

Aus dem Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel

Diplomarbeit zum Thema:

Kinder psychisch kranker Eltern

Dipl.-Arbeit für die Prüfung zum Erwerb
des akademischen Grades

Dipl. Sozialarbeiterin / -Sozialpädagogin

eingereicht von: Ruth Neubauer

aus: Schwalmstadt / 21.04.2005

Erstgutachter:

Dr. Georg Ernst

Zweitgutachter:

Dr. Lothar Nellessen

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Stand der Forschung	7
3	Krankheitsbilder	15
3.1	Schizophrenie	15
3.2	Affektive Störungen	17
3.3	Psychische Erkrankungen im Wochenbett	23
3.4	Angst- und Zwangsstörungen	23
4	Situation der erkrankten Eltern	25
5	Zur Lebenssituation der Kinder und Folgen der elterlichen Erkrankung	28
5.1	Einflussfaktoren	28
5.2	Wahrnehmen und Erleben der elterlichen Erkrankung	29
5.2.1	Desorientierung	32
5.2.2	Angst	34
5.2.3	Schuld- und Schamgefühle	36
5.2.4	Tabuisierung	37
5.2.5	Verantwortungsübernahme und Parentifizierung	40
6	Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte und alterspezifische Folgen der Erkrankung	43
6.1	Einführung in die Bindungstheorie	43
6.2	Säuglings- und Kleinkindalter	49
6.3	Kinder im Schulalter	52
6.4	Jugendalter	54
6.5	Psychosoziale Spätfolgen im Erwachsenenalter	55

7	Salutogenese und Resilienz	58
8	Rechtliche Rahmenbedingungen	62
8.1	Elterliche Sorge und Kindeswohlgefährdung.....	62
8.2	Leistungen der Jugendhilfe	67
9	Handlungsmöglichkeiten sozialer Arbeit	72
9.1	Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern	73
9.2	Patenschaften.....	76
9.3	Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern	77
9.4	Betreute Wohneinheiten für Mutter / Vater und Kind	78
9.5	Präventive Arbeit mit Müttern und Kleinkindern	79
9.6	Betreuungshilfe	79
9.7	Sozialpädagogische Familienhilfe.....	80
9.8	Selbsthilfe- und Angehörigengruppen.....	80
10	Fazit	82
	Literaturverzeichnis.....	85
	Anhang	95
	Erklärung.....	113

1 Einleitung

„Jeder Tag ist ein Krimi.“ Mit diesen Worten beschreibt ein Kind seinen Alltag, dessen Mutter an einer schizo-affektiven Psychose erkrankte als es elf Jahre alt war. (vgl. Familie H. 2004: 53)

In Deutschland begeben sich ca. 1,6 Millionen Menschen jährlich in fachärztliche psychiatrische Behandlung. Dies entspricht etwa drei Prozent der Gesamtbevölkerung über 21 Jahre. (vgl. Deger-Erlenmaier 1997: 9) Vor allem schwere psychische Erkrankungen bedeuten oft einen tiefen Einschnitt in die bisherige Lebenssituation und können diese erheblich und nachhaltig verändern.

Von der Erkrankung sind unmittelbar auch die Familienangehörigen und ihre Beziehungen untereinander betroffen, vor allem, wenn die Erkrankung mit einer Veränderung der Persönlichkeit einhergeht. Aus diesem Grund werden seit den 80er Jahren verstärkt auch die Angehörigen in die Behandlung der Patienten mit einbezogen. Dies betrifft jedoch in erster Linie die erwachsenen Angehörigen (Partner, Eltern, Geschwister). Dass psychisch kranke Menschen auch Eltern sind, wurde und wird häufig vergessen oder nur am Rande zur Kenntnis genommen. Erst seit Beginn der 90er Jahre zeichnet sich eine Perspektivenerweiterung ab, die zunehmend auch die Kinder als betroffene Angehörige in den Blick nimmt.

Es liegen wenig Kenntnisse über die Zahl der Kinder vor, die in einer Familie leben, in denen Eltern psychisch erkrankt sind. Schätzungen gehen von ca. 200.000 - 500.000 minderjährigen Kindern in Deutschland aus. (vgl. Renschmidt / Mattejat 1994a: 5) Angesichts der Belastungen, die mit einer psychischen Erkrankung für das nahe Umfeld verbunden, sind stellt sich die Frage, welche Bedeutung die psychische Krankheit für die Kinder hat und ob die Eltern eine Erziehung gewährleisten können, die den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Entwicklung angemessen ist.

Die vorliegende Diplomarbeit zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ geht der zentralen Frage nach, unter welchen spezifischen Bedingungen die betroffenen Kinder aufwachsen und wie sich die Erkrankung der Mutter oder des Vaters auf sie auswirkt. Dabei geht es nicht nur um mögliche langfristige Folgen für die Entwicklung der Kinder, sondern auch darum, unter welchen Bedingungen eine gesunde Entwicklung trotz der vorhandenen belastenden Lebensumstände möglich ist.

Im Anschluss an einen Überblick zum aktuellen Stand der Forschung stelle ich verschiedene psychische Krankheitsbilder, ihre Auswirkungen auf die Lebensbedingungen und die Beziehungsfähigkeit der Eltern dar. Ich beziehe mich in dieser Arbeit in erster Linie auf Kinder von Eltern mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, d. h. solche, die mit einer Veränderung der Persönlichkeit und einem Verlust des Realitätsbezugs einhergehen. Dies betrifft vor allem schizophrene und affektive Psychosen. Da auch Angst- und Zwangerkrankungen gravierende Auswirkungen auf die Lebensführung haben, sind sie ebenfalls aufgenommen. Die Thematik betrifft in erster Linie Familien mit einem erkrankten Elternteil, da eine Erkrankung beider Elternteile seltener der Fall ist. Um einen überschaubaren Rahmen zu gewährleisten, wird lediglich auf die grundlegenden und charakteristischen Symptome der Erkrankungen eingegangen. Ich orientiere mich an der offiziell anerkannten Symptomeinteilung der ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen).

Der nächste Teil der Arbeit beschreibt die Lebenssituation der Kinder und die Folgen der elterlichen Erkrankung. Im Anschluss an die charakteristischen Belastungen der Kinder stelle ich spezifische Auswirkungen auf die verschiedenen Altersphasen dar. Es wird aufgezeigt, dass die elterliche psychische Erkrankung nicht nur die Kindheit betrifft, sondern darüber hinaus auch bis ins Erwachsenenalter Bedeutung hat. Die Beziehung zu den Eltern steht

innerhalb diesem Thema im Mittelpunkt, aufgrund dessen wird eine Einführung in die Bindungstheorie gegeben.

Kinder haben aufgrund der Erkrankung der Eltern eine erhöhte Gefährdung, selbst zu erkranken oder Auffälligkeiten zu entwickeln. Dies ist jedoch nicht zwangsläufig der Fall. Im nächsten Kapitel geht es um die zentrale Frage, was Kinder gesund erhält und welche Einflüsse eine positive Bewältigung der Erkrankung ermöglichen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen und Leistungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, die im Falle einer Kindeswohlgefährdung greifen, werden im nächsten Punkt ausgeführt. Diese kommen zum Tragen, wenn Eltern aufgrund der psychischen Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, eine ausreichende und angemessene Versorgung und Pflege der Kinder zu gewährleisten.

Abschließend werden verschiedene Handlungsmöglichkeiten sozialer Arbeit dargestellt. Es wird dabei ein Überblick über unterstützende Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familien gegeben. Im Anhang zur Arbeit finden sich Adressen von Einrichtungen und Anlaufstellen zur Thematik sowie ein Leitfaden für Eltern und Fachleute zum Umgang mit den betroffenen Kindern.

2 Stand der Forschung

Erste Untersuchungen über die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung der Eltern auf ihre Kinder finden sich in der Literatur bereits um 1930.¹ In der Folgezeit wurde das Thema vereinzelt von verschiedenen Fachvertretern u. a. aus Amerika, der Schweiz, Holland und Deutschland aufgegriffen und Forschungsprojekte initiiert, zu nennen ist dabei vor allem Michael Rutter. Er publizierte die Ergebnisse seiner Untersuchung von Kindern sowohl körperlich als psychisch kranker Eltern 1966 unter dem Titel „Children of sick parents“. (vgl. Mattejat 2001: 491 f.)

Dennoch blieb die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ lange Zeit am Rande und war im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit kaum präsent. (vgl. Mattejat 2001: 494) R. Gundelfinger beschrieb die Unterstützungsmöglichkeiten für die betroffenen Kinder Anfang der 90er Jahre noch als: „... isolierte Bemühungen von Einzelkämpfern ohne institutionelle Unterstützung“. (Gundelfinger 2004: 175)

Der Kongress „Hilfen für die Kinder psychisch Kranker“ (veranstaltet durch den Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen und dem Angehörigenverband) machte 1996 erstmals öffentlich auf die Belange und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam. Es wurde aufgezeigt, dass die Kinder zum Teil tief greifend von der Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind und oft unter extremen Belastungen leben. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 11) Seither ist eine steigende Anzahl von Publikationen, Forschungsprojekten, Fachtagungen und Symposien sowie Initiativen von Hilfs- und Bewältigungsangeboten zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern entstanden.

¹ Die Amerikaner Preston und Antin führten eine empirische Erhebung an Kindern psychotischer Patienten des Maryland State Hospitals durch, allerdings konnten bei den Kindern keine besonderen Probleme festgestellt werden. (vgl. Mattejat 2001: 491)

Die wichtigsten Forschungsansätze, die Auskunft darüber geben, welche Aspekte in Bezug auf Kinder von psychisch erkrankten Eltern zu berücksichtigen sind, sind kinder- und jugendpsychiatrische Studien (insbesondere die „High-Risk“-Forschung), Untersuchungen mit genetischer Fragestellung, sozialpsychiatrische und familientheoretische sowie juristische Forschungen. Die sozialpädagogische Forschung bezüglich der Lebenslagen von Kindern psychisch kranker Eltern und eine darauf aufbauende konzeptionelle Diskussion im Hinblick auf Kompetenzen und Angebote der Jugendhilfe stehen bisher noch am Anfang. (vgl. Schone / Wagenblast 2002: 21)

Genetische Studien

Genetische Untersuchungen verfolgen die Frage, welche Rolle die Vererbung bei der Entstehung von psychotischen Erkrankungen spielt und in welcher Häufigkeit diese bei Verwandten verschiedenen Grades auftreten. Die Wirksamkeit genetischer Einflüsse wird durch Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien bestätigt. Die Studien zeigen, dass das Risiko für Kinder psychisch kranker Eltern (teile), selbst psychisch krank zu werden, signifikant höher ist (etwa zehnfach erhöht) als für Kinder mit gesunden Eltern. (vgl. Mattejat 2004: 67) Während das Risiko der Gesamtbevölkerung, im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken, bei ca.1% liegt, beträgt es bei Kindern mit einem schizophren erkrankten Elternteil 10 bis 15%. Sind beide Eltern erkrankt, erhöht sich das Risiko auf 35 bis 50%. Die Rate depressiver Erkrankungen bei Kindern depressiver Eltern liegt bei 23 bis 38% gegenüber einer Lebenszeitprävalenz von 5,8%. (vgl. Remschmidt / Mattejat 1994 a: 70; Pretis / Dimova 2004: 32) Das Erkrankungsrisiko sinkt deutlich mit abnehmender Nähe der Verwandtschaft. Kinder psychisch kranker Eltern haben darüber hinaus ein deutlich erhöhtes Risiko, an anderen psychischen Störungen zu erkranken. (vgl. Remschmidt / Mattejat 1994 a: 50; Mattejat 2004: 68)

Erbliche Faktoren spielen eine bedeutende Rolle, jedoch kann die Manifestation einer psychischen Erkrankung nicht allein darauf zurückgeführt werden. Gestützt wird dies durch die Tatsache, dass nicht alle Kinder einer Familie, die unter denselben Lebensbedingungen zur gleichen Zeit in einer Familie aufwachsen, auch selbst erkranken. (vgl. Serbanescu 1993: 655 f.)

High-Risk-Forschung

Die High-Risk-Forschung geht davon aus, dass für Kinder psychisch kranker Eltern eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, selbst einschlägig zu erkranken. Hintergrund dieser Annahme ist, dass ein hoher Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sich in psychiatrischer Behandlung befinden Eltern hat, die ebenfalls psychisch krank sind oder waren. (vgl. Remschmidt / Mattejat 1994a: 15)

Der Forschungszweig verfolgt das Ziel, Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko genau zu beschreiben, um Merkmale und Indikatoren (Vulnerabilitätsmarker) zu ermitteln, die diese Gruppe von einer Kontrollgruppe unterscheidet. Dabei werden gleichermaßen genetische, biochemische, neurophysiologische, lern- und interaktionstheoretische sowie entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt. Neben der Ermittlung von Risikofaktoren geht es zentral um die Frage, welche präventiven und protektiven Faktoren die Kinder vor einer solchen Erkrankung schützen können. (vgl. Schone / Wagenblast 2001: 11)

Bei den betroffenen Kindern sind gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten festzustellen. Sowohl im kognitiven wie im emotionalen Bereich sind sie erheblich stärker mit psychiatrischen Symptomen belastet und zeigen vermehrt Störungen des Sozialverhaltens. Besonders eindeutig wurde dies für die Kinder schizophrener Eltern nachgewiesen, bei denen zusätzlich

neurologische Auffälligkeiten, Aufmerksamkeits- und Denkstörungen festgestellt wurden. (vgl. Mattejat 2004: 67)

Als weitere Risikofaktoren bzw. biologische Variablen zählen:

- Seitens der elterlichen Erkrankung: Schwere Erkrankung (definiert durch Dauer und Häufigkeit der Episoden), Chronizität, frühe Erkrankung, weibliches Geschlecht (die Erkrankung der Mutter beeinträchtigt die Kinder stärker als die väterliche Erkrankung, dabei insbesondere die Söhne), psychotische Episoden der Mutter (gehäuft vor der Geburt oder kurz danach), Einbezug des Kindes in ein Wahnsystem, zusätzliche psychische Störungen des erkrankten Elternteils, instabile Partnerbeziehungen, Konflikte und Trennung der Eltern, Neigungen zu Alkoholismus, Drogenmissbrauch, Delinquenz.
- auf Seiten des Kindes: perinatale Komplikationen, Schädigungen der Hirnstrukturen und -funktionen, neurologische Auffälligkeiten und Störungen motorischer Funktionen (Feinmotorik), Reifungsverzögerungen, langsame Augenfolgebewegungen, EEG-Auffälligkeiten, Störungen der Aufmerksamkeit und der Informationsverarbeitung, Denkstörungen (gelockerte Assoziationen, Konfabulationen), Störungen der sprachlichen Kompetenz, schwieriges Temperament, geringe intellektuelle und soziale Kompetenzen.
- allgemeine psychosoziale Risikofaktoren: Abwesenheit bzw. mangelnde emotionale Verfügbarkeit des anderen Elternteils, Fehlen außerfamiliärer Bezugspersonen, Trennung des Kindes vom erkrankten Elternteil und seine Unterbringung außerhalb der Familie (Institutionalisierung), mangelnder Familienzusammenhalt, Eltern-Kind-Interaktionsstörungen, Kommunikationsstörungen zwischen den Eltern bzw. innerhalb der gesamten Familie, Vorhandensein einer besonders verbal und

physisch aggressiven Familienatmosphäre, hohes emotionales Engagement innerhalb der Familie (emotionaler Interaktionsstil feindselig oder überprotektiv), niedriger sozialer und ökonomischer Status der Familie, Instabilität der Lebensbedingungen, soziale Isolation, belastende Lebensereignisse, Häufung psychischer Erkrankungen in der Familie. (vgl. Remschmidt / Mattejat 1994a: 25 - 49 u. 65 ff.; Deneke 1995: 5 f.)

Die verschiedenen Risikofaktoren treten in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination auf und treffen jeweils nur auf einen Teil der Kinder zu. Des Weiteren sind die einzelnen Faktoren nicht isoliert zu betrachten. Sie stehen in Wechselwirkung miteinander, bedingen und verstärken sich gegenseitig. „Das Vorkommen eines Faktors erhöht die Wahrscheinlichkeit für weitere Faktoren.“ (Mattejat 2004: 69) So führen z. B. psychische Probleme eines Elternteils häufig zu Ehekonflikten, die wiederum die psychischen Probleme verstärken.

Sozialpsychiatrische und familientheoretische Studien

Diese Untersuchungsansätze gehen von einem psychoreaktiven Entstehungsmodell von Psychosen aus. Dabei werden besonders Aspekte der Familiendynamik hervorgehoben und die Erkrankungen z. B. als Ausdruck pathologischer Interaktionsmuster aufgefasst.

Die gewonnenen Befunde belegen, dass sich bei den Kindern psychotischer Eltern die Gefahr für eine psychotische Dekompensation durch belastende Erlebnisse, insbesondere Trennungen und Personenverluste, erhöht. (vgl. Mattejat 2004: 68) Die so genannte „Live-Event“-Forschung geht davon aus, dass eine gewisse Häufung bzw. Intensität der Belastung durch Ereignisse vielfach dazu führt, dass die notwendige Anpassung an diese Veränderung nicht mehr erbracht werden kann und somit psychische und körperliche Erkrankungen wahrscheinlicher werden. Zu diesen

Life-Events zählen sowohl Ereignisse, die in der Regel zum Leben dazu gehören (wie Heirat, Umzug, Arbeitsplatzwechsel, Tod nahe stehender Personen), als auch katastrophale Ereignisse. (vgl. Remschmidt / Mattejat 1994 a: 48 f.)

Anhand der „Expressed-Emotion“ (EE) - Forschung konnte besonders für Schizophrenie festgestellt werden, dass die Manifestation und der Verlauf der Erkrankung davon beeinflusst wird, welcher emotionale Interaktionsstil in den Familien vorherrschend ist. (vgl. Mattejat 2004: 68) Brown und Mitarbeiter untersuchten 1972 anhand eines standardisierten Interviewverfahrens die Äußerungen der Angehörigen schizophrener PatientInnen (meist Mutter, Vater oder Ehepartner) auf die Intensität der ausgedrückten Emotionen hin und erfassten sie in einem Skalenwert. Der Fokus wurde insbesondere auf folgende Komponenten gelegt:

- Kritik (Ausdruck von Missbilligung, Ärger und Abneigung gegenüber dem schizophrenen Patienten, wobei ebenso nonverbale Aspekte wie Betonung und Anheben der Stimme berücksichtigt wurden)
- Feindseligkeit (Missbilligung und Abwertung des Patienten aufgrund überdauernder persönlicher Eigenschaften, z. B. „der ist einfach faul“)
- emotionales Überengagement (Weinen, Äußerungen, die große Sorge und Fürsorglichkeit widerspiegeln, Abhängigkeit des eigenen Zustandes vom Patienten, Aufopferung, große persönliche Einschränkungen durch Aufgabe von Kontakten und Beschäftigung) (vgl. Hahlweg / Dose 1998: 31 f.)

Die Studien erwiesen, dass in Familien, in denen der Umgang miteinander durch ein hohes Maß an emotionalen Überreaktionen gekennzeichnet ist, der Krankheitsverlauf der Patienten ungünstiger als in Familien mit niedrigen EE-Werten ist. Die Rückfallquote ist dabei umso ausgeprägter, je mehr direkter Kontakt besteht. Ein hoher EE-Index ist jedoch nicht schizophreniespezifisch, er findet sich auch

bei anderen Krankheiten (z. B. Affekterkrankungen). (vgl. Scharfetter 1990: 157)

Sozialpädagogische Forschungen

Sozialpädagogische Studien sind bisher nur vereinzelt vorgenommen worden. Die vergleichsweise größte und aktuellste Studie ist das Praxisforschungs- und -entwicklungsprojekt des Instituts für soziale Arbeit e.V. in Münster „Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe - Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und Anforderungen an sozialpädagogisches Handeln“ (August 1999 bis Januar 2002) in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund. Im Rahmen des Projektes wurden psychiatrische Institutionen und regionale Jugendämtern zweier Regionen in Nordrhein-Westfalen (einer Städtischen und einer Ländlichen) untersucht und biographische Interviews mit erwachsenen Kindern geführt. Die Ergebnisse veröffentlichten die Pädagogin S. Wagenblass und der Soziologe und Pädagoge R. Schone 2002 unter dem Titel „Wenn Eltern psychisch krank sind ...“. Die Studien wendeten sich den Lebenswelten und Entwicklungsbedingungen der betroffenen Kinder zu, insbesondere ihrer vorhandenen Bewältigungsressourcen und Selbsthilfepotentiale sowie dem spezifischen Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Weitere Aspekte stellten fachliche Handlungsweisen von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe dar sowie deren Kooperation. (vgl. Institut für soziale Arbeit 2000: 3 ff.)

Ein wesentliches Ergebnis dieser Studie ist, dass die Problematik überwiegend psychisch kranke Mütter betrifft. Obwohl der Anteil von männlichen und weiblichen Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen nahezu gleich verteilt ist, so ist der Anteil der Mütter mit minderjährigen Kindern (70%) deutlich größer als der Anteil der Väter (30%). (vgl. Wagenblass 2003a: 209 f.) Dies ist u. a. auf das unterschiedliche Alter von Männern und Frauen zum Zeitpunkt des

ersten Auftretens der Beeinträchtigung zurückzuführen. Da vor allem schizophrene Erkrankungen in der Regel bei Frauen später auftreten (zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr, im Vergleich zu Männern zwischen 15 und 35 Jahren) (vgl. Scharfetter 1990: 123), liegt die Familiengründungsphase häufig vor der Manifestation der Erkrankung. Des Weiteren stellen hormonelle Veränderungen der Frau, z. B. in der Pubertät, prämenstruellen Phase, Schwangerschaft, Wochenbett und den Wechseljahren ein erhöhtes Erkrankungsrisiko dar. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 68 f.)

Juristische Forschungen

Die juristische Forschungsperspektive verfolgt vor allem die Frage, welche rechtlichen Handlungsmöglichkeiten bestehen, wenn psychisch kranke und geistig behinderte Eltern ihr elterliches Sorgerecht aufgrund der Beeinträchtigung nicht angemessen ausüben können und dadurch Gefahren für das Wohl der Kinder entstehen, bzw. die Eltern nicht in der Lage sind, aus eigenen Kräften das Wohl ihrer Kinder zu sichern. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 23)

Dies wurde insbesondere im Rahmen einer rechtstatsächlichen Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums der Justiz bearbeitet. Die Untersuchung verfolgt die Frage, nach welchen Gesetzesvorschriften in Fällen der Gefährdung des Kindeswohls das Sorgerecht psychisch kranker Eltern eingeschränkt werden kann, wie rechtliche Beziehungen in konflikthaften Situationen zu gestalten sind und ob die Anwendung der Rechtsvorschriften der Situation psychisch kranker Eltern und deren Kindern gerecht wird. (vgl. Münder 1995: 89 ff.)

3 Krankheitsbilder

Im Folgenden sollen die wesentlichen und charakteristischen Symptome der psychischen Erkrankungen erläutert werden. Die Darstellung erhebt dabei nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und setzt gewisse Grundkenntnisse voraus. Ich orientiere mich im Wesentlichen an der aktuellen und offiziellen Diagnoseklassifikation der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), Abschnitte F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), F3 (Affektive Störungen), F53 (psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett) und F40 - F42 (Phobische Störung, andere Angststörungen und Zwangsstörung). (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 41 - 47)

3.1 Schizophrenie

Schizophrene Erkrankungen zeichnen sich vor allem durch grundlegende Veränderungen von Denken, Fühlen und Wahrnehmen aus. Sie betreffen die gesamte Persönlichkeit und beeinträchtigen die Grundfunktionen, die dem Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben. Gesunde Anteile bleiben dabei durchaus erhalten, die Klarheit des Bewusstseins und intellektuelle Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 103)

Schizophrene Denkstörungen sind gekennzeichnet durch die Lockerung der Assoziationen. Die Logik der Denkw Zusammenhänge geht verloren, das Denken wird unklar, verschwommen und sprunghaft. Im Zuge dessen wird der sprachliche Ausdruck oft unverständlich, es kann zu Begriffszerfall oder -verschiebung, Neologismen oder Mutismus kommen. (vgl. Finzen 1995: 51 f.)

Die ‚Ich-Grenze‘ kann verwischen, d. h. die Gewissheit der Selbstidentität und Einheitlichkeit der eigenen Person gehen verloren. Der schizophrene Mensch fühlt sich verändert, fremd, teils unreal und von außen beeinflusst. Dies kann sich auf einzelne Körperteile oder eigene Aktivitäten im Denken, Fühlen und Handeln beziehen. Es kommt zu Erlebnissen der Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, des Gedankenlautwerdens oder Gedankenentzugs. Des Weiteren können Halluzinationen aller Sinnesmodalitäten auftreten, charakteristisch sind kommentierende oder dialogische Stimmen, die der erkrankte Mensch in der dritten Person über sich und sein Verhalten sprechen hört. Die Realitätsauffassung ist verändert und zeichnet sich durch eine starke ‚Ich-Bezogenheit‘ aus. Wahrnehmungen und Geschehnisse erlangen besondere, im Widerspruch zur Wirklichkeit stehende Bedeutung. Am häufigsten treten Verfolgungs- und Beeinflussungswahn, Vergiftungswahn, Größen- oder Liebeswahn auf. (vgl. Scharfetter 1990: 31 f.) Diese Symptomatik wird zusammenfassend auch als Produktiv- oder Plus-Symptomatik bezeichnet, Störungen der Intentionalität und des Antriebs (Antriebsminderung, sozialer Rückzug), der Affektivität (Affektverflachung) und Psychomotorik dagegen als Minus- oder Negativ-Symptomatik. (vgl. Gaebel / Falkai 1996: 89)

Die Stimmungen und Gefühlszustände des schizophrenen Menschen sind durch Uneinheitlichkeit und Ambivalenz gekennzeichnet. Die Affekte sind abgeflacht, instabil oder inadäquat, die affektive Schwingungsfähigkeit ist meist eingeschränkt. Ambivalenz und Antriebsstörungen können als Trägheit oder Negativismus erscheinen, im Extrem wirken die Erkrankten apathisch oder vollkommen gleichgültig. Oft treten bereits in frühen Stadien Symptome und Verhaltensweisen wie Interessensverlust an der Arbeit, sozialen Aktivitäten, dem persönlichen Erscheinungsbild und der Körperhygiene sowie Selbstversunkenheit auf. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 104 f.) Aufgrund von sozialem Rückzug

und emotionaler Isolation können zwischenmenschliche Beziehungen kaum oder nur unter großen Schwierigkeiten aufrechterhalten werden.

Psychomotorische Störungen lassen den Erkrankten steif und starr erscheinen, der gesamte Bewegungsablauf kann verlangsamt sein bis hin zur Regungslosigkeit (Stupor). Ebenso können motorische Unruhe und Erregungszustände, Grimassieren sowie stereotype Bewegungen auftreten. (vgl. Hahlweg / Dose 1998: 3)

Die Schizophrenie manifestiert sich überwiegend in der ersten Lebenshälfte. Beide Geschlechter sind etwa gleich häufig betroffen, wobei Frauen im Allgemeinen später erkranken. (vgl. Scharfetter 1990: 123) Bezüglich der Prognose zeigen Langzeitstudien, dass es bei etwa einem Drittel der Erkrankten zur vollständigen Remission kommt, ein Drittel erlebt rezidive Episoden, bleibt jedoch sozial integriert, ein weiteres Drittel erkrankt chronisch. Im Langzeitverlauf steht im Besonderen die Minussymptomatik im Vordergrund. (vgl. Gaebel / Falkai 1996: 94)

Die ICD-10 unterteilt schizophrene Erkrankungen in verschiedene Unterformen (paranoide, hebephrene, katatone, undifferenzierte Schizophrenie, Schizophrenia simplex). Weiterhin werden schizotype Störungen (wobei Halluzinationen, Wahn und schwere Verhaltensstörungen fehlen), wahnhaftige Störungen (anhaltende und akute vorübergehende) und schizoaffektive Störungen (episodische Störungen, in denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in derselben Krankheitsphase auftreten) benannt. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 101 ff.)

3.2 Affektive Störungen

Die Hauptsymptome der affektiven Störung (früher: manisch-depressive Erkrankung) bestehen in einer Veränderung der Stimmung

und Affektivität. Sie äußern sich in Form von Depressionen (mit oder ohne begleitende Angst) oder gehobener Stimmung (Manie). Der Stimmungswechsel geht in der Regel mit einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus einher. Die Erkrankung kann von formalen und inhaltlichen Denkstörungen begleitet sein. Affektive Störungen verlaufen in sich wiederholenden, zeitlich abgesetzten Phasen, die in der Regel vollständig remittieren. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 131) Es wird zwischen unipolaren (Krankheitsbilder mit ausschließlich depressiven oder manischen Phasen) und bipolaren (abwechselnde manische bzw. depressive Krankheitsphasen) Störungen unterschieden. (vgl. Tölle 1996: 236) Affektive Störungen sind mit einem Lebenszeitrisko von durchschnittlich 8,3% keine seltenen Erkrankungen. Obwohl für Einzelerkrankungen eine relativ gute Prognose besteht, kommt es häufig (in 20% der Erkrankungen) zur Chronifizierung. (vgl. Pretis / Dimova 2004: 32; Felber 1996: 107)

Depressive Episode

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Derzeit sind schätzungsweise fünf Prozent der Bevölkerung in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt. (vgl. Hegerl 2004: 2.1)

Depressive Erkrankungen zeichnen sich vor allem durch gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit und Interessenverlust aus. Sie sind dabei deutlich zu unterscheiden von Gefühlen der Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit, die bei allen Menschen hin und wieder auftreten. Der depressive Gefühlszustand ist eher zu verstehen im Sinne ‚innerer Leere‘ und ‚Gefühllosigkeit‘, welche die gesamte Affektivität betrifft. Depressiv kranke Menschen sprechen häufig davon, dass sie nichts mehr bewegt und sie Freude, Mitleid, Liebe oder andere Gefühle nicht oder kaum mehr empfinden können.

(vgl. Wolfersdorf 2000: 17) Die emotionale Reagibilität ist erheblich eingeschränkt und die erkrankten Personen sind nicht mehr in der Lage, situativ mitzuschwingen. Für Angehörige können sie deshalb oft gefühllos, distanziert und nicht beziehungsfähig erscheinen. (vgl. Felber 1996: 109)

Die ICD-10 unterscheidet verschiedene Schweregrade einer Depression (früher: endogene Depression) und unterteilt diese in leichte, mittelgradige und schwere Episoden. Die depressive Episode wird in der Regel von einer Verminderung des Antriebes, der Konzentrationsfähigkeit, der Aufmerksamkeit und einer erhöhten Ermüdbarkeit nach nur kleinen Anstrengungen begleitet, was zu einer deutlichen Aktivitätseinschränkung führt. Selbst alltägliche Verrichtungen und Aufgaben werden als Überforderung erlebt. Die erkrankte Person ist nicht oder nur sehr begrenzt in der Lage, soziale, häusliche und berufliche Tätigkeiten fortzuführen. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 139) Die Bewegungen sind oft verlangsamt, Ausdruck und Mimik wirken reglos. Mit der Hemmung ist häufig eine quälende innere Unruhe und Agitiertheit verbunden, der Mensch wirkt fernab und unerreichbar. Schwere psychomotorische Hemmungen können sich bis zum Stupor steigern. (vgl. Tölle 1996: 236 ff.)

Die Symptome sind häufig von einer diffusen, bedrückenden Angst begleitet. Vegetative Veränderungen zeigen sich vor allem in deutlichem Appetitverlust, Libidoverlust und Schlafstörungen. Die Symptomatik manifestiert sich in frühmorgendlichem Erwachen und einem charakteristischen Morgentief. Das negative Selbstkonzept in einer depressiven Episode zeichnet sich durch ein stark vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit sowie pessimistische Zukunftsperspektiven aus. Depressiv Erkrankte sind die Gruppe mit der größten suizidalen Gefährdung. Es kommt häufig zu Selbstverletzungen. Suizidgedanken treten bei fast allen Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt auf. Die

Suizidrate bei depressiven Menschen liegt, je nach Schweregrad der Symptomatik, bei vier bis 15 Prozent. (vgl. Wolfersdorf 2000: 199) Selten kann es zum erweiterten Suizid kommen, bei dem meist geliebte Angehörige mit in den Tod genommen werden, um ihnen eine vermeintlich schreckliche Zukunft zu ersparen. (vgl. Felber 1996: 111)

Mit einer schweren depressiven Episode können psychotische Symptome einhergehen. Bei etwa einem Fünftel der Erkrankten treten Wahnideen auf, die sich auf Schuldgefühle, Versündigung, Verarmung und Verschuldung oder Erkrankungen beziehen können. Akustische Halluzinationen bestehen zumeist aus diffamierenden oder anklagenden Stimmen.

Die Dauer depressiver Episoden ist unterschiedlich und kann im Extrem von einigen Tagen bis zu mehreren Jahren reichen. Die Episoden enden teils allmählich, teils abrupt. Viele Betroffene können anschließend an ihrem Alltagsleben im Vorfeld der Erkrankung anknüpfen. Depressive Störungen führen bei 15 % der Erkrankten zur Chronifizierung. Die Rezidivrate liegt über 85 %. (vgl. Tölle 1996: 245 f.; Wolfersdorf 2000: 112 ff.)

Manische Episode

Charakteristisch für die Erkrankung sind die situationsinadäquat gehobene Stimmung sowie eine Steigerung in Ausmaß und Geschwindigkeit der körperlichen und psychischen Aktivität (beschleunigtes Denken). Sie ist mit einem gesteigerten Antrieb verbunden und führt zu Überaktivität, Ruhelosigkeit, Rededrang, starker Ablenkbarkeit und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Selbsteinschätzung ist oft überhöht, es herrscht maßloser Optimismus und soziale Hemmungen (Schamgefühl) können verloren gehen. Die erkrankte Person kann überspannte und undurchführbare Projekte

beginnen, leichtsinnig Geld bis zur Überschuldung ausgeben oder für die jeweilige Situation unangemessen aggressiv, verliebt oder scherzhaft reagieren. Durch den gesteigerten Rededrang und das beschleunigte Denken wird der Betroffene von anderen oft nicht mehr verstanden. Die Nahrungsaufnahme und Hygiene werden z. T. ‚vergessen‘ oder nicht mehr als wichtig empfunden, dies kann zu gefährlicher Dehydratation oder Verwahrlosung führen. Anhaltende körperliche Erregungszustände können unter Umständen in Aggression und Gewalt münden. Für das Umfeld und die Familie ist die Erkrankung mit erheblichen Belastungen verbunden. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 133 f.)

Manische Phasen werden in ihrer Anfangszeit oft als produktiv erlebt und dadurch als angenehm erfahren, was einer Krankheitseinsicht meist entgegensteht. Andere empfinden den Zustand eher als persönlichkeitsfremd und aufgrund der Getriebenheit und inneren Unruhe als qualvoll. In manchen manischen Episoden stehen nicht Heiterkeit und Leichtigkeit, sondern eher eine gereizte und misstrauische Stimmung im Vordergrund. Die berufliche und soziale Leistungsfähigkeit ist meist eingeschränkt oder ganz aufgehoben. Denkfähigkeit und Gedächtnis bleiben in aller Regel erhalten, das Bewusstsein bleibt klar. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 36; Tölle 1996: 244) Manische Episoden können in Verbindung mit oder ohne psychotische Symptome auftreten. Treten psychotische Symptome auf, können Reizbarkeit und Misstrauen sich zu einem Verfolgungswahn entwickeln oder Größenideen und religiöse Wahnvorstellungen im Vordergrund stehen. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 134)

Vor manischen Phasen kommt es oft zu depressiven Vorstadien, auch können sie in kurzen, leicht depressiven Nachschwankungen ausmünden. Die Zeitspanne zwischen dem Beginn einer Phase und dem der nächstfolgenden beträgt durchschnittlich drei bis fünf Jahre,

die Dauer ist dabei umso kürzer, je häufiger die einzelnen Phasen auftreten. (vgl. Tölle 1996: 245 f.)

Bipolare affektive Störungen

Diese ist charakterisiert durch wiederholte Episoden, in der einmal eine gehobene Stimmung, vermehrter Antrieb und Aktivität (Manie), dann wieder eine Stimmungssenkung, verminderter Antrieb und Aktivität (Depression) auftreten. Zwischen den Episoden besteht typischerweise vollständige Remission. Manische und depressive Episoden treten in unregelmäßiger Folge auf, depressive Episoden sind dabei am häufigsten (insgesamt etwa dreimal häufiger als manische Phasen). Auch bipolare Störungen können mit psychotischen Symptomen (Wahngedanken und Halluzinationen) einhergehen. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 135; Tölle 1996: 246)

Anhaltende affektive Störungen

Es handelt sich hierbei um anhaltende, in der Regel fluktuierende Stimmungs- und Antriebsstörungen, die nicht das Ausmaß affektiver Episoden erreichen. Da sie jahrelang, manchmal den größten Teil des Erwachsenenlebens bestehen, bringen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen mit sich. Das ICD-10 unterscheidet hierbei zylothyme (andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und gehobener Stimmung) und dysthyme Störungen (chronische subdepressive Verstimmungen). (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 149 f.)

3.3 Psychische Erkrankungen im Wochenbett

Nach der Geburt eines Kindes manifestieren sich latent vorhandene Probleme einer Frau häufig in definierten Erkrankungen, oder bereits vorhandene Erkrankungen verschärfen sich. Das Risiko einer Frau, psychotisch zu werden, ist in den ersten 30 Tagen nach der Geburt eines Kindes 20 - 30 mal höher als sonst in ihrem Leben und die Hospitalisierungshäufigkeit in der Psychiatrie 35-fach erhöht. Nach ca. 10% aller Geburten treten postpartale Depressionen auf. (vgl. Deneke 2004 a: 5)

Nach ICD-10 zählen zu den psychischen Erkrankungen im Wochenbett meist solche aus dem Bereich der affektiven Störungen, die innerhalb eines 6-Wochen-Zeitraums nach der Entbindung auftreten und nicht die Kriterien für andere Erkrankungen erfüllen. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 218)

3.4 Angst- und Zwangsstörungen

Von pathologischer Angst spricht man, wenn die Angstreaktion in ihrer Intensität und Dauer in einem Missverhältnis zu den Auslösern steht, d. h. der Situation nicht angemessen, überdauernd oder chronisch ist. Die betroffene Person besitzt keine Möglichkeit zur Erklärung, Reduktion oder Bewältigung und ist durch die Angstzustände in der beruflichen Leistungsfähigkeit, sozialen Aktivitäten und Beziehungen massiv beeinträchtigt. Dies kann bis zur Invalidisierung führen. Angsterkrankungen treten oft in Verbindung mit anderen psychischen Erkrankungen (vor allem Depression) auf. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 33)

Angststörungen manifestieren sich psychisch in Form überwältigender Furcht, Schrecken, Angst zu sterben oder vor Kontrollverlust sowie in Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation und Derealisation).

Körperlich geht sie einher mit Schmerzen und Druck auf der Brust, Herzrasen, Nervosität, Erstickungsgefühlen, motorischer Spannung, körperlicher Unruhe, Benommenheit, Ohnmachtsgefühlen und Schwitzen. (vgl. Kasper 1996: 136 ff.)

Sie werden unterschieden in Phobien (Ängste vor konkreten Objekten oder Situationen, wobei das Vermeidungsverhalten die Erkrankung dominiert), Panikstörungen (schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb nicht vorhersehbar sind) und generalisierte Angststörungen (stark ausgeprägte, frei flottierende und anhaltende Angst, meist über mehrere Wochen oder Monate). (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 160 ff.)

Wesentliche Kennzeichen von Zwangserkrankungen sind wiederkehrende zwanghafte Gedanken und Handlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen und Impulse, gegen die die betroffene Person oft erfolglos versucht Widerstand zu leisten. Sie werden von den Betroffenen als eigene Gedanken erlebt und dabei meist als sinnlos und quälend empfunden, da sie oft gewalttätigen oder obszönen Inhalts sind (z. B. geliebte Menschen mit Messern zu verletzen). (vgl. Kasper 1996: 153) Zwangshandlungen oder -rituale sind ständig wiederholte Stereotypen, die sich inhaltlich meist auf Reinlichkeit, übertriebene Ordnung oder wiederholtes Kontrollieren, Zählen oder Horten von Gegenständen beziehen. Sie dienen meist dazu, eine möglicherweise als gefährlich angenommene Situation zu verhindern. Das Verhalten wird von den Betroffenen selbst nicht als angenehm, sondern als sinnlos und ineffektiv erlebt. Häufig sind vegetative Angstsymptome und quälende innere Anspannung vorhanden. Menschen mit Zwangserkrankungen, vor allem Zwangsgedanken, haben des Weiteren oft depressive Symptome. (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt 2005: 164 ff.)

Zwangsstörungen gehen aufgrund des dafür notwendigen (oft stundenlangen) Zeitaufwands und dem entstehenden Leidensdruck mit erheblichen Beeinträchtigungen des täglichen Lebens und der Lebensqualität einher. Die berufliche Leistungsfähigkeit sowie soziale Kontakte und Beziehungen sind zumeist erheblich eingeschränkt. Der Verlauf ist in 85% der Fälle chronisch. (vgl. Kasper 1996: 154 ff.)

4 Situation der erkrankten Eltern

Psychische Erkrankungen, die das Fühlen, Denken und Handeln beeinträchtigen und somit die Persönlichkeit eines Menschen verändern, wirken sich unmittelbar auch auf seine Beziehungsfähigkeit und -gestaltung zu anderen Menschen aus. Die Kinder sind davon besonders betroffen.

Eine Grundvoraussetzung zur Interaktion stellt die emotionale Schwingungsfähigkeit (Sensibilität für die Empfindungen anderer Personen und die Fähigkeit, auf diese emotional einzugehen) dar, die insbesondere bei schweren Depressionen und psychotischen Erkrankungen beeinträchtigt ist. Durch den Verlust dieser Fähigkeit und der Abflachung der Affekte können die erkrankten Elternteile für ihre Angehörigen gefühllos, distanziert oder nicht beziehungsfähig erscheinen. (vgl. Wolfersdorf 2000: 17 u. 33)

Weiterhin können die Beziehungen durch massive und lähmende Schuldgefühle, die aus Gefühlen der Überforderung mit der Elternrolle oder aus quälenden Zwangsvorstellungen resultieren, z. B. den Impuls, das eigene Kind zu verletzen, belastet sein.

Andere Personen sind, vor allem wenn die Krankheit als solche noch nicht bekannt ist, oft irritiert und unsicher im Umgang mit den psychisch kranken Menschen, was sich z. B. durch ärgerliche,

aggressive und kritische Überreaktionen, überfürsorgliche Verhaltensweisen („High-Expressed“-Emotions), Resignation, Desinteresse, Ablehnung und Distanzierung den Betroffenen gegenüber äußern kann. (vgl. Mattejat 2004: 72) Auch beim betroffenen Elternteil selbst führt die Veränderung der eigenen Person und das Erleben vielfältiger und ambivalenter Gefühle (überflutet sein von Gedanken, Ängsten, Eindrücken und Reizen) zu starker Verunsicherung. Da er mit sich ‚nicht mehr vertraut ist‘, ist es ihm kaum möglich, anderen zu vertrauen bzw. sich anzuvertrauen. Darüber hinaus kann er sein Erleben anderen Personen kaum verständlich machen, die Sprache reicht dazu häufig nicht aus. Die Kommunikation ist somit erheblich beeinträchtigt. (vgl. Wolfersdorf 2000: 33)

Ablehnende Reaktionen des Umfeldes in Verbindung mit Gefühlen der Überforderung, gegenseitigem Nicht-Verstehen, eingeschränkter Kommunikation und dem Verlust des Antriebs führen häufig zu Resignation und Rückzug des Elternteils, bis hin zur Isolation. (vgl. Scharfetter 1990: 116) Im Miteinander der Familie kann eine Kluft entstehen. Partner wie Kinder haben das Gefühl, den erkrankten Menschen nicht mehr erreichen zu können. Einige Elternteile reagieren weniger mit Distanzierung, sondern ‚klammern‘ sich regelrecht an Angehörige und Freunde und überfordern diese durch ihr Verhalten. Die Unselbständigkeit und Abhängigkeit lassen ihnen kaum ‚Luft zum Atmen‘. (vgl. Mattejat 2004: 72)

Eine länger bestehende seelische Krankheit hat meist eine Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen für die gesamte Familie zur Folge. Zu nennen sind vor allem Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Armut, schlechtere Wohnbedingungen, soziale Isolation und belastete innerfamiliäre Beziehungen. Diese Faktoren können wiederum eine Verstärkung der psychischen Erkrankung bedingen. (vgl. Deneke 2004 b: 88) Familien mit einem erkrankten Elternteil sind in überdurchschnittlich hohem Maße von Trennungen

und Beziehungsabbrüchen betroffen. Vor allem, wenn sich chronische psychische Erkrankungen herausbilden, ist damit oft die Auflösung der Partnerschaft der Eltern und auf diese Weise das Auseinanderfallen der Familien verbunden. Die Studie des Forschungsprojektes von Wagenblass und Schone zeigt, dass „... ein Drittel der PsychatriepatientInnen bereits dauerhaft getrennt von ihren Kindern lebt und durchschnittlich nur noch 50 Prozent mit Kindern und ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben.“ (Wagenblass 2003 b: 9) Daraus folgt ein überproportionaler Anteil an Ein-Eltern-Familien. Die Alleinerziehenden sind dabei überwiegend Frauen. Dies liegt unter anderem daran, dass eine Erkrankung der Mutter mit einem höheren Trennungsrisiko der Partnerschaft verbunden ist als eine Erkrankung des Vaters. Erkrankt der Vater, so bleibt in 51% der Familien der klassische Familienverbund (Vater, Mutter, Kinder) erhalten. Erkrankt die Mutter, so geschieht dies nur in 41% der Fälle. (vgl. Wagenblass 2002: 69)

Da Alleinerziehende selten auf familiäre Ressourcen bei der Lebensbewältigung zurückgreifen können, sind sie neben der Bewältigung ihrer Krankheit mit zusätzlichen Belastungen (alleinige Versorgung der Kinder und Strukturierung des Alltags) konfrontiert. Zum anderen lehnen sie oftmals eine stationäre Behandlung mit der Begründung ab, dass sie ihre Kinder versorgen müssen. Im Hinblick auf soziale Arbeit deutet sich für die Gruppe der Alleinerziehenden ein besonderer Unterstützungsbedarf an. (vgl. Schone / Wagenblass 2002: 73)

5 Zur Lebenssituation der Kinder und Folgen der elterlichen Erkrankung

5.1 Einflussfaktoren

Die Belastungen und Folgen für die betroffenen Kinder können nicht allein aus der Tatsache der elterlichen Erkrankung als solche erschlossen werden. Jedes Kind erlebt, verarbeitet und reagiert auf diese in persönlicher Weise. Wie sich die psychische Krankheit von Mutter oder Vater auf die Kinder und deren Lebenssituation auswirkt, hängt mit zahlreichen Faktoren und Einflüssen zusammen:

- Form und Intensität der Erkrankung: kurzfristige (überschaubare) Krankheitsepisoden oder Herausbildung chronischer Verläufe, Einbezug des Kindes in die Erkrankung (Äußerung von Suizidgedanken, Einbindung in wahnhafte Überzeugungen)
- Umgang des erkrankten Elternteils mit der Erkrankung: Krankheitseinsicht, (rechtzeitige) Inanspruchnahme von Hilfe, Verfügbarkeit und Mobilisierung von Selbsthilferessourcen (eigene Handlungsmöglichkeiten bei Wahrnehmung früher Symptome)
- familiäre Ressourcen und Stressoren: innerfamiliäre Beziehungsqualität (Stabilität und Tragfähigkeit der Beziehungen), emotionale Verfügbarkeit der Eltern, Kompensationsmöglichkeiten durch andere Familienmitglieder, soziale und ökonomische Ressourcen, emotionaler Interaktionsstil, Trennung durch Klinikaufenthalte, elterliche Konflikte oder Trennung der Partnerschaft, Gewalt in der Familie
- aktuelle Lebenssituation: natürliche Entwicklungsaufgaben (kindliche Reifeprozesse, Pubertät) und Schwellensituationen (Kindergarten-/ Schuleintritt, Berufswahl, Loslösung von Zuhause, erste Liebesbeziehungen / Partnerschaften), Lebensereignisse, zusätzliche Belastungen (durch Haushalt, Verantwortung für Familienmitglieder)

- Persönlichkeitseigenschaften und Kompetenzen des Kindes:
Temperament, affektive Ressourcen, Leistungsstärken und -schwächen, Vulnerabilität (biologische und psychologische)
- Position des Kindes in der Familienstruktur:
Geschwisterkonstellation, innerfamiliäre Rollenverteilungen
- Außerfamiliäre Bindungen: Vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Bezugspersonen (Freunde, Nachbarn, Trainer, Lehrer), Kompensationsmöglichkeiten
- Aufklärung und Information der Kinder
(vgl. Koch-Stoecker 2001: 48; Schone / Wagenblaus 2002: 201 f.)

Die genannten Einflussfaktoren stehen miteinander in Wechselwirkung. Förderliche und belastende Faktoren können sich ausgleichen oder gegenseitig verstärken.

Treten Auffälligkeiten (Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Störungen) bei Kindern psychotischer Eltern auf, kann nicht mit Sicherheit festgestellt werden, ob diese ein Resultat spezifischer elterlicher Krankheitssymptome oder Folge von sekundären psychosozialen Belastungsfaktoren sind. (vgl. Koch-Stoecker 2001: 48) Nach D. Sollberger muss darüber hinaus im Blick bleiben, „... dass möglicherweise viele Schwierigkeiten und Probleme, die Kinder Psychosekranker haben, ganz ‚normale‘ Entwicklungsprobleme sind, die sich auch anderen Kindern in biographischen Übergangssituationen (...) stellen.“ (Sollberger 2000: 14 f.)

5.2 Wahrnehmen und Erleben der elterlichen Erkrankung

Antworten auf die Frage, wie die Kinder die psychische Erkrankung ihrer Eltern erleben, stammen in erster Linie von heute erwachsenen Kindern, die rückblickend ihre Erfahrungen schildern.

Anhand biographischer Interviews mit Betroffenen wird deutlich, dass Kinder die elterliche Erkrankung, je nach ihrem Lebensalter zum Zeitpunkt der Manifestation der Krankheit, unterschiedlich wahrnehmen. Erkrankt der Elternteil bereits sehr früh oder schon vor der Geburt, stellt die Lebenssituation mit der Erkrankung in der Familie die ‚einzige Realität‘ dar, die sie kennen. (Pretis / Dimova 2004: 22) Bestimmte Verhaltensweisen (z. B. Stimmungswechsel, Zwangshandlungen) können „ganz normal“ für sie sein (im Sinne von: er / sie ‚war schon immer so‘), besonders wenn Beeinträchtigungen aufgrund der Erkrankung durch andere Familienmitglieder (gesunder Elternteil, Großeltern) kompensiert werden können. Eine Betroffene schildert, es war „... ganz klar, dass wir unsere Mutter in zwei Personen nur kannten. Also entweder war sie sehr verschlossen, unzugänglich (...) ja wirklich in ner anderen Welt und dann gabs dann diese Phasen, wo sie sehr grenzüberschreitend und (...) überschwänglich ...“ war. (Schone / Wagenblaus 2002: 163)

Erkrankt der Elternteil zu einem späteren Zeitpunkt, nehmen die Kinder die Symptome einer psychischen Krise vor allem im Vergleich mit anderen Familien, z. B. der Schulkameraden, wahr, jedoch meist nicht im Sinne von Krankheitszeichen. Die Kinder bemerken, dass der eigene Elternteil anders ist als andere Mütter oder Väter, dass er sich langsam aber deutlich spürbar verändert, teils kommt es zu einschneidenden (z. B. durch Wahn bedingten) ‚Schlüssel‘-Erlebnissen mit dem Elternteil. Ein Betroffener berichtet, dass seine Mutter, als er zwölf Jahre alt war, nachts in sein Zimmer kam, um mit ihm kniend vor der Heizung um Schutz vor drohender Gefahr zu beten. Kurz darauf erschien sie nackt in seinem Zimmer, woraufhin der Junge starke Angst bekam und damit drohte, ihr einen Bauklotz an den Kopf zu werfen. Als sie später nur mit einer Stola bekleidet bei den Nachbarn klingelte und beschuldigte, sie umgebracht zu haben, riefen diese die Polizei und es kam zu einer Zwangseinweisung. (vgl. Esterer 1995: 58) Als „Einbruch“, „Ende der Kindheit“ oder

„Schock“, beschreiben die Betroffenen häufig ihre Erinnerungen an derartige Erlebnisse. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 181)

Die Kinder erleben, bedingt durch Klinikaufenthalte, oft Trennungen und die Abwesenheit des Elternteils. Je nach Alter der Kinder und familiärer Situation ist damit ein Wechsel der Betreuungspersonen und des Wohnorts (z. B. zum anderen Elternteil oder den Großeltern) verbunden. Obwohl die Kinder gerade in Krisenzeiten besonders auf die elterliche Unterstützung angewiesen sind, müssen ihre Bedürfnisse oftmals zurückstehen, da die Eltern mit ihren eigenen Problemen bereits sehr gefordert, zum Teil überfordert sind. Es kommt zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder, die elterliche Führung bzw. Anleitung bei der Bewältigung des Alltags fehlt. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 16)

Schwere psychische Erkrankungen treten in der Regel nicht von einem auf den anderen Tag auf. Sie entwickeln sich meist in Schüben und sind Schwankungen unterworfen. Die Kinder sind oft die ersten, die mit einer psychischen Krise konfrontiert sind, da sie, vor allem bei Alleinerziehenden, die meiste Zeit mit der erkrankten Mutter verbringen. (vgl. Lisofsky 2004: 3.1) Von der kindlichen Wahrnehmung der ersten Symptome bis zur Benennung der Erkrankung durch einen Arzt oder der Einweisung in die Psychiatrie vergehen jedoch häufig Monate oder Jahre. Dieser „Graubereich“ ist eine besonders schwere Zeit für die Kinder sowie für die gesamte Familie, denn für das befremdliche Verhalten der erkrankten Person stehen ihnen keine rationalen Erklärungen zur Verfügung. Wenn die Eltern sich in psychiatrische Behandlung begeben, haben die Kinder oft bereits vielfältige und zum Teil lang andauernde Belastungen hinter sich. „Das Leiden der Kinder beginnt nicht erst mit der Diagnose.“ (Schone / Wagenblaus 2002: 180 f.)

5.2.1 Desorientierung

Das Erleben einer psychischen Erkrankung des Elternteils geht mit einer tiefen Irritation und Verunsicherung einher. Der vertraute und geliebte Mensch, auf dessen Schutz und Fürsorge die Kinder angewiesen sind, wirkt nun selbst ängstlich, hilflos und wird in seinem Wesen als stark verändert, zum Teil als fremd wahrgenommen. „Die Selbstverständlichkeit des bisherigen Lebens wird aufgebrochen.“ (Schone / Wagenblast 2002: 181) So ist beispielsweise die sonst lebensfrohe Mutter, die lacht und gerne etwas unternimmt zunehmend verschlossen, in sich gekehrt, traurig und weint viel. Sie verlässt schließlich weder das Haus noch das Bett, kocht oder kauft ein, wirkt oft apathisch, unnahbar und vollkommen gleichgültig. Eine Betroffene schildert, dass die an einer schizo-affektiven Psychose erkrankte Mutter nicht ansprechbar den ganzen Tag im Bademantel im Wohnzimmer saß und sehr laut Musik hörte, kaum aß und schlief. „In solchen ‚schlechten‘ Zeiten (...) schien ich für meine Mutter Luft geworden zu sein. Sie gab mir das Gefühl, mich nur begrenzt wahrzunehmen und unwichtig zu sein.“ (Bathe 2004: 39) Andere Kinder sind mit stark impulsiven Handlungen der Eltern konfrontiert: „Ein plötzlicher Umzug war noch die leichteste Übung. Dazu kamen in immer schnellerer Folge Streit und Zerwürfnisse mit den ihr am nächsten stehenden Menschen, eine Scheidung und die Aufgabe ihres Arbeitsplatzes.“ So die Tochter einer manisch-depressiven Mutter. (Webel 2004: 57)

Sie erleben Situationen und beobachten Handlungen, Denk- und Verhaltensweisen der Mutter oder des Vaters, die sie nicht nachvollziehen können, die sie verwirren oder befremden. Der Elternteil murmelt z. B. plötzlich unverständliche Wörter und Sätze, antwortet, obwohl sich niemand im Raum befindet und kichert, berichtet aber, dass er sich sehr fürchtet. Er hat einen chaotischen Umgang mit Geld und Zeit, nachts steht er auf, geht stundenlang nur im Pyjama aus dem Haus. Die Tochter einer Mutter, die an einer

schizo-affektiven Psychose erkrankte, schildert, es sei ein seltsames Gefühl gewesen, morgens in die Schule zu gehen, die Mutter alleine zu Hause zu lassen und ebenso merkwürdig, nach Hause zu kommen. „Schließlich wußte ich nie, was mich erwartet.“ (Familie H. 2004: 50 ff.)

Die Kinder erleben den erkrankten Elternteil über einen längeren Zeitraum oder immer wiederkehrend in für sie unverständlichen, extremen Gefühlszuständen. (vgl. Lisofsky 2004: 3.1) Die Stimmungslagen sind dabei oft instabil, Gefühlsäußerungen können rasch und unvermutet ohne Zusammenhang mit der Situation wechseln. Häufig treten abrupte Schwankungen zwischen Anhänglichkeit und Zurückweisung, Verwöhnung und Beschimpfung auf. (vgl. Heim 2001: 74) „Ich habe damals nicht verstanden, wie ein Mensch sich so schnell verändern kann ...“ (Bathe 2004: 39)

Der Elternteil scheint in seinen Stimmungen, Gefühlsäußerungen und Handlungen nicht mehr berechenbar. Die Kinder können weder absehen, wie die Mutter oder der Vater im nächsten Augenblick reagieren wird, noch davon ausgehen, dass auf eine bestimmte Situation (z. B. das Kind bekommt eine Eins in der Mathearbeit) eine erwartete Reaktion (Mutter freut sich und lobt das Kind) folgt. Damit ist der Verlust der Verlässlichkeit der elterlichen Bezugsperson verbunden. Oft lebt der gesamte Haushalt in einer ständig angespannten Atmosphäre, in der sich alle Aufmerksamkeit auf die erkrankte Person und ihr Befinden richtet. Denken und Handeln kreisen nur noch um das eine Ziel, den bedrohlichen Auswirkungen der Krankheit zu entkommen, nur ja nichts „Falsches“ zu sagen oder zu tun. „Weil das nur selten gelingt, werden Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht zum alles lähmenden Lebensgefühl aller in der Familie.“ (Heim 2001: 74)

Vor allem in akuten Krankheitsphasen, die von Halluzinationen und Wahngedanken geprägt sind, wirkt der Elternteil oft unerreichbar für

das Kind. Er scheint gefangen in einer „... bedrohlichen inneren Welt, aus der sie ausgeschlossen sind ...“ (Lisofsky 2004: 3.1) Des Weiteren gefährdet der zeitweilige Realitätsverlust eines Elternteils das Entstehen eines verbindlichen Wirklichkeitsbildes für das Kind. Das heißt, dass auch immer wieder die eigene Wahrnehmung und Erfahrung des Kindes in Frage gestellt wird. Es ist gezwungen sich zu entscheiden: traut es seinen Augen und stellt sich damit gegen den Elternteil - oder ist es ein ‚braves‘ Kind, das der Mutter oder dem Vater nicht widerspricht. „Es gerät in den Konflikt: Bewahrung der Wirklichkeit oder Loyalität.“ (Stöger 1996: 9)

Der Persönlichkeitsverlust, den viele Kinder am erkrankten Elternteil miterleben, manifestiert sich nach D. Sollberger am offensichtlichsten bei Zwangseinweisungen, die aufgrund ihrer Dramatik ein traumatisches Erlebnis darstellen. Obwohl die Klinikeinweisung des Elternteils rückblickend auch von den Kindern als Entlastung der familiären Atmosphäre gewertet wird, steht zunächst nicht die Hilfe für den Erkrankten, der sich oder andere gefährden kann, im Vordergrund, als vielmehr die Erfahrung, dass der Elternteil seine Selbstbestimmung und Autorität verliert. Die Kinder schwanken daher häufig zwischen Empörung und Erleichterung über das Ereignis der Zwangseinweisung. (vgl. Sollberger 2000: 73)

5.2.2 Angst

Das Erleben der elterlichen Erkrankung ist für Kinder mit vielfältigen Gefühlen verbunden. Angst nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein. Neben Existenzängsten und der Befürchtung, selbst zu erkranken, haben die Kinder Angst um den erkrankten Elternteil, wenn dieser sich durch Handlungen im Zuge des Realitätsverlustes selbst gefährdet. (vgl. Wagenblaus 2003b: 10) Ein Betroffener berichtet, er sah sich oft in der Verantwortung, die Mutter vor ihren eigenen Handlungen zu schützen. Als er einmal nach Hause kam, saß die

Mutter am Küchentisch, ihr Kopf lag in einer zersprungenen Glasschüssel mit Gulasch. In einem Brief an sie schreibt er: „Nicht nur, daß Deine Stirn in den Scherben lag - als ich Deinen Kopf hob und Du aufwachtest, nahmst Du sofort den Löffel und wolltest anfangen, das Glasgulasch zu essen.“ (Familie H. 2004: 54) Des Weiteren sind die Kinder häufig mit Suizidhandlungen oder -androhungen der psychisch kranken Eltern konfrontiert. Das Selbsttötungsrisiko bei einem schizophren erkrankten Menschen ist etwa zehnfach erhöht gegenüber Nichterkrankten. Die Kinder nehmen die latente Gefahr einer Suizidhandlung unbewusst wahr und versuchen, das eigene Verhalten darauf auszurichten, den Suizid zu verhindern. Da dies nicht gelingen kann, kommt es für die betroffenen Kinder zu besonders traumatischen Situationen, wenn der Suizid tatsächlich vollzogen wird. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 191)

Des Weiteren haben die Kinder Angst vor dem Elternteil, wenn sie selbst in dessen Wahnsystem integriert sind bzw. zum angstbesetzten Objekt werden. (vgl. Institut für soziale Arbeit 2000: 27) Im Zuge religiöser Wahnvorstellungen kann ein Elternteil zum Beispiel davon überzeugt sein, das Kind sei ‚der Teufel‘ oder ‚das Böse‘ oder aufgrund von Verfolgungswahn befürchten, das Kind wolle ihm etwas antun: „... 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.“ (Bern 2004: 14)

Dabei sind es in erster Linie nicht die wahnhaften und halluzinatorischen Inhalte, die das Kind ängstigen und sich negativ auf die Kindesentwicklung auswirken, sondern vielmehr die raschen Stimmungswechsel, die elterliche Desorganisation, der zunehmende Rückzug und die Unerreichbarkeit. (vgl. Koch-Stoecker 2001: 56) Der Mangel an Beziehung zu einer verlässlichen, emotional verfügbaren elterlichen Bezugsperson ist weitaus bedeutender als „ver-rückte“ Verhaltensweisen. Erwachsene Kinder berichten in erster Linie davon, dass sie Zuwendung, Aufmerksamkeit, Liebe, Geborgenheit und das

Gefühl behütet zu sein in ihrer Kindheit vermissten. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 169 f.)

5.2.3 Schuld- und Schamgefühle

Besonders wenn Kinder nicht über die Erkrankung der Eltern aufgeklärt und über die möglichen Auswirkungen auf Denken, Fühlen und Handeln informiert sind, können sie die Krankheitssymptome und Probleme der Eltern weder verstehen noch einordnen. Dieses Defizit gibt „... kindlichen Phantasien Raum, die oft schlimmer sind als die Wirklichkeit selbst.“ (Stöger 1996: 9) Mangels anderer Erklärungsmöglichkeiten glauben Kinder häufig, dass sie an den psychischen Problemen der Eltern schuld sind und die Krankheit eine Folge ihres eigenen Verhaltens gegenüber den Eltern ist. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 16)

Die Schuldgefühle tragen verstärkt dazu bei, dass Kinder früh Verantwortung für die Eltern übernehmen, die bis ins Erwachsenenalter anhalten kann und sie daran hindert, sich vom Elternteil zu lösen.

Häufig schämen sich die Kinder für ihre Eltern. Es ist ihnen peinlich, wie sie auftreten (vernachlässigtes Erscheinungsbild), sich verhalten (z. B. Menschen auf der Strasse, Nachbarn ohne erkennbaren Grund beschimpfen oder bedrohen) oder wie es zu Hause aussieht (z. B. abgeklebte Steckdosen, zugehängte Fenster). Dies beeinflusst vor allem Kontakte zu Gleichaltrigen. Aus Angst ausgelacht, ausgegrenzt oder gemieden zu werden, sprechen sie nicht über die familiäre Situation und laden keine Freunde nach Hause ein.

Die Erkrankung des Elternteils löst neben Besorgnis vielfach auch Aggressionen aus: „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 haßerfüllten Blicken 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.“ (Bern 2004: 15) Wut und Zorn resultieren aus der Verzweiflung darüber, was die Mutter oder der Vater ihnen ‚antut‘, dass er immer wieder ihre gesamte Aufmerksamkeit fordert und sie somit einschränkt, ein eigenes selbstbestimmtes Leben zu führen. Viele Kinder fühlen sich vom Elternteil (so, wie sie ihn früher kannten) im Stich gelassen.

Das Erleben von Ärger und Wut gegenüber dem Elternteil verstärkt die Schuldgefühle zumeist noch. Dazu tragen Angehörige und vor allem Außenstehende bei, die kein Verständnis für die Emotionen der Kinder zeigen oder ihnen Vorwürfe machen. Die Kinder hören oft Sätze, wie „aber sie ist doch deine Mutter“ oder „sie ist doch krank“. Somit haben sie kaum die Möglichkeit, ihre Verzweiflung mitzuteilen oder auszudrücken und sind allzu oft mit den belastenden Emotionen alleingelassen. (vgl. Deneke 2004 b: 88)

5.2.4 Tabuisierung

Die Tendenz zur Tabuisierung einer psychischen Erkrankung ist nicht nur ein innerfamiliäres sondern auch ein gesellschaftliches Phänomen. Während andere Erkrankungen (z. B. Krebsleiden) Mitleid und Verständnis auslösen, sind psychische Erkrankungen noch immer mit Stigmatisierung verbunden. Dies ist ein Grund, warum sich viele Betroffene weigern, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen und über ihre Probleme schweigen. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 186) Auch die Kinder spüren die Schamgefühle der Erwachsenen und

schweigen rein instinktiv. Sie haben das Gefühl, sie müssten ihre Erfahrungen verbergen und verleugnen, um sich selbst und ihre Eltern davor zu schützen, abgelehnt, abgewertet oder gar moralisch verurteilt zu werden. (vgl. Mattejat / Lisofsky 2004: 8; Knuf 2000: 37) Die Familien kapseln sich häufig von ihrer Umwelt ab, soziale Kontakte werden auf ein Minimum reduziert, Isolation ist die Folge. Damit verlieren Kinder die Möglichkeit, „... im Austausch mit wichtigen Menschen außerhalb der Familie, korrigierende Erfahrungen zu machen.“ (Leidner 2004: 144)

Eine weitere Ebene der Tabuisierung bildet die familieninterne Verleugnungstendenz. Aus vermeintlicher Rücksichtnahme oder Scham wird versucht, die psychische Erkrankung gegenüber den Kindern zu verschweigen, selbst dann, wenn diese in einer Akutkrise offensichtlich wird. Es finden Umbenennungen statt, Symptome werden als Charaktereigenheit der Betroffenen dargestellt, um den Problemcharakter der Erkrankung zu reduzieren. Für eigenartige Verhaltensweisen werden notdürftige Erklärungen gegeben, wie z. B. Schlafmangel als Grund für Wahnvorstellungen und Denkstörungen. Offene Strategien der Auseinandersetzung können somit nicht stattfinden. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 187; Institut für soziale Arbeit 2000: 25)

Auch wenn Eltern und Verwandte sich sehr bemühen, die Krankheit vor den Kindern zu verheimlichen, sie nehmen aufgrund ihrer Sensibilität wahr, dass etwas ‚nicht stimmt‘. Eine Betroffene berichtet von „geheimnisvollen“ Besuchen des Hausarztes, der schnell im Schlafzimmer verschwand. „Hinterher konnte man die Spuren seiner Behandlung sehen, leere Spritzen auf dem Nachttisch oder im Mülleimer.“ (Familie H. 2004: 48) Es kommt zu der paradoxen Situation, dass die Kinder zwar intensiv mit der Erkrankung konfrontiert werden, jedoch selten nachvollziehbare Erklärungen von ihrer Umwelt dafür erhalten. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 187) Nur eines von vier Kindern zwischen sechs und zehn Jahren ist über

die Erkrankung der Mutter oder des Vaters informiert. Mehr als die Hälfte der Elf- bis 14jährigen und ein Viertel der Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren ist nicht über die Krankheit aufgeklärt worden. (vgl. Knuf 2000: 37)

Für das Verhalten des Elternteils suchen sich die Kinder in der Folge eigene Erklärungen. Plötzliche Stimmungsschwankungen und Gefühlsausbrüche des Elternteils führen sie auf das eigene Verhalten zurück und vermuten ‚böse‘ gewesen zu sein oder sich nicht genug um die Mutter bzw. den Vater gekümmert zu haben. Gleichgültigkeit des Elternteils aufgrund der Abflachung des Affektes wird häufig als Ablehnung erlebt. Sie fühlen sich nicht mehr liebenswert, bis hin zur Angst, verlassen zu werden. „So geht immer wieder der natürliche Zusammenhang von Denkinhalt und dazugehörigem Affekt verloren.“ (vgl. Stöger 1996: 9)

Weiterhin können familienexterne Verleugnungsstrategien wirksam werden, wenn die Kinder über die Erkrankung des Elternteils zwar informiert sind, aber dennoch mit niemandem außerhalb der Familie über ihre Sorgen und Nöte sprechen können. (vgl. Schone / Wagenblass 2002: 188) In den Familien entwickeln sich oft unausgesprochene Übereinkünfte und eigene Regeln, welche die einzelnen Familienmitglieder zum Schweigen und Verleugnen der Krankheit anhalten. Da sie auf den Rückhalt der Familie existenziell angewiesen sind, ist es für sie schier unmöglich, das Tabu zu durchbrechen. Sie legen oft viel kreatives Potential an den Tag, um Ausreden zu finden (z. B. für einen Klinikaufenthalt) und das Familiengeheimnis zu wahren.

Folglich wissen die Kinder nicht, an wen sie sich mit ihren eigenen Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung der Eltern wenden können. Sie sind mit ihren Ängsten und Sorgen oft allein. (vgl. Schone / Wagenblass 2002: 188) Die große Einsamkeit ist rückblickend für die meisten Kinder das Schlimmste an der Situation

gewesen. Manchen Kindern oder Jugendlichen bleibt nur noch die Möglichkeit, ihrerseits „Probleme zu machen“, um auf ihre Einsamkeit und Ratlosigkeit aufmerksam zu machen. (vgl. Heim 2001: 75).

Die innerfamiliären Verheimlichungsstrukturen verstärken die Desorientierungen und wirken noch lange über die Kindheit hinaus. Auch als Erwachsene geraten sie noch in tiefe Loyalitätskonflikte, wenn sie das Familiengeheimnis offenbaren. Einerseits schämen sie sich für das Verhalten der Erkrankten, andererseits fühlen sie sich des „Verrats“ schuldig, wenn sie „schlecht“ über sie reden. (vgl. Heim 2001: 75) Die Belastungen werden für die Kinder umso intensiver, je stärker die psychische Erkrankung inner- und außerfamiliär tabuisiert wird.

5.2.5 Verantwortungsübernahme und Parentifizierung

Da eine psychische Erkrankung meist mit einer Beeinträchtigung des Elternteils in seiner Rolle als Vater oder Mutter verbunden ist, geraten vor allem ältere Kinder in eine Verantwortung gegenüber der Familie, der sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht gewachsen sind und die mit dauerhaften Überforderungen verbunden ist. (vgl. Institut für soziale Arbeit 2000: 25)

Der Begriff „Parentifizierung“ ist abgeleitet von „parentis“, dem lateinischen Wort für Eltern. Der Begriff bezeichnet den Zustand einer Verantwortungsumkehr bzw. -verschiebung in der Beziehung zwischen Eltern und Kindern, die in diesem Falle ‚auf dem Kopf‘ steht: die Eltern sind selbst schwach und klammern sich an die eigenen Kinder. (vgl. Deneke 1995: 5) Biographische Interviews mit Betroffenen zeigen, dass bei der Erkrankung eines Elternteils meist ein Kind in der Familie die Rolle des Verantwortlichen zugesprochen bekommt. Die Sorge und Verantwortung reicht oft vom Wohlergehen

des erkrankten Elternteils, Aufgaben im Haushalt, der Pflege und Beaufsichtigung der Geschwister, dem Verwalten der Finanzen bis hin zur Beziehung der Eltern untereinander. Eine Betroffene schildert, sobald sie ihren Aufgaben (Haushaltsführung, Kochen für die Familie, im Auftrag der Mutter Geld für den Einkauf vom Großvater leihen) nicht nachkam, kam es zum Streit zwischen den Eltern, der oft gewalttätig endete. Sie stand so unter dem Druck: „Ich kann verhindern, dass was Schlimmes passiert.“ (vgl. Wagenblaus 2003 b: 9)

Die Sorge um die Familie bestimmt den Alltag dieser Kinder. Sie werden dadurch verfrüht zu ‚kleinen Erwachsenen‘, die ihre altersgemäßen Bedürfnisse nach Schutz und Fürsorge durch die Eltern zurückstellen müssen, sie erlauben sich keine Gefühle der Schwäche oder Überforderung. (vgl. Deneke 1995: 5) Die Kinder verzichten auf alterstypische, kindgerechte Beschäftigungen und wirken in ihrem Verhalten und ihren Äußerungen bereits ungewöhnlich vernünftig und ernst. (vgl. Wagenblaus 2003b: 10) Die Kinder müssen oft Aufgaben und Verantwortung von den Eltern, aber auch für diese übernehmen. So übernahm eine 14-jährige nach der Schule die Putzstelle der Mutter, damit diese die Stelle durch die Erkrankung nicht verlor. (vgl. Bender / Prokop-Nolte / Brücher 2004: 84)

In dieser Rolle der Verantwortlichen erfahren die Kinder jedoch auch Bestätigung. Neben Gefühlen der Überforderung sind sie andererseits stolz und fühlen sich gut, wenn sie von den Eltern für ihre Unterstützung gelobt werden. Sie entwickeln eine besondere Beobachtungsgabe für Stimmungen und Stimmungsschwankungen und passen ihr Verhalten daran an. Dies entlastet die Familien und wird entsprechend anerkannt. Die Kinder erhalten so einerseits ein Gefühl der Stärke und Kompetenz, andererseits kann es ihnen die Erfahrung vermitteln „... nur anerkannt zu werden, wenn man für andere da ist und sich um sie sorgt.“ (vgl. Wagenblaus 2003b: 10)

Verantwortungsgefühle und das Zurücksetzen der eigenen Bedürfnisse sind oft tief verinnerlicht und hindern die Kinder daran, sich auf ihr eigenes Leben zu konzentrieren. Sie befinden sich mit zunehmendem Alter in dem Ambivalenzkonflikt, sich einerseits vom erkrankten Elternteil räumlich wie emotional distanzieren zu wollen, andererseits hindert sie das schlechte Gewissen („was denn bloß aus ihr bzw. ihm werden soll wenn sie nicht mehr da sind“) daran, das oft durch Vorwürfe der Eltern verstärkt wird. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 194)

Die Ausführungen machen deutlich, dass die Kinder mit vielfältigen und z. T. sehr widersprüchlichen Gefühlen leben. Sie schwanken dabei zwischen Mitleid und Wut, Besorgnis und Angst, Zuneigung und Ablehnung. Auch besteht Trauer darüber, dass der Elternteil nicht mehr derselbe ist wie früher, Selbstmitleid („ungerecht, dass gerade mir so etwas passiert“), ein schlechtes Gewissen über Zorngefühle und Aggressionen („der Elternteil kann doch nichts dafür, ihm geht es noch viel schlechter als mir“), aber auch Stolz (meist im Nachhinein: „ich habe es trotzdem geschafft, habe mich Krisen gestellt und sie überwunden, bin evtl. sogar daran gewachsen“). Da diese Emotionen zentrale Lebensthemen betreffen, sind sie auch nicht immer klar voneinander zu trennen. Die Themen Verantwortung, Schuld und Wut greifen ineinander über. Diese Ambivalenz der Gefühlswelt kann bei den betroffenen Kindern zu weiterer Verunsicherung und Irritation führen. (vgl. Institut für soziale Arbeit 2000: 27; Webel 2004: 62)

6 Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte und altersspezifische Folgen der Erkrankung

Die Tatsache, bei einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen, stellt einen psychosozialen Risikofaktor im Hinblick auf die seelische Gesundheit des Kindes dar, da die veränderte Persönlichkeit und der Verlust des Realitätsbezuges zumeist eine Beeinträchtigung des Erziehungsverhaltens impliziert. (vgl. Mattejat 2004: 69) Welche Auswirkungen die elterliche Erkrankung auf die Kinder hat und wie nachhaltig diese für ihre weitere Entwicklung sind, ist vor allem abhängig vom Lebensalter und Entwicklungsstadium, in welchem die Kinder erstmalig die Erkrankung der Eltern erleben. Im Allgemeinen lässt sich sagen: je früher das Kind mit der elterlichen Erkrankung konfrontiert ist, umso prägender und weitreichender sind die Auswirkungen auf seine spätere Entwicklung sowie die Gefährdung hinsichtlich einer eigenen Erkrankung oder Symptomentwicklung. Unterlassene elterliche Fürsorge, wie etwa starke Vernachlässigung und Nichtbeachtung des Kindes durch die Eltern (z. B. verursacht durch krankheitsbedingte Überforderung oder Gleichgültigkeit), kann dabei ähnlich schwere psychische Folgen haben wie aktive Misshandlung oder Missbrauch. (vgl. Koch-Stoecker 2001: 50)

6.1 Einführung in die Bindungstheorie

„Kinder benötigen zuverlässige, stabile und berechenbare soziale Beziehungen, die ihnen Unterstützung, Anregung und Versorgung für ihre persönliche Entwicklung gewähren.“ (Institut für soziale Arbeit 2000: 26) Besonders in den ersten Lebensjahren ist die Fürsorge, die ein Kind von den Eltern erhält, für seine seelische Entwicklung von entscheidender Bedeutung. (vgl. Bowlby 2001: 11) Die Bindung zwischen dem Kind und seiner primäre Bezugsperson, d. h. „... ein lang andauerndes affektives Band zu bestimmten Personen, die nicht

ohne weiteres auswechselbar sind ...“ (Spangler / Zimmermann 1999: 172) nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein.

Die in den 50er Jahren vom englischen Psychoanalytiker John Bowlby begründete Bindungstheorie, die sich mit den grundlegenden frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes befasst, versteht Bindung als ein biologisch verankertes Verhaltenssystem zur Sicherung der Existenz. Bowlby geht davon aus, dass jeder Säugling eine angeborene Neigung hat, personenbezogene Bindungen mit dem Ziel der Nähe herzustellen. Die primäre Bezugsperson ist dabei meist, jedoch nicht notwendigerweise, die Mutter.² Diese für die gesunde Entwicklung des Kindes notwendige Nähe wird in Abhängigkeit vom Alter des Kindes durch unterschiedliches Verhalten wie Lächeln, Schreien, Arme ausstrecken, zur Mutter krabbeln, Hinterherlaufen oder Rufen erreicht. Das Bindungsverhalten soll die Zuwendung und Fürsorge der Bezugsperson sichern und wird in ‚Alarm‘-Situationen aktiviert, in denen Furcht, Trauer, Verunsicherung, Krankheit oder Fremdheit in einem Ausmaß erlebt werden, das nicht mehr selbständig regulierbar ist. (vgl. Seiffge-Krenke 2004: 60)

Die Qualität von Bindungsbeziehungen untersuchte Mary Ainsworth in den 70er Jahren anhand des ‚Fremde-Situations-Test‘. In der Testsituation wurde zunächst in einem nicht vertrauten, aber übersichtlichen Raum durch attraktives Spielzeug das Erkundungsverhalten des Kindes ausgelöst. Stufenweise wurden nun Verunsicherungen des Kindes durch kurze Trennungen von der Bindungsperson (Mutter), in denen es mit einer fremden Person oder vorübergehend allein im Raum ist, herbeigeführt. (vgl. Rauh 1995: 241 ff.) Ainsworth ordnete das Verhalten des Kindes während der Trennung und insbesondere der Wiedervereinigung mit der Bezugsperson in verschiedene Bindungskategorien ein: sie

² Bowlby versteht in erster Linie die Mutter als primäre Bindungsperson. Er benennt als Alternative eine ‚gleich bleibende Mutter-Ersatz-Person‘ (vgl. Bowlby 2001: 11), d. h. grundsätzlich können auch der Vater, die Großmutter, ein älteres Geschwister, die Tagesmutter oder andere wichtige Personen für das Kind zur primären Bezugsperson werden. (vgl. Brisch 1999: 287)

unterschied in sichere und unsichere Bindungsbeziehungen. Innerhalb der unsicheren Bindungsbeziehung wird zwischen zwei Untergruppen, dem vermeidenden und dem ambivalenten Typ, unterschieden.

- Kinder mit *sicherer Bindungsbeziehung* (ca. 50%): Diese Kinder zeigen ihren Trennungsschmerz offen und sind in der Lage, sich bei Rückkehr der Mutter den nötigen Trost zu holen und sich anschließend wieder von ihr zu lösen, um die Umgebung zu erkunden. Die Stresssituation ist unmittelbar beendet, es herrscht ein Gleichgewicht zwischen Bindung und Exploration.
- Kinder mit *unsicher-vermeidender Bindungsbeziehung* (ca. 25%) zeigen kaum Trauer über das Weggehen der Mutter, eher Unmut über sein Alleinsein. Sie ignorieren die Mutter bei der Wiederkehr und vermeiden Blickkontakt, behandeln Mutter und Fremde fast gleich. Sie scheinen wenig belastet, da sie die Nähe der Mutter nicht suchen, sondern ihre Konzentration auf das Spiel richten.
- Kinder mit *unsicher-ambivalenter Bindungsbeziehung* (15%) zeigen ihren Kummer lautstark, wirken untröstlich und z. T. wütend, wenn sie alleingelassen sind. Bei Rückkehr der Mutter sind sie jedoch nicht in der Lage, aus der Nähe zu ihr die nötige Sicherheit zu schöpfen. Sie verhalten sich sehr ambivalent in Bezug auf Suche und Abwehr von Körperkontakt und zeigen sichtbare Stressreaktionen, das Bindungssystem kommt nicht zur Ruhe.

Einige Kinder konnten nicht problemlos einer Gruppe zugeordnet werden. Bei diesen fanden sich später jedoch typische Besonderheiten im Verhalten, die als *desorganisiert* bzw. *desorientiert* beschrieben wurden und in leichter Ausprägung auch bei den drei Basisgruppen auftreten können. Bei einem hohen Ausprägungsgrad rechnet man sie als Zusatzklassifikation der Gruppe der unsicheren Bindungsqualität zu. Desorganisiertes bzw. desorientiertes Verhalten ist gekennzeichnet durch widersprüchliche Verhaltensmuster gegenüber der Bindungsperson, unterbrochene oder stereotype Bewegungen, sowie

bizarres Verhalten wie Grimassieren oder Erstarren. Die Kinder scheinen sich in einem Konflikt zu befinden, zu dem sie kein Verhaltensprogramm haben. Das Bindungssystem ist zwar aktiviert, das Bindungsverhalten äußert sich jedoch nicht in ausreichend konstanten und eindeutigen Verhaltensstrategien. (vgl. Rauh 1995: 241 ff.; Seiffge-Krenke 2004: 73)

Die Studien weisen erhebliche Unterschiede zwischen den Müttern sicher und unsicher gebundener Kinder auf und verdeutlichen die Verbindung zwischen dem Verhalten der Mutter und dem des Kindes:

- Mütter *sicher* gebundener Kinder verhalten sich freundlich, zugewandt und verlässlich. Sie reagieren feinfühlig, d. h. sie besitzen die Fähigkeit, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie aus seiner Sicht richtig zu interpretieren und darauf prompt und angemessen zu reagieren.
- Mütter *unsicher-vermeidend* gebundener Kinder weisen dagegen das Bindungsverhalten des Kindes schroff zurück, wenn dieses versucht, sich anzunähern. Sie ziehen sich vor allem zurück, wenn das Kind Emotionen wie Trauer zeigt. Die Kinder haben deshalb frühzeitig gelernt, ihre Bedürfnisse und Nöte nicht allzu heftig zu äußern. Die Unterdrückung des Bindungsverhaltens und der Fokus auf Exploration werden als adaptiv betrachtet, um sich vor weiteren Enttäuschungen zu schützen.
- Mütter *unsicher-ambivalent* gebundener Kinder reagieren in unvorhersagbarer Weise auf die Signale und Mitteilungen ihres Kindes. Während sie zeitweise sehr zugewandt und herzlich sind, zeigen sie sich zu anderen Zeiten nicht ansprechbar oder nicht erreichbar. Sie schwanken abrupt zwischen Ermutigung oder Unterdrückung der kindlichen Autonomie und zeigen ein insgesamt nicht feinfühliges und widersprüchliches Verhalten.
- Mütter, bzw. Eltern *desorganisiert* bzw. *desorientiert* gebundener Kinder stellen keine sichere Basis für das Kind dar, sondern gelten selbst als ‚Gefahrenquelle‘. Ein Großteil der Kinder aus klinischen

Risikogruppen sowie misshandelte Kinder gehören dieser Kategorie an. Die Eltern haben ihrerseits häufig traumatische Erfahrungen wie Verlust- und Trennungserlebnisse, Misshandlung und Missbrauch gemacht. (vgl. Brisch 1999: 48; Seiffge-Krenke 2004: 73 f.)

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass die entscheidende Grundlage der psychischen Entwicklung ein ‚inneres Arbeitsmodell‘ bildet, d. h. „... das Konzept des Menschen von sich selbst, von den anderen und von den Beziehungen zwischen dem Selbst und den anderen ...“ (Deneke 1995: 6). Diese Vorstellungen und Erwartungen über das Selbst und die Bindungspersonen (Selbst- und Objektrepräsentanzen) beeinflussen die Gestaltung späterer Beziehungen und steuern Verhalten, Kognition und Emotion in belastenden Situationen. Welche inneren Repräsentanzen das Kind bildet, hängt von der Qualität seiner Beziehungserfahrungen, vor allem im ersten Lebensjahr, ab. Die Arbeitsmodelle werden auch darüber hinaus während der gesamten Kindheit und Jugend beeinflusst, jedoch in sich zunehmend verringerndem Maße.

Ainsworth beschreibt die Feinfühligkeit oder Sensitivität der Bezugsperson im Umgang mit dem Kind als wesentlichen Faktor. Diese umfasst die zeitnahe Wahrnehmung, (aus Sicht des Kindes) richtige Deutung und angemessene Reaktion auf seine Bedürfnisse und Signale. (vgl. Spangler / Zimmermann 171 f.) Sind die Bezugspersonen feinfühlig und zugänglich für die Bedürfnisse des Kindes, wird sich das Kind als liebenswert und kompetent erleben, d. h. imstande, durch eigene Anstrengung wie Schreien oder Lächeln, etwas zu erreichen (Nahrungsaufnahme, Zuwendung etc.) Dies erfolgt nicht, wenn die Bezugspersonen emotional nicht erreichbar, durch eigene Probleme, Ängste, Schuldgefühle oder negative Vorstellungen in der Freude am Kind und dem gemeinsamen Erleben gehindert sind. (vgl. Deneke 1995: 6)

Die Bindungstheorie betrachtet eine sichere Bindung als Voraussetzung für die gesunde psychische Entwicklung des Kindes. Längsschnittstudien belegen, dass sicher gebundene Kinder eine höhere soziale und emotionale Kompetenz (weniger aggressives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen, Emotionsregulierung, beziehungsorientiertes Verhalten), vielfältigere Kommunikationsmöglichkeiten, größere Autonomie sowie komplexere Konflikt- und Problemlösestrategien aufweisen. Darüber hinaus entwickeln sicher gebundene Kinder, da sie insbesondere in schwierigen Situationen auf sozial unterstützende und verlässliche Beziehungen zurückgreifen können, häufiger ein realistisches, positives Selbstbild und ein hohes Selbstwertgefühl. Eine sichere Bindungsqualität kann dazu beitragen, kritische und belastende Lebenssituationen besser zu bewältigen. Die Grundlage dafür bieten das entwickelte Selbstvertrauen und die Möglichkeit bzw. Fähigkeit, sich bei Hilfebedarf an Bezugspersonen zu wenden. (vgl. Spangler / Zimmermann 1999: 181 ff.)

Das Bindungssystem ist unmittelbar verbunden mit dem Erkundungsverhalten. Die Bindungsperson, deren Hauptfunktion es ist, dem noch unselbständigen und hilflosen Kind Schutz und Sicherheit zu geben, bietet die unabdingbare sichere Basis, von der aus das Kind die Welt erkundet. Fühlt das Kind sich bindungssicher (und aktiviert somit kein Bindungsverhalten), wagt es sich weiter fort in den Raum, erkundet Gegenstände und Personen, allerdings mit Rückversicherungsblicken zur Ausgangsbasis. (vgl. Rauh 1995: 240) Das Explorationsverhalten bricht abrupt ab, wenn das Kind feststellt, dass die Bezugsperson vorübergehend abwesend ist. (Seiffge-Krenke 2004: 61)

Die Bindungstheorie geht von einer langfristigen Auswirkung früher Bindungserfahrungen aus. Dennoch sind innere Arbeitsmodelle und die Qualität der Bindungsbeziehungen nicht unveränderbar festgelegt. Sie können sich im Laufe des Lebens durch Erfahrungen mit anderen

wichtigen Personen, verändertem elterlichen Verhalten oder bedeutenden Lebensereignissen (wie Umzug, Trennung, Krankheit oder Tod eines Elternteils) wandeln. Die Bindungsentwicklung stellt somit kein lineares, sondern eher multikausales und transaktionales Modell dar. (vgl. Brisch 1999: 58)

6.2 Säuglings- und Kleinkindalter

Psychisch kranke Eltern sind vorübergehend, wiederkehrend oder dauerhaft in den auf das Kind bezogenen Erlebnisqualitäten (Aufmerksamkeit und Empfindsamkeit für seine Bedürfnisse, emotionale Verfügbarkeit oder Freude am Kind) beeinträchtigt. Fehlende Feinfühligkeit und emotionale Verfügbarkeit tragen zu einem negativen Selbstkonzept des Kindes sowie fehlenden positiven Erwartungen an die Welt bei. Dadurch können Neugier und Entdeckungslust des Kindes eingeschränkt sein, es wird demnach wenig Anreize finden, seine motorischen und intellektuellen Fähigkeiten zu entwickeln. (vgl. Deneke 1995: 6)

Ein zentrales Problem stellt der Mangel an Verlässlichkeit in der Zuwendung der Bezugsperson dar. Wenn Bezugspersonen dem heranwachsenden Kind gegensätzliche und teils unvereinbare Botschaften über sich selbst, ihre Beziehung zum Kind, ihre Wünsche, Erwartungen, Gebote und Verbote vermitteln, führt dies dazu, dass sich keine festen Vorstellungen von der Welt ausbilden können oder sich die bis dahin internalisierten Schemata verwirren. Die Kinder misstrauen in der Folge der eigenen Wahrnehmung und Interpretation. Die Welt scheint beliebig und nicht vorhersehbar, damit kann „... das Gefühl eines passiven Ausgeliefertseins entstehen, einer Unfähigkeit, Einfluss nehmen zu können. Neue Situationen, aber auch vertraute Abläufe, werden ängstlich-besorgt erwartet und schicksalhaft hingenommen.“ (Koch-Stoecker 2001: 55) Zusätzlich müssen die Kinder infolge dieser kognitiv-affektiven Mehrdeutigkeiten nach

Ciampi eine erhöhte Informationsmenge verarbeiten, jedoch fehlt das sichere Fundament, auf dem sich das vielfältige und neue Erleben abstützen kann. (vgl. Ciampi 1989: 243)

Mit einem Überangebot an fremdartigen Reizen sind auch Kinder von Eltern konfrontiert, deren Leben in der akuten Krankheitsphase durch Halluzinationen, Wahninhalte und damit verknüpte Angst bestimmt wird und die in diese Eigenwelt einbezogen werden. Die daraus resultierende Irritierbarkeit und herabgesetzte Reizschwelle führt zu einer erhöhten Stressanfälligkeit und Verletzbarkeit, die eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit bedingen können. (vgl. Koch-Stoecker 2001: 55 f.)

Ein spezifischer Einfluss der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder lässt sich bereits im Säuglingsalter von drei Monaten feststellen. Es zeigen sich Defizite der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung sowie bei Zweijährigen eine geringere sprachliche Entwicklung und erhöhte Auffälligkeit im Sozialverhalten im Vergleich zu Gleichaltrigen mit gesunden Eltern. (vgl. Schone / Wagenblast 2001: 11 f.)

Nach Ergebnissen der schwedischen Lund-Studie zeigen Kinder schizophrener Mütter signifikant häufiger ein ängstliches (vermeidendes bzw. ambivalentes) Bindungsverhalten. Die Mutter-Kind-Interaktion der untersuchten schizophren oder manisch-depressiv erkrankten Mütter war 3 Tage nach der Geburt erheblich gestört. Es bestanden ein negatives emotionales Klima, Anspannung und Unsicherheit, weniger sozialer Kontakt zwischen Kind und Mutter sowie weniger wechselseitiger Blickkontakt. Die Kinder psychotischer, besonders schizophrener und manisch-depressiver Mütter, zeigten im 1. Lebensjahr nahezu keine Angstreaktion gegenüber einer fremden Person. (vgl. Renschmidt / Matthejat 1994: 40 f.)

In den Interaktionsmustern schizophrener Mütter finden sich häufig bizarre Verzerrungen. Die Mütter sind häufig nicht in der Lage, das innere Erleben des Kindes mit ihm zu teilen. Sie reagieren nicht auf seine Signale, sondern unter Umständen lediglich auf die eigenen Ängste und Befürchtungen (z. B. das Kind sei permanent in akuter Gefahr). In einer solchen Interaktion macht das Kind die Erfahrung, dass es in seiner eigenen psychischen Verfassung nicht wahrgenommen wird und die Mutter mit ihm ganz nach ihren eigenen Bedürfnissen umgeht, „... als sei es eine Art Puppe ohne Eigenleben.“ (vgl. Deneke 1995: 6) Deneke geht davon aus, dass derartige Erfahrungen dazu führen, dass sich das Kind auch später passiv anpassen wird, seinen eigenen Impulsen und Wahrnehmungen keinen großen Wert beimessen und ein Gefühl dauerhafter Isolation entwickeln wird, wenn diese Beziehungserfahrung nicht durch andere Personen kompensiert werden kann.

Kinder depressiver Mütter zeigen vermehrt emotionale Störungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, klinisch bedeutsame Angstzustände und haben häufiger ein negatives Selbstkonzept. Dies wird zum Teil auf die mangelnde Fähigkeit der depressiven Mütter zurückgeführt, angemessen auf die Bedürfnisse der Kinder zu reagieren sowie eine adäquate Kommunikation aufrecht zu erhalten. (vgl. Remschmidt / Mattejat 1994: 70 ff.) Experimentelle Untersuchungen zeigen, dass Säuglinge depressiver Mütter bereits auf die eingeschränkte Affektivität, Unbewegtheit und Gleichförmigkeit ihrer Mutter eingestellt sind, und selbst ein resignatives, dem ihrer Mutter vergleichbares Ausdrucksverhalten zeigen. (vgl. Deneke 1995: 6)

Darüber hinaus zeigt sich vor allem bei Müttern mit chronischen psychischen Erkrankungen, z. T. aus Angst, zum Arzt zu gehen, eine mangelnde Vorsorge in der Schwangerschaft. Es treten häufig Regulationsstörungen (Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen) auf, die auf eine Störung der Eltern-Kind-Beziehung zurückzuführen sind.

Diese können wiederum zu einer erhöhten Stressbelastung für die Mutter führen. Das Verhalten und Wohlergehen von Säugling und Mutter bedingen sich gegenseitig. (vgl. Deneke 2004 a: 4 f.)

6.3 Kinder im Schulalter

Die erlebten Mangel Erfahrungen aus dem Kleinkindalter setzen sich in der Entwicklung fort und beeinflussen die Selbstsicherheit und Neugierde, mit der sich die Kinder ihrer Umwelt (dem neuen Umfeld Schule, Klassenkameraden und Lerninhalten) nähern.

Kontakte zu Freunden, Freizeitgestaltung, kognitives Lernen, wachsende Selbständigkeit und Autonomie erlangen in diesem Lebensabschnitt zunehmende Bedeutung, das Kind hat bestimmte Aufgaben zu bewältigen, bleibt aber von der Verantwortung eines Erwachsenen in der Regel frei. (vgl. Oerter 1995: 249) Kinder von psychisch kranken Eltern erleben dagegen meist keine ‚unbeschwerter‘ Kindheit. Wie bereits in Punkt 5.2.5 ausgeführt, müssen sie oft früh Funktionen im Haushalt, Pflichten und Verantwortung übernehmen, die altersgemäße Beschäftigungen und somit die eigene Entwicklung in den Hintergrund rücken lassen.

Die hohe Verantwortlichkeit ist meist mit Überforderungen verbunden. Zum einen, da den Kindern überhöhte organisatorische Kompetenzen abverlangt werden (Verwalten der Finanzen, Alltagsorganisation, Veranlassung von Klinikeinweisungen des Elternteils), zum anderen im affektiven Bereich, wenn z. B. das Kind den Elternteil trösten und unterstützen muss. Es lernt früher als Gleichaltrige, eigene Bedürfnisse zurückzustellen, Ernsthaftigkeit zu zeigen und selbständig zu werden. (vgl. Koch-Stoecker 2001: 57 f.) Unterdrückte Affekte der Überforderung, Wut oder Trauer können sich auf andere, z. B. körperliche Weise (psychosomatische Erkrankungen) oder in anderem Rahmen (durch

Verhaltensauffälligkeiten in der Schule, Auseinandersetzungen mit Mitschülern) äußern. (vgl. Koch-Stoecker 2001: 58)

Viele betroffene Kinder haben kaum oder wenig Kontakt zu anderen Kindern. Durch ihre Erfahrungen wirken sie oft ernst, verschlossen und haben keinen Bezug zu den Themen, die für Gleichaltrige im Vordergrund stehen (Playstation, Fußball, Pferde, erstes Verliebtsein). „Ich war einfach anders als die meisten Gleichaltrigen.“ (Bern 2004: 18) In ihrem Leben, in dem z. B. der Alltag für die kranke Mutter, den schwer arbeitenden Vater und die zwei kleinen Geschwister organisiert werden muss - ohne dass dabei jemand bemerkt, was zu Hause los ist - bleibt dafür weder Sinn noch Zeit. Die Kinder laden, aus Scham über die familiäre Situation, die grundlos schreiende Mutter oder die verwahrloste Wohnung, keine Freunde nach Hause ein und nehmen damit häufig eine Außenseiterposition ein. Viele suchen eher den Kontakt zu Erwachsenen, mit denen sie sich über andere Themen unterhalten können.

Die Wahrung des Tabus über die Krankheit (vgl. Punkt 5.2.4) bestimmt zudem den Alltag der Kinder. Lehrer und Mitschüler wissen selten um ihre Situation. Mitunter werden sie für ihre Verhaltensweisen, die in der elterlichen Krankheit begründet sind, zu Unrecht bestraft (z. B. dem Fernbleiben von der Schule, fehlenden Hausaufgaben oder Unterschriften der Eltern auf Klassenarbeiten) (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 188)

Die Überforderung der Kinder zeigt sich häufig in einem Mangel an Konzentration und dadurch bedingtem Leistungsabfall in der Schule. Dies ist auch in Verbindung mit mangelnden Kontakten zu Klassenkameraden zu sehen, die schulische Leistungen nachweislich beeinflussen. (vgl. Oerter 1995: 290)

Die Kinder entwickeln jedoch sehr unterschiedliche Formen, die Erkrankung der Eltern zu verarbeiten und zu bewältigen. Manche

Kinder zeigen ein überaus angepasstes Verhalten (insbesondere Mädchen). Auch schulische Leistungen müssen nicht zwingend nachlassen, die guten Noten sind oft die „... einzige Bestätigung, die ich in dieser Zeit hatte.“ (Bern 2004: 18) Einige Kinder gestalten ihre Freizeit so aktiv wie möglich, treten Vereinen und Gruppen bei oder widmen sich intensiv und liebevoll ihren Haustieren. Die Verhaltensweisen, die sie bereits früh erlernen mussten, können sich auch in Stärken bemerkbar machen, wie Organisationstalent und Empathie. Kinder diesen Alters sind zunehmend in der Lage, sich Bezugspersonen außerhalb des Elternhauses zuzuwenden.

6.4 Jugendalter

Die Jugend stellt eine Übergangsperiode zwischen Kindheit und Erwachsenenalter dar. Durch das Zusammenspiel biologischer, intellektueller und sozialer Veränderungen ist die Entwicklung in diesem Lebensabschnitt durch vielfältige Erfahrungen und Anforderungen an die Heranwachsenden geprägt. (vgl. Oerter / Dreher 1995: 310)

Zu den Problemen von Kindern psychisch kranker Eltern in der Pubertät liegen bislang kaum Untersuchungen vor. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass erhebliche Belastungen bestehen, da die Entwicklungsaufgaben dieser Lebensphase die Jugendlichen bereits erheblich fordern. Jugendliche möchten ernst genommen werden und fordern ein Mindestmaß an Verständnis und Empathie für ihre Interessen, Neigungen und Probleme. Sie benötigen vertraute Personen auf der Suche nach der eigenen (Geschlechts-)Identität, mit denen sie über Schwierigkeiten in der Schule oder Liebeskummer sprechen und mit denen sie sich aktiv auseinandersetzen können.

Der familiäre Ablösungsprozess stellt zwischen Kindern und Eltern, unabhängig von einer psychischen Erkrankung, zumeist ein

konflikthaftes Potential dar. Die Jugendlichen denken zunehmend über sich selbst nach und entwickeln eigene Zukunftspläne. Sie hinterfragen Normen, Werte und Handlungsmuster der Eltern und suchen in ihnen Partner für kontroverse Diskussionen. Die dabei auftretenden Konflikte sind in der Regel lösbar. Von grundlegender Bedeutung ist dabei eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung. Diese ist bei Kindern psychisch Kranker allerdings häufig vorbelastet oder instabil. Die notwendige ‚Rebellion‘ gegenüber den Eltern findet aufgrund von Schuldgefühlen häufig nicht statt, eine ‚gesunde‘ Auseinandersetzung ist somit nicht oder nur erschwert möglich. In vielen Fällen kommt es entweder zu einem abrupten Ausbruch der Jugendlichen aus der Familie (Auszug, Kontaktabbruch) oder es entwickelt sich eine übermäßig starke Bindung, die bis ins hohe Erwachsenenalter andauern kann und Abnabelungsversuche schwer macht. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 192 f.)

Die Beziehung zu Gleichaltrigen und soziale Aktivitäten nehmen im Jugendalter einen zentralen Stellenwert ein. Eine Außenseiterposition ist in dieser Zeit besonders mit Gefühlen der Einsamkeit und Verzweiflung verbunden, die nicht selten zu selbstverletzenden Verhaltensweisen führen. Gelingt es den Jugendlichen dagegen, sich Ansprechpartner außerhalb der Familie zu suchen oder sich in einer Peer-Group zu verankern, können die belastenden Erfahrungen in der Familie kompensiert werden.

6.5 Psychosoziale Spätfolgen im Erwachsenenalter

Die Erfahrung, mit einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen, und die daraus resultierenden persönlichen und sozialen Folgen, verlieren sich nicht an einer bestimmten Altersgrenze sondern sind Bestandteile der eigenen Identität. „Die Belastungen schwinden nicht zwangsläufig mit zunehmendem Alter der Kinder, sie verändern sich.“ (Wagenblaus 2003 b: 11) Welche Folgen die Erkrankung des

Elternteils für das Erwachsenenalter hat, ist abhängig davon, wie sie von den Betroffenen in Kindheit und Jugend erlebt wurde.

Viele Betroffene haben bis ins hohe Erwachsenenalter Probleme, sich von den Eltern zu lösen und sich auf ein eigenes Leben zu konzentrieren. Schuld- und Verantwortungsgefühle, die häufig noch durch die Eltern verstärkt werden, hindern sie daran. „Ich mußte mir anhören, was denn aus ihr werden sollte, wenn ich auszog und sie alleine war, wer sollte sie denn dann gegebenenfalls in die Klinik einweisen.“ (Bern 2004: 22) Doch selbst, wenn die Kinder ausgezogen sind, zieht die räumliche Distanz nicht zwangsläufig eine emotionale Distanzierung von den Eltern nach sich. Nach der räumlichen Trennung erfolgt zum Teil eine (nicht immer freiwillige) Intensivierung der Beziehung zum erkrankten Elternteil bzw. der Familie. (vgl. Schone / Wagenblass 2002: 193) Neben Telefonaten und Besuchen organisieren die erwachsenen Kinder häufig auch über große Entfernung hinweg das Leben und den Alltag der Eltern (Umzüge, Arztbesuche, Wohnungsputz, Einkauf etc.). (vgl. Webel 2004: 58 f.) Es fällt ihnen besonders schwer, sich selbst wahrzunehmen und abzugrenzen und den Eltern und Geschwistern die Verantwortung für deren Wohl zurückzugeben. Sich um die eigenen Bedürfnisse zu kümmern und es sich gut gehen zu lassen - ohne schlechtes Gewissen - scheint für viele Betroffene fast undenkbar. (vgl. Heim 2001: 75)

Die Psychologen Marsh und Dickens der Universität Pittsburgh untersuchten seelische Schwierigkeiten von erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern. Sie stellten bei einem Großteil der erwachsenen Kinder Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, begleitet von geringer Selbstachtung und starken Schuldgefühlen fest. Mehr als die Hälfte der Befragten, die sich nur schwer vom Elternhaus lösen konnten und sozial isoliert lebten, hatten auch im Erwachsenenalter noch Angst vor Gewalt und Selbstmord ihrer Eltern. (vgl. Knuf 2000: 38 f.)

Die zum Teil traumatischen Erfahrungen aus der Kindheit können viele Lebensbereiche beeinflussen, so z. B. die Beziehungsgestaltung, Berufs- und Partnerwahl. Das Gefühl der Verantwortung für das Wohlergehen der Familie haben die Betroffenen tief verinnerlicht und ergreifen oft ‚pflichtbewusst‘ und ‚tüchtig‘ soziale Berufe. (vgl. Heim 2001: 75) Die erlernte Sensibilität und Beschäftigung mit den Problemen anderer Menschen ist für viele Erwachsene zu einem beziehungsstiftenden Element geworden. (Schone / Wagenblass 2002: 184) Eine Betroffene schildert: „Für viele war ich Anlaufstelle bei Problemen. Während des Studiums perfektionierte ich mich geradezu als Sozialarbeiterin, Geldverleiherin und Therapeutin. Kontakte ohne den Gedanken des Helfens existierten kaum noch.“ (S. W. 2004: 28 f.) So suchen sich Betroffene unter Umständen einen Partner, für den sie ebenso Verantwortung übernehmen (können), oder dessen Konfliktverhalten in schwierigen Situationen (z. B. Suizidandrohungen) ähnlich dem des erkrankten Elternteils ist. (vgl. Knuf 2000: 39).

Wie weitreichend die Folgen sein können, zeigt sich auch daran, dass viele erwachsene Kinder sich entscheiden, auf eigene Kinder und die Gründung einer Familie zu verzichten. Sie haben Angst, selbst zu erkranken und wollen auf diese Weise verhindern, dass ihnen und wiederum ihren Kinder das gleiche ‚Schicksal‘ widerfährt. (vgl. Küchenhoff 2004: 150)

Die Grenze „... zwischen belastender Überforderung und fordernder Belastung ist fließend.“ (Schone / Wagenblass 2002: 184) So können die Kinder durch die Erkrankung der Eltern auch Potentiale entwickeln. Die Erfahrung, die Krisen in der Kindheit bewältigt zu haben, kann ihnen Sicherheit für spätere Stress- und Anforderungssituationen geben. Viele der Betroffenen sind überdurchschnittlich selbständig und verantwortungsbewusst und verfügen über ein hohes Einfühlungsvermögen in andere Personen.

Zuverlässigkeit ist ihnen wichtig, die sie im Gegenzug auch anderen bieten. (vgl. Beeck 2004 b: 10)

7 Salutogenese und Resilienz

Durch die High-Risk-Forschung ist es gelungen, das Erkrankungsrisiko, sowie Faktoren, die eine Erkrankung begünstigen, weitgehend detailliert zu beschreiben. Trotz ungünstiger Erfahrungen und traumatischer Erlebnisse in ihrer Familie, bleibt ein Großteil der Kinder und Jugendlichen stabil und gesund.

Der schweizer Psychiater Manfred Bleuler machte (als Gegengewicht zur High-Risk-Forschung) bereits früh auf das produktive Lebenspotential der Kinder psychisch kranker Eltern aufmerksam. Im Rahmen seiner Langzeitstudie von 1972 unter dem Titel „Die schizophrene Geistesstörung im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten“ mit 184 Kindern schizophrener Eltern betont er, dass drei Viertel von ihnen gesund bleiben. Selbst die langandauernde Erziehung durch zwei psychisch kranke Elternteile stellt kein absolutes Hindernis für eine gesunde Entwicklung dar. (vgl. Sollberger 2000: 19)

In seinem Modell zur *Salutogenese* beschäftigt sich der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky mit den Ressourcen und Potentialen, die dazu beitragen, dass Personen trotz großer Belastungen langfristig gesund bleiben. Im Gegensatz zur Pathogenese (der Entstehung von Krankheit) richtet die Salutogenese ihren Blick auf die Entstehung und den Erhalt von Gesundheit. Nach Antonovsky schließen sich Gesundheit und Krankheit nicht aus, sondern bilden Pole in einem mehrdimensionalen Konzept, die allerdings im Leben eines Menschen nie völlig erreicht werden können. Auch wer sich überwiegend als gesund erlebt, hat kranke

Anteile, und solange ein Mensch am Leben ist, sind zumindest Teile von ihm gesund. (vgl. Schiffer 2001: 148)

Antonovsky geht von der Annahme aus, dass der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch die Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben bestimmt wird. Den zentralen Aspekt bildet dabei das Kohärenzgefühl. Es beschreibt die Fähigkeit, ein Gefühl von Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Welt zu entwickeln und ist gekennzeichnet durch eine Lebenseinstellung, die grundlegend durch Vertrauen und Zuversicht geprägt ist. (vgl. Wydler / Kolip / Abel 2000: 14)

Das Kohärenzgefühl entscheidet darüber, ob äußere Belastungen als bedrohlicher Stress oder als Herausforderung angesehen werden. Je ausgeprägter dieses Gefühl ist, desto besser kann ein Mensch vorhandene Ressourcen nutzen, um Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten oder wiederherzustellen.

Das Kohärenzgefühl wird durch Lebenserfahrungen, insbesondere der Kindheit und Jugend, geformt und geprägt. Zur Entwicklung eines starken Kohärenzgefühls tragen innere (Begabung, bereits verinnerlichte gute Erfahrungen) und äußere (geeignete Möglichkeiten zur Konfliktbewältigung in der Familie, soziale Unterstützung, Freunde) Ressourcen bei. Sie bilden das Potential zur Bewältigung von Anforderungen verschiedenster Art. (vgl. Schiffer 2001: 30)

Das Modell der Salutogenese leistete einen inspirierenden Beitrag zur Gesundheitsforschung und -förderung, bleibt allerdings aufgrund mangelnder Fundierung und empirischer Absicherung innerhalb der Forschungszweige umstritten. (vgl. Kolip / Wydler / Abel 2000: 11)

Ein weiteres Modell, welches sich mit der Gesunderhaltung von Kindern trotz schwieriger Entwicklungsbedingungen befasst, wird

aktuell von der gesundheits- und entwicklungspsychologischen Forschung diskutiert und unter dem Begriff „Resilienz“ zusammengefasst.

Abgeleitet aus dem englischen ‚resilience‘ (= elastisch, strapazierfähig, unverwundlich), bezeichnet der Begriff die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen und kann als Gegengewicht zur Vulnerabilität betrachtet werden. Die zentrale Fragestellung ist, was Kinder ‚stark‘ macht und welche entscheidenden Potentiale und Ressourcen ihre Fähigkeiten erhöhen, schwierige Lebensbedingungen erfolgreich zu bewältigen. (vgl. Pretis / Dimova 2004: 30)

Einen entscheidenden Beitrag dazu lieferte die so genannte „Kauai-Studie“, eine 1955 begonnene Langzeitstudie eines ganzen Geburtenjahrganges von 698 Kindern einer Nebeninsel von Hawaii. Diese Untersuchung befasste sich mit den langfristigen Auswirkungen psychosozialer Belastungsfaktoren in der Kindheit und berücksichtigte bereits die Wirkung von Schutzfaktoren. Es wurde belegt, dass psychosoziale Belastungsfaktoren durch Schutzfaktoren kompensiert werden können. (vgl. Egle / Hardt / Nickel u. a. 2002: 413)

Bevor die wesentlichen und empirisch gesicherten Schutzmechanismen im Folgenden dargestellt werden, ist anzumerken, dass sich in der Literatur eine Vielzahl an protektiven und kompensatorischen Faktoren finden lässt. Allen ist gemeinsam, dass sie zum Selbstbewusstsein und emotionaler Sicherheit von Kindern beitragen. Was genau jedoch diese ausmacht, d. h. Kinder ‚stark‘ und ‚resilient‘ macht, ist ebenso vielfältig wie individuell und reicht von der Tragfähigkeit der Beziehungen von Bezugspersonen bis zu Bestätigung durch Freizeitaktivitäten und Hobbys (Malen, Tanzen, Sport, Pflege von Haustieren) oder Schulleistungen. Ein wesentlicher Aspekt im Bezug auf Beziehungen ist, dass selbst, wenn beide Elternteile nicht emotional verfügbar sind (aufgrund der Erkrankung bzw. eigener starker Belastung durch die Erkrankung des Partners)

Kinder dennoch tragfähige Beziehungen zu anderen Personen aufbauen können. Dies kann ein Großelternanteil, Geschwisteranteil, eine Tante / Onkel etc. sein. Fast alle erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern berichten zumindest über ein wesentliches Element, das ihnen Schutz und Halt in der für sie schweren Zeit gegeben hat. (vgl. Beeck 2004: 11 f.)

Egle u. a. benennen unter anderem auf dem Hintergrund der Kauai-Studie als empirisch gesicherte Schutzfaktoren:

- *Individuelle Faktoren*: hoher Aktivitätsgrad, gutes Sozialverhalten, robustes und kontaktfreudiges Temperament, gute soziale und intellektuelle Kompetenz, gute kommunikative Fähigkeiten, internale Kontrollüberzeugung, weibliches Geschlecht³
- *Dauerhafte, emotional stabile und einfühlsame Beziehung* zu mindestens einer primären Bezugsperson (Elternanteil, Geschwister, später auch tragfähige Partner- und Freundschaften, die in Belastungssituationen Unterstützung gewähren)
- *Unterstützende Systeme von außen*: Schule, Arbeit, Jugendgruppen oder kirchliche Einrichtungen, die zur Förderung individueller Fähigkeiten und zur Entwicklung einer positiven Lebenseinstellung beitragen. (vgl. Egle / Hardt / Nickel u. a. 2002: 413 ff.)

In Bezug auf die Familie gelten nach Deneke ein gutes Klima in der Partnerschaft der Eltern, innerfamiliärer Zusammenhalt (Stabilität und Tragfähigkeit der Beziehungen), Vorhandensein eines sozialen Unterstützungssystems (vor allem bei Alleinerziehenden) und stabile Lebensbedingungen als Faktoren für eine positive Bewältigung. Seitens der elterlichen Erkrankung sind weniger schwere und chronische Verläufe mit überwiegend gesunden Intervallen, später Beginn der Erkrankung und der Nicht-Einbezug des Kindes in Wahnideen zu nennen. (vgl. Deneke 1995: 6)

³ vgl. Punkt 3: High-Risk-Forschung

Das Vorhandensein von Schutzfaktoren ermöglicht demnach trotz schwieriger Entwicklungsbedingungen eine gesunde Entwicklung und kann darüber hinaus zu einer höheren Stressresistenz im späteren Leben beitragen. (vgl. Egle / Hardt / Nickel u. a. 2002: 413)

Die Ausführungen in diesem Kapitel zeigen, dass Resilienz kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal darstellt (obwohl genetische Einflüsse wie Temperament, Intelligenz oder Geschlecht darunter gefasst sind), sondern eine Kapazität, die sich in der Interaktion des Kindes mit der Umwelt entwickelt und somit ‚lernbar‘, d. h. auch ‚förderbar‘ ist. (vgl. Pretis / Dimova 2004: 30) Resilienzprozesse zu aktivieren und langfristig zu stabilisieren ist, im Hinblick auf Kapitel 9, Bewältigungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, eine wesentliche Aufgabe sozialer Arbeit.

8 Rechtliche Rahmenbedingungen

8.1 Elterliche Sorge und Kindeswohlgefährdung

Ein interdisziplinäres (juristisch / sozialpädagogisches) Forschungsprojekt zum Thema „Kindeswohl zwischen Jugendämtern und Vormundschaftsgerichten“ an der Technischen Universität Berlin erbrachte im Rahmen einer Fallhebung bei 16 Jugendämtern aus dem gesamten Bundesgebiet, dass bei 57 von 318 Kindern (17,9%), für die ein Sorgerechtsverfahren aufgrund von Kindeswohlgefährdung eingeleitet worden war, erhebliche bis gravierende Belastungen durch psychische Krankheit der Eltern eine Rolle gespielt haben. Ähnliche Resultate zeigte eine Aktenanalyse im gleichen Projekt in zwei Berliner Bezirken. In 15 von 50 Fällen (30%) wurde als Hintergrund einer notwendigen Einschaltung des Gerichts die psychische Krankheit von Eltern(-teilen) in den Berichten der Jugendhilfe thematisiert. Hochgerechnet auf ca. 6000 teilweisen oder

vollständigen Sorgerechtsentzügen pro Jahr in Deutschland würde dies eine Anzahl von 1.100 bis 1.800 Fällen bedeuten, in denen eine psychisch Erkrankung von Eltern(-teilen) zumindest einen Faktor zur Einschränkung der elterlichen Sorge darstellt. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 25) Die Zahlen machen deutlich, in welchem Maße die Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern auch in rechtlicher Hinsicht von Bedeutung ist.

In Art. 6 Abs. 2 des Grundgesetzes (sowie § 1 Abs. 2 Kinder- und Jugendhilfegesetz) ist das Grundrecht bzw. die Elternverantwortung definiert: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“ (Stascheit 2002 Nr.1: 2). Dies gilt gleichermaßen für alle Eltern, d. h. auch für psychisch kranke Personen.

Für sich genommen stellt die psychische Erkrankung eines Elternteils noch kein Hindernis zur Ausübung des Sorgerechts dar, denn Krankheit und Behinderung der Eltern gehört nach der Feststellung des Bundesverfassungsgerichts (BverfG NJW 1982, 1379) „... grundsätzlich zu den Lebensumständen, die das Kind als schicksalhaft hinzunehmen hat, sie rechtfertigen als solche zunächst noch keinen Eingriff in die elterliche Sorge.“ (Münder 1994; zit. nach Schone / Wagenblaus 2002: 13) Insbesondere dann nicht, wenn der andere Elternteil gesund und in der Lage ist, eine korrigierende Erziehungsfunktion auszuüben. (vgl. Schone / Wagenblaus 2001: 13) In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle können die Eltern die Pflege und Erziehung der Kinder und Jugendlichen weiterhin selbst oder mit Unterstützung von Ehepartnern oder Verwandten sicherstellen. Dies bedeutet, dass Ressourcen aus dem familiären oder sozialen Umfeld aktiviert werden können, um eine krankheitsbedingte Einschränkung der Erziehungsfähigkeit zu kompensieren. (vgl. Schone 2004: 108)

Wenn Eltern sich allerdings aufgrund von Krankheit oder aus anderen Gründen nicht (mehr) in der Lage sehen, eine angemessene Versorgung und Erziehung ihrer Kinder zu organisieren und zu gewährleisten, sichert das KJHG durch den § 27 ‚Hilfe zur Erziehung‘ Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung: „Ein Personensorgeberechtigter 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 und notwendig ist.“ (Stascheit 2002 Nr. 110: 10) Das KJHG schafft somit einen Rechtsanspruch auf öffentliche Unterstützung durch die Jugendhilfe, für deren Umsetzung die örtlichen Jugendämter verantwortlich sind. (Auf die verschiedenen Möglichkeiten und Angebote der Jugendhilfe wird in 8.2 eingegangen.) Diese unterstützenden öffentlichen Hilfen sind vorrangig gegenüber allen weitergehenden Maßnahmen zu gewähren. (vgl. Schone 2004: 108)

Neben der Unterstützung der Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder, ist es darüber hinaus Aufgabe der Jugendämter, das Kind vor Gefahren für sein Wohl, ggf. auch gegen den Willen der Eltern, zu schützen. (Schone / Wagenblaus 2001: 16) Der Staat, d. h. insbesondere die Vormundschafts- und Familiengerichte sowie die Jugendämter wachen darüber, dass die Eltern ihr Erziehungsrecht zum Wohle des Kindes ausüben („Staatliches Wächteramt“ Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG).

Eine Gefährdung des Kindeswohls besteht nach § 1666 BGB dann, wenn durch die missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch die Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen oder durch das Verhalten eines Dritten eine Gefahr für das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes vorliegt, und die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, diese aus eigener Kraft abzuwenden. (vgl. Fieseler / Herborst 2001: 48) Übertragen auf Eltern mit einer psychischen Erkrankung bedeutet dies, dass ein Eingriff in die elterliche Sorge durch das Familiengericht erfolgen kann, wenn

die Eltern das Wohl ihrer Kinder nicht (mehr) gewährleisten können, diesbezüglich keine Einsicht haben oder eine Gefährdung billigend in Kauf nehmen und externe Hilfen konsequent ablehnen. Sind die Eltern nicht davon zu überzeugen, Hilfen in Anspruch zu nehmen, ist das Jugendamt nach § 50 Abs. 3 KJHG zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung verpflichtet, das zuständige Familiengericht einzuschalten.

Das Gesetz legt die Art der Eingriffe in das elterliche Sorgerecht dabei nicht fest, es spricht von ‚zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen‘ (§ 1666 Abs.1 BGB). Dabei ist nach § 1666a BGB ‚Grundsatz der Verhältnismäßigkeit‘ zu prüfen, ob öffentliche Hilfen ausreichen, um die Kindeswohlgefährdung aufzuheben. Die Trennung der Kinder von den Eltern stellt dabei das ‚letzte Mittel‘ dar. Als gerichtliche Maßnahmen können Ermahnungen, Verwarnungen, Auflagen (Hilfemaßnahmen), Ersetzung des Elternwillens (z. B. bei notwendiger ärztlicher Behandlung des Kindes) oder Einschränkungen der elterlichen Sorge angeordnet werden. Die elterliche Sorge gliedert sich in die Personensorge und die Vermögenssorge. Die Personensorge umfasst nach § 1631 Abs. 1 BGB die Pflege, Erziehung, Beaufsichtigung und das Aufenthaltsbestimmungsrecht. Der Entzug der gesamten Personensorge ist nach § 1666a Abs. 2 BGB nur zulässig, wenn andere Mittel erfolglos geblieben sind oder zur Abwendung der Gefahr nicht ausreichen. (vgl. Stascheit 2002 Nr. 70: 191)

Insbesondere bei psychisch kranken Eltern, bei denen keine Krankheitseinsicht vorhanden ist, kommt es in den meisten Fällen zum teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorge. (vgl. Schone 2004: 112)

Im Verfahren zur Personensorge sind nach §§ 50, 50a und 50b FGG neben den Eltern auch die Kinder anzuhören (ab dem 14. Lebensjahr besteht eine Anhörungspflicht), ggf. kann ein Verfahrenspfleger

bestellt werden, der die besonderen Interessen und Anliegen der Minderjährigen vertritt.

Kommt es per Beschluss des Gerichts zu einer Einschränkung oder zum Entzug der elterlichen Sorge, werden die entzogenen Rechte auf eine andere Person übertragen. Dies können Verwandte oder Personen aus dem nahen Umfeld des Kindes sein. Können in der Verwandtschaft keine geeigneten Personen gefunden werden, erfolgt eine Übertragung auf das örtliche Jugendamt, das einzelne MitarbeiterInnen (Amtsvormund / Amtspfleger) mit dieser Aufgabe betraut. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 49)

Bei ‚Gefahr im Verzuge‘, das heißt besonderer Eilbedürftigkeit, um Schaden vom Kind abzuwenden, kann das Jugendamt nach § 49 Abs. 4 FGG eine einstweilige Verfügung durch das Gericht einholen und das Kind mit sofortiger Wirkung bei einer anderen Person, in einer Einrichtung oder Bereitschaftspflegestelle unterbringen. (vgl. Fieseler / Herborth 2001: 189)

Wird einem psychisch kranken Elternteil die elterliche Sorge (nach § 1666 BGB) entzogen, hat er dennoch das Recht auf persönlichen Umgang mit dem Kind. Das Umgangsrecht soll dem Elternteil ermöglichen, weiterhin mit dem Kind Kontakt zu pflegen, die verwandtschaftlichen Beziehungen mit dem Kind aufrechtzuerhalten und einer Entfremdung vorzubeugen. Das Gericht kann das Umgangsrecht nur einschränken oder ausschließen, wenn andernfalls das Wohl des Kindes gefährdet wäre. Nach § 1684 Abs. 4 Satz 3 BGB kann das Familiengericht auch anordnen, dass der Umgang nur unter Anwesenheit eines Dritten (z. B. Mitarbeiter des Jugendamtes) stattfinden darf. Dieser ‚betreute‘ oder ‚beschützte‘ Umgang kann zum Beispiel zur behutsamen Neuanbahnung abgerissener Kontakte dienen. (vgl. Fieseler / Herborth 2001: 201 ff.)

Die eingangs und in Kapitel 3 erwähnte rechtstatsächliche Untersuchung der technischen Universität Berlin durch den Jurist J. Münder erbrachte, dass der Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts und der Entzug des gesamten Sorgerechts von den Gerichten oft als ‚Standardentscheidungen‘ beschlossen werden. Die Familiengerichte verfügen über erhebliche Gestaltungsspielräume, da im Gesetz nur von den ‚erforderlichen Maßnahmen‘ die Rede ist, jedoch weisen diese nur geringe Flexibilität auf und sind selten auf die konkrete Situation des Eltern-Kind-Verhältnisses abgestimmt. Nach Münder gilt es sicherzustellen, dass die Eltern auch nach einer formellen richterlichen Entscheidung und damit verbundenen Fremdunterbringung des Kindes nicht ihrer Elternrolle ‚enteignet‘ werden. Die Gerichte sollten vermehrt darauf hinwirken, dass die Eltern auch weiterhin in das Aufwachsen des Kindes einbezogen bleiben oder, wo dies nicht möglich ist, ein Ablösungsprozess begleitet wird. (vgl. Münder 1995: 96 ff.; Schone / Wagenblast 2002: 24)

8.2 Leistungen der Jugendhilfe

Aufgabe der Jugendhilfe ist nach § 1 KJHG die Verwirklichung des Rechts junger Menschen auf Förderung ihrer Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gesellschaftsfähigen Persönlichkeit. Dies umfasst nach § 1 Abs. 3 KJHG:

1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen,
4. dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und

jugendfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.
(vgl. Stascheit 2002 Nr. 110: 4)

Dies stellt einen komplexen Auftrag dar, der nicht immer widerspruchsfrei umzusetzen ist. Das Jugendamt tritt gegenüber den Eltern in einer Doppelrolle auf, als Unterstützer der Familie und als Schützer der Kinder. Dabei ist ein Balanceakt gefordert „... zwischen dem Respekt vor andersartigen Lebensentwürfen und der Gewährleistung des Kindeswohl.“ (Schöne / Wagenblaus 2001: 16)
Die Autoren vermuten hierin einen Grund für die Angst und Zurückhaltung der Eltern und Minderjährigen im Blick auf die Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen.

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz sichert im § 27 ‚Hilfe zur Erziehung‘ den Anspruch der Kinder, Jugendlichen und Eltern auf Unterstützungsleistungen. Die Hilfen zur Erziehung sind im Wesentlichen in den §§ 28 bis 42 KJHG geregelt und können in unterschiedlicher Form (ambulant, teilstationär oder stationär) erfolgen.

Ambulante Erziehungshilfen lassen sich in Angebote mit eher familienorientierten oder kind- und jugendlichenorientierten Handlungsstrategien unterscheiden. Zu den familienorientierten Angeboten zählen die sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 KJHG und z. T. die Erziehungsberatung nach § 28 KJHG. Soziale Gruppenarbeit nach § 29 KJHG, Erziehungsbeistand bzw. Betreuungshelfer nach § 30 KJHG und die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung nach § 35 KJHG zählen zu den kind- und jugendlichenorientierten Maßnahmen. Familienorientierte Hilfen zielen darauf ab, durch sozialpädagogische Interventionen bzw. durch sozialpädagogische und psychologische Beratung die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Darüber hinaus sind in § 18 KJHG ein spezifisches Beratungsangebot

für Alleinerziehende, sowie Beratung und Unterstützung bezüglich der Ausübung des Umgangsrechts enthalten.

Soziale Gruppenarbeit, Erziehungsbeistandschaft und intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung unterstützen dagegen in erster Linie junge Menschen bei der Bewältigung von Entwicklungs- und Verhaltensproblemen. Die Maßnahme soll unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Familie erfolgen. Ihr Ziel kann auch die Begleitung bei der Ablösung von der Familie und Verselbständigung sein. Die Angebote richten sich eher an ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. (vgl. Schone / Wagenblast 2002: 44)

Teilstationäre Erziehungshilfen sind die Tagesgruppe (§ 32 KJHG) und die sozialpädagogische Tagespflege in einer Familie (§ 32 Satz 2 KJHG). Diese Hilfen richten sich besonders an Kinder im Grundschulalter und Übergang zu weiterführenden Schulen. Sie gelten als familienergänzende Maßnahmen und sollen durch intensive begleitende Elternarbeit den Verbleib des Kindes oder Jugendlichen in der Familie sichern.

Stationäre Erziehungshilfen in Pflegefamilien (§ 33 KJHG) oder in Heimen und sonstigen betreuten Wohnformen (§ 34 KJHG) erfolgen, wenn die Familie eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung auch mit Unterstützung nicht gewährleisten kann. Entsprechend dem Entwicklungsstand und Alter des Kindes sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie haben stationäre Erziehungshilfen zum Ziel:

1. die Rückkehr in die Familie zu unterstützen und zu erreichen,
2. die Erziehung in einer anderen Familie vorzubereiten,
3. eine auf längere Zeit angelegte Lebensform zu bieten und auf ein selbständiges Leben vorzubereiten. (vgl. Fieseler / Herborst 2001: 278)

Grundlage der Hilfe zur Erziehung bildet der mit allen beteiligten Personen (Eltern, Kind bzw. Jugendlichen, Jugendamt und hilfeleistender Stelle) erarbeitete Hilfeplan (§ 36 KJHG), in dem Festlegungen über den Bedarf, die Art der Hilfe und ihre konkreten Ziele getroffen werden. Die Eltern und die Kinder sind vor ihrer Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe nach § 36 Abs. 1 KJHG über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten zu beraten und auf mögliche Folgen für die Entwicklung der Kinder hinzuweisen. Sie haben das Recht, Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfe zu äußern und zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger zu wählen, sofern damit nicht unverhältnismäßige Mehrkosten verbunden sind (§§ 5 und 36 Abs. 1 KJHG). (vgl. Schone 2004: 109)

Die Form und Dauer der jeweiligen Hilfe richtet sich nach dem konkreten erzieherischen Bedarf, der im Fall einer psychischen Erkrankung des Elternteils auch von der Schwere und Ausprägung der Erkrankung abhängt. Es ist zu beachten, dass psychisch kranke Eltern ggf. besondere Probleme haben, ihre Rechte in Bezug auf die Leistungsansprüche im Rahmen der Jugendhilfe angemessen und umfassend offensiv selbst wahrzunehmen. Da psychisch kranke Menschen meist, infolge der Erkrankung, in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt sind und zum Teil unter krankheitsbedingten Denkstörungen leiden, „... ist es für sie oft unmöglich, sich im Rechts- und Verwaltungsdschungel zurechtzufinden ...“ (Schone / Wagenblaus 2002: 46) Deshalb ist ein besonderes Engagement der sozialpädagogischen Dienste der Jugendämter erforderlich, um den betroffenen Eltern ihre Ansprüche und Rechte verständlich zu machen und erforderliche Hilfsangebote von sich aus zu entwickeln und zu unterbreiten.

Problematisch gestaltet sich die Situation dann, wenn überforderte, ablehnende oder verängstigte Eltern sich weigern, notwendige und geeignete Hilfen zur Erziehung in Anspruch zu nehmen. Denn solange keine nachweisbare Gefährdung des Kindeswohls besteht, ist die

Inanspruchnahme von Erziehungshilfen freiwillig. Die Mitarbeiter des Jugendamtes können unterhalb einer nachweisbaren Gefährdung nach § 1666 BGB nicht ohne Bereitschaft zur Mitarbeit oder zumindest ohne Zustimmung der Eltern tätig werden, auch dann, wenn die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen objektiv als defizitär und belastend anzusehen ist. Sie müssen im Interesse der Kinder aufgrund ihres sozialpädagogischen Auftrages Motivationsarbeit bei den Eltern zur Geltendmachung ihrer Rechtsansprüche leisten. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 46 f.)

Das Kind bzw. der Jugendliche hat auch selbst die Möglichkeit, Hilfe und Unterstützung durch das Jugendamt zu erhalten. Nach § 8 Abs. 3 KJHG können Kinder und Jugendliche auch ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und durch eine Mitteilung an die Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde. (vgl. Stascheit 2002 Nr. 110: 6)

Weiterhin hat das Kind oder der Jugendliche die Möglichkeit, seine vorläufige Unterbringung anzuregen. Nach § 42 Abs. 2 KJHG ‚Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen‘ ist das Jugendamt verpflichtet, Kinder oder Jugendliche vorläufig bei einer geeigneten Person, in einer Einrichtung oder sonstigen betreuten Wohnform unterzubringen, wenn diese darum bitten. Während der Inobhutnahme übt das Jugendamt das Recht der Beaufsichtigung, Erziehung und Aufenthaltsbestimmung aus und hat den Auftrag, Perspektiven für die weitere Entwicklung des Minderjährigen zu klären. (vgl. Fieseler / Herborth 2001: 295 ff.)

9 Handlungsmöglichkeiten sozialer Arbeit

Angemessene Hilfen für die Kinder psychisch kranker Eltern müssen auf mehreren Ebenen ansetzen und sowohl kind-, eltern- als auch familienbezogene Angebote bereithalten. (Schone / Wagenblaus 2002: 225)

Einen ersten Ansatzpunkt in der Hilfe für die Kinder psychisch kranker Eltern sehen Renschmidt und Mattejat in der Behandlung und Bewältigung der psychischen Erkrankung des Elternteils. Je besser diese bewältigt werden kann, „... umso geringer wird ihre Auswirkung auf die Familie insgesamt und auf die Kinder sein.“ (Renschmidt / Mattejat 1994 b: 296) Selbst wenn die elterliche Erkrankung nur teilweise abgemildert werden kann, ist es möglich, negative Auswirkungen auf die Kinder weitgehend zu vermeiden oder zu begrenzen. Solche vorsorgenden, stützenden Angebote oder Bewältigungshilfen bieten ein weites Spektrum an Möglichkeiten und sollten früh, nach Deneke bei schwer erkrankten Eltern nach Möglichkeit bereits in der Schwangerschaft, einsetzen. (vgl. Deneke 1995: 6 f.) Auf diese Weise kann eine Trennung der Kinder von den Eltern häufig vermieden werden. (vgl. Mattejat 2004: 66)

Grundvoraussetzung für eine adäquate Unterstützung ist ein Problembewusstsein bei allen Personenkreisen, die zu Ansprechpartnern für betroffene Kinder werden können. LehrerInnen, ErzieherInnen, Haus- und KinderärztInnen, MitarbeiterInnen der Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, SozialarbeiterInnen der Jugendämter und Familienberatungsstellen etc. müssen sich mit dem Thema vertraut machen, um Aufklärungsarbeit zu leisten, Unterstützungsmöglichkeiten anzubieten oder an solche weiterzuvermitteln. (vgl. Stöger 1996: 10)

Das primäre Ziel sozialpädagogischer und therapeutischer Arbeit ist die Enttabuisierung der psychischen Erkrankung. Dazu gehört eine

ausführliche Information und Aufklärung der Kinder und Jugendlichen über die elterliche Erkrankung, um ihren Ängsten und Sorgen entgegenzuwirken und sie aktiv mit einzubeziehen. Eine kindgerechte und entwicklungsentsprechende Aufklärung sollte behutsam, situationsadäquat und lösungsorientiert für das Kind sein. Vor allem bei kleineren Kindern kann es sinnvoll sein, Hilfsmittel wie z. B. Bilderbücher, bekannte Geschichten oder Filme mit einzubeziehen.⁴ (vgl. Pretis / Dimova 2004: 58 f.)

Ziel sozialpädagogischer Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern ist es, der Verunsicherung und Einsamkeit der Kinder und Jugendlichen entgegenzuwirken. Einzel- oder Gruppenangebote ermöglichen ausgleichende Erfahrungen, freies Äußern von Ängsten und Sorgen, konkrete Hilfen für den Umgang mit der Situation und Kontakte außerhalb der Familie, die ihnen Stabilität und Sicherheit geben. Die vorhandenen Ressourcen der Kinder werden gefördert und die Selbstsicherheit gestärkt zugunsten einer emotional und psychisch stabilen Persönlichkeit (Resilienz).

Welche Unterstützung nötig ist, muss im Einzelfall auf dem Hintergrund der vorhandenen Bewältigungsressourcen und -strategien der betroffenen Kinder geklärt werden.

9.1 Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Gruppenangebote nehmen einen zentralen Stellenwert im Bereich der Hilfen ein. Als eines der ersten Angebote entstand 1995 das Modellprojekt „AURYN“ in Freiburg. Aurnyn ist der Name des Schutzmantels in der ‚Unendlichen Geschichte‘ von Michael Ende (1979), das dem Helden der Geschichte Kraft und Schutz bei der Bewältigung schwieriger Aufgaben verleiht. In Anlehnung an dieses Sinnbild wurde der Name für das Modellprojekt übernommen. Das

⁴ Richtlinien und sprachliche Beispiele für eine entwicklungsgemäße Information von Kleinkindern sind im Anhang zu finden.

themenzentrierte Gruppenangebot ist in der Regel zeitlich befristet und umfasst wöchentliche Treffen (à zwei Zeitstunden) in einer altershomogenen Gruppe mit vier bis sechs Kindern. Das Kernstück der Gruppenarbeit bilden die ‚Module‘ bzw. Themenbereiche psychische Krankheit, Identität und soziale Kompetenz.

Inzwischen ist das AURYN-Konzept von anderen Städten und Einrichtungen übernommen und weiterentwickelt worden (z. B. in Frankfurt, Hamburg, Bielefeld). Daneben sind eine Reihe ähnlicher Modellkonzepte für kurz- und längerfristige Gruppenangebote (durchschnittlich über zehn Sitzungen) entstanden (z. B. Mannheim, Köln, Haan, Würzburg, Witten). Sie sind bei verschiedenen Trägern angesiedelt (Vereinen, Beratungsstellen, Jugendhilfeeinrichtungen, freie Praxen, Sozialpsychiatrische Dienste, Kinder- und Jugendpsychiatrie). Entsprechend unterschiedlich sind die Qualifikationen der Mitarbeiter (SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen, PsychologInnen, HeilpädagogInnen, Musik- oder KunsttherapeutInnen).

Die Angebote haben präventiven Charakter und zielen darauf, der Entstehung und Ausprägung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten entgegenzuwirken. Sie bieten den Kindern einen eigenständigen Erfahrungsraum außerhalb der belastenden Familiensituation, in dem sie altersangemessen begleitet und unterstützt werden. (Schone / Wagenblast 2002: 226 f.)

Inhalte und Einzelziele der Angebote sind:

- Information und Aufklärung über die elterliche Erkrankung, krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern
- Bestärkung der Kinder in ihrer situativen emotionalen Wahrnehmung
- Schutzraum bieten, in dem die Kinder offen über Probleme, Sorgen und Nöte in Gruppen- und Einzelgesprächen erzählen

können, ohne in Loyalitätskonflikte ihren Eltern gegenüber zu geraten

- Entlastung von Schuldgefühlen
- Entlastung der Kinder von der „Elternfunktion“ durch Freizeitgestaltung und Erleben von Unbeschwertheit
- Selbstvertrauen aufbauen und stärken
- Förderung der Fähigkeiten und Stärken der Kinder
- Förderung von individuellen Bewältigungsformen
- Kontakte mit anderen Kindern in ähnlicher Lebenssituation schaffen (Entlastung durch die Erfahrung ‚anderen geht es genauso‘)

Durch Interaktions- und Rollenspiele werden aktuell erlebte Belastungssituationen aufgearbeitet, negative Emotionen ausgedrückt und Handlungsmöglichkeiten erprobt. Kreatives und künstlerisches Gestalten (Musik, Malen, Arbeiten mit Ton etc.) bieten weitere Formen des emotionalen Ausdrucks, wecken Fähigkeiten und Interessen und vermitteln Freude und Stolz auf die eigenen Leistungen. (vgl. Bürgermeister / Jost 2000: 5 f.; Dierks 2001: 265; Leidner 2001: 145 ff.)

Um Unterstützung auch über das Gruppenangebot hinaus zu gewährleisten, werden die Kinder in der letzten Phase des Präventionsprojekts KIPKEL aufgefordert, eine Vertrauensperson aus dem Umfeld der Familie zu benennen, an die sie sich in Krisensituationen wenden möchten. In einem Familiengespräch gemeinsam mit der Vertrauensperson wird festgelegt, wann und in welcher Form diese unterstützende Hilfe für die Kinder leisten kann. (vgl. Hipp / Staets 2001: 82)

Voraussetzung für die Teilnahme an der Gruppe ist das Einverständnis der Eltern, vorhandene Krankheitseinsicht und die Bereitschaft zur Mitarbeit. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Angebote für Kinder langfristig nur effektiv sind, wenn gleichzeitig begleitende

Elternarbeit erfolgt. Die Gruppen stellen damit eher ein hoch- als ein niederschwelliges Angebot dar.

Die Kontaktaufnahme zur Gruppe erfolgt vor allem über die Vermittlung von anderen Fachpersonen bzw. Institutionen, die mit den betroffenen Familien arbeiten (Psychiatrien, Tageskliniken, Ärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, Jugendamt, Betreuungsvereine). Das Projekt KIPKEL bietet regelmäßig Elternsprechstunden in einer psychiatrischen Klinik an, in denen sie die Eltern beraten und über das Gruppenangebot informieren. (vgl. Leidner 2004: 146 f.; Schone / Wagenblaus 2002: 229 f.)

Das erste AURYN-Modellprojekt musste aufgrund fehlender finanzieller Mittel nach zwei Jahren eingestellt werden. Die Frage der Finanzierung der Gruppenangebote ist ein grundlegendes Problem, da keine eindeutige Kostenzuständigkeit besteht. Die Finanzierung erfordert viel Initiative und Kreativität der Träger bzw. MitarbeiterInnen. Oft werden Projekte über Spendengelder (Lions-Club, Rotary, Vereine) oder Modellförderung initiiert, geraten jedoch mit Ablauf der Impulsfinanzierung in existenzielle Krisen. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 229)

9.2 Patenschaften

Das Modellprojekt „Patenschaften“ wird u. a. seit März 2000 in Hamburg von PFIFF e. V. im Rahmen einer Ausschreibung für ‚innovative Projekte der flexiblen familiären Krisenintervention‘ als Hilfe zur Erziehung nach dem KJHG realisiert. Hintergrund der Hilfe ist, dass Kinder infolge der Psychiatrieaufenthalte des Elternteils immer wieder bei anderen Bereitschaftspflegefamilien untergebracht wurden und wenig Kontinuität in ihren sozialen Beziehungen erlebten. Ziel der Patenschaften ist es, ein kontinuierliches Beziehungsangebot für das Kind außerhalb der Familie zu schaffen und eine Anlaufstelle

in Belastungssituationen zu bieten. Sie vereinen professionelle Elemente der Tagespflege (Betreuung und Förderung der Kinder), der Bereitschaftspflege (flexible Krisenintervention) und ehrenamtliche alltagspraktische Hilfe. Das Setting orientiert sich als niederschwelliges Angebot an einem nachbarschaftlichen oder verwandtenähnlichen Verhältnis. Im Alltag erfahren die Eltern durch die Patenfamilie Entlastung, Unterstützung bei der Kindererziehung und -betreuung und finden Rat und Hilfe bei der Lebensbewältigung im sozialen Nahraum. Kommt es zu einer stationären Unterbringung, wird aus der Patenfamilie eine Bereitschaftspflegefamilie, in der das Kind für die Dauer des Klinikaufenthaltes lebt. Die laufenden Patenschaften werden fachlich begleitet und bei Bedarf wird Supervision angeboten. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 233 f.; Szylowicki 2001: 105 ff.)

9.3 Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern

Die gemeinsame Aufnahme von Müttern und ihren Kindern in psychiatrischen Krankenhäusern ist bislang wenig verbreitet. Sie wird durch die Krankenkassen nicht gefördert und ist abhängig von der Bereitschaft des Pflegedienstes und der Ärzte, anfallende Mehrarbeit zu leisten. Das Ziel der integrierten Mutter-Kind-Behandlung (z. B. in Marburg, Weilmünster, Krefeld) ist es, Beziehungsabbrüche zu vermeiden und besonders bei Alleinerziehenden, Ängsten bezüglich einer mangelnden Versorgung des Kindes während des Klinikaufenthaltes entgegenzuwirken. Eine gemeinsame Aufnahme findet statt, wenn psychische Erkrankungen im Wochenbett auftreten oder Mütter behandelt werden, die Kleinkinder versorgen müssen. Die Mütter erhalten Anleitung bei der Versorgung und Pflege des Kindes sowie Hilfen bei der Beziehungsgestaltung. Im Mittelpunkt steht dabei die Förderung der Mütter im Hinblick auf Sicherheit im Umgang mit

ihrem Kind. (vgl. Bender / Prokop-Nolte / Brücher 2004: 79 f.; Hartmann 2001: 538 ff.)

9.4 Betreute Wohneinheiten für Mutter / Vater und Kind

Diese Hilfen stammen aus unterschiedlichen Leistungsbereichen der Jugendhilfe (§ 19 KJHG ‚Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder‘, § 34 KJHG ‚Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen‘, § 35a KJHG ‚Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche‘) und der Sozialhilfe (‚Eingliederungshilfe für behinderte Menschen‘ nach §§ 39, 40 und § 72 BSHG ‚Hilfe zur Überwindung besonderer Schwierigkeiten‘). Es werden in der Regel unterschiedliche Betreuungssettings angeboten, die sich nach der Intensität des Betreuungsbedarfs richten. Ein Beispiel ist das Jugendhilfezentrum Margaretenhort in Hamburg, das seit 1999 eine ambulante Wohnform für psychisch kranke minderjährige und erwachsene Eltern, meist alleinerziehende Mütter, anbietet. In diesem Wohnprojekt, bestehend aus fünf angemieteten Wohnungen in einem Wohnhaus mit insgesamt neun Mietparteien, wohnen die betreuten Familien stadtteilintegriert mit nicht betreuten Familien zusammen. Die Hilfen für die Eltern umfassen Entlastung in der Betreuung der Kinder, Freizeitgestaltung, Beratungsangebote, Förderung der Beziehung- und Erziehungsfähigkeit und Hilfestellung bei der Verrichtung alltagspraktischer Tätigkeiten. Für die Kinder werden Freiräume zur kindgerechten Entwicklung geschaffen und stabilisierende Außenkontakte aufgebaut (Kindergarten, Schule etc.). Das Gruppenangebot „Windlicht“ für Kinder und Jugendliche, das dem Margaretenhort angegliedert ist, bietet die Möglichkeit, in altershomogenen Gruppen die Erfahrungen und Ängste im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung aufzuarbeiten. Ziel des Wohnprojekts ist, die Isolation der Familien abzubauen und nachbarschaftliche Unterstützungsressourcen zu fördern. Die Erreichbarkeit der BetreuerInnen in Krisenzeiten ist durch

Rufbereitschaft gewährleistet. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 234 ff.)

9.5 Präventive Arbeit mit Müttern und Kleinkindern

Als Beispiel dient insbesondere das tagesklinische und ambulante Betreuungsangebot am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf. Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Christiane Deneke leitet seit 1996 eine Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern (bisher ausschließlich Mütter) mit Säuglingen und Kleinkindern. Die Angebote im Anschluss an eine stationäre Behandlung umfassen:

- entwicklungsbezogene Beratung
- Förderung der Mutter-Kind-Interaktion (videogestützt und ressourcenorientiert)
- Mutter-Kind-Psychotherapie
- Einzelpsychotherapie der Mutter

Das Ziel der Angebote ist, die Eltern-Kind-Beziehung zu stabilisieren und die Kompetenzen der Eltern zu stärken, um Signale des Kindes wahrnehmen, verstehen und angemessen darauf reagieren zu können. In Zusammenarbeit mit einer SozialarbeiterIn wird zunächst auf die Sicherung der Lebenssituation hingewirkt (Lebensunterhalt, Wohnung) und praktische Hilfen bei auftretender Überlastung der Mütter organisiert. (vgl. Deneke 2004 b: 140 ff.; Deneke 1999: 155 ff.)

9.6 Betreuungshilfe

Erziehungsbeistandschaft bzw. Betreuungshilfe ist ein pädagogisch fundiertes ambulantes Angebot nach § 30 KJHG. Sie umfasst ein längerfristiges und kontinuierliches Beziehungsangebot an Kinder und Jugendliche. Der/die BetreuungshelferIn gibt Unterstützung bei der

Bewältigung individueller Probleme und Entwicklungsaufgaben, fördert soziale Kompetenzen und Aktivitäten, unterstützt bei schulischen Problemen und bietet eine Orientierungshilfe bei der Entwicklung persönlicher Perspektiven. Die speziellen Ziele und Inhalte der Arbeit werden im Hilfeplan gemeinsam mit Eltern und Kind bzw. Jugendlichen erörtert und individuell auf die jeweilige Entwicklung und den Hilfebedarf abgestimmt. (vgl. Fieseler / Herborth 2001: 241)

9.7 Sozialpädagogische Familienhilfe

Das Angebot der sozialpädagogischen Familienhilfe nach § 31 KJHG richtet sich insbesondere an Familien mit jüngeren Kindern und gibt Hilfen durch intensive Begleitung und Betreuung bei der Gestaltung des Familienlebens (lebenspraktische familiäre Organisation und Aufgabenverteilung, Kontakt mit Ämtern und Institutionen) und unterstützt die Bewältigung von Konflikten und Krisen. Die pädagogische Fachkraft gibt Hilfestellung im Umgang mit den Kindern, fördert die innerfamiliäre Kommunikation, Wahrnehmung und Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse. Das primäre Ziel ist die Stabilisierung der Familiensituation und die Mobilisierung der Selbsthilfepotentiale der Familie. (vgl. Fieseler / Herborth 2001: 243)

9.8 Selbsthilfe- und Angehörigengruppen

Dieses Angebot richtet sich insbesondere an erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern (zum Teil Jugendliche ab 16 Jahren) und ist vor allem in größeren Städten (u. a. Berlin, Hamburg, Kiel, Frankfurt) vorhanden. Die Anzahl der Initiativen steigt jedoch zunehmend. Die Gruppen sind zumeist pädagogisch oder therapeutisch angeleitet und treffen sich ein- bis zweimal im Monat mit dem Ziel, sich

auszutauschen, gegenseitig zu unterstützen und die Erfahrungen der Kindheit zu bewältigen. Zentrale Fragestellungen der Selbst- und Angehörigengruppen sind:

- Wie kann ich mit der psychischen Erkrankung des Elternteils umgehen und welche Freiräume brauche ich?
- Wie kann ich belastende Kindheitserfahrungen aufarbeiten und welche weiteren (z. B. therapeutischen) Hilfsangebote gibt es für mich?
- Wie viel Unterstützung muss und kann ich als erwachsene/r Sohn/Tochter dem erkrankten Elternteil geben? Welche Verantwortung habe ich?
- Wie kann ich mich vor den Erwartungen des erkrankten Elternteils, der Ärzte und des sozialen Umfelds abgrenzen?
- Wie kann ich besser mit widersprüchlichen Gefühlen wie Angst, Mitleid, Wut und Liebe umgehen? (vgl. Beeck 2005: 7.1 ff.)

Um den komplexen Problemkonstellationen von Familien mit psychisch kranken Elternteilen gerecht zu werden, ist eine Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe erforderlich. Die Zielgruppen und Aufgabenbereiche der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe sind unterschiedlich, dennoch existieren mehrere Schnittstellen zwischen den Systemen. Adäquate Angebote der Jugendhilfe erfordern psychiatrische Grundkenntnisse, die Erwachsenenpsychiatrie muss demgegenüber die Belange und Interessen der Kinder ihrer PatientInnen im Blick haben. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit macht eine Erweiterung der Kompetenzen durch Fort- und Weiterbildung erforderlich. (vgl. Lisofsky 2004: 4.6; Schone / Wagenblaus 2002: 153 u. 217)

Über die hier aufgeführten Angebote hinaus gibt es weitere Initiativen und Konzepte, wie z. B. spezialisierte Beratungsangebote oder die stationäre Kinderwohngruppe KOLIBRI in der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie in Lengerich, die

Kinder in der Zeit pädagogisch betreut, in der die Eltern stationär oder ambulant behandelt werden.

Adressen von Einrichtungen, Projekten und Angeboten zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern sowie Tipps für Fachleute und betroffene Eltern zum Umgang mit ihrem Kind sind im Anhang zu finden.

10 Fazit

Die psychische Erkrankung von Elternteilen stellt zweifellos einen Belastungsfaktor für Kinder dar. Je jünger das Kind zum Zeitpunkt der Erkrankung ist, desto weitreichender können die Folgen für seine Entwicklung sein. Der Mangel an Beziehung zu einer verlässlichen, emotional erreichbaren Bezugsperson steht dabei im Mittelpunkt. Eine Trennung des Kindes von den Eltern sollte dennoch nicht das ausschließliche Ziel sein, denn Kinder brauchen ihre Eltern, auch wenn diese psychisch krank sind.

Des Weiteren bedeutet die Erfahrung, mit einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen nicht zwangsläufig, dass die Kinder selbst erkranken oder Auffälligkeiten entwickeln. Die Kinder haben unterschiedliche Strategien, mit der Erkrankung des Elternteils umzugehen und finden oft eigene Wege der Bewältigung. Selbst wenn der Elternteil als verlässliche Bezugsperson ausfällt, können sie größtenteils auf zumindest eine Person in ihrem Umfeld zurückgreifen, die ihnen Geborgenheit und Sicherheit gibt. Einige Kinder treten die ‚Flucht nach vorn‘ an, schaffen sich Ausgleiche durch einen großen Freundeskreis oder vielfältige Hobbys und erlangen Bestätigung durch Sport oder andere Freizeitaktivitäten.

Maßnahmen zur Unterstützung der Familien können im Vorfeld einer Gefährdung des Kindeswohls nur mit Einverständnis der Eltern erfolgen. Diese lehnen Hilfen jedoch in vielen Fällen ab, aus der Angst heraus, die Kinder könnten ihnen weggenommen werden. Auf diesem Hintergrund müssen sozialpädagogische Angebote mit erhöhter Sensibilität und Respekt an die Familien herangetragen werden, ohne zu bedrängen oder zu bevormunden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass Hilfen vor allem dann akzeptiert werden, wenn die Eingangsschwelle zu den Angeboten möglichst gering ist. (vgl. Schone / Wagenblaus 2002: 230) Die Eltern sollten Gelegenheit haben, nicht nur direkt über die Auswirkungen ihrer Erkrankung auf die Kinder, sondern auch über allgemeine Erziehungsfragen in Kontakt mit Angeboten zu kommen. Regelmäßige Elternsprechstunden in psychiatrischen Kliniken bieten dafür z. B. einen Rahmen. Ein grundlegendes Bewusstsein darüber, dass psychisch kranke Menschen auch Eltern sind und die Bereitschaft, mit anderen Institutionen und Fachleuten zusammenzuarbeiten, bildet die Grundvoraussetzung für frühzeitige und angemessene Hilfen.

Die Realisierung vieler innovativer Projekte scheitert an einer mangelnden Finanzierungsgrundlage. Seitens der Kostenträger ist es erforderlich, die Zuständigkeiten, vor allem für präventive Angebote, zu klären. Um eine kontinuierliche Arbeit zu gewährleisten, sind Jugend-, Sozialhilfe, Landeswohlfahrtsverbände und Krankenkassen dazu angehalten, Finanzierungsregelungen zu treffen oder Konzepte der Mischfinanzierung zu erarbeiten und umzusetzen.

Was Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hilft, ihre Erfahrungen mit dem erkrankten Elternteil zu verarbeiten, kann nicht einheitlich formuliert werden. Es geht jedoch vor allem darum, sie von ihrer Verantwortlichkeit dem Elternteil gegenüber frei zu machen und zu ermutigen, sich auf ihr eigenes Leben zu konzentrieren. Dies kann bedeuten, dass die Kinder sich zunächst ganz vom Elternteil

distanzieren, um sich zu einem späteren Zeitpunkt wieder einander annähern zu können.

Vor allem wenn sich chronische Erkrankungen herausbilden ist es wichtig, dass die Kinder einen Umgang mit dem erkrankten Elternteil finden, der für sie selbst langfristig gut und angemessen ist. Eine Betroffene, die bis ins Erwachsenenalter das tägliche Leben für ihre psychisch kranke Mutter organisierte, schildert, dass die Teilnahme an einer Angehörigengruppe sehr hilfreich für sie war. Diese bestärkte sie, eine gewisse Gelassenheit im Umgang mit der Erkrankung der Mutter zu entwickeln, und wies darauf hin, dass es professionelle Hilfen für psychisch kranke Menschen gibt. Die Betroffene berichtet, sie habe gelernt, dass es manchmal besser sei, den Dingen ihren Lauf zu lassen und sich mit eigenen Hilfs- bzw. ‚Rettungsversuchen‘ zurückzuhalten. „Mittlerweile weiß ich, daß das Chaos mit schöner Regelmäßigkeit ausbricht - ob ich mich nun einmische oder nicht.“ (vgl. Webel 2004: 60)

Literaturverzeichnis

- Bathe, Silke (2004): Die einzige Vertraute. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 38 - 42
- Beeck, Katja (2005): Netz und Boden. Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern. <<http://www.netz-und-boden.de/hilfsangebote/erwachsene/Kurzkonzept%20Selbsthilfegruppen%20Neuk%F6lln.html>> Stand 08.04.2005
- Beeck, Katja (Hrsg.) (2004 a): Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern. Berlin
- Beeck, Katja (2004 b): Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern. Berlin
- Bern, Katja (2004): Eine beängstigende Krankheit. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 12 - 24
- Bender, Matthias / Prokop-Nolte, Ilka / Brücher, Klaus (2004): Auch Kinder sind Angehörige. Erfahrungen aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 79 - 86
- Bock, Thomas / Deranders, J. E. / Esterer, Ingeborg (Hrsg.) (1995): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn
- Bock, Thomas / Deranders, J. E. / Esterer, Ingeborg (Hrsg.) (1998): Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. 2. Aufl., Bonn

- Bowlby, John (2001): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung.
4., neugestalt. Aufl., München
- Brisch, Karl Heinz (1999): Bindungsstörungen. Von der
Bindungstheorie zur Therapie. 1. Aufl., Stuttgart
- Bürgermeister, Ute / Jost, Annemarie (2000): Kinder schizophrener
Mütter. Sozialpsychiatrische Informationen 30 (2): 3 - 7
- Ciampi, Luc (1989): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und
ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung.
2. Aufl., Stuttgart
- Deger-Erlenmaier, Heinz / Titze, Elke / Walter, Karlheinz (Hrsg.)
(1997): Jetzt will ich`s wissen. Rat und Hilfe für Angehörige
psychisch Kranker. 2., korr. Aufl., Bonn
- Deneke, Christiane (2004 a): Kinder psychisch kranker Eltern.
Entwicklungsprobleme und präventive Ansätze. pro jugend
(1): 4 - 9
- Deneke, Christiane (2004 b): Besser früh betreuen als später
behandeln. Erfahrungen einer Kinder- und Jugendpsychiaterin.
In: Mattejat Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von
schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl.,
Bonn: 87 - 91
- Deneke, Christiane (1999): Präventive Arbeit mit psychisch kranken
Müttern und ihren Säuglingen. In: Romeike, Gerd / Imelmann,
Horst (Hrsg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und
Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie.
Weinheim, München: 149 - 160

- Deneke, Christiane (1995): Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. pro familia magazin 23 (4): 5 - 7
- Dierks, Henrike (2001): Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynguppen“). Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50 (6): 560 - 568
- Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt M. H. (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchges. u. erg. Aufl., Bern u. a.
- Egle, Ulrich Tiber / Hardt, Jochen / Nickel, Ralf u. a. (2002): Früher Streß und Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. <<http://www.v-r.de/data/materialien/zfpm-0204/egle-d.pdf>> Stand 14.02.2005
- Esterer, Ingeborg (1995): Leid und Leiden sind auf beiden Seiten. Angehörige suchen neue Formen der Begegnung. In: Bock, Thomas / Deranders, J. E. / Esterer, Ingeborg (Hrsg.): Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn: 53 - 73
- Familie H. (2004): Familienbande. In: Matzejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 48 - 56
- Fegert, Jörg M. / Ziegenhain, Ute (Hrsg.) (2003): Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. 1. Aufl., Weinheim, Basel, Berlin
- Felber, W. (1996): Affektive Störungen. In: Gastpar, M. T. / Kasper, S. / Linden M. (Hrsg.): Psychiatrie. Berlin, New York

Fieseler, Gerhard / Herborth, Reinhard (2001): Recht der Familie und Jugendhilfe. Arbeitsplatz Jugendamt / Sozialer Dienst. 5., überarb. Aufl., Neuwied, Kriftel

Finzen, Asmus (1995): Schizophrenie - die Krankheit verstehen. 3., korrig. Aufl., Bonn

Gaebel W. / Falkai P. (1996): Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen. In: Gastpar, M. T. / Kasper, S. / Linden M. (Hrsg.): Psychiatrie. Berlin, New York

Gastpar, M. T. / Kasper, S. / Linden M. (Hrsg.) (1996): Psychiatrie. Berlin, New York

Gundelfinger, Ronnie (2004): Vorurteile durch Öffentlichkeitsarbeit abbauen. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 175 - 178

Hahlweg, Kurt / Dose, Matthias (1998): Schizophrenie. Göttingen u.a.

Hartmann, Hans-Peter (2001): Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50 (6): 537 - 551

Hegerl, Ulrich (2004): Ein Bündnis gegen Depression.
<<http://kompetenznetz-depression.de/>> Stand 20.03.2005

Heim, Susanne (2001): ...und (k)ein Platz für Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis H. 21, Münster: 73 - 76

Hipp, Michael / Staets, Susanna (2001): Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern KIPKEL - Erfahrungen aus der Praxis. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis H. 21, Münster: 77 - 87

Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2000): Zwischenbericht – Methodischer Zugang. Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. <http://www.isamuenster.de/pdf/zwischenbericht_kafka.pdf> Stand 31.01.2005

Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2001): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis H. 21, Münster

Kasper, S. (1996): Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In: Gastpar, M. T. / Kasper, S. / Linden M. (Hrsg.): Psychiatrie. Berlin, New York

Knuf, Andreas (2000): Mit meiner Mutter stimmt etwas nicht. Die vergessenen Kinder psychisch Kranker. Psychologie heute (6): 34 - 39

Koch-Stoecker, Steffi (2001): Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis H. 21, Münster: 48 - 64

- Küchenhoff, Bernhard (2004): Konsequenzen für die Lebens- und Familienplanung. Angehörigengruppen mit jungen Erwachsenen. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 148 - 151
- Leidner, Martin (2004): Das Schweigen brechen. Die Kindergruppen des Modellprojektes AURYN. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 144 - 147
- Lisofsky, Beate (2004): Wenn Mama durcheinander ist...
<http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Partnerschaft/s_584.html>. Stand 31.01.05
- Marefka, Manfred / Nauck, Bernhard (Hrsg.) (1993): Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied, Kriftel, Berlin
- Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.) (2004): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn
- Mattejat, Fritz (2004): Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 66 - 78
- Mattejat, Fritz (2001): Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit- eine Einführung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 50 (6): 491 - 497
- Münder, Johannes (1995): Probleme des Sorgerechts - bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern - exemplarisch für den Kinderschutz bei Kindeswohlgefährdung. FuR (2): 89 - 98

- Oerter, Rolf / v. Hagen, Cornelia / Röper, Gisela / Noam, Gil
(Hrsg.) (1999): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein
Lehrbuch. Weinheim
- Oerter, Rolf (1995): Kindheit. In: Oerter, Rolf / Montada, Leo (Hrsg.):
Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 3., vollst. überarb.
u. erw. Aufl., Weinheim: 249 - 309
- Oerter, Rolf / Dreher, Eva (1995): Jugendalter. In: Oerter, Rolf /
Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Ein
Lehrbuch. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Weinheim:
310 - 395
- Oerter, Rolf / Montada, Leo (Hrsg.) (1995):
Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. 3., vollst. überarb.
u. erw. Aufl., Weinheim
- Pretis, Manfred / Dimova, Aleksandra (2004): Frühförderung mit
Kindern psychisch kranker Eltern. München
- Rauh, Hellgard (1995): Frühe Kindheit. In: Oerter, Rolf / Montada,
Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch.
3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Weinheim: 167 - 248
- Remschmidt, Helmut / Mattejat, Fritz (1994 a): Kinder psychotischer
Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer
psychotischen Erkrankung. Göttingen
- Remschmidt, Helmut / Mattejat, Fritz (1994 b): Kinder psychotischer
Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe. Prax.
Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 43 (8): 295 - 299

Romeike, Gerd / Imelmann, Horst (Hrsg.) (1999): Hilfen für Kinder.
Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und
Therapie. Weinheim, München

Scharfetter, Christian (1990): Schizophrene Menschen.
Krankheitskonzepte, Geschichte, Diagnostik,
Bewußtseinsbereiche und Psychopathologie, Ich-
Psychopathologie des schizophrenen Syndroms,
Forschungsansätze und Deutungen, Therapiegrundsätze.
3., neu bearb. u. erw. Aufl., München

Schiffer, Eckhard (2001): Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese:
Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim, Basel

Schone, Reinhold (2004): Die Unterstützung der Familie hat Vorrang.
Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch
Kranke. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht
von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl.,
Bonn: 107 - 117

Schone, Reinhold / Wagenblass, Sabine (2002): Wenn Eltern
psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und
institutionelle Handlungsmuster. Münster

Schone, Reinhold / Wagenblass, Sabine (2001): Kinder psychisch
kranker Eltern als Forschungsthema – Stand und Perspektiven.
In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch
kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und
Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis H. 21, Münster: 7 - 18

Seiffge-Krenke, Inge (2004): Psychotherapie und
Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen,
Ressourcen, Risiken. Heidelberg, Berlin, New York

- Serbanescu, Maria Grigoroiu (1993): Kinder psychisch kranker Eltern. In: Marefka, Manfred / Nauck, Bernhard (Hrsg.): Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied, Kriftel, Berlin: 649 - 663
- Sollberger, Daniel (2000): Psychotische Eltern – verletzte Kinder. Zu Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern. Ed. Das Narrenschiff, Sozialpsychiatrische Texte Bd. 3, Bonn
- Spangler, Gottfried / Zimmermann, Peter (1999): Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: Oerter, Rolf / v. Hagen, Cornelia / Röper, Gisela / Noam, Gil (Hrsg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: 170 - 194
- Stascheit, Ulrich (Hrsg.) (2002): Gesetze für Sozialberufe. 9., überarb. Aufl., Frankfurt a. M.
- Stöger, Peter (1996): Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern. Psychosoziale Umschau 11 (2): 8 - 10
- S. W. (2004): Rollenwechsel. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 25 - 30
- Szylowicki, Alexandra (2001): Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis H. 21, Münster: 103 - 117

- Töle, Rainer (1996): Psychiatrie. Einschließlich Psychotherapie.
11., überarb. u. erg. Aufl., Berlin u. a.
- Wagenblass, Sabine (2003 a): Wenn Mütter in ver-rückten Welten leben. Zur Lebenssituation von psychisch kranken allein erziehenden Frauen und ihren Kindern. In: Fegert, Jörg M. / Ziegenhain, Ute (Hrsg.): Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland.
1. Aufl., Weinheim, Basel, Berlin: 208 - 214
- Wagenblass, Sabine (2003 b): Wenn Eltern in ver-rückten Welten leben... Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Elter als betroffene Angehörige. Soziale Psychiatrie (3): 8 - 11
- Webel, Susanne (2004): Tochtersein ist kein Beruf. In: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl., Bonn: 57 - 63
- Wolfersdorf, Manfred (2000): Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln. 1. Aufl., Bonn
- Wylder, Hans / Kolip, Petra / Abel, Thomas (Hrsg.) (2000):
Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts.
Weinheim, München

ANHANG

1	Zehn praktische Tipps	I
2	Richtlinien der Information für Kleinkinder	III
3	Einrichtungen, Projekte und Anlaufstellen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“	V

1 Zehn praktische Tipps

- Erklären Sie, was los ist. Ihr Kind merkt, dass etwas nicht stimmt. Deshalb erklären Sie ihm, was genau los ist. Sie können selber damit beginnen oder warten, bis Ihr Kind fragt. Manche Kinder möchten sich nicht zu einem richtigen Gespräch hinsetzen. Sie reden lieber beim Abwaschen oder beim Ins-Bett-gehen. Dann fühlen sie sich wohler.
- Seien Sie ehrlich. Erklären Sie mit eigenen Worten, was sie beschäftigt. Und fragen Sie zur Sicherheit nach, ob Ihr Kind Sie verstanden hat. Vielleicht stellt Ihr Kind Fragen, auf die Sie keine Antwort haben. „Ich weiß es nicht“, kann dann die ehrlichste Antwort sein.
- Hören Sie Ihrem Kind zu. Wenn Sie Ihrem Kind erklären, was los ist, fragen Sie auch ab und zu nach seinen Eindrücken und seiner Meinung. Und hören Sie dann genau hin. Kinder fühlen sich wohler, wenn man ihnen gut zuhört und versteht, was sie sagen wollen. Mit Kindern sprechen heißt vor allem: ihnen zuhören.
- Beobachten Sie Ihr Kind. Kinder zeigen oft durch ihr Verhalten, wie es ihnen geht. Wenn Sie sich auffällig benehmen, kann das ein Zeichen dafür sein, dass sie durch etwas belastet sind: Wieder einnässen, die Schule schwänzen oder von zu Hause weglaufen - das sind deutliche Signale. Manchmal sind die Veränderungen aber nicht so offensichtlich. Das bedeutet, dass Sie genau auf Ihr Kind achten müssen, um auch unscheinbare Veränderungen in seinem Verhalten feststellen zu können.
- Halten Sie an vertrauten Gewohnheiten fest. Für Kinder bedeutet Regelmäßigkeit Ruhe und Sicherheit. Wenn in der Familie Probleme auftreten, kann dem Kind ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden, wenn gewisse Dinge wie gewohnt weitergehen: wenn es z. B. wie immer seine Hausaufgaben machen muss, weiterhin im Sportclub mitturnen oder anderen Hobbys nachgehen kann.
- Verlangen Sie nicht von sich, alles alleine machen und bewältigen zu müssen. Beziehen Sie auch andere Erwachsene mit ein: etwa Familienmitglieder, Nachbarn, Lehrer/innen oder andere Eltern. Ziehen Sie auch in Betracht, sich von Fachleuten Beratung und Hilfe zu holen.
- Informieren Sie die Schule. Wenn in einer Familie ein Elternteil in eine Klinik aufgenommen werden muss, sollte die Schule darüber informiert werden - vor allem dann, wenn Ihr Kind so belastet ist, dass es in der Schule nicht mehr so gut aufpassen kann. Wenn der Lehrer weiß, was los ist, kann er Ihr Kind besser unterstützen. Sagen Sie dem Kind, dass Sie mit seinem Lehrer gesprochen haben.

- Akzeptieren Sie, wenn Ihr Kind sich jemand anderem anvertraut. Viele Kinder haben das Bedürfnis, mit jemand Außenstehendem zu sprechen - mit einem Onkel oder einer Tante, mit der Nachbarin oder dem Lehrer. Sie möchten vielleicht die Eltern mit ihren Sorgen nicht noch zusätzlich belasten. Es geht ihnen also nicht darum, etwas auszulaudern. Es besteht kein Anlass, gleich misstrauisch oder eifersüchtig zu werden, wenn Ihr Kind mit jemand anderem spricht.
- Beanspruchen Sie professionelle Hilfe, wenn es nötig ist. Für manche Kinder wird die Belastung trotz allem zu groß. Sie sprechen mit niemandem, oder die Gespräche scheinen ihnen nicht zu helfen. Dann müssen Sie als Eltern sich Unterstützung holen.
- Vergessen Sie das Allerwichtigste nicht: ein Lächeln und eine Umarmung. Welche Probleme auch immer bestehen - für Ihr Kind ist es das Wichtigste, dass Sie es lieben. Jeder Vater und jede Mutter drücken das auf eigene Art aus: mit freundlichen Worten, einem Lächeln oder einer Umarmung. Wenn Sie Ihre Liebe dem Kind nur zeigen, jeden Tag auf Neue - das hilft über vieles hinweg! (vgl. Lisofsky 2004: 8.1 ff.)

2 Richtlinien der Information für Kleinkinder

Erlebnisaspekt	Sprachliches Beispiel	Funktionen
<i>Eins ist sicher:</i>	Es gibt verschiedene Krankheiten, für die meisten gibt es eine Medizin oder eine Behandlung. Manche sieht man nicht so gut, wie Fieber, aber man spürt sie. Manche Menschen sind plötzlich furchtbar traurig oder müde. Das sieht man auch nicht von außen, aber sie spüren das. Das kann auch eine Krankheit sein, und dafür gibt es auch Medizin. Das wird dann wieder gut.	Sicherheit vermitteln, dass psychische Erkrankungen wie alle anderen behandelbar sind. Symptome einführen, die normalerweise von einem Kleinkind nicht als „krankheitswertig“ angesehen werden. Über Krankheiten informieren, die man auf den ersten Blick nicht „sehen“ kann, wohl aber „spüren“.
<i>Reden und spielen kann helfen.</i>	Wenn man mit der Kindergärtnerin spricht oder z. B. „Krankenhaus“ spielt, kann das helfen, denn dann weiß man ganz genau, was man machen kann und was passiert: Der Papa kommt ins Krankenhaus, bekommt eine Spritze, kann dort schlafen, fernsehen und kommt dann gesund wieder nach Hause.	Die Erlaubnis geben, über Belastendes zu sprechen oder es mittels kindlicher Mittel darstellen zu dürfen. Prozesswissen vermitteln, was im Rahmen der Behandlung passiert, damit das Kind dies in seine Welt integrieren kann.
<i>Die Leitungen im Kopf spielen „verrückt“.</i>	Irgendetwas ist mit den Leitungen im Kopf nicht in Ordnung. Das passiert manchmal. Da kann dein Papa nichts dafür und du auch nicht. Da sagt oder tut der Papa dann komische Sachen, dass kommt jedoch von den Leitungen, die krank sind. Die kann man wieder gesund machen.	Kindadäquate Erklärungen bieten, die vor allem eine externe Ursachenzuschreibung erlauben und der kindlichen Vorstellungswelt entsprechen. Mechanische Erklärungen bieten in höherem Maße externe Ursachenzuschreibung.

<i>Meine Eltern haben mich lieb.</i>	Kannst du dich auch an schöne Sachen erinnern? Die Krankheit ist nicht mit dem Liebhaben verbunden. Es ist eine Krankheit und kein Zeichen des Nicht-lieb-Habens. Es kann auch wiederkommen.	Fokussieren auf positive Aspekte, die für das Kind verständlich machen, dass es auch geliebt wird.
<i>Wie heißt die Krankheit, was hat meine Mutter, mein Vater (am Beispiel der Psychose bzw. Schizophrenie)?</i>	Dein Vater hört Stimmen im Kopf, wie im Traum. Manchmal verhält er sich auch komisch, das heißt dann „psychotisch“. Das ist eine ganz normale Krankheit, wie das Ohrensäusen vom Opa. Das kannst du auch den anderen sagen, wenn sie dich fragen.	Dem Kind einen Begriff geben, da schon sehr früh gelernt wird, dass Krankheiten „Namen“ haben. Je mehr um eine Erkrankung „herumgeredet“ wird, desto bedrohlicher wird sie für das Kind.
<i>Bekomme ich das auch, ist das ansteckend?</i>	Kleine Kindern, wenn sie viel spielen, Freunde haben, mit der Frühförderung spielen und viel fragen, bekommen diese Krankheiten nicht.	Phantasien des Kindes in Bezug auf eine mögliche eigene Erkrankung reduzieren und gleichzeitig gesundheitsförderliche Verhaltensweisen beschreiben.

(Quelle: Pretis / Dimova 2004: 60 f.)

3 Einrichtungen, Projekte und Anlaufstellen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“

BERLIN

AMSOC e. V.

Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg

- Patenschaften für Kinder und Jugendliche
psychisch erkrankter Eltern (Modellprojekt)
- „Schöne Zeiten – schlimme Zeiten“
Gruppe/n für Kinder psychisch erkrankter Eltern
- Spezielle Familienhilfe für Kinder
psychisch erkrankter Eltern
Wilmsdorfer Str. 135
10627 Berlin
Tel./Fax: 030-3254605
e-mail: amsoc@web.de

APK Landesverband Berlin e.V.

Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder
psychisch kranker Eltern
Mannheimer Str.32
10713 Berlin-Wilmersdorf
Tel: 030-863957-03/ -01

Familienforum Havelhöhe

Gesprächskreis erwachsene Kinder
psychisch Kranker Kinder
Haus 13
Kladower Damm 221
14089 Berlin-Spandau
Tel : 0700-00008839
Fax : 0721-151582131
e-mail: info@tufz.de

Netz und Boden - Initiative für Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern

Akazienallee 3a
14050 Berlin
e-mail: Kontakt@Netz-und-Boden.de

PROWO e.V.

Projekt Wohnen
Therapeutische Wohnform für
psychisch kranke Schwangere und Eltern
Kottbusser Damm 79a
10967 Berlin
Tel: 030-6959770

**Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle
Gropiusstadt des DW NO e. V.**

Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder
psychiatrisch erkrankter Eltern
Rudower Str. 176
12351 Berlin-Neuköln
Tel : 030-60972104
Fax : 030-609721415
e-mail: diakonie-NO-PSKB@web.de

BIELEFELD

**AWO-Beratungsstelle für Kinder,
Jugendliche und ihre Familien**

Gruppenangebot für Kinder eines
psychisch kranken Elternteils
Detmolder Str. 280
33605 Bielefeld
Tel: 0521-9216421

Kinderprojekt Bielefeld

Gruppenangebot für Kinder eines
psychisch kranken Elternteils
Gesundheitsamt / Kinder- und
Jugendpsychiatrischer Dienst
Nikolaus-Dürkopp-Str. 5-9
33602 Bielefeld
Tel: 0521-516714

BONN

Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V.

Thomas-Mann-Str. 49a
53111 Bonn
Tel: 0228-632646

Rheinische Landesklinik Bonn

Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn
Tel: 0228-5511
Fax: 0228-5512463

BREMEN

PiB Pflegekinder in Bremen gGmbH

Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern

Bahnhofstr. 28-31

28195 Bremen

Tel.: 0421-9588200

Fax: 0421-95882045

e-mail: g.bollwahn@pib-bremen.de

k.loetsch@pib-bremen.de

CHEMNITZ

Salus Kinderhilfswerk

AURYN

Geschäftsstelle Chemnitz

Postfach 11 03

09052 Chemnitz

Tel.: 0371-666918-92

Fax: 0371-666198-93

CUXHAVEN

Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern des Landkreises Cuxhaven

Patenschaften für Kinder psychisch

kranker Eltern im Landkreis Cuxhaven

Borriesstr. 48

27570 Bremerhaven

Tel.: 0471-20458

Fax: 0471-20459

e-mail: Vtrepte@t-online.de

DARMSTADT

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle Caritasverband Darmstadt e. V.

Kinderprojekt

Tel.: 06151-609618

Sozialpsychiatrischer Verein Darmstadt e. V.

Kinderprojekt

Tel.: 06151-4979571

DRESDEN

Psychosozialer Trägerverein Dresden e. V.

Angehörigengruppe für erwachsene Kinder
psychisch kranker Eltern
Gabelsberger Str. 27 a
01309 Dresden
Tel : 0351-440030
e-mail: wille@ptv-dresden.de

ELMSHORN

Elmshorn Brücke Elmshorn

Regenbogen Modellprojekt für Kinder
psychisch erkrankter Eltern
Neue Str. 7
25335 Elmshorn
Tel.: 04121-29107850

FRANKFURT a. M.

Kinderprojekt AURYN

Bamberger Hof
Kelsterbacher Str. 14
60528 Frankfurt am Main
Tel: 069-6780020

Kinderprojekt AURYN

Zobelstr. 11
60316 Frankfurt
Tel: 069-40586513

Waisenhaus - Stiftung des öffentlichen Rechts

Gruppe für erwachsene Kinder psychotischer Eltern
Bleichstr. 12
60313 Frankfurt
Tel.: 069-298003-67 und -69
Fax: 069-298003-29
e-mail: roswitha.fischer-rosa@waisenhaus-
frankfurt.de

FÜRTH

Wohnheime Frühlingsstraße

Betreutes Wohnen für jugendliche Schwangere
und Mütter sowie psychisch kranke Frauen

Frühlingsstr. 17-18

90765 Fürth

Tel: 0911-9799660

Fax: 0911-97996640

GÖTTINGEN

Kontakt, Information und Beratung im Selbsthilfebereich (KIBIS) im Gesundheitszentrum Göttingen

Albanikirchhof 4-5

37073 Göttingen

Tel.: 0551-486766

e-mail: gesundheitszentrum-goe@t-online.de

HAAN

KIPKEL

Präventionsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern
Zentrum für Kindertherapie

Walderstr. 5-7

42781 Haan

Tel.: 02129-346970

HANNOVER

AANB e. V. (Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker)

Selbsthilfegruppe erwachsener Kinder
psychisch kranker Eltern Hannover

Wedekindplatz 3

30161 Hannover

Tel.: 0511-5106740

e-mail: kiratill@gmx.de

HAMBURG

AURYN-Gruppe „SeelenNot“

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kinder- und Jugendalters, UKE
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel: 040-47176770

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Sozialpsychiatrische Psychosen Ambulanz

„Unterwegs“ Gruppe für erwachsene Kinder
psychisch erkrankter Eltern
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel: 040-428033236

Wohnprojekt Harburg

Ambulante Hilfen für psychisch kranke
Eltern und ihre Kinder
Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamtverbandes
Hamburg-Harburg
Schlossmühlendamm 1
21073 Hamburg
Tel: 040-7901890
Fax: 040-79018999
e-mail: info@margaretenhort.de
www.margaretenhort.de

Sozialpsychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie UKE

Angehörigengruppe für erwachsene Kinder
psychisch kranker Eltern
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel: 040-42803-3236

Beratungsstelle SeelenNot e.V.

Bahrenfelder Str. 169
22765 Hamburg
Tel: 040-39109050

PFIFF e.V.

Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern
Holsteinischer Kamp 80
22081 Hamburg
Tel: 040-291284
Fax: 040-41098489
e-mail: Pfiff.e.v@t-online.de

**Sozialtherapeutische Kindergruppe Windlicht
Margaretenhort**
Schlossmühlendamm 1
21073 Hamburg
Tel: 040-7901890
Fax: 040-79018999
e-mail: info@margaretenhort.de
www.margaretenhort.de

**Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder-
und Jugendalters**
Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern
mit Säuglingen und Kleinkindern
Martinstr. 52
20246 Hamburg
Tel.: 040-42803-2215 oder -4226

HEIDELBERG

**Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und
Jugendpsychiatrie**
BALANCE Beratungs- und Orientierungsangebot für
Kinder psychisch kranker Eltern
Voßstr. 2
69115 Heidelberg
Tel.: 06221-564436 und 0179-8301926
e-mail: Balanceprojekt@web.de

HEILBRONN

Caritas-Zentrum Öhringen
Für den Landkreis Hohenlohe
Projekt zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern
Tel.: 07941-34066
e-mail: scherer@caritas-heilbronn-hohenlohe.de

**Weinsberger Hilfsverein für psychisch kranke
Menschen**
Für den Stadt- und Landkreis Heilbronn
Projekt zur Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern
Tel.: 07131-797920
e-mail: weinsberger.hilfsverein@t-online.de

HILDEN

Sozialpsychiatrischer Dienst Hilden

„Nicht von schlechten Eltern“ - Gruppe für erwachsene
Kinder psychisch kranker Eltern Hilden
Kirchhofstr. 33-35
40721 Hilden
Tel.: 02103-2527301
e-mail: Heike.Grese-Neuenfeldt@web.de

KIPKEL

Präventionsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern
Sozialpsychiatrischer Dienst
Kirchhofstr. 35-37
40721 Hilden
Tel: 02103-242055

INGOLSTADT

Erziehungs- und Familienberatung

„... nicht von schlechten Eltern“ Gruppenangebot
für Kinder psychisch kranker Eltern
Psychologische Beratungsstelle für Kinder,
Jugendliche und Familien
Gabelbergstr. 46
85057 Ingolstadt
Tel.: 0841-4903830
Fax: 0841-4903831
e-mail: erziehungsberatung.ingolstadt@caritas-
eichstaett.de

KAISERSLAUTERN

Beratungsstelle des Kinderschutzbundes

Kaiserslautern

Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern
Molkestr. 10 b
67655 Kaiserslautern
Tel.: 0631-24044
Fax: 0631-26064
e-mail: info@Kinderschutzbund-Kaiserslautern.de

KIEL

Familienhaus

Stationäre Unterbringung von psychisch kranken Müttern
und ihren Kindern

Marie-Christian Heime e.V.

Rönner Weg 75

24146 Kiel

Tel: 0531-78010

Selbsthilfegruppe der erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern des Kieler Fensters

Alte Lübecker Chaussee 1

24114 Kiel

Tel: 0431-6498030

Fax: 0431-6498019

e-mail: g.riederle@kieler-fenster.de

KÖLN

Erziehungsberatungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder

KIMM - Kindern Mut Machen Projekt für Kinder

psychisch erkrankter Eltern

Rathausstr. 8

51143 Köln

Tel.: 022203-55001

e-mail: kimm@caritas-koeln.de

Kinderprojekt Porz

Gemeinschaftsprojekt Beratungsstelle für Eltern,

Jugendliche und Kinder des Caritasverbandes Köln und

„Porzer Bürger für psychisch Kranke e.V.“

Rathausstr. 8

51143 Köln

Tel: 02203-55001

KölnRing GmbH/WF

WohnForum Frau-und-Kind-Haus

Berg.Gladbacher Str. 812

51069 Köln

Tel: 96846640

Fax: 96847159

Rat und Tat e.V.

Angehörigengruppe für erwachsene Kinder

psychisch kranker Eltern

Kempener Str. 135 im „Worringer Bahnhof“

50733 Köln-Nippes

Tel: 0221-7390734

Tagesklinik Alteburger Strasse

Alteburger Str. 8-12
50678 Köln
Tel:33940
Fax: 3394158

LEIPZIG

Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle Leipzig

AURYN

Verein Angehöriger und Freunde psychisch

Kranker Wege e. V.

Lützener Str. 75

2. Hinterhaus

04177 Leipzig-Lindenau

Tel.: 0341-4785899

Fax: 0341-4785898

e-mail: Wege-Leipzig@t-online.de

LENGERICH

Westfälische Klinik für Psychiatrie

Stationäre Kinderwohngruppe Kolibri

Parkallee 10

49525 Lengerich

Tel: 05481-120

Fax: 05481-12158

MANNHEIM

Kinderprojekt Mannheim

Präventives Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern

Sozialpsychiatrischer Dienst

C 3, 16

68159 Mannheim

Tel: 0621-397490

Fax: 0621-13659

e-mail: spdimannheim@aol.com

Kinderprojekt Mannheim

Psychologische Beratungsstelle der ev. Kirchengemeinde

Mannheim

C 3, 4-5

68159 Mannheim

Tel: 0621-28000

Fax: 0621-28010

e-mail: ev.pb.ma@t-online.de

METTMANN

Sozialpsychiatrischer Dienst Mettmann

„Nicht von schlechten Eltern“ - Gruppe für erwachsene
Kinder psychisch kranker Eltern Mettmann
Düsseldorferstr. 47
40822 Mettmann
Tel.: 02102-893124
e-mail: Monika.Krebs@Kreis-Mettmann.de

MÜNCHEN

Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit e. V. – BEW Team

Professionelle Begleitung für seelisch belastete
Mütter/Väter und ihre Kinder
Claude-Lorrain-Str. 19
81543 München
Tel.: 089-61465315
Fax: 089-61465320
e-mail: geschaeftsstelle@bgfpg.de

SKF-München / „Haus Monika“

Intensives betreutes Wohnen für junge,
psychisch kranke Mütter und ihre Kinder
Scalpinenstr. 22
81241 München
Tel: 089-8293962023

REUTLINGEN

Oberlin-Jugendhilfeverbund

Kindergruppe für Jungen und Mädchen
psychisch erkrankter Eltern
Oberlinstr. 37
72763 Reutlingen
Tel.: 07121-278549

SENFTENBERG

Sozialpsychiatrischer Dienst

Gruppenangebot für Kinder
Großenhainerstr. 30i
01968 Senftenberg
Tel: 03573-706956

Sozialpsychiatrischer Dienst

„Kleine Angehörige“ Angebote für Kinder
psychisch kranker Mütter
Großenhainerstr. 30i
01968 Senftenberg
Tel: 03573-87043-35
Fax: 03573-87043-10
e-mail: enferny@t-online.de

SINSHEIM

KipkE

Bürgerkreis für psychosoziale Arbeit e.V.
Beratung und spielpädagogische Angebote
Am Kirchplatz 12a
74889 Sinsheim
Tel:07261-945040

TRIER

AURYN Trier e. V.

Friedrich-Wilhelm-Str. 29
54290 Trier
Tel.: 0651-9461511
e-mail: Auryn-Trier@gmx.de

WESEL

St. Josef Haus / SKF e.V.

Heim für Mutter, Vater und Kind
Am Birkenfeld 14
46485 Wesel
Tel: 0281-952380
Fax: 0281-9523811

WITTEN

Kinderprojekt FLIPS

Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie
Aufklärungsprogramm für Kinder psychotischer Eltern
Annenstr. 172
58453 Witten
Tel: 02302-60323

WÜRZBURG

Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe- und Lebensfragen

„Gute Zeiten - Schlechte Zeiten“ Gruppen
für Kinder mit psychisch belasteten Elternteil und
Beratungsangebote für Kinder und ihre Eltern

Stephanstr. 8

97070 Würzburg

Tel: 0931-305010

Fax: 0931-3050130

e-mail: ev.beratungsstelle@diakonie-wuerzburg.de

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die verwendete Literatur und die wörtlich übernommenen Stellen sind als solche gekennzeichnet.

Ruth Neubauer

Schwalmstadt, den 20.04.2005