

Uli Schneider
Diplomarbeit
Evangelischen Fachhochschule Berlin
2002/03

Kinder psychisch kranker Eltern
- wie sie leben -
Risiken, Chancen für sie und ihre Eltern

Gliederung

1.0.	Einführung zum Thema	1
1.1.	Inhalt und Aufbau der Arbeit	3
1.2.	Eingrenzung des Themas	5
2.0.	Erörterung der Problematik „High risk“	6
2.1.1.	Genetische Studien	6
2.1.2.	Das erhöhte Krankheitsrisiko durch Umwelt und Familie	8
2.2.	Risiken des erkrankten Elternteils	11
2.3.	Reaktionen von Kindern auf die psychische Erkrankung ihrer Eltern	13
2.3.1.	Parentisierung	14
2.3.2.	Spezielle Störungen der Kinder im Bezug auf die einzelnen Krankheitsbilder der Eltern	15
2.3.3.	Auswirkungen von Trennung oder Tod auf die Kinder	15
2.4.	Wahrnehmung, Versorgung Information von Kindern psychisch kranker Eltern	17
2.4.1.	Informationsstand der Kinder psychisch kranker Eltern	17
2.4.2.	Wahrnehmung der Kinder psychisch kranker Eltern	18
2.4.3.	Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern	20
2.4.4.	Resilienz bei Kindern psychisch kranker Eltern	21
2.5.	Zusammenfassung	21
3.0.	Die häufigsten Krankheitsbilder der Eltern	22
3.1.	Sichtweisen des Psychosebegriffes und die der Persönlichkeitsstörungen	22
3.2.	Die manische und depressive bzw. zylothyme Persönlichkeitsstörung	24
3.3.	Die Schizokognitive Persönlichkeitsstörung	25
3.4.	Die paranoide Persönlichkeitsstörung	26
3.5.	Das Borderline Syndrom	26
3.6.	Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (ZPS)	27
3.7.	Die Histrionische Persönlichkeitsstörung (HPS)	28

3.8.	Die Depression	29
3.9.	Schizophren reagierende Eltern	30
3.10.	Selbstwahrnehmung und soziales Verhalten psychotisch Erkrankten	32
3.11.	Verhalten des nicht erkrankten Elternteils	34
4.0.	Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung ihrer Eltern, was sind die Folgen für ihre Entwicklung	35
4.1.	Entwicklungsstufen der Kinder und ihre Gefährdung durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern	35
4.1.1.	Säuglings- und Kleinkindalter	35
4.1.2.	Das Kind im Schulalter	38
4.1.3.	Pubertät, Adoleszenz	39
4.1.4.	Entwicklungspsychologische Sichtweise	40
4.2.	Mögliche und spezifische Störungen als Reaktionen auf die einzelnen psychischen Erkrankungen der Eltern	42
4.3.	Wie erleben Kinder ihre psychotisch kranken Eltern, was empfinden sie, was müssen sie verbergen ?	44
4.4.	Das Tabu	48
4.5.	Die Rollenumkehr	50
4.6.	Der gesunde, gefährdete Partner (Väter) und Menschen aus dem familiären Umfeld	52
4.7.	Freunde, Freiräume, Rückzug, Isolation der Kinder	53
4.8.	Beispiele für Verhalten, Symptomatiken und Folgen der Kinder psychisch kranker Eltern	55
4.9.	Information und Aufklärung	56
4.10.	Auswirkungen auf ältere Jugendliche, erwachsene Kinder	57
5.0.	Resilienz und Überlebensstrategien	60

6.0.	Ausführungen zum Thema am Beispiel der schizophrenen Wochenbettpsychose und einer schizophren reagierenden Mutter mit Kleinkind	63
6.1.	Definition der schizophrenen Wochenbettpsychose	63
6.1.1.	Beschreibung des speziellen Krankheitsbildes	63
6.1.2.	Tiefenpsychologische und psychodynamische Sichtweise	64
6.1.3.	Gemeinsame stationäre Unterbringung, zentrale These und Beschreibung der Praxis	67
6.1.4.	Einwände gegen die gemeinsame stationäre Unterbringung	68
6.1.5.	Bedingungen und Organisation einer gemeinsamen stationären Unterbringung	68
6.2.	Die schizophren reagierende Mutter und ihr Kind	70
6.2.1.	Die schizophren reagierende Mutter und ihr Kind	70
6.2.2.	Erkenntnisse und Entwicklungsmöglichkeiten bei gemeinsamer stationären oder ambulanter Behandlung	74
7.0.	Prävention und Hilfe	75
7.1.	Funktion und Aufgaben der Bezugsperson der Eltern	76
7.1.1.	Unterstützung der Bezugspersonen	77
7.2.	Funktion und Aufgaben der Bezugsperson des Kindes	77
7.3.	Kommunikation mit den Kindern	78
7.4.	Projekte zur Unterstützung von psychisch kranken Eltern und Klein- Kindern	81
7.4.1	Das „Pro Wo“ Projekt	81
7.4.2.	Die „Kölnring GmbH – Gesellschaft für begleitendes Wohnen“	82
7.5.	Hilfe und Unterstützung für ältere Kinder	83
7.5.1.	Projekte zur Hilfe und Prävention für ältere Kinder	85
7.5.2.	Das Kopp Projekt	86
7.5.3.	Der Pfiff e.V.	87
7.6.	Unterstützung für die erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern	89
7.6.1.	Selbsthilfegruppen	91

7.7.	Broschüren zur Information- und Aufklärung	92
7.8.	Hilfe durch Ämter und Institutionen	94
7.9.	Aufgaben der Sozialpädagogen/- arbeiter	
8.0.	Mögliche Hilfemaßnahmen und ihre Gewährung nach rechtlichen Bestimmungen	98
8.1.	Die rechtlichen Anspruchsgrundlagen auf Hilfe und Unterstützung	100
9.0.	Resümee	104

„Ich kann mir nicht länger etwas vormachen. Ich werde verrückt und ich habe noch nie in meinem ganzen Leben solch eine Angst gehabt.“
(Rushton. 2001, 89)

1.1. Einführung zum Thema

Während meines Studiums im Fach Sozialpädagogik an der Evangelischen Fachhochschule Berlin wurde ich erstmalig auf die Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam. Katja Beeck, Tochter einer psychisch kranken Mutter und damit Selbstbetroffene berichtete als Gastdozentin eindrucksvoll im Schwerpunktseminar „Misshandelte und missbrauchte Kinder“ über die schweren Lebens- und Entwicklungsbedingungen, die familiären Zustände in denen sie aufwuchs und mit denen sie heute noch belastet ist. Ihre Schilderungen sind symptomatisch für das Leben vieler Kinder psychisch kranker Eltern. Diese Kinder sind eine fast unerkannte und damit auch vernachlässigte Gruppe im sozial und psychiatrischen Hilfsbedarfsverständnis. Bedingt durch die elterliche Erkrankung mit ihren z.T. massiven Störungen, deren negativen Einfluss auf die Eltern-Kind Beziehung und der davon abhängigen kindlichen Entwicklung, sind jene Kinder, bezogen auf ihre körperliche, geistige und seelische Gesundheit einem hohen Risiko ausgesetzt. Die Gefahr ist groß, dass sie in irgendeiner Form auffällig werden, in letzter Konsequenz selbst erkranken. Nicht nur deshalb unterliegen Kinder psychisch kranker Eltern einem hohen Risiko. Der z.T. an Ignoranz grenzende, von Unkenntnis bestimmte Umgang mit den betroffenen Kindern durch Ärzte oder Institutionen, wie auch ein weitverbreitetes Unverständnis in der Bevölkerung hält diese Kinder in Verzweiflung, Isolation und in dem Gefühl, selbst „ver-rückt“ zu werden, gefangen.

Meist treten die kleinen Angehörigen mit ihren Nöten und Hilfebedürfnis nicht in das Bewusstsein ihrer Umwelt – ein von Frau Beeck beschriebenes Phänomen, welches die Fachliteratur durchgehend bestätigt. (siehe Punkt 2.4.2.)

Immerhin hat jedes vierte Kind, welches in die Kinder- und Jugendpsy-

chirurgie eingewiesen wird, seelisch kranke Eltern (vgl. Knuf, 2000, 37) und ca. 50% der erwachsenen, psychisch kranken Menschen sind Eltern. (vgl. Ernst, 1978, 427) Nach Schätzungen leben in Deutschland mindestens 300.000 Kinder mit mindestens einem erkrankten Elternteil. (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, 296)

Bohus zitiert die amerikanischen Forscher Wang und Goldschmidt (1994) welche Kinder psychisch kranker Eltern untersuchten und 80% von ihnen als auffällig beurteilten. (vgl. Bohus u. Mitarbeiter, 1998, 135)

Zwar erkranken nicht alle betroffenen Kinder im Laufe ihres Lebens an einer Psychose, nur 10-14% (vgl. Ernst, 1978, 427), doch brauchen auch die, in einer minderen Art auffälligen und leidenden Kinder dringend Hilfe, um erst gar nicht zu erkranken oder in ein soziales Abseits zu rutschen. Doch werden sie in der Regel erst dann wahrgenommen, wenn sie starke Auffälligkeiten zeigen oder zu psychiatrischen Fällen geworden sind.

Mir selbst wurde erst nach Frau Beecks Vortrag bewusst, wie viele psychisch kranke Eltern und deren Kinder ich in Berlin während der letzten 20 Jahre im weiten Bekanntenkreis kennengelernt hatte, ohne die spezielle Problematik zu realisieren. Einige Beispiele: die wahnhaftige Mutter, welche ihren 6 jährigen Sohn mit in den Tod nahm, eine Kollegin als Tochter einer depressiven und suizidalen Mutter oder einen 19 Jährigen, der trotz der immer wieder kehrenden Belastung durch seine psychotische Mutter erfolgreich die Schule abgeschlossen und eine Lehre begonnen hat.

Aus dieser Betroffenheit und um mein Wissen darüber zu erweitern, um der Not und dem Unterstützungsbedarf mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu verschaffen und Ansätze zur Hilfe aufzuzeigen, habe ich das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ für meine Diplomarbeit gewählt.

1.1. Inhalt und Aufbau der Arbeit

„Wenn ein Familienmitglied psychiatrischer Patient wird, dann bedeutet dies ein Familienproblem, an dem alle Familienmitglieder, Ehepartner, Eltern, Kinder, Geschwister beteiligt sind...und darunter leiden... Möglicherweise leiden die Angehörigen noch mehr als der Patient“. (Dörner, 1995, 34).

Diese Aussage bildet den Ausgangspunkt und zeichnet den Weg vor, nachdem diese Arbeit aufgebaut ist. Obwohl sich das Thema primär auf die Kinder psychisch kranker Eltern bezieht, habe ich beide Seiten – Kinder und Eltern – beschrieben, ihre jeweilige Problematik, Unterstützungsmöglichkeiten, sowie ihre gegenseitige Abhängigkeit mit positiven wie negativen Folgen.

An praktischen Beispielen sowie theoretischen Ausführungen soll deutlich werden, dass das Wohl der Kinder psychisch kranker Eltern wie der gesamten Familie nur dann zu sichern ist, wenn alle Familienmitglieder Unterstützung erfahren. Denn der Erhalt und das Funktionieren der Familie bietet mit die besten Chancen für ein glückliches Leben und positive Entwicklung aller Beteiligten, auch für die erkrankte Mutter/ Vater.

Gerade für Kinder ist dies entscheidend. Entwicklungsbedingt sind sie in einem sehr hohen Maß materiell wie emotional von ihren Eltern abhängig, wollen Vertrauen aufbauen, suchen Vorbild und Stabilität bei den Eltern, leben von deren Zuneigung und Liebe.

Diese Dependenz bedingt die grundlegende Ausrichtung des Leitzieles, von Prävention und Hilfe. Sie soll eine gesunde Entwicklung der Kinder in der Familie trotz einer psychischen Erkrankung der Eltern ermöglichen.

Auf Mittler- wie Handlungszielebene muss jeweils das erkrankte Elternteil, das gefährdete Kind und die Restfamilie miteinbezogen werden. Gelingen kann dies nur, wenn sich auch eine innere „Wiedervereinigung“ der „ver-rückten“ Familie vollzieht. Ein geklärtes Verständnis und Distanz zur Krankheit, das darüber reden können, weil es befreit, die Verhinderung einer Stigmatisierung durch das soziale Umfeld, örtliche wie zeitliche Freiräume und Autonomie der Kinder sind die wichtigen Bausteine für ihr „neues“ zu Hause.

Anhand retrospektiver Fallanalysen der Jahre 1981-1991 durch die psychiatrische Klinik Offenbach wird die Bedeutung der Familie gerade für

Kinder psychisch kranker Eltern eindrucksvoll belegt. Am Beispiel von 128 Frauen mit Schizophrenie bzw. Schwangerschaftspsychosen wurde gezeigt, dass von ihren 218 Kindern 80% in der Familie aufwuchs und damit die Familie primär die Kinderversorgung übernimmt. (vgl. Bauer/Lüders, 1998, 191)

Zunächst möchte ich die spezielle Problematik und das erhöhte Risiko erläutern, dem die Kinder psychisch kranker Eltern in einem Maße ausgesetzt sind, dass Gefahr laufen, selbst psychisch zu erkranken. (Kapitel 2.0.)

Um einen besseren Einblick in die Lebenssituation ihrer Eltern zu geben, habe ich in dem sich anschließenden Kapitel die häufigsten psychischen Erkrankungen der Eltern beschrieben, ihr Verhalten gegenüber den Kindern sowie das subjektive Empfinden der Eltern und ihre Wahrnehmung durch das soziale Umfeld. Eine sinnvolle Unterstützung für sie und ihre Kinder setzt solche Kenntnisse voraus, macht ihr Verhalten transparenter, gibt einen Eindruck von der Gefahr, der die Kinder ausgesetzt sind.

Deutlicher wird dies in Kapitel 4.0. In diesem möchte ich einen Einblick geben, wie die Kinder ihre kranken Eltern wahrnehmen und sich deren Beziehung gestaltet, unter welchen Bedingungen sie leben müssen und wie sich diese auf die Entwicklung der Kinder/Jugendlichen auswirken. Die Belastungen der Kinder entstehen nicht nur direkt durch die Erkrankung der Eltern, sondern auch durch das Tabugebot, über die Zustände in der Familie und über die Erkrankung der Mutter/Vater zu schweigen. Reaktionen der Umwelt werden in diesem Kapitel ebenso dargestellt wie das Verhalten der gesunden Elternteile in der Familie. Überlebensstrategien und das Phänomen der „unverwundbaren Kinder“ werden in Kapitel 5.0. gleichfalls vorgestellt.

Unter Punkt 6.1. „Die schizophrene Wochenbettpsychose“ und unter Punkt 6.2. „Die schizophren reagierende Mutter“ werde ich exemplarisch Wirkungsmechanismen der Krankheit auf Mutter, Kind und ihre Beziehung aufzeigen. Gleichzeitig werden Chancen zum Wohle dieser Dyade dargestellt. Die hier beschriebenen Ansätze zur gemeinsamen Förderung der bis dahin getrennt betrachteten Eltern-Kind Seite finden sich grundsätzlich im anschließenden Thema „Prävention und Hilfe“ (Punkt 7.0.) wieder. Das ausführliche Beispiele

soll Sinn und Notwendigkeit gleichzeitiger Unterstützung beider vor Augen führen.

Das Kapitel „Prävention und Hilfe“ gibt einen Überblick über die Unterstützungsmöglichkeiten von Kinder/Jugendlichen und ihren Eltern. Es beschreibt einen förderlichen Umgang in den persönlichen Begegnung mit Kindern und Eltern ebenso wie einige Projekte zur Unterstützung der Kinder und ihrer psychisch kranken Eltern, Hilfe von den zuständigen Ämtern und Institutionen. Schließlich werden altersentsprechende Formen der Information von Kindern/Jugendlichen über die Erkrankung von Mutter/Vater, über den Umgang damit in der Familie und Umwelt vorgestellt, schließlich selbstbeschränkende Sichtweisen der Kinder besprochen.

Der abschließende Punkt 8.0. behandelt das generelle Recht auf Hilfe für die Kinder und ihre psychisch kranken Eltern durch Staat und Gesellschaft. Dieses Kapitel stellt weiterhin Hilfeformen des KJHG für die Betroffenen vor und nimmt Anregungen von erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern bezüglich einer weiteren rechtlichen Ausgestaltung zur Unterstützung der Kinder/Jugendlichen auf.

1.2. Eingrenzung des Themas

Affektive Psychosen, wie Schizophrenie werden in der vorhandenen Fachliteratur bezüglich des Themas am häufigsten als Krankheitsbild der Eltern behandelt. Diese Erkrankung stellt für Kinder und Familie die wohl schwerste Belastung im Vergleich zu anderen psychischen Störungen dar (siehe Punkt 2.2.). Ich habe mich deshalb dieser Bewertung für die Gestaltung der Diplomarbeit angeschlossen.

Wenn nun in den folgenden Ausführungen schizophren reagierende Frauen als die Erkrankten im Vordergrund stehen, erklärt sich dies u.a. durch das unterschiedliche Alter von Männern und Frauen beim ersten Auftreten der Beeinträchtigung. Während schizophrene Erkrankungen bei Männern in der Regel früher auftreten, also zu einem Zeitpunkt an dem noch keine Elternschaft „geplant“ ist, liegt dieser bei Frauen in einem späteren Lebensalter, wenn die Familie bereits existiert oder konkrete Absicht zu einer Gründung besteht.

Phänotypisch treffen die meisten Krankheitssymptome auch auf erkrankten Vätern zu.

2.0. Erörterung der Problematik „High risk“

Kinder psychisch kranker Eltern unterliegen, wie bereits angedeutet, einem höheren Risiko, selbst psychisch zu erkranken. Die sogenannte „High risk“ Forschung untersucht dieses auf der genetisch-biologischen Grundlage, wie auch in familientheoretischen und sozialpsychiatrischen Studien.

2.1.1. Genetische Studien

Anhand vergleichender Untersuchungen zwischen Kindern psychisch kranker und gesunder Eltern konnte statistisch belegt werden, dass eine genetische Vorbelastung im Sinne einer vererbten erhöhten Verletzbarkeit existiert. (vgl. Gundelfinger, 1995, 6) Diese Prädisposition ist aber – um es vorweg zu nehmen nicht ausschlaggebend für eine psychische Erkrankung der Kinder.

Doch zunächst zu den Ergebnissen der Forschung:

Die Wahrscheinlichkeit ebenfalls an Schizophrenie zu erkranken liegt im Fall der Kinder schizophrener Eltern bei 10-15% im Vergleich zur Normalpopulation mit 0,5-1%. Betrifft dies zweieiige Zwillinge, liegt die Wahrscheinlichkeit bei 10-15,5%, bei eineiigen liegt das Risiko bei 45-52%. Sind beide Elternteile schizophren erkrankt, steigt die Quote auf 30-40%. (vgl. Gundelfinger, 1995, 6; Sollberger, 2000, 20)

Ist ein Elternteil schizoauffektiv erkrankt beträgt die Erkrankungswahrscheinlichkeit 37%, bei zweieiigen Zwillingen 41%, bei eineiigen 55%. Leiden Vater und Mutter an einer bipolaren affektiven Störung wie Manie und Depression wird ein Risikofaktor von 20% im Vergleich zu 10-15% zur Normalpopulation genannt. Hier sind signifikante Störungen schon in den ersten 24 Monaten des Kleinkindes zu beobachten. Bei phobischen

Erkrankten ist das kindliche Erkrankungsrisiko um das 7fache erhöht. (Bohus, 1998, 134ff; Remschmidt/Mattejat, 1994, 296)

Bei allen psychotischen Störungen wurde eine wesentlich frühere Erkrankung der Kinder im Vergleich zu den Kindern von gesunden Eltern festgestellt.

Bezugnehmend auf die oben zitierten Zahlen folgert Gundelfinger, dass 90% bzw. 60-70% der jeweils betroffenen Kinder nicht psychisch erkranken. So sind nach Gundelfinger und Erkenntnissen weiterer Experten mehrere verschiedene Gene an einer möglichen Vererbung beteiligt und oder die Einflüsse gerade der sozialen Umwelt ausschlaggebend. Bei schweren Depressionen sind – so der Autor die genetischen Zusammenhänge weniger deutlich und vorhandene Forschungsergebnisse teilweise widersprüchlich. (vgl. Gundelfinger, 1995, 6)

Remschmidt und Mattejat ziehen ein ähnliches Resümee:

„Eine genetische Transmission muss in dem Sinn angenommen werden, dass sie bei betroffenen Kindern zu einer erhöhten Vulnerabilität führt, dass aber nicht von einem direkten Erbgang für die Psychoseerkrankung als solche auszugehen ist.“ (Remschmidt/Mattejat, 1994, 296)

Ihr Hauptaugenmerk liegt daher in einer sozialpsychiatrischen und systemischen Betrachtungsweise, also auf einer psychoreaktiven Modellvorstellung bei der Entstehung von Psychosen.

2.1.2. Das erhöhte Krankheitsrisiko durch Umwelt und Familie

Diesen Ansätzen folgend möchte ich im weiteren das erhöhte Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern erörtern, welche im familiären und Umfeldkontext zu finden sind.

„Als Frau F. mit 26 Jahren schwanger wurde, bestand weder für sie noch für ihre Familie ein Zweifel daran, dass sie trotz ungünstiger äußerer Umstände ihr Kind austragen und auch mit ihm zusammenleben sollte. Zu diesem Zeitpunkt war Frau F. bereits seit 2 Jahren schizophren erkrankt, ihren gelernten Beruf

konnte sie nicht mehr ausüben, von ihren 8 Geschwistern waren 5 ebenfalls psychisch krank. Die Mutter war 7 Jahre zuvor an einer langwierigen Krebserkrankung gestorben, der Vater Alkoholiker. Bereits zu Beginn ihrer Schwangerschaft ging die Beziehung zum Vater des Kindes in die Brüche. Im Anschluss an die Geburt wurde die Tochter 4 Wochen in der städtischen Kinderklinik versorgt, während Frau F. noch stationär psychiatrisch behandelt wurde“. (Bauer, Lüders, 1998,193)

Dieses Beispiel steht exemplarisch für die Mehrzahl der Verhältnisse, in denen Kinder psychisch kranker Eltern leben. Genetische Disposition, Familiendelegation, die allein erziehende Mutter, Sucht oder Ausfall des Vaters, Arbeitslosigkeit, sozialer Abstieg, Isolation, eine Trennung von Mutter und Kind im Erkrankungsfall und mangelnde Krankheitseinsicht des Elternteils sind typisch. In ihrer Kombination stellen diese Faktoren eine erhöhte Gefährdung für die seelisch, geistige und körperliche Gesundheit des Kindes dar. Sie sind ein Risiko für die Stabilisierung oder Genesung der erkrankten Mutter/ Vater sowie für den Erhalt der Familie.

Tater, Krisch und Hanich, Ärzte der Heilpädagogischen Station in Hinterbühl, Niederösterreich, haben die familiären und sozialen Zustände der dort in 5 Jahren betreuten Kinder psychisch kranker Eltern statistisch erfasst.

Von den 21 Kindern (15 Jungen, 6 Mädchen) hatten 16 Geschwister, die restlichen waren Einzelkinder im Alter von 5;5 –17;6 Jahren. Etwa die Hälfte der Kinder war wegen Schuleschwänzen, 5 Kinder wegen besonders aggressiven und destruktiven Verhaltens aufgenommen. 3 Kinder litten bereits unter Wahnideen bzw. Halluzinationen, 2 Kinder waren suizidal gefährdet, nur neun Kinder zeigten während des Klinikaufenthalts keine Symptome. Weiterhin wurden Borderline Störungen, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, Verwahrlosungstendenzen, Hyperaktivität und psychosomatische Störungen diagnostiziert.

Zur Zeit der Aufnahme waren 11 von 16 erkrankten Eltern nicht in psychiatrischer Behandlung und meist ohne Krankheitseinsicht. Sie litten unter

Schizophrenie, schizoaffektiven Psychosen, Paranoia, Depression, Persönlichkeitsstörungen mit psychotischen Episoden.

Bei 11 Familien zeigte der erkrankte Elternteil Auffälligkeiten wie Alkoholismus, Debität, Gewalttätigkeit, Zwangsverhalten.

In allen 11 Familien waren die partnerschaftlichen Beziehungen gestört: 4 Paare lebten im Sinne eines Nebeneinander oder mit der häufigen Abwesenheit meist des Vaters, die restlichen Paare bezeichneten ihr Verhältnis als äußerst angespannt und bekundeten Trennungsabsichten. Nur 2 der 16 Familien fand Rückhalt bei Großeltern und Verwandten. (vgl. Tatzer, Krisch, Hanich, 1994, 170ff)

Der Arbeitskreis „Frauen und Psychiatrie“ initiierte 1998 eine Umfrage unter 116 Müttern und 24 Vätern mit psychiatrischen Erkrankungen. In 5 Fällen waren beide Elternteile betroffen. Von den Eltern der 233 Kinder lebten nur 12 mit ihren erkrankten Vätern, wobei in 10 Fällen die gesunde Mutter mit in der Familie lebte. Dagegen waren von 69 psychisch kranken Müttern 39 alleinerziehend, 28 lebten mit dem Kindesvater oder einem neuen Partner zusammen (vgl. Neunhöffer, 2000, 6)

81 Familien mit insgesamt 132 Kindern gaben als Hauptproblem primär Überbelastung an, danach materielle Notlagen, Familienkonflikte, Belastung des Kindes, fehlende Krankheitseinsicht und Krisen, gefolgt von mangelnder Kooperationsbereitschaft der Ämter und Institutionen.

Weitere Probleme waren das jeweils andere Elternteil, Aggression und Vernachlässigung. (vgl. Neunhöffer, 2000, 6f)

Die Fachliteratur nennt noch weitere Risikofaktoren dieser Familien wie Höhe des Bildungsniveaus, Abschluss einer Berufsausbildung, beengte Wohnverhältnisse, Herkunft aus zerrütteten oder kriminell aufgefallenen Verhältnissen, frühe Elternschaft (unter 18 Jahren), mangelnde soziale Integration und damit verbunden wenig Hilfe im Umgang gerade mit dem Kleinkind, des weiteren Stigmatisierung durch das soziale Umfeld.

Ca. 2/3 der in schlechten sozioökonomischen Verhältnissen lebenden Mütter, so Deneke, sind depressiv. (vgl. Deneke, 1995, 6)

Die Art des Familienklimas, der Zusammenhalt, Belastbarkeit und Engagement des Partners, wie auch die Möglichkeit, sich vertrauensvoll und emotional an Außenstehende wenden zu können, ist von großem Stellenwert für die Familie, ausschlaggebend für mögliche physische oder psychische Erkrankungen der Kinder.

Mattejat und Remschmidt weisen in diesem Zusammenhang auf die gestörte innerfamiliäre Interaktion und Kommunikation hin. In Familien mit einem schizophrenen Elternteil ist es oft durch die Krankheit bedingt unmöglich, die Aufmerksamkeit aller auf einen Punkt zu bringen, was aber Voraussetzung für ein produktives und zielgerichtetes Gespräch wäre. Sie erwähnen einen emotionalen Interaktionsstil, welcher häufig von Feindseligkeit oder Überprotektivität bestimmt ist. (vgl. Mattejat, Remschmidt, 1994, 297) Zieht sich ein an Depression erkranktes Elternteil zurück, ist Kommunikation meist überhaupt nicht mehr möglich.

Art und Dauer der elterlichen Erkrankung sind weitere wesentliche, belastende Faktoren für Kinder und Familie. Als Ergebnis vergleichender Untersuchungen kam Hammen (1991) zu der Aussage, dass eine chronische Depression der Mutter die schlimmeren Auswirkungen auf das Kind haben soll, während die manisch-depressive Erkrankung als weniger traumatisch eingestuft wurde. (vgl. Deneke, 1995, 5) Der Grund für diese Erscheinung kann in der langen und tiefen Hoffnungslosigkeit des Erkrankten und seine Ausstrahlung auf das gesamte familiäre Klima liegen. Im Gegensatz hierzu ist es vorstellbar, dass die Manie bzw. die bipolare Störung die Kinder ebenfalls hoffnungslos überfordert, aber auch belebt, den Eindruck von Bewegung hinterlässt, nicht von Stagnation wie im Fall der chronischen Depression.

Als sicher für eine Erhöhung des Risikos kann Chronizität, Schwere und Beginn der Krankheit – vor, nach, oder um die Geburt, so auch der mögliche Einbezug des Kindes in ein elterliches Wahnsystem angenommen werden.

Die Fachliteratur erwähnt jedoch auch, dass in vielen Fällen die Mutter-Kind Beziehung oft die einzige nicht gestörte Beziehung der Mutter war oder depressive Mütter sich zwar selbst vernachlässigten, aber ihre Pflichten dem Kind gegenüber weitgehend erfüllten.

Hartmann beschreibt dies anlässlich einer gemeinsamen stationären Aufnahme von Mutter und Kind: „Die emotionale Zuwendung und Beziehung der immer noch psychotischen Mutter zu ihrem Kind war von Anfang an erstaunlich gut, obwohl die Pflege durch Unkonzentriertheit zuerst erheblich erschwert wurde“. (vgl. Hartmann, 1981,138)

2.2. Risiken des erkrankten Elternteils

Wie in Punkt 2.1.3. angeführten Untersuchung des Arbeitskreises „Frauen und Psychiatrie“, Stuttgart, bereits deutlich wurde, sind Mütter auch im Falle eigener psychiatrischer Erkrankung in der Regel die Hauptverantwortlichen bezüglich Erhalt der Familie bzw. der Erziehung und Betreuung der Kinder, also damit einer extremen Doppelbelastung ausgesetzt. Auch W. Hartmann, Leiter der Psychiatrieabteilung an der Universität Göttingen, belegt dies eindrucksvoll: von 10 Müttern im Alter von 19-37 Jahren mit den Diagnosen Wochenbettpsychose, (chronische) Schizophrenie, Neurose und Depression waren nur 3 Väter unauffällig, einer bemühte sich um Kontakt mit der Mutter, die übrigen trennten sich oder pflegten nur unregelmäßigen bis gar keinen Kontakt mehr, besonders wenn das Kind aus einem unehelichen Verhältnis stammte. Damit standen sie auch ihren älteren Kindern als Kontakt und Unterstützung nicht mehr zur Verfügung. Die Kinder waren zu diesem Zeitpunkt zwischen 6 Wochen und 2;7 Jahren alt.

„Der Unterschied zwischen meinen Eltern war, dass ich mich auf meine Mutter nicht verlassen konnte, weil sie krank war. Mein Vater dagegen war gesund und hat mich trotzdem mit meinen Gefühlen und Ängsten allein gelassen“. (vgl. Beeck, 2001, 10).

Wie bei allen Eltern kann auch die vorgeburtliche Einstellung zum Kind mit entscheidend für die spätere Entwicklung sein, was aber bei einer positiven Einstellung keinesfalls automatisch eine Nichterkrankung der Mutter nach der Geburt oder problemlose Beziehung trotz Erkrankung bedeutet. Hat Mutter oder Vater schon in der eigenen Kindheit seine Eltern als psychisch krank

erfahren, entsteht bewusst oder unbewusst die Befürchtung selbst zu erkranken (soweit dies noch nicht eingetreten ist) und die psychische Störung an die Kinder weiter zu geben.

„Dass gestörte Eltern gestörte Kinder hervorbringen“ (vgl. Sollberger, 2000, 24) ist mehr als ein volkstümlicher Glaube, er verdichtet sich schnell zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung. Der entstehende innere Druck (Selbstvorwürfe, Zweifel an der Legitimität Kinder zeugen zu dürfen und am eigenen Selbstwert) steigert sich zusehends, verstärkt durch die Angst der Erkrankten vor akuten Krisen oder nach außen aufzufallen. Hinzu kommt gerade in anfallsfreien Zeiten das schon übersteigerte Bemühen, eine möglichst perfekte Mutter/ Vater zu sein.

Latent überschattet wird die Situation durch einen möglichen und als Bedrohung wahrgenommenen Kindesentzug oder Einschränkung des Sorgerechts.

Durch Krankheit oder Medikamente verminderte Antriebskraft, die damit verbundenen tiefen Zweifel „es zu schaffen“, erschweren wesentlich eine zuverlässige Erfüllung der Elternrolle. Kulminieren diese Ängste und ist Kompensation nicht weiter möglich, bietet ein erneuter Fall in die Psychose eine verständliche, aber verhängnisvolle Rückzugsmöglichkeit. Sie vermittelt möglicherweise Schutz und muss als ein Notsignal gesehen werden. Die Gefahr eines Circulus vitiosus wird überdeutlich.

2.3. Reaktionen von Kindern auf die psychische Erkrankung ihrer Eltern

Das Risiko auf der Kinderseite ebenfalls psychisch zu erkranken oder krankhafte Symptomatiken zu entwickeln ist ganz grundlegend vom Alter abhängig, in welchem das Kind erstmalig und einschneidend die psychische Erkrankung von Vater/Mutter erlebt hat. Bereits ab der Schwangerschaft werden entscheidende Akzente gesetzt: ist das Kind wirklich erwünscht, gab es perinatale Traumen, wächst es z.B. in einem emotional kühlen oder widersprüchlichen Klima auf, wie entwickelt sich sein Temperament (Charakter), entsprechend Intelligenz und soziale Kompetenz.

Vergleichende Studien belegen, dass bereits im Alter von 2 Jahren Kinder psychisch kranker Eltern in ihrem Verhalten wesentlich auffälliger sind, als andere „unbelastete“ Gleichaltrige. Bohus diagnostizierte in einer Studie an der Universitätsklinik Freiburg bei 43 älteren untersuchten Kindern „bereits 16 (37%) als auffällig (11 psychosozial, 4 kognitiv, 1 motorisch) und weitere 14 (32.5%) als langfristig gefährdet“. Folgende Auffälligkeiten waren am häufigsten zu beobachten: „Nägelkauen bei 10,5%, aggressive Durchbrüche - 10%, Schulschwierigkeiten - 9,4%, Schlafstörungen - 9,4%, Überaktivität bei 6,5%, wenig Kontakt zu Gleichaltrigen - 4,7% und Einnässen bei 4%“ aller untersuchten Fälle. (vgl. Bohus, 1998, 136)

Knuf traf auf diese Symptome bei ca. 80% der Kinder psychisch kranker Eltern. (vgl. Knuf, 2000, 37)

Sollberger nennt bei Kindern schizophrene erkrankter Eltern „sensomotorische Dysfunktionen, affektive Hyperirritabilität, verringerte Expressivität; im Vorschulalter Merkmale der Depressivität, des sozialen Rückzugs, der Ängstlichkeit und Zerstreuung“ sowie in der Adoleszenz kognitive Störungen, mangelndes Kontextverständnis oder „Merkmale eines konkretistischen oder magischen Denkstils“ als typische Merkmale. (vgl. Sollberger, 2002, 120).

Kinder psychisch kranker Eltern haben in der Regel keine oder nur eine vertraute Person, um sich auszusprechen, sich zu entlasten und fühlen sich schuldig an der Erkrankung ihrer Eltern. Stattdessen müssen die Kinder mit verheimlichen, das Tabu aufrechterhalten. Das häufig verhängte Gebot, zu schweigen halten die Kinder ein, lieben sie doch ihre Eltern, wollen diese schützen und bleiben loyal. Zwangsläufig zieht dieses Verhalten eine zunehmende Isolation von und durch die Umwelt nach sich. Schnell werden dann die Betroffenen zum Außenseiter, zum Sonderling stigmatisiert, was erneut das Risiko zu erkranken oder Störungen zu entwickeln, erhöht.

2.3.1. Parentisierung

„Die zusätzliche Hausarbeit war kein Vergnügen, aber für mich war das eine Möglichkeit, meiner Mutter zu helfen (ihr eine Freude machen ,dachte ich). Härter war die Aufgabe, die mir als die Älteste zukam, mich nebenbei noch um meine Geschwister zu kümmern. Allerdings wurde später mein kleiner Bruder von einer Nachbarin betreut. In der Schule hatten wir keine Probleme“.
(vgl.Caspari,2001,19)

Auch wenn das gesunde Elternteil – falls überhaupt verfügbar – nicht ausfällt, übernehmen die Kinder psychisch kranker Eltern sehr oft den größten Teil anfallender alltäglicher Arbeiten und Verantwortungen in und für die Familie. Unvermittelt werden sie gezwungen, für Haushalt und Geschwister zu sorgen, das erkrankte Elternteil zu betreuen, das gesunde aufzufangen. In diesem Prozess der „Parentisierung“ überspringen Kinder für sie anstehende Entwicklungsschritte, werden sozusagen auf eine Stufe mit Erwachsenen gestellt. Die Eltern erwarten von ihnen entsprechendes Verhalten und Kompetenz. Diese Art der Instrumentalisierung überfordert die Kinder in mehrfacher Weise. Sowohl Zeitfaktor wie auch eine notgedrungene Orientierung in der Erwachsenenwelt behindern Kontakt und gemeinsame Entwicklung mit Gleichaltrigen.

Kinder sorgen sich enorm, wenn Vater/Mutter z.B. nicht wieder von einem Spaziergang zurück kommen oder fürchten einen erneuten möglicherweise aggressiven Anfall. Ein Leben über Wochen bis Jahre im ständigen Ausnahmezustand, Aushalten müssen ohne zu verstehen, keinen Ausweg zu kennen birgt ein enormes Risiko, selbst irgendwann und irgendwie „ver-rückt“ zu werden.

2.3.2. Spezielle Störungen der Kinder im Bezug auf die einzelnen Krankheitsbilder der Eltern

Zu speziellen Auswirkungen der einzelnen Krankheitsbilder der Eltern auf ihre Kinder waren keine Untersuchungen in der Fachliteratur zu finden. Nachfragen im Kinder- und Jugendamt Reinickendorf (Dr. Häfele), in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie Wiesengrund, bei Psychologen und Selbstbetroffenen, erwachsenen Kindern führten zu keinem Ergebnis.

Kinder von phobischen Patienten sollen siebenmal mehr gefährdet sein, gleichfalls an einer solchen Störung zu erkranken wie unbelastete Gleichaltrige. Eine andere Studie stellt fest, dass 83% der Mütter von Kindern mit starken Trennungsängsten oder Überängstlichkeit selbst an einer Angsterkrankung litten. (vgl. Bohus, 1998, 135)

Bohus erwähnt weiter eine Längsschnittstudie von 354 Familien, welche besagt, dass „Kinder deren Eltern an einer Persönlichkeit- oder Suchtstörung leiden, im Vergleich zu schizophrenen und affektiven Störungen die ungünstigsten Entwicklungsmerkmale aufweisen“. (vgl. Bohus, 1998, 135) Ich halte jedoch solche Aussagen für problematisch, da sie die Individualität der Kinder und den sozialen Kontext unzureichend berücksichtigen. Zudem hielten die von mir befragten erwachsenen Kinder Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises für die gefährlichsten bezüglich der Entwicklung und dem Wohl des Kindes.

2.3.3. Auswirkungen von Trennung oder Tod auf die Kinder

Auf widersprüchliche Angaben weist Bron bezüglich der „Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten“ hin. (Bron, 1991, 322) In einem Teil der Fachliteratur werden eindeutige Zusammenhänge zwischen endogener oder neurotischer Depression, ihrem Umfang und vermehrte Suizidversuche bei erwachsenen Patienten konstatiert, wenn diese Menschen in ihrer Kindheit Verlusterlebnisse durch Tod oder Trennung der Eltern erlebt hatten. (vgl. Bron, 1991, 322) In einer Untersuchung an der Universität Göttingen wurden bei 328 an endogenen, neurotischen oder reaktiven Depressionen erkrankten Menschen folgende Ergebnisse bezüglich Tod und Trennung gefunden: 43,4% der Patienten mit Verlustereignissen vor dem 15. Lebensjahr hatten Suizidversuche unternommen; im Vergleich dazu hatten 26,5% der Befragten Suizidversuche unternommen, ohne Verlustereignisse in der Kindheit erlebt zu haben. Es ließen sich weder ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Tod oder

Trennung nachweisen noch eine Abhängigkeit zum Kindesalter und dem Ereignis. Depressive Patienten waren aber häufiger suizidal, wenn sie Verlustereignisse in der Kindheit erlebt hatten. (vgl. Bronn,1991, 325)

Bron weist allerdings auch darauf hin, dass andere Forschungen keinen Bezug zwischen dem schmerzlichen Ereignis und einer späterer Depression der Kinder ausmachen konnten. (vgl. Bronn,1991, 325) Der gleiche Widerspruch findet sich ebenfalls bei der Untersuchung suizidaler Patienten. Dieser Sachverhalt lässt die Folgerung zu, dass genannte Verlusterlebnisse nicht primär für eine spätere psychische Erkrankung der Kinder ausschlaggebend sind, sondern mehr die oben genannten Risiken und Lebensumstände.

Unter Berufung auf Langenmayer betont Bohus als weitere entscheidende Faktoren die Dauer der Trennung oder das kindliche Alter beim Zeitpunkt des Suizidereignisses. Am bedeutsamsten für die weitere Entwicklung des Kindes wird dieses im Alter von 2,5 Jahren beim Verlust der Mutter und im Alter von 4-6 Jahren beim Vater. (vgl. Bohus, 1998, 135)

Alle diese Statistiken, so beeindruckend sie auch sein mögen, sind jedoch Ausdruck, dass diese Kinder bereits als krank angesehen werden, stellen damit ein weiteres Risiko dar. Sie beruhen auf theoretischen, diagnostischen Meßmethoden, welche früheres oder gegenwärtiges Verhalten als präsymptomatische oder symptomatische Störungen interpretieren. Die Gefahrenquellen für die betroffenen Kinder werden nicht erkannt. Ihre Auffälligkeit wird wahrgenommen, organische und psychische Erkrankungen individualisiert. Die Störungen werden nicht im Kontext mit der „kranken“ Umwelt gesehen.

„Es stehen nicht mehr Fragen nach dem Familienmilieu im Zentrum, sondern das von vornherein als für bestimmte Störungen symptomatisch interpretierte Verhalten der Kinder. Entsprechend kann aber beispielsweise das mittels so genannter Symptomfragebogen erfasste Weglaufen der Kinder von zu Hause, nicht mehr durchschlafen, Adipositas oder vegetative Symptome, aber auch Ängste nicht mehr als der produktive Versuch eines vielleicht adäquaten Verhaltens des betroffenen Kindes gewertet werden.“ (vgl. Sollberger, 2001,121)

2.4. Wahrnehmung, Versorgung, Information von Kindern psychisch kranker Eltern

Eine als repräsentativ zu wertende Befragung der Universität Freiburg (1994-95) unter stationär versorgten Patienten, ihren Kindern und unter den betreuenden Ärzten erweitert den Blick auf zusätzliche Risiken. Die Untersuchung wurde hinsichtlich der Vorbereitung eines Projekts zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern durchgeführt.

Zunächst eine Darstellung der Ausgangssituation. Von 41 Patienten waren 65% Frauen, 35% Männer. Davon hatten 41% je eine Kind, 38% 2 Kinder, 21 % drei und mehr Kinder. Das Alter der Kinder lag bei 10,5% zwischen 1-2 Jahren, bei 12.6% zwischen 3-5 Jahren, bei 32.2% zwischen 6-10 Jahren, die Alterstufe der 11-14 jährigen war mit 27,3% vertreten und die der 15-18 jährigen mit 16%.

Bei ihren Eltern wurde diagnostiziert: affektive Störungen 37,4% (davon schizoaffektive 6,6%), Anpassungsstörungen 15,4%, Angststörungen 9,9%, Schizophrenie 15,4%, Suchterkrankungen 8,8%, Persönlichkeitsstörungen 7,7%, organische Erkrankungen 2,2%, und sonstige Diagnosen 3,3%. Der Altersmittelwert lag bei 39,1 Jahren, meist zwischen 20-59 Jahren. (vgl. Bohus, 1998, 136)

2.4.1. Informationsstand der Kinder psychisch kranker Eltern

80% der Kinder wussten zwar, dass Mutter/Vater in Behandlung sind, über den Grund und Art der Erkrankung waren lediglich 35% informiert. Nach Altersgruppen aufgeteilt hatten die 3-5 Jährigen zu 17%, die 6-10 Jährigen zu 26% Informationen, bei den 11-14 Jährigen waren es 49% und bei den 15-18 Jährigen 74%.(vgl. Bohus, 1998, 138)

Es zeigte sich, dass Kinder von Eltern mit affektiver Erkrankung über die Krankheit und ihre Behandlung die besten Kenntnisse hatten (76,5% bzw.

89,3%). Kinder schizophrener reagierender Eltern wussten zu 78,6% um die klinische Behandlung von Mutter/ Vater, über die Krankheit selbst hatten nur 25% Kenntnis. (vgl. Bohus, 1998, 138)

Aufklärung und Information der Kinder sind aber wesentliche Voraussetzungen zu ihrer Entlastung. Sie können Ängste und Schuldempfinden und teilweise die Isolation lösen, bieten Orientierungshilfe in der Familie und Umwelt. Gerade den Ärzten - als die für Kinder und Eltern häufig erste und kompetente Kontaktperson im Krankheitsfall - fällt die Aufgabe der Wahrnehmung vorhandener Problematik und Beratung zu.

„Auch ihre behandelnden Ärzte haben sich nie um mich und meine Sorgen gekümmert oder mich über die Krankheit aufgeklärt,“ (Beeck, 2001,9) – ein Zustand, der von der überwiegenden Mehrheit der betroffenen Kinder in der Literatur und durch eigene Recherchen bestätigt wurde.

2.4.2. Wahrnehmung der Kinder psychisch kranker Eltern

Über 40% der erkrankten Eltern – nach der in Punkt 2.4.1. zitierten Untersuchung - gab psychische Probleme ihrer Kinder an, wie aggressive Durchbrüche, Schulschwierigkeiten, Schlafstörungen, Hypernervosität. Von den persönlich durch die Ärzte in Augenschein genommenen Kinder - nur 43 der 257 erfassten – wurden 37% als auffällig bezeichnet.

90% der Patienten schätzten ihre Kinder als langfristig gefährdet ein und beabsichtigte, entsprechende sozialpsychiatrische Angebote in Anspruch nehmen. (vgl. Bohus, 1998, 137)

Trotzdem erkannten die behandelnden Ärzte in 30% der Fälle die kindliche Problematik bzw. deren Hintergrund nicht, waren selbst schlecht informiert. Eine weitere Tendenz scheint darin zu liegen und taten sich schwer, die Kinder aufzuklären. (vgl. Bohus, 1998, 137)

Im Alltag der Psychiatrie steht zumeist bei den behandelnden Ärzten der psychisch erkrankte Erwachsene im Vordergrund. Ein Umstand auf den die Fachliteratur zu diesem Thema wie Selbstbetroffene fast durchgängig hinweisen. „Angebote für die Kinder der Betroffenen oder Mutter-Kind

Behandlungen werden oft gar nicht in Betracht gezogen oder sind auch bei eindeutiger Indikation nur schwer zu realisieren, weil entsprechende ambulante oder stationäre Therapieeinrichtungen kaum vorhanden sind und es auch an Erfahrung mit der integrierten Mutter-Kind-Behandlung fehlt. Ob es zu einer Mutter-Kind-Behandlung kommt, hängt weniger von der oft vorliegenden eindeutigen Indikation als vielmehr vom jeweiligen Interesse, des behandelnden Kollegen und der Bereitschaft des Teams ab, die in der Regel anfallende Mehrarbeit zu übernehmen. Häufig wird im psychiatrischen Alltag gar nicht daran gedacht, bei Erkrankungen der Eltern die Kinder mit aufzunehmen.“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 79)

Eine andere Tendenz scheint darin zu bestehen, Beide auch über längere Zeit zu trennen oder das Kind – ungeschützt - der Mutter/Vater als eine Art „Therapeutikum“ zu überlassen, ihnen die praktische Bewältigung des Alltags und aller Verantwortlichkeit für den kranken Menschen aufzubürden. Die Beziehung Eltern-Kinder kann zwar für den erkrankten Menschen die einzige vertraute und einigermaßen funktionierende Beziehung sein. Jedoch wird dabei die enorme Belastung und Hilfsbedürftigkeit des Kindes nicht oder zu spät wahrgenommen.

2.4.3. Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern

Auch bei professionellen Helfern, Diensten und Ämtern trifft man noch häufig auf Unkenntnis der Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern und auf mangelnde Unterstützung für diese Kinder. Ihr Angebot zur Hilfe ist nach wie vor zu selten oder zu unspezifisch.

„Der sozialpsychiatrische Dienst hat sich noch nie um mich und meine Probleme gekümmert. (...). Eine Sozialarbeiterin hat sich dann bei mir nach meiner Mutter erkundigt. Ich erzählte, was ich wusste, worauf sie mir riet, eine Betreuung für meine Mutter zu beantragen. (...). Da sie die später begutachtende Behörde seien, wäre es für sie nicht möglich. Eine Lüge, wie ich

jetzt weiß. Damit hatte sich unser Gespräch für sie auch schon erledigt. Kein aufmunterndes oder tröstendes Wort, obwohl ich am Telefon fast geweint habe und ihr sagte, wie sehr mich die Situation belastet. Keine Telefonnummer für den Fall, dass ich noch einmal mit ihr sprechen möchte“. (vgl. Beeck, 2001,6)

Meist werden betroffene Kinder von diesen Stellen erst wahrgenommen, wenn sie beispielsweise verstärkt durch längere Abwesenheit in der Schule, Vernachlässigung, durch delinquentes Verhalten aufgefallen sind, oder ihre Eltern gegen sie gewalttätig wurden. Es muss deshalb von einer hohen Dunkelziffer gefährdeter Kindern psychisch kranker Eltern ausgegangen werden.

So bezeichneten in der Freiburger Studie Ärzte und die erkrankten Eltern für ca. 22% aller Fälle die Betreuungssituation der Kinder während des Klinikaufenthaltes als nicht zufriedenstellend. Die Qualität der Betreuung nach ihrer Entlassung schätzten nur 37,4% der Eltern als gut ein, die Ärzte sahen 45,5% der Kinder als gut, 19,1% als schlecht versorgt, bei 35,5% waren sie unsicher. (vgl. Bohus, 136)

Hierzu ein weiterer Auszug aus dem Vortrag „Familienbande“. Von den vier Kindern ihrer 50-jährigen Schwester wurden zwei beim Vater erzogen. Über die beiden anderen, welche bei der Mutter blieben, berichtet sie weiter: „Die jüngeren Kinder reagieren sehr unterschiedlich. Der zehnjährige Sohn frisst, wird täglich dicker, die schulischen Leistungen lassen stark nach und es kommt zu Prügelein mit den Klassenkameraden. Er ist am Wochenende, wenn meine Schwester besuchsweise zu Hause ist, sehr anhänglich und liebesbedürftig, legt sich z.T. mit ihr ins Bett. Die 14-jährige Tochter zieht los, ist oft außer Haus, will von der Mutter nichts mehr wissen, verhält sich sehr distanziert“. (vgl. Caspari, 2001, 19)

2.4.4. Resilienz bei Kindern psychisch kranker Eltern

Doch nicht immer lösen die erhöhten Risiken negative Folgen bei den Kindern aus. Ein anderes Ergebnis der „High-risk“-Forschung ist das Phänomen der sogenannten „unverwundbaren Kinder“. Diese haben von Anfang an oder entwickeln als Antwort auf die Herausforderungen innere Stärke,

Überlebensstrategien, Schutzmechanismen und Qualitäten, welche sie relativ unbeschadet Krisenzeiten und Gefahren überstehen lassen. Äquivalent zu den negativen Folgen finden auch diese entstandenen Einstellungen und Fähigkeiten ihre Repräsentanz im Erwachsenenalter. Das individuell unterschiedliche Grundwesen der Kinder ist bei der Ausbildung von Resilienz mitentscheidend wie gleichfalls Anregung aus dem näheren Umfeld und Möglichkeiten, Autonomie zu leben.

2.5. Zusammenfassung

Trotz Uneinheitlichkeit der „High risk“ Forschung in der Beurteilung bezüglich der Relevanz genetischer- und Umweltfaktoren auf eine spätere Erkrankung der betroffenen Kinder kann sicher von einem erhöhten Gefährdungspotential der Kinder, Auffälligkeiten zu entwickeln, psychisch zu erkranken, körperliche, geistige und seelische Schäden davonzutragen, ausgegangen werden.

Die genannten Risikofaktoren bedingen und verstärken sich gegenseitig. In ihrer Vielfalt und Kombination sind sie ausschlaggebend für die Entwicklung von Symptomaten und Psychopathologien sowie einer möglichen Übertragung auf die Kindergeneration. Die Art und Vielzahl der gefährdenden Faktoren implizieren jedoch die Notwendigkeit von Hilfe und Unterstützung zum Wohl der Kinder, der Eltern wie der gesamten Familie.

3.0. Die häufigsten Krankheitsbilder der Eltern

Um ein Bild über mögliche seelische Zustände der Eltern und ihrer Belastungen zu geben, möchte ich zunächst einige Beschreibungen von Psychosen vorstellen, danach einige Krankheitsbilder näher erläutern. Damit werde ich auch einen Teil der krankhaften Erscheinungen und Störungen aufzeigen, mit denen sich Kinder psychisch kranker Mütter/Väter auseinandersetzen und aushalten müssen. Es sind auch die psychischen Krankheiten, an denen die

Töchter und Söhne im Laufe ihres Lebens selbst erkranken können, falls sie keine Hilfe erhalten.

3.1. Sichtweisen des Psychosebegriffes und die der Persönlichkeitsstörungen

Die klassische Definition von Psychosen entspricht heute nur noch teilweise dem zeitgemäßen Auffassungen der Psychologie und wird deshalb auch seltener gebraucht, es wird hauptsächlich der Begriff Persönlichkeitsstörung verwendet. „In der europäischen Nomenklatur (ist sie – U. S.) trotz ihrer Vieldeutigkeit noch im Schwang“. (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997)

Das Fachlexikon der sozialen Arbeit definiert Psychose als „Tiefgreifende seelische Krankheit, auch Geisteskrankheit. Unscharfer, nicht exakt definierter Oberbegriff für eine Reihe seelischer Krankheiten, bei denen die Beeinträchtigung psychischer Funktionen ein solches Maß erreicht hat, dass dadurch Einsicht und Fähigkeit gestört sind, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen. Der Realitätsbezug ist eingeschränkt“. (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997)

Zur folgenden Ausführung über die Psychosen zitiere ich aus der Broschüre „Es ist normal, verschieden zu sein“. Sie wurde erstellt von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Wissenschaftlern in der Arbeitsgemeinschaft Psychoseseminare, unter der Leitung von Thomas Bock.

„Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln, andere(s) zu bezweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei zu verlieren“. (vgl. AG Psychoseseminare, 2000, 4ff)

„Die Möglichkeit, psychotisch zu werden, trägt jeder Mensch in sich. Je nachdem wie dünnhäutig oder dickfellig jemand ist, braucht es mehr oder

weniger Stress, Reizüberflutung oder Isolation, um eine Psychose auszulösen. Doch niemand kann sicher davor sein“. (vgl. AG Psychoseminare, 2000, 4ff)

Psychosen haben Wunsch und Angstanteile, ähnlich wie in Träumen, jedoch ohne den Schutz des Schlafes. Psychosen werden meist in Zeiten ausgelöst, die für jeden Menschen kritisch sind. Diese Phasen können die Loslösung vom Elternhaus, Bindung/Trennung vor allem in Partnerschaften sein, Eintritt oder Austritt aus dem Berufsleben, oder Geburt eines Kindes. Solche Phasen bringen für Menschen tiefe Verunsicherung des eigenen Selbstbildes und die Notwendigkeit, sich neu zu finden. Sie können von sensiblen Menschen als existenziell bedrohlich erlebt werden. (vgl. AG Psychoseminare, 2000, 4ff)

Das Fachlexikon der sozialen Arbeit definiert Persönlichkeitsstörungen wie folgt: „Die Persönlichkeit ist abnorm entweder hinsichtlich der Ausgeglichenheit ihrer Komponenten, deren Qualität und Ausdrucksform, oder hinsichtlich des Gesamtbildes. (...). Persönlichkeitsstörungen sind keine Krankheiten, sondern Varianten der Persönlichkeitsausstattung, die in bestimmten Situationen aber durchaus Krankheitswert erlangen können“. (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997)

3.2. Die manische und depressive bzw. zylothyme Persönlichkeitsstörung

In der affektiven Psychose ist entweder alles grau in grau oder man fühlt sich wie auf rosa Wolken. Entsprechend ist der Energiehaushalt auf ein Minimum heruntergefahren oder auf maximale Energie gestellt. Das Selbstbewusstsein ist auf ein Nichts zusammengeschrumpft, oder es ist schier grenzenlos. Beide Störungen können einzeln in der Depression bzw. Manie oder bipolar im Wechsel auftreten.

Der depressive, verzweifelt traurige Mensch, trauert und versucht gleichzeitig der Trauer zu entkommen. So flieht er in eine „Leere, in eine Distanz von sich

selbst, die freilich die eigene Verzweiflung um so mehr nährt, je größer der Abstand wird. Wer manisch wird, ist verzweifelt glücklich. Er sucht das Glück, wo er es nie finden wird – weit weg von sich selbst. Die eigene Anstrengung geht dabei so sehr über alle Kräfte, dass die anfängliche Euphorie bald der Angst weicht und die Verzweiflung immer größer wird.“ (vgl. AG, Psychoseminare, 2000, 4).

Beide Zustände können sich wechselseitig bedingen. Schlaflosigkeit wird in der Depression meist als sehr quälend erlebt, während der Maniker kaum ein Bedürfnis hat zu schlafen. In beiden Zuständen wird „Zeit“ ebenfalls verschieden wahrgenommen: der depressive Mensch nimmt sich in einem Stillstand wahr, sieht kein Ende der Not, empfindet Hoffnungslosigkeit, bezieht keine Kraft aus positiven Erfahrungen früherer Zeiten. Dem manischen Menschen scheint alles gleichzeitig machbar, eine realistische Selbsteinschätzung ist nicht möglich, da alle Zeitmodi miteinander verschmelzen.

Depressionen können bis zu vollkommener Lähmung und Selbsttötung führen. Manie kann große Verzweiflung und Scham hinterlassen, gewachsene soziale Bindungen nachhaltig stören oder völlig zerstören. Mit Depression geht häufig das Interesse an der Außenwelt, Einschränkung der Liebesfähigkeit, und Minderwertigkeitsgefühle einher. Meist sind diese begleitet von körperlichen Symptomen wie Schlafstörungen, Schwindel, Obstipation, Hypotonie.

Man unterscheidet zwischen reaktiver Depression (Zusammenhang mit einem adäquaten Ereignis), der neurotischen als Folge von Mangel an liebevoller Zuwendung und Pflege im ersten Lebensjahr während der oralen Phase. Für die endogene Depression sind Tagesschwankungen, ein Gefühl der Gefühllosigkeit, bedrückende Leibesempfindungen, sowie wahnhaftes Zuspitzen menschlicher Urängste (wie Schuld, Armut, Krankheit, Versagen) typisch. (vgl. Fachlexikon, 1997, 200f)

Die exogene Depression ist Folge einer körperlichen Erkrankung wie Hirntumore, Schilddrüsenunterfunktion, Infektionskrankheiten, Folge einer schweren Operation oder Verlust von Körperfunktionen und äußert sich in rascher psychischer Erschöpfbarkeit. (vgl. Fachlexikon, 1997, 200f)

3.3. Die Schizokognitive Persönlichkeitsstörung

Schizokognitive Psychosen wie Schizophrenie betreffen vor allem Wahrnehmung, Sprache, Denken. Betroffene Menschen nehmen Geräusche, Stimmen wahr, sehen imaginäre Bilder, fühlen scheinbare Berührungen, unbewusste Erinnerungen. Starke Gefühle, Spannungen, Befürchtungen oder übersteigerte Hoffnungen werden wach und als etwas von außen Kommendes erlebt. Eine erhöhte Tendenz zu diesen Störungen tritt besonders dann auf, wenn von der Umwelt entweder zuviel oder zu wenig Reize kommen. Ein Übermaß an Reizen sprengt das Fassungs- bzw. Verarbeitungsvermögen und löst ein psychotisches Reagieren aus. Wenn aus dem Unterbewusstsein zu viele Eindrücke auf einmal ins Bewusstsein drängen und Bearbeitungsmöglichkeiten wie Bedenken, Vergessen, Träumen nicht mehr ausreichen, besteht die gleiche Gefahr. (vgl. AG Psychoseminare, 2000)

Bietet das Außen zu wenig Reize beispielsweise bedingt durch soziale Isolation oder durch Schwerhörigkeit, erschafft sich der Betroffene eine künstliche bis wahnhafte Welt und fühlt sich häufig von anderen Menschen oder Dingen bedroht.

Diese Art der Psychose äußert sich in einer sprunghaften, vagen, weit-schweifigen oder umständlichen Sprache, in nicht adäquatem Verhalten und der Situation nicht angepassten Affekten. Weitere Symptome sind Beziehungsideen, Unsicherheit und Ängstlichkeit in sozialen Situationen, magisches Denken, ungewöhnliche Wahrnehmungen, Argwohn, paranoide Vorstellungen. Kennzeichnend für den betroffenen Personenkreis ist eine häufige z.T. extreme soziale Isolation. Bei schizophren erkrankten Menschen ist gehäuft das Fehlen einer Krankheitseinsicht zu verzeichnen.

3.4. Die paranoide Persönlichkeitsstörung

Im Gegensatz zur paranoiden Schizophrenie und der wahnhaften Störung mit langanhaltenden paranoiden Wahnvorstellungen ist die paranoide Persönlichkeitsstörung frei von durchgängigen psychotischen Merkmalen. (vgl. Beck/Freemann, 1999, 86f)

Der betroffene Mensch neigt dazu, Handlungen anderer ungerechtfertigter Weise als erniedrigend oder bedrohlich zu interpretieren. Er fühlt sich grundlos

ausgenutzt, benachteiligt, stellt die Glaubwürdigkeit von Freunden, Mitarbeitern ohne Grund in Frage oder bezweifelt die Treue seines Ehe-/Sexualpartners. Zwischenmenschliche Situationen sind durch ständiges Misstrauen und Abwehr gekennzeichnet. Gibt es in solchen Situationen Probleme, werden andere dafür verantwortlich gemacht. Harmlose Bemerkungen oder Vorkommnisse bewertet der paranoide Mensch als ihn abwertend, bedrohlich, er fühlt sich missachtet und reagiert darauf in heftiger Weise. Die erkrankte Person hegt langen Groll, kann weder vergeben noch kann sie sich anvertrauen, da sie Verrat befürchtet. Sie bezieht auf eine egozentrische Weise alle Spannungen auf sich. Das paranoide Syndrom ist ebenfalls Teil anderer psychotischer Krankheiten. (vgl. Beck/Freemann, 1999, 86f)

3.5. Das Borderline Syndrom

Borderline wird heute als „durchgängiges Muster von Instabilität der Stimmungen, der zwischenmenschlichen Beziehungen und des Selbstbildes“ definiert. (vgl. Beck/Freeman, 1999, 157) Instabile aber intensive Beziehungen werden entweder idealisiert oder abgewertet, die Grundstimmungen wechselt plötzlich schnell in Angst, Depression, Reizbarkeit, Wut und Zorn, was vom erkrankten Menschen nur schwer zu kontrollieren ist. Er lebt im chronischen Gefühl der Leere oder Langeweile, fällt durch ausagierendes Verhalten auf und bemüht sich verzweifelt, reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern. Seine Verzweiflung kann ihn zu aggressiven Handlungen, zur Selbstverstümmelung und Suizid treiben. Die erkrankte Person ist davon überzeugt, „relativ hilflos in einer feindseligen Welt ohne Sicherheit zu sein“, er schwankt aber „gezwungenermaßen zwischen Autonomie und Abhängigkeit hin und her, ohne sich auf eine der beiden verlassen zu können“. Dem Borderline Syndrom liegt eine tiefe Identitätsstörung in den Bereichen Selbstbild, sexuelle Orientierung, langfristige Ziele, Lebensplanung und eigene Wertvorstellungen zugrunde. Menschen mit Borderline Syndromen befinden sich nicht in ständiger Unruhe und erleben durchaus in langanhaltenden Phasen Stabilität. (vgl. Beck/Freemann, 1999, 160 ff)

Zunächst können sich Angst- und Panikstörungen manifestieren wie auch Uni- und bipolare Depressionen, schizoaffektiv und Zwangsstörungen sowie kurze reaktive Psychosen. (vgl. Beck/Freemann, 1999, 162)

3.6. Die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (ZPS)

Insbesondere Männer des westlichen Kulturkreises drücken positive Eigenschaften wie Selbstdisziplin, emotionale Kontrolle, Beharrlichkeit, Detailliebe, Zuverlässigkeit, Höflichkeit so extrem aus, dass sie krankhafte Formen entwickeln. Der Betroffene wirkt starr, perfektionistisch, unflexibel, dogmatisch, grüblerisch, emotional und kognitiv blockiert. (vgl. Beck/Freeman, 199, 275)

Ob die psychoanalytische Sicht einer falschen Reinlichkeitserziehung zutrifft, ist fraglich. Adams (1973) stellte aber bei der Arbeit mit zwanghaften Kindern fest, dass die Eltern unter anderem streng kontrollierend, übermäßig konformistisch und ohne Einfühlungsvermögen waren, unfähig zum spontanem Gefühlsausdruck. A. Angyal (1965) ist der Ansicht, dass „das inkonsistente, oft widersprüchliche Verhalten der Eltern“ die Basis für diese Erkrankung bildet. „Die Handlungen und Gefühle der Eltern scheinen häufig in Widerspruch zu ihren Äußerungen zu stehen“. Sie verhalten sich „sehr unberechenbar und scheinbar irrational – z.B. erst liebevoll und dann im nächsten Moment kalt und abweisend“. Durch die widersprüchlichen Forderungen der Eltern sowie ihr unglaubliches Verhalten werden Kinder stark verwirrt. (vgl. Beck/Freeman, 199, 276) Es besteht die Gefahr, dass die Kinder, um dieser Unsicherheit zu begegnen, mit zwanghaften Verhalten reagieren.

Millon (1985) sieht den Grund solchen Verhaltens in übermäßig stark kontrollierenden Eltern, welche das Kind dafür bestrafen, dass „es sich entweder autonom oder auf irgendeine Art und Weise verhält, die die Eltern ablehnen“. Dem Kind bleibt die eigene Identität verschlossen, es passt sich den strengen internalisierten Normen der Eltern und der Menschen in seiner Umgebung an“. (vgl. Beck/Freeman, 199, 277)

Die charakteristischen automatischen Gedanken betroffener Menschen sind u. a.: „Ich muss diese Aufgabe perfekt machen. Diese Person hat sich falsch verhalten und sollte bestraft werden. Ich sollte etwas Produktives tun anstatt die Zeit zu verschwenden. Ich sollte mich auf dieser Party amüsieren.“ (vgl. Beck/Freeman, 199, 278ff)

3.7. Die histrionische Persönlichkeitsstörung (HPS)

In dieser Störung zeigen die Betroffenen übermäßige Emotionalität und Verlangen nach Aufmerksamkeit, sie brauchen ständig Anerkennung, Lob, Bestätigung und fordern dies aktiv ein. Menschen mit HPS sind außerordentlich auf körperliche Attraktivität bedacht, wollen verführerisch wirken, im Mittelpunkt stehen. Ihre übertriebene Emotionalität drückt sich in irrationalen Wutausbrüchen, Hypersensibilität, in unverhältnismäßigen Interaktionsritualen oder einer Selbstdramatisierung aus. Die Betroffenen sind besonders anfällig für Trennungsängste und reagieren mit Depression und Suizidalität. Die Selbstmordversuche sind in der Regel nicht lebensbedrohlich und erfolgen insbesondere nach Enttäuschungen, Angst- sowie Panikstörungen. Begleiterscheinungen der HPS sind u.a. Alkoholismus und Substanzmissbrauch, Somatisierungs- und Konversionsstörungen (häufige grundlegende Meinungs- oder Meinungsveränderungen und Umwandlung unbewältigter starker Erlebnisse in körperliche Symptome; vgl. Duden,1979), kurze reaktive Psychosen.(vgl. Beck/Freeman, 1999, 185)

Weitere Persönlichkeitsstörungen mit psychogenem Charakter lassen sich anfügen. Bezüglich meinem Thema „Kinder psychotischer Eltern“ standen in der Fachliteratur schizophrene Störungen im Vordergrund.

3.8. Die Depression

M. Gast gibt an, dass heute jeder 8. Mann und jede 5. Frau mindestens einmal im Leben an dieser Krankheit gelitten haben, Tendenz steigend. (vgl. Gast, 2001, 68) Da Depression den ganzen Menschen körperlich, geistig, im Fühlen und Handeln massiv erfasst, wirkt dies entsprechend heftig auf Angehörige und

Umfeld zurück. Angehörige, Erwachsene wie Kinder geraten dann meist in einen Strudel von Lähmung, Hoffnungslosigkeit und Aufgabe - manchmal so sehr, dass sie selbst behandlungsbedürftig werden.

Depressive Menschen agieren in einer speziellen Beziehungsdynamik. Sie senden widersprüchliche Signale, welche das Gegenüber letztlich handlungsunfähig macht. Zum einen äußern sie Hilflosigkeit und Verzweiflung, appellieren an Mitgefühl und Anteilnahme. Dieser Appell ruft aber zum anderen bei Angehörigen feindselige Gefühle dem Erkrankten gegenüber hervor, wird als Anklage verstanden, insbesondere wenn Verbitterung oder Gereiztheit des Angehörigen mitschwingen. Der Familie, die ständig gegen eine bedrückte Grundstimmung ankämpft, wird damit unterstellt, sich nicht genug zu bemühen, zu wenig getan zu haben. Gleichzeitig und drittens entzieht sich der depressive Mensch, zeigt kein Interesse, wirkt starr, reaktionsarm, so als ob er am liebsten alleine gelassen werden möchte. Dieses Gesamtverhalten stößt zurück, löst sowohl Mitleid wie Verärgerung aus. Man nennt dies einen „Annäherungs-Vermeidungskonflikt“. (vgl. Gast, 2001, 68) Angehörige glauben, Gefühle wie Wut, Ärger, Angst, Enttäuschung, Mitleid nicht zeigen zu dürfen, was sie weiter unter Stress bringt, zumal sie den Erkrankten – soweit er zu Hause lebt – nicht aus dem Weg gehen können.

Die Familie sucht ihrem Mitglied zu helfen. Sie muntert auf, bagatellisiert, appelliert an die Willenskraft, zeigt übersteigerte Aktivität, übernimmt zunehmend alle Aufgaben und Pflichten des Erkrankten. Dieses Aufbauen zieht sich über Wochen oder Monate hin, bis nacheinander alle an das Ende der Leistungsfähigkeit und ihrer seelisch-emotionalen Belastbarkeit gekommen sind.

„Eheleute, die eigene depressive Anteile besitzen, fühlen sich durch die Erkrankung des Partners selbst in Frage gestellt, reagieren überängstlich oder besonders aggressiv“. (vgl. Gast, 2001, 69) Die Auswirkungen auf das in seiner Persönlichkeit noch nicht gefestigte Kind sind ähnlich. Der Suizid des erkrankten Elternteils kann zwar letztendlich eine Erleichterung sein, ist jedoch ein schweres traumatisches Erlebnis, gerade dann, wenn sich die Familie als mitverantwortlich und schuldig fühlt. Hat ein Mensch Trennung oder Suizid in

der eigenen Kindheit erlebt, kann er vorbelastet sein und diese Problematik wieder an seine Kinder weiter geben.

3.9. Schizophren reagierende Eltern

Schizophren reagierende Mütter wännen beispielsweise ihr Kleinkind in steter Gefahr und schützen es über die Maßen. Sie können nicht das „innere Erleben“ (vgl. Deneke, 1995, 6) ihres Kindes empathisch wahrnehmen und entsprechend reagieren, sondern folgen nur eigenen Bedürfnissen. „Die große Unsicherheit und Angst von Frau V. im Umgang mit ihrem Kind führte dazu, dass sie vielmehr mit vermeintlichen Gefahren für das Kind beschäftigt war, als an dessen Erleben teilzunehmen. Zerfahrenes Denken und Konzentrationsstörungen führten zeitweise dazu, dass Frau V. plötzlich den ungewickelten Säugling nackt auf dem Wickeltisch liegen ließ,sich, einer fixen Idee folgend, einer anderen Sache zuwandte“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 126)

Das Kind erhält keine adäquate Antwort auf seine Äußerungen, fühlt sich nicht wahrgenommen. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich auch später passiv verhält, seinen eigenen Wahrnehmungen und Impulsen keine Bedeutung beimisst, sich isoliert, ist hoch. Die natürliche Entwicklung des Kindes zur Autonomie wird nicht erkannt oder gar verhindert. Das Kind reagiert mit Rückzug, ängstlichem, aggressiven oder impulsiven Verhalten.

Die Unfähigkeit den anderen wirklich wahrzunehmen, kann sich ins Wahnhafte steigern. Angehörige wie die Kinder werden in das verzerrte System miteinbezogen mit z.T. lebensgefährlichen Folgen.

„Eine alleinerziehende Mutter mit einer Doppeldiagnose (Schizophrenie und Sucht) ist der wahnhaften Überzeugung, dass sie selbst bei ihrem 6-jährigen Sohn mit verschiedenen Instrumenten sein Gesicht verändern muss, da sie Merkmale des Vaters im Gesicht des Sohnes nicht mehr sehen will. Der Sohn ist in ein Wahnsystem der Mutter einbezogen und in akuter Gefahr, auch wenn die Mutter subjektiv nur sein Bestes will.(...) Ein chronisch schizophrener Mann, der an einem hypochondrischen Wahn leidet, ist überzeugt, dass er seine verschiedenen körperlichen Fehlfunktionen seinem erstgeborenen Sohn vererbt habe. In Rücksicht auf diese für den Vater realen körperlichen Erkrankungen

fordert er seinen Sohn immer wieder auf, eine bestimmte Diät einzuhalten. Damit verbunden vermittelt er seinem Sohn immer wieder, dass er krank, schwach und hilfsbedürftig sei.“ (vgl. Felder, 2002, 356ff)

Typisch für viele psychotische Erkrankungen besonders aber für die Schizophrenie „sind die häufigen, abrupten Stimmungswchsel der Eltern, welche das Kind unvermutet treffen und ihm kaum nachvollziehbar sind. Es sucht daher die Schuld bei sich. Der sich plötzlich ändernde Blick zu einem hasserfüllten, diabolischen, Beschimpfungen oder Projektionen des Bösen auf das Kind sind Ausdrucksformen solcher krassen Wechsel. Kinder oder Angehörige werden vom kranken Elternteil Tötungsabsichten (z.B. durch Gift) unterstellt. Auf Fragen nach dem Grund des Verhaltens werden unverständliche Antworten gegeben oder es erfolgt überhaupt keine Reaktion. In ihren akuten Schüben verwüsten die Betroffenen zum Beispiel die gemeinsame Wohnung, handeln fremdaggressiv oder überfallen Mitmenschen mit unverständlichen z.T. kompromittierenden Äußerungen.

Nicht nur schizophrene reagierende Mütter/Väter leben so einen großen Teil ihres Bedürfnisses nach Zuwendung, Stabilität und Identität über das Kind aus, was sie jedoch äußerst abhängig von ihren Töchtern/Söhnen macht. Deneke beschreibt seelisch kranke Mütter von Säuglingen als „extrem verletzlich, unsicher, voller Angst und Schuldgefühle“. Weiter: „Als eine Art Gegengewicht dazu haben sie die Kinder hochgradig narzißtisch besetzt, als sollten sie Gesundheit und Kompetenz der Mutter zeigen“. (vgl. Deneke, 1997,11f)

Sie übertragen eigene Vollkommenheitsgefühle, Wiedergutmachungsvorstellungen, Schuld auf die Kinder, ebenfalls die Angst vor eigener Erkrankung. Normales kindliches Verhalten wird teilweise als Vorbote einer Psychose interpretiert oder diese in die Kinder regelrecht hineingedacht.

Lässt sich dieses Bedürfnis nicht ausreichend befriedigen oder sind zusätzliche Belastungen nicht mehr kompensierbar, kann das Geliebte zum Hassobjekt werden, die Mutter/Vater in Aggressivität oder Erstarrung dem Kind gegenüber verfallen. In extremen Fällen, wenn Eltern ihre Kinder als Substitut benutzen tritt möglicherweise das so genannten „Münchhausen-Stellvertreter Syndrom“ auf. Die psychisch erkrankten Eltern bringen ihren Kindern im frühen Alter

Verletzungen bei, verabreichen Gift, Drogen, Medikamente, um Symptome schwerer Erkrankungen vorzutäuschen. (vgl. Klosinski, 2000, 4)

Erkrankt das Kind ebenfalls und richtet sich nun die familiäre und öffentliche Aufmerksamkeit darauf, kann das erkrankte Elternteil die Geheimhaltung seiner Störung verstärken. Er tritt in den Hintergrund, das Kind wird zum Symptomträger, zum Sündenbock. Paradoxerweise kann dies wiederum eine Stabilisierung der erkrankten Mutter/ Vater zur Folge haben. (vgl. Stöger/Mückenstein, 1995, 28)

Werden verordnete Medikation nicht eingehalten oder fehlt die Krankheitseinsicht und nehmen Eltern Übergriffe auf das Kind oder seine emotionale Vernachlässigung des Kindes nicht wahr, ist die Zustimmung bzw. die einer Möglichkeit zur Intervention von vornherein sehr erschwert.

3.10. Selbstwahrnehmung und soziales Verhalten psychotisch Erkrankter

Einige der psychotisch erkrankten Eltern neigen dazu, ihre Erkrankung zu ignorieren und spielen die Probleme und Nöte ihrer Kinder herunter, weisen Zusammenhänge mit der eigenen Störung zurück. „Ich selbst habe ja gelegentlich meine Probleme, aber mein Kind ist völlig gesund und unauffällig“, oder, um von sich abzulenken: „Der Lehrer hat mein Kind zerstört“. (vgl. Felder, 2001,395)

Konträr hierzu stehen Versuche der Wiedergutmachung. Aus einem Schuldgefühl heraus („Wegen meiner Krankheit kann ich mein Kind nicht betreuen“, (vgl. Remschmidt, Mattejat, 1994, 298) werden erzieherische Grenzen aufgegeben, übertriebene Nachgiebigkeit geübt, das Kind wird mit äußerlichen Liebesbeweisen überschüttet. Letzteres kann dies kaum verstehen und stellt Mutter/Vater bezüglich ihrer Verbindlichkeit und des Vertrauens in Frage. Der psychotische Elternteil ist nur schwer als Vorbild anzunehmen und kann damit nicht die Identitätsfindung des Kindes positiv unterstützen.

Eigene Verwahrlosung, Vernachlässigung von Arbeit und Haushalt, über Tage und Nächte andauernde Aktivitäten und das völlige Übergehen des Umfeldes sind weitere Symptome von Psychosen.

Oftmals haben die Mütter, entgegen der Meinung des Umfeldes oder Arztes, das Kind geboren oder behalten, stehen unter dem Druck, sich gerade in gesunden Phasen zu bewähren und eine ideale Mutter zu sein. Wie schon unter Punkt 2.1.2. erwähnt, haben sie Mehrfachbelastungen zu bewältigen, da sie häufig alleinerziehend sind, Haushalt und Lebensunterhalt sicherstellen müssen. Verlieren sie aufgrund ihrer Erkrankung die Verdienstmöglichkeit, besteht die Gefahr des sozialen Abstiegs. Während ihrer oftmals langen Krankheitsphasen sind die Betroffenen nicht in der Lage, entsprechende Anträge bei dem Arbeits- oder Sozialamt zu stellen. Belastend wirken ebenfalls ein möglicher Kindesentzug bzw. Beschneidung des Sorgerechtes und die Angst vor einer Stigmatisierung.

Durch die Krankheit bedingt und aus Scham vor der Umwelt isolieren sich psychisch Kranke zusehends. Auch in ihren gesunden Phasen treffen sie auf Zurückhaltung, Ablehnung, Unverständnis, so dass die eigene Wohnung zum einzig sicheren Aufenthalt wird. „Das war wahnsinnig schlimm für mich, dass man doch immer angeklagt wird und angegriffen wurde. Du bist an allem schuld, das muss man ja irgendwie verarbeiten, das war schrecklich“. (vgl. Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e.V., 1998, 9) Erkrankten Eltern und ihren Familien, welche schützend tabuisieren oder ähnlichen Vorurteilen ausgesetzt sind, fehlt schließlich Kraft und Mut, um auf andere Menschen zuzugehen.

3.11. Verhalten des nicht erkrankten Elternteils

Der Vater bzw. das gesunde Elternteil, soweit überhaupt noch in der Familie oder näherem Umfeld vorhanden, fühlt sich vom Zusammenbruch des Familienmitglieds meist überrollt, fordern von ihren Kindern, die Ereignisse und Zustände von zu Hause zu verschweigen. Vielen fällt ein adäquater Umgang mit der Krankheit und eine Bewältigung der auch für sie traumatischen Situation sehr schwer. Eine Distanzierung von Frau und Kind wird mit dem Gebot arbeiten und Geld verdienen zu müssen gerechtfertigt. Im Gegenteil übertragen sie Schuldgefühle und zusätzlich die Verantwortung für die erkrankte Mutter sowie für die häusliche Aufgaben auf ihre Kinder. Sie suchen bei diesen um Entlastung, aufgefangen werden und Hilfe nach, machen sie zur

Vertrauensperson auf gleicher Ebene. Hilfsangebote an die Kinder bleiben häufig leere Versprechungen, Geborgenheit und Schutz wird nicht vermittelt. Oftmals folgen Flucht in den Alkohol, Verlassen der Familie, Scheidung und zunehmendes Desinteresse am weiteren Schicksal des Kindes.

Ist der Vater jedoch stabil, bleibt er in der Familie, ist dies eine unschätzbare Hilfe für die Kinder.

„Mit der Zeit begann ich, sie besser zu verstehen, genauso, wie sie mich besser verstand. Ich hätte nie gedacht, dass ihr bewusst war, wie sehr ich unter ihrer Krankheit litt und heute noch leide. Ich weiß, dass diese Gespräche damals den Grundstein legten für eine offene, verständnis- und liebevollere Umgangsweise. Ich weiß, dass sie mich um meiner selbst willen liebt, und ich liebe sie. Kann ich sie wirklich für irgend etwas verantwortlich machen?“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 41)

Trotz der erheblichen teilweise abstoßenden Symptomatik darf nicht vergessen werden, dass es sich um Eltern handelt. Eltern die von ihren Kindern – wenn auch verzweifelt - geliebt werden. Ein erschrockenes Abwenden oder Ausklammern des erkrankten Elternteiles nutzt damit weder dem Kind und seiner Beziehung zur Mutter/Vater noch dem Erhalt der Familie. Deshalb: will man die Eltern unterstützen, muss man Kinder miteinbeziehen, will man dem Kind helfen, kann dies immer nur im Kontakt mit den Eltern geschehen.

4.0. Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung ihrer Eltern, was sind die Folgen für ihre Entwicklung ?

Um die Tiefe der Erschütterung und die fundamentale Gefährdung hinsichtlich einer eigenen Erkrankung bzw. Symptomentwicklung der Kinder nachvollziehen zu können, muss man das Entwicklungsstadium der Kinder berücksichtigen, in welchem diese erstmalig die Erkrankung der Eltern erleben. Allgemein lässt sich sagen: je früher das Kind mit der elterlichen Erkrankung konfrontiert ist, um so prägender sind die Auswirkungen auf das Wohlbefinden und um so höher ist das Risiko, selbst somatisch oder psychisch zu erkranken. Eingeteilt nach Lebensalter möchte ich daher zunächst einen Überblick auf die einzelnen zu durchlaufenden Phasen bis zur Adoleszenz geben. Hierbei sollen

seelische und geistige Reifung wie auch die existentielle Gefährdung der Kinder im Vordergrund stehen, wenn die Erfüllung anstehender Entwicklungsaufgaben durch Eltern und soziales Umfeld behindert werden, wie dies bei Kindern psychisch kranker Eltern immer wieder der Fall ist.

4.1. Entwicklungsstufen der Kinder und ihre Gefährdung durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern

4.1.1. Säuglings- und Kleinkindalter

Im ersten Lebensmonat nehmen Sehen, Hören eine untergeordnete Rolle ein. Motorik und Bewegungsabläufe sind noch unkoordiniert, Emotionen noch undifferenziert. Die Umwelt wird vom Kind durch Tast- und Temperatursinn wahrgenommen. Mit dem 4. Monat werden alle diese Funktionen zielgerichteter. Der Säugling zeigt vielfach eine Steuerung seines Verhaltens durch Gewohnheiten und erkennt die Mutter an der Stimme. Er lernt sich aufzusetzen, Spiele am eigenen Körper oder mit Gegenständen zu variieren, dies als lustvoll zu empfinden und versucht alles anzufassen, sich in den Mund zu stecken. Um den 10. Monat herum ist der Säugling fähig, emotionale Nuancierungen in der Sprache der Eltern wahrzunehmen. Er zeigt außerdem ein starkes Bedürfnis der Nachahmung. Bis zum zweiten Lebensjahr wiederholt das Kind Verhaltensweisen der Umwelt, um diese einzuüben. Es kann schon Freude und Leid, Abneigung und Zuneigung eindeutig unterscheiden und ausdrücken.

Die „Instinktunsicherheit und Reizoffenheit“ (vgl. Dörner, Plog, 1994, 101) bedingen eine absolute Abhängigkeit auf körperlicher wie seelisch-emotionaler Ebene. Das Kind ist auf das „Geben durch die Erwachsenen angewiesen, und die Art des Gebens bestimmt das Verhältnis von Ur-Vertrauen zu Ur-Misstrauen. Geben heißt in diesem Fall Anregungen geben, Zärtlichkeit, Geborgenheit, Nahrung“ (vgl. Dörner, Plog, 1994, 101)

Bei einer schweren psychotischen Störung der Mutter als wichtigste Bezugsperson steht das körperlich, geistige wie seelische Überleben des

Kindes auf dem Spiel, ist zumindest gefährdet. Tiffany Field (1987) untersuchte die Interaktion zwischen depressiven Müttern und ihren Säuglingen. Dabei nahm sie Bezug auf das „still-face“ Experiment von Tronick (1987). „Aus einer normalen, lebhaften Interaktion mit ihrem Kind heraus sollt die Bezugsperson für drei Minuten ein unbewegtes, nicht responsives Gesicht machen. Die Reaktion des Kindes ist regelhaft und typisch. Erstens: Es versucht, durch verstärkte Aktivität die Bezugsperson wieder in Bewegung zu bringen. Zweitens: Es protestiert. Drittens: Es wendet sich ab. Innerhalb der geforderten drei Minuten wiederholt das Kind diese Sequenz mehrmals – immer von neuem in der Hoffnung, die Bezugsperson möge nun wieder normal reagieren. Diese experimentelle Situation wird als Simulation einer Depression aufgefasst. Field verglich nun die Kinder von depressiven Müttern in diesem Experiment und fand entscheidende Unterschiede. Kinder depressiver Mütter zeigten den ersten Teil der Reaktion nicht. Sie reagierten – wie übrigens auch ihre Mütter – relativ gleichförmig und unbewegt; sie sind also schon auf die Unbeweglichkeit ihrer Mutter eingestellt, sie zeigen selbst ein resignatives, dem ihrer Mutter vergleichbar depressives Ausdrucksverhalten“ (vgl. Deneke, 1995,6) Kinder von depressiven Müttern zeigen im Alter von 2 Jahren Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen. In Spielsituationen bleiben sie häufiger allein, wirken ängstlich, suchen ständig die Nähe der Mutter und verhalten sich zögerlich beim Erkunden neuer Umgebungen.

Bis zum ca. 2. Lebensjahr übt sich das Kleinkind in Zuverlässigkeit und Selbstkontrolle wie auch das eigene Selbst von der Mutter zu trennen. Es entwickelt Persönlichkeit, gebraucht seine Sinne intensiver, Äußerungen werden modifizierter und vielfältiger, ebenso Sensomotorik und Spielfähigkeit. Die anale Phase nimmt ihren Anfang „das Kind beginnt in Abhängigkeit, es selbst zu werden“, korrelierend mit der Sauberkeitserziehung durch die Eltern. (vgl. Döner, Plog, 1994, 103) Aggressive Handlungsweisen als ein Erlernen von Selbstbehauptung und Durchsetzungsvermögen werden erstmals in diesem Alter erprobt.

Reagieren Eltern und Umwelt nicht in einer adäquaten Weise und förderlich für die Entwicklung des Kindes, können in diesem Lebensabschnitt folgende Störungen auftreten: Depression, Aus-drucks- und Bindungslosigkeit, Apathie,

kindlicher Autismus, kein Interesse an Umgebung oder Spiel, Wutanfälle, ausgedehntes Weinen, Ungeduld, Bewegungsstereotypien, Kopfschlagen, zwanghaftes Lutschen, Anorexie, Megacolon, Störungen im Magendarmtrakt, nachlassendes Wachstum. (vgl. Dörner, Plog, 1994, 103)

In der Zeit bis zum 5. Lebensjahr stabilisiert das Kind seine motorische Aktivität, Sauberkeit- und Selbständigkeitsverhalten. Geschlechtsrolle und Geschlechtsunterschiede werden wahrgenommen, das Kind durchläuft die ödipale Phase (Freud). Es entwickelt Gefühle wie Scham, Schuld, Freude, Liebe, den Wunsch zu gefallen. Kinder überprüfen was wirklich ist, übernehmen moralische Werte von Gut und Böse, fragen nach Leben und Tod. Das Kleinkind übernimmt Rollen (Vater/Mutter) und entwickelt Vorstellungen seines zukünftigen Selbst. Sie wollen Polizist, Krankenschwester, Mutter/Vater werden. Am „subjektiv erlebten Ausdrucksgehalt der Umwelt“ orientiert, bildet das Kind eine Art „magische Überorientierung aus“, Allmachtsphantasien. (vgl. Remschmidt, 1997, 13) Werden diese Bestrebungen nicht bemerkt oder unterdrückt, kann es zu massiven Schuldgefühlen beim Kind kommen. Häufig sind Probleme in der motorischen Koordination und Sprache, Regression, Ängste, Alpträume, Irritierbarkeit und alle oben genannten Folgen der Störungen zu finden. Erste psychotische Störungen wie das Unvermögen, die Wirklichkeit, zu testen treten auf. (vgl. Remschmidt, 1997, 13)

Kinder im Vorschulalter rücken von ihrem „egozentrischen“ Standpunkt ab, nehmen verstärkt Perspektiven anderer in die eigenen Überlegungen mit auf. Deshalb ist es in besonderer Weise wichtig zu beachten, welche Art von Weltbild – realistisch oder wahnhaft verzerrt – die Kinder vermittelt bekommen. Gundelfinger erwähnt, dass das Denken von Kindern depressiver Mütter in diesem Alter bereits durch typisch depressive Kognitionen mit Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühl geprägt sind. (vgl. Gundelfinger, 1995, 5f)

4.1.2. Das Kind im Schulalter

In der sich vom 5. – 12. Lebensjahr erstreckenden Latenzzeit vervielfältigen und verfeinern sich motorische wie intellektuelle Fähigkeiten. Das Kind sucht verstärkt Beziehung zu Gleichaltrigen und erprobt eine größere Unabhängigkeit von den Eltern. Trotzverhalten wertet Remschmidt in diesem Alter als „Reaktion des Kindes auf einen Konflikt, der sich aus der Diskrepanz eigener Vorstellungen von der Umwelt und dem Verhalten der Erwachsenen ableiten lässt.“ (vgl. Remschmidt, 1997, 103).

Die Mutter/ Vater sind nun u.a. als „Sparringspartner“ gefragt (vgl. Dörner, Plog, 1994, 105). Die Abhängigkeit von den Eltern wandelt sich ein Stück zur Partnerschaft, die sich aus gemeinsamen Interessen zwischen Eltern und Kind nährt.

Ist die Beziehungen zu Eltern und Umwelt gestört, können zu den oben genannten negativen Folgen nun Lernschwierigkeiten, Lügen, Stehlen, Jähzorn, Zwangshandlungen, Unruhe und Ungehorsam, Probleme der Kontaktaufnahme hinzukommen. Die Stimmung des Kindes ist dann möglicherweise durch ständige Kampfbereitschaft, destruktive, aggressive und selbstzerstörerische Tendenzen, Angst, Apathie und Depression geprägt. (vgl. Dörner, Plog, 1994, 106)

Diese Jahre sind wesentlich mit entscheidend für die Sozialisation des Heranwachsenden, also auch für seine sozialen Bindungs- und Gruppenfähigkeiten. Sie sind mit ausschlaggebend für die anstehende Beschulung, denn Denken und Handeln weisen in diesem Alter deutliche analytische Strukturen auf.

In der Schule fällt ein Teil der Kinder/Jugendlichen durch Konzentrationschwierigkeiten, Leistungsabfall, Störung und Aggressivität auf. Andere reagieren sehr angepasst, wirken zurückgezogen oder versuchen das häusliche Defizit durch das Erreichen besonders guter Zensuren zu kompensieren, dadurch Selbstbestätigung zu finden. Diese Kinder fallen durch mangelnde Leistungen nicht auf. Ihre Notlage wird daher von den Lehrern bzw. durch deren vornehmlich leistungsorientierte Sicht nur schwer erkannt.

Ist das kindliche Verhalten aufgrund der Verunsicherung durch die psychisch kranken Eltern von Hemmungen und Ängstlichkeit geprägt, können Verzögerungen in der Denkentwicklung und Informationsaufnahme auftreten. Remschmidt führt dazu aus, dass damit eine Denkhemmung mitverbunden ist und der Antrieb, Probleme zu lösen fehlt. Besonders auffällig ist dies im Zusammenhang mit Depression der Eltern zu beobachten, da in diesen oft langanhaltenden Phasen nur mangelnder Anregung und zu wenige Erfolgserlebnisse vermittelt werden. (vgl. Remschmidt, 1997, 21)

Fehlt solche Vielseitigkeit und Befriedigung von Bedürfnissen, kann es zusätzlich zu einer Denkeinengung kommen. Nur bestimmte Fakten oder Ansichten werden beachtet und überbewertet. Dies kann sich bis zur Entwicklung eines Wahnsystems steigern. (vgl. Remschmidt, 1997, 21)

4.1.3. Pubertät, Adoleszenz

Während der Pubertät und Adoleszenz muss der Heranwachsende eine neue Identität entwickeln. Körperliche Veränderungen, sexuelle Entwicklung und Wünsche, Aufforderung und Streben nach mehr Eigenständigkeit und Verantwortung bedingen diese Wandlung. Um diese Aufgaben erfolgreich erfüllen zu können, sind Anregungen außerhalb der Familie erforderlich sowie Gelegenheiten zum Erkunden und Vergleichen neuer Lebenswelten und Sichtweisen.

Erhöhte psychische Labilität und Verstimmungen sind typisch für diese Phase. Das Verhalten den Eltern gegenüber wird von Autonomiebestrebungen und Angst, die elterliche Unterstützung zu verlieren bestimmt. Damit verbunden sind (ins besondere verbale) Aggressionen. Im Gegensatz dazu stehen Abschnitte, welche von zärtlichem und betuernden Auftreten der Eltern gegenüber bestimmt sind. So brauchen und suchen Jugendliche die Unterstützung und Bestätigung ihrer Eltern, um aufkommenden Selbstzweifeln zu begegnen und sich sozial in Status, Einstellung und Verhalten zu orientieren. Es kommt zu „Pubertätskrisen“. (vgl. Remschmidt, 1997, 13)

Meist bleibt den Kindern psychisch kranker Eltern Unterstützung und Rückhalt von Mutter/ Vater auch in dieser Entwicklungsstufe versagt. Außerfamiliäre

Kontakte, Freundschaften sind jedoch das Tabugebot, der damit verbundenen Isolation und der Parentisierung schwer aufzubauen.

Während Kinder bis in die Pubertät hinein die häuslichen Zustände oftmals als normal empfinden – obwohl sie wissen, dass irgend etwas nicht stimmt, haben ältere Kinder mehr Erfahrungen in der Außenwelt gemacht und können vergleichen. So ist es nicht nur das zunehmende entwicklungsbedingte Autonomiebestreben und die bewusste Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und des eigenen Seins, sondern auch konkrete Vorstellungen von einem „alternativen“, anderen Leben, welche Gefühle von Hass und Abneigung aufkommen lassen können.

Ihr gewachsener Intellekt hilft ihnen zwar die Erkrankung von Mutter/Vater besser zu verstehen, doch stärkt er gleichzeitig die moralische Hemmung, sich von den Eltern zu lösen.

4.1.4. Entwicklungspsychologische Sichtweise

Nach der Auffassung der Entwicklungspsychologie müssen Kinder/Jugendliche – auch die psychisch kranker Eltern - „natürliche“ entwicklungsbedingte Ängste, affektive Stadien, durchlaufen und bestehen. Ohne Verständnis und die hilfreiche Unterstützung durch Eltern oder feste Bezugspersonen können sich psychopathologische Krankheitsformen entwickeln. In der folgenden Auflistung werden diese Ängste genannt und Hinweise auf die möglichen Pathologien gegeben. (vgl. Remschmidt, 1997, 22)

Alter	Psychosexuelle Stadien	Affektive Stadien	Psychopathologie
0-1 ½	Orale Phase	Ängste vor: Dunkelheit, Fremden, Alleinsein, plötzlichen Geräuschen, fehlender Hilfe	Autismus, Anaklitische Depression, Ess-und Schlafschwierigkeiten

1½- 3	Anale Phase	Trennung, Verlassenwerden, plötzlichen Bewegungen	Symbiotisches Verhalten, Negativismus, Obstipation, Schüchternheit/Rückzug, Pavor nocturnus
3-5	Genitale ödipale Phase	Ängste vor Tieren, imaginären Wesen, Verletzung, Kränkung	Phobien, Alpträume, Sprachprobleme, Enuresis, Enkopresis, Angstzustände
6-11	Latenzzeit	Ängste vor: Schulversagen, Ausgelacht werden, Eigentumsverlust, körperlicher Entstellung, Krankheit, Tod	Schulprobleme, Schulängste, Schulphobien, Konversionssymptome, Zwänge, Tics
12-17	Adoleszenz: Wiederbelebung früherer Konflikte	Anderssein (körperlich, sozial, intellektuell), sexuelle Ängste, Gesichtsverlust	Identitätsdiffusion, Anorexia nervosa (Pubertätsmagersucht), Delinquenz, Schizophrenie

(vgl. Remschmidt,1997,24)

Remschmidt prognostiziert aufgrund von Verlaufsforschungen mögliche Auswirkungen von in der Kindheit aufgetretenen Störungen im späteren Erwachsenenalter:

Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter bergen ein hohes Risiko für depressive Symptomatik im Erwachsenenalter. Ferner ist elterliches Versagen in der Kindheit ebenfalls mit depressiven Störungen im Erwachsenenalter assoziiert.

? wenn zusätzlich Tics bestehen, eine seelische Erkrankung bei einem Elternteil vorliegt.

? Frühschizophrenien haben eine schlechte Prognose und weisen eine hohe Persistenz im Erwachsenenalter auf.

(vgl. Remschmidt,1997,94)

4.2. Mögliche und spezifische Störungen als Reaktionen auf die einzelnen psychischen Erkrankungen der Eltern

So individuell Kinder sind, so unterschiedlich ist auch ihr Potenzial zum „Durchhalten“ und ihre Störungen oder die Folgen im Erwachsenenalter. Weder in der Fachliteratur, noch bei Befragung mit dem Thema vertrauter Psychologen oder Betroffener konnte ich eindeutig belegbaren Hinweise auf typische Störungen bei einem bestimmten psychischen Krankheitsbild finden. (siehe Punkt 2.3.2.) Kinder übernehmen jedoch in unterschiedlichem Maß Teile der elterlichen Einstellungen und des Verhaltens. Es ist deshalb nicht unwahrscheinlich, dass es gewisse Übereinstimmungen einzelner krankheitsspezifischer pathologischer Symptome der Eltern gibt und entsprechende Ausprägungen im Verhalten der Kinder zu finden sind. So ist eine unbewusste Übernahme elterlicher Verhaltensweisen oder „Glaubenssätze“ der Eltern vorstellbar.

Im einem Fallbeispiel wird das Verhalten eines Jungen wie folgt beschrieben: „Die Eltern von drei Kindern kommen wegen ihres ältesten Kindes, einem neunjährigen Jungen. Ihr Sohn habe oft nicht nachvollziehbare Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben. Er sitze stundenlang da und gerate manchmal in geradezu verzweifelte Zustände. Genaues Nachfragen ergibt, dass er offensichtlich bei Aufgaben, die er nicht auf Anhieb lösen kann, in Panik gerät. Ein Zurückstellen dieser Aufgaben ist ihm ohne äußere Hilfe nicht möglich. Im Laufe des Elterngesprächs stellt sich heraus, dass der Vater unter schweren Zwängen mit massiven Folgen für die ganze Familie leidet. Ein dringend benötigtes Kinderzimmer ist zum Archiv für alte Zeitungen und Dias geworden. Ausflüge der Familie sind wahre Fotosafaris – alles Schöne und Interessante muss geschossen und nach Hause getragen werden.“ (vgl. Lisofsky/Mattejat,1998,94)

Das Kind leidet unter einer übertriebenen Anspruchshaltung sich selbst gegenüber, welche es bis zur Verzweiflung treibt. An dieser Stelle möchte ich an Glaubenssätze erwachsener zwanghafter Personen erinnern (Punkt 3.1.5.). „Ich muss diese Aufgabe perfekt lösen“, „Ich sollte besser mehr nachdenken, bevor ich mich entscheide, (...) sonst könnte ich einen Fehler begehen.“, „Es

wäre besser alles noch einmal zu wiederholen, um sicherzugehen, dass ich es richtig gemacht habe“ . (vgl. Beck, Freeman, 199, 279)

Bei affektiven Störungen ist ein emotionales Mitschwingen, eine Ähnlichkeit in der Grundstimmung von erkrankten Elternteil und Kind vorstellbar.

Einige Betroffene meinen, dass Depression als für das Kind leichter einschätzbar ist, als schizophrene Erkrankungen. (Internetrecherche) Sie begründen dies mit der Möglichkeit, dass ein Kind besser die Lage von Mutter/Vater emotional erfassen kann, da es selbst schon traurige oder schmerzhaft Erfahrungen und Stimmungen erlebt hat. Da unipolare affektive Störungen sich durch eine gewisse Stimmungskonstanz auszeichnen, ist es dem Kind besser möglich, sich auf Stimmung und Verhalten der Eltern einzustellen, diese kalkulieren zu können. Dies ist im Vergleich zu schizoaffektiven oder schizophrenen Psychosen schwer oder überhaupt nicht möglich. Kinder derart erkrankter Eltern leben im permanenten Alarmzustand. Krankheitsbedingt treten schnelle, unvorhersehbare Schübe und gegensätzliche Wechsel in Stimmung und Kognition auf, welche durchaus akut lebensbedrohlich für die Kinder sein können. Auf diesen Umstand wurde ich auch im Gespräch mit Selbstbetroffenen öfters aufmerksam gemacht.

„Die Angst vor einem erneuten Krankheitsausbruch ist zu meinem ständigen Begleiter geworden. (...). Sie begleitete mich bis zur Haustür meiner Mutter Bis heute bekomme ich in diesem Augenblick immer einen Adrenalinstoss.... Dieser Zustand hält solange an, bis ich ein paar Worte mit meiner Mutter gewechselt und mich so überzeugt habe, dass sie normal ist“ . (vgl. Lisofsky/Mattejat, 1998, 12)

Die abrupten Stimmungswechsel der Eltern mit ihren bedrohlichen Formen von Aggression, Hass, Wut und Unterstellungen sind für die Kinder nicht nachvollziehbar, im Zweifelsfall suchen sie die Schuld bei sich selbst. „Die Mutter schlug mich, weil sie in einem von mir für sie zubereiteten Tomatensaft Gift vermutete“ oder „meine Mutter hatte in ihrem Wahn mein Zimmer verwüstet: meine persönlichen Gegenstände waren zerstört oder beschädigt (...). (Beck, 2001, 7 u. 10)

Projektionen des Bösen auf die Angehörigen sind ebenfalls typisch für das schizophrene Krankheitsbild. „Mini Mueter hät de Brüeder us em Huus gjagt,

so quasi, und gefunde, es sig jetzt äü en Böse“. Bezüglich des Vaters äußert ein von Sollberger interviewtes Kind: „das ich ebe deet, (hät er) ebe s’erscht Mal Anscht gha, sie chennt ihm öbbis atue. (.....) Dass sie plötzli würd fine, s’Böse sig jetzt I mir oder so“. (vgl. Sollberger, 2000, 56)

Hatte das Kind vormals Angst um Mutter/ Vater verändert sich diese nun in eine Angst vor ihnen. Es ist zum einen die Angst um das Wohl der Eltern, gefährdet durch ihre psychotischen Handlungen wie z.B. stundenlang Beten im Schnee, konflikthafte oder unverständliche Verhalten in der Öffentlichkeit, Suizidversuche, die soziale Abwertung oder Zwangseinweisung. Neu kommt nun die Angst um das eigene und das der Angehörigen Wohl und Leben hinzu.

4.3. Wie erleben Kinder ihre psychotisch kranken Eltern, was empfinden sie, was müssen sie verbergen ?

Die gesamte Persönlichkeit der psychotisch reagierenden Mutter/Vater steht in Frage, eine Fassbarkeit, eine Verlässlichkeit emotionaler wie praktischer Art ist nicht mehr vorhanden. Die Grundlagen des Vertrauens, der Identifikation des Vorbildes und der davon abhängigen Entwicklung des Kindes sind äußerst unsicher geworden.

Kinder erleben ihre Eltern über längere Zeit in immer wieder kehrenden, unverständlichen und extremen Zuständen. Sie sehen ihre erkrankte Mutter/Vater von einer inneren bedrohlichen Macht gefangen genommen, in einer Welt zu der sie keinen Zutritt haben oder in die sie gegen ihren Willen miteinbezogen werden. Insbesondere bei den abrupten Persönlichkeitswechsel der schizophren erkrankten Eltern schwer einzuordnen, sind die Eltern nur noch körperlich als Mutter/ Vater zu identifizieren.

Bei biographischen Studien bemerkte Sollberger die Schwierigkeiten der Kinder im Verstehen der akuten Störungen z.B. wer sie hervorrufen hat und was von der geliebten Mutter/Vater dann noch geblieben ist. Seine Interviews geben die Versuche der Kinder wieder, die Krankheit zu verstehen und die Identität und Integrität der Eltern zu erhalten. Manchmal bleibt nur eine Ähnlichkeit: „Dann hat sie /hat es irgendwie die Person in ihr wieder gewechselt“, „(...) es isch wie ihre Persönlichkeit verschwindet.... das Gfüel

vo, sie isch nümm, nümm griifbar“ oder „Ich weiß nicht mehr wer mein Vater ist. Welche Seite er ist, ob es alle sind.“(Sollberger, 2000, 75f). Nur willentliche, also gegen besseres Wissen gelingt es den Kindern, die Persönlichkeit und Identität der kranken Mutter/Vater zu wahren.

„Die drei maßgebenden Gefühle ... waren übergroße Schuld, ... (was mach ich falsch, dass meine Mutter und Schwester immer wieder abdrehten?, warum war die Schwester so krank und ich nicht?), die Scham über den > Wahnsinn < in der Familie, für den ich mich mitverantwortlich fühlte und die Angst, selbst verrückt zu werden“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000,28)

Eine innere Ambivalenz tritt auf: Liebe und Hass auf die Eltern. Liebe aufgrund der natürlichen Eltern- Kind Beziehung, als Ernährer, als Vertraute, als die welche von Anfang an da waren, auch Wärme und Geborgenheit vermittelten. Es sind Eltern, mit denen Kinder auch schöne Zeiten erlebt haben und die sich in gesunden Phasen auch um die Kinder bemühen. „Es gab Zeiten, wo es meiner Mutter gut ging, wo sie glücklich und zufrieden schien, wo sie antriebsstark war, motiviert (...). In dieser Zeit schien ich für sie – natürlich nach ihr selbst, wie sie immer sagte – das Wichtigste im Leben zu sein. Ich hatte oft den Eindruck, als ob sie mich dann mit ihrer ganzen Liebe überschütten wollte, um gutzumachen, was sie mir antat, wenn es ihr schlecht ging“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 39f)

Die Liebe zu ihren Eltern bewirkt, dass Kinder aushalten, die Schuld für die elterliche Erkrankung auf sich nehmen, diese und die Familie versorgen, Verantwortung übernehmen, das Tabu aufrecht erhalten, sich ausliefern. Da die Kinder damit letztlich überfordert sind, und diese Opferrolle nicht mehr aufrechterhalten können, reagieren sie mit Resignation und/oder Abwehr.

„Manchmal war ich so wütend, dass ich, wenn es ihr gut ging, extra schwierig und gemein zu ihr war, irgend etwas Böses zu ihr sagte, um sie zu verletzen. Ich merkte, dass ich meine Mutter damit traf, und ich empfand mich als ekelhaft, boshaft und schlecht, weil ich sie doch eigentlich liebte. Warum konnte ich so etwas tun? Heute weiß ich, dass ich damit demonstrieren wollte: > Hallo, halt, ich bin auch noch da! Hab mich lieb um meiner selbst willen, nutze mich nicht aus für deine Bestätigungen, und beschneide mich nicht um meine Freiheit, die ich doch so brauche. Ich leide, Mama, und deine Krankheit belastet mich so sehr <. Ich glaube, das war der Zeitpunkt, wo sich die Liebe

für meine Mutter in eine Art Hassliebe verwandelt hat. Ich fühlte mich gefangen, ich konnte meine eigenen Bedürfnisse nicht wahrnehmen. Ich konnte nicht verstehen, warum meine Mutter mir so etwas antat“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 39f) Die schließlich einzige Erklärung für dieses Verhalten finden Kinder bei sich: sie sind schuld. Das in großer Abhängigkeit und in einem magischen Weltbild lebende Kind glaubt in seinen Allmachtsphantasien, es hätte Mutter/Vater krank gemacht. Das Kind fühlt sich schuldig, denn nur weil es böse war, hat sich Mutter/Vater von ihm abgewandt, ist laut oder handgreiflich geworden. Um Wiedergutmachung bemüht, ist das Kind bereit, sich noch mehr zu unterwerfen, Schmerz und Bedürfnisse zu unterdrücken. „So erhalten sich Kinder das Gefühl von Kontrolle: Wenn ich schuld bin, dann muss ich nur ein besseres Kind werden, damit meine Eltern wieder gesund werden“ (vgl. Knuf, 2000, 36) Aufkommende Wutgefühle müssen verdrängt werden, Selbstvorwürfe werden laut. Das Kind empfindet sich daher selbst als nicht liebenswert und sieht die Gefahr, nun die Liebe und Fürsorge der Eltern ganz zu verlieren.

Dazu die Fortsetzung des obigen Zitates: „Natürlich wurde mein Hilferuf missdeutet; ich wurde als schwieriges, unerzogenes, problematisches Kind dargestellt und von meiner Mutter mit Vorwürfen überschüttet. Das führte dazu, dass ich mich noch schlechter fühlte als ohnehin, und alles endete schließlich in Selbstvorwürfen. Ich sagte mir: Deine Mutter hat recht, Mütter haben immer recht, ich bin schwer erziehbar und problematisch, wie kann ich mich dem Verbot widersetzen und Freundinnen mit nach Hause bringen, wo es meiner Mutter doch so schlecht geht? Wie können mir Bestätigungen, die meiner Mutter so gut tun, zur Last fallen? (...) Ich dachte mir, im Grunde willst du doch gar nicht, dass es deiner Mutter besser geht, sonst würdest du das gerne aushalten. Ich habe damals keine Antwort auf meine Fragen gefunden. Ich fand auch keine als ich älter wurde“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 39f)

Trotz der erheblichen Belastung sehen Kinder ihre leidenden Eltern immer wieder mit verständnisvollen und mitfühlenden Augen. „Ich war stiller Beobachter, sah meine Mutter, wie es ihr schlecht ging. Mir kam es so vor, als ob irgend etwas sie gefangen hielt in einem Käfig und sie nicht wieder hergeben wollte. Meine Mutter schien in sich gekehrt, ihr Gesicht war traurig,

ihre Augen waren glanzlos und lagen tief in den Höhlen, sie wirkte eingefangen und kraftlos. (...). Aber in den „kranken“ Phasen war selbst das Schälen und Schneiden von Kartoffeln schwierig. Mit hat es manchmal leid getan, dass Du Dich damit herumgequält hast, für uns etwas vorzubereiten. Wir hätten das wohl auch selbst irgendwie geschafft“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 51)

Die betroffenen Kinder wollen keinen Anlass zu Problemen geben, passen sich über die Maßen an, opfern sich auf. „Ich was überzeugt, dass, wenn ich noch intensiver zuhören könnte, wenn ich weniger innere Ablehnung spüren würde, wenn ich das Richtige zu sagen wüsste, es dann meiner Mutter, meiner Schwester besser gehen würde. Mein Handeln und Nicht-Handeln sah ich immer im engsten Zusammenhang mit ihren Phasen“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 28)

Steigert sich jedoch die Intensität der Psychose von Mutter/ Vater und damit häufig auch die lebensbedrohliche Gefährdung der Kinder, ist keine Entlastung möglich, können die Kinder in ihrer Not trotz enormer Schuldgefühle eine Zwangseinweisung oder den Suizid des erkrankten Elternteils als Erleichterung und Hilfe empfinden.

„De Suizid hät mich ehner befreit devo, vo dere Chranket. Aso um öbbis Positives devo abzwüne: ich gläub, das het ehner mis Läbe sehr normalisiert. (...) Ich han mir wie ne zweiti Existänz, s’isch wie e neus Läbe. Aso, ich verdräng s’alte iregendwie. Und es isch, es isch total, aso es isch ganz en anderi Situation aso, s’isch eifach, ja, s’isch halt wirklich, ich ha s’ Gfühl, ich heb jetzt en anders Läbe“ (Sollberger, 2000, 65)

„Sie (die Zwangseinweisung, U.S.) bedeutet eine Chance für erneuten Anfang und Zusammenhalt der Familienmitglieder: „Wenn man ihr in der Klinik helfen und sie wieder zu der Mutter machen konnte, die ich kannte und liebte, dann war ich froh, dass sie endlich dort war. Für mich war nur wichtig, dass alles wieder schnellstens wie früher wurde“ (vgl. Beek, 2001, 7)

Trotz der Erleichterung oder der Chance, ein neues Leben beginnen zu können, bleibt ein Schuldgefühl zurück, welches unterdrückt und häufig therapeutisch aufgearbeitet werden muss. Kinder glauben, dass sie ihre Eltern ausliefern,

verraten und bekommen unter Umständen sofort eine Bestätigung für ihr „schlechtes“ Handeln.

„Meine Mutter ist insgesamt neunmal in die Nervenklinik eingewiesen worden. Dabei habe ich dreimal gegen ihren Willen eine Zwangseinweisung angeregt. Ich musste mit ansehen, wie man meine Mutter in der Nervenklinik fixierte, wie sie sich dagegen wehrte und aus Leibeskräften schrie“. (vgl. Beeck, 2001,10)

4.4. Das Tabu

Die ständige Anspannung, Schuldgefühle und Hoffnungslosigkeit werden durch ein un - ausgesprochene Redeverbot aufrechterhalten und verstärkt. Meist wird die Problematik schon innerhalb der Familie nicht oder nur in geringem Umfang thematisiert. Dies geschieht aus falsch verstandener Schonung bezüglich der Kinder, aus Angst, Unfähigkeit und fehlendem Wissen der Eltern. Die Kinder bemerken aber intuitiv die Scham der Eltern, denen es unangenehm ist, über die Erkrankung zu reden. So schweigen sie meist von alleine, zumal bereits ein Ansprechen der familiären Zustände in den Augen vieler Eltern die Loyalität der Kinder in Frage stellen würde. Dieses Gebot gilt besonders bezüglich der Außenwelt. Die Eltern wollen den Schein einer intakten Familie wahren, die Kinder wollen sich den Glauben an diese Möglichkeit nicht selbst zerstören. Solches Verhalten behindert sich Hilfe zu holen und ein Erkennen der Hilfebedürftigkeit für Außenstehende. Auch vor Gleichaltrigen möchten sich die Kinder nicht offenbaren, denn sie befürchten, oftmals zu Recht, deshalb ausgesondert und verspottet zu werden.

Um sich und ihre Eltern zu schützen, bleiben sie unbedingt loyal, sind bereit, das Tabu einzuhalten und in zwei Welten zu leben.

„Trotzdem versuchte ich so normal wie möglich weiterzuleben und ging wie gewöhnlich zur Schule. Meine Oma bat mich immer, keinem von den Zuständen von zu Hause zu erzählen, da fremde Menschen, zu denen meine Mitschüler und Lehrer gehörten, das bei uns zu Hause nichts angeht. Ich habe mich lange daran gehalten“. (vgl. Beeck, 2001, 8)

„Also wir waren so Jugendliche und dann ging es nur noch drum hm, ja, retten, was zu retten ist ne. Also gucken, wie die Mutter, die da völlig durchdreht und wie durch den Tag schleusen, die abwechselnd bewachen, aus der Schule bleiben und gucken, dass das vor Kundschaft verborgen bleibt, dass sie nicht ans Telefon geht, (...) (tiefes Einatmen), das war dann über Wochen manchmal sehr katastrophal“. (vgl. Wagenblass, 2001, 520)

„Kindernotdienst – davon wusste ich nichts – ich wäre mir als Verräterin vorgekommen: Die Krankheit meiner Mutter war zwar offensichtlich, aber ein absolutes Tabu in unserer Familie. Darüber wurde nicht einmal mit den engsten Verwandten gesprochen. Sie wurde so gut wie möglich vor der Umwelt verheimlicht“. (Internetrecherche)

Doch Kinder wollen informiert sein, wollen über das Geschehen sprechen, sich austauschen, Solidarität und Verständnis erfahren. Sie können mit Offenheit besser umgehen, als mit Unehrlichkeit und Ignoranz. Die Töchter/Söhne sind bereit, viel Verständnis aufzubringen und Belastungen auf sich zu nehmen, doch haben sie im Vergleich zu den Erwachsenen die kleineren Schultern.
(siehe Punkt 7.3. und 7.7.)

4.5. Die Rollenumkehr

Oft sind die gewohnten Tagesrhythmen- und Abläufe durch die ver-rückten Eltern außer Kraft gesetzt, bricht der Haushalt völlig zusammen, müssen skurrile Handlungen, Bedrohung und Übergriffe (verbaler und physischer Art) erduldet werden. Nicht selten müssen die Kinder und Jugendlichen ihre verwirrten, draußen aufgelesenen Eltern von der Polizeiwache abholen, deren Verhalten entschuldigen und Missverständnisse klären, die Eltern vor ihren Handlungen schützen oder gar die Eltern zum Gang in die Klinik überreden.

Hilfe von Dritten gibt es meistens nicht. Im Gegenteil: die Kinder müssen für die erkrankten Eltern einspringen, ihre Betreuung und Verantwortung für sie übernehmen, das andere Elternteil auffangen.

„ (...) als ich mal nach Hause kam und dich am Küchentisch sitzend mit dem Kopf in einer zersprungenen Glasschüssel mit Gulasch liegen sah. 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 Gulasch zu essen“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 54)

Kinder psychisch kranker Eltern haben kaum Gelegenheit ihre Kindheit/Jugend wirklich zu leben. Teilweise findet die Kindheit schon vor der Pubertät ihr abruptes Ende. Fällt das erkrankte Elternteil aus, muss das Kind dies nicht nur aushalten, sondern auch seine Funktionen in der Familie übernehmen. Haushalt, Versorgung der Mutter/Vaters, der Geschwister und sich selbst, Überwachung und Betreuung der erkrankten Mutter/Vater, Krisenmanagement, Sicherung finanzieller Belange, Vereinbarung und Einhaltung von Arztterminen, Vorsprechen bei Arbeitgeber der erkrankten Eltern sind mögliche Aufgaben die auf das Kind, den Jugendlichen zukommen. Notgedrungen müssen die Heranwachsenden plötzlich eine Erwachsenenrolle ausfüllen, Elternersatz sein. In der Fachsprache wird dieser Vorgang als Parentisierung bezeichnet. (siehe Punkt 2.3.1.)

„Meine Rolle in der Familie war folgendermaßen definiert: Ich fühlte mich für den Zusammenhalt der Familie zuständig, soweit ich mich zurück erinnern kann. Ich war die „Gesunde“, die immer Vernünftige, die Fröhliche, die > Erwachsene <. Ich war Puffer, Auffangnetz und Abfalleimer in einem. Ich hörte mir tage- und nächtelang die Redeergüsse und Selbstvorwürfe der Mutter sowie die Wahnvorstellungen und Ängste der Schwester an. Ich half im Haushalt mit, soviel es ging, und ich war Kontaktperson“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2001, 27)

„Ich erinnere mich noch als ich einmal Deine Medikamente „verwaltete“. (...). Das war ein merkwürdiges Gefühl, für Dich, meine Mutter, verantwortlich zu sein,(...). Irgendwie war das vielleicht auch für Dich entwürdigend“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 52).

Gerade mit der emotionalen Bedürftigkeit mancher Eltern sind die Töchter/Söhne völlig überlastet. Da die Kinder ihnen nicht mehr weiter helfen können, verstärkt sich ihr Gefühl der Hoffnungslosigkeit, überträgt sich die

Verzweiflung der Eltern auf die Kinder und verdunkelt ihre kleine Welt noch mehr.

„Phasen, wo sie einfach so grundlos am heulen war und selbst also mich als Kind, das noch nicht mal in der Pubertät war, irgendwie quasi anbettelte, doch Worte des Trostes und der Aufmunterung zu sagen.“ (Internetrecherche)

Die Kinder erfüllen ihre Aufgabe tapfer – und meist bis weit in das Erwachsenenalter. „Ich erlaubte mir keine Gefühle der Überforderung, Trauer oder Wut. Immer ging es jemand anderem schlechter, so dass ich mich nie traute, auch mal das Recht für mich in Anspruch zu nehmen, traurig oder wütend zu sein“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 27)

Meist muss das Einzel- oder das noch stabilste Kind die Elternrolle übernehmen, dabei seinen Umgang und Verständnis für die elterliche Erkrankung finden, zusätzliche eigene entwicklungsbedingte Schritte bewältigen und seine Positionen und Standpunkte in der Außenwelt besetzen. Mädchen werden aufgrund der gesellschaftlichen Rollenaufteilung vorwiegend in diese Aufgabe gezwungen. Sie sind damit hoffnungslos überlastet.

Übernehmen die Töchter/Söhne nun diese Aufgaben laufen sie Gefahr, vom erkrankten Elternteil als Konkurrenz empfunden zu werden, obwohl sie diesen unterstützt. Diese Reaktion wird um so wahrscheinlicher, je mehr das gesunde Elternteil (falls überhaupt vorhanden) das Kind als neuen gleichwertigen Partner sieht, als die Person aus der Familie mit der man noch vernünftig reden und sich verlassen kann. Das Kind wird zur Vertrauensperson und auch für den Vater zur Anlaufstation für seine Sorgen und Nöte. Doch damit sind sie gleichfalls überfordert.

4.6. Der gesunde, gefährdete Partner (Väter) und Menschen aus dem familiären Umfeld

Meist ist die Ehesituation durch die psychische Erkrankung stark belastet und gerade Männer neigen dazu, auf destruktive Art zu kompensieren, sich in ihre Erwerbsarbeit zurück zu ziehen, auch nach Feierabend für die Kinder nicht mehr erreichbar zu sein. Sie fühlen sich überlastet, flüchten sich in Alkohol

und kümmern sich nur halbherzig. Im Gegensatz zu den Kindern haben sie die Möglichkeit zu gehen. So verlässt der überwiegende Teil teilweise oder ganz die Familien. (siehe Punkt 2.1.2. und 2.2.)

„Mein Vater hat zeitweise getrunken. Wenn irgend etwas war, blieb er einfach weg, und ich wurde dann losgeschickt, um meinen Vater irgendwo zu holen. Das war dann höchst dramatisch“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 33)

„ Und wenn ich gesagt habe, dass ich das nicht mehr durchhalte, antwortete mein Vater, dass das keine geeignete Einstellung zu den Dingen sei, denn schließlich könne er das auch einfach sagen“. (Internetrecherche)

Statt Verständnis und Mitgefühl zu erfahren, wird durch Desinteresse und durch mangelnde Empathie das generelle Gefühl, schuldig zu sein noch verstärkt. Kinder suchen immer wieder Unterstützung bei ihren Eltern, trotz der Erfahrung, enttäuscht zu werden, bis sie aufgeben, auch daran zerbrechen und von Hoffnungslosigkeit überwältigt sind.

Glücklicher Weise gibt es auch Eltern, welche zu ihrer Familie stehen und diese erhalten wollen, doch scheint dies eher die Ausnahme zu sein.

Menschen aus dem familiären Umfeld können für die betroffenen Kinder eine Möglichkeit zur Entlastung, zum sich anvertrauen bieten. Schon ihre bloße Anwesenheit kann wie ein Sonnenstrahl am düsteren Alltagshimmel wirken. Leider können oftmals die Großeltern aufgrund ihres Alters oder örtlicher Distanz und dem Gefühl überfordert zu sein nur zeitweise weiter helfen. Für sie ist in der Regel die Aufrechterhaltung des Tabus gerade nach außen hin wichtig, die psychische Erkrankung meist nicht fassbar. Ihre Hilfestellung findet sich eher auf der praktischen Seite und bietet dadurch dem Kind ein Stück Entlastung, Normalität.

Häufig verstärken jedoch sie noch die Schuldgefühle und erhöhen den emotionalen Druck auf die Kinder. Durchhalteparolen wie „es wird schon alles gut“ oder Appelle an das Gewissen der Kinder machen letztere mundtot, lassen sie in ihrer Not ersticken. „Es sei doch schließlich meine Mutter. Ich sollte froh sein, im Gegensatz zu ihr, überhaupt eine Mutter zu haben. Ich müsse (...) meiner Mutter verzeihen können. Dann kam noch das alles

entschuldigende Argument: meine Mutter sei schließlich krank“ (vgl. Beeck, 2001, 8)

4.7. Freunde, Freiräume, Rückzug, Isolation der Kinder

Die außerordentlichen Anforderungen, welche an die Kinder psychisch kranker Eltern gestellt werden, schränken die Möglichkeiten der Kinder, sich mit Gleichaltrigen zu treffen, um gemeinsame neue Horizonte zu entdecken und ihren altersgemäßen Bedürfnissen nachzukommen, teilweise in einem erheblichen Maß ein. Das Tabugebot, nicht von zu Hause erzählen und damit sich nicht öffnen zu dürfen, verhindert tiefere Freundschaften, verstärkt die Isolation.

Altersadäquate Thematiken stehen nicht länger für Kinder psychisch kranker Eltern im Vordergrund, müssen sie sich doch im Prozess ihrer Parentisierung hauptsächlich mit den Themen und Problemen der Erwachsenenwelt befassen.

„Während der ganzen Zeit hatte ich keine gleichaltrigen Freunde. (...) Zum einen konnte ich Verständnis für meine Probleme – wenn überhaupt - nur von Erwachsenen erwarten. Also unterhielt ich mich am liebsten mit Erwachsenen. Das führte dazu, dass meine Gedanken zu Gedanken eines erwachsenen Menschen wurden. (...) Ich war reifer als die meisten Gleichaltrigen, die unbeschwert in den Tag hineinlebten. Daher passte ich nicht in die Gruppe der Gleichaltrigen und bekam in meiner Klasse eine Außenseiterrolle, Mir fehlte der Anschluss, das Sich – angenommen – fühlen in der Gemeinschaft. Eine tiefe Traurigkeit hat sich in mir breit gemacht, wenn ich daran gedacht habe, dass mich keiner in der Schule vermissen würde“ (vgl. Beeck, 2001,9)

Andere Kinder können in der Schule ein Stück Normalität, Erholung, Freude und Freunde finden, abgeschirmt von den Eltern ist sie ein Freiraum und Fluchtpunkt. „Auch fand ich es schön, zur Schule gehen zu können. Dort gab es geordnete Strukturen und viel Neues zu lernen. Ich habe mir oft gewünscht, in ein Internat gehen zu können. Da hätte ich meine Ruhe gehabt“ (Internetrecherche)

„Ich war also allein. Was man macht? Was einem übrig bleibt, sich auf die Schule konzentrieren und auf das Spielen und Bolzen mit Freunden. Aber immer hat man sich irgendwie geschämt und gehofft, keiner möge Details erfahren“. (Internetrecherche)

Will das Kind/Jugendliche den Kontakt mit den Freunden halten, wächst der Druck, die familiäre Situation zu verheimlichen und sich konform mit der „peergroup“ zu zeigen.

Doch gehen Freiräume schlagartig verloren, wenn die verrückten Zustände von zu Hause sich in der Nachbarschaft herumsprechen oder die Mutter beispielsweise während eine psychotischen Phase in der Schule auftaucht und die Erkrankung vor den Klassenkameraden, Lehrern, Nachbarn nicht mehr zu verbergen ist.

„(...) ich bin in d'Schül gange, bis mi Mueter dänn in d'Schül cho isch und gfunde hät: > Du, mit münd untertauche <. Hät'mich us de Klass usegholt“. (vgl. Sollenberger, 2000, 59)

Derartige Vorfälle beschämen und verletzen die Kinder zutiefst, machen sie für andere zur Zielscheibe des Spotts und Abwertung, werden von ihren Altersgenossen als unheimlich, komisch, ebenfalls verrückt angesehen. Im Streit, um das betroffene Kind zu ärgern, fallen dann Sätze wie: „Du entwickelst dich wie dein Vater“ oder „Du bist genau so ein Spinner wie dein Vater.“ (vgl. Wagenblass, 2001, 523)

sowie „Ist deine Mutter denn schon wieder in der Nervenheilanstalt?“ (vgl. Knuf, 2000, 37)

Aus Unwissenheit und Hilflosigkeit verurteilen auch Lehrer, Gruppenleiter, Sporttrainer usw. ein Fehlverhalten der betroffenen Kinder, reagieren eher mit Sanktionen als mit Nachfrage, Empathie und Verständnis.

„Beim Fußball war ich sehr gut, sogar Spielführer und hatte durch diese Ereignisse einen totalen Leistungseinbruch. Leider hat da auch keiner nachgefragt, sondern ich wurde von einem etwas überehrgeizigen Jugendtrainer regelrecht zur Sau gemacht vor der Mannschaft,

was für mich als Spielführer und sehr guten Spieler eine Demütigung ersten Ranges war“. (Internetrecherche)

Reagiert die Umwelt in dieser Art, zieht sich das Kind noch weiter zu-rück, hat es nicht nur mit der einen fremden Welt des erkrankten Elternteils zu tun, sondern auch mit einer reservierten Haltung der zweiten, der sozialen Umwelt. „Aber man nimmt Schaden in der Entwicklung, ist zu verschlossen, ruhig, bedrückt, eher Außenseiter, will sich niemandem anvertrauen, hat ja auch niemanden, der dazu geeignet wäre oder von sich aus auf einen zugegangen wäre. Das Fatale: man wird halt wohl einfach als ruhiger und introvertierter (Typ) gesehen, aber keiner fragt mal nach ob nicht irgendwas los ist“. (Internetrecherche)

4.8. Beispiele für Verhalten, Symptomatiken und Folgen der Kinder psychisch kranker Eltern

Isolation und Tabu beschränken wiederum Möglichkeiten, die Defizite in der Eltern-Kind-Beziehung und des Sich – selbst - Lebens zu kompensieren. Die Kinder/Jugendlichen entwickeln Fehlverhalten, aggressive und autoaggressive Verhaltensweisen oder entwickeln somatische Leiden.

„Den letzten Ausweg sah ich darin, sie (die Aggression, U.S.) gegen mich selbst zu wenden. Ich kaute an meinen Nägeln, und riss mir mit einer Pinzette die Wimpern und Augenbraun aus. (...) stopfte Süßigkeiten in mich hinein“. (vgl. Beeck, 2001, 8f)

„Ich war schon als Kind viel krank, je älter ich wurde, um so mehr Krankheiten, Allergien etc. kamen hinzu. Mit 24 Jahren kam der große Einschnitt. Ich erlitt einen Schlaganfall und verlor die Hälfte meines Sehvermögens“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 29)

Vielen Kindern/Jugendlichen ist es, um das Tabu aufrecht zu erhalten und um den Kranken zu schonen, z.B. nicht erlaubt, Freunde mit nach Hause zu bringen. Häufig verzichten sie von sich aus darauf. Könnten doch die Freunde über die Häusliche Situation erschrecken und den Kontakt abrechen. „Mit 17 hatte ich meinen ersten richtigen Freund. (...)

Als meine Mutter anfang, ihm merkwürdige Fragen zu stellen, wäre ich am liebsten im Erdboden versunken. Ich beschloss, ihn nicht mehr nach Hause mitzubringen, denn ich wusste nicht, ob er dann noch zu mir halten würde“ (vgl. Beeck, 2001, 8f)

Die Kinder/Jugendlichen halten aus Selbstschutz Gefühle der Traurigkeit oder der Freude zurück. Schließlich verfestigt sich eine Angst vor Gefühlen, da sie als unsicher erlebt wurden und zu häufig in Verbindung mit der Krankheit von Mutter/ Vater stehen. Auch die eigenen Gefühle oder Gefühlsausbrüche sind nicht mehr einzuordnen, nicht mehr überprüfbar und schüren die Angst des Kindes vor eigener psychischer Erkrankung, d.h. die Angst davor, so zu werden wie Mutter/Vater.

„Ich lernte schnell, dass Gefühle gefährlich sind, krank machen und dass es folglich besser ist, möglichst keine angstmachenden Gefühle zu empfinden, geschweige denn sie zu zeigen. Aber nicht nur die negativen Gefühle (Traurigkeit und Wut), sondern auch allzu große Glücksgefühle verbot ich mir, waren diese doch den Manien ähnlich“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 27)

4.9. Information und Aufklärung

Die Befürchtungen, keinen Ausweg mehr zu sehen, selbst zu erkranken, verrückt zu werden oder Suizidgedanken zu entwickeln, nährt sich mit aus dem Nichtwissen über die psychische Erkrankung, über die eigene Gefährdung und Möglichkeiten, dem zu entkommen. Das Geheimnis um die Krankheit ist wie durchgängig in der Fachliteratur und von betroffenen Kindern genannt, das „schlimmste“, einer, der am meisten Angst erzeugenden Faktoren. Stöger und Mückenstein geben an, dass in einer von ihnen durchgeführten Untersuchung fast alle befragten Kinder und Jugendlichen sich gar nicht bzw. nicht ausreichend informiert fühlten. (vgl. Stöger/Mückenstein, 1995, 28) (siehe auch Punkt 2.4.1.) Gerade gesunde Angehörige erfüllen diese Aufgaben häufig nur unzureichend.

„Für mich als Kind und Jugendliche fanden keine Reflexionen, keine klärenden Gespräche statt – weder in, noch außerhalb der Familie (...). Erschwerend kam hinzu, dass in der Familie überhaupt keine Gespräche über Gefühle und Probleme stattfanden“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 26)

„Bei mir ist meine Mutter erkrankt und als ich 16 war, sagte sie zu mir, du verstehst das sowieso alles nicht. Und so sprach sie nie wieder mit mir über ihre Krankheit“. (Internetrecherche)

„Mein Vater erklärte mir, dass meine Mutter durch ihre Krankheit empfindlicher ist und deshalb oft zu schnell gereizt oder aggressiv reagiert. In Konfliktsituationen lehrte er mich meiner Mutter aus dem Weg zu gehen. Das war besser als weiter zu diskutieren,(...), was nur eine Eskalation in Form von Geschrei brachte“. (Internetrecherche)

Wie wichtig Aufklärung für das Wohlbefinden des Kindes sowie für das ganze familiäre Klima ist wird an einem positiven Beispiel deutlich: „Aber ich denke, dass ich es irgendwie geschafft habe, das Ganze einigermaßen zu verarbeiten und unter der Belastung nicht zu sehr zu leiden. Entscheidend war, dass bei uns Krankheit, Klinik usw. keine Tabuthemen waren, sondern dass wir viel darüber geredet haben“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 52)

4.10. Auswirkungen auf ältere Jugendliche, erwachsene Kinder

Sind die Kinder psychisch kranker Eltern in das Erwachsenenalter gekommen, bleiben sie auf vielfältiger Weise mit dem Problem und Bewältigung der Krankheit belastet. Knuf gibt an, dass in einer Untersuchung der Universität Pittsburgh bei drei von vier erwachsenen Kindern ausgeprägte Gefühle von Hoffnungs- und Hilflosigkeit herrschten sowie geringe Selbstachtung und große Schuldgefühle. Mehr als die Hälfte der erwachsenen Kinder hatten Angst vor Gewalt und Selbstmord ihrer Eltern. Sie fielen ebenfalls durch große Isolation und Schwierigkeiten auf, sich vom Elternhaus zu lösen. (vgl. Knuf, 2000, 38) Weiter erwähnt Knuf, dass bei Partnerwahl und Paarkonflikten sich viele Kindheitserlebnisse wiederholen, erwachsene Kinder sich Partner suchen, welche gleiche oder ähnliche Symptome wie ihre Eltern zeigen. (vgl. Knuf, 2000, 38)

Das innere Gebot „man muss sich doch kümmern“ oder „du hast Schuld, wenn jetzt was passiert“ ist bei den erwachsenen Töchtern/Söhnen tief verwurzelt. So übernehmen viele weiterhin die Versorgung der kranken

Mutter/Vater, regeln deren Alltagsleben, übernehmen Verantwortung für die Eltern, nötigenfalls bis zur Zwangseinweisung. In jeder Begegnung mit den Eltern besteht die Gefahr, Rollenmuster und Einstellungen beizubehalten oder zu reaktivieren, auch wenn sich die Kinder bereits räumlich und emotional distanziert haben. Sie ordnen weiterhin ihr Leben den Bedürfnissen ihrer Eltern unter.

„Dann ist da wieder das Schuldgefühl. Hätte ich irgend etwas tun oder lassen müssen? Sind die beruflichen und privaten Veränderungen in meinem Leben, von denen ich ihr erst vor kurzem erzählt habe und die sie sehr erschreckt haben, Auslöser für ihr erneutes Aus-dem-Gleichgewicht-Geraten? Hätte ich irgend etwas früher erkennen müssen? Habe ich Zeit und Gelegenheiten versäumt, mit ihr über wichtige Dinge zu reden?“ (vgl. Lisofsky/Mattjat, 2000, 29)

Doch jeder Versuch, sich aus den bedrückten Zuständen zu befreien, sich zu entlasten, ist mit neuen Schuldgefühlen belastet. Sei dies z.B. durch räumliche Distanz oder durch eine Einweisung der Erkrankten in eine Klinik erfolgt – es bleibt das Gefühl, versagt, nicht genügt, das „Problem“ nicht gelöst- vielleicht nicht genug geliebt - zu haben.

Auch die große, in der Kindheit erlebte Verunsicherung und das entstandene Defizit an Selbstbewusstsein der Töchter/Söhne bleibt noch lange erhalten.

„Ein großes Sicherheitsbedürfnis und stetige Zukunftsangst sind sicherlich eine maßgebliche Folge meiner Erfahrungen. Ich habe (...) erlebt, wie schnell ein Mensch (...) durch sämtliche Maschen des sozialen Netzes fallen kann. Gleichzeitig hat mir diese Tatsache klar gemacht, dass ich ganz auf mich allein gestellt bin (...). Kein warmes Nest in dem man gelegentlich Schutz suchen könnte“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 61)

„Bis heute kämpft man dadurch mit mangelndem Selbstwertgefühl und mangelnder Kommunikationsfähigkeit oder der Fähigkeit, engere Kontakte, Freundschaften zu knüpfen weil man doch etwas verschlossen wirkt. Es ist ein tägliches Weiterarbeiten an sich selber“. (Internetrecherche)

Überlebensstrategien, welche einst sinnvoll und notwendig zum Selbstschutz waren, behindern nun das erwachsene Kind.

„(Ich musste – U.S.) diese Schutzmauer um mich herum errichten, die mich in erster Linie vor meinen eigenen Gefühlen abschirmten, mit zunehmendem Alter aber immer mehr auch vor Menschen. Denn Menschen hatten viel zu viel Macht über meine Gefühle, so dass es einfacher war, sie erst gar nicht an mich herankommen zu lassen“. (vgl. Lisofsky, 2000, 30)

Erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern leiden ähnlich wie die jüngeren, müssen lernen, sich Hilfe zu holen und die Verantwortung für Mutter/Vater abzulegen, ihr eigenes Leben zu leben, um nicht weiterhin mitzuleiden oder selbst krank zu werden. Dies wird immer wieder von den erwachsenen Kindern und deren Selbsthilfegruppen betont.

„...mir wurde klar (...), dass ich mich zukünftig schützen muss... dass ich nicht immer im Krankheitsfall für sie das sein kann, wenn ich ein eigenes Leben führen möchte... dass ich nicht alles für meine Mutter aufgeben konnte und wollte“ und weiter: „Sie redete mir ins Gewissen, nicht ausziehen und sie weiter im Krankheitsfall zu betreuen und ich sagte ihr, dass ich nicht mehr kann, ansonsten würde ich mich umbringen...ich stand vor der Entscheidung sie oder ich. Zum ersten Mal entschied ich mich für mich, für mein Leben“. (vgl. Beeck, 2001, 10f)

Trotz des emotionalen Zwiespaltes der erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern sind von ihnen wertvolle Hinweise auf stützende und entlastende Strategien im Umgang und Bewältigung der elterlichen Erkrankung für die präventive Arbeit zu erhalten. (siehe Punkt 7.7.1.)

5.0. Resilienz und Überlebensstrategien

Nicht alle Kinder reagieren im gleichen Umfang und Art auf die familiäre Belastung. Jede Ausgangssituation ist eine andere. Zu individuell verschieden sind Charaktere der Töchtern/Söhne, familiäres, soziales Klima, Angehörige und Umfeld sowie Art, Dauer und Schwere der elterlichen Erkrankung. Die spezielle Zusammensetzung dieser Faktoren ist wesentlich für das Wohl und Gedeihen der Kinder/Jugendlichen. Nicht alle Kinder entwickeln Störungen

oder psychische oder somatische Leiden. Ein Teil geht sogar gestärkt aus der Krise hervor.

Viele der Kinder/Jugendlichen entwickeln Abwehr- und Schutzreaktionen, finden Wege, sich zu entlasten oder bilden Qualitäten aus, welche ihnen helfen, die schwere Kindheit und Jugend durchzustehen, stark zu sein. Diese Eigenschaften und Fähigkeiten sind für den weiteren Lebensweg, aber auch für einen mutigen Blick zurück, von unschätzbarem Wert.

Freude an Kontakten mit anderen Menschen, körperliche Aktivitäten, aber auch in andere Welten abzutauchen (Bücher, Filme, Theater), um sich zu erholen, um Neues zu erfahren, unterstützen die Kinder/Jugendlichen, den Lebensmut zu behalten.

„Ich habe sehr viel gelesen und so auch in Phantasiewelten Zuflucht nehmen können. Außerdem habe ich sehr viel Sport getrieben. Somit war ich außer Haus und hatte Abstand zu den Problemen dort. Dadurch viele Aggressionen abbauen können“. (Internetrecherche)

„Ich war Teilnehmerin verschiedenster Musik-, Sport- und Jugendgruppen, engagierte mich in der Schülermitverwaltung, in der kirchlichen Jugendarbeit, jobbte und hatte einen großen Freundeskreis. Für viele war ich Anlaufstelle bei Problemen“. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 28)

Diese wertvollen Strategien können jedoch auch zur Gefahrenquelle werden. Wird eine Phantasiewelt zur häufigen und einzigen Zufluchts- und Selbsterhaltungsmöglichkeit, ist ein immer häufigerer Aufenthalt, ein sich darin verlieren und ständiges „ent – rückt“ sein nicht auszuschließen.

Die Funktion des „Helfers“ kann jedoch dazu verleiten, Kontakte zu anderen Menschen sowie das eigene Selbstverständnis nur noch auf diesem Hintergrund wahrzunehmen.

Zum Teil entwickeln Kinder psychisch kranker Eltern eine hohe Sensibilität für Gemütszustände anderer Menschen und Situationen. Sie sind fähig, schnell und empathisch diese zu erfassen, zu vermitteln oder intuitiv die richtige Unterstützung zu geben.

„Im Klassenverband ist Kai angepasst. Er, der selbst mit dem Lesen nicht klarkommt, kann anderen helfen, er kann in jede Toberei reingehen und kommt unversehrt wieder raus. Er kann einem anderen Kind so lange den Rücken streicheln, bis es wieder okay ist und ansprechbereit. Er hat überhaupt keine Panik vor schwierigen Situationen“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 100)

Andere Kinder – scheinen - unverwundbar, ohne jegliche Schäden aus diesen Zeiten gewachsen zu sein. Sie stehen im Mittelpunkt der Resilenzforschung. Über die Kinder schizophrener Mütter gibt Tatzer beispielsweise an, „dass etwa ein Zehntel der Kinder (...) sogar als Superkids heranwachsen und sich als besonders kompetent erweisen“ (vgl. Tatzer, 1993, 171)

Die Resilenzforschung ist ein relativ neues Forschungsgebiet der Entwicklungspsychopathologie. Sie nennt zwar viele protektive Faktoren, doch bezüglich der Wirkungsmechanismen und dem Kontext sowie ihre Bedeutung für die Entwicklung der Kinder, lässt sie noch viele Fragen offen. (vgl. Renschmidt, 1997, 26)

Legt man den englischen Ausdruck „Resilience“ zugrunde, bedeutet dies Elastizität, Strapazierfähigkeit, Zähigkeit; „to be resilient“: nicht unter zu kriegen sein. (vgl. Langenscheidt, 2000) „Resilienz bezeichnet das Potential, die psychische Gesundheit zu bewahren und zu entwickeln“ (vgl. Klosinski, 2000, 4)

Protektive Faktoren helfen diesem Potential sich zu entfalten, erhöhen die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegen die schwierigen Umstände.

Die Resilenzforschung sieht beim Kind als protektive Faktoren ein ausgeglichenes und die Umwelt positiv ansprechendes Temperament als Vorteil, physische Attraktivität, ebenso eine hohe kognitive wie soziale Kompetenz. Sie erwähnt weiter Kommunikationsfähigkeit, Leistungsorientierung und vor allem den Glauben an die Möglichkeit, sich selbst zu helfen.

„Ich habe mich nur auf mich selbst verlassen und einen sehr starken Willen entwickelt. Das, was für mich wichtig war, habe ich selbst erledigt. Ich wusste dann, dass es funktioniert“ (Internetrecherche) Dieser Wille und erlernter

Lebensmut bilden eine optimale Basis in Kindheit und Jugend, sind ideale Voraussetzungen für ein erfolgreiches Leben als erwachsener Mensch.

Im innerfamiliären Bereich sind solche Faktoren ein gesundes und für das Kind verfügbares Elternteil bzw. die funktionierende Beziehung zu ihm und soweit möglich auch zum erkrankten Elternteil. Ebenso sind ein starker Familienzusammenhalt und eine gut funktionierende Partnerschaft der Eltern, sowie stabile Lebensbedingungen (Regelmäßigkeiten im Alltag, gesicherte finanzielle Versorgung) förderlich.

Im außerfamiliären Bereich können Angehörige, vertraute Personen (gleichaltrige wie erwachsene) aus dem weiteren sozialen Umfeld diese Funktionen ausfüllen „Die Bedeutung eines > charismatischen < Erwachsenen, der an die Kinder glaubt, ihre Kompetenzen unterstützt und ihr Selbstwertgefühl stärkt, wird immer wieder in der Resilenzforschung hervorgehoben“. (vgl. Bürgermeister, 2000, 3)

Die Möglichkeit zu Erfahrung und Teilnahme am Alltag einer „normalen“ Familie ist ein weiterer Faktor, welcher die Kinder entlastet, ihre Widerstandskraft stärkt. Gespräche über alltägliche Themen, Freunde, Freizeitunternehmungen sind wertvolle Möglichkeiten zur Entlastung der kleinen wie großen Angehörigen. Regelmäßiger Schulbesuch, Haustiere oder Hobbys stützen ihr emotionales wie strukturelles Gefüge, vermitteln Kontinuität und Vertrautheit.

Grundsätzlich warnt Felder vor einer Überschätzung bzw. Überbelastung der resilienten Kinder:

„Es gibt aber auch häufig Verläufe, bei denen Kinder eine Vielzahl von Belastungen (Scheidung, wiederholte Umzüge, psychische Erkrankungen eines Elternteils) überstehen, ohne Symptome zu entwickeln, um dann bei einer zusätzlichen Belastung (z.B. einem weiteren Umzug) völlig zu dekompensieren“. (vgl. Felder, 2001, 361)

6.0. Ausführungen zum Thema am Beispiel der schizophrenen Wochen-

bettpsychose und einer schizophren reagierenden Mutter mit Kleinkind

6.1. Definition der schizophrenen Wochenbettpsychose

Definition der Postpartale Psychose (PPP): „Sie entsteht meist innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Entbindung, kann sich jedoch auch aus einer schweren Depression entwickeln. Diese schwerste Form der nachgeburtlichen Krise kommt bei einer bis drei von 1000 Müttern vor und ist dringend behandlungsbedürftig. Es lassen sich drei Formen unterscheiden: manisch, depressiv und schizophren“. (Redaktion der Psychologie heute, 2001, S.75) Der gebräuchliche Ausdruck „postnatal“ wurde durch „postpartal“ ersetzt, da sich letzterer auf die nachgeburtliche Phase der Mutter bezieht.

6.1.1. Beschreibung des speziellen Krankheitsbildes

Um Wirkungsmechanismen und die positive Veränderung im Beziehungsgefüge zwischen Mutter - Kind und ihre „Genesung“ zu beschreiben, aber auch um erste grundsätzliche Maßnahmen zur Intervention bzw. Prävention vorzustellen, möchte ich dies an Beispielen schizophrener Wochenbettpsychosen und am Fall einer schizophren reagierenden Mutter ausführen. Chancen und organisatorische Kriterien zu einer gemeinsamen stationären Aufnahme und Betreuung werden im Vorgriff auf das Kapitel „Prävention und Hilfe“ (Punkt 6.) in ersten Ansätzen dargelegt. Sie bilden die Basis für den Umgang mit psychisch kranken Eltern und ihren älteren Kindern.

Die psychopathologischen Phänomene des schizophrenen Krankheitsbildes habe ich bereits unter Punkt 3.1.2. beschrieben. Neben diesen genannten Erscheinungen lassen sich bezüglich des Themas „Wochenbettpsychose“ typische Besonderheiten finden. Zunächst scheint es keine Hinweise auf eine drohende Psychose zu geben. Schwangerschaft und Geburt werden meist als glücklich und komplikationsfrei geschildert. Erste Probleme treten meist nach der Entlassung im Bereich der Pflege auf. Die Mutter sorgt sich im Übermaß um das Kleinkind, kann aber dessen Äußerungen nicht verstehen und

angemessen reagieren, zweifelt zunehmend an ihre Kompetenz und am Verhalten dem Kind gegenüber, kann das Schreien nicht ertragen oder die praktische Pflege immer weniger bewerkstelligen. Die ängstliche Unruhe steigert sich in psychotisches Erleben, nicht selten glaubt die Mutter in solchen Phasen ihr Kind von außen durch Frauen wie Mutter, Schwiegermutter, Nachbarin bedroht. (Maier, 1988, 430 f)

„Frau K. Kl. ging, als ihr Säugling nach 3 ½ Wochen auf Station kam, sehr unsicher mit diesem ihrem 2. Kind um. Sie gab ihm viel zu viel zu essen, weil sie es jedes Mal, wenn es schrie, fütterte. Sie dachte weder an andere Ursachen für das Weinen, noch versuchte sie es durch Aufnehmen oder Wiegen zu beruhigen. Dann äußerte sie Ängste, es sei für das Kind auf Station nicht sicher genug; man habe schon gehört, das Krankenschwestern Babys umbrächten.“ (vgl. Hartmann, 1981, 136ff)

6.4. Tiefenpsychologische und psychodynamische Sichtweise

Als tiefenpsychologische Ursache für das Auftreten massiver Ängste und Wahnvorstellungen sieht Hartmann zum einen die Identifikation der Mutter mit der ihrigen und – so Bleder (1986) das negative Erleben von Mütterlichkeit in der eigenen Kindheit, also ein schlechtes Mutter-Imago, trotz durchaus vorhandener positiver Anteile. (vgl. Hartmann, 1981, 137)

Neumann geht davon aus, dass die Mutter ihr Selbst dem Kind zur Verfügung stellt, was zur Folge hat, dass die Grenze zwischen Mutter und Kind, also zwischen Subjekt und Objekt, nicht mehr scharf getrennt sind, eine Veränderung der Ich-Selbst-Struktur hervorruft, und so die „Durchlässigkeit der Grenzen zwischen Selbst und Nicht-Selbst erhöht.“ (vgl. Maier, 1988, 433) Die präpsychotische Mutter geht ganz in der Beziehung zu ihrem Kind auf, wobei sie eigene narzißtische und vorwiegend orale Bedürfnisse zugunsten des Kindes zurück stellt und deshalb in schwer zu ertragende Spannung gerät. Zu hohe Erwartungen wie „die immer gut sorgende Ehefrau“ zu sein, das Kind stets zufrieden stellen zu können oder die Vorstellung, es sei die „ständige Quelle der eigenen Befriedigung“ erhöhen die Problematik. (vgl. Maier, 1988, 433). Sehnsüchte nach einer idealen Beziehung mit unbegrenzter Zuwendung und Geborgenheit werden sichtbar, das Neugeborene

zum „narzißtisch besetzten Objekt“ erhoben (vgl. Maier, 1988,433). Es soll der Mutter ihr „gutes Selbst“, die „gute Mutter“ repräsentieren, als Garantie für stetes Genährtwerden und Schutz vor den eigenen Unlusterlebnissen.

„Die 23 jährige Patientin wurde vier Wochen nach der Geburt ihres ersten Kindes in einem psychotischen Zustand in die psychiatrische Klinik aufgenommen. (...). Die ersten Ängste hätten mit dem Stillen begonnen, da sie nicht voll stillen konnte. Auch sei das Kind so ruhig gewesen. Die Ruhe der Mutter übertrage sich nämlich auf das Kind. Die Schwangerschaft sei so unproblematisch gewesen. Sie habe nicht einmal erbrechen müssen. Aber mit dem Stillen sei es schwierig gewesen, da sie nicht genügend Milch gehabt habe. Sie habe das Kind eine Viertelstunde rechts und eine Viertelstunde links angelegt, dann noch eine halbe Stunde gehalten und es angesehen. Sie habe schon mit dem Stillen aufhören wollen, da sie das Kind während des Stillens nicht sehen konnte. Denn wenn es an der Brust liege, könne sie sein herziges Gesicht nicht sehen. Darum habe sie auch eine halbe Stunde für sich gebraucht und das Kind angesehen. Sie habe eine ganz gute Mutter sein wollen. Ihre eigenen Anforderungen habe sie nicht erfüllt. Das sei es, was sie mit ‚Mutterängsten‘ meine. Dann habe sie begonnen, alle Ereignisse nach einer Skala symbolisch entweder in Schwarz oder Weiß einzuteilen. Schwarz habe den Tod bedeutet, Weiß die Verbindung. Schließlich habe sie befürchtet, die Ex-Frau des Ehemanns würde ihr das Kind wegnehmen.“ Ihr Mann sei ihr der wichtigste Mensch, danach ihr Sohn, dann lange nichts, dann erst sie, berichtet sie weiter. In ihrer Verzweiflung hatte sie tagelang einen Mitpatienten als ihren Mann angesehen – Zeichen einer wahnhaften Personenverkenning. „Das Kind habe nämlich den gleichen Rhythmus wie die Erwachsenen und deshalb immer zur gleichen Zeit Hunger gehabt. (...) Dadurch sei es zu Problemen gekommen, denn sie habe es dem Mann und dem Kind recht machen wollen. Aber wenn der Mann zum Mittagessen nach Hause gekommen sei, habe auch der Sohn Hunger gehabt, und das sei für sie zum Problem geworden.“ (Maier, 1988, 430 ff)

Zwangsläufig erfüllen sich solche Projektionen nicht, da die Interessen des Kindes andere sind als die der Mutter. Für diese bedeuten schreien, weinen

oder ein anderer Lebensrhythmus des Kleinkindes, aber auch das Getrenntsein von ihm eine Gefährdung der „guten Beziehung“, eine Bedrohung und permanente Spannung. Diese kann aufgrund der oben beschriebenen Unfähigkeit zwischen sich und Kind zu unterscheiden nicht aufgelöst werden. Im Gegenteil: durch Introjektion („Assimilierung der Objektrepräsentanzen in die Selbstrepräsentanzen“, wenn die Grenzen zwischen diesen beiden unscharf und durchlässig geblieben sind. Das Individuum wird dann verwirrt in Bezug auf seine Abgrenzung und seine Identität“. vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997) erlebt die Mutter ihren Säugling nun als „oral-aggressive Bedrohung“. (vgl. Maier, 1988, 434) „Der Mutter gelingt es nicht, die eigenen narzisstischen und andere, vorwiegend orale Bedürfnisse zugunsten des Kindes zurückzustellen, ohne dabei in eine kaum zu ertragende ambivalente Spannung zu geraten“. (vgl. Maier, 1988, 434)

Die im Beispiel genannte Aufteilung in Schwarz und Weiß stehen dem zufolge für „Verschmelzung, Einssein mit dem Kind“ und völliger Befriedigung. Schwarz soll Trennung, Tod, also die „drohende Fragmentierung des Selbst bei Versagen“ ausdrücken (vgl. Maier, 1988, 434).

Die resultierenden Spannungen steigern sich zur Psychose, die Verbindung zum „guten Selbst“ ist unterbrochen, quälende Gefühle der Leere, Gefühllosigkeit, des eigenen Versagens, Unfähigkeit Zuneigung für das Kind oder andere Menschen zu empfinden, Vernachlässigung und Apathie stellen sich ein.

Da dem Kleinkind als frustrierendes Objekt nun alle schlechten und aggressiven Selbstanteile zugeschrieben werden, wird es in wahnhaft-projektiver Verzerrung zum Gegenstand der Verfolgung. Das Kind ähnelt dann z.B. der eigenen (bösen) Mutter oder ist schon per se der Mutter feindlich gesinnt (mit –falschen- Vorstellungen besetztes Objekt). Sie befürchtet, das Kind könne während des Stillens ihr das Blut absaugen. Zwangsimpulse das Kind zu verletzen, zu töten, es zu verschlingen können erwachen. Gibt es aus diesem Zustand kein Entrinnen kann es zu realen aggressiven Handlungen oder zu einem Hineingleiten in eine Katatonie kommen. Letzteres bezeichnet Maier als „Ausdruck eines verzweifelten Ringens um die Erhaltung der Beziehung zum Kind wie auch eines psychotischen Versuchs zur Selbsterhaltung“ (vgl. Maier, 1988, 434).

Lösen sich diese Spannungen ist die Mutter auch meist wieder in der Lage und Willens, sich um ihr Kind zu sorgen.

6.1.3. Gemeinsame stationäre Unterbringung, zentrale These und Beschreibung der Praxis

Wie sind diese Spannungen zu lösen, wie kann die Mutter eine Beziehung mit eigenständigem Selbst und gleichzeitiger Einheit mit dem Kind herstellen?

Bereits 1981 verweist W. Hartmann in seiner bereits zitierten Abhandlung auf positive Konzepte und Erfahrungen einer gemeinsamen stationären Unterbringung von Mutter und Kind aus Großbritannien. Er berichtet über ein Projekt in der psychiatrischen Abteilung der Universität Göttingen mit gleichem Ziel, welches er maßgeblich betreute. Aufgenommen wurden Mütter mit Kleinkindern bis zum Alter von 2,7 Jahren. Als zentralen Punkt einer erfolgreichen Behandlung der Mutter, dem Aufbau einer funktionierenden Dyade und einer positiven Entwicklung des Kindes sieht Hartmann die Mutter-Kind-Beziehung. „Sie ist eine Entwicklung, die im Miteinander umgehen wächst, und daher ist es wichtig, den durch Psychose und Trennung abgebrochenen Kontakt rasch wieder herzustellen.“ „Die gemeinsame Behandlung erlaubt es, die Interaktion zu beobachten“. (Hartmann, 1981, S137)

Neben einer konzeptionellen Behandlung der Mutter durch Therapie schlägt der Autor praxisnah zu nächst eine schrittweise Einübung der Säuglingspflege, je nach Belastbarkeit der Mütter und unter steter Anleitung vor. Werden die gestellten Anforderungen erfüllt bedeutet dies ein Erfolgserlebnis für die Mutter wie auch eine emotionale Entlastung. Da Mutter und Kind gemeinsam untergebracht sind entfällt der Druck für die Mutter möglichst schnell nach Hause zu ihrem Kind zu kommen, was vom klinischen Standpunkt aus oft eine verfrühte Entlassung gegen ärztlichen Rat zur Folge hätte. Gerade wenn für die Mutter erneut eine längerfristige stationäre Behandlung erforderlich ist, würden sich Kind und Mutter noch weiter entfremden.

Hartmann weist in diesem Zusammenhang auf Studien von Bulker (1979) hin. Beide stellen bei in dieser Form behandelten Mütter eine geringere

Rückfallquote fest, kürzere Aufnahmezeiten, bessere seelische Zustände und soziale Prognose bei der Entlassung im Vergleich zu konventionell behandelten Müttern. Alle gemeinsam mit ihren Kindern stationär aufgenommenen Mütter lebten zur Zeit ihrer Entlassung mit den Kindern zusammen und gaben in einer von Glaser durchgeführten Befragung 2 Jahre später an, „dass ihr Kind durch den Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik keinen Schaden genommen hätte“. (Hartmann, 1981, 137)

6.1.4. Einwände gegen die gemeinsame stationäre Unterbringung

Einwände gegen die gemeinsame Unterbringung wie körperliche oder seelische Gefährdung durch Mitpatienten oder eines Invaltizides entgegnet Hartmann mit der praktischen Erfahrung einer eher distanzierten Haltung der Mitpatienten. Bezüglich des Invaltizides verweist Hartmann auf 420 in der Literatur untersuchten Wochenbettpsychosen, ohne auf einen Tötungsversuch gestoßen zu sein.

6.1.5. Bedingungen und Organisation einer gemeinsamen stationären Unterbringung

Die im folgenden von Hartmann (vgl. Hartmann 1981,140) genannten Kriterien zur Durchführung und Bedingungen eines erfolgreichen Klinikaufenthaltes gelten – wie unter Punkt 7.4. und Prävention noch zu sehen sein wird grundsätzlich bei allen gemeinsamen stationären Behandlungsformen; manche dieser Prinzipien auch darüber hinaus. Grundsätzlich geht es um die Beobachtung und Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung. Ihr Gedeihen und Funktionieren ist maßgebend für die Entwicklung des Kindes, der Gesundheit der Mutter und für die Stabilisierung der „Restfamilie“. Deshalb ist möglichst rasch ein abgebrochener Mutter-Kind Kontakt wieder herstellen, ein „Zueinander“ kommen der Beiden behutsam zu fördern. Gleichzeitig sollen sie einzeln in Kontakt mit Dritten Möglichkeit zum

Austausch, zur seelischen Genesung bzw. angstfreien Entfaltung und Entwicklung haben.

Hartmann hält für eine stationäre Aufnahme folgende äußeren Voraussetzungen notwendig. Die Mutter soll in einem Einzelzimmer untergebracht sein, indem ihr Kind je nach ihrem Befinden, zeitlich abgestimmt mitwohnen kann. Um dem Kind in Krisenzeiten der Mutter eine sichere und ruhige Ausweichmöglichkeit zu garantieren, muss ein nur dem Pflegepersonal zugänglicher Raum für das Kind eingerichtet werden.

Als organisatorische Voraussetzung nennt Hartmann (s.u.) die stete Anwesenheit einer mit Säuglingen/Kleinkindern erfahrenem Pflegeperson. Diese soll die Mutter zu einem ruhigen, sicheren und kompetenten Umgang mit dem Kind schulen, sie in möglichst viele Handlungen mit dem Kind einzubeziehen, und jegliche Konkurrenz zu der Mutter vermeiden. Dies gilt auch für das gesamte auf Station tätige Personal:

„Die übrigen Personen müssen auf einen engeren Kontakt mit dem Kind verzichten“ (Hartmann, 1981, 140). Ihre ausführliche Information, das Supervisieren von Ängsten oder unabgesprochener Kompetenz- und Aufgabenübernahmen innerhalb des Teams sind dabei unverzichtbare Voraussetzungen.

Kinder sollten erst aufgenommen werden, wenn das Einleben der Mutter auf Station positiv verlaufen ist und die psychotischen Symptome seltener und in abgeschwächter Form auftreten.

Hartmann regt darüber hinaus die zeitweise Aufnahme des Vaters oder anderer Familienmitglieder an, falls die Mutter zustimmt und der Angehörige interessiert und zuverlässig ist. Der Vater entlastet die Mutter, tritt als „guter Dritter“ (vgl. Maier, 1988, 443) in die Beziehung mitein. Leitziel ist dabei die Bildung der Triade zu fördern, die Familie zunehmend in die Selbständigkeit zu entlassen.

6.2. Die schizopren reagierende Mutter und ihr Kind

Den Verlauf und die Vorteile einer gemeinsamen stationären Unterbringung möchte ich nun exemplarisch am Beispiel einer schizophren reagierenden Mutter und ihrem Kind aufzeigen. Dabei beziehe ich mich auf eine von der Psychoanalytikerin Dr. med. Dieta Biebel durchgeführten Fallstudie im stationären wie ambulanten Bereich der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik München. (vgl. Biebel,1981,178 ff)

6.2.1. Fallbeispiel

Frau L., 22 Jahre alt, wird als hübsche, durchsichtige, zurückgenommene Frau beschrieben, in deren Erscheinung etwas wachspuppenhaftes Starres lag. Sie wurde von ihrer Mutter in die Klinik gebracht da sie sich nach ca. ½ Jahr nach der Geburt ihres Kindes nicht mehr um dieses kümmerte, sondern ziellos in der Stadt herum irrte, Alkohol trank, Drogen zu sich nahm, auch ihr Architekturstudium völlig aufgab. Ein verbaler Kontakt war in der ersten Zeit des Klinikaufenthalts unmöglich. Frau L. zeigte sich unfähig überhaupt zu irgendjemanden Kontakt aufzunehmen, schien in sich versunken, antwortete nicht, nahm am Gruppengeschehen nicht teil, kicherte unvermittelt und ohne ersichtlichen Grund vor sich hin. Drei psychiatrische Gutachten kamen zur Diagnose: „Schizophrene Reaktion mit zeitweiliger katatoner Symptomatik“. Schwangerschaft und Geburt waren unkompliziert verlaufen, das Kind erwünscht und sie in Erwartung eines immer frohen und glücklichen Babies. Ihre eigene Kindheit war bestimmt von der Abneigung der Mutter, die die Tochter als Abbild ihrer verhassten Schwiegermutter sah, ein Tochter-Vater Bündnis befürchtete. So fühlt sich die Tochter stets als „Sündedenbock“ missbraucht.

Frau L. musste jahrelang die außereheliche Beziehung und Scheidungsabsichten ihres Vaters gerade der Mutter gegenüber verheimlichen. So war sie gezwungen, alle feindseligen Einstellungen und Projektionen der Familie ertragen und gleichzeitig am Bild einer glücklichen und harmonisch zusammen lebenden Familie festhalten. Dies gilt als ein typisches Phänomen in der Geschichte schizophren reagierender Menschen. Frau L. wurde so zum

Bündnispartner der Mutter für deren Ängste vor einem Verfall der Familie gemacht und zum Bündnispartner des Vaters, über dessen heimliche Beziehung sie schweigen musste. Aber dadurch wurde sie zur Verräterin an der Mutter.

Nachdem Frau L. zugänglicher und regelmäßiger an Gruppentherapien teilnahm wurde von der Gruppe angeraten, ihr Kind, welches bei Pflegeeltern untergebracht war und adoptiert werden sollte in die Klinik zu holen. Die zunächst bestehende Interesselosigkeit und Unentschlossenheit von Frau L. wurde durch das Angebot einzelner Patienten für ihre Tochter zu sorgen und die Adoption zu verhindern behoben. Die kleine 2 ½ jährige Jana war ihrer Mutter äußerlich sehr ähnlich, zeigte auffallend einen Wechsel im Gesichtsausdruck von „leerer Verlassenheit“ und „ernstem Wissen“. (vgl. Biebel, 1981, 190) Sie war ein freundliches, zartes, flinkes und geschicktes Kind, sowie für ihr Alter sehr sprachgewandt.

Im Gegensatz zu den ersten Monaten nach der Geburt konnte Frau L. keinerlei Kontakt zum Kind herstellen oder die körperliche Pflege übernehmen. Doch versorgte nun die gesamte Klinikgruppe das Kind weitestgehend.

Als Frau L. in einer Gruppensitzung zu weinen begann und Jana in diesem Augenblick den Raum betrat, kletterte das Kind auf den Schoß seiner Mutter und streichelte sie liebevoll, so dass Frau L. sich langsam wieder beruhigte. Von da an kam Jana in jede Gruppensitzung mit, saß auf dem Schoß ihrer Mutter, gleichgültig was in der Gruppe geschah. Wurde Frau L. angesprochen oder im Gruppengespräch verbal attackiert reagierte Jana jedoch zum Teil starr oder feindselig z. B. mit Fauchen- wohl um ihre Mutter zu schützen.

Frau L. reagierte darauf nicht, blieb steif sitzen, scheinbar ohne ihr Kind zu beachten und scheute sich überhaupt irgendeine Beziehung zum Kind gerade in der Gruppe zu zeigen. Auf das grundlose Kichern ihrer Mutter reagierte Jana sehr besorgt, arbeitete Frau L. in der Gruppe mit, schlief Jana ruhig unter deren Stuhl.

An diesem Verhalten wird die Umkehrung der Mutter-Kind-Beziehung gut sichtbar. Das Kind schützt und tröstet die Mutter, drückt an deren Stelle Gefühle wie Wut und Verzweiflung aus. Dies geschah phasenweise in einem solchen Ausmaß, dass Jana danach weder ansprechbar, noch über Körperkontakt erreichbar war. Stattdessen verkroch sie sich irgendwo und war teilweise tagelang - bis zur nächsten Gruppensitzung in diesem Zustand

gefangen. Interessanter Weise löste sich Jana spontan aus dieser Haltung, als sich ihre Mutter in einer Auseinandersetzung mit einem Mitpatienten wütend wurde und sich selbst verteidigte.

Ein weiteres Ereignis soll diese Mutter-Kind-Beziehung im Zusammenhang mit der schizophrenen Psychodynamik der Mutter beschreiben. Als Jana während einer Gruppensitzung zaghaft Kontakt zu einem schwer kranken katatonen Mann durch Blick und leichte Berührung am Knie aufnahm, erfasst Frau L. panische Angst. Schreiend stürzte sie aus dem Raum, zerschlug eine Glastüre und biss einen Therapeuten, der sie aufhalten wollte. Wie sie später berichtete, sah sie als Jana den Mann berührte, auf dem Flur den blutüberströmten und abgeschnittenen Kopf ihrer Mutter. Tiefenpsychologisch lässt sich der Vorgang wie folgt interpretieren: Jana stellte einen zum anderen Menschen einen konstruktiven Kontakt her, ein Schritt, der jedoch dem Lebensverbot der Mutter widersprach und in ihrer halluzinativen Phantasie als Todesbedrohung und Todesangst erlebt wird. Diese haben entscheidenden Anteil an der schizophren machenden Dynamik.

Als ein zweites Mädchen einer ebenfalls schizophren erkrankten Frau aufgenommen wird, stellt Frau L. spontan und freundlich Kontakt her.

Sie unternahm dies vermutlich in der Erwartung, das Kind als Ersatz für ihre eigene, sich zusehends verselbständigende Tochter benutzen zu können. Denn auf die Autonomieversuche Janas reagierte Frau L. indem sie sich tagelang aus der Klinik entfernte.

Die Kinder befreundeten sich gut miteinander an, bemutterten sich gegenseitig, erhielten gemeinsame Therapie, welche erfolgreich die Lebendigkeit, Kreativität, Spieltrieb und Phantasie der Kinder förderte. Durch diese Entwicklung und das Bestreben der Therapeuten, die Mädchen vor den unbewussten Forderungen ihrer Mutter zu schützen, erwachte bei letzterer das Gefühl der Eifersucht. Frau L. wurde ihrer „Ich-Stütze“ beraubt, musste sich nun viel stärker mit der Gruppe auseinandersetzen. So wechselte sie von ihren Abwehrreaktionen – wie Kichern und weglaufen – zu verstärkter Äußerung von Wut und Traurigkeit. Je mehr Frau L. ihre Gefühle ausdrückte, um so häufiger begann Jana sich an ihre Mutter zu wenden, Beachtung und Zuwendung einzufordern.

So lernte Frau L. in dieser Zeit von ihrer Tochter, wie man fühlt, spielt, mit anderen Menschen umgeht, oder sich freut, wobei Jana stets den ersten Schritt unternahm. Frau L. konnte all dies besser von ihrem Kind annehmen als von ihrem Therapeuten oder Mitpatienten. Obwohl sie immer noch in der Angst und dem Schuldgefühl lebte, ihr Lebendigkeit sei mit dem Tod der Mutter verbunden wagte sie diese Schritte. Auch der therapeutischen Gruppe gelang indirekt über Jana die Kontaktaufnahme zu Frau L.

Für Jana übernahm Frau L. soweit Verantwortung, dass sie regelmäßig zum psychoanalytischen Kindergarten brachte, bzw. abholte und an den Elternabenden teilnahm. Zu dieser Zeit äußerte sie erstmalig die Absicht, die Therapie ambulant fortzusetzen und wieder zu studieren. Frau L. lernte mit Unterstützung der Gruppe die Bedürfnisse und Forderungen ihres Kindes zu akzeptieren und die Angst vor Janas Entwicklung und Autonomie anzusprechen bzw. sich bei der Überwindung helfen zu lassen.

Dies ging nicht ohne Rückschläge vonstatten, wie sich anlässlich einer Reise Janas mit der Kindergruppe und der damit verbundenen längeren Trennung zeigte. Frau L. wurde erneut kataton und musste wieder stationär aufgenommen werden. Jana lebte ab diesem Zeitpunkt bei Eltern eines befreundeten Kindes aus dem psychoanalytischen Kindergarten. Die katatone Reaktion der Mutter wurde diesmal nicht mit einer Rückkehr Janas in die „ausbeuterische“ Symbiose ihrer Mutter beantwortet. Sie wurde als Aufforderung zu vermehrtem Schutz und Hilfe, zu konstruktiven Lebensschritten verstanden, welche Jana von ihrer Mutter forderte. Das wiederum förderte bei Frau L. eine Erweiterung ihrer Identität und Steigerung der Lebensqualität. Sie öffnete sich im Tanz oder beim Theater spielen, so dass die Gruppe an ihrem katatonisch in Szene setzen das Interesse verlor und Frau L. aufforderte ihre Potentiale ernstzunehmen, sie auszubauen und das Doppelleben aufzugeben.

In der Kindergruppe zeigte sich Jana zunächst stark misstrauisch den Erziehern gegenüber und reagierte in Zuständen der Angst mit verzweifelterm Lachen, durch das Zimmer hüpfen oder mit der provozierenden Ankündigung, wegzulaufen. Sie musste dann von den Erziehern und den Kindern wieder in die Gruppe zurückgeholt werden. War jedoch ein anderes Kind traurig oder zurückgezogen, ging Jana als erste auf das Kind zu oder machte die Betreuer

darauf aufmerksam. Mit der Zeit legte sich das Misstrauen gegenüber den Erziehern und Jana fragte des öfteren nach deren Befinden oder wollte beim Essen neben einem dieser Erwachsenen sitzen.

Aufgrund ihrer liebenswürdigen Art nahm Jana bald eine zentrale Position in der Gruppe ein und hatte außer zu ihrer Freundin aus der Klinik weitere intensive Freundschaften in der Gruppe aufgebaut.

Frau L. verließ zwar unter großen Ängsten die Klinik, suchte für sich und ihr Kind eine Wohnung und verdient den Lebensunterhalt als Tagesmutter. Sie nimmt weiterhin an der ambulanten Gruppentherapie teil, Jana besucht den psychoanalytischen Kindergarten. (vgl. Biebel, 1981, 189 ff)

6.2.2. Erkenntnisse und Entwicklungsmöglichkeiten bei gemeinsamer stationären oder ambulanter Behandlung

Dr. Biebel zieht aus diesem (wie weiteren) Fallstudien folgende Schlüsse:

- ? schizophren reagierende Mütter bekommen keine schizophren reagierenden Kinder und diese Kinder entwickeln keine gruppen- dynamisch verursachte schizophrene Pathologie
- ? sie tendieren eher zu einem Borderline Symptom wie das „Gesünder als Gesundsein“, aus der Aufgabe heraus Mutter für die Mutter sein zu müssen
- ? Voraussetzung für die Entwicklung eines erfolgreichen Mutter Kind Verhältnisses und ihrer Träger ist die Begleitung und Unterstützung durch eine Gruppe und Therapeuten
- ? dies ist auch Voraussetzung für die körperliche geistige seelische Gesundheit und Entwicklung des Kindes
- ? die Mutter kann von ihrem Kind lernen in Kontakt zu kommen, Ängste zu überwinden und aus der eigenen Kindheit stammende Defizite aufzulösen
- ? durch die Befreiung des Kindes von der Mutter bzw. aus der „ausbeuterischen“ Symbiose und Aufhebung der Isolation gesundet diese und entwickelt sich im positiven Sinn
- ? hierbei erwirbt es sich häufig Fähigkeiten im sinn der Resilienz, der Empathie, des Verstehens und Vermittelns

- ? nur wenn beide Unterstützung erfahren ist der Erhalt und eine positive Entwicklung der Dyade bzw. der Familie und Schritte zur „Normalität“ möglich.

1.0. Prävention und Hilfe

Stellt man das Wohl der einzelnen Betroffenen wie auch der ganzen Familie in den Vordergrund und sieht die Notwendigkeit einer gleichzeitigen Unterstützung aller, muss dies Grundlage und Orientierung möglicher Interventionen werden. Sie sollen Störungen verhindern und Schäden begrenzen. Dies gilt nicht nur für Hilfen im akuten Notfall, sondern in einem noch stärkeren Umfang für jegliche präventive, auf Dauer angelegte Maßnahme.

Remschmidt und Mattejat haben in diesem Sinne ein Konzept entwickelt, welches auf dem Grundsatz der gleichzeitigen Hilfe aller Beteiligten basiert, insbesondere jeweils für das Kind und die erkrankte Mutter/Vater. Die wesentlichen Punkte des Konzeptes auf der Elternseite sind:

- ? Ausführliche Beratung und stützende Psychotherapie
- ? Kooperation bei der Medikation
- ? Hilfe bei der Gestaltung der Familieninteraktion und anderer persönlicher Beziehungen
- ? Beratung und praktische Hilfen bei der beruflichen Rehabilitation.

(vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, 297)

Die Zielsetzung auf der Seite der Kinder besteht in einer Vermeidung bzw. Abmilderung von Traumen und Risiken, aber auch in der Ermöglichung kompensierender wie stabilisierender Erfahrungen. Die Prävention für sie besteht aus folgenden Komponenten:

- ? Allgemeine Information über Risiken und Bewältigungsmöglichkeiten
- ? Kinderbezogene Beratung (Erziehungsberatung)
- ? Praktische Hilfen für die Familie
- ? Besondere Entwicklungsförderung der Kinder.

(vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, 297)

7.1. Funktion und Aufgaben der Bezugsperson der Eltern

Erkrankte wie gesunde Eltern bedürfen in schweren Zeiten des Zuspruchs und der Ermutigung. Dies gilt hinsichtlich ihrer Wahrnehmung der Familienproblematik und Stärkung der Mutter/Vater-Rolle. Anleitung zu selbstverantwortlichen Entscheidungen nach ausführlicher Beratung, sowie Anerkennung ihrer Leistungen sind wesentliche Inhalte möglichst regelmäßiger Gespräche. Eine gemeinsame Krisenprophylaxe oder Erarbeitung eines Krisenplans schließen sich dem an.

Über Außenkontakte können Mütter/ Väter zahlreiche Anregungen erhalten und sie in ihren Umgang mit den Kindern einfließen lassen. Dies gilt auch für das gesunde Elternteil. Der externe Teilnehmer kann klärende Informationen geben, die Interessen der Kinder nachhaltig betonen. Gespräche allein mit den Eltern über das Verhalten ihrer Kinder haben hohe Relevanz, um Fehlinterpretationen und Missverständnissen vorzubeugen.

All zu schnell werden Bezugspersonen von der erkrankten Mutter/Vater als Konkurrenz gesehen, welche sie verdrängen will, „alles besser macht und kann.“ Sie sollen jedoch nicht Ersatz für die Eltern sein, sondern Ergänzung mit Kontinuität für Mutter/Vater und Kind, sich den Eltern als notwendig und hilfreich für sie und zum Wohle ihrer Kinder vermitteln. Eine offene, nicht wertende Haltung bezüglich der Erkrankung hat hierbei Vorbildfunktion für das Kind, und verschafft Zugang zu Mutter/Vater. Dieser unterstützende Mensch kann aus dem Kreis der weiteren Familie, aus der Nachbarschaft sowie dem sozialen Umfeld der Familie kommen oder ein professioneller Helfer, wie Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Erzieher, Lehrer, Arzt sein.

Es gilt die gesamte Familie zu stützen und zu stärken, sie schrittweise in ein verantwortungsvolles Miteinander zu führen. Neben der unterschiedlichen Belastbarkeit der einzelnen Familienmitglieder und der Langwierigkeit solcher Prozesse, welche zum Teil durch erneute Krankheitsperioden unterbrochen werden können, ist die Haltung des Helfers mitausschlaggebend für einen erfolgreichen Verlauf. Für alle Helfer gilt grundsätzlich: „Stärken – nicht entmündigen“ und „Hilfe zur Selbsthilfe“. Diese Intention wirkt sich positiv auf das Bewusstsein der Familie aus, schützt die unterstützende Person vor Anfeindungen und eigener Überbelastung. Professionelle Helfer sollen nach

dem Prinzip handeln „Was informell von den Erkrankten, Angehörigen oder Freunden gestaltet und geleistet werden kann, soll nicht durch Fachleute getan werden“. (vgl. Rem-schmidt/Mattejat, 1994, 297).

7.1.1. Unterstützung der Bezugspersonen

Bezugspersonen für Eltern wie Kinder benötigen Hilfe und Unterstützung. Gerade wenn diese Aufgabe durch die gesunde Mutter/ Vater oder Großeltern erfüllt wird, dürfen deren Belastungen nicht übersehen werden. Sorge für den Lebensunterhalt, Betreuung des erkrankten Partners und der vielleicht auch schwierigen Kinder, Informationsdefizite, Scham und Schuldgefühle, das Führen zweier Haushalte an verschiedenen Wohnorten, Alter oder Gebrechlichkeit sind erhebliche Belastungsfaktoren.

7.2. Funktion und Aufgaben der Bezugsperson des Kindes

Da die erkrankte Mutter/Vater als sichere Basis für das Kind nicht verfügbar ist, Angehörige diese Funktion oftmals nur teilweise oder gar nicht ausfüllen, ist es unabdingbar, dass dem Kind ebenfalls eine möglichst unvoreingenommene Person zur Verfügung steht. Diese soll belastbar, zuverlässig sein, sich für das Kind öffnen und verantwortlich fühlen. Das Kind muss Zuneigung und seine besondere Bedeutung für diesen Erwachsenen deutlich wahrnehmen können.

Aufgabe dieser Vertrauensperson ist es, dem Kind Sicherheit zu vermitteln, zu informieren, Schuldgefühle abzubauen, realistische Zukunftsperspektiven aufzuzeigen. Die Bezugsperson kann die gleiche wie für die Eltern oder eine andere sein. Kinder und Jugendlichen haben die Möglichkeit mit ihr ohne Vorbehalte über Sorgen, Nöte und Anliegen zu sprechen, gegebenenfalls über sie Kontakt zu andern Kindern/Jugendliche zu finden. Der unterstützende Mensch öffnet ihnen Wege, die Isolation zu durchbrechen, auszuruhen, unbeschwerte Momente der Freude und „Freisein“ zu erleben, gibt Anregungen zu Aktivitäten. Auch im alltäglichen Bereich ist praktische Unterstützung von

unschätzbarem Vorteil. Denn um unter den erschwerten Verhältnissen ein einigermaßen normales Leben führen, die eigene Stabilität erhalten zu können, brauchen die Kinder ihre vertraute Umgebung, Strukturen, Regelmäßigkeiten im Tagesablauf, wie Mahlzeiten, Schulbesuch, Zeit für eigene Interessen.

7.3. Kommunikation mit den Kindern

Austausch und Gespräch über die Erkrankung der Eltern, über das unverständliche Verhalten sowie Anleitung im Umgang damit, helfen Kindern auszuhalten, sich nicht für die Störungen im Auftreten der Eltern schuldig zu fühlen. Mutter/ Vater und die genannte Vertrauensperson können hierzu wertvolle Beiträge leisten. So ist der Austausch über das Geschehen in Form regelmäßiger Gespräche „danach,“ oder eines für die Kinder zugänglichen Tagebuchs eine große Hilfe, die erkrankten Eltern besser zu verstehen.

„Geholfen hat mir Dein Tagebuch, das oft in der Küche lag und in dem wir auch lesen durften, konnten, sollten. Ich weiß nicht genau, wie viel ich eigentlich davon verstanden habe,....., aber es war gut, um einen kleinen Einblick in Dein Denken und Fühlen zu bekommen.“ (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 50)

In der Broschüre „Wenn eine Mutter/ Vater, psychische Probleme hat.....wie geht es dann den Kindern?“ gibt der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen zehn Tipps für die Eltern und die Vertrauensperson des Kindes. „Erklären Sie dem Kind was los ist“, denn Kinder merken, dass etwas nicht stimmt. Gelegenheit hierzu findet sich spontan bei alltäglichen Handlungen oder in einem geplanten Gespräch. Die Gespräche dürfen nicht aufgedrängt werden und sollen in Ausdruck und Form dem Alter des Kindes entsprechen.

- ? „Seien Sie ehrlich!“ Auch ein Nichtwissen darf vor den Kindern zugegeben werden.
- ? „Hören Sie ihrem Kind zu. Fragen Sie ihr Kind ruhig, was es von der Situation hält. Und nehmen Sie seine Antwort ernst – auch wenn Sie anderer Meinung sind.“

- ? „Beobachten Sie ihr Kind“. Auffälligkeiten können Zeichen von Belastungen sein.
- ? „Halten Sie an vertrauten Gewohnheiten fest.“
- ? „Beziehen Sie andere Erwachsene ein“
- ? „Informieren Sie die Schule, weisen Sie den Lehrer auf mögliche Verhaltensänderungen aufgrund der häuslichen Situation hin“. Das Kind soll über das Gespräch informiert werden.
- ? „Akzeptieren Sie, wenn sich ihr Kind jemand anderen anvertraut“.
- ? „Beanspruchen Sie professionelle Hilfe, wenn es nötig ist, für sich und das Kind“.
- ? „Vergessen Sie das Allerwichtigste nicht: Ein Lächeln und eine Umarmung. Wenn Sie ihre Liebe dem Kind nur zeigen, jeden Tag auf das Neue – das hilft über vieles hinweg!“ (vgl. Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, 10 f)

Der Verein der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Münster führt weiter aus: „Humor kann helfen, die Kommunikation positiver zu gestalten. Setzen Sie ihn aber nicht als Mittel ein, die Gefühle Ihres Kindes abzuschwächen oder zu ignorieren. Helfen Sie Ihrem Kind, effektive verbale Strategien und Verhaltensmuster zu erlernen“. (siehe auch 7.7.) Eltern oder Angehörige sollen dem Kind Scham- und Schuldgefühle nehmen, ihre erfolgreichen Strategien im Umgang mit dem psychisch Kranken vermitteln. Sie sind dazu angehalten, Möglichkeiten sich zu schützen aufzeigen und zu betonen, dass sich schützen in Ordnung ist.

„Lehren Sie Ihr Kind, seinem kranken Elternteil deutlich zu sagen, wenn dessen Verhalten ihm Furcht einflößt“. (vgl. Verein Angehöriger psychisch Kranker, Münster, 2002)

Eine dem Alter und Wissenstand des Kindes angemessene Sprache und Erklärungen an ihm vertrauten Beispielen erleichtern das Verstehen.

Beispiel für ein fünfjähriges Kind:

„Erinnerst Du dich an die Zeit, als Du Windpocken hattest? Du hast viel geweint, Du hattest keine Lust, irgendetwas zu tun und warst böse auf uns. Du

hast Dich so verhalten, weil Du krank warst und nicht, weil Du uns nicht mehr lieb hattest. Genauso ist es bei Deinem Papa. Aus diesem Grund weint er viel, tut nichts und verhält sich abweisend. Er liebt uns nach wie vor, aber er kann es im Moment nicht richtig zeigen“.

Für Kinder ab 10 Jahren wird diese Formulierung vorgeschlagen:

„Einige Menschen erkranken in einem Teil ihres Gehirns, der Gefühle und Gedanken kontrolliert. Das ist es, was Dein Papa hat. Die Krankheit hat einen Namen: Sie wird Schizophrenie genannt“.

Muss das akut erkrankte Elternteil in eine Klinik eingewiesen werden, können folgende Sätze hilfreich sein:

„Auch in Deinem Leben gab es Situationen, in denen Du Dinge tun musstest, die Du nicht tun wolltest, von denen wir aber wussten, dass Sie gut für Dich sind. Genauso war das bei Deinem Papa. Andere Menschen mussten entscheiden, was das Beste für Ihn war“.

„Akzeptieren Sie (gesunde Familienangehörige, Bezugspersonen –U. S.) die Erkrankung.“ Dem Kind fällt es dann ebenfalls leichter. Öffnet sich der Erwachsene, spricht er über seine Gefühle, fühlt das Kind sich und sein Empfinden ernstgenommen und ist zu gleichem motiviert. Dies soll jedoch ohne Zwang, Verurteilung oder Vorwegnahme geschehen. „Erklären Sie ihnen, dass Gefühle weder gut noch böse sind“, diese jedoch das Handeln nicht gänzlich bestimmen dürfen. „Es ist in Ordnung, dass Du auf mich und deinen Vater wütend bist. Aber die Art und Weise, wie Du Dich verhältst, ist nicht in Ordnung“.

Zorn, Misstrauen und Verunsicherung werden reduziert, wenn Kinder begreifen, warum ihr Familienleben anders ist. Wissen schützt vor Verwirrung und Kränkung durch Außenstehende, hilft die großen Ängste der Kinder abzubauen. (alle Zitate: vgl. Verein Angehöriger psychisch Kranker, Münster, 2002)

7.4. Projekte zur Unterstützung von psychisch kranken Eltern ihren Säuglingen und Kleinkindern

Hauptanliegen in der Präventionsarbeit mit Säuglingen und Kleinkindern ist die Vermeidung bzw. eine möglichst kurze Trennung von ihren erkrankten Müttern. Kinder sind in diesem Alter vollkommen von dieser festen Bezugsperson abhängig, Permanenz und Art der Beziehung sind entscheidend für ihr künftiges „Er-Leben“. Praktisch kann dies nur durch eine gemeinsame Aufnahme in einer Klinik oder betreutem Projekt (Wohngemeinschaft, Heim) umgesetzt werden. Vorstellbar sind hierbei Formen des „rooming-in,“ oder wie in Großbritannien bereits häufiger anzutreffen, eigene Stationen mit Säuglingszimmer für Mütter mit Wochenbettpsychosen. Die Unterbringung auf einer konventionellen Psychiatrischen Station ohne spezielle Betreuung Beider soll nach Möglichkeit vermieden werden, da meist kein eigener Raum für den Säugling vorhanden ist und personell seine Betreuung und Anleitung der Mutter nicht im ausreichenden Maß sichergestellt ist.

7.4.1. „Pro Wo“ Projekt

Die Berliner Einrichtung „Pro Wo“ ist eine Wohngemeinschaft für psychisch kranke Frauen mit ihren Kindern im Alter ab 6 Monaten. Diese Unterstützungsmöglichkeit kann in aller Regel für maximal 2 Jahre in Anspruch genommen werden. Sie bietet den Müttern Gelegenheit, den Umgang mit dem Kind und sich einzuüben, entlastet die Mütter bei Überforderung oder akutem Schub und führt diese schrittweise in die Übernahme von Verantwortung und Alltagspflichten ein.

Die personelle Begleitung erstreckt sich täglich von 9-18 Uhr, die beiden Schichten sind mit je 2 Betreuern besetzt. Danach besteht für dringende Fälle eine telefonische Rufbereitschaft. Die Arbeit erfolgt im Bezugsbetreuungssystem, d.h. Zuständigkeit eines Mitarbeiters für die Mutter und eines anderen Betreuers für das Kind. Wechselnde Stimmungszustände der Mütter und deren Einfluss auf das Kleinkind erfordern hohe Aufmerksamkeit und Informationsfluss auf Seiten der Betreuer. Die Führung eines Dienstbuches, ein zweimal wöchentliches Teamtreffen, und 14-tägige Supervision stellen dies sicher, bieten Gelegenheit zur Reflexion, Austausch und Absprache.

Die Voraussetzung für eine Aufnahme seitens der Mütter sind: abgeschlossene Behandlung in einer stationären Einrichtung, Bereitschaft zur Zusammenarbeit,

die Fähigkeit emotionale Beziehungen aufzubauen, weiterhin ein Mindestmaß an Fähigkeit zur Versorgung des Kindes sowie für sich selbst und Aussicht auf eine soziale Rehabilitation.

Befürwortet und finanziert wird das Projekt über den Sozialpsychiatrischen Dienst und den Sozialhilfeträger als für die Mütter zuständige Seite, zusätzlich über § 19 KJHG (Mutter-Kindheim) durch das Jugendamt für das Kind.

Ambulante Hilfen sind in der Regel erst nach erfolgreicher Stabilisierung der Mutter ausreichend und erfordern zu Anfang den täglichen Besuch des Betreuers.

7.4.2. Die „Kölnring GmbH – Gesellschaft für begleitendes Wohnen“

Gleichem Klientel bietet die „Kölnring GmbH – Gesellschaft für begleitendes Wohnen“ ihre Hilfe an. Sie ist eine Einrichtung für psychisch kranke und geistig behinderte Frauen/Männer und ihrer Kinder. In ihrem „Frau- und Kind-Haus“ kann dieser Personenkreis, in Einzelwohnungen untergebracht, leben und unterstützt werden. Sozialarbeiter und Kinderkrankenschwestern betreuen die Kleinfamilien (Mutter-Kind-Vater). Sie stehen ganztägig mit einer Nachtbereitschaft zur Verfügung. Angeboten werden Einzelbetreuung, Gruppenaktivitäten und die Wahl einer Bezugsperson sowie Hilfestellung in allen Erziehungsfragen. Das Kind wird in seiner emotionalen Wahrnehmung gefördert und im Umgang mit der Erkrankung der Mutter/ Vater beraten, vor Übernahme von Schuldgefühlen und Parentisierung geschützt. Die Dauer einer Unterbringung ist ab der Schwangerschaft möglich und endet in der Regel mit dem Erreichen der Volljährigkeit der Kinder. Die Finanzierung erfolgt über §39 BSHG „Eingliederungshilfe für Behinderte („Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind §39 (1) BSHG) und § 34 KJHG „Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform“.

Ähnlich wie bei dem „Pro Wo“- Projekt existiert eine feste Rahmenstruktur. Sie beinhaltet u.a. Vor- Nachbereitung und Teilnahme an den Mahlzeiten zu

festgelegten Zeiten, Besuch der wöchentlichen Gruppenversammlungen, Verantwortung für die Reinigung von Wohn- und Gemeinschaftsräumen, Absprache von Abwesenheit und Besuchsregelung. Verpflichtend sind weiterhin der regelmäßige Kontakt zu einem Psychiater und einem Kinderarzt sowie die Einnahme verordneter Medikamente. Die Eltern sollen ihr Kind eigenverantwortlich versorgen, im gegebenen Fall die Kinderkrankenschwester zur Unterstützung hinzuziehen.

7.5. Hilfe und Unterstützung für ältere Kinder

Kinder ab 4-5 Jahren haben entwicklungspsychologisch bedingt bereits mehr Schritte zur Verselbstständigung gemacht, ihre Interessen – und Bewegungsfelder erheblich ausgeweitet. Spätestens mit dem Schuleintritt ist daher eine gemeinsame klinische Unterbringung nicht mehr förderlich. Eine wie eben beschriebene Wohnform kann den Erfordernissen noch entsprechen.

Wie unter Punkt 2.1.2. bereits erwähnt, leben die betroffenen Kinder meist in der Familie und/oder häufig mit dem erkrankten Elternteil allein. Eine ambulante Betreuung ist daher die sinnvollste Art der Hilfestellung.

Die Kinder sind nicht nur auf Unterstützung in der Auseinandersetzung mit den Eltern bzw. deren Erkrankung angewiesen. Sie benötigen Gesprächspartner für die eigenen Aufgaben und Krisen, wie beider Bewältigung schulischer Leistungsanforderungen, Enttäuschungen, erfahrener Ausgrenzung, Liebeskummer, Hilfe beim Durchlaufen der schwierigen Pubertätsphase. Regelmäßige Zuwendung, Gespräche über Alltagsthemen, Versorgung mit Kleidung und Nahrung sind weitere Teile der kindlichen Bedürfnisse. Sie möchten behütet sein.

Sehr wesentlich ist Lob und Anerkennung für die Kinder/Jugendlichen. Sie leisten oftmals trotz aller Probleme Beachtenswertes im Zusammensein mit dem erkrankten Elternteil und der Bewältigung des eigenen Lebens. Deshalb sind positive, entlastende Freizeitangebote (Ausflüge, gemeinsame Projekte), wie auch andere praktische Hilfen von hohem Wert.

Zentrale Aufgabe für Kinder/Jugendliche sowie der Bezugspersonen sind die Befreiung von Schuld und Angstgefühlen den erkrankten Eltern gegenüber. Die „kleinen“ Angehörigen sind auf eine innere Distanzierung von der Verantwortung und der beengenden Symbiose vorzubereiten. Durch Reflexion über das kranke Elternteil und dem eigenen Standpunkt sollen die Betroffenen

lernen, „sich und Vater oder Mutter als zwar gefühlsmäßig eng verbundene aber seelisch unterschiedlich erlebende Menschen betrachten zu können“. (vgl. Lisofsky/Mattheat, 2000, 89) Ein solches Verständnis stärkt ihr Bewusstsein und unterstützt eine leichtere räumliche Trennung in der Zukunft.

Gruppen gleichfalls Betroffener können diese Prozesse in Gang setzen und fördern. Hier finden Kinder Möglichkeit zur Aussprache und Information – auch über ihre „anderen“ Probleme. Die Gruppe bietet Freiraum zum Spielen, Toben, zum unbeschwert Sein, ohne Gefahr zu laufen, ausgesondert zu werden, weil bei ihnen – „zu Hause“ etwas nicht stimmt. Die Kinder/Jugendlichen vermitteln sich das Gefühl, nicht alleine und die einzigen Betroffenen zu sein, welche mit einer solchen Problematik zurechtkommen müssen. Die Tabuisierung des Problems kann in dieser Umgebung aufgehoben werden, sie finden Verständnis ohne Vorbehalte, können sich über Strategien austauschen, trösten, Freude und Nähe erleben. Im kreativem Arbeiten haben Kinder die Gelegenheit, eigene Ressourcen zu entdecken und ihr Selbstbewusstsein zu stärken.

Frau Bürgermeister und Jost regen die gemeinsame Erarbeitung von Gruppenregeln für solche Treffen an. Nach ihren Erfahrungen finden die Regeln wie „Jeden aussprechen zu lassen“, oder in der Gruppe geäußertes nicht auszuplaudern, hohe Zustimmung und Beachtung bei den teilnehmenden Kindern. (vgl. Bürgermeister, 2000, 6)

Selbsthilfegruppen, Eltern-Kind-Beratungsstellen, Ärzte, Psychologen oder das Jugendamt sind geeignet, die Vermittlung solcher Kontakte zu übernehmen. Die Wege zu diesen Stellen müssen einfach sein und die Anonymität wahren, da Kinder/Jugendliche zunächst ein sich „outen“ als Verrat an den Eltern empfinden. Hinweise in öffentlichen Verkehrsmitteln, Spiel – oder Jugendzentren, in der Schule oder in Praxen, am Sorgentelefon oder über das Internet können diese Aufgaben erfüllen.

Wärme, Nähe und Annahme finden Kinder häufig bei Haustieren, welche zu Vertrauten werden und deren bloße Anwesenheit Kindern Halt bietet. „Tiere hören mir zu, um sie kann ich mich sorgen“. (vgl. Bürgermeister, 2000, 6)

Bücher, Filme oder Theaterstücke sind Anregung und Rückzugsmöglichkeit zugleich. Sie können vom Geschehen ablenken aber auch auf hintergründige Weise das Kind aufrichten, Trost und Hoffnung spenden. "Ich mochte, wie die meisten Kinder Märchen, in denen wie meistens die Schwächeren, häufig die Kinder, am Schluss zu Helden werden". (Internetrecherche; weitere Hinweise in der Literaturliste)

Liegen Entwicklungsverzögerungen, Konzentrationsstörungen oder andere Defizite vor, ist eine frühzeitig einsetzende Therapie (z. B. Spiel-, Musik-, Ergo-, Gesprächstherapie) dringend notwendig. Auch somatische Beschwerden müssen in diesem Sinne hinterfragt werden. (siehe Punkt 4.8.)

7.5.1. Projekte zur Hilfe und Prävention für ältere Kinder

Professionelle Hilfeinrichtungen, welche sich speziell mit den Problemen der Kinder psychisch kranker Eltern auseinandersetzen sind aufgrund der geringen öffentlichen wie fachlichen Aufmerksamkeit noch zu selten. Trotz erfolgreicher Arbeit haben sie teilweise nur den Status zeitlich befristeter Modelle, werden wieder eingestellt oder finanziell stark beschnitten.

Das Modellprojekt „Auryn“ (Freiburg) hatte für betroffene Kinder im Alter von 6-16 Jahren u.a. eine wöchentliche Gesprächsgruppe eingerichtet. Diese Treffen wirkten sich auch positiv auf die Familien Kinder aus.

M. Leitner, Leiter des Freiburger Auryn Projektes kommentiert: „.....die offene und unkomplizierte Art, wie die Kinder mit diesem Thema (die psychische Erkrankung der Eltern-U.S.) umgingen, ermunterte die Eltern, mit ihnen ins Gespräch zu kommen“. (vgl. Knuff, 2000, 37)

Obwohl bei dem Modell die Kinder im Vordergrund standen, wurde auch zu den Eltern und Angehörigen ein intensiver Kontakt gepflegt. Das Ziel war, die Bereitschaft zur Mitarbeit zu wecken, die Entlastung von Schuld- und Versagensängsten, ein besseres Verstehen der Kinder und deren Lebenssituation; weiterhin die Entwicklung von alternativem Erziehungsverhalten, die Möglichkeit zum Austausch der Eltern untereinander und die schnelle,

undogmatische Hilfe in Krisensituationen. (vgl. Lisofsky/Mattheat, 2000, 145 ff.)

Leider lief das Projekt nach zwei Jahren erfolgreicher Arbeit 1997 aus. Seine Fortsetzung fand es jedoch in Hamburg und Frankfurt a/M. (siehe Beilage)

7.5.2. Das Kopp Projekt

In den Niederlanden rief RIAGG („Regionale Einrichtung für ambulante psychiatrische und psychosoziale Fürsorge“) das KOPP-Projekt („Kinder von Eltern mit psychiatrischen Problemen“) ins Leben. Es wendet sich an die psychisch kranken Eltern und ihre Kinder. Voraussetzung hierzu ist, dass sowohl Eltern wie Kinder je eine eigene Betreuungsperson haben. Entgegen der allgemeinen Praxis – „dass die psychosozialen Probleme der Kinder erst wahrgenommen werden, wenn sie manifest geworden sind“ (Verdegall, 1995, 10), steht auch für dieses Modell der Präventionsgedanke im Vordergrund. Um eine möglichst frühe Begleitung und Betreuung der Kinder zu gewährleisten, rät KOPP, dass zu Beginn der psychiatrischen Behandlung eines Erwachsenen der behandelnde Arzt immer nach der Existenz von Kindern fragt. Sind diese vorhanden, soll der Arzt von sich aus einen Mitarbeiter der Jugendabteilung des Projektes informieren.

KOPP bietet den Eltern Hausbesuche oder andere, individuelle Hilfen an und lädt sie zu spezieller Beratung wie auch zu Themenabenden über allgemeine Erziehungsfragen ein. Ziel dieser Angebote ist die Sensibilisierung der Eltern für die Probleme ihrer Kinder, die Stärkung ihrer Elternrolle trotz psychischer Erkrankung. Zu diesem Zweck wurde gleichfalls eine Informationsbroschüre erstellt.

Auch die Kinder können auf entsprechendes schriftliches Material zurückgreifen. Dieses kann ihnen dann bei einem Hausbesuch des Mitarbeiters oder durch den behandelnden Therapeuten überreicht werden. Die Broschüre vermittelt dem Kind Verständnis für seine Situation, behandelt die Frage von Schuld und Verantwortung, erläutert das entsprechende Krankheitsbild und erklärt Fachausdrücke. Sie rät den Kindern/Jugendlichen, sich eine

Vertrauensperson zu suchen, nennt am Ende Adressen von Kinder- und Jugendpsychologischen Beratungsstellen. Die Broschüre ist einer dem Alter entsprechenden Sprache und Verständnismöglichkeit gehalten. In Punkt 6.7 werde ich ausführlicher darauf eingehen.

Gesprächsgruppen bietet das Projekt für Jugendliche im Alter zwischen 14 und 25 Jahren an. Inhalte der Gruppenarbeit sind u.a. Bewältigungsstrategien zu stärken und vorwiegend „kognitive Strategien der Auseinandersetzung mit Stressoren und belastenden Situationen“ herauszuarbeiten. (vgl. Verdegall, 1995, 10) Um die Hilfemaßnahmen optimal gestalten und abstimmen zu können, bemüht sich KOPP um eine Zusammenarbeit der professionellen Hilfe für Eltern und Kinder. Hierdurch kann eine mögliche einseitige Fixierung von Ärzten oder Therapeuten auf ihren jeweiligen Klienten vermieden werden.

7.5.3. Der Pfiff e.V.

Der Hamburger Verein PFIFF e. V. hat sich die Vermeidung dauerhafter Fremdplatzierung von Kindern psychisch kranker Eltern zum Ziel gesetzt. Stattdessen unterbreitet er präventive Angebote in Form von Patenschaften. Kontakte für Eltern und Kinder werden z.B. über Veranstaltungen, offene Treffs in Stadtteilzentren oder direkt über stationäre und ambulante Einrichtungen der Psychiatrie und Jugendhilfe hergestellt. Gerade im Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich und danach soll das Angebot greifen. Damit Eltern weitgehend die Erziehung und Versorgung ihrer Kinder wieder selbständig übernehmen können, wird ihnen im Bedarfsfall kontinuierliche und zuverlässig Entlastung zugesichert. Erhalt und Weiterentwicklung der Mutter-Kind Dyade bzw. die elterliche Triade ist Ausrichtung aller unterstützenden Maßnahmen.

Neben den professionellen Helfern des Vereins bilden die sogenannten „Patenfamilien“ das eigentliche Fundament dieses Modells. Eltern und Kinder wählen sich eine durch PFIFF e. V. offerierte Patenfamilie, möglichst aus dem nahen sozialen Umfeld. Als Orientierung dient die Vorstellung eines gut funktionierenden, verwandtschaftlichen bzw. nachbarschaftlichen Verhältnisses sowie gegenseitige Annahme und Akzeptanz. Die Paten sollen in der Lage sein, professionell mit der Beziehung, Nähe und Distanz, mit Hilfe zur

Selbsthilfe umzugehen. Sie arbeiten ergänzend, sind weder bevormundend noch Konkurrenz. Es bedarf deshalb einer genauen Auswahl und Schulung der Patenfamilien, welche zeitweise regulären Vollzeitpflegestellen gleichkommen. Unterstützung und Begleitung der Paten durch externe Mitarbeiter des Vereins, enge Kooperation, Vernetzung aller anderen Träger der Hilfemaßnahmen sind notwendige Voraussetzungen. In der Regel ist ein Angebot auf ca. 3-4 Jahre begrenzt, wobei das Kind im Vordergrund der alltagspraktischen und lebensorientierten Arbeit steht. Die Familien sollen flexibel auf die jeweilige Bedarfslagen reagieren, das Kind in Krisensituationen jederzeit aufnehmen können. Die Paten erhalten von PFIFF ein Bereithaltgeld von 400 Mark im Monat sowie weitem 100 bis 300 Mark, je nach Aufwand (Stand: 2000). Sie arbeiten aber auch ehrenamtlich und sind an der weiteren Hilfeplanung beteiligt. Ihre Einschätzung fließt deshalb auch in eine mögliche Entscheidung über das für und wider einer Fremdunterbringung ein. Nach vorheriger Absprache können die Eltern ihre Kinder regelmäßig zu der Patenfamilie bringen und so auch in krisenfreien Zeiten Entlastung erfahren, entstandene Spannungen bereits im Vorfeld abbauen. Grundlegende Bedingung ist hier, wie im niederländischen Beispiel, die feste Anbindung der erkrankten Eltern an eine sie betreuende Institution.

Die Kinder haben nun die Möglichkeit, in kritischen Phasen ihrer Eltern auszuweichen, Schutz zu finden, ohne jedoch in Loyalitätskonflikte zu geraten. Ihre Belastung oder die Anfälligkeit, Störungen zu entwickeln, kann frühzeitig erkannt und durch sichere Angebote, an einem „normalen“ Familienleben teilzunehmen, kompensiert werden.

Dieses Modell der Prävention wurde 1999 erstmalig in Hamburg realisiert, innerhalb einer Ausschreibung zur „Förderung innovativer Modellprojekte zur flexiblen familiären Krisenintervention“ der Stadt Hamburg.

Andernorts scheiterte die Umsetzung der präventiven Maßnahme bereits an der Diskussion darüber, ob es sich bei diesem Modell um eine Hilfe zur Erziehung oder um ein Schnittstellenprojekt in Verbindung mit offenen Angeboten der Psychiatrie handelt. Trotz vorhandenen Bedarfs konnten aufgrund der ungeklärten fachlichen wie finanziellen Zuständigkeiten keine weiteren Projekte dieser Art ins Leben gerufen werden. (vgl. Szylowicki, 2000,92 ff)

Alle beschriebenen Projekte legen großen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit, um die Problematik verstärkt in das allgemeine Bewusstsein zu rufen, um Betroffene über Hilfsmöglichkeiten zu informieren.

Um Schwellenängste bezüglich der Inanspruchnahme von Unterstützung und Vorurteile gegenüber zuständigen Ämtern und Institutionen abzubauen, schlägt der Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V. die Durchführung eines „Tag des Kindes“ in psychiatrischen Tageskliniken vor, welcher den Patienten Gelegenheit bietet, ihre Kinder in die Klinik mitzubringen. Mutter/ Vater können so in ihrer Interaktion und dem Umgang mit den Kindern wahrgenommen werden. Hierdurch wird ihnen ermöglicht, diese Seite ihres Lebens in die Klinik und in die therapeutische Behandlung miteinzubringen, aber auch Kontakt zu einem, an diesem Tag anwesenden Vertreter des Jugendamtes aufzunehmen. (vgl. Schäfer/Lisofsky, 2000, 12)

7.6. Unterstützung für die erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern

Die erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern bleiben meist mit der Problematik noch über viele Jahre hinweg konfrontiert. Die Angst ebenfalls zu erkranken oder die Krankheit an ihre eigenen Kinder weiterzugeben, die Wahrnehmung eigener, in der Kindheit entstandener Defizite, belastet ebenso stark wie die ständige, nicht enden wollende Verantwortung für die erkrankte Mutter/Vater. Eine räumliche Trennung ist ein erster Schritt zur „Befreiung“, aber noch lange nicht ausreichend.

Erwachsene Kinder machen immer wieder auf die weiterhin bestehende Rollenumkehr aufmerksam. So suchen sie u.a. nach Unterstützung der legislativen Seite sowie der psychosozialen Dienste, um die früh auferlegte Verantwortlichkeit für die erkrankten Eltern abzubauen und jene wieder in die eigene Verantwortung zurückzuführen. Vorgeschlagen wird von ihnen u.a. die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstverfügung der Eltern, sich im akuten Schub zum Schutz der Kinder einweisen zu lassen, des Weiteren eine Aufhebung der Unterhaltspflicht, da viele betroffene Eltern/Restfamilien verarmen und ständig auf Unterhaltszahlungen ihrer Kinder angewiesen sind.

Die tägliche Praxis im Leben mit psychisch kranken Eltern nimmt die erwachsenen Kinder immer wieder in die Pflicht. So steht plötzlich ihre obdachlose Mutter vor der Tür, welche die eigene Wohnung in Verkennung der Realität gekündigt hat oder die Mietbeiträge nicht mehr entrichtete. Wird der verwirrte Mensch durch Feuerwehr oder Polizei aufgelesen, ist er als Geisterfahrer unterwegs, begeht er Sachbeschädigungen oder verstößt gegen allgemein geltende moralische, sittliche, soziale Normen, greifen auch Behörden und Institutionen in der Mehrzahl der Fälle auf die Kinder zurück. Das „Kümmern Sie sich bitte“, wodurch die ganze Kindheit schon belastet war, setzt sich übergangslos fort. „Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit des jungen Menschen“, die Förderung „in ihrer individuellen wie sozialen Entwicklung“, Vermeidung und Abbau von Benachteiligungen sowie das Recht auf „positive Lebensbedingungen“ (§1 KJHG) werden in diesen Situationen nicht beachtet.

Als ebenfalls unterstützend und heilsam empfinden erwachsene Kinder Patenschaften, bzw. feste, erfahrene Bezugspersonen. Diese können den Töchtern/Söhnen in praktischer Weise zur Verfügung stehen, wie beim Ausfüllen von Anträgen, der Haushaltsführung, und in Fragen der Kindererziehung oder auch bei der Behandlung von Kinderkrankheiten. Wenn die erwachsenen Kinder wieder einmal Mutter/Vater betreuen oder eine Zwangseinweisung beantragen müssen, wird die Gelegenheit, dies mit dem Paten zu besprechen, sich emotional abzusichern als große Hilfe und Erleichterung empfunden.

7.6.1. Selbsthilfegruppen

Teilweise übernehmen Selbsthilfe- bzw. Angehörigengruppen diese Aufgaben. Ähnlich den oben beschriebenen Kindergruppen sind sie ein Forum zum Austausch, zur Unterstützung und gegenseitigen Beratung. Erfahrungen im Umgang mit Ämtern, Hinweise auf sachkundige Ärzte und Rechtsanwälte, Formulierungshilfen bei Anträgen sind einige der praktischen Hilfestellungen. Manche Betroffene sind zwischenzeitlich zu Experten geworden. Im gemeinsamen Gespräch können sie die in der Kindheit geprägten, noch heute geltenden Lebenseinstellungen als hindernd erkennen und in Frage stellen. Die sich durch die Individualität der Schicksale ergebende Vielfalt der

Erfahrungen und die daraus resultierenden Umgangsweisen bieten Anregung und Hinweis auf neue Standpunkte und Sichtweisen. Innere wie äußere Distanz und Abgabe der Verantwortung für die erkrankten Eltern stehen hierbei im Vordergrund, werden häufig und emotional thematisiert. Gerade in Familien, welche Krisenzeiten und Traumen erlebt haben, sind die interpersonellen Bindungen sehr ausgeprägt. Die Kinder haben ihre Eltern wirklich „ver-rückt“ und hilflos erlebt, wissen um die Not, um den Zusammenbruch, wissen um die Notwendigkeit zur Hilfe. Sie empfinden tiefe Verbundenheit, Liebe, sind dadurch aber in höchster Gefahr, sich wieder für die Eltern zu opfern, ihre eigene Lebensgestaltung aufzugeben. Dem Recht auf ein autonomes Leben zu folgen, erfordert Mut und Klarheit, die innere Erlaubnis ein Risiko einzugehen, einen Schritt entgegen der allgemeinen Erwartung und der eigenen Gewohnheit zu wagen. Häufig ist die Tendenz in den Selbsthilfegruppen jedoch, die alte Verantwortung erneut zu übernehmen. „Es geht für Kinder psychisch Kranker meiner Meinung nach darum, zu lernen, dass man eben gerade NICHT für diese Kranken oder die Krankheit verantwortlich ist und das Recht auf ein eigenes Leben hat. Meistens ist es aber so, dass in den Gruppen über akute Probleme gesprochen wird, und dann das, was die anderen dazu sagen, doch wieder in Richtung > Du musst doch unbedingt was machen < geht. Was ja auch klar ist, denn das steckt ja in uns allen irgendwie drin und wird automatisch dann auf die anderen projiziert“. (Internetrecherche)

Die Gefahr durch diese Projektion, den neuen, noch nicht gefestigten Standpunkt zu verlieren, oder durch Beiträge anderer Teilnehmer wieder von alten Ängsten und Hoffnungslosigkeit erfasst zu werden, ist für viele Teilnehmer unerträglich, da übermächtig. Gespräche drehen sich im Kreis, verdrängte Gefühle des Verlassenseins und der Hilflosigkeit erwachen wieder. Die Überforderung oder die Absicht, neue Wege zu gehen führt deshalb häufig zu einem Rückzug aus der Gruppe.

Dieser Sachverhalt ist auch der Grund, weshalb Selbsthilfegruppen ein psychisch akut erkranktes Kind nicht betreuen können. Zu frisch sind die eigenen Wunden, zu umfassend die anfallenden Aufgaben und ihre fachliche Kompetenz meist nicht ausreichend.

Selbsthilfegruppen brauchen einen Input von außen, ziehen deshalb Therapeuten, Sozialpädagogen/-arbeiter, Psychologen als gleichberechtigte

Teilnehmer hinzu. Jene können durch Wissen und Kompetenz anleiten, strukturieren, hinterfragen und helfen, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten.

Um die vielen anderen Betroffenen zu wissen, nicht alleine in diesem Kampf zu sein bietet große Unterstützung. Die Selbsthilfegruppen bieten noch einen weiteren Vorteil. Forderungen an staatliche Institutionen nach entsprechenden Einrichtungen oder Präventionsmaßnahmen und deren Finanzierung, die Gewährung von Erholungskuren und Therapien sowie ihre problemlose Kostenübernahme durch die Krankenkassen kann nur gemeinsam effektiv vertreten werden. Eine begleitende Öffentlichkeitsarbeit zu mehr Beachtung und Akzeptanz innerhalb der Gesellschaft ist hierzu unerlässlich.

Kommunikation und Selbsthilfe via Internet bietet hierbei eine geeignete technische Möglichkeit, kann aber auf Dauer den persönlichen Kontakt nicht ersetzen. Darüber hinaus kann dieses Medium für Kinder und Jugendliche als eine anonyme Möglichkeit zur Kontaktaufnahme und Information dienen. In diesem Zusammenhang möchte ich auf die 2001 von Katja Beeck gegründete Selbsthilfegruppe hinweisen, welche alle bisher genannten Elemente und Intensionen aufnimmt, sich regen Zulaufs erfreut, auch anderen Angehörigen und Interessenten zur Verfügung steht.

7.7. Broschüren zur Information und Aufklärung

Über diese Quelle ich erhielt den Hinweis auf Informationsbroschüren, herausgegeben vom Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.. Sie wurde aus den Niederlanden übernommen und von F. Matzejat bearbeitet. Die Broschüre informiert Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern in altersverständlicher Darstellung über Krankheitsbilder, bezieht Stellung zu Schuld- und Schamgefühlen. Sie erklärt Fachbegriffe, gibt Hinweise im Umgang mit Eltern und der Außenwelt, ermuntert die Kinder, ihren Interessen nachzukommen, sich Entlastung zu verschaffen, bietet sich als Vertrauensperson an bzw. verweist auf andere mögliche Personen.

Zitate aus der Broschüre „Wenn Deine Mutter oder Vater in psychiatrische Behandlung muss...“, für Kinder im Alter von 8-12 Jahren: „Es ist nicht immer

klar, warum Menschen solche Probleme bekommen. Aber eins ist sicher: Es ist nicht Deine Schuld.“ „Wenn Du es ... erzählen kannst, geht es Dir hinterher besser. Reden hilft, wenn Dir etwas auf dem Magen liegt“. (S. 4 f)

Um auf einen Besuch in der psychiatrischen Klinik vorzubereiten, findet sich u. a. ein Hinweis bezüglich der Mitpatienten: „Vielleicht sagen sie eigenartige Dinge. Aber das machen sich nicht, weil Du da bist. Das machen sie auch, wenn Du nicht da bist“. (S. 6)

Die Themen Scham, Tabu, werden wie folgt besprochen: „Bei jedem ist etwas los“. „Simons Eltern streiten immer. Die können nie normal miteinander reden“. „Tanjas Vater ist weggelaufen, ihre Mutter hat jetzt einen Freund“. „Und bei Dir zuhause? Was ist da los? Dein Vater hört vielleicht Stimmen. Oder Deine Mutter ist oft müde und traurig. Na und?“ (S.8f)

Über ein Fragespiel geben die Autoren den Kindern ein Instrument in die Hand, durch welches der eigene Standpunkt und Sichtweise bestimmt werden kann. Der mit ausführlichen Erläuterungen versehene Antwortteil regt zum Überdenken der kindlichen Einstellungen an und gibt Entscheidungshilfen. (S. 10 und Beilage) Der Broschüre beigelegt ist ein Begleitblatt für Helfer.

Auf Fragen „Warum bekommt jemand psychische Probleme?“ erklärt die Informationsbroschüre für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren: „Menschen sind unterschiedlich belastbar. Der eine kann Schicksalsschläge mehr oder weniger gut ertragen, bei anderen können sie zu psychischen Störungen führen“. (vgl. Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, „...Mit wem kannst Du dann eigentlich reden?“ (S. 3)

Weiter finden sich kurze Erläuterungen verschiedener psychischer Krankheitsbilder deren möglicher Verlauf, Behandlungsformen, wie auch über die Notwendigkeit oder Nebenwirkungen von Medikamenten. Die Frage nach Vererbbarkeit der Erkrankung wird mit „Möglicherweise“ beantwortet und dazu weiter ausgeführt: „aber sogar wenn Du diese Veranlagung haben solltest, heißt das noch lange nicht, dass Du selbst einmal solche Probleme bekommst“. (S. 9)

Die Jugendlichen werden ermuntert, ihre Interessen wahrzunehmen und ein Gefühl zur Notwendigkeit externer Hilfen zu entwickeln. „Denk an Dein eigenes Leben. (...) Bleib im Kontakt mit Deinen Freunden.... und mach Deine

eigenen Sachen“. „Wenn Dein Vater/Mutter ein Bein gebrochen hat, erwartet auch niemand, dass Du ständig zu Hause sitzt“. (S. 13)

„Du kannst viel ertragen, aber nicht alles. Die Grenze kann z. B. erreicht sein, wenn für Deine Freunde keine Zeit mehr bleibt, wenn Du für Deine Hobbys keine Zeit mehr hast, wenn Deine Leistungen in der Schule oder bei der Arbeit schlechter werden, wenn Du selber Probleme bekommst oder Dich unglücklich fühlst“. (S. 13)

Im abschließenden Teil werden unter dem Thema „Wenn Du Hilfe brauchst, musst Du Hilfe suchen“ Vertrauenspersonen vorgeschlagen, Beratungsstellen benannt. Die beiden Broschüren empfand ich von Inhalt und Gestaltung als sehr hilfreich und ansprechend für das jeweilige Klientel.

7.8. Hilfe durch Ämter und Institutionen

Eine Arbeitsgruppe der 1997 in München durchgeführten Fachtagung zum Thema „Hilfe für seelisch kranke Eltern und ihre Kinder“ erarbeitete eine Liste zur Optimierung der Informationsverbreitung und Aufklärung. Sie schlagen vor, im Rahmen des Sozialkundeunterrichtes Schüler ab dem 12. Lebensjahr über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Hilfen für die Angehörigen zu unterrichten. Man erhofft sich dadurch einen großen, allgemeinen Aufklärungseffekt und Reduzierung der Hilf- und Sprachlosigkeit betroffener Familien. Die Arbeitsgruppe regt weiterhin an, dass in Kliniken tätige Sozialdienste von sich aus auf die Patienten zugehen, alle in die Behandlung involvierten Mitarbeiter ansprechen und die gesamte Familie in ihre Fürsorge miteinbeziehen sollen. Um ein Bewusstsein für die spezielle Problematik zu schaffen, halten sie es für erforderlich, Sozialpsychiatrische- und Schulpsychologische Dienste, Kriseneinrichtungen, Kliniken, Ärzte, Therapeuten, Feuerwehr, Polizei, Kenntnisse über die Gefährdung der kleinen Angehörigen zu vermitteln und zu entsprechender Nachfrage zu motivieren.(vgl. Caspary/Seibert,2001,32f)

In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll, eine „Checkliste“ mit Fragen nach Kindern und der häuslichen Situation, mit einer kurzen Aufklärung und Hinweise auf spezielle Einrichtungen und Beratungsstellen zu geben. Letztere können ihren Bekanntheitsgrad durch Annoncen und Plakatwerbung erhöhen.

Schulen, Bürgerzentren, öffentliche Verkehrsmittel, Räume der Krankenkasse sind die hierfür geeigneten Orte.

Grundlegend für eine erfolgreiche Unterstützung der betroffenen Kindern/Jugendlichen und ihrer Eltern ist die Einsicht und die Bereitschaft der damit befassten Personen und Institutionen zu einer systemischen Sichtweise sowie zur Kooperation. Eine frühzeitige und konstante Kommunikation zwischen beispielsweise dem die Mutter behandelnden Psychologen und dem für das Kind zuständigen Arzt wird sich für beide Seiten vorteilhaft auswirken. Nur über den Austausch von Information kann die Situation der einzelnen wie auch der Gesamtfamilie erfasst, eine sinnvolle Hilfeplanung erstellt werden.

7.9. Aufgaben der Sozialpädagogen/- arbeiter

Da keine Einrichtung eine umfassende Unterstützung alleine leisten kann, ist Koordination und Verknüpfung unabdingbar. Die Vernetzung dient Eltern, wie Kindern als Orientierungshilfe und gewährleistet eine bessere Verteilung anfallender Kosten gerade bei längerfristigen Interventionen.

Erziehungs- und Jugendberatungsstellen der freien wie öffentlichen Träger, behandelnde Ärzte, Psychiater und Therapeuten, Lehrer, Schulpsychiatrischer Dienst, Krankenkassen, der allgemeine soziale Dienst (ASD), wie auch der allgemeine Sozialpsychiatrische Dienst (ASPD), sind zur Zusammenarbeit aufgefordert.

Um zwischen ihnen zu koordinieren und gemeinsame Hilfesprache zu initiieren, bedarf es einer mit den Gegebenheiten vertrauten Person, welche auf rechtlichem, medizinischem wie pädagogischem Gebiet fundierte Fachkenntnisse besitzt. Sie soll Eltern wie Kinder an entsprechende Stellen verweisen und konkrete Vorschläge zur Realisierung der beabsichtigten Hilfen und Maßnahmen machen können. Für die Aufgaben Koordination, Planen, Umsetzung und Gesamtbeobachtung scheinen mir Sozialpädagogen/- arbeiter am besten geeignet. Aufgrund ihrer Ausbildung besitzen sie die notwendige Kompetenz, sind durch das vielseitige Aufgabenfeld und ihrer systemischen Sichtweise befähigt, können von sich aus mit allen Beteiligten Kontakt herstellen. Oftmals fungieren sie als direkte Anlaufstelle zur Beratung für die

Hilfesuchenden oder sind die nächsten, auf welche Ärzte, Lehrer, Kliniken verweisen. Diese Berufsgruppe kann also Initiator sowie Schaltstelle zwischen Kindern, Eltern und Angehörigen sein, zwischen Hilfeeinrichtungen, Ämtern und den Erstgenannten vermitteln.

Frühzeitig und eindringlich sollen sie auf die Notlage bzw. den Unterstützungsbedarf der ganzen Familie - insbesondere der Kinder als deren schwächsten Mitglieder – aufklären und Maßnahmen anregen, so dass es weder zu einer ernsthaften Schädigung der Kinder noch zu einem Sorgerechtsentzug der Eltern kommen muss. Die Hilfe für das Kind soll möglichst präventiv in der symptomfreien und subklinischen Phase nach dem Erkunden der familiären Situation eingeleitet werden. Durch die nachstehenden Fragen lassen sich diese dann näher bestimmen.

„Gibt es Probleme? Hat die Mutter Ängste und Sorgen in bezug auf das Kind? Verhält und entwickelt sich das Kind altersgemäß? Gibt es andere Bezugspersonen für das Kind? Hat es Freunde? Wieweit ist es in Kindertagesstätte oder Schule integriert? Ist das Kind über die Krankheit der Mutter informiert? Wie könnte die Mutter mit ihm darüber reden? Oder sollte das lieber jemand anders tun? Wie ist für Krisen vorgesorgt? Welche konkreten Hilfen bestehen für sie und das Kind bzw. könnten sie und das Kind brauchen?“ (vgl. Neunhöffer, 2000, 8)

Es ist Aufgabe der Sozialpädagogen/-arbeiter, Hinweisen nachzugehen, im steten Kontakt mit der Familie zu bleiben, Unterstützungsmöglichkeiten vorzustellen und diese Dritten gegenüber einzufordern, einen Verbund der Hilfe zu schließen.

Die notwendige Verbesserung der Kooperation und damit die Erweiterung der Unterstützungsmöglichkeiten wird aus einer 2001 durchgeführten Befragung des Instituts für soziale Arbeit e. V. ersichtlich. Sie ergab, dass bei zwei von fünf Kindern keine Institution tätig wurde, bei 20 % die Psychiatrie alleine oder in Kooperation mit anderen Institutionen, bei weiteren 20 % nur eine andere Institution. (Vgl. Beeck, 2001, 25).

Sozialpädagogen/-arbeiter sind darüber hinaus in der Ausführung beschlossener Maßnahmen z. B. Familienhilfe, in Projekten, in Kliniken oder

in der Einzelbetreuung für das Kind anzutreffen. Eine Befragung von 81 Familien mit psychisch kranken Eltern durch den ASPD Stuttgart nach in Anspruch genommenen Hilfen ergab, dass 34,6 % bei dem ASPD, 29,5 % bei speziellen Kindergärten/Kitas und als sozialpädagogische Familienhilfe 4,9 %, sowie als Haus- u. Familienpflege 3,7 % der Fälle nachgesucht wurde. (22,2 % der Befragten griffen lediglich auf die Unterstützung durch Verwandte, Freunde und Nachbarn zurück). (vgl. Beeck, 2001, 25). In allen genannten Einrichtungen sind Sozialpädagogen -arbeiter vertreten.

Um die vorhandenen Risiken einschätzen und gezielte Interventionsmaßnahmen einleiten zu können haben Dr. Laufs, Leiter der psychiatrischen Abteilung Idar-Oberstein und P. Löffler, Leiter des Jugendamtes Birkenfeld eine „Checkliste zur Risikoeinschätzung“ erstellt. (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 190 ff) Das Maß der Gefährdung ist in vier Kategorien unterteilt, von A, als sehr hohes Risiko bis D, als geringes Risiko. Die ausgearbeitete Fragenliste ist jeweils mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten und in drei Abschnitte gegliedert. Der erster Bereich betrifft die Erkrankung des Elternteils und ihre Auswirkungen auf die Familie. Erfragt wird die Anamnese der betroffenen Eltern, die partnerschaftliche Situation sowie das Verhalten des erkrankten Elternteils den Kindern gegenüber. Auch die Einschätzung durch die professionelle Kraft ist ein Punkt dieses Abschnittes.

Im zweiten Bereich stehen die „psychosozialen Variablen“ zur Erörterung. Beispiel: „Lebt die Familie in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen“?, „Hat die Familie regelmäßigen Kontakt zu Freunden oder Menschen aus dem Umfeld, ...“? und „Wird innerhalb der Familie über die Erkrankung offen geredet“. Des weiteren werden Kenntnis der Verwandten, Kindergärten und Schulen über die familiäre Situation erfragt wie auch nach der Betreuung der erkrankten Mutter/ Vaters.

Der letzte Teil der Liste befasst sich direkt mit den Kindern. Die Fragen beziehen sich u. a. auf Trennung oder Verlust einer wichtigen Bezugsperson, auf ein sich schuldig fühlen, auf Freunde und andere Kontakte oder einen regelmäßigen Schulbesuch. Eruiert werden weiterhin Auffälligkeiten, Störungen und das Gesamtverhalten der Kinder (z. B. Sprachstörungen,

Aufmerksamkeitsdefizite, Aggressivität bzw. Autoaggressivität, Ängstlichkeit, Verwahrlosungstendenzen). (Vgl. Lissosky, Mattejat F., 2000, 191 ff)

8.0. Mögliche Hilfemaßnahmen und ihre Gewährung nach rechtlichen Bestimmungen

Ist der Hilfebedarf nun einzuschätzen, können entsprechende Maßnahme vorgeschlagen werden. Die Möglichkeiten zur Hilfe werden in § 2 (2) KJHG genannt und im einzelnen unter dem zweiten Abschnitt „Förderung der Erziehung in der Familie“ in den §§ 16- 21 für die Familie und im dritten Abschnitt „Hilfe zur Erziehung“ §27 – 35a für das Kind näher beschrieben.

Eine der häufigsten von den Jugendämtern gewährte Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern ist die „Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie“ - § 16 KJHG – mit 31%, die „Sozialpädagogische Familienhilfe“, welche u.a. die Hilfe zur Selbsthilfe beinhaltet, - § 31 KJHG – 19,5 %. Sie ist zwar in erster Linie als Hilfe für das Kind gedacht, bezieht aber ausdrücklich eine Hilfe für die ganze Familie ein, um sie „in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen (zu) unterstützen“. (§ 31 KJHG) Die Aufgabenstellung dieser Hilfe fällt – wie bereits der Titel des Gesetzes deutlich macht – in den Arbeitsbereich des Sozialpädagogen/-arbeiter. Auf dieser Grundlage kann er, wie unter Punkt 6.9. ausgeführt, tätig werden.

Die „Gemeinsame Wohnform für Mütter/Väter und ihre Kinder“ - § 19 KJHG – wurde lediglich in 0,4% der Fälle gestattet. (vgl. Beeck, 2001, 26 und ISA Jahresbuch2001)

Hilfen nach § 35 a KJHG „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ wurden in 2,5 % der Fälle gewährt, die Erziehung in einer Tagesgruppe nach § 32 KJHG in 1,4 %. (vgl. Beeck, 2001, 26 und ISA Jahresbuch2001)

Die Jugendämter unterstützten gemäß §35 KJHG „Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung“ für Kinder und Jugendliche ab 14 Jahren in nur 1,1 %

der Fälle und gemäß §20 KJHG „Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen“ in nur 0,7 % der Fälle. (Beeck, 2001, 26 und ISA Jahressbuch 2001)

Dieser Paragraph beinhaltet das Recht auf Unterstützung des gesunden Elternteils bezüglich Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen sowie die Verpflichtung auch beim Ausfall beider Elternteile das Kind im elterlichen Haushalt zu betreuen und zu versorgen. Diese Aufgabe kann damit durch einen professionellen Helfer – möglicherweise durch die Bezugsperson – übernommen werden.

„Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe“. (§ 35 a (1) KJHG). Nach diesem Paragraphen wurde in 2,5% der Fälle Hilfe gewährt. Er kommt insbesondere bei einer ambulanten oder stationären Behandlung des Kindes in einer psychiatrischen Klinik zum Tragen. Dies bedeutet aber, dass bereits erheblichere Störungen aufgetreten sind. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten dieser Maßnahme ganz oder mit dem Jugendamt zusammen.

Für junge Volljährige bis 27 Jahre gilt die Gewährung von Hilfe zur Persönlichkeitsentwicklung und zur eigenverantwortlichen Lebensführung, wenn und solange dies „aufgrund der individuellen Situation...notwendig ist“ (§ 41(1)), sowie auch nach der Beendigung der Hilfe eine Beratung und Unterstützung im „notwendigen Umfang“ zur Verselbstständigung (§ 41 (3) KJHG). Über die Häufigkeit der Anwendung dieses Paragraphen lagen keine Angaben vor. Er bietet jedoch für die erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern Hilfe und Unterstützung.

Im wesentlich höheren Umfang wurden familienersetzende Hilfen bewilligt: Die Heimerziehung, betreute Wohnformen - § 34 KJHG - mit 18,4 % und Vollzeitpflege - § 33 KJHG – mit 20,3 % als eine befristete oder auf Dauer angelegte Lebensform in einer anderen Familie. (vgl. Beeck, 2001, 26 und ISA Jahressbuch2001)

Fasst man „Die Heimerziehung“ bzw. die „Betreute Wohnform“ und die Vollzeitpflege als familienersetzende Hilfe zusammen, rangieren diese mit

38,7% noch vor der Gewährung der „Allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie“ - § 16 KJHG – mit 31%. Es liegen nun zwei Schlussfolgerungen nahe: Eltern holen sich meist erst dann Hilfe, wenn die familiäre Situation bereits eskaliert ist, mitbegründet durch die Angst vor Kontrolle des Jugendamtes oder dem Entzug des Sorgerechts. So muss das Amt häufig diese sehr einschneidende Maßnahme aussprechen. Andererseits kann dieser Sachverhalt auch als Hinweis auf die mangelnde Kenntnis und Bewusstheit der speziellen Problematik wie auch auf eine Vernachlässigung des präventiven Gedankens durch das Jugendamt und seiner Mitarbeiter aufgefasst werden.

Bei allen Entscheidungen über Art und Inanspruchnahme der Hilfen sind Personensorgeberechtigte, Kinder und Jugendliche zu beteiligen, „zu beraten und auf mögliche Folgen hinzuweisen“ (§ 36 (1) KJHG). Nach den §§ 5, 8, 9 steht ihnen hierbei ein Wunsch – und Wahlrecht zu.

8.1. Die rechtlichen Anspruchsgrundlagen auf Hilfe und Unterstützung

Die rechtlichen Grundlagen für alle Hilfsangebote und für die Möglichkeit zur Intervention durch das Jugendamt/Familiengericht finden sich in Art. 6 (2-5) des Grundgesetzes und in § 1 (1-4) KJHG. Sie garantieren das Recht des jungen Menschen auf „Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1(1) KJHG). Das KJHG beschreibt dies als für die Eltern „zuvörderst....obliegende Pflicht“ (§1 (2)). Psychisch kranke Eltern sind dazu aber häufig nicht in der Lage.

Die Jugendhilfe soll junge Menschen bis zu 27 Jahren „in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern,..., Benachteiligungen....vermeiden oder ab(zu)bauen.“ (§ 1(3) 1), weiterhin: „Eltern... bei der Erziehung beraten und unterstützen“ (§ 1 (3) 2), „positive Lebensbedingung für junge Menschen und ihre Familien...(zu) erhalten oder (zu) schaffen“ (§ 1 (3) 4) sowie „Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen“ (§ 1 (3) 3). Diese Anspruchsgrundlagen sind Ausgangspunkt für alle präventiven Maßnahmen für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern.

Das „Kindeswohl“, ein unbestimmter Rechtsbegriff, bezieht sich auf das körperliche, geistige und seelische Wohl des Kindes sowie auf deren Förderung (§ 1 KJHG). Ist dieses durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, Vernachlässigung des Kindes oder unverschuldetes Versagen der Eltern gefährdet, muss der Staat aufgrund des ihm obliegenden Wächterrechts intervenieren (§ 1 (2) KJHG in Verbindung mit § 1666 (1) BGB).

Im § 27 KJHG ist die Anspruchsgrundlage aller Eltern auf Hilfe zur Erziehung ihrer Kinder festgelegt. Ein Bedarf besteht dann, wenn „eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“.

Liegt eine ernsthafte Gefährdung des Kindes vor, bedingt durch z.B. aggressives Verhalten von Eltern mit mangelnder Krankheitseinsicht, ist § 42 KJHG

„Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen“ als vorläufige Maßnahme zum Schutz anzuwenden. Das Gericht hat nach § 1666 (1) BGB die Verpflichtung, erforderliche Maßnahmen zur Gefahrenabwehr zu treffen. Die Vorschrift trifft auch im Fall des unverschuldeten Versagens der Eltern zu. Für den Ausfall der Eltern aufgrund einer psychischen Erkrankung kann diesen keine Schuld zugewiesen werden. Generell gilt nach einem Grundsatzurteil des BGH „dass die Interessen der Eltern da zurückstehen müssen, wo sie mit den Interessen des Kindes in Widerspruch treten“. (Vgl. FamRZ 1976)

Die Anwendung der Vorschrift muss jedoch nicht automatisch eine Trennung von Eltern und Kind zur Folge haben. Denn „eine Trennung ist nur dann zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfe begegnet werden kann“ (§ 1666 a BGB)

Diese Regelung verlangt also die primäre Anwendung aller das Kind und die Eltern stützenden Maßnahmen, um, soweit vertretbar, die Eltern/Kind Beziehung in der Familie fortzusetzen. Es stellt sich also die Frage, in wieweit die Eltern in der Lage sind, bestehende Gefährdungen für das Kind abzuwenden, respektive eine dem Wohl des Kindes entsprechende Beziehung zu gewährleisten. Auf das präventive Moment des § 1666 BGB weist O. Klemmert hin „denn es geht hier um die Verpflichtung des Staates, Gefährdungen des kindlichen Wohls abzuwehren. Gefährdungen beziehen sich

aber dem Wortsinn nach im Unterschied zu Schädigung wesentlich auf noch nicht eingetretene, wohl aber bei unterlassener Hilfeleistung regelmäßig in naher Zukunft aller erst zu erwartende Schädigungen“. (vgl. Klemmert, 1992, 26)

Bei allen Entscheidungen nach § 1666 BGB ist grundsätzlich das Bedürfnis der Kinder nach langdauernder Bindung zu berücksichtigen. So gilt es im Falle einer Fremdunterbringung nach § 37 (1) KJHG, die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie möglichst soweit durch Beratung und Unterstützung zu verbessern, dass die Familie das Kind/Jugendliche wieder selbst erziehen kann. Die Eltern haben damit Anspruch auf die in den §§ 16- 21 genannten Maßnahmen.

Kinder haben das Recht „sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden“. (§ 8 (2) KJHG) In einer Not- und Konfliktlage können sie auch ohne Kenntnis der Eltern beraten werden, solange durch Mitteilung an selbige „der Beratungszweck vereitelt würde“ (§ 8 (3) KJHG). Bittet ein Kind/Jugendlicher aufgrund seiner Gefährdung durch seine (psychisch kranken) Eltern um Inobhutnahme, hat das Jugendamt dem zu entsprechen. Das Amt muss daraufhin die Eltern unterrichten und bei Widerspruch der Personensorgeberechtigten das Kind ihnen zunächst übergeben und eine Entscheidung des Familiengerichts herbeiführen (§ 42 (2,3) KJHG). Wird eine Inobhutnahme vollzogen, muss dem Kind unverzüglich Gelegenheit gegeben werden, „eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen“ (§ 42 (1) 3 KJHG). Dies könnte dann die unter Punkt 6.2. beschriebene Bezugsperson sein.

Um den Schutz und das Wohl des Kindes noch effektiver gestalten zu können, schlagen betroffene erwachsene Kinder eine ergänzende Regelung des Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG) vor. Das Verfahren einer Zwangsunterbringung ist zwar bundeseinheitlich in den §§ 70 ff der freiwilligen Gerichtsbarkeit geregelt, wird aber nach den Vorschriften der einzelnen Bundesländer unterschiedlich modifiziert. Die Gesetze aller Länder legen fest, dass eine Zwangsunterbringung dann zu vollziehen ist, um eine vom Kranken ausgehende Gefährdung abzuwehren und die Einweisung in einem angemessene Verhältnis zu der Art und dem Grade der Gefährdung

steht. Eine sofortige Unterbringung durch die Behörden verbleibt aber in der Regelungskompetenz der einzelnen Bundesländer. (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997)

So wird eine Zwangseinweisung zum Teil nur dann verfügt, wenn die betreffende Person auto- oder fremdaggressiv geworden ist. „Psychisch Kranke können gegen oder ohne ihren Willen nur untergebracht werden, wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer im erheblichen Maße gefährden und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung“. (vgl. § 8 (1), PsychKG, 1985) Eine längere, dramatisch zugespitzte Krise der erkrankten Mutter/Vater ist nach einer solchen Auffassung noch kein ausreichender Grund, um eine Zwangseinweisung zum Schutz der Kinder vorzunehmen. Diese Haltung ist aufgrund der in dieser Arbeit behandelten Risiken und Notlage im Sinne der Kinder neu zu überdenken. So berichten beispielsweise eine Ärztin und eine Familienhelferin einen diesbezüglichen Fall: „Nach langer Diskussion kamen wir zu dem Schluss, dass eine Klinikeinweisung – notfalls auch gegen den Willen der Patientin – in ihrem eigenen, aber vor allem im Interesse der Kinder unumgänglich sei. Der erste telefonische Kontakt zum Amtsrichter gestaltete sich schwierig. Eigen- oder Fremdgefährdung waren nicht deutlich genug. > Eine mögliche Einweisung im Interesse der Kinder ist nicht möglich <. Es wurde eine gemeinsame Anhörung vereinbart“. (vgl. Lissosky, Mattejat, 2000, 168) Diese Haltung ist aufgrund der in dieser Arbeit behandelten Risiken und Notlage im Sinne der Kinder neu zu überdenken.

Eine notariell beglaubigte und im gesunden Zustand des gefährdeten Elternteils abgegebene Selbstverfügung zur Einweisung im Falle mangelnder Krankheitseinsicht wäre für die Familie wie auch für den Erkrankten eine große Hilfe und Erleichterung. Trotz anwaltlicher Vermittlung und psychiatrischer Gutachten wurde diese Selbstverfügung bei der Mutter von Frau Beeck nicht von der zuständigen Behörde anerkannt. (Internetrecherche)

Alle rechtlichen Grundlagen des KJHG zur Hilfe für Kind und Familie sind vorhanden und warten auf ihre Inanspruchnahme. Der Hilfebedarf ist vorhanden, die Belastung des Kindes erheblich. Die Sensibilisierung von Umfeld, sozial, therapeutisch Tätigen sowie der entsprechenden Institutionen für die Problematik Kinder psychisch kranker Eltern muss sich weiterentwickeln.

9.0. Resümee

Zwar erkranken Kinder psychisch kranker Eltern in nur 10% aller Fälle ebenfalls an Psychosen (vgl. Lisofsky/Mattejat, 2000, 75), was jedoch nicht bedeutet, dass die verbleibenden 90% ohne erhebliche Probleme und Störungen aufwächst. Doch müssen Kinder erst psychotisch erkranken, damit ihnen Hilfe zu Teil wird?

Die direkten Auswirkungen der psychotischen Erkrankung auf die Kinder, die vielfältigen psychosozialen Belastungsfaktoren innerhalb und außerhalb der Familie, die Beziehungsqualität zwischen Kindern und Eltern und die Art der Krankheitsbewältigung durch die erkrankte Mutter/Vater stellen in ihrer Zusammensetzung ein hohes Risiko für das Kindeswohl dar. Die Bindung gerade zwischen Müttern und Kindern sind aufgrund der außergewöhnlichen Belastung häufig sehr eng. Die damit verbundene Problematik bleibt für die Kinder ein lebenslanges Thema. Ein Thema was bewältigt und gelöst werden möchte.

Es beinhaltet auf der Kinderseite die Auflösung von Schuld und Scham für die erkrankten Eltern, Rückgabe der Verantwortung, Information und Kommunikation über das Leiden von Kindern und Eltern.

Eine Wiederannäherung an die Eltern, die Gestaltung des eigenen Lebens und eine Verarbeitung der erlittenen Verletzungen sind letztlich nur auf diesem Hintergrund erfolgreich.

Was wünschen sich die Kinder, was brauchen sie? Es sind Liebe, Schutz, Aufmerksamkeit und Zuwendung, Versorgt sein. Sie möchten ohne diese Schuldgefühle leben, sich verselbständigen, Hilfestellung und Beratung, Freude erleben, unbelastet sein, Sicherheit erfahren.

Sie wollen ihren Eltern nahe sein, ohne Schäden davonzutragen, überlastet zu sein und leiden zu müssen.

Was wünschen sich die Eltern? Ihre Genesung und die Kraft, ihre familiäre und gesellschaftliche Rolle wieder ausfüllen zu können, denn auch sie leiden unter ihrer Krankheit. In der Regel fühlen sich psychisch kranke Eltern mit ihren Kindern tief verbunden, wollen Liebe, Zuneigung und Vertrauen geben. Sie möchten ihre Kinder versorgt wissen und stark für den zukünftigen Lebensweg.

Psychisch kranke Eltern brauchen ihre Kinder – gerade in ihren gesunden Phasen als vertraute Person, als Verbindung zur Realität sowie und um die eigene Identität wiederzufinden.

Betroffenen Kinder wie Eltern wünschen sich den Erhalt und ein Leben in der Familie, ein verantwortungs- und liebevolles Miteinander.

Da ihre eigenen Kräfte und Ressourcen nicht mehr ausreichen, Gesundheit und Wohl der Familie gefährdet ist, brauchen sie Hilfe von außen. Unterstützung bringen Menschen, welche die Notlage erkennen, sich nicht scheuen, die Betroffenen anzusprechen und Hilfe anbieten, Menschen die bereit sind, sich den Kindern und den Eltern zu öffnen.

Ebenfalls bedarf es der Aufmerksamkeit und Bewusstheit über die Problematik der Kinder psychisch kranker Eltern auf Seiten der Ärzte, der Schulen, sozialer Einrichtungen sowie der zuständigen Ämter.

Hilfe für die Familie mit psychisch kranken Eltern bedeutet gleichzeitige Unterstützung für alle ihre Mitglieder, so früh und umfassend wie möglich, damit die Kinder nicht verzweifeln und selbst „ver – rückt“ werden oder auf Dauer die Familie getrennt wird. Ein Zustand unter dem auch die erkrankten Mütter/Väter leiden.

Um diese Aufgabe erfolgreich erfüllen zu können, bedarf es der Kooperation von Ämtern, Einrichtungen, Ärzten und der Familie sowie eines Koordinators, einer Verbindungsperson. Einrichtungen, welche die Kinder und psychisch kranken Eltern unterstützen, müssen verstärkt geschaffen und mit öffentlichen Mitteln finanziert werden. Ein Bedarf ist vorhanden.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, bestehen gute Aussichten, die erkrankten Mutter/Vater in ihrem Genesungsprozess zu fördern, die Kinder vor Störungen und eigener Erkrankung zu bewahren, die Familie zu erhalten.

Auryn Frankfurt

Ich wünsche mir, dass in meiner Familie keiner mehr Selbstmord macht

Modellprojekt hilft Kindern psychisch kranker Eltern

Das Frankfurter Modellprojekt Auryn hilft Kindern und Jugendlichen, mit der psychischen Erkrankung ihrer Eltern umzugehen. 1998 von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung initiiert, gilt Auryn Frankfurt inzwischen als Vorbild für vergleichbare Projekte in anderen deutschen Großstädten. Im Rahmen der Frankfurter Psychiatriewoche ziehen die Projektverantwortlichen erstmals öffentlich Bilanz.

Die Fachliteratur nennt sie mitunter "die vergessenen Kinder" - jene Töchter und Söhne, die durch eine psychische Erkrankung ihrer Eltern in ein Labyrinth aus Scham, Angst, Verunsicherung und Schuldgefühlen verstrickt werden. Bundesweit sind nach Experteneinschätzungen rund eine halbe Million Kinder und Jugendliche betroffen, in Frankfurt sind es derzeit bis zu 4.000. Neben der Tatsache, dass sie einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst psychisch zu erkranken, bleiben die Kinder psychisch kranker Eltern auf der Suche nach Halt und Orientierung mit ihren traumatischen Erlebnissen häufig allein. In Frankfurt finden sie seit 1998 eine Anlaufstelle: Auryn.

Seinen Namen verdankt dieses Kinderprojekt der Unendlichen Geschichte von Michael Ende: Auryn ist dort ein Amulett, das Kraft, Mut und Stärke verleiht. Eigenschaften, die sich Kinder psychisch erkrankter Eltern oft unter großen Mühen aneignen müssen. Die beiden Mitarbeiter von Auryn helfen dabei. Karin Schuhmann, Heilpädagogin, ist seit dem Start des Frankfurter Projekts im Juli 1998 dabei: "Aus dem Wunsch heraus, die Kinder zu schonen, werden psychische Probleme in vielen Familien tabuisiert. Unsere wichtigste Aufgabe ist es daher, die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren und Betroffene zu ermutigen, das Tabu zu brechen und das Gespräch mit uns zu suchen."

Die ersten drei Jahre von Auryn in Frankfurt haben vor allem zweierlei gezeigt: Die Lebenserfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern tragen in den meisten Fällen dazu bei, dass diese Kinder später selbst psychisch belastet sind. Auryn kann diesen Belastungen entgegenwirken. Und Auryn gelingt es, durch die Einbeziehung der Eltern in die Beratungen das häufig zerbrochene Familiengefüge der Betroffenen wieder zu stärken und ihm eine tragfähige Zukunftsperspektive zu geben.

Derzeit unterstützt Auryn in Frankfurt über 20 Kinder und Jugendliche mit ihren Familienangehörigen. Das Projekt bietet den Kindern den für sie nötigen Freiraum, um über ihre Familiensituation zu sprechen, sich in ihrer Not zu offenbaren und Wünsche zu benennen. Auryn nimmt ihnen das bedrückende Gefühl, an der elterlichen Erkrankung Schuld zu tragen und befreit sie von dem inneren Zwang, elterliche Verantwortung übernehmen zu müssen. Auryn setzt ihrer oft unberechenbaren familiären Welt einen stabilen, vertrauensvollen und verlässlichen Beziehungsrahmen entgegen, in dem kindliche Erfahrungen nachgeholt werden können, der Orientierung verleiht und die Kinder zu einer eigenständigen Entwicklung befähigt. "Die Kinder psychisch kranker Eltern können an ihrer Aufgabe durchaus wachsen", so der Auryn-Mitarbeiter Klaus Ehrhardt, "wenn sie emotionale Unterstützung, erklärende Begleitung und Anerkennung für ihre Belastung erhalten." Zum Team von Auryn gehört neben den beiden Pädagogen eine Kinder- und Jugendpsychiaterin. Sie steht für diagnostische Fragen zur Verfügung, wenn es gilt, erste Symptome einer psychischen Erkrankung bei den betroffenen Kindern möglichst früh zu erkennen.

Auryn will außerdem dazu beitragen, die Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern zu vernetzen und auszubauen. Dazu bedarf es der Weiterbildung und der Aufklärungsarbeit in psycho-sozialen Beratungsstellen, in Schulen, Kindergärten und Kliniken. Das Beratungsangebot der hochqualifizierten Auryn-Mitarbeiter wird dankbar angenommen. Sie haben maßgeblich dazu beigetragen, das Modellprojekt unter anderem nach Hamburg, Mannheim und Köln zu "exportieren". Auch innerhalb Hessens ist ihr Know-how gefragt; die jüngsten Anfragen kamen von sozialen Beratungsstellen in Wiesbaden und Gelnhausen. Für die Förderung von Auryn in Frankfurt hat die Gemeinnützige Hertie-Stiftung eine Summe in Höhe von über 700.000 DM bewilligt. Getragen wird das Projekt von "Perspektiven e.V.", einem psycho-sozialen Verein zur Förderung von Wohn-, Arbeits- und Freizeitinitiativen. Das Kinderprojekt Auryn hat seine Räume in der Zobelstraße 11 in 60316 Frankfurt. Dort stehen Karin Schuhmann und Klaus Ehrhardt montags und donnerstags von 13.00 bis 15.00 Uhr unter der Rufnummer 069/ 405 865 13 auf für eine telefonische Beratung zur Verfügung. Kontakt: Gemeinnützige Hertie-Stiftung, Claudia Finke, Tel.: 069/ 660 756 143

PFIFF Hamburg

„Wenn Mama weint, weint Felix mit“

Nicht mehr ganz auf sich allein gestellt: Mutter Sandra Behring und ihr Sohn Felix bei seiner Patenfamilie

In Hamburg nehmen Familien zeitweise Kinder von psychisch kranken Müttern in Pflege. Das in Deutschland bislang einmalige Patenschaftsprojekt trifft auch in anderen Bundesländern auf reges Interesse.

Ein Kinderwagen geht kaputt. Das kann passieren. Man kauft einen neuen, und das Problem ist erledigt. Für Sandra Behring* aber ist ein kaputter Kinderwagen kein Ärgernis, das sich per Kreditkarte aus der Welt schaffen lässt. Sondern ein weiteres, schier unüberwindbares Hindernis im Hürden-Marathon namens Alltag. „Wo krieg ich eine Karre für den Jungen her?“ Drei Nächte lang hat sie diese quälende Frage am Schlafen gehindert. „Beim Sozialamt war ich schon, die zahlen nicht.“ Die Stimme der 26-Jährigen klingt brüchig. „Ich bin völlig am Ende.“ Sandra Behring hat psychische Probleme. Die allein erziehende Mutter leidet häufig an Depressionen. Dann ist sie gereizt, fühlt sich allein gelassen. Mit der Erziehung ihres eineinhalbjährigen Sohnes Felix* ist sie oft heillos überfordert. Sie weint viel und schläft wenig. Von Felix' Vater, einem Afrikaner, hat sie sich getrennt. Schon mehrfach ist er ihr und auch dem Kind gegenüber gewalttätig geworden. Mit dem Sohn lebt sie in einer Zweieinhalbzimmerwohnung im Hamburger Stadtteil Wandsbek. Für ihren Lebensunterhalt kommt das Sozialamt auf.

Am Küchentisch von Familie Jarchow erzählt sie aufgelöst von dem Missgeschick mit dem Kinderwagen, „Karre“ sagt die Frau mit den kurzen roten Haaren. Hart und schnell, norddeutsch spricht sie das Wort aus. Vor ein paar Tagen ist es im Bus passiert, bei einer Vollbremsung. Schadensersatz von den Hamburger Verkehrsbetrieben gibt es keinen, da hat sie es als Erstes probiert.

Alle vierzehn Tage bringt Sandra Behring ihren Sohn zu den Jarchows, zu Felix' „Pateneltern auf Zeit“. Die Familie wohnt in einer hellen Vierzimmerwohnung mit vielen selbst gemalten Bildern an der Wand. Einen Tag und eine Nacht bleibt Felix hier ohne seine Mutter, kann spielen und eine ganz normale Familie erleben. Für Felix ist Vincent, der achtjährige Sohn der Jarchows, gerade der Größte, erzählt Petra Jarchow. Und auch Vincent freut sich immer auf den Besuch. Seine Spielzeugautos versteckt er trotzdem vor ihm. „Der leckt die sonst ab!“, sagt er mit einer Mischung aus Erstaunen und Amüsement.

Die Patenschaft ist über PFIFF zustande gekommen. Dahinter verbirgt sich der „Pflegekinder und ihre Familien Förderverein“ in Hamburg. PFIFF organisiert seit einiger Zeit auch Patenschaften für Kinder psychisch kranker oder sehr junger Mütter — ein bislang einmaliges Projekt in Deutschland. „Bei uns fragen ausschließlich allein erziehende Mütter an“, sagt Bettina Waffek von PFIFF. Für kranke Erwachsene gibt es helfende Einrichtungen, nicht aber für deren Kinder. Dabei haben die etwa 500000 Kinder psychisch erkrankter Väter oder Mütter in Deutschland Unterstützung genauso dringend nötig, weil sie, mehr als andere Kinder, Gefahr laufen, selbst einmal psychische Probleme zu bekommen. Das PFIFF-Modellprojekt, das vom Hamburger Senat mit rund 200000 Mark im Jahr gefördert wird, will das verhindern. Die Kinder wohnen zu Hause, werden aber regelmäßig und in Krisensituationen, etwa wenn die Mütter stationär behandelt werden müssen, von einer Patenfamilie betreut. 17 Jungen und Mädchen sind es derzeit.

„Wenn die Mama zu Hause weint, weint Felix mit“, sagt Petra Jarchow. Obwohl er sehr klein ist, bekommt der Junge die Krankheit seiner Mutter zu spüren. „Ich bin oft völlig abgenervt, dann schreie ich ihn an, obwohl ich es gar nicht will“, erzählt Sandra Behring. Solche Entgleisungen lasten schwer auf ihrem mütterlichen Gewissen — mit übertriebener Fürsorge versucht sie den Fehler wettzumachen. Für Felix ein Wechselbad der Gefühle, das ihn verunsichert

Kinder psychisch kranker Eltern führen häufig ein einsames, belastetes Leben, so Christiane Deneke, Kinder- und Jugendpsychiaterin am Universitätskrankenhaus in Hamburg-Eppendorf. „Sie sind sozial isoliert, müssen früh Verantwortung übernehmen, und sie scheuen sich, ebenso wie ihre Eltern, um Hilfe zu bitten, aus Angst auseinander gerissen zu werden.“ In den Pflegefamilien fänden die Jungen und Mädchen verlässliche Vertrauenspersonen — „ein sehr sinnvolles Angebot“. Bettina Waffek ergänzt: „Sie lernen, wieder Kind zu sein.“

Felix fühlt sich bei Jarchows wohl. „Seit er hier ist, hat er einen richtigen Entwicklungsschub gemacht“, erzählt Frau Jarchow. Die diplomierte Pädagogin hat, schon von Berufs wegen, ein Händchen für Kinder. Die Patenschaft versteht die patente, lebendige Frau als ein Stück gesellschaftspolitisches Engagement, das wegfallende nachbarschaftliche Strukturen ersetze. Auch ihr Mann Stefan findet es „schön, mehrere Kinder im Haus zu haben“, wie er sagt. Für Felix fungiert der 40-jährige Wirtschaftsinformatiker auch als Vaterersatz. „Ein kontinuierlicher männlicher Part, das ist jetzt wichtig für Felix“, sagt die 36-jährige Patin.

Aber auch Sandra Behring profitiert von der Patenschaft. Endlich hat sie in regelmäßigen Abständen Zeit, zu sich zu kommen, neue Kräfte zu sammeln. Und das Gefühl, ganz auf sich gestellt zu sein, ist nicht mehr gar so groß. Petra Jarchow hilft ihr mit Ratschlägen und einem offenen Ohr, sicherer im Umgang mit Felix, aber auch mit Alltagsproblemen zu werden. „Etwas mehr Gelassenheit täte dir und Felix gut, stimmt’s?“, sagt sie, und Sandra nickt zustimmend. Beiden ist dabei klar, dass die Patenschaft immer nur „Hilfe zur Selbsthilfe“ sein kann.

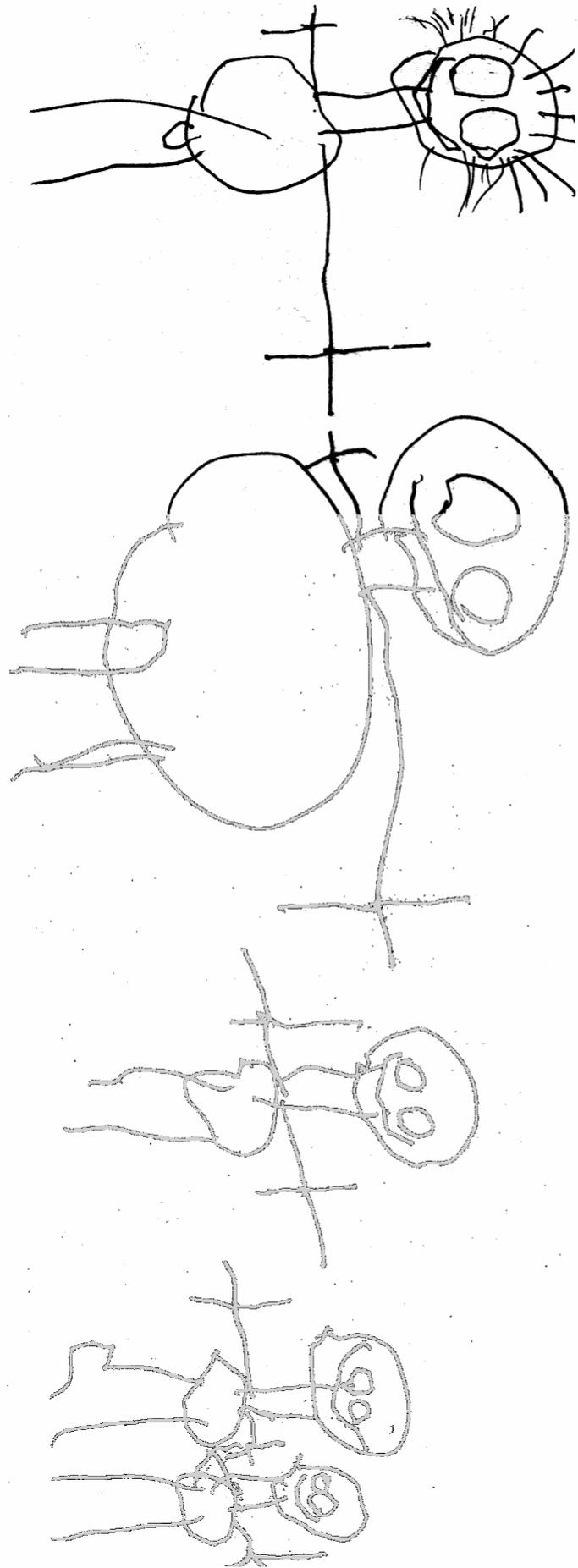
Die Chemie zwischen den beiden Frauen stimmt — eine wichtige Voraussetzung. Vor allem aber muss die Mutter bereit sein, sich helfen zu lassen. So hat sich Frau Behring aus eigenem Antrieb an eine Erziehungsberatungsstelle gewendet, die sie an PFIFF weiter vermittelt hatte. Voraussetzung für eine Patenschaft ist unter anderem eine ärztliche Diagnose. Außerdem müsse die Beziehung zwischen Mutter und Kind ausreichend gefestigt sein, erklärt PFIFF-Mitarbeiterin Bettina Waffek. „Wenn die Mutter ihr Kind nicht einmal mehr in den Arm nehmen kann, hilft auch eine Patenschaft nicht.“

Die Paten hingegen „sollten belastbar und flexibel sein und fünf auch mal grade sein lassen können“. Vor allem Toleranz für die psychische Krankheit sei Bedingung. „Wenn Frau Behring mal wieder nicht zum verabredeten Termin kommt, geschieht das nicht aus böser Absicht, sondern weil es ihr schlecht geht“, veranschaulicht Petra Jarchow. Die Paten erhalten von PFIFF ein Bereithaltgeld von 400 Mark im Monat sowie 100 bis 300 Mark, je nach Aufwand.

Der Verein schult die Pateneltern, dann geht es daran, die passenden Partner zu suchen. 40 Bewerberfamilien möchten derzeit in Hamburg eine Patenschaft übernehmen. Nicht nur in der Hansestadt stößt das Projekt auf große Resonanz — auch aus anderen Bundesländern häuften sich Anfragen von sozialen Einrichtungen, so Waffek.

Ein schriftlicher Kontrakt zwischen Patenfamilie und Mutter regelt Art und Ziele der Zusammenarbeit. Die Mutter sollte nach spätestens drei, vier Jahren ihr Kind wieder komplett selbst versorgen können. Frau Behring weiß, dass das in ihrem Fall ohne eine Therapie nicht geht. Und dann muss noch ein Krippenplatz für Felix her. Denn die gelernte Floristin ist fest entschlossen, Arbeit zu finden, um für sich selbst sorgen zu können. „Ich hasse es, zum Sozialamt zu gehen.“ In ihrem gelernten Beruf kann sie aufgrund einer Allergie nicht arbeiten. „Aber ich könnte auf Friseurin umschulen“, sagt sie voller Elan. Petra Jarchow holt sie auf den Boden herunter. „Du gehst mal wieder zu viel auf einmal an. Immer eins nach dem andern.“ Und dann überlegen sie gemeinsam, wo Frau Behring einen möglichst günstigen Ersatz für Felix’ Kinderwagen herbekommen könnte. „Probier’s mal auf dem Flohmarkt oder im Second-Hand-Laden!“

ULLA HANSELMANN Nähere Informationen: PFIFF, Holsteinischer Kamp 80, 22081 Hamburg Telefon 040/291284, Fax 41098489



Literaturverzeichnis

- Adams P., 1973, „Obsessive children. A soziopsychiatric study“, New York, Brunner/Mazel
- Angyal A., 1965, „Neurosis and treatment: A holostic theory“, New York, Viking Press
- Bauer M., Lüders Ch., 1998, „Psychotische Frauen und ihre Kinder“, Psychiatrische Praxis, 1998 Nr. 25, 191- 195
- Beck A., Freemann A., 1999 4.Auflage, „Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen“, Psychologie-Verlag Union, Weinheim
- Beeck K., 2001, „Ohne Netz und Boden“, Berlin, Eigenverlag, 2001, 1-50
- Berger M., 1998, „Kinder psychisch kranker Eltern“, Psychiatrische Praxis, 1998 Nr. 25, 134-8, Bonn, Psychiatrie Verlag
- Bohus M., Schehr K., Berger-Sallwitz F., Novelli Fischer U., Stielitz R., Berger M., 1998, „Kinder psychisch kranker Eltern“, Psychiatrische Praxis, 1998, 134-138
- Bron B., 1991, „Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten, 1991, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 40, 322-327
- Bundesverband der Angehörigen, 1998, eigene Broschüre, „Familien helfen sich selbst“, 1998, 1-33
- Bürgermeister U., Jost A., 2000, „Kinder schizophrener Mütter“, Sozialpsychiatrische Information, 2000/2, 3-6
- Bulker R., 1979, „Parenthood as a developmental phase“, J. Am. Psychoanal. Ass., 7, 389-417
- Caspary Ch., 2001, „Hilfe für seelisch kranke Eltern und ihre Kinder“, Dokumentation der Fachtagung vom 27.11.1997 München, 3-32
- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V., 2001, „Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat.....wie geht es dann den Kindern?“, pro juventute, 2001, 3-15
- „...Mit wem kannst Du dann eigentlich reden?“, pro juventute, 3-15
- 7, 513-524
- Deneke Ch., 1995, „Psychosoziale Probleme von Kindern mit psychiatrisch erkrankten Eltern“, pro familia, 4/1995, 5-7

- Dörner K., 1995, „Freispruch der Familie“, Bonn, Psychiatrie Verlag,
- Dörner K., Plog U., 1994, 8.Auflage, „Irren ist menschlich“, Bonn, Psychiatrie Verlag
- Duden, 1979, 3. Auflage, „Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke“, Stuttgart, Thieme Verlag
- Ernst K., „Die Belastung der Kinder hospitalisierungsbedürftiger psychisch kranker Eltern“ 1978, Kinderpsychologie, Kinderpsychiatrie, 1978, 427- 430
- Field T., 1987, „Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers“, Infant Behavior and Development 7, 517-522
- Gast M., 2001, „Mitbetroffen: die Angehörigen von depressiv Erkrankten“, Psychologie heute, März 2001, 68 -72
- Gesetz für psychisch Kranke, 1985, Senatsverwaltung für Arbeit , Soziales und Frauen, 2000, 3-29
- Gundelfinger R., 1995, „Wie erleben Kinder die psychiatrische Erkrankung eines Elternteils“, Pro juventute 1995, Nr. 1, 4-7
- Hammen C., 1991, „Depression runs in families“, New York, Springers
- Hartmann W., 1981, „Über die gemeinsame Hospitalisierung von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern“, Psychiatrische Praxis, 1981, 136-141
- Internetrecherche über die Selbsthilfegruppe Kontakt@Netz-und-boden.de
- Kinder und Jugendhilfe, SGB VIII, 1999 (23. Auflage), München, dtv
- Klemmert O., 1992, „Entwicklungsgerechtes Deuten und Entscheiden in der Kinder- und Jugendhilfe“, Dissertation an der Universität Münster, 1992, 1-290
- Klosinski G., 2000, „Zur Risikosituation von Kindern psychisch kranker Eltern“, Kerbe, 3/2000, 3-5
- Knuf A., 2000, „Kurze Kindheit“, Psychologie heute, Juni 2000, S.36-39
- Langenscheidts Taschenwörterbuch Englisch, 2000, 34. Auflage, Berlin, Langenscheidt
- Lisofsky, Matthejat F., 2000, 2. Auflage: „...nicht von schlechten Eltern“, Bonn, Psychiatrie Verlag
- Lisofsky, Matthejat F., 2000, 2. Auflage: „...nicht von schlechten Eltern“, Bonn, Psychiatrie Verlag
- Maier Ch., 1988, „Schizophren Wochenbettpsychosen. Ein psychodynamischer Ansatz“, 1988, Psyche Nr. 5, 429-443

- Millon T., 1985, „Personality and its disorders“, New York, Wiley
- Neunhoeffler R., 2000, „Psychiatrisch erkrankte Mütter/Väter und ihre Kinder“, Kerbe, 2000 Nr.3, 6-10
- Piaget Jean, 1993 (5. Auflage), „Die Psychologie des Kindes“, dtv, München
- Psychiatrie Verlag Remschmidt H., 1997, 2. Auflage 1987, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Stuttgart, Thieme Verlag
- Remschmidt H., 1997, 2. Auflage 1987, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Stuttgart, Thieme Verlag
- Remschmidt H., Mattejat F., 1994, „Kinder psychiatrischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe“, Kinderpsychologie, Kinder Psychiatrie, 1994 Nr. 43, 295-299
- Rushton R., 2001, „Wer fängt mich auf, wenn ich falle?“, München, Bertelsmann
- Ruther E., 1991, „Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten“, Praxis der Kinderpsychologie, Kinderpsychiatrie, 1991, 322-327
- Schäfer-Schmidt T., Lisofsky B., 2000, „Hilfsangebote für die Kinder psychisch kranker Eltern, Kerbe, 3/2000, 11-13
- Sollberger D., 2000, „Psychotische Eltern – verletzte Kinder“, Ed. Das Narrenschiff, 2000 Frühjahr, 14-1001
- Sollberger D., 2001, „Kinder Psychose kranker Eltern“, Psychiatrische Praxis, 2001 Nr. 3, 128-138, Stuttgart, Thieme Verlag
- Szylowicki M., 2000, „Patenschaften“, standpunkt-sozial, 2000, Nr. 1, 92-95
- Tater E., Krish K., Hanich R., 1993, „Arbeit mit psychiatrisch gestörten Eltern in einer Kinderpsychiatrischen Einrichtung“, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43, 1994, 170-174)
- Tronik E.Z., 1998, „The transmission of maternal disturbance of the infant“, New Directions for Child Development, 34, 5-11
- Verdegaal J, 1995, „Präventive Betreuungsangebote in den Niederlanden“, pro juventute, 1995, 10-13
- Verein der Angehörigen psychisch Kranker e. V. Münster, e-mail: apkversi@Münster.de, 2002

Wagenblass S., 2001, „Biographische Erfahrungen von Kindern mit psychisch kranken Eltern“, Praxis der Kinderpsychologie, -psychiatrie, 2001, 7, 513-524

Wagenblass S., 2001, „Biographische Erfahrungen von Kindern mit psychisch kranken Eltern“, Praxis der Kinderpsychologie, -psychiatrie, 2001, 7, 513-524

Wang A.R., V.V.Goldschmidt, „Interviews with psychiatric inpatients about their family situation with regard to their children“, Acta Psychiatr. Scand. 93, 1996, 57-61

Bildnachweis

- Sylvester D., 1992, „Magritte“, Wiese Verlag, Basel, S. 13 und 57

R. Magritte war das Kind einer (wahrscheinlich) psychisch kranken Mutter. Sie ertränkte sich, als ihr Sohn 12 Jahre alt war. Ihr Leichnam wurde erst 17 Tage später in dem Fluss Sombre entdeckt. Eine Vielzahl seiner Bilder haben den Tod durch Ertrinken zum Thema, so auch das abgebildete, „Die Träumereien eines einsamen Spaziergängers“, 1926. (vgl. Sylvester, 1992, 10ff)

Das Gemälde „Der Geist der Geometrie“, 1936, spielt – so der Hinweis der Kunstforschung – einerseits auf seine Mutter an und drückt möglicherweise den Akt der Parentisierung aus. Andererseits soll es seine Ehe bzw. das Verhältnis zwischen ihm und seiner Frau Georgette bildlich darstellen. (vgl. Sylvester, 1992, 57)

Eingangsbild und Gedicht von Katja Beck, Angehörige psychisch Kranker Landesverband Berlin e.V., Mannheimerstr. 32, 10713 Berlin

Kinderbild am Ende von Hanna S.

Bücherliste für Kinder/Jugendliche

Boie Kirsten: Mit Kindern redet ja keiner

Hamburg: Oetinger . (ab 9 Jahre)

Chidolue Dagmar: Nicht alle Engel sind aus Stein. Hamburg: Dressler Verlag

(ab 12 Jahre)

Gibbons Kaye: Verdeckte Blicke. München: btb Taschenbuch im Goldmann.

(ab

14 Jahre)

Haugen Tormod: Die Nachtvögel

Hamburg: Oetinger. (ab 10 Jahren)

Jaensson Hakan: Jonnys Reise

Ravensburg: Otto Maier. (ab 10 Jahre)

Jalonen Rita: Nacht der Engel

Würzburg: Arena. (ab 16 Jahren)

Koos Meinderts: Sag Len zu mir

Hamburg: Dressler. (ab 8 Jahre)

Krauß Irma: Einsatz fürs Leben Bd.5; In letzter Minute. München: Schneider

Verlag

Maze Harry r: Vermisst: Lisas Mutter. Weinheim; Basel: Beltz und Gelberg.

(ab 12 Jahre)

Rauhut-Brungs Leah: Eine Sonne für Papa

Wien: Überreuter. (ab 8 Jahre)

Strömstedt Margareta: Und der Himmel schaut zu. München: Hansen. (ab 14

Jahre)

Stratenwerth Irene Thomas Bock: Die Bettelkönigin

Freiburg i. Br. Kore Edition. (ab 8 Jahre vorlesen)

Sverdrup Kari: Zu Hause ist woanders. Hamburg: Oetinger Verlag. (ab 14

Jahre)

Viera Alice: Die Augen von Ana Marta

Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch Verlag. (ab 12 Jahre)

Voigt Cynthia: Heimwärts und Wir Tillermanns sind so

München: Deutscher Taschenbuch Verlag (ab 12 Jahre)

Welsh Renate: Disteltage

Zürich: Nagel& Kimche. (ab 10 Jahre)

Adressen von erwähnten Projekten und Gruppen

Arbeitsgemeinschaft Kinder mit psychisch erkrankten Eltern

c/o PD Dr. Fritz Mattejat

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg

www.kjp.uni-marburg.de

Auryn, Hamburg, Hilfe für Kinder und Eltern

SeelenNot - Gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von Familien mit seelisch kranken Eltern e.V.

Universitätskrankenhaus Eppendorf

Martinistr. 52 20246 Hamburg

Frau Dr. Deneke Tel.: 040/42803 2215

www.uke.uni-hamburg.de/kliniken/psychiatrie/kinder/index.de.html

Auryn, Kinderschutzprojekt AURYN Frankfurt Perspektiven e.V. Zobelstr. 11, 60316 Frankfurt a/M

Karin Schuhmann, Klaus Ehrhardt Tel: 069 / 40586513

E-Mail: auryeffm@aol.com KaehlbrandtR@ghst.de

Katja Beeck, Angehörige psychisch Kranker Landesverband Berlin e.V.,

Mannheimerstr. 32, 10713 Berlin, Kontakt@Netz-und-boden.de

Köln Ring Wohn Forum, Bergisch Gladbacherstr. 812, www.koeln-ring.de

KOPP, Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen De afkorting KOPP

staat voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen.

www.jeugdriagg.nl/hulpnodig/kopp/kopp.html

www.jeugdinformatie.nl/16ofzo www.nsmid.nl www.sjk.nl

Pfiff e.V., Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern

Holsteinischer Kamp 80 22081 Hamburg

Tel. 040/29 12 84 www.pfiff-hamburg.de Pfiffe.eV@t-online.de

Pro Wo, Kottbusser Damm 12043 Berlin, tel: 030/6959770

Riagg rijnmond noord west Jeugdafdeling
Mathenesserlaan 208 3014 HH Rotterdam
tel: (010 4402 575)

SeelenNot e.V. Beratungsstelle Bahrenfelder Str. 169
D - 22765 Hamburg Beratungstelefon: 040/39 10 90

Zum Abschluss:

Ich danke meinen Dozenten Frau Dr. Mörzl und Herrn Prof. Dr. Schwabe, den Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, insbesondere Frau Beeck sowie den erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern, mit denen ich in Verbindung stand, meiner Familie und allen meinen Freunden, die mich beim Erstellen der Diplomarbeit in vielfältiger Weise unterstützt haben.

DANKE !

Uli Schneider