beraten lassen. Da der Verein auf Spenden angewiesen ist, kann man nicht vorhersehen, wie lange die Kindergruppen noch angeboten werden können. (Beckmann, O. 1999, Dierks, H. 2001 und brieflicher Kontakt mit C. Deneke)

Zurzeit gibt es in Leipzig ebenfalls ein Aurnyn-Projekt. Die Erfahrungen innerhalb der verschiedenen Projekte belegen, wie hilfreich die Arbeit für die Kinder ist und wie groß der Bedarf ist. Eigentlich sollte es zumindest in jeder größeren Stadt Aurnyn oder ein vergleichbares Angebot geben. Die Finanzierung dieser Arbeit ist jedoch oftmals schwierig.

8.5. Kindergruppe Windlicht

In Anlehnung an das Kinderprojekt in Freiburg und am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickelte sich in Hamburg die „Kindergruppe Windlicht“. Diese Kindergruppe wird vom Margaretenhort, dem Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamtverbandes Harburg, angeboten. Der Margaretenhort bietet ein breites Spektrum von Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff KJHG) an. Ein Schwerpunkt bei diesen Hilfen ist die Betreuung von minderjährigen und erwachsenen psychisch kranken Menschen. Im Jahr 1999 entstand im Rahmen der ambulanten Betreuungsangebote für psychisch kranke Eltern und Kinder die „Kindergruppe Windlicht“. Damit wurde für die Kinder ein sozialtherapeutisches Gruppenangebot geschaffen. Wie in den verschiedenen Aurnyn-Projekten gab es auch hier zunächst nur schleppende Anmeldungen aufgrund der Hochschwierigkeit. Nach einer längeren Anlaufzeit konnte im Februar 2000 eine Gruppe mit vier Kindern stattfinden. Die

geschlechtsgemischte Gruppe bestand aus Kindern zwischen sechs und acht Jahren und blieb bis zum Ende in dieser Zusammensetzung. Geleitet wurde die Gruppe von einer Kunsttherapeutin und einer Kindertherapeutin, die beide über mehrjährige Erfahrungen in der therapeutischen und sozialpädagogischen Arbeit mit Kindern verfügen. Der geplante Zeitraum wurde von einem dreiviertel Jahr auf eineinhalb Jahre verlängert, damit der Gruppenprozess genügend Zeit hatte, sich zu entwickeln.

Innerhalb der Gruppe sollen die Kinder die Erfahrung machen können, ihre Gefühle zuzulassen und mit ihren Problemen nicht alleine zu sein. Die einzelnen Ziele der Arbeit unterscheiden sich kaum von den oben genannten. Die Kinder sollen durch die Gruppe entlastet werden und einen Raum zur individuellen Entwicklung haben. Die Gruppe trifft sich regelmäßig einmal in der Woche für zwei Stunden. In der Gruppe werden mit Hilfe verschiedener Mittel bestimmte Themen bearbeitet, wie z.B. Schuldgefühle, Aufklärung über psychische Krankheiten etc. (siehe Aurn). Die Leiterinnen beobachten, welche Bedürfnisse die einzelnen Kinder haben und welche Unterstützung die Gruppe benötigt. Der Schwerpunkt der jeweiligen Gruppensitzung wird jedoch durch die Kinder selbst bestimmt, da der Gruppenprozess entscheidend ist. Durch Rollenspiele, Handpuppen, Malen, Plastizieren und Musikinstrumente fällt es den Kindern leichter, sich auszudrücken. Das Nachahmen von Bewegung, das Bewegen im Raum und ähnliche Mittel fördern die Wahrnehmung der Kinder. Vorgegebene Strukturen bieten den Kindern Sicherheit und Halt und sie finden nach einiger Zeit ihren Platz in der Gruppe. Zu Beginn sind die Kinder recht zurückhaltend und unsicher. Im Laufe der Zeit zeigen sie mehr und mehr ihre kindlichen Bedürfnisse. Außerdem gehen sie sehr sensibel mit den Schwächen der anderen Kinder um. Sie solidarisieren sich und unterstützen sich gegenseitig.

Neben der Gruppenarbeit mit den Kindern spielt die Elternarbeit eine wichtige Rolle. In regelmäßigen Elterngesprächen beraten sich die Eltern mit einer Mitarbeiterin des Margaretenthortes. Durch den Einbezug der Eltern in die Arbeit, kann ihr Misstrauen abgebaut werden und die Kinder haben nicht mehr das Gefühl, ihre Eltern in der Gruppe zu verraten. Ziel der Elterngruppe ist es, die Eltern miteinander in Kontakt zu bringen und sie zu ermutigen, sich über ihre jeweiligen Erfahrungen mit den Kindern auszutauschen. Außerdem sollen die Eltern bei Unsicherheiten und Fragen im Umgang mit ihren Kindern beraten und von Schuldgefühlen und Versagensängsten den Kindern gegenüber entlastet werden. Da die Eltern aufgrund ihrer Eigenproblematik häufig sehr bedürftig sind, muss die Leiterin bewusst Gesprächszeit für und über das Kind einfordern. Zum Abschluss der

Gruppe wird den Eltern auch empfohlen, mehr altersentsprechende Kontakte der Kinder anzuregen und zu fördern (Vereine, Jugendhäuser etc.) oder therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

In diesem Herbst startet die dritte Kindergruppe. Die Finanzierung der Arbeit ist noch unklar. Der Margaretenhort hat die Kindergruppe beim Jugendamt als Projekt beantragt und hofft auf eine Weiterfinanzierung. Auf das Angebot will der Margaretenhort nicht mehr verzichten, da die Kindergruppe zu einem wichtigen Baustein seiner ambulanten Hilfen für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder geworden ist. Angestrebt wird eine Finanzierung über „Mittel zur Familienförderung“. (Hartmann, R./Schneider, M./Franken, S. 2000, Hartmann, R./Franken, S. 2000 und brieflicher Kontakt mit S. Franken, Leiterin des Margaretenhortes)

8.6. Kinderprojekt Mannheim/MAIKE

In Mannheim besteht seit 1995 der Arbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“. Er setzt sich aus Vertretern des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Erwachsenenpsychiatrie, der Psychologischen Beratungsstelle und des Sozialpsychiatrischen Dienstes zusammen. Ziel des Arbeitskreises war es, das Bewusstsein für diese Kinder in den Hilfesystemen zu schärfen und die Kooperation zwischen den Institutionen zu verbessern. Aus diesem Grund fanden zwei Fachtagungen und regelmäßige stadtteilübergreifende und stadtteilbezogene Treffen statt. Es stellte sich heraus, dass die Situation der Familien nicht ausreichend wahrgenommen wurde und die Kooperation häufig unzureichend war. Außerdem fehlten spezielle Konzepte und Angebote. Um die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern zu verbessern und psychischen Störungen vorzubeugen, wurde ein präventives, familienorientiertes Angebot entwickelt. Der Sozialpsychiatrische Dienst und die Psychologische Beratungsstelle der Evangelischen Kirche stellten für das Projekt eine zusätzliche gemeinsame halbe Stelle zur Verfügung. Die Zusammenarbeit zweier Vertreter aus den Bereichen Psychiatrie (Diplom-Sozialpädagogin S. Raiss, Sozialpsychiatrischer Dienst) und Jugendhilfe (Diplom-Psychologe J. Ebner, Psychologische Beratungsstelle) gewährleisteten die Vernetzung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und anderen Einrichtungen.

Das Projekt hatte vorläufig eine Laufzeit von zwei Jahren (01.07.1999-30.06.2001). Initiiert wurde es durch das Diakonische Werk der Evangelischen Landeskirche in Baden e. V. und Projektträger war der Diakonieverein im Diakonischen Werk Mannheim e.V.. Neben dem Initiator und dem Projektträger beteiligten sich das Landesjugendamt des Landeswohlfahrtsverbandes Baden, das Sozialamt Mannheim und das Sozialministerium Baden-Württemberg an der Finanzierung.

Die Projektarbeit untergliederte sich in sechs Teilbereiche:

- Kontaktaufnahme und Erhebung des Psychosozialen Befundes
- Fallbezogene Vernetzungsarbeit
- Fallübergreifende Vernetzungsarbeit
- Arbeit mit den Kindern
- Arbeit mit den Eltern
- Arbeit mit den Familien

Primär wurden Familien in das Projekt aufgenommen, die schon Kontakt zum Soziopsychiatrischen Dienst hatten. Andere Zugangswege waren der Allgemeine Soziale Dienst des Jugendamtes, psychiatrische Kliniken, niedergelassene Ärzte und andere Kooperationspartner. Auch in Mannheim traten bei der Kontaktherstellung Schwierigkeiten auf. Einschränkungen aufgrund der psychischen Erkrankung oder fehlende Krankheitseinsicht führten dazu, dass der Erstkontakt schwierig war. Auch mangelnde Motivation und die Angst davor, dass Defizite in der Kindererziehung deutlich werden und negative Auswirkungen auf die elterliche Sorge nach sich ziehen, erschwerten den Kontakt. Günstige Voraussetzungen bestanden, wenn die überweisende Stelle die Inhalte und Ziele der Projektarbeit kannte, da sie die Eltern gut vorbereiten konnte und falsche Erwartungen gar nicht erst entstehen konnten. Schwellenängste konnten verringert werden, wenn die Eltern durch einen Mitarbeiter der überweisenden Stelle zum Erstkontakt begleitet wurden. In Gesprächen wurden die Eltern über die Arbeit des Kinderprojektes aufgeklärt. Die Mitarbeiter befragten die Eltern nach ihrer und der Lebenssituation der Kinder. Dabei stellten sie unter anderem Fragen nach den Stärken innerhalb der Familie und der Versorgung und Erziehung. Für die Eltern war es erleichternd, dass nicht nur auf die Defizite geachtet wurde, sondern auch Stärken und bisherige Bemühungen gewürdigt wurden. Der nächste Schritt war der Kontaktaufbau zu den Kindern. In Gesprächen mit den Eltern und dem Kind oder alleine mit dem Kind

wurden die aktuelle Erlebensweise und der Entwicklungsstand des Kindes ermittelt. Wie bei den Eltern wurde auch in diesen Gesprächen das Positive und die guten Lösungen hervorgehoben, bevor die Mitarbeiter sich den vielfältigen Problemen widmeten.

Zu Beginn des Projektes war die Kindergruppe als zentrale Intervention gedacht. Es dauerte aber einige Zeit, bis eine Gruppe beginnen konnte, da nur wenige Anmeldungen eingingen. Viele Kinder und Jugendliche waren nicht bereit, an einer Gruppe teilzunehmen und bevorzugten Einzel- oder Familienberatungen. Schließlich fanden sich doch vier Kinder im Alter von neun bis elf Jahren zusammen. Die Gruppe sollte den Kindern die Möglichkeit bieten, ihre familiäre Situation emotional besser zu verarbeiten und ihre Ich-Funktionen (Selbst- und Fremdwahrnehmung, Kontakt- und Abgrenzungsfähigkeit) zu stärken. Da die Leiter über Erfahrungen im Kinderpsychodrama verfügten, arbeiteten sie nach dieser Methode. Die Gruppe fand über 15 Wochen einmal in der Woche für eine Dauer von 90 Minuten statt. Die erste Phase bestand aus der Themen- und Rollenfindung und der Einrichtung der Szene. Die Kinder wählten Rollen, in denen sie reale oder erwünschte Aspekte ihrer Person und aktuelle Gefühle ausdrücken konnten und mit denen sie Erfahrungen nachspielen konnten. Durch das Spiel und die kooperative Hilfe der Gruppe wurden bei den Kindern Spontanität und Kreativität freigesetzt, die zur Lösung von Problemen beitragen konnten. Beendet wurde die Gruppensitzung mit einem Feedback aller Beteiligten. Mit den Eltern wurde zu Beginn und am Ende der Kindergruppe ein Gespräch geführt. Das Angebot, sich während der Gruppenlaufzeit an die Mitarbeiter zu wenden wurde nicht angenommen. Alle Eltern äußerten sich positiv über die Veränderungen, die sie zu Hause an ihren Kindern wahrnahmen.

Die Einzelberatung wurde von Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 7 und 18 Jahren in Anspruch genommen. Einmal wöchentlich trafen sie sich für 50 Minuten mit einem Mitarbeiter. Je nach Alter drückten die Kinder ihre Themen im Spiel oder auf verbale Weise aus. Die Kinder sprachen über Sorgen um die Eltern, Streit mit Eltern, Geschwistern, Lehrern oder anderen Personen, soziale Isolation, Überforderung, Schulprobleme und ähnliches. Bei Erziehungs- und Beziehungsproblemen wurden Familiengespräche geführt. Im zweiten Projektjahr wurde die Familienberatung durch die kindbezogene Aufklärung über die Krankheit erweitert. Dadurch wurde das Tabu „Darüber-spricht-man-nicht“ aufgebrochen. Die Eltern brauchten sich keine Sorgen darüber machen, was ihren Kindern in ihrer Abwesenheit erzählt wird. Außerdem wurde ihnen gezeigt, dass und wie sie mit ihren Kindern über die eigene Erkrankung sprechen können. Als weitere

Hilfe für die Kinder wurde nach einer Vertrauensperson gesucht, mit der sie über alle Fragen und Sorgen sprechen können. Den Kindern fällt es leichter, einer bekannten Person zu vertrauen und auf diese Weise war gesichert, dass sie auch nach der professionellen Unterstützung noch einen Ansprechpartner hatten. Im Familiengespräch wurde die Vertrauensperson eingesetzt und ihre Ziele und Aufgaben wurden ausgehandelt.

Die Eltern konnten sich ebenfalls einzeln beraten lassen. Mit Hilfe regelmäßiger, unterstützender Gespräche konnten sie ihre Ängste und Schuldgefühle gegenüber den Kindern abbauen. Des Weiteren wurde die Suche oder die Umsetzung von Unterstützungsangebot gefördert.

Insgesamt wurden während der Projektzeit 42 Familien betreut. Durch die Arbeit des Kinderprojektes wurde der Versorgungsbedarf der Kinder (Grundversorgung, Tagesstruktur, Freizeitaktivität) deutlich verbessert oder sogar gedeckt. Die Auffälligkeiten der Kinder konnten zum Teil behoben werden. Nach Beendigung der Projektzeit war es möglich, über 50% der Eltern zu befragen. Sie bewerteten die Leistung des Projektes überwiegend als positiv. Sie waren zufrieden mit der Arbeit und empfanden sie insgesamt und auf ihre Kinder bezogen als hilfreich. Von den Mitarbeitern fühlten sie sich verstanden, geachtet und respektiert. Den Umgang mit den Mitarbeitern bezeichneten sie als angenehm.

Während der Projektzeit bemühten sich die Mitarbeiter um Kooperation mit den verschiedenen Institutionen. Sie stellten sich dort mit Hilfe von Informationsmaterial, Vorträgen und Gesprächen vor. Die Kooperation gelang nicht mit allen Institutionen auf Anhieb. Mit der Zeit konnte sie aber verbessert werden. Auf überregionalen Fachveranstaltungen erläuterten die Mitarbeiter das Konzept und berichteten von ihren Erfahrungen. Um die allgemeine Öffentlichkeit auf das Thema und das Projekt aufmerksam zu machen, wurden Faltblätter verteilt und versucht, die Medien und Fachorgane zu einer Berichterstattung zu motivieren.

Trotz dieser positiven Resonanz gab es nach dem Abschluss des Projektes eine Phase, in der die Finanzierung ungeklärt war. In diesem halben Jahr konnte die Arbeit durch verschiedene Spendengelder aufrechterhalten werden. Seit dem Sommer 2002 übernimmt die Stadt Mannheim offiziell die Weiterfinanzierung. Allerdings wurde die Stundenzahl auf ca. acht Wochenstunden reduziert. Das Kinderprojekt Mannheim wurde in „MAIKE – Mannheimer Initiative für Kinder mit psychisch kranken Eltern“ umbenannt. Die

Projektmitarbeiter führten in ihrer jeweiligen Institution eine Weiterbildung für ihre Kollegen durch. Mittlerweile sind alle Mitarbeiter der Psychologische Beratungsstelle und des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Lage mit den Eltern, den Kindern oder der Familie zu arbeiten. Aufgrund des Engagements der einzelnen Mitarbeiter können nach wie vor ca. 40 Familien betreut werden. Die Kindergruppe kann jedoch nicht mehr angeboten werden, da die finanziellen Mittel fehlen. Die Weiterfinanzierung für das nächste Jahr ist leider noch ungeklärt. (Diakonieverein im Diakonischen Werk Mannheim e.V. 2001, Ebner, J./Raiss, S. 2001 und Telefonat mit Frau Raiss)

Die Ergebnisse aus der Befragung der Eltern zeigen, wie wertvoll das Angebot ist. Die Eltern empfinden die Unterstützung sowohl für sich als auch für ihre Kinder als hilfreich. Die Arbeit kann man als erfolgreich bezeichnen. Immerhin kann der Versorgungsbedarf der Kinder nahezu komplett gedeckt werden. Mir ist es deshalb unverständlich, dass eine Weiterfinanzierung zunächst nicht möglich war. Durch die Weiterbildung der Mitarbeiter konnte die Klientenanzahl glücklicherweise stabil bleiben. Ich denke, es ist ein guter Ansatz, die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern an bestehende Institutionen anzugliedern. Die Arbeit in Mannheim belegt, dass es ausreichen kann, die Mitarbeiter fortzubilden und Finanzmittel für weitere Arbeitsstunden zu erlangen. Es wäre wünschenswert, wenn dieser Ansatz in allen Stellen, die mit betroffenen Kindern bzw. Familien in Kontakt kommen, umgesetzt werden würde.

8.7. Patenschaften bei Pfiff e.V.

Der eingetragene Verein Pfiff e.V. (Pflegekinder und ihre Familien Förderverein) wurde am 29.01.1991 gegründet und ist ein Spezialdienst im Hamburger Pflegekinderwesen. Neben Bereitschaftspflege, Pflegeelternschule, Pflegestellenberatung, Werbung und Öffentlichkeitsarbeit vermittelt der Verein auch Patenfamilien für junge Mütter und psychische kranke Eltern. Das Konzept der Patenschaft wurde 1996 entwickelt. Zu diesem Zeitpunkt entstand die Pflegestellenberatung und die Anfragen der Jugendämter zeigten, dass Tages-, Bereitschafts- und Dauerpflege keine ausreichenden Angebote für junge Mütter und psychisch kranke Eltern sind. In der Regel haben psychisch kranke Mütter sowohl eine Beziehung zu ihrem Kind als auch Interesse an ihrem Kind. Aufgrund ihrer Krankheit und den damit verbundenen Problemen sind sie jedoch nicht immer in der Lage,

ihre Kinder kontinuierlich emotional und physisch zu versorgen. Hilfe erhalten die Mütter meist erst, wenn sich bei dem Kind schon Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Oftmals wird dann bereits über eine Trennung von Mutter und Kind nachgedacht. Da die Mütter ihre Kinder in bestimmten Abständen nicht versorgen können, weil ihre Krankheit wieder akut wird oder sie sich in einer Klinik behandeln lassen, kommt es wiederholt zu Unterbringung der Kinder in Bereitschaftspflegefamilien. Wenn die Familie, in der das Kind beim letzten Mal betreut wurde, mit einem anderen Kind belegt ist, muss sich das Kind erneut auf andere Bezugspersonen einstellen und sich an eine andere Umgebung gewöhnen. Diese Situation ist sehr belastend und verunsichernd für die Kinder. Die Mutter sorgt sich um ihre Kinder, so dass sie sich nicht ausreichend um ihre Gesundheit kümmern kann.

*„Aus Angst davor, die Kinder abgeben zu müssen, halten sie länger durch, als sie eigentlich können und überfordern damit sich und nicht zuletzt die Kinder. Die Überlastung der Mütter verstärkt die Notsituation der Kinder. Auch sie müssen länger „funktionieren“, Verantwortung übernehmen, unauffällig sein, keine eigenen Ansprüche formulieren. Sie spüren die sich anbahnende Krise der Mütter. Atmosphärisch wird deutlich: Der Überdruck führt irgendwann zu einer Eskalation, der die Kinder schon im Vorfeld nur ihre Angepasstheit entgegenhalten können. Die sichtbaren Krisen der Mütter sind nur die Spitze des Eisberges. Die damit verknüpften Krisen der Kinder finden lange vorher ihren Höhepunkt. In dem oft verzweifelten Versuch der Kinder, die sich anbahnende Eskalation zu verhindern.“
(Beckmann, O./ Szylowicki, A., S. 2)*

Für diese Kinder und ihre Mütter sollte ein präventives Angebot geschaffen werden. Die Familien sollten Unterstützung erhalten, bevor die Kinder durch Verhaltensweisen auffällig werden und eine Trennung der Familie droht. Bei den Informationsabenden für angehende Pflegeeltern stellte sich heraus, dass es Familien gibt, die über Kapazitäten für Kinder verfügten und diese auch einsetzen wollten, aber nicht bereit waren, sich langfristig zu binden bzw. ihre Berufstätigkeit komplett oder vorübergehend aufzugeben. Es entstand die Idee, diese Familien mit Familien zusammenzubringen, denen kein soziales Netz fehlt. Durch Entlastung im Alltag und Aufnahme des Kindes in Krisenzeiten oder bei Klinikaufenthalten soll sich die Situation innerhalb der Familie entspannen. Die Mutter soll bei Problemen mit ihren Kindern einen Ansprechpartner haben und in schwierigen Krankheitsphasen ihre Kinder in der Familie unterbringen können. Die Kinder sollen Vertrauenspersonen finden und in der Familie Schutz und Sicherheit erfahren. Im Mai 1999 wurde das Konzept „Patenschaften für Kinder junger und/oder psychisch kranker Eltern“ in die ausgeschriebene „Förderung von innovativen Modellprojekten zur

flexiblen, familiären Krisenintervention“ der Stadt Hamburg aufgenommen. Das Projekt hatte zunächst eine Laufzeit von zwei Jahren (01.03.2000-28.02.2002). Zur Zielgruppe gehören Kinder jugendlicher und/oder psychisch kranker Mütter, die sich durch offene Treffs, Stadtteilzentren etc. erreichen lassen oder bereits stationär oder ambulant an eine Einrichtung gebunden sind. Diese Frauen nehmen ihre Mutterrolle an und können ihr Kind mit entsprechender Hilfe selbständig versorgen. Trotzdem ist es ratsam, ihnen für einen begrenzten Zeitraum eine kontinuierliche, zuverlässige Entlastung von den Mutterpflichten an die Seite zu stellen. Die Patenschaften unterstützen das Zusammenleben von Mutter und Kind und akzeptieren die Unzulänglichkeiten der Mütter. Sie achten dabei jedoch immer auf das Wohl des Kindes. Das Angebot der Patenfamilie ist niedrigschwellig, alltagspraktisch, familiär und kann viel bewirken.

Den Müttern bietet die Patenfamilie:

- für eine festzulegende Zeitdauer eine personell konstante, unkompliziert verfügbare Entlastung von den Mutterpflichten
- eine Verankerung im sozialen Nahraum mit dem Ziel der langfristigen Einbindung in stadtteilorientierte Strukturen
- pragmatische Unterstützung in der Kindererziehung und Lebensbewältigung durch Rat und Tat
- konkrete Unterstützung, indem sie in festzulegenden Rhythmen zu vorher vereinbarten Zeiten die Kinderbetreuung übernehmen
- darüber hinaus die Gewissheit, das Kind bei Bedarf (im Krisenfall) vorübergehend über Tag und Nacht unterbringen zu können

Für die Kinder bedeutet eine Patenfamilie:

- ein kontinuierliches Beziehungsangebot, das alltags-, lebenswelt- und bedarfsorientiert in Anspruch genommen werden kann
- eine Möglichkeit, in Belastungssituationen ausweichen zu können, ohne in Loyalitätskonflikte zu geraten
- Schutz und Sicherheit

Die Haltung der Patenfamilien gegenüber den Kindern und der Mutter ist folgendermaßen gekennzeichnet:

- durch Wertschätzung: Die Paten bewerten die Mutter und deren Umgang mit dem Kind nicht moralisch, sie bilden keine Konkurrenz.

- als Erweiterung der kindlichen Bezüge: Sie stellen eine Ergänzung der leiblichen Familie dar, keinen Ersatz.
- als Normalität: Die Bedeutung der Patenfamilie liegt in erster Linie in der lebensweltorientierten, alltagspraktischen Zugänglichkeit für das Kind.
- durch Niedrigschwelligkeit: Die Patenfamilie ist ohne Antragstellung oder sonstige Formalitäten verfügbar.
- durch Unterstützung: Patenschaften dienen dem Erhalt des Mutter-Kind-Bezuges. Ein Übergang von Patenschaften in Dauerpflege ist im Ansatz auszuschließen. Die Patenfamilie übernimmt keine pädagogische Verantwortung für die (Wieder-)Herstellung der Erziehungsfähigkeit der Mutter. (Szylowicki, A 2001, S. 109f)

Das Verhältnis zwischen der Patenfamilie und den Kindern und der Mutter gleicht einem gut funktionierenden nachbarschaftlichen oder verwandtschaftlichen Verhältnis. Es ist deshalb wichtig, dass die Familien sich in ihrer Besonderheit gegenseitig auswählen und akzeptieren. Die Patenfamilien werden sorgfältig ausgewählt, vorbereitet und geschult. Während der laufenden Patenzeit werden sie fachlich begleitet und beraten. Neben regelmäßigen Gruppen gibt es auch Supervision für die Paten. Die Patenschaft ist durch fünf Grundprinzipien geprägt:

- Vernetzung durch Kooperation: Damit die Patenschaft erfolgreich ist, müssen Psychiatrie und Jugendhilfe miteinander kooperieren. Zwischen allen Beteiligten muss ein hohes Maß an Transparenz und Informationsfluss herrschen. Die Zuständigkeiten müssen möglichst eindeutig festgelegt werden.
- Verbindlichkeit durch Kontrakte: Zu Beginn der Patenschaft wird ein Kontrakt vereinbart, in dem die Kooperation festgeschrieben wird. Es wird definiert, welche Aufgaben welcher Kooperationspartner übernimmt und in welchen Abständen Verlaufsgespräche geführt werden. Die Hilfeempfängerin, die Patenfamilie, die Institution, die die Mutter betreut und Pfiff e.V. unterschreiben den Kontrakt. Die „normale“ Betreuungsintensität (außerhalb der Krisenzeiten) und die Finanzierung der Patenfamilie werden darin bestimmt. Außerdem hält der Kontrakt die Ziele der einzelnen Parteien fest. Alle Kontraktpartner verpflichten sich, die beschriebenen Ziele zu verfolgen.

- Akzeptanz durch Freiwilligkeit: Die Patenfamilie und Mütter suchen sich gegenseitig aus. Nur wenn alle Beteiligten mit dem Kontrakt einverstanden sind, kann er zustande kommen.
- Entlastung der Kinder durch Beziehungsangebote: Die Patenfamilie können die Probleme, die durch die psychische Erkrankung der Mutter entstehen (siehe 6.1.), entschärfen. In der Patenfamilie erfährt das Kind Entlastung und Schutz. Da die Krankheit der Mutter bekannt ist, hat es die Möglichkeit darüber zu sprechen. Die Kinder müssen sich nicht für oder gegen ihre Mutter entscheiden, sondern können auf ein zusätzliches Beziehungsangebot zurückgreifen.
- Kontinuität durch Verankerung im Stadtteil: Mit Hilfe der Patenfamilie sollen die Kinder und die Mütter langfristig sozial und regional eingebunden werden, z.B. durch gemeinsame Besuche von Spielplätzen, Müttertreffs, Spielgruppen etc. Die Einbindung in den Stadtteil ermöglicht dann die zunehmende Unabhängigkeit von der Patenfamilie.

Während der Modelllaufzeit gingen bei Pfiff e.V. 136 Anfragen für 198 Kinder ein. Davon wurden 36 Anfragen aus unterschiedlichen Gründen zurückgezogen und 11 wurden von Pfiff e.V. abgelehnt, da eine Verzögerung der überfälligen Fremdplatzierung drohte. Bei den Anfragenden handelt es sich zu 89% um Alleinerziehende mit einem oder mehreren Kindern. Über die Hälfte der Mütter (64%) war als psychisch krank diagnostiziert oder galt als psychisch auffällig. Die Anfragen kamen mehrheitlich von den sozialen Diensten (51 Anfragen). Andere Zugangswege waren die Träger von Hilfen zur Erziehung (31), offene Einrichtungen (17), Psychiatrien (10) oder die Betroffenen (26) wendeten sich direkt an Pfiff e.V. Insgesamt haben sich 52 Patenfamilien beworben. Im Verlauf der Vorbereitung und Eignungsfeststellung zogen jedoch 12 Familien ihre Bewerbung zurück oder wurden von Pfiff e.V. abgelehnt.

Es konnten 21 Kontrakte für 28 Kinder geschlossen werden. Vor allem aufgrund der begrenzten Mittel musste die Mehrheit der Anfragen zunächst offen bleiben. Patenschaften werden vor allem für Kinder in den ersten 10 Lebensjahren gewünscht. Inhalte und Ziele der Patenschaft verändern sich mit dem Alter der Kinder. In den frühen Phasen geht es viel stärker um die Entlastung und die Beratung der Mutter, während später die Unterstützung der Kinder beim pubertären Ablösungsprozess in den Vordergrund tritt. Die Laufzeit der Kontrakte beträgt mindestens 24 Monate. Von den 21

Kontrakten wurden 7 vorzeitig abgebrochen. Auch die anderen Patenschaften verliefen nicht ohne Probleme. Vor allem zu Beginn fällt es den Müttern schwer, ihre Kinder abzugeben und die Kinder müssen sich erst an die Patenfamilie gewöhnen. In manchen Fällen waren vermittelnde Gespräche notwendig. Viele Kinder konnten die Sicherheit und die Zuwendung in der Patenfamilie nutzen, um sich weiterzuentwickeln und konnten die Betreuung durch die Paten genießen. Sie sind froh, dass sie in Krisenzeiten einen Ansprechpartner haben, der sich um sie kümmert.

„Wenn Mama ins Krankenhaus muss, geht es uns nicht so besonders. Frauke hat uns erzählt, dass viele Menschen solche Probleme haben wie Mama. Das wussten wir nicht.“ Ana, 14 Jahre und Paul, 11 Jahre (Informationsblatt über Patenschaften von Pfiff e.V.)

„Meine Mutter ist manchmal so komisch. Sie kann sich nicht immer um mich kümmern. Dann kann ich Carola und Claus anrufen, die holen mich dann ab.“ Sebastian, 8 Jahre (ebd.)

Im Verlauf des Modellprojektes stellte sich heraus, dass die Patenschaften eine Lücke im Spektrum der Jugendhilfe schließen. Es sollte zu einem Regelangebot der Jugendhilfe werden, da es eine wirksame Verbindung zwischen Prävention und Krisenintervention herstellt. (Beckmann, O./ Szylowicki, A. 2001 und Szylowicki, A. 2001)

In der Beschreibung der Lebenssituation der Kinder, wurde deutlich, wie wichtig es für sie ist, Unterstützung zu bekommen. Ich denke, dass das Konzept der Patenschaft eine geeignete Hilfsmöglichkeit ist. Da die Patenfamilie über die psychische Erkrankung der Mutter informiert ist, können die Kinder darüber und über ihre Probleme sprechen. Die Mutter kennt die Pateneltern und ist mit der Betreuung einverstanden, so dass die Kinder nicht das Gefühl haben müssen, ihre Mutter zu verraten. Mit Hilfe der Patenfamilie wird auch versucht, die Isolierung der Familie aufzubrechen. Durch gemeinsame Unternehmungen werden die Kinder und die Mütter in den Stadtteil integriert. In der Patenfamilie können die Kinder wieder ‚Kind sein‘. Sie müssen nicht darauf achten, dass der Haushalt in Ordnung ist und alle versorgt sind. Die Betreuung an Nachmittagen oder Wochenenden ist sowohl für die Mutter als auch für die Kinder sehr wichtig. Die Kinder können unbeschwerte Stunden in der Patenfamilie genießen und die Mutter kann sich entspannen. Diese Betreuungszeiten verringern die Überforderung der Mutter und können Krankheitsschübe mildern. Wenn sie Fragen oder Schwierigkeiten hat, kann sie sich damit an die Pateneltern wenden. Besonders entlastend ist für die Mutter die Gewissheit, dass

ihre Kinder gut untergebracht sind, wenn sie sich in einer Klinik behandeln lässt. Die ständige Sorge um ihre Kinder fällt weg und sie kann sich auf ihre Therapie konzentrieren. Natürlich verläuft eine Patenschaft nicht vollkommen unproblematisch. Zu Beginn müssen sich alle Beteiligten kennen lernen und aneinander gewöhnen. Die Kinder müssen erst begreifen, dass sie ein verlässliches Beziehungsangebot erhalten. Die Mutter muss lernen, ihre Kinder abzugeben und akzeptieren, dass die Kinder ein enges Verhältnis zu der Patenfamilie aufbauen. Trotz dieser Schwierigkeiten profitieren jedoch sowohl die Kinder als auch die Mutter von der Patenschaft.

8.8. Diskussion

Die Arbeit der Kindertagesstätte KOLIBRI ist besonders bei akuten und schweren Erkrankungen bedeutsam. Je länger die Kinder ohne Unterstützung mit dem erkrankten Elternteil zusammenleben, desto belastender ist die Situation für sie. In der Klinik erhält der Elternteil die notwendige therapeutische Hilfe. Die Kinder werden durch qualifiziertes Personal betreut. Bei Bedarf können sie sich bei den Mitarbeitern aussprechen und Informationen über die Erkrankung erhalten. Sie sind mit ihren Ängsten und Sorgen nicht mehr allein, sondern erfahren in der Tagesstätte Sicherheit. Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Arbeit ist die Anbahnung ambulanter Hilfen. In der Klinik wird sichergestellt, dass die Kinder bzw. die Familie auch nach dem Aufenthalt genügend Unterstützung bekommen.

Psychisch kranke Eltern sind häufig in ihrer Erziehung verunsichert. Sie haben in den meisten Fällen keinen Ansprechpartner, mit dem sie über ihre Probleme reden können. In der Erziehungsberatungsstelle in Würzburg treffen sie auf Gesprächspartner, die sich mit dieser Situation auskennen. In den Gesprächen können die Eltern ihre Sorgen ansprechen und mit Hilfe des Beraters Lösungen suchen. Je nach Bedarf und Wunsch werden alle Familienmitglieder mit einbezogen. In Einzelgesprächen kann jedes Familienmitglied seine Situation schildern. Die Kinder haben die Möglichkeit, über die Erkrankung und ihre Ängste zu sprechen. Durch Aufklärung über die Erkrankung wird der Tabuisierung entgegengewirkt. Die Beratungsgespräche können dazu beitragen, dass die Krankheit nicht länger verschwiegen wird, sondern zumindest innerhalb der Familie offen darüber gesprochen wird.

Die Arbeit bei MAIKE ist mit der Arbeit in Würzburg vergleichbar. Hier werden ebenfalls alle Familienmitglieder betreut. Im Mittelpunkt steht jedoch immer der Versorgungsbedarf des Kindes. Es werden Einzelberatungen mit den Kindern, Elterngespräche und Familiengespräche geführt. Durch kindgerechte Aufklärung innerhalb der Familiengespräche wird das Tabu „Darüber spricht man nicht“ aufgebrochen.

Die Gruppenarbeit der verschiedenen Angebote ist ähnlich. In der Gruppe treffen die Kinder auf andere Betroffene. Die Erfahrung, dass andere Kinder die gleichen Schwierigkeiten haben, entlastet die Kinder. Der Austausch untereinander hilft ihnen, besser mit ihrer Situation zurechtzukommen. Die vermittelten Informationen helfen den Kindern, die Krankheit besser zu verstehen und Ängste abzubauen. Es kommt vor, dass die Kinder dann auch in der Lage sind, mit ihren Eltern über die Erkrankung zu sprechen. Wenn die Eltern mit in die Arbeit einbezogen werden (Auryn und MAIKE) kann dieser Effekt noch verstärkt werden, indem man den Eltern zeigt, wie sie mit ihren Kindern über ihre Krankheit sprechen können.

Das Modell der Patenschaft unterstützt und entlastet die Eltern. Die Kinder erhalten in der Patenfamilie einen Schutzraum. Dort können sie sich vollkommen als Kind fühlen. Sie müssen sich keine Sorgen um ihre Eltern machen oder Verantwortung tragen. Der größte Vorteil dieses Angebotes liegt in der Flexibilität. Wenn es der Mutter schlecht geht oder sie in die Klinik muss, kann sie ihr Kind zu der Patenfamilie bringen. Das Kind kann sich ebenfalls jederzeit an die Patenfamilie wenden, wenn es Probleme hat oder einfach reden möchte. Diese Flexibilität können die anderen Angebote nicht bieten. Sie sind jeweils nur zu bestimmten Zeiten verfügbar.

Ich denke, dass in der Beschreibung deutlich geworden ist, dass alle vorgestellten Ansätze wichtig sind. Jedes Projekt hat seinen eigenen Schwerpunkt und sein eigenes Konzept. Die Lebenssituationen der Kinder unterscheiden sich stark voneinander und man muss möglichst individuell auf sie eingehen. Man kann die Hilfsangebote nicht direkt miteinander vergleichen und eine Reihenfolge von sehr gut bis nicht so gut aufstellen. Alle beschriebenen präventiven Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern erweisen sich als sehr hilfreich für die Kinder. Sie können die Unterstützung annehmen und profitieren von den verschiedenen Maßnahmen.

Obwohl sich in der Arbeit zeigt, wie bedeutsam die Hilfe für die Kinder ist und dass die Maßnahmen etwas bewirken, gibt es auch einige Schwierigkeiten. Vor allem die Finanzierung ist oftmals ein großes Problem. Nur selten erhalten die Projekte finanzielle

Unterstützung vom Staat. Lediglich in der Modellphase wird die Arbeit gefördert. Die problematischen Lebenssituationen der Kinder müssen endlich wahrgenommen werden. Es muss erkannt werden, dass die präventiven Hilfsangebote notwendig sind, um Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Erkrankungen zu verhindern (bzw. zu beheben). Es ist z.B. unverständlich, dass die erfolgreiche Arbeit des Kinderprojektes AURYN in Freiburg nicht weitergeführt werden konnte, weil die finanziellen Mittel fehlten. Die Angebote müssten durch das Jugendamt finanziert werden und ausgebaut werden.

Außerdem muss auch die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie verbessert werden. In einigen Projekten erwies sich die Zusammenarbeit zunächst als problematisch. Die Mitarbeiter innerhalb der Psychiatrie müssen die Kinder mehr in den Blick nehmen und die Eltern verstärkt auf unterstützende Programme hinweisen. Das Verteilen von Informationsblättern reicht nicht aus. Man muss den Eltern die Arbeit der Projekte genauer erläutern und sie dazu bewegen, zumindest ein Beratungsgespräch in Anspruch zu nehmen. Die Mitarbeiter müssen lernen sich nicht nur auf das Eltern- (Psychiatrie) oder Kindeswohl (Jugendhilfe) zu konzentrieren, sondern die Interessen aller Familienmitglieder beachten. Durch Fortbildungen müssen alle Mitarbeiter für das Thema sensibilisiert werden. Ein reger Austausch und eine gute Zusammenarbeit von Psychiatrie und Jugendhilfe ermöglichen eine erfolgreiche präventive Arbeit mit den Kindern bzw. Familien.

Vor allem in der Arbeit mit Kindergruppen zeigte sich, dass die Tabuisierung psychischer Störungen nach wie vor sehr verbreitet ist. Aus Angst, dass die Krankheit öffentlich wird, melden die Eltern ihre Kinder nicht für eine Gruppe an. Die Öffentlichkeit muss über psychische Krankheiten aufgeklärt werden, damit bestehende Vorurteile abgebaut werden können. Wenn in der Gesellschaft offen darüber gesprochen wird, sind die Betroffenen auch schneller bereit, Hilfe für sich und ihre Kinder anzunehmen. Durch die Enttabuisierung könnten viele Probleme gemildert werden.

9. Schluss

Kinder psychisch kranker Eltern müssen eine Reihe von Problemen bewältigen. Alle Kinder haben damit zu kämpfen, dass ihre Mutter oder ihr Vater sich in den akuten Krankheitsphasen anders verhält. Viele Kinder haben niemanden, mit dem sie über ihre Probleme und Empfindungen sprechen können. Den gesunden Elternteil möchten sie nicht zusätzlich belasten und aus Scham und Angst vor Zurückweisung wenden sie sich nicht an andere Verwandte, Lehrer oder Freunde. In der Öffentlichkeit werden abfällige Bemerkungen über psychisch Kranke geäußert und es gibt zahlreiche Witze über „Irre“, die „Klapse“ etc. Die Kinder befürchten deshalb, dass sie ausgegrenzt werden, wenn ihre Mitschüler über die elterliche Erkrankung informiert sind. Oftmals untersagen die Eltern ihren Kindern auch, mit anderen über die Krankheit zu reden. Die Kinder wollen ihre Eltern nicht verraten und schweigen. Selbst innerhalb der Familie wird die Krankheit häufig tabuisiert. Anstatt die Kinder aufzuklären, lassen die Eltern ihre Kinder mit ihren Gedanken allein. Diese entwickeln große Schuldgefühle, weil sie glauben, dass sie für die Erkrankung verantwortlich sind. Da die Kinder das Verhalten des Erkrankten nicht verstehen, können sie ihre Mutter oder ihren Vater nicht mehr einschätzen. Auf diese Weise können Ängste vor und um den erkrankten Elternteil entstehen. Um ihre Eltern zu entlasten, übernehmen die Kinder viel Verantwortung. Sie kaufen ein, putzen, kochen und kümmern sich um ihre jüngeren Geschwister. Ihre eigenen Bedürfnisse ignorieren sie. Es kann sogar zu einer Rollenkehr innerhalb der Familie kommen.

Sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Fachwelt wird den Kindern psychisch kranker Eltern immer noch zu wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht. Die Probleme werden meist erst dann wahrgenommen, wenn eine Fremdunterbringung der Kinder droht. Aus Angst vor einer Trennung bitten die Eltern erst sehr spät um Unterstützung. Der Tabuisierung psychischer Störungen muss entgegengewirkt werden, damit der Hilfebedarf eher erkannt werden kann bzw. die Betroffenen schneller um Hilfe bitten. Wenn die Erkrankten und ihre Angehörigen nicht mehr verantwortlich gemacht, sondern akzeptiert werden, schweigen sie nicht länger aus Scham und Angst vor Ablehnung.

Neben der Arbeit mit den Kindern und ihren Familien bemühen sich die bestehenden präventiven Hilfsangebote um die Enttabuisierung. Trotz verschiedener Ansätze wird bei allen Projekten deutlich, dass die Kinder Hilfe benötigen. Wichtig ist in jedem Fall die Aufklärung der Kinder und dass sie nicht alleingelassen werden. Die Kinder brauchen

einen Raum, in dem sie Kind sein dürfen. Mit Hilfe von Gesprächen und dem Austausch mit anderen Betroffenen, können sie ihre Lebenssituation besser bewältigen. Die Erfahrungen bestätigen, dass die Angebote für die Kinder sehr hilfreich sind und eine große Bedeutung haben. Es ist deshalb unverständlich, dass in manchen Fällen die Finanzierung nicht gesichert werden konnte bzw. gesichert werden kann. Für die Kinder wäre es wünschenswert und notwendig, dass die Angebote bestehen bleiben und auch in anderen Städten und ländlichen Gebieten aufgebaut werden.

Abschließen möchte ich meine Arbeit mit dem „Aufruf“ einer Betroffenen:

„Die Entlastung der Kinder wird zunehmend schwieriger, gerade in Zeiten, wo das soziale Netz abgebaut und wieder mehr Verantwortung auf die Angehörigen abgewälzt wird. Trotzdem dürfen nicht die Schwächsten unter uns darunter in diesem Maß leiden. Es kann nicht angehen, dass ein Sozialarbeiter dem Kind kein persönliches Gesprächsangebot macht. Mitarbeiter vom Jugendamt sich nur um das physische Wohl der Kinder kümmern oder Klinikmitarbeiter die Kinder wie Luft behandeln! Deshalb nehmen Sie sich bitte jetzt einen Moment Zeit. Denken Sie an die vielen Kinder, die gerade in diesem Augenblick ihrem kranken Elternteil ausgeliefert sind, die sich nicht zu helfen wissen, wenn ihre kranke Mutter oder ihr kranker Vater ununterbrochen schreit, wirres Zeug redet und sie nicht schlafen oder sich auf die Schularbeiten konzentrieren können. Vergessen Sie bitte auch nicht die erwachsenen Kinder, die die elterliche Erkrankung zwar physisch überlebt haben, aber die nicht mit ihrer Situation fertig geworden sind. Viele sind verzweifelt, verbittert und teilweise selbst psychisch erkrankt. In ihrem Namen möchte ich an Sie appellieren: Schauen Sie zukünftig nicht weg, sondern schauen Sie genau hin, damit Sie die Kinder nicht wieder übersehen. Sprechen Sie mit anderen Menschen über dieses Thema. Setzen Sie sich in Ihrem Umfeld für Hilfsangebote ein. Kümmern Sie sich um diese Kinder, denn die Kinder sind auf Ihre Hilfe angewiesen. Geben Sie ihnen ein bisschen zwischenmenschliche Wärme, ein nettes, aufmunterndes Wort. Zeigen Sie den Kindern, dass Sie sie nicht vergessen haben! (Beeck, K. 2001)

10. Literaturverzeichnis

Bathe, S.: Die einzige Vertraute. In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001, S. 38-42

Bathe, S.: Mit der Psychiatrie groß werden – ein Erfahrungsbericht. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.) 1996, S. 35-38

Baumann, K. K.: „Ver-rückte Kindheit“. Probleme und Hilfsmöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern, Marburg 2000

Bayrische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Hg.): Hilfen für seelisch kranke Eltern und ihre Kinder. Tagungsbericht vom 21.11.97, München 2001

Beckmann, O./Szylowicki, A.: Patenschaften für Kinder psychisch kranker und/oder junger Mütter. Auswertung des Modellprojektes zur flexiblen familiären Krisenintervention, Hamburg 2001

Beckmann, O.: Aurn – ein Projekt lernt laufen, Hamburg 1999

Beck-Texte (Hg.): Bundessozialhilfegesetz, München 2001

Beck-Texte (Hg.): Jugendrecht, München 1999, 23. überarbeitete Auflage

Beeck, K.: Aufwachsen im Wechselbad der Gefühle. In: Einblick, Heft 1/2001, S. 6-17

Beitler, H./Beitler, H.: Psychose und Partnerschaft, Bonn 2000

Bern, K.: Eine beängstigende Krankheit. In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001, S. 12-24

Brandes, U. u.a.: Klinik? – Aber nicht ohne mein Kind. In Psychiatrische Praxis, Heft 3/2001, S. 147-151

Broekmann, B.: „Damit sie wieder was zu lachen hat!“ Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Entwicklungsbeeinträchtigungen, 2003, Internet: www.ipsis.de

- Brümmer-Hesters, M. : Arbeitskonzept der Kinderwohngruppe KOLIBRI, unveröffentlicht
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland, Bonn 1998
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland, Bonn 2002
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.): Auch Kinder sind Angehörige – Dokumentation einer Fachtagung, Bonn 1996
- Bürgermeister, U./Jost, A.: Kinder schizophrener Mütter. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 30. Jg. Heft 2/2000, S. 3-7
- Christiansen, V./Pleininger-Hoffmann, M.: Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Familiensysteme. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) 2001, S. 65-72
- Deger-Erlenmaier, H./Tietze, E./Walter, K. (Hg.): Jetzt will ich's wissen. Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker, Bonn 1997, 2. korrigierte Fassung
- Deger-Erlenmaier, H./Walter, K./Maß, E.: Die Angehörigenbewegung in Deutschland. In: Deger-Erlenmaier u.a. (Hg.) 1997, S. 161-167
- Deneke, C.: Besser früh betreuen als später behandeln. Erfahrungen einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. In: Matzejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001 a, S. 87-91
- Deneke, C.: Präventive Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Säuglingen. In: Romeike, G./Imelmann, H. (Hg.): Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie, Weinheim 1999, S. 149-162

Deneke, C.: Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. In: pro familia magazin – Sexualpädagogik und Familienplanung, Heft 4/1995, S. 5-7

Diakonieverein im Diakonischen Werk Mannheim e.V.: Kinderprojekt Mannheim. Kinder mit psychisch kranken Eltern. Hilfen für Eltern und Kinder. Vernetzung von Ressourcen. Abschlussbericht, Mannheim 2001

Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Auryngruppen“). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50. Jg., 2001, S. 560-568

Ebner, J./Raiss, S.: Kinderprojekt Mannheim: Kinder mit psychisch kranken Eltern - Hilfen für Eltern und Kinder Vernetzung von Ressourcen. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) 2001, S. 88-102

Erhardt, K.: Vorstellung der Kinderprojektes AURYN, Frankfurt am Main anlässlich der Fortbildung „Psychisch krank – die Probleme der Kinder“ im Fortbildungszentrum des LWV Hessen am 15.05.2001, ergänzt 2002

Familie H: Familienbande. In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001, S. 48-56

Felder, W.: Probleme beim Schutz von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik, 70. Jg., Heft 4/2001, S. 353-362

Glenn, P./Stiels-Glenn, M.: Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation bei der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Müttern oder Vätern. In: Sozialmagazin, 28. Jg., Heft 4/2003, S. 23-31

Groenewald, Uwe: Die vergessenen Kinder. Pressedienst vom 27.08.2002. Internet: www.uke.uni-hamburg.de

Gundelfinger, R.: Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? In: Kindheit und Entwicklung, Heft 6/1997, S. 147-151

Gundelfinger, R.: Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung eines Elternteiles? In: Pro juventute, Heft 1/1995, S. 4-7

Hartmann, R./Schneider, M./Franken, S.: Kindergruppe Windlicht, Hamburg 2000

Hartmann, R./Franken, S.: Auswertung „Kindergruppe Windlicht I.“ des Margaretenhortes, Hamburg 2000

Heim, S.: ...und (k)einen Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) 2001, S. 73-76

Hoffmann-Richter, U./Finzen, A.: Die häufigsten psychischer Erkrankungen. In: Deger-Erlenmaier u.a. (Hg.) 1997, S. 11-33

Institut für soziale Arbeit (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, Soziale Praxis Heft 21, Münster 2001

Institut für soziale Arbeit: Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Zwischenbericht – Methodischer Zugang, ISA-Materialien, Münster 2000

Jun, G.: „Meine Mutter ist sehr anders – und das soll eine Krankheit sein?“ Die Psychose einer Mutter im Erleben ihres Kindes. In: Schneider, D. (Hg.): Spinnt die Frau? Ein Lesebuch zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie, Bonn 1993, S. 122-133

Kempf u.a.: Mutter-Kind-Behandlung im Rahmen gemeindepsychiatrischer Pflichtversorgung. In: Psychiatrische Praxis, Heft 3/2001, S. 123-127

Kinderprojekt Aurnyn Frankfurt. Fachstelle zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Konzept, Frankfurt 1998

Knuf, A.: „Mit meiner Mutter stimmt was nicht“. Die vergessenen Kinder seelisch kranker Eltern, 2003, Internet: www.beratung-und-fortbildung.de, überarbeitete Fassung des Artikels in Psychologie Heute, Heft 6/2000

Koch-Stoecker, S.: Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) 2001, S. 48-64

Küchenhoff, B.: Kinder psychisch kranker Eltern. Die Unterstützung ist eine Aufgabe für die Hausärztinnen und Hausärzte. In: Psychiatrie 2/2001 a, S. 1-4

Küchenhoff, B.: Die Betreuung und Unterstützung von Kindern seelisch kranker Eltern. In: Bayrische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Hg.) 2001 b, S. 13-15

Küchenhoff, B.: Betreuungslücken in der Unterstützung von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil – eine Studie. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.) 1996, S. 49-57

Landeswohlfahrtsverband Baden (HG.): Vorbeugende Jugendhilfe für Kinder akut und chronisch kranker Eltern. Kinderprojekt Auryn. Projektabschlussbericht, Karlsruhe 1999

Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H.: Psychisch auffällige Eltern – Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? In: Zeitschrift für Familienforschung, Heft 4/1992, S. 22-48

Lazarus, H.: Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorgerechtsfrage. In: Soziale Psychiatrie, Heft 3/2003, S.22-26

Leidner, M.: Das Schweigen brechen. Die Kindergruppen des Modellprojektes AURYN. In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001, S. 144-147

Lisofsky, B.: Wenn Mama durcheinander ist..., 2003, Internet: www.familienhandbuch.de

Mattejat, F.: Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50. Jg., 2001 a, S. 491-497

Mattejat, F.: Kinder mit psychisch kranken Eltern – Was wir wissen, und was zu tun ist. In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001 b, S. 66- 78

Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker, Bonn 2001, 3. Auflage

Mattejat, F.: Kinder mit psychisch kranken Eltern- eine aktuelle Standortbestimmung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hg.) 1996, S. 9-34

Meyer, C. u.a. Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 Jg., 2001, S. 525-536

Münder, J.: Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern. Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz, Berlin 1994

P., A.: Die Depression ist eine Dame in Schwarz. In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001, S. 31-37

Pro juventute (Hg.): Wenn Dein Vater oder Deine Mutter in psychiatrische Behandlung müssen... Mit wem kannst Du dann eigentlich reden? Informationen für Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren, Zürich 1998 a, 2. Auflage

Pro juventute (Hg.): Wenn Dein Vater oder Deine Mutter psychische Probleme haben... Informationen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, Zürich 1998 b, 2. Auflage

Pro juventute (Hg.): Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme haben... Wie geht es dann den Kindern? Informationen für Eltern, Zürich 1998 c, 2. Auflage

Raschle, A.: Kinder – vergessene Angehörige psychisch kranker Mütter und Väter. Betrachtungen zur Lebenssituation dieser Kinder und Handlungsimplicationen für die Sozialarbeit in der Erwachsenenpsychiatrie, Bern 2001

Remschmidt, H./Mattejat, F: Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; 43. Jg., 1994 a, S. 295-299

Remschmidt, H./Mattejat, F.: Kinder psychotischer Eltern – Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, Göttingen 1994 b

Rey, E.-R./Thurm, I.: Schizophrenien. In: Reinecker, H. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen, Göttingen 1990, S. 361-381

Rüth, U.: Gutachterliche Probleme beim Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47. Jg., 1998, S. 486-498

Salomon, I.: Rechtzeitig den stummen Schrei nach Hilfe hören. Tagung über die Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern, 2003, Internet: www.hilfe-hd.de

Schmitt-Schäfer, T./ Lisofsky, B.: Hilfsangebote für die Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychosoziale Umschau 2/2000, S. 12-14

Schone, R./ Wagenblass, S.: Wenn Eltern psychisch krank sind...Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster, Münster 2002

Schone, R./ Wagenblass, S.: Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema – Stand und Perspektiven. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) 2001, S. 9-18

Schone, R.: Die Unterstützung der Familie hat Vorrang. Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch Kranke. In: Mattejat, F./ Lisofsky, B. (Hg.) 2001, S. 107-117

Schuhmann, K.: „Auryn gibt mir Sicherheit“ – ein Beispiel aus der Projektarbeit, 2003, Internet: www.hage.de

Seelhorst, R.-M.: Akzeptanz oder Ablehnung von Hilfe. In: Deger-Erlenmaier u.a. (Hg.) 1997, S. 83-88

Soliman, T.: Wahnsinns-Kinder. Wenn die Eltern psychisch krank werden, 37 Grad 09.10.2002. Internet: www.zdf.de

Sollberger, D: Psychotische Eltern –verletzliche Kinder. Zu Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern, Bonn 2000

Sommer, R./Zoller, P./Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation. In: : Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50. Jg., 2001, S. 498-512

Stöger, P.: Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern. Ihre Einbeziehung sollte zum Alltag sozialpsychiatrischer Arbeit gehören. In: Psychosoziale Umschau Heft 2/1996, S. 8-10

Stöger, P./Mückstein, E.: Die Kinder der Patienten – Versuch einer Prävention. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 2/1995, S. 27-31

Szylowicki, A.: Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) 2001, S. 103-117

T., T.: „Eine Art Beziehung aus der wir beide etwas schöpfen“. Die Suche eines Sohnes nach der Mutter. In: Bock, T./Deranders, J. E./Esterer, I.: Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn, Bonn 1994, S. 50-53

Tatzer, E./ Krisch, K./ Hanich, R.: Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie; 43. Jg., 1994, S. 170-174

Tom, P.: Trauma-Bericht Pia Tom, Internet: www.kuckuck./solution.de, 2003

Trenczek, T.: Recht und Praxis der Jugendhilfe – Rechtsstellung der Eltern, Inobhutnahme und Hilfen zur Erziehung. In: Recht und Praxis der Jugendhilfe, 86. Jg., Heft 10/1999, S. 369-377

Verdegaal, I.: Präventive Betreuungsangebote in den Niederlanden. In: Pro juventute, Heft 1/1995, S. 10-12

W., S.: Rollenwechsel. In: Mattejat, F./Lisofsky, B. (Hg.) 2001, S. 25-30

Wagenblass, S.: „...wenn Kinder psychisch kranke Eltern haben“. In: Institut für Soziale Arbeit (Hrsg.): Hauptsache gesund...Zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen. ISA-Kongress 3.-5. September 2001 in Wuppertal. Tagungsdokumentation, Münster 2002, S.71-78

Wagenblass, S.: Biografische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Zeitschrift Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50. Jg., 2001 a, S. 513-524

Wagenblass, S.: Kinder psychisch kranker Eltern – eine vernachlässigte Zielgruppe von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: AJS Info, 8. Jg., Heft 1/2001 b, S. 2-6

Wagenblass, S.: Workshop 2 „Kinder psychisch kranker Eltern“ auf der Fachveranstaltung „Weggehen, um heimzukommen“. Caritasverband Frankfurt am 21.11.2001, 2001 c
Internet: www.isa.de

Wagenblass, S./Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. In: Zeitschrift Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50. Jg., 2001 a, S. 580-589

Wagenblass, S./Schone, R.: Unbekannte Welten – die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. In: ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2001 b, S. 128-138

Wagenblass, S.: Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Forschungsnotiz. In: Forum Erziehungshilfen, 6. Jg., Heft 2/2000, S. 103-105

Wüthrich, C./Mattejat, F./Remschmidt, H.: Kinder depressiver Eltern. In: Kindheit und Entwicklung, Heft 6/1997, S. 141-146

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Hildesheim, 2003

Mirja Brunck