

Die kleinen vergessenen Angehörigen

Kinder von psychisch kranken Müttern

Andrea Viertelmayr

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra (FH) der Sozialwissenschaften
an der Fachhochschule St. Pölten
im Juni 2005

Erstbegutachter:
Mag. Johannes Pflegerl

Zweitbegutachter:
Prof. DSA Mag. Dr. Peter Pantucek

Danksagung

Teil des Pionierjahrgangs Sozialarbeit an der Fachhochschule St. Pölten zu sein erlebte ich als Herausforderung und Chance. Es war eine interessante Erfahrung von Beginn an dabei zu sein und auch die Möglichkeit zu haben aktiv mitzugestalten.

Meinen Eltern, Alfred und Iris danke ich für die persönliche und vor allem finanzielle Unterstützung, die mir mein Studium überhaupt erst ermöglicht hat.

Meinem Freund, Florian Rosenberg, der mit mir geduldig sein musste wenn es wieder mal sehr stressig war und immer aufbauende Worte fand. Danke für zahlreiche Diskussionen und anregende Kritik während der Erstellung dieser Arbeit und des gesamten Studiums. Ich empfand diese Gespräche als persönliche Bereicherung. Du hast verschiedenste Versionen dieser Arbeit gelesen, sie kommentiert und kritisiert. Ich danke dir von ganzen Herzen.

Danken möchte ich meinem Betreuer und Erstbegutachter, Mag. Johannes Pfliegerl, für die exzellente Betreuung während der gesamten Diplomarbeit. Er gab mir Denkanstöße und verstärkte mit seiner Art, sich für die Forschung zu begeistern, auch mein Interesse sich vermehrt der Forschung zu widmen. Mein Dank geht auch an Prof. DSA Mag. Dr. Peter Pantucek für die Durchsicht und die fachlichen Rückmeldungen sowie die Zweitbegutachtung der Arbeit.

Frau Mag. Dr. Brigitte Cizek danke ich für die Unterstützung bei der Suche nach Familien und ihren Inputs für die Herangehensweise bei den Interviews mit den Kindern. Frau DSA Herta Staffa danke ich für ihr Engagement bei der verzweifelten Suche nach einem dritten Fall. Danke an die ExpertInnen die sich für Interviews zur Verfügung stellten und mir ihr Wissen und ihre Erfahrung mitteilten. Mein Dank gilt schließlich den Familie und professionellen Helferinnen, die sich bereiterklärt haben über diese Thema und die belastende Situation mit mir zu sprechen. Dadurch wurde ein subjektiver Zugang zum Thema möglich. Für das Korrekturlesen der Arbeit danke ich Thomas Purrer.

Kurzfassung

Kinder von psychisch kranken Müttern sind zahlreichen Auswirkungen und Belastungen ausgesetzt. In Österreich gibt es nach Schätzungen von ExpertInnen ca. 50.000 betroffene Kinder. Die professionellen HelferInnen richten ihren Blickwinkel in den letzten Jahren immer mehr auf diese Problematik, jedoch gibt es noch wenige Einrichtungen, die für die Kinder Beratung oder Begleitung anbieten. Die Auswirkungen für die Kinder sind vielfältig und können in unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme getrennt werden. Diese stehen in einer Wechselwirkung und beeinflussen sich daher gegenseitig. Verschiedenste Einflussfaktoren verbessern oder verschlechtern die Situation des Kindes. Um die Auswirkungen für das Kind so gering wie möglich zu halten, sind eine Früherkennung der gefährdeten Situation und eine adäquate Betreuung von Mutter und Kind nötig. Die Sozialarbeit kann und soll hier einen wesentlichen Beitrag leisten und in den Einrichtungen vermehrt auf diese Kinder achten und ihre Unterstützung anbieten.

Diese Arbeit hat zum Ziel, die schwierige Situation und Auswirkungen auf die Kinder anhand von bisherigen Studien zu beschreiben. Drei Situationen von Kindern wurden qualitativ erhoben, um die Problematik und entstandene Dynamik in Familien exemplarisch aufzuzeigen. Aus den Ergebnissen der Fälle werden mögliche sozialarbeiterische Interventionen abgeleitet. Vor allem professionelle HelferInnen, die mit dieser Zielgruppe zu tun haben, sollen verstärkt für das Thema sensibilisiert werden um für die Kinder Lobbyarbeit zu betreiben. Dadurch könnte die „vergessene Zielgruppe“ noch mehr in die Aufmerksamkeit der Fachöffentlichkeit treten und frühzeitige adäquate Interventionen gesetzt werden, die Folgeschäden und Verhaltensauffälligkeiten verringern.

Abstract

Mental disorders of mothers are a burden on their children. According to the estimation of experts in Austria about 50.000 children are affected. Within the last years, professional supporters become aware of these problems and identified children as a target group. However, there are few social institutions offering counselling, company or care for such children. The negative effects are various and can be divided into direct problems, resulting problems and general psycho-social problems. They affect each other. Various influencing factors upgrade or downgrade the situation of these children. To keep the effects from escalating, it is necessary to diagnose the dangerous situation in an early stage and offer adequate support for mother and child.

Social work is able to and should make a contribution to helping these children and offering them adequate professional support.

The goal of this thesis is to describe the difficult situation and effects for the children by considering previous surveys and three qualitative case studies. They should point out the difficulty and dynamics within the families. The results of the case studies are the basis for designing possible social interventions to be carried out by social workers. Moreover, the professionals should be sensitized to practice lobbying for such children. Thus, the „forgotten target group“ gains recognition and as a consequence early intervention can help prevent deviant behaviour.

Inhalt

Danksagung	i
Kurzfassung	ii
Abstract	iii
Koki - Rabentochter	vii
I Theoretischer Teil	1
1 Einleitung	2
1.1 Motivation	2
1.2 Problemstellung	3
1.3 Aufbau der Arbeit	5
2 Psychische Erkrankungen	6
2.1 Schizophrene Psychose	7
2.2 Affektive Störungen	8
2.3 Persönlichkeitsstörungen	9
3 Die Lebenssituation der Kinder	11
3.1 Auswirkungen	11
3.1.1 Unmittelbare Probleme	13
3.1.2 Folgeprobleme	15
3.1.3 Belastungen für die Altersgruppe der 6-12 Jährigen	18
3.1.4 Allgemeine psychosoziale Probleme	19
3.2 Einflussfaktoren	21

3.3	Vergleiche nach Erkrankungstyp	23
3.4	Zusammenfassung	24
4	Vorgehensweisen der professionellen HelferInnen	26
4.1	Kinder als Angehörige	27
4.2	Rolle der Sozialarbeit	28
4.2.1	Erreichbarkeit der Kinder	28
4.2.2	Wichtigkeit der Prävention	30
4.3	Netzwerkarbeit	31
4.3.1	Jugendwohlfahrt versus Erwachsenenpsychiatrie	31
5	Zielgruppenspezifische Angebote	33
5.1	Projekte	34
5.1.1	Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern	34
5.1.2	„Projekt“ MultiplikatorInnenarbeit	36
5.2	Einrichtungen	36
5.3	Materialien	39
5.4	Ein Blick über die Grenzen	40
5.4.1	Beispielprojekt „Auryn“	41
5.5	Zusammenfassung	42
II	Empirischer Teil	44
6	Methodenwahl	45
6.1	Vorüberlegungen	45
6.2	Auswertung	50
7	Fallstudien	51
7.1	Familie Wiesleitner	52
7.1.1	Gegenwärtige Situation und Deskription	52
7.1.2	Auswirkungen auf die Lebenssituation von Christoph	55
7.2	Familie Berger	62
7.2.1	Gegenwärtige Situation und Deskription	63
7.2.2	Auswirkungen auf die Lebenssituation von Lena	64
7.3	Familie Odizka	71

INHALT

7.3.1	Gegenwärtige Situation und Deskription	72
7.3.2	Auswirkungen auf die Lebenssituation von Simon	74
7.4	Resümee	78
8	Sozialarbeiterische Interventionen	81
8.1	Intervention bei unmittelbaren Problemen	81
8.1.1	Aufklärung	81
8.2	Intervention bei Folgeproblemen	82
8.2.1	Professionell gestützte soziale Kontakte	82
8.2.2	Erziehungshilfe	83
8.3	Intervention bei psychosozialen Problemen	85
8.3.1	Fremdunterbringung	85
8.3.2	Inklusion	85
8.4	Case Management	86
9	Zusammenfassung	88
9.1	Ausblick	90
	Literatur	91
	Abbildungsverzeichnis	99
	Anhang	100
	Eidesstattliche Erklärung	102

Rabentochter

Es ist ein Schweigen ohne Vorwurf.

Wenn du gesund wärest, würde ich sagen: Lass mich in Ruhe!

Du bist aber nicht gesund. Deine Krankheit dringt immer wieder in mein Leben, und es scheint wie ein Fluch, dass ich so oder so keinen Frieden finden kann.

Die Zuspitzung deiner seelischen Verfassung hat auch für mich eine Krise im Verhältnis zu dir bewirkt. Deine Krise überfiel mich und trieb mich selbst in eine. Wie ein quälendes Gift drang deine Gemütsverfassung in mein Leben, traf mich als schwere Schuld, die mir die Luft abschnürt und mich erdrückt . . .

Bin ich verflucht, immer unter der Last einer kranken Mutter zu leben?

Nach all den Jahren, in denen ich missbraucht wurde:

Als Beraterin, die du in jungen Jahren aus mir zu machen trachtetest,

Ratgeberin, doch selbst um Rat verlegen,

schützende Hand, doch selbst noch schutzloses Kind,

Freundin, doch um Freundschaft betrogen,

Weisheit gefordert und Unschuld verloren,

Vorbild im Strudel der Anti-Vorbilder,

stark und scharfsinnig, jedoch übersehen die traumwandlerische

Leichtfüßigkeit eines jungen Mädchens,

Sprachrohr des Wahnsinns und Deuterin des väterlichen Irrsinns,

Klagemauer . . .

KOKI, 1984 (Beeck 2004b)

Teil I

Theoretischer Teil

Kapitel 1

Einleitung

Kinder von psychisch kranken Eltern sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt selbst an einer psychischen Krankheit zu erkranken. Dieses Vulnerabilitätsrisiko ist jedoch nur ein Teil der Auswirkungen auf ein betroffenes Kind. Darüber hinaus stellen die Auswirkungen auf den Alltag einen wesentlicheren Belastungsfaktor dar und begleiten das Kind Tag für Tag. Dazu zählen die oftmals beobachtbare Übernahme der Erwachsenenrolle und in diesem Zusammenhang Verantwortung für Geschwister und den kranken Elternteil oder auch Schuldgefühle des Kindes aus Unwissenheit über die Krankheit und Isolierung von Freunden.

Diesem Teil der psychosozialen Auswirkungen widmet sich diese Diplomarbeit, da die Sozialarbeit mit ihrem ressourcenorientierten Ansatz als Profession meines Erachtens am besten geeignet ist sich mit dieser Thematik zu befassen und zu intervenieren. Wagenblass (2001 : S.514) betont auch, dass die sozialpädagogische Forschung zu diesem Thema einen wichtigen Beitrag leisten kann, da die Sozialpädagogik¹ mit ihrem situationsnahen, einzelfall- und nachfrageorientierten Ansatz explizit den Auftrag hat, die Lebenswelten der Kinder und ihrer Familie einschließlich der vorhandenen Ressourcen zum Ausgangspunkt ihrer Hilfsangebote zu machen.

1.1 Motivation

Mein Interesse und meine Motivation, mich diesem Thema zu widmen ist die Tatsache, dass Kinder von psychisch kranken Eltern im Regelbetrieb der Psychiatrie als Angehörige noch nicht ins Auge gefasst werden, obwohl die Zahl der Betroffenen hoch ist.

¹In Deutschland wird die Sozialpädagogik der Sozialarbeit zum Teil gleichgestellt.

Es werden in Österreich jedes Jahr etwa 42.000 diagnostizierte psychisch kranke Frauen zwischen 15 und 65 Jahren stationär aufgenommen, wie Zahlen von Statistik Austria belegen (Statistik Austria 2004 : S.143). Die Anzahl der Kinder dieser Frauen ist in Österreich nicht bekannt. Geht man jedoch von der durchschnittlichen Kinderzahl 1,6 pro psychisch kranker Frau in Deutschland aus (Schone / Wagenblaus 2002 : S.71), dann würde dies für Österreich eine Gesamtzahl von ca. 57.000 betroffenen Kindern pro Jahr bedeuten. Da dies nur die Zahlen für stationär versorgte Frauen sind und darüber hinaus auch nicht alle psychisch Kranken in Behandlung sind ist möglicherweise von einer weit höheren Zahl auszugehen. Leixnering (2002 : o.P.) geht ebenfalls von ca. 50.000 Kindern von psychisch kranken Eltern aus. Diese Zahlen stellen dar, dass es sich bei den Kindern psychisch kranker Mütter um keine Minderheit handelt, sondern viele davon betroffen sind. Es ist vor allem wichtig, sich für die Kinder zu engagieren, weil diese selbst oft keine Anzeichen geben und noch keine Lobby haben.

Ich erlebte dies ebenfalls während 2 Praktika im Handlungsfeld Psychiatrie. Eines davon war in einer psychosozialen Beratungsstelle. In dieser wurde routinemäßig nicht nach der Befindlichkeit der Kinder gefragt, bzw. wie die Mutter/der Vater mit der Situation zurechtkommt? In der stationären Erwachsenenpsychiatrie sieht es ähnlich aus, bei einer Anamnese wird die Situation der Kinder im Regelfall nicht mit aufgenommen. Es bleibt eher dem Zufall überlassen, in wie weit sich der/die ErwachsenenpsychiaterIn mit dieser Thematik beschäftigt und die Wichtigkeit erkennt.

Während meinem Literaturstudium und auch im Laufe der ExpertInneninterviews bin ich immer wieder darauf gestoßen, wie hilflos die professionellen HelferInnen sind, wenn sie mit einem betroffenen Kind bzw. einer Familie konfrontiert sind. Es fällt ihnen schwer die Situation einzuschätzen und für sie richtig zu intervenieren. Dies weckte auch das Interesse, sich für diese Gruppe zu interessieren und mit der Diplomarbeit gegebenenfalls auch ExpertInnen und relevante Personen für dieses Thema noch mehr zu sensibilisieren.

1.2 Problemstellung

Die zentrale Fragestellung die sich diese Arbeit widmet ist „Welche psychosozialen Auswirkungen bzw. Belastungen hat eine psychische Erkrankung einer Mutter auf ein Kind im Alter von 6 bis 12 Jahren? Welche Interventionen ergeben sich daraus für die Sozialarbeit?“

Das Alter des Kindes stellt ein Kriterium für die Auswirkung dar und lässt in der Ausgangsfrage die Alterseingrenzung festlegen (Baumann 2000 : S.49). Es werden die Phasen

der Neugeborenen und Babys, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche im Vorschulalter bzw. Schulalter und die der Jugendlichen in der Adoleszenz unterschieden. Die Altersgruppe der 6-12 Jährigen würde die Phase der Kinder und Jugendlichen im Vorschulalter bzw. Schulalter bezeichnen. Remschmidt (2000 : S.3) und Mewe (2000 : S.13) sprechen von der Pubertät und Adoleszenz ab dem Alter von 13 Jahren. Dies lässt die obere Altersgrenze von 12 Jahren festlegen, weil sich ab diesem Zeitpunkt zusätzliche Auswirkungen für das Kind ergeben. Vor allem die Möglichkeit der eigenen Erkrankung rückt immer mehr ins Blickfeld, aber darauf wird in dieser Arbeit nicht vorrangig Bezug genommen. Die untere Grenze ergibt sich daraus, weil im empirischen Teil Interviews mit Kindern durchgeführt werden. Hierfür wurde ein Alter von 6 Jahren als notwendig empfunden damit sich die Kinder artikulieren und ihre Eindrücke äußern können.

Der Fragestellung nach Auswirkungen bzw. Belastungen für Kinder psychisch kranker Eltern haben sich einige ForscherInnen gewidmet (Stöger 1999; Remschmidt / Matthejat 1994a; Schone / Wagenblass 2002). Jedoch wurden meist in diesem Zusammenhang erwachsene Kinder befragt. Es gibt wenig Studien die sich mit Kindern in der Situation befassen (Lenz 2003).

Aus diesem Grund wird die Problematik an drei exemplarischen Fällen im empirischen Teil aufgezeigt. Es geht hier um bereits diagnostizierte Mütter, somit jene die erfasst sind und gewisse Formen an Hilfeleistung durch das österreichische Gesundheitssystem erfahren. Diese Fälle sollen dazu dienen, verschiedenste Dynamiken in dem System erkennen, verdeutlichen und anschließend herausarbeiten zu können, ob und wie eine sozialarbeiterische Intervention möglich ist.

Die Erarbeitungen der Interventionen bei diesen exemplarischen Fällen sollen als Überlegungen verstanden werden, wie in einem solchen Setting vorgegangen werden kann. Im Rahmen dieser qualitativen Erhebung werden die betroffenen Kinder, die erkrankte Mutter, der gesunde Elternteil (falls vorhanden), weitere stabilisierende Bezugspersonen und professionelle HelferInnen befragt.

Es gibt wesentliche Unterschiede im Stand der Forschung und den Angeboten für die Zielgruppe. Länder wie Holland, Deutschland und der englischsprachige Raum weisen in beiden Punkten deutlich mehr Forschungs- und Projektstätigkeit auf als Österreich.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit teilt sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Aufgrund der geringen Informationen zur Thematik in Österreich, wurden mit 7 Personen, die im Anhang aufgelistet sind, ExpertInneninterviews durchgeführt. Die daraus gewonnenen Meinungen werden vor allem in den Theorieteil einfließen. Die Aussagen des Interviews per e-mail fließen nicht in die Arbeit ein, weil der Informationsgehalt zu gering ist und aus Zeitgründen des Experten kein weiterer persönlicher Termin möglich war.

Der theoretische Teil beginnt mit Kapitel 2. In diesem werden die psychischen Erkrankungen der Mütter, die im empirischen Teil befragt wurden, beschrieben. Dadurch soll die Komplexität der Symptome ersichtlich werden. Das dritte Kapitel schildert die Lebenssituation der Kinder und geht auf die Auswirkungen ein. Diese werden in unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme gegliedert. Darüber hinaus wird auf Einflussfaktoren eingegangen, die zu einer Verstärkung oder Verringerung der Auswirkungen führen können. In Kapitel 4 werden die Vorgehensweisen der professionellen HelferInnen beschrieben. Es wird vor allem auf die Sozialarbeit Bezug genommen und beschrieben, wie sie für Kind und Mutter Unterstützung anbieten kann. Zielgruppenspezifische Angebote werden in Kapitel 5 vorgestellt. Dieses beinhaltet Projekte und Angebote von Einrichtungen in Österreich und skizziert ein best-practice Projekt aus Deutschland.

Der zweite Teil der Arbeit ist der empirische Teil. In diesem werden die Ergebnisse der Literatur anhand von drei exemplarischen Fällen diskutiert. In Kapitel 6 wird auf methodische Überlegungen, die Auswertung und den Schwierigkeiten bei der qualitativen Untersuchung eingegangen.

In Kapitel 7 folgt die Darstellung der Fälle. Die Lebenssituation der Kinder wird in die drei oben genannten Problembereiche gegliedert. Im Anschluss wird ein Resümee über die Resultate der Fälle gezogen. Auf Basis der Ergebnisse werden in Kapitel 8 sozialarbeiterische Interventionen für die Kinder von psychisch kranken Müttern exemplarisch erarbeitet.

Den Abschluss bilden eine Zusammenfassung der wichtigsten Punkte aus theoretischer und empirischer Sicht sowie ein Ausblick.

Kapitel 2

Psychische Erkrankungen

In diesem Kapitel werden die psychischen Erkrankungen, die bei den Fällen im empirischen Teil diagnostiziert wurden, im Überblick vorgestellt. Dabei handelt es sich um eine paranoide Schizophrenie, einer bipolar verlaufenden affektiven Störung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese Erläuterungen sind deshalb von Bedeutung, weil jede dieser Diagnosen unterschiedliche Symptomatiken nach sich zieht und sich diese auf die Kinder in Form von Belastungen auswirken. Darüber hinaus soll ein Einblick in die Komplexität der psychischen Erkrankungen gegeben werden.

Die Charakterisierung der Erkrankungen erfolgt nach ICD 10 (International classification of diseases) Kapitel V (F), dem aktuellen internationalen Klassifikationsschema psychischer Erkrankungen. Im folgenden soll dabei die Epidemiologie, Symptomatik und Intervention ersichtlich werden, sowie die Bedeutung der Vererbung, da bei betroffenen Kindern auch immer wieder nach dieser gefragt wird.

Die Erläuterungen sind notwendig, um die Situation mit denen die Kinder konfrontiert sind verstehen zu können. Die Ätiologie für psychische Erkrankungen ist vielfältig, und kann nicht auf einen Risikofaktor zurückgeführt werden. Es wird von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, wobei das „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell“ in diesem Zusammenhang favorisiert wird. Bei diesem Modell wird davon ausgegangen, dass neben einer genetischen Disposition ebenfalls psychosoziale Faktoren wie belastende Lebensereignisse zu einem Ausbruch der Krankheit führen können (Hasenöhr 2003 : o.P.). Darüber hinaus ist bei der Therapie auch ein mehrdimensionaler Ansatz zu beachten.

2.1 Schizophrene Psychose

Nach Deister / Möller (1998 : S. 26) kann man davon ausgehen, dass 1 % der Bevölkerung nach Lebenszeitprävalenz, an einer schizophrenen Psychose im weiteren Sinn erkrankt. Darunter versteht man Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Wenn man nach Statistik Austria aufgrund der Volkszählung 2001 von 8.032.857 österreichischen EinwohnerInnen ausgeht, dann würde dies für Österreich eine Zahl von 80.329 Betroffenen bedeuten. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken ist höher, wenn bei einem oder bei beiden leiblichen Eltern eine schizophrene Störung diagnostiziert wurde. Es sind dazu in der Literatur unterschiedliche Angaben zu finden. Deister / Möller (1998 : S.236) sprechen bei einem erkrankten Elternteil von einer Erkrankungswahrscheinlichkeit von 13% und bei einer Erkrankung beider Elternteile von 46%. Dies würde bedeuten, dass beinahe die Hälfte aller Kinder von einem an Schizophrenie erkrankten Paar gefährdet sind selbst zu erkranken. Remschmidt / Mattejat (1994a : S.22) geben bei einem erkrankten Elternteil den Prozentsatz von 10 bis 15% an, und bei beiden Elternteilen gehen sie von einer 35 bis 50 prozentigen Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen aus. Darüber hinaus ist auch eine höhere Vulnerabilität für andere psychische Störungen gegeben.

Bei der Erstmanifestation lässt sich ein Geschlechtsunterschied feststellen. Bei Männer liegt dieser zwischen der Altersstufe 20 bis 24 Jahren und bei Frauen zwischen 25 und 29 Jahren. Diese Differenz lässt sich eventuell durch den Einfluss von Östrogenen erklären (Deister / Möller 1998 : S.28). Durch diese eher späte Erkrankung kommt es bei vielen Frauen schon vor dieser Zeit zur Familienplanung und zur Geburt eines Kindes. Aufgrund dessen kann vermutet werden, dass die Zahlen von betroffenen Kindern, deren kranker Elternteil Schizophrenie hat, höher ist.

Schizophrene Störungen äußern sich laut Dilling / Freyberger (2000 : S.87) durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquater oder verflachter Affekte. Die häufigsten pathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug. Ebenso kommt es zu Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Denkstörungen, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten. Es kann auch immer wieder zu Stimmen kommen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen. Bei der paranoiden Schizophrenie kommt es vermehrt zu Wahnvorstellungen mit akustischen Halluzinationen und Wahrnehmungsstörungen sowie Störungen der Stimmung des Antriebs und der Sprache (Dilling / Freyberger 2000 : S.90).

Zwischen dem ersten stationären Aufenthalt und dem Beginn der Erkrankung liegen

zumeist einige Jahre. Vier Jahre vorher kommt es zu unspezifischen Äußerungen, die noch nicht unbedingt einer schizophrenen Störung zuzuordnen sind. Zwei Jahre vorher aber lassen die Verhaltensweisen des/der KlientIn einen eindeutigen Rückschluss auf die Erkrankung ziehen. In dieser Zeitdifferenz kommt es oftmals zu keiner Behandlung oder Betreuung. Zur Behandlung von schizophrenen Störungen in Akutsituationen kommt der Medikation mehr Bedeutung zu als der Psycho- oder Soziotherapie. Zumeist gibt man Neuroleptika, wobei bei bestimmten Symptomatiken auch andere Psychopharmaka zum Einsatz kommen wie z.B. Antidepressiva (Dilling / Freyberger 2000 : S.124). Therapie bzw. sozialarbeiterischen Interventionen kommen vermehrt zum Einsatz, wenn die psychische Phase abgeklungen ist.

2.2 Affektive Störungen

Affektive Störungen werden nach Dilling / Freyberger (2000 : S.99) als Störung, die sich in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität äußert, charakterisiert. Dabei kann es sich um eine Depression handeln, die mit oder ohne Angst begleitet wird, oder um eine Manie, die von euphorischen Hochgefühlen geprägt ist. Diese Stimmungswechsel gehen meist mit der Veränderung des Aktivitätsniveaus einher und kommen teilweise im Laufe des Lebens der Betroffenen immer wieder. Unipolare Störungen kennzeichnen sich durch, depressive oder manische Phasen. Bei bipolaren Störungen wechseln sich diese Phasen in bestimmten Abständen ab, sie werden dann als manisch-depressive Störungen bezeichnet. Die Lebensprävalenz lässt sich wie bei schizophrenen Störungen auf 1% festlegen (Remschmidt / Matthejat 1994a : S.11). Bei den häufigsten Studien erhöht sich dieser Prozentsatz bei Kindern mit depressiven oder manischen Eltern auf 23-28% (Remschmidt / Matthejat 1994a : S.70). Der Beginn der Erkrankung lässt sich oft im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter feststellen (Hasenöhr 2003 : o.P.).

Die Behandlung affektiver Störungen hat sich in eine antidepressive, antimanische und rezidivprophylaktische Therapie differenziert, welche bei der Psychotherapie und Soziotherapie unverzichtbar sind. Antidepressiva haben zwei Wirkungsbereiche: Auf der einen Seite wirken sie antidepressiv auf die Stimmung und andererseits haben sie eine steigende oder dämpfende Wirkung auf den Antrieb, sie sind somit stimmungsstabilisierend. Eine prophylaktische Medikation ist die Lithiumtherapie, die bei Manie und rezidivierenden manisch-depressiven Erkrankungen wirkt (Meyer / Hautzinger 2002 : S.621).

2.3 Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen führen in der Literatur immer wieder zu Diskussionen, da der Begriff als unpassend gesehen wird, weil die gesamte Persönlichkeit eines Menschen stigmatisiert und pathologisiert wird (Sachse 1997 : S.14). Im ICD 10 wird festgehalten, dass es sich dabei um deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen handelt. Dieses Verhalten ist meist anhaltend und bezieht sich auf verschiedene Beziehungen und Bereiche. Häufig gehen sie mit persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher (Dillinger *et al.* 2000 : S.225).

Laut Peterson (1997, zit.n. Mayer 2004 : o.P.) sind 10% der Allgemeinbevölkerung von dieser Diagnose betroffen. Diese Störungen beginnen immer im Kindheit- und Jugendalter und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter. Es muss hierbei jedoch erwähnt werden, dass die Kriterien für eine Persönlichkeit- oder Verhaltensstörung sehr weit gefasst sind, und z.B. auch Störungen der Geschlechtsidentität darunter fallen. Das Phänomen der Ich-Syntonie wird im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung immer wieder diskutiert. Damit ist gemeint, dass sich Personen aus der Eigenperspektive eher selten als störend, abweichend oder normverletzend sehen und sie sich diese Erkrankung selbst nicht zuschreiben würden. Dieses Phänomen veranlasst viele Professionisten diese Betroffenen als schwer behandelbare Zielgruppe zu sehen. Fiedler (2001 : S.7) bringt ein Gegenargument und beschreibt dazu, dass KlientInnen nach einer gewissen Zeit an Betreuung und nachdenken über sich selbst auch zur Selbsteinsicht kommen und ihnen die Interaktionsproblematik bewusst wird.

Bei Persönlichkeitsstörungen wird oft eine Komorbidität diagnostiziert. Symptome von Betroffenen lassen sich auf mehrere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zuteilen oder es werden bei diagnostizierter Schizophrenie, Depression oder Manie auch Kriterien von Persönlichkeitsstörungen erfüllt (Fiedler 2001 : S.169f). Es verdeutlicht, wie wichtig es ist, eine multifaktorielle Genese in Form von Psychotherapie und Medikation zur Behandlung heranzuziehen.

Eine in der Öffentlichkeit häufigste genannte Persönlichkeitsstörung ist die Borderlinestörung. Diese Bezeichnung wurde ursprünglich eingeführt, um Randphänomene im Grenzbereich zu den schizophrenen Störungen genauer zu erfassen. Mit der Zeit wurde sie jedoch als eigene Störung der Persönlichkeit festgelegt und zählt heute zu den häufigsten untersuchten Persönlichkeitsstörungen. Laut Fiedler (2001 : S.237) ist das zentrale Merkmal einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ein durchgängiges Muster einer besonders auffälligen Instabilität im Bereich der Stimmung und Affektivität. Dies führt einerseits auf den

Betroffenen bezogen zu Identitäts- und Impulsproblematiken. Andererseits ergeben sich Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, die zu schweren Konflikten führen können. Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird mit bis zu 2% in der Allgemeinbevölkerung angegeben (Eckert *et al.* 2000 : S.282-283).

Diese Beschreibung der Erkrankungen sollte einen kurzen medizinischen Einblick in die Materie geben um in weiterer Folge nachvollziehen zu können, dass es gravierende Auswirkungen auf die Kinder haben kann. Auf die Auswirkungen wird im Abschnitt 3.1 und im empirischen Teil eingegangen.

Kapitel 3

Die Lebenssituation der Kinder

Durch die Beschreibung der Krankheitsbilder konnte ein Einblick in die Komplexität der Symptome gegeben werden. Dieses Kapitel soll nun aufzeigen, wie sich diese Symptomatik und ihre Folgeprobleme auf die Lebenssituation der Kinder der Erkrankten auswirkt. Im nachfolgenden Abschnitt *3.1* werden die unmittelbaren Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme beschrieben. Ein Abschnitt der Problemlagen widmet sich den spezifischen Belastungen für Kinder im Alter von 6-12 Jahren.

In der Literatur wird zumeist von der psychischen Erkrankung eines Elternteils gesprochen, wobei 60-70% betroffene Mütter sind. Auf diese Thematik wird im speziellen unter Punkt *3.1.4.1* eingegangen. Die psychische Erkrankung der Mutter muss aber nicht immer zu einer belastenden Situation für das Kind führen. Es sind viele Faktoren die zusammenspielen und gegenseitig einwirken. Diese Kriterien werden in Abschnitt *3.2* beschrieben. Zum Schluss wird darauf eingegangen, zu welchen Ergebnissen die Forschung kommt, wenn die Auswirkungen nach Erkrankungstyp analysiert werden und wie relevant sich der Faktor der Diagnose darstellt. Eine kurze Zusammenfassung der Lebenssituation der Kinder rundet das Kapitel ab.

3.1 Auswirkungen

Dieses Kapitel beschreibt die möglichen Belastungen und Auswirkungen für das Kind. Remschmidt / Matzejat (1994b : S.3) gruppieren die Faktoren, die die Entwicklung des Kindes beeinflussen in zwei Faktorenkomplexe:

- Die genetische Belastung: Es wird davon ausgegangen, dass Kinder von psychisch

kranken Eltern eine erhöhte Verletzlichkeit bzw. Anfälligkeit für psychische Erkrankungen aufweisen.

- Psychosoziale Belastungen: Kinder sind häufig psychischen und sozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt. Sie wachsen meist unter Lebensbedingungen auf, die teilweise oft schwieriger sind als bei vielen anderen Kindern.

In dieser Arbeit wird nicht auf die genetische Belastung und die High-risk-Forschung¹ eingegangen, sondern auf die psychosozialen Auswirkungen, weil die Sozialarbeit in dieser Hinsicht vermehrt Hilfestellungen geben kann und aufgrund ihres situationsnahen, einzelfall-, nachfrage-, und ressourcenorientierten Ansatzes als Profession sehr gut geeignet ist. Die Literatur (Wagenblass 2001 : S.514) und Expertenmeinungen bestätigen diese Überlegung (Leixnering 2004).

Mattejat (1996 : S.22) unterscheidet zwischen unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen. Unmittelbare Probleme sind jene, die sich direkt aus dem Erleben der Erkrankung ergeben. Dazu zählen unter anderem Desorientierung, Schuldgefühle und Tabuisierung. Folgeprobleme werden indirekt durch die Veränderung der sozialen und familiären Situation hervorgerufen und beinhalten z.B. Betreuungsdefizite, Vernachlässigung oder Verantwortungsverschiebung, auch Parentifizierung genannt. Die allgemeinen psychosozialen Probleme werden nach Deneke (2004a : S.88) ergänzt.

Die Gewichtung der Probleme ist im Einzelfall sehr unterschiedlich und hängt stark vom individuellen Erleben des Kindes ab, wozu bisher noch wenige Erkenntnisse vorliegen (Schone / Wagenblass 2002 : S.155). Die Ursache liegt im Ansatz der bisherigen Forschung. Es wurden bisher vorrangig nur erwachsene ehemals betroffene Kinder zu ihren Erlebnissen befragt (Hänni und Wütrich 1992, Sielaff 1994, zit. n. Baumann 2000; Schone / Wagenblass 2002; Stöger 1999).

Lenz (2003) führte von Dezember 2001 bis November 2003 ein Projekt durch, bei dem Kinder und Jugendliche im Alter von 7-18 Jahren befragt wurden. Er kommt bei einem ersten Projektbericht zu dem Schluss, dass sich die Aussagen der Kinder weitgehend mit den Erinnerungen der Erwachsenen decken. Die Befragung der Kinder bringt aber noch einen unmittelbareren Einblick in ihre Situation und ihr individuelles Erleben. Auf diese Dynamik wird in Kapitel 6 eingegangen. Die Ergebnisse von Lenz können aber nur begrenzt eingebaut werden, weil die Publikation der Projektergebnisse erst erscheinen wird.

¹High-risk-Forschung geht davon aus, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine Gruppe mit hoher Risikoverdichtung im Hinblick auf eine eigene psychische Erkrankung sind (Schone / Wagenblass 2002 : S.21)

Es wird auf die von Mattejat (2004 : S.72-73) beschriebenen Problemfaktoren Bezug genommen, weil diese aus jahrelanger Forschung zusammengefasst hervorgehen und einen sehr guten Einblick in die bisherigen Ergebnisse liefern.

Darüber hinaus kommen Stöger / Mückstein (1995) und Stöger (1999) bei ihrem Präventionsprojekt, bei dem vorwiegend Mütter mit ihren Kindern im Alter zwischen vier und zwölf Jahren beraten wurden, zu sehr ähnlichen Ergebnissen. Dieses österreichische Projekt wird in Abschnitt 5.1.1 beschrieben.

Es wird nun versucht, die Probleme aufeinander zu beziehen und Zusammenhänge kenntlich zu machen.

3.1.1 Unmittelbare Probleme

Unmittelbare Probleme sind jene, die sich direkt aus der psychischen Erkrankung ergeben. Dazu zählen:

Desorientierung

Kinder psychisch kranker Eltern sind oftmals verängstigt und verwirrt, weil sie die Verhaltensweisen der Mutter nicht einordnen und verstehen können (Mattejat 2004 : S.72). Stöger (1999 : S.24) betont, dass vor allem in der Phase des sozialen Lernens das Verständnis für den Zusammenhang zwischen Wahrnehmung, Kognition und Affekt wichtig ist. Dadurch können die Kinder ihr Handeln einschätzen lernen und in Folge wird die Umgebung vertrauter. Kommt es jedoch bei der erkrankten Mutter zu Reaktionen, die für das Kind nicht nachvollziehbar sind, weil es von der elterlichen Wahrnehmung abweicht, macht es dem Kind Angst und löst Verwirrung aus.

Schuldgefühle

Aufgrund der Desorientierung der Kinder kann es oftmals die Reaktionen der Mutter nicht einschätzen und sucht die Schuld ihres Verhaltens bei sich selbst. Es kommt zur Ausbildung von Schuldgefühlen. Kinder glauben, dass sie aufgrund ihres Verhaltens die Erkrankung der Mutter (mit)herbeigeführt hätten. Es sucht eine Erklärung für die unverständlichen Phänomene und ist seiner Phantasie überlassen. Diese bietet „...seinem egozentrischen Weltbild entsprechend, die eigene Schuld als Erklärung an“ (Stöger 1999 : S.23). Laut Glenn / Stiels-Glenn (2003 : S.26) halten die Kinder das Verhalten der Erkrankten für normal und vermuten eher, dass sie selbst und ihre Reaktionen nicht normal sind.

Dies bestätigt eine ehemals betroffene Frau in einem persönlichen Gespräch. Sie glaubte Schuld an dem Verhalten der Mutter zu sein, weil sie schlimm war und z.B. vergessen hatte die Blumen in die Vase zu geben (Bauer 2005).

Vorwiegend bei älteren Kindern entsteht aufgrund des Benehmens der Mutter Wut und Zorn. Die Wut auf seine eigene hilfsbedürftige Mutter führt wiederum zu Schuldgefühlen (Stöger / Mückstein 1995 : S.30)

Diese unbegründeten Schuldgefühle könnten durch Aufklärung über die Erkrankung und ihrer Enttabuisierung vermieden werden. Doch in den meisten Fällen wird die Erkrankung der Mutter tabuisiert.

Tabuisierung

Bei den Kindern entsteht der Eindruck, dass sie nicht über die Erkrankung und ihre dadurch entstehenden Befürchtungen und Belastungen reden dürfen. Sie glauben, dass sie dadurch die Mutter verraten. Mattejat (2004 : S.73) sieht darüber hinaus die Tabuisierung als Verbot, sich an Personen außerhalb der Familie zu wenden. Innerhalb der Familie konnte bei der Studie von Stöger / Mückstein (1995 : S.30) ein absolutes Schweigen über die Krankheit festgestellt werden. Es war kein Gesprächsthema und wurde nicht offen angesprochen. Dem Kind kamen auch keine Informationen über die Erkrankung zu. Stöger (1996 : S.9) geht davon aus, dass sich das Kind durch die Ungewissheit eine Erklärung zurechtlegt, die oft schlimmer ist als die Realität. Diese Tabuisierung wird zum Teil auch als falsche Rücksichtnahme der Eltern verstanden, obwohl sich die Kinder eine Aufklärung über die Erkrankung wünschen, um das Verhalten der Mutter besser einordnen zu können.²

Isolierung

Durch die Tabuisierung und dem Kommunikationsverbot kommt es oftmals zur Isolierung des Kindes. Es vertraut sich niemanden an und spricht nicht über seine Probleme. Die Folgen der Isolierung beschreibt Stöger (1999 : S.26) aber noch weitreichender. Psychische Erkrankungen sind von der Gesellschaft tabuisiert, stigmatisiert und isoliert. Die Kinder sind ebenfalls davon betroffen, indem sie Außenseiter in der Schule sind und wenige Freunde haben. Aufgrund der Erkrankung und Stigmatisierung isoliert sich die kranke Mutter zunehmend von der sozialen Umwelt und bricht die Kontakte ab. Für das Kind gehen

²An der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wurde eine Studie durchgeführt, bei der Kinder zu gewünschten Hilfen befragt wurden. Sie gaben vor allem Aufklärung über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters an (Küchenhoff 2004 : S.105). Zum selben Ergebnis kam Lenz (2003) bei einer Studie in Nordrhein-Westfalen.

dadurch wichtige Bezugspersonen oder Außenkontakte verloren. Aus Erzählungen von professionellen HelferInnen lässt sich auch durch unbegründetes „klammern“ der Eltern eine Isolierung der Kinder feststellen. Sie dürfen sich nicht mit FreundInnen treffen, oder diese nach Hause einladen, weil dadurch das Kind die Kontakte zur Mutter lockert und sie überflüssig erscheinen lässt.

3.1.2 Folgeprobleme

Folgeprobleme werden indirekt aufgrund der psychischen Erkrankung hervorgerufen, indem die soziale und familiäre Situation verändert wird. Im nachfolgenden werden die Erkenntnisse aus Studien und Erfahrungen beschrieben.

Zusatzbelastungen

Oftmals ist es die Zuständigkeit der Kinder Aufgaben im Haushalt zu übernehmen, die nicht zu ihren Tätigkeitsbereichen gehören. Sie stellen damit ihre Bedürfnisse in den Hintergrund um die Situation in der Familie oder Wohnung zu wahren (Mattejat 2004 : S.73). Die psychosozialen Probleme, die in Abschnitt 3.1.4 erläutert werden, würden meines Erachtens auch zu diesen Zusatzbelastungen zählen. Sie entstehen allerdings erst wenn die Erkrankung länger andauert und chronisch verläuft. Wenn Mütter einen Klinikaufenthalt haben, dann sind Kinder auch kurzfristig Zusatzbelastungen ausgesetzt, die sich meist in der Übernahme von Haushaltstätigkeiten zeigt.

Betreuungsdefizit

Hier geht es um die Grundversorgung und Bedürfnisbefriedigung des Kindes. Es kann zu inadäquater Versorgung von Nahrung, Kleidung oder Sicherheit des Kindes führen. Dadurch besteht die Möglichkeit einer Gefährdung des Kindes (Stöger 1999 : S.23). Die Kinder erhalten zu wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung. Es fehlt ihnen an Liebe und Geborgenheit. Ebenso fehlt es an der elterlichen Anleitung und Erziehungskompetenz, weil sie schon zu sehr mit ihren eigenen Problemen beschäftigt sind. Bei depressiven und schizophrenen Müttern wurde erkannt, dass sie wenig einfühlsam sind und gegenüber dem Kind negative Gefühle und Feindseligkeiten äußern. Das Kommunikationsverhalten ist eher passiv und eingeengt. Der so genannte „depressive Interaktionsstil“ wird als direkte Folge der Erkrankung vermutet (Wüthrich *et al.* 1997 : S.143).

Stöger / Mückstein (1995 : S.30) sehen vor allem beim jungen Kind die emotionale Unbeteiligung, die Distanziertheit, die emotionale Expansion oder auch Aggression der

Mutter als sehr problematisch. Das Kind erfasst, aufgrund der Desorientierung, das Verhalten als Ablehnung und Liebesentzug. Es glaubt, dass es nicht mehr lebenswert ist.

Abwertungserlebnisse

Die Familie oder das Kind selbst wird von Freunden und Bekannten abgewertet. Die Tabuisierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft trägt dazu bei. Schone / Wagenblast (2002 : S.177-178) schildern die Abwertung eines nun 24 jährigen Mannes so: „Mitschüler und Bekannte fördern bedingt durch unreflektierte Vorurteile über psychische Erkrankungen unbewusst die Ängste von Georg. Auf die diskreditierte Abwertung eines Mitschüler, in dem dieser ihn als „Spinner“ bezeichnet, zeigt Georg eine typische Reaktion,...er zieht sich von der Außenwelt zurück und schweigt.“

Stöger (1999 : S.26) sieht die Ächtungen als problematisch, weil das Kind sehr stark an Normen gebunden ist und diese auch für wichtig hält. Es wird die Normabweichung der Eltern und die damit in Verbindung stehende Abwertung von außen als sehr schmerzlich erlebt.

Parentifizierung

Darunter wird die Verantwortungsverschiebung von der Mutter zum Kind verstanden. Deneke (1995 : S.5) bezeichnet es als eine Eltern-Kind-Beziehung die „auf den Kopf steht“. Die Kinder fühlen sich teilweise für die Familie und Eltern verantwortlich und übernehmen elternhafte Funktionen. Sie übernehmen die Sorge für jüngere Geschwister, versuchen die Familie zusammenzuhalten und stabilisieren die psychisch kranke Mutter (Mattejat 2004 : S.73). Die Kinder sind am häufigsten mit der kranken Mutter konfrontiert und reagieren auf diesen Druck mit ihrer „Hilfsbereitschaft“. Aufgrund der Rollenumkehr wirken die Kinder erwachsen und vernünftig. Die Mutter regrediert auf die Kinderebene und das Kind steht auf der Erwachsenenenebene. Es kann bis zum Partnerersatz für die kranke Mutter oder auch für den gesunden Elternteil führen. Dadurch wird nicht nur Verantwortung übernommen, sondern dem Kind geht auch ein Teil seiner Freizeit verloren. Sie verringern durch die vielen Aufgaben die Kontakte zu ihren Freunden, Bekannten und Bezugspersonen.

Eine Psychologin schildert ein Beispiel der Parentifizierung: Die Tochter einer Patientin machte die Termine für die Mutter aus und achtete darauf, dass sie diese einhielt. Ohne die Hilfe der Tochter hätte die Mutter die Betreuung nicht aufrechterhalten können.

Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie

Vor allem bei chronisch verlaufenden Erkrankungen kommt das Kind immer wieder in Loyalitätskonflikte zwischen den Elternteilen oder auch anderen Bezugspersonen. Es kann zur Allianzbildung kommen, die das Kind unter Druck setzt sich für eine Partei zu entscheiden. Oftmals beginnt die Mutter zu „klammern“, weil das Kind für sie eine wichtige Bezugsperson darstellt. Dadurch sind vor allem ältere Kinder zwischen der Mutter und den eigenen Bedürfnissen hin und her gerissen (Stöger 1999 : S.24). Bei Konflikten stehen sie zwischen den Parteien und sehen sich überfordert.

Loyalitätskonflikte außerhalb der Familie

Vor Freunden schämen sich die Kinder für das Verhalten der Mutter und sie können sich nicht entscheiden, ob sie aus Loyalität zur Mutter halten oder sich von ihr distanzieren (Mattejat 2004 : S.73). Sie stehen, wie bei den Loyalitätskonflikten innerhalb der Familie, zwischen den eigenen Bedürfnissen und denen der Mutter.

All diese Probleme könnten meines Erachtens teilweise mit Hilfen zur Erziehung oder sozialpädagogischen Familienhilfe verringert werden. Mütter wenden sich aber aus Angst um eine Kindesabnahme sehr oft nicht an das Amt für Jugend und Familie oder fürchten den Kontrollaspekt. Vor allem in Zusammenhang mit Zusatzbelastungen und Betreuungsdefiziten erwähnt Stöger (1999 : S.23), dass Mütter aus Angst vor Interventionen nicht um adäquate Hilfe bitten.

Ebenfalls könnten durch Aufklärung über die Krankheit einige oben erwähnte unmittelbare Probleme reduziert oder gar vermieden werden (näher wird in Abschnitt 4.2.2 darauf eingegangen).

Schone / Wagenblass (2002 : S.196,208) betonen, dass es wichtig ist, sich nicht nur die Belastungen aufgrund der psychischen Erkrankung anzusehen, sondern auch den familiären Kontext zu beachten. Dazu gehört die Beziehungsqualität zur Mutter, die Geschwisterkonstellation und Rollenverteilung innerhalb der Familie.

Aufgrund der Alterseingrenzung auf 6-12 Jährige, in der Fragestellung der Arbeit, wird nun auf typische Ausprägungen von Problemen in dieser Phase eingegangen.

3.1.3 Belastungen für die Altersgruppe der 6-12 Jährigen

In dieser Altersstufe werden die außerfamiliären Kontakte immer bedeutsamer. Kinder die sich im Vorschulalter und frühen Schulalter befinden, sind dabei auf die Unterstützung der Eltern angewiesen. Aufgrund der teilweise reduzierten sozialen Kontakte von psychisch kranken Müttern sind die Kinder auch von dieser zwanghaften Isolierung betroffen und haben wenige Kontakte zu FreundInnen außerhalb der Zeit, die sie in Institutionen³ verbringen. Kinder im Vorschulalter mit depressiven Müttern weisen manchmal schon typische depressive Kognitionen mit Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühlen auf (Gundelfinger 1995 : S.6). Gundelfinger (1995 : S.6) geht weiters davon aus, dass in dieser Zeit auch die vermehrte Verantwortungsübernahme für den Rest der Familie, für jüngere Geschwister und den Haushalt erfolgt. In Extremfällen kann es zu einer „Pseudoerwachsenenrolle“, der Rollenumkehr, kommen.

Eine 47 jährige erwachsene Frau, die in ihrer Kindheit betroffenen war drückt die Verantwortungsübernahme so aus: „Ich kann das verhindern, das was Schlimmes passiert. Dass unserer Mutter was Schlimmes passiert. Das war meine ganze Kindheit über ganz dominierend, dieses Gefühl.“ (Schone / Wagenblass 2002 : S.172)

Mit der Einschulung des Kindes wird es einer strengen Außenbeurteilung unterzogen. Wenn bereits Auffälligkeiten im Verhalten oder in der Entwicklung gegeben sind, dann werden diese für die PädagogInnen sichtbar. Schwierigkeiten können sich in den Bereichen Schulleistungen, des Verhaltens oder in der sozialen Integration ergeben. Einerseits zeigen sich die Kinder sehr introvertiert und reagieren mit Angst und psychosomatischen Beschwerden. Andererseits gibt es auch jene, die Symptome von Extrovertiertheit äußern und durch Aggression, Ungehorsam und Unruhe auffallen. Aufgrund der Außenkontakte merken die Kinder zunehmend, dass mit den Eltern etwas nicht stimmt. Aus diesem Grund schämen sie sich auch dafür und verringern von sich aus die sozialen Kontakte (Baumann 2000 : S.52).

Im Gespräch mit einer ehemals Betroffenen 30 Jährigen, schildert die Frau, dass sie mit 6 Jahren zum ersten Mal gemerkt hat, dass ihre Mutter „anders“ ist (Bauer 2005).

Beeck (2004a : S.16) weist darauf hin, dass sich die betroffenen Kinder zum Teil auch sehr unauffällig verhalten. Sie sind verantwortungsbewusst und selbstständig. Die Schulleistungen sind teilweise überdurchschnittlich, weil sie das Gefühl haben, stark sein zu müssen und die Probleme in weiterer Folge intellektuell bewältigen. Das bereits erwachsene Verhalten kann dazu führen, dass sie in der Klasse zu Außenseitern werden.

³Kindergarten, Vorschule, Schule, Hort

Pretis / Dimova (2004 : S.43) sehen während der Schulzeit die Auswirkungen und Verarbeitungsmechanismen in Verhaltensauffälligkeiten und der Suche nach Ersatzeltern.

Diese spezifischen Problemlagen würden meines Erachtens zu den unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen zählen.

Beide werden jedoch teilweise von allgemeinen psychosozialen Problemen, die im nächsten Kapitel beschrieben werden, überlagert und/oder verstärkt. Generell lässt sich festhalten, dass sich alle drei Problemlagen aufeinander wechselseitig einwirken.

3.1.4 Allgemeine psychosoziale Probleme

Allgemeine psychosoziale Probleme ergeben sich aus einer längeren andauernden psychischen Erkrankung und den damit einhergehenden teilweisen Verschlechterungen der allgemeinen Lebensbedingungen. Darunter versteht Deneke (2004a : S.88) die Schlüsselbegriffe:

- Arbeitslosigkeit
- Armut
- schlechtere Wohnbedingungen
- soziale Isolation
- belastete innerfamiliäre Beziehungen
- überproportionaler Anteil von Ein-Eltern-Familien
- Fehlende Vertrauenspersonen für Eltern und Kinder

Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass diese Probleme die psychische Entwicklung des Kindes oft stärker beeinträchtigen als die elterliche Erkrankung (Deneke 2004a : S.88).

Auf psychisch kranke Mütter und die Ein-Eltern-Familienkonstellation Mutter und Kind soll nun speziell eingegangen werden, da bei vielen Studien der Anteil der psychisch kranken Mütter erhöht war und ein hoher Prozentsatz davon die Gruppe der allein erziehenden Mütter darstellt.

3.1.4.1 Einelternfamilie und psychisch kranke Mütter

Ein Großteil der psychisch kranken Eltern sind Mütter. So stellten Schone / Wagenblass (2002 : S.67-73 bzw. 204) bei ihrer Befragung in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe fest, dass 69,3% der PatientInnen der Erwachsenenpsychiatrie Mütter waren, obwohl der Anteil an weiblichen und männlichen KlientInnen beinahe gleich war. Zahlreiche andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Diaz-Caneja / Johnson 2004; Östman / Hansson 2002).⁴ Von diesen 69,3% waren 14% alleinerziehende Mütter, einen alleinerziehenden Vater gab es nicht. In der Jugendhilfe war die Zahl der psychisch kranken Mütter neunmal so hoch wie die der Väter. Die ForscherInnen schließen daraus, dass die psychische Erkrankung der Mutter vermehrt zur Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung führt als bei Vätern. Bei Erkrankungen des Vaters wird offensichtlich wesentlich häufiger durch den Rest der Familie kompensiert, weil bei der Erkrankung des Vaters in 51% der Fälle die Kernfamilie bestehen blieb und dies bei der Erkrankung der Mutter nur bei 41% der Fall war. Gründe dafür werden in der geschlechtsspezifischen Sozialisation und Rollenverteilung gesehen, die dazu führen, dass Väter vermehrt von der Partnerin unterstützt werden. Für die hohe Zahl der Alleinerziehenden spricht auch die Tatsache, dass in den meisten Fällen die Mütter nach der Scheidung die Versorgung für die Kinder übernehmen. Jeder zweite Fall der Studie hatte mit broken-home Situationen zu tun. Die vermehrte Betroffenheit von Müttern lässt sich eventuell auf die geschlechtsspezifischen Krankheitsverläufe und Lebenslagen zurückführen. Frauen haben nach der Geburt hormonell bedingt ein höheres Risiko psychisch zu erkranken und sind Doppelbelastungen und anstrengenden Alleinerziehersituationen ausgesetzt (Schone / Wagenblass 2002 : S.205). Auch Deneke (2004b : S.22), die Leiterin einer Spezialambulanz und einer Tagesklinik für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern in Hamburg, machte die Erfahrung, dass Kinder überwiegend allein mit einer psychisch kranken Mutter leben. Bei einer Erkrankung des Vaters kann die Mutter noch viel kompensieren. Ein Vater als Hauptbezugsperson wird selten erlebt, einen alleinerziehenden Vater hatten sie noch nie in ihrer Einrichtung.

Diese Ergebnisse gaben auch den Anlass sich in dieser Arbeit mit Kindern von psychisch kranken Müttern zu beschäftigen. Darüber hinaus wurde die Gruppe der alleinerziehenden Mütter von den befragten ExpertInnen als besonders problematisch eingestuft, weil in diesen Konstellationen die Kinder am meisten gefährdet sind. Fehlen bestimmte Einflussfak-

⁴Bei einer Studie in London kam man ebenfalls zu dem Ergebnis, dass 63% Mütter von mindestens einem Kind waren und eine Studie in Schweden fand heraus, dass 68% des Samples Mütter waren.

toren, die weiter unten erwähnt werden, wie innerfamiliäre Beziehungsqualität, familiäre Ressourcen und Stressoren sowie Kompensation durch andere Bezugspersonen, gibt es Defizite (Leixnering 2004; Rippl-Stefanska / Steier 2004). Im empirischen Teil werden auch drei Fälle von Alleinerzieherinnen behandelt.

3.2 Einflussfaktoren

Es wurden hinreichende Auswirkungen beschrieben, die für zahlreiche Kinder von psychisch kranken Eltern zutreffen und belastend sind. Es ist aber nicht immer von einer belastenden Situation für das Kind auszugehen wenn die Mutter erkrankt ist. Nach Ernst (1978, zit.n. Sollberger 2000 : S.26) kann die Situation mit einem psychisch kranken Elternteil zusammenzuleben für das Kind auch eine Chance bedeuten. Diesen Aspekt geht man auch bei Scheidungskindern nach, die ebenfalls oftmals Belastungen ausgesetzt sind (Largo / Czernin 2003). Haupt (2003 : S.8) hält fest, dass es wenig bis gar keine Literatur darüber gibt, von welchen Kriterien es abhängt, ob das Kind die Auswirkungen belastend erlebt und Verhaltensauffälligkeiten entwickelt, oder in der Erkrankung eine Chance sieht und durch sie gestärkt wird.

Es hängt von einer Vielzahl an Einflussfaktoren ab, ob und wie stark die Belastungen sich auswirken. Mattejat (2004 : S.70) sieht das genaue Wechselspiel der Auswirkungen als Hauptaufgabe der zukünftigen Forschung. Er meint: „Allerdings wissen wir immer noch zuwenig darüber, wie die Faktoren im einzelnen zusammenwirken und wie ihre Wechselwirkung vorzustellen ist. Was uns also fehlt, ist ein genaueres Verständnis dafür, über welche Mechanismen sich die psychotische Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder auswirkt.“ Wüthrich *et al.* (1997 : S.145) halten aber zwei Aspekte fest, die großen Einfluss auf die Lebenssituation der Kinder haben. Sie gehen davon aus, dass Kinder gute Entwicklungschancen haben, „wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können.“

Schone / Wagenblast (2002 : S.201) setzen sich mit diesen Wechselwirkungen auseinander und gehen auf das Zusammenwirken der einzelnen Faktoren ein. Sie kommen aufgrund von sieben biographischen Erzählungen von erwachsenen Kindern im Alter von 24 – 47 Jahren zu folgenden Einflussfaktoren. Die Abbildung 3.1 soll dieses Zusammenspiel verdeutlichen.

Meines Erachtens müsste der Einflussfaktor Geschlecht des erkrankten Elternteils noch

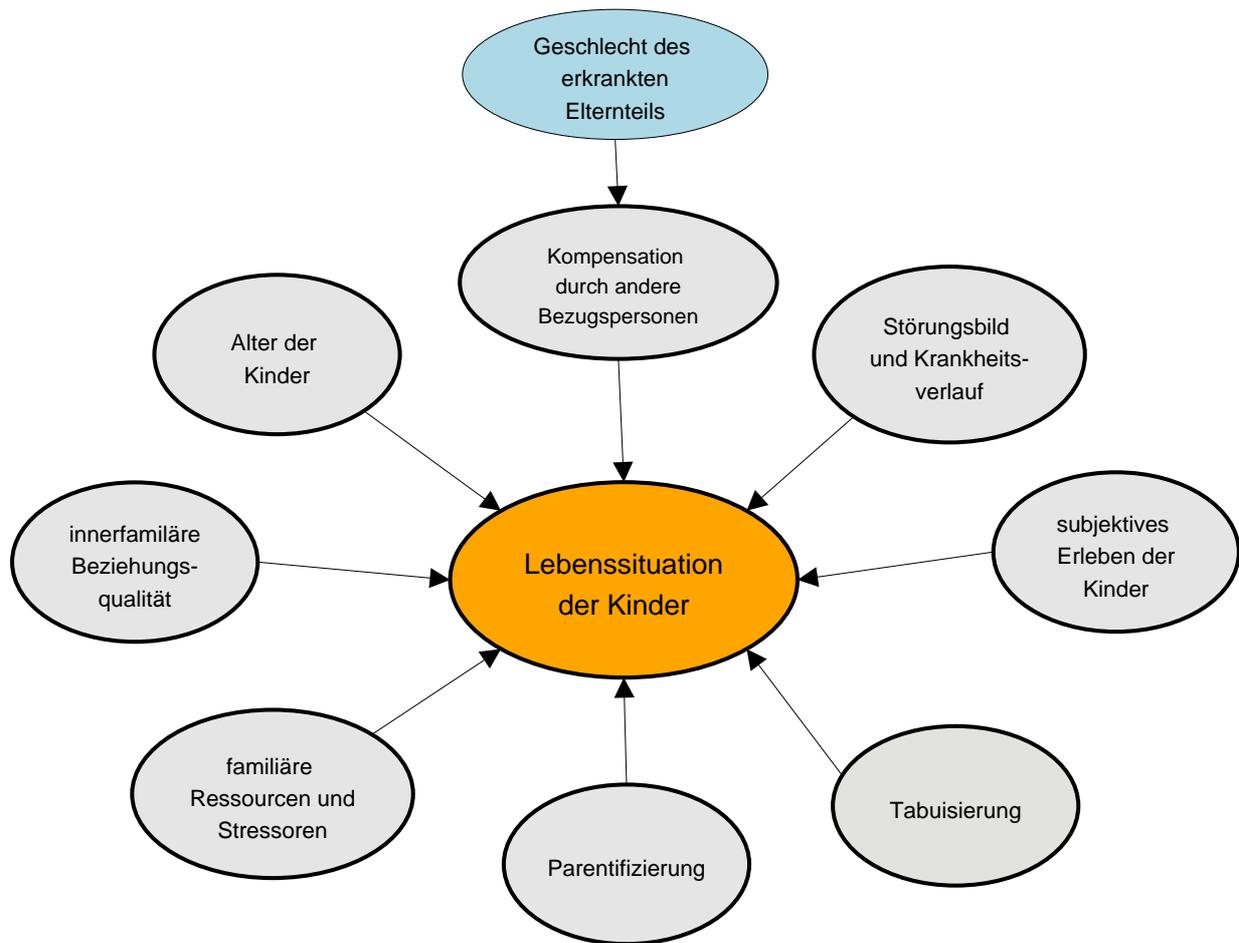


Abbildung 3.1: Einflussfaktoren adaptiert nach Schone / Wagenblass (2002 : S.201)

hinzugefügt werden. Wie im vorhergehenden Kapitel aufgezeigt wurde, kommt es bei der Erkrankung der Mutter häufiger zu einer Trennung oder Scheidung als bei Erkrankungen des Vaters. Alleinerziehende Mütter zählen laut ExpertInnen zu der problematischsten Gruppe und bedürfen besonderer Unterstützung. Somit kann sich die Erkrankung der Mutter belastender für das Kind auswirken, weil Väter die Familie verlassen und das Kind isoliert mit der Mutter lebt. Der Faktor Geschlecht könnte jedoch in Zusammenhang mit dem genannten Faktor Kompensation durch andere Bezugspersonen verstanden werden. Aus diesem Grund wurde die Grafik um diesen Punkt ergänzt.

Weiters dürften die Auswirkungen der psychischen Erkrankung nach Schone / Wagenblass (2002 : S.201-202) auf die Kinder umso weniger gravierend sein,

- je mehr der gesunde Vater oder andere Bezugspersonen in der Lage sind eine kompensierende Rolle einzunehmen,

- je weniger intensiv und chronisch der Krankheitsverlauf ist,
- je mehr Krankheitseinsicht besteht und frühzeitig eine psychiatrische Behandlung und auch Selbstwahrnehmung der Krankheit gegeben ist,
- je weniger das Kind in das Erkrankungssystem der Mutter einbezogen wird,
- je mehr die Kinder über die Erkrankung der Eltern aufgeklärt werden und Unterstützungangebote erhalten,
- je weniger Verantwortung die Kinder für die Familie übernehmen müssen,
- je mehr soziale und ökonomische Ressourcen in der Familie vorhanden sind,
- je stabiler und tragfähiger der innerfamiliäre Zusammenhalt in der Familie ist.

Ein breites Spektrum an Einflussfaktoren, die in ihrem Wechselspiel für jedes Kind eine individuelle belastende Situation nach sich zieht. Das nächste Kapitel zeigt auf, ob es auch unterschiedliche Auswirkungen aufgrund der Erkrankung gibt.

3.3 Vergleiche nach Erkrankungstyp

Untersuchungen, die Erkrankungstypen verglichen haben, handeln vorrangig von Kindern mit Eltern die affektive oder schizophrene Störungen haben. Bei diesen Studien liegt der Schwerpunkt jedoch darauf, in wie weit die Kinder in ihrer Entwicklung gestört sind, sie Anpassungsschwierigkeiten haben und sich ihr IQ unterscheidet. Diese Auswirkungen stehen in dieser Arbeit nicht im Vordergrund und deshalb wird auch nicht näher auf diese Ergebnisse eingegangen. Darüber hinaus kommen die Untersuchungen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen und widersprechen sich zum Teil.⁵

Ein weiterer und sehr interessanter Grund nicht auf die Unterschiede einzugehen stellt die Erkenntnis von Sameroff *et al.* (1987, zit.n. Baumann 2000 : S.56) dar. Er hat über vier Jahre Kinder mit Müttern unterschiedlicher Diagnosen untersucht und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass der Sozialstatus, Schwere und Chronizität der Erkrankung einen höheren Beeinflussungsfaktor auf die Entwicklung des Kindes darstellt, als die Diagnose. Gundelfinger (1995 : S.4) hält bei der Entstehung von Störungen auch den Schweregrad

⁵Zusammenfassung und weitere Literaturverweise siehe Baumann (2000 : S.57-60).

und die Dauer der elterlichen Erkrankung für bedeutender als die spezifische Diagnose. Das Wort Störungen lässt pathologische Symptome vermuten, jedoch geht Gundelfinger im weiteren Verlauf des Artikels auf die Problematiken, die in dieser Arbeit unter unmittelbaren und Folgeproblemen verstanden werden, ein. Somit würde damit die Schlussfolgerung erklärt werden, dass auch für diesen Bereich die Dauer und Chronizität wichtiger ist als das bloße Krankheitsbild. Bestätigt wird die Schlussfolgerung auch durch die Einflussfaktoren von Schone / Wagenblass (2002 : S.201), die oben beschrieben wurden. Sie erwähnen unter den Einflussfaktoren zwar den Faktor Störungsbild, aber in Kombination mit dem Krankheitsverlauf. Das schwächt meines Erachtens wiederum die Wichtigkeit der Diagnose ab. Bei den Kriterien, die ausschlaggebend für die geringere Belastung sind, wird das Störungsbild nicht mehr erwähnt. Es wird der Faktor „je weniger intensiv und chronisch der Krankheitsverlauf ist“ als wichtig erachtet. Diese Erkenntnisse könnten auch belegen, warum die Untersuchungen nach Erkrankungstyp auf unterschiedliche Ergebnisse kommen, auch wenn bei diesen vermehrt auf pathologische Symptome eingegangen wird.

3.4 Zusammenfassung

Alle Studien haben gezeigt, dass die Lebenssituation der Kinder von psychisch kranken Eltern belastend sein kann, vor allem wenn die Einflussfaktoren sich einander verstärken. Die Auswirkungen werden in unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme geteilt. Unmittelbare Probleme sind jene, die sich direkt aus der Erkrankung ergeben. Dazu zählen Desorientierung aufgrund der nicht gegebenen Möglichkeit die Situation einschätzen zu können. Durch wenig bis gar keiner Aufklärung über die Erkrankung kommt es zur Tabuisierung. Beide Kriterien lassen beim Kind Schuldgefühle entwickeln, weil es nicht weiß wieso sich die Mutter so verhält und bezieht es aufgrund seines egozentrischen Weltbildes auf sich. Isolierung entsteht durch den sozialen Rückzug der Mutter oder auch aus Scham für die Mutter. Folgeprobleme ergeben sich aus der veränderten familiären Situation. Die Kinder sind vermehrt Zusatzbelastungen im Haushalt ausgesetzt, müssen für sich, Geschwister und den erkrankten Elternteil Verantwortung übernehmen und kommen im schlimmsten Fall in eine „Pseudoerwachsenenrolle“. Nicht selten kommt es zu Betreuungsdefiziten, die bis zur Gefährdung des Kindes und somit einer Kindesabnahme führen können. Die wahrgenommenen Abwertungserlebnisse, die durch die Stigmatisierung von psychisch kranken Personen hervorgerufen werden, fallen ebenfalls in diesen Bereich. Als Folge entstehen für das Kind Loyalitätskonflikte nach außen, weil es

nicht weiß ob es sich für oder gegen die Mutter entscheiden soll. Es können aber auch Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie entstehen, weil das Kind in die Konflikte der Eltern oder zwischen der Mutter und anderen Bezugspersonen mit hinein gezogen wird. All diese Auswirkungen treffen auch auf die Altersgruppe der 6-12 Jährigen zu. Zusätzlich kann es aufgrund der schwierigen Familienverhältnisse zu Schulschwierigkeiten kommen. Es gibt aber auch Kinder, die sich in der Schule unauffällig verhalten und überaus fleißig und erwachsen sind.

Als dritte Problemgruppe werden die psychosozialen Probleme definiert. Sie entstehen meist, wenn eine psychische Erkrankung chronisch verläuft und Arbeitslosigkeit, Armut, Einelternfamilien, etc. die Folge sind. Es wurde festgestellt, dass diese Auswirkungen die unmittelbaren und Folgeprobleme zum Teil verstärken und alle drei Bereiche aufeinander einwirken. Wie sich diese Wechselwirkung aber genau gestaltet ist noch nicht näher geklärt. Es wurden aber aus einer Befragung von sieben Erwachsenen Kindern Einflussfaktoren festgelegt, die das Zusammenspiel etwas verdeutlichen.

Laut ExpertInnen sind alleinerziehende Mütter besonders von diesen Auswirkungen betroffen, weil sie ein geringes soziales Netz vorweisen und sich daraus Folgeprobleme ergeben.

Die ForscherInnen hat auch interessiert, ob die Problemlagen nach Erkrankungstyp unterschiedlich ausfallen und kommen bei dieser Frage zu unterschiedlichen Ergebnissen. Diese Unterschiedlichkeiten würden für die Ergebnisse der ExpertInnen sprechen, die die Dauer und Chronizität der Erkrankung wesentlich stärker betonen als das Krankheitsbild. Somit lässt sich festhalten, dass das Bündel an Problemlagen und ihr Zusammenspiel ausschlaggebend für die Auswirkungen auf die Lebenssituation der Kinder ist.

Kapitel 4

Vorgehensweisen der professionellen HelferInnen

Die Vorgehensweise der HelferInnen in Institutionen beeinflusst wesentlich wie lange und unter welchen Umständen ein Kind mit einer psychisch kranken Mutter zusammenlebt. Jedoch stellt sich in diesem Zusammenhang heraus, dass Kinder in vielen Fällen sehr lange belastenden Situationen ausgesetzt sind bis professionelle HelferInnen aufmerksam werden und Interventionen setzen. Die Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen kann in ihren Einrichtungen dazu beitragen, dass die belastende Situation der Kinder erkannt wird. Sie könnten die Kinder früh erfassen und präventiv arbeiten, wenn die Mutter als Klientin in den Einrichtungen betreut wird. Es scheitert aber am Verständnis, die Kinder als Angehörige entsprechend wahrzunehmen und sie ins Blickfeld zu nehmen. Davon sind aber nicht nur SozialarbeiterInnen betroffen, sondern auch die Berufsgruppe der Ärzte/ÄrztInnen oder PsychologInnen.

Das folgende Kapitel geht auf die Kinder als Angehörige ein unter dem Aspekt, dass sie als „vergessene Zielgruppe“ bezeichnet werden. Anschließend wird auf die Rolle der Sozialarbeit im HelferInnensystem Bezug genommen und wie sie Interventionen und Hilfestellungen leisten kann. Es wird vorrangig darauf eingegangen, wie die Kinder frühzeitig erreicht werden können, weil Prävention sich als wichtig herausgestellt hat. Um aber präventiv intervenieren zu können bedarf es eines Netzwerkes damit die HelferInnen ihre Schritte koordinieren können. Auf diese Koordination, vor allem zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendwohlfahrt und den damit verbundenen Schwierigkeiten, wird im letzten Teil des Kapitels eingegangen.

4.1 Kinder als Angehörige

Kinder als Angehörige werden zunehmend von der Fachöffentlichkeit wahrgenommen, aber dennoch ist die Wahrnehmung noch zu gering. Vor allem heißt „sich damit auseinandersetzen“ nicht, dass es Angebote gibt und Kinder in Einrichtungen betreut werden (siehe dazu Kapitel 5). Als Angehörige werden meist Partner/Lebensgefährten und Eltern verstanden, die vor allem durch die Psychiatriereform in den 70er Jahren zunehmend an Bedeutung für den Erkrankten gewonnen haben. Die Versorgung des psychisch Kranken findet nicht mehr in stationären Einrichtungen statt, sondern in der Familie. Auch Kinder sind von dieser Verantwortungsverlagerung betroffen (Wagenblaus 2004 : S.16). Durch die vielfachen Belastungen die sich für die Angehörigen ergeben haben, wurde in Wien der Verein Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter (HPE) im Jahr 1978 gegründet. Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es in jedem Bundesland weitere Stellen dieses Vereins (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2004 : S.49). HPE betreut aber nur erwachsene Angehörige, Kinder als Angehörige in das Konzept einzubeziehen ist in Planung.

Kinder werden somit aus gutem Grund als „vergessene Zielgruppe“ bezeichnet. Die Erwachsenenpsychiatrie schenkt ihnen wenig Aufmerksamkeit und ihre Bedürfnisse werden erst erkannt, wenn sie selbst schon Auffälligkeiten vorweisen (Deneke 2004a : S.87). Bender *et al.* (2004 : S.79) sehen eine Behandlung von Mutter und Kind als zusätzliche Arbeit die nur vereinzelt von MitarbeiterInnen wahrgenommen wird. Es hängt sehr vom persönlichen Engagement ab und weniger von den formalen Arbeitsaufträgen. Einerseits wird dieses „vergessen“ dadurch begründet, dass die Energie der Ärzte und meines Erachtens auch SozialarbeiterInnen vorrangig in die Behandlung der PatientInnen und Angehörigenarbeit von Partnern fließt. Andererseits führen es Pretis / Dimova (2004 : S.22) auf die langsame Vorangehensweise der Angehörigenarbeit zurück, die die Kinder noch nicht erfasst hat. Bei Pretis / Dimova (2004 : S.12) rücken die Kinder der PatientInnen in ihrer Arbeit als Erwachsenenpsychiaterin immer mehr in den Mittelpunkt. Sie machten die Erfahrung, dass die Eltern bzw. der erkrankte Elternteil sehr überrascht reagierten, wenn sie nach den Kindern und ihrem Wohlbefinden fragten. Diese Reaktion interpretierte sie dahingehend, dass es für die PatientInnen wirklich etwas Neues war, wenn jemand nach den Kindern fragte. Dass die Kinder noch selten als Angehörige gesehen werden, zeigt sich auch im Psychiatriebericht 2004 (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2004 : S.48-51), wo der Angehörigenarbeit bzw. Angehörigenselbsthilfe zwar ein Kapitel gewidmet ist, aber nur allgemein über die Angehörigen gesprochen und auf die Situation der Kinder nicht

eingegangen wird.

Das späte Reagieren auf die Situation der Kinder begründet sich daraus, weil sie noch keine Lobby oder Sprachrohr haben und sich selbst nicht artikulieren. Sie empfinden die Situation oftmals nicht als belastend und nehmen sie so hin.

Der nächste Abschnitt soll aufzeigen, welche Rolle die Sozialarbeit in diesem HelferInnennetz spielt und wie sie dazu beitragen können, dass Kinder in einer belastenden Situation früher erreicht werden und welche Rolle vor allem der präventive Ansatz spielt.

4.2 Rolle der Sozialarbeit

Die Sozialarbeit ist vorrangig in stationären und ambulanten Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und in der Jugendwohlfahrt mit den erkrankten Müttern konfrontiert. Wenn es jedoch zu einer Intervention von Seiten des Amtes für Jugend und Familie kommt, sind bereits erste Anzeichen von Auswirkungen gegeben. In beiden Institutionen spielt die Profession der Sozialarbeit eine wesentliche Rolle und kann dazu beitragen die Kinder zu erreichen. Auch Erziehungsberatungsstellen sehen sich als Anlaufstelle für Mütter und ihre Kinder, da oftmals eine Unterstützung der Mutter in Erziehungsfragen notwendig ist (Brumm 2004 : S.92).

4.2.1 Erreichbarkeit der Kinder

Vor allem Kinder im Alter von 6-12 Jahren suchen und fordern nicht selbstständig Hilfe ein, da sie nicht über die Hilfsmöglichkeiten bescheid wissen. Sie sind zum größten Teil von Hilfe der Erwachsenen abhängig. Wenn sie Hilfsmöglichkeiten kennen, kann das Kommunikationsverbot innerhalb der Familie sie daran hindern es wahrzunehmen. Schörghofer (2005) erzählt in einem ExpertInneninterview, dass er sich innerhalb des Informationsdienstes des PSD Wien an kein Kind erinnern kann, dass Hilfe gesucht hätte. Junge Erwachsene, die Hilfe aufgrund einer Erkrankung der Mutter suchen gäbe es zwar, sie kommen aber selten vor. Aufgrund dieser Tatsache sind die Kinder auf professionelle HelferInnen angewiesen.

Es ist aber schwierig Unterstützungsmöglichkeiten zu geben. Wie SozialarbeiterInnen dennoch in Kontakt zu Mütter kommen können, und welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen sollen die folgenden zwei Punkte von Gundelfinger (1995 : S.7) verdeutlichen.

1. Ein/e professionelle/r HelferIn muss auf die schwierige Situation aufmerksam werden.

2. Die Mutter muss einsichtig sein und die Hilfe zulassen.

ad 1.) Hier ist die Sozialarbeit gefragt, weil sie mit KlientInnen im stationären und ambulanten Rahmen zu tun hat und die Beziehungsarbeit mit Angehörigen übernimmt. Dadurch wird sie gegebenenfalls auf die schwierige Situation der Kinder aufmerksam und sollte von sich aus die KlientInnen danach fragen. Bei Selbst- oder Fremdgefährdung würde das Unterbringungsgesetz zum Tragen kommen. So würden die MitarbeiterInnen Zugang zu KlientInnen und deren Kindern bekommen, die vielleicht schon länger unter belastenden Situationen leben. Raschle (2001 : S.119) betont auch die Verantwortung der SozialarbeiterInnen, weil sie davon ausgeht, dass sonst niemand nachfragt, wenn es nicht der/die SozialarbeiterIn tut. Für den Bereich der Angehörigenarbeit ist die Sozialarbeit zuständig, somit könnte die Arbeit mit Kindern auch zu diesem Aufgabenbereich gehören. Eine Intervention kann auch darin bestehen, die Kinder in eine geeignete Einrichtung weiterzuvermitteln und darauf zu schauen, dass sie bestens versorgt werden.

Der zweite Bereich, in dem Kontakt zu der Familie hergestellt wird ist die Jugendwohlfahrt. Es kommt zu Meldungen (z.B. durch Nachbarn oder Behörden), wenn jemand eine schwierige Situation in der Familie vermutet. Dadurch kommen psychisch kranke Mütter, in Kontakt mit sozialen Einrichtungen. Eine Sozialarbeiterin am Amt für Jugend und Familie äußert dies während einem persönlichen Gespräch so: „Wir san aber auch oft damit konfrontiert, dass wir es gar nicht wissen, oder viel später erfahren, dass die Kinder dann schon lange in diesen Systemen leben und irgendwann durch einen Zufall, weil es z.B. gerade eine ganz massive Krise gibt, der Elternteil auffällt und dann die Behörde Schule, Kindergarten oder so uns melden, oder Nachbarn“ (Rippl-Stefanska / Steier 2004).

Schone / Wagenblass (2002 : S.207) betonen ebenfalls, dass das Leid der Kinder nicht mit der Diagnose beginnt, sondern meist Monate oder teils Jahre zuvor für das Kind die Symptome der „veränderten Mutter“ wahrnehmbar sind.

Wenn die schwierige Situation der Kinder erkannt wurde heißt es noch nicht, dass Hilfestellungen auch angenommen werden.

ad 2.) Die Mutter, das Kind und der Rest der Familie müssen die Hilfe zulassen. Wenn die Mutter aber keine Krankheitseinsicht hat, dann besteht meist keine Bereitschaft eine Behandlung und in der Folge Hilfen in Anspruch zu nehmen. Bei der Studie von Schone / Wagenblass (2002 : S.105-106) fiel diese Problematik vor allem im Bereich der Jugendwohlfahrt auf. Die Jugendamtsfachkräfte hatten das Gefühl, dass diese Gruppe doch einen nicht unerheblichen Teil der Eltern ausmacht. SozialarbeiterInnen aus Österreich bestätigen diesen Eindruck (Rippl-Stefanska / Steier 2004). Die SozialarbeiterInnen

können durch Beziehungsaufbau Vertrauen gewinnen und damit die Behandlungsbereitschaft der Mutter steigern. Durch die Kooperationsbereitschaft der Mutter ist auch das „Tor“ zum Kind geöffnet.

Die Wichtigkeit diese Kinder früh zu erreichen ist die Erkenntnis, dass Prävention notwendig ist um die Kinder zu entlasten. Darauf soll nun eingegangen werden.

4.2.2 Wichtigkeit der Prävention

Wie zuvor schon erwähnt, werden die Sozialarbeit und andere Professionen oftmals erst ab dem Zeitraum aufmerksam, wenn die Kinder selbst erkranken oder sehr auffällig werden. MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie machen die Erfahrung, dass über 1/4 der PatientInnen Eltern mit psychischen Erkrankungen haben (Deneke 2004a : S.87). Remschmidt / Matzejat (1994a : S.15) gehen davon aus, dass ungefähr 1/3 der Kinder die sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung befinden einen psychisch kranken und 12% einen psychotischen Elternteil haben. Österreichische Kinder- und Jugendpsychiater bestätigen diese Erfahrungen in ihren Einrichtungen (Steinberger 2004; Leixnering 2004). Diese hohe Zahl ist laut Schone / Wagenblaus (2002 : S.18) ein Grund warum Kinder- und Jugendpsychiater sehr präventiv denken und sich diese auch vermehrt mit der Zielgruppe beschäftigen. Die Literatur lässt erkennen, dass sich zunehmend mehr MitarbeiterInnen der Erwachsenenpsychiatrie damit beschäftigen. Stöger (2004) erwähnt während eines Experteninterview, dass er in der Erwachsenenpsychiatrie die Chance sieht, die Kinder zu erreichen, wenn sie noch nicht erkrankt sind.

Leixnering (2000 : S.6) sieht die Prävention und Hilfestellung in der Entlastung. Er betont, dass es nicht darum geht, die Kinder schon als „gestört“ zu bezeichnen, sondern sich mit ihnen intensiv zu beschäftigen und zu sehen welche Ressourcen bei ihnen vorhanden sind. Eine der wichtigsten präventiven Maßnahmen stellt die Aufklärung der Kinder über die Krankheit der Eltern dar. Die Kinder selbst, Bezugspersonen und erkrankte Mütter wünschen sich eine solche Aufklärung für die Kinder. Bei den PatientInnen und Bezugspersonen stand die Aufklärung mit 19 und 20% an dritter Stelle der gewünschten Maßnahmen. Bei den Kindern wurde es vorrangig neben Austausch mit anderen Kindern genannt (Küchenhoff 2004 : S.105). Dadurch können zum Teil die unmittelbaren Probleme, die in Abschnitt 3.1.1 erläutert worden sind verringert werden.

Auch hier kann die Sozialarbeit präventive Arbeit leisten. Die altersgerechte Aufklärung über die Erkrankung der Eltern könnte ein Beitrag sein, der nicht aufwendig ist aber Sinn macht.

Meines Erachtens konnte gezeigt werden, dass die Thematik der Kinder von psychisch Kranken ein Thema für die Sozialarbeit ist. Die Interventionen spielen sich aufgrund der vielfältigen Auswirkungen und Einflussfaktoren auf mehreren Ebenen ab und es muss der familiäre Kontext im Auge behalten werden (Schone / Wagenblass 2002 : S.208). SozialarbeiterInnen können im Bereich Familie, Bezugspersonen, Wohnen, Erziehung und Freizeit Ressourcen zugänglich machen. Dadurch können Einflussfaktoren für das Kind verringert werden. Darüber hinaus scheint der aufsuchende Ansatz der Sozialarbeit in diesem Feld geeignet, da der Hausbesuch einen niederschweligen Zugang zu KlientInnen schafft und dadurch ihre Mitarbeit gewonnen werden kann. Bei der Arbeit mit Kindern wird die Kooperation und Zusammenarbeit mit den erkrankten Müttern unerlässlich sein, außer im Fall einer Fremdunterbringung. Leixnering (2004) erwähnt in einem Experteninterview, dass er vorrangig die Sozialarbeit mit diesem Thema konfrontiert sieht. Er drückt es so aus: „Weil ich denke in der Sozialarbeit brauchen wir Leute die dies pushen, weil es eigentlich ein sehr sozialarbeiterisches Thema ist. Weder ein psychiatrisches noch kinderpsychiatrisches Thema, primär. Sekundär schon, weil es ein sozialpsychiatrisches Thema ist.“

Um dem Kind jedoch umfassende Interventionen anzubieten und Belastungen zu reduzieren, ist die Zusammenarbeit von Einrichtungen hilfreich und notwendig.

4.3 Netzwerkarbeit

Ein Netzwerk für die Unterstützung von Kindern mit psychisch kranken Müttern sollte bestehen, weil ihre unterschiedlichen Bedürfnisse berücksichtigt werden müssen. Wenn die Mutter in die Betreuung des Kindes miteinbezogen wird und das Kind in die Betreuung der Mutter, kann Vertrauen aufgebaut werden. Dadurch wird die Arbeit mit dem Kind erleichtert. Es soll aber beachtet werden, dass die Kinder Angehörige sind und bleiben. Sie sollen sich nicht als KlientInnen oder PatientInnen verstehen und dadurch schon im frühen Alter stigmatisiert werden (Lisofsky 2004 : S.179). In der Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendwohlfahrt bestehen aber noch Defizite. Schone / Wagenblass (2002) haben sich diesem Thema genauer gewidmet und die Probleme und Erfahrungen in der Zusammenarbeit aufgezeigt.

4.3.1 Jugendwohlfahrt versus Erwachsenenpsychiatrie

Vor allem der unterschiedliche Auftrag der Einrichtungen ist ein wesentlicher Faktor, warum sich die Kooperation als schwierig herausstellt und Kinder sehr lange belastende

Situationen aushalten müssen. In der Erwachsenenpsychiatrie ist die Mutter Primärklientin und es wird ihren Bedürfnissen nachgegangen. In der Jugendwohlfahrt ist es das Kind. Es ist nachvollziehbar, dass sich dadurch Differenzen ergeben. Die MitarbeiterInnen der Psychiatrie empfinden das Kind oftmals als Stütze für die Mutter und stehen einer Kindesabnahme negativ gegenüber. Es würde dadurch ein stabilisierender Faktor verloren gehen (Schone / Wagenblass 2002 : S.126 bzw. S.147-148).

Das Amt für Jugend und Familie (AJF) in die Betreuung mit einzubeziehen heißt aber nicht zwingend, dass eine Fremdunterbringung notwendig ist. Viele MitarbeiterInnen der Erwachsenenpsychiatrie ziehen aber genau aus diesem Grund die Jugendwohlfahrt nicht hinzu. Sie befürchten eine Kindesabnahme und damit eine Verschlechterung des Zustandes der Mutter. Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass der Verlust des Sorgerechts die größte Angst der Mütter ist (Diaz-Caneja / Johnson 2004; Bassett *et al.* 1999; Nicholson *et al.* 1998a,b). Das AJF bietet ebenfalls umfangreiche präventive Angebote wie Auskünfte und Informationen in allen Familien- und Erziehungsfragen, Beratung bei Familienkonflikten und in Krisen, Beratung und Hilfe zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gewalt, Unterstützung der Eltern beim Bemühen um gewaltfreie Erziehung und Vermittlung von weiterführenden Beratungs- und Betreuungsangeboten (Magistrat der Stadt Wien 2005 : o.P.). Trotzdem wird die Jugendwohlfahrt meist in Verbindung mit Fremdunterbringung gebracht und deshalb eine frühzeitige Meldung vermieden. Daraus resultiert die geringe Unterstützungsmöglichkeit für die kranken Mütter und ihre Kinder. Würden diese Angebote der Erwachsenenpsychiatrie besser bekannt sein, könnten Interventionen gesetzt werden, die den Belastungen der Kinder entgegenwirken (Schone / Wagenblass 2002 : S.151).

Auf diesem Gebiet müssen beide Einrichtungen über ihre Angebote informieren und eine Schritt aufeinander zugehen. Dann wird eine gemeinsame Intervention zum Wohl des Kindes möglich sein. Das diese Zusammenarbeit klappen kann beschreibt das Beispiel von Plauth / Eckert (2004 : S.166-170). Hier arbeiteten eine Psychiaterin und eine Familienhelferin zusammen und intervenierten gemeinsam.

Kapitel 5

Zielgruppenspezifische Angebote

Das folgende Kapitel widmet sich den Projekten und Einrichtungen im Raum Wien und Niederösterreich, die Kinder psychisch kranker Eltern mit einem präventiven Ansatz als Zielgruppe haben. Ziel ist es, einen Überblick über die bestehenden Angebote zu geben. Von diesen werden abgeschlossene als auch laufende Ideen für Konzepte oder Projekte miteinbezogen. Das Kapitel Projekte beinhaltet das in Österreich einzig bekannte präventive Forschungsprojekt „Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern“, das in Niederösterreich in den 90-iger Jahren durchgeführt wurde und das Projekt der MultiplikatorInnenarbeit. Des weitern wird ein Überblick der präventiven Angebote für Kinder in den stationären und ambulanten sozialpsychiatrischen Einrichtungen gegeben. Dadurch, dass sich die Aufklärung im Zuge der Prävention immer wieder als sehr wichtig herausstellt, werden Materialien zu dieser Thematik zusammengefasst und kurz beschrieben. Den Abschluss bildet ein kurzer Aufriss über den Beginn von Angeboten in den Ländern Deutschland und Holland sowie ein best-practice Beispiel eines präventiven Projekts aus Deutschland.

Die geographische Eingrenzung auf Wien und Niederösterreich ergibt sich aufgrund der Vermutung, dass das Projekt „Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern“ in diesem Raum Nachhaltigkeit erlangte und sich Einrichtungen in Niederösterreich und Wien bzw. MitarbeiterInnen des Projekts vermehrt mit dieser Thematik in ihrer weiteren Arbeit auseinandersetzen.

Die zusammengestellte Auflistung an Projekten, Einrichtungen und Materialien ist das Ergebnis aus Internet- und Literaturrecherche sowie durch persönliche Kontakte zu den HelferInnen und garantiert keine Vollständigkeit, da es sich aufgrund von fehlenden publizierten Materialien als schwierig herausgestellt hat die Angebote zu erfassen.

5.1 Projekte

5.1.1 Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern

Wie oben schon erwähnt gab es in Österreich ein Projekt, das sich mit der Thematik beschäftigt hat. Es wurde von Dr. Peter Stöger, dem ständigen Vertreter der Abteilung für Akut-Psychiatrie Aufnahme Süd im Donauklinikum Maria Gugging geleitet und trug den Projekttitel „Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern“.

5.1.1.1 Ablauf

Es startete im Oktober 1992 im Psychosozialen Dienst (PSD) Baden bei Wien in Zusammenarbeit mit dem Heilpädagogischen Zentrum Hinterbrühl. Diese Zusammenarbeit stellte sich jedoch als schwierig heraus, da die KlientInnen nicht bereit waren, eine externe Einrichtung, die ihnen nicht bekannt war, aufzusuchen.

Zu Beginn wurde eine Ausgangsuntersuchung mit der zweiten Generation, die an einer psychischen Erkrankung leidet, durchgeführt. Bei dieser war das Ziel, erste Erkenntnisse über die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern zu sammeln, um in weiterer Folge damit zu arbeiten. Die Ergebnisse waren vor allem der Wunsch nach früher Intervention und Behandlung für das Kind (Stöger / Mückstein 1995 : S.28). In weiterer Folge wurde ein Betreuungsangebot installiert, das die Kinder der KlientInnen der PSD's in Baden, Stockerau und Schwechat betreute (Koska 2005). Diese Tätigkeit wurde von den MitarbeiterInnen Dr. Christine Koska und Dr. Sabine Röckl der Landesnervenklinik (LNK) Donauklinikum, damals LNK Gugging, vor Ort durchgeführt. Zu Beginn wurde die Unterstützung von den Eltern etwas skeptisch betrachtet, weil die Sorge der frühen Pathologisierung des Kindes bestand. Dies sollte aber durch die Betreuung von externen ProfessionistInnen abgeschwächt werden.

Die Beratung verlief in drei Schritten:

- Familiensitzung

An dieser sollten alle Familienmitglieder teilnehmen. Thematischer Schwerpunkt war die Wahrnehmung der psychischen Erkrankung in der Familie und die Aufklärung darüber sowie eine erste Einschätzung über die Belastungsfaktoren. Darüber hinaus sollte eine erste Vertrauensbasis zu den professionellen HelferInnen aufgebaut werden.

- Einzelsitzung

Im Anschluss daran wurden fünf Einzelsitzungen mit dem Kind durchgeführt. Dabei ging es um die Gefühle und Ängste des Kindes, ihm die Schuldgefühle zu nehmen und dem „anders sein“ der Eltern einen Namen zu geben. Teilweise wurden psychologische Tests verwendet.

- Familiensitzung

Zum Ende der Betreuung fand wieder eine Familiensitzung statt, in der die Familie aufgefordert war die vorangegangene Betreuung zu reflektieren. Sie wurden angehalten bei wiederkehrenden Krisensituationen die betreuende Stelle zu kontaktieren und bewusst die Position des Kindes zu beachten, um die Nachhaltigkeit zu fördern. Wenn eine weiterführende therapeutische Intervention erforderlich war, so wurde an externe Institutionen vermittelt (Stöger 1999 : S.28).

Aufgrund der Erkenntnis, dass diese Betreuung für die zwei Mitarbeiterinnen zu zeitintensiv war, kam man auf die Idee mit den Familienberatungsstellen der Bezirke zu kooperieren. Es kam aber aufgrund eines Ausfalls des Projektleiters von 1 1/2 Jahren nie zur konkreten Durchführung und darüber hinaus gingen beide Fachärztinnen andere Wege. Sie beschäftigten sich aber durchaus noch mit dieser Zielgruppe (siehe Abschnitt 5.2). Das Projekt ließ sich somit nicht mehr aufrechterhalten, darüber hinaus wurden die PSD's von der LNK abgekoppelt und seither von eigenen Trägern geführt (Stöger 2004).

Innerhalb des Zeitraums von 1992 bis 1998 wurden 43 Kinder betreut (Koska 2005). Aus dieser Begleitung konnten wichtige Erkenntnisse über die Auswirkungen auf Kinder psychisch kranker Eltern gemacht werden, die in Abschnitt 3.1 erläutert wurden.

Meines Erachtens stellt es aber dennoch eine Schwierigkeit dar, dass Kinder in den selben Einrichtungen wie ihre Eltern betreut werden, auch wenn die Intervention von anderen ProfessionistInnen gesetzt wird. Es besteht sehr stark die Gefahr, dass die Kinder stigmatisiert werden und sich selbst in der Rolle des Klienten/Patienten sehen und nicht als Angehörige, wie es gedacht ist. Diese Problematik wird auch von den befragten ExpertInnen geäußert (Schörghofer 2005; Leixnering 2004).

5.1.1.2 Nachhaltigkeit

Ein weiterführender Gedanke des Projekts, vor allem aufgrund der Abkopplung der PSD's vom Donauklinikum, war die Aufnahme der Zielgruppe in die Regelversorgung. Man dachte dabei an die PSD's des östlichen Niederösterreichs und der Psychosoziale Zentren (PSZ) GmbH. Es wurde in diesem Zusammenhang ein Konzept erstellt, das nicht finanziert wurde.

Zu diesem Zeitpunkt war zwar das Bewusstsein in der Fachöffentlichkeit gegeben, sich um die Kinder anzunehmen. Von Seiten der Geldgeber war jedoch keine Finanzierung möglich.

Die Idee dieses Konzepts stützt sich sehr auf die Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts. Die Vorgehensweise basiert auf den drei Phasen, die oben beschrieben wurden (Caritas St.Pölten 2003).

5.1.2 „Projekt“ MultiplikatorInnenarbeit

Herr Prim. Dr. Werner Leixnering führte MultiplikatorInnenarbeit durch. Er verfolgte damit das Ziel, die SozialarbeiterInnen, die bei der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern relevant sind, zu sensibilisieren. In diesem Sinne also kein Forschungsprojekt, sondern er gab in seiner Tätigkeit als Konsilatspsychiater in Wien in Form von Seminaren sein Wissen über die Thematik an SozialarbeiterInnen am Amt für Jugend und Familie weiter. Diese führt er seit 2001, mit Beginn der Tätigkeit in der LNK Wagner-Jauregg, nicht mehr durch. Er kann sich jedoch vorstellen, diese MultiplikatorInnenarbeit jederzeit wieder aufzunehmen (Leixnering 2004). Des Weiteren hielt er immer wieder Vorträge über das Thema wie z.B. bei der Tagung „Kindheit im Schatten“ 2002, veranstaltet von der LNK Sigmund Freud in Graz.

Meines Erachtens ist diese Tätigkeit ein wertvoller Beitrag zur Steigerung der Qualität bei der Arbeit mit betroffenen Kindern, weil durch diese Art auf die Problematik aufmerksam gemacht wird. Darüber hinaus wird der direkte Zugang zu den HelferInnen gesucht, die für die Zielgruppe Interventionen setzen müssen.

5.2 Einrichtungen

Dieser Abschnitt fasst präventive Angebote relevanter Einrichtungen zusammen. Begonnen wird mit dem Amt für Jugend und Familie und Krisenzentren bis zu dem ambulanten und stationären Versorgungsnetz.

Amt für Jugend und Familie

Das Amt für Jugend und Familie (AJF) bekommt in Fällen von vermuteter Vernachlässigung oder Kindesgefährdung den Auftrag mit diesen Familien zu arbeiten. Somit handelt es sich hier um eine Intervention, die eingreift, wenn bereits erste Anzeichen von Gefährdung bzw. Belastung für das Kind erkennbar sind. Zu präventiven unterstützenden Maßnahmen wie Intensivbetreuung oder sozialpädagogischer Familienhilfe kommt es oft nicht, weil das

Amt für Jugend und Familie zu spät über die Situation informiert wird (näheres dazu in Abschnitt 4.3.1). Die SozialarbeiterInnen fühlen sich in diesem Zusammenhang sehr oft überfordert. Materialien zur Arbeit mit den betroffenen Kindern kennen die kontaktierten Stellen in den meisten Fällen nicht.

Krisenintervention

Im Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen (die Boje) werden auch Kinder von psychisch kranken Eltern betreut. Die ehemalige Mitarbeiterin des Projekts „Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern“ Christine Koska ist dort tätig und hat als einen Schwerpunkt ihrer Krisenintervention und Therapie die Betreuung dieser Kinder über. Sie erwähnte während des Gespräches, dass andere KollegInnen diese Kinder jedoch auch betreuen (Koska 2005).

Neben der Hauptzielgruppe der betroffenen Kinder durch Tod von Angehörigen mit 24,2% stellen die Kinder von psychisch kranken Angehörigen mit 8,6% die fünft häufigste Zielgruppe dar (Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen – Die Boje 2003 : o.P.).

Ambulantes und stationäres Versorgungsnetz

Im gesamten ambulanten und stationären Versorgungsnetz in Wien und Niederösterreich gibt es keine Angebote für explizite Interventionen. Auf Anfrage an Einrichtungen, ob sie Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern innerhalb der Einrichtung haben, hat sich herausgestellt, dass sich wenige damit beschäftigen.¹

In manchen Institutionen gab es allerdings einige Angebote bzw. bestehen Bestrebungen diese einzuführen oder versuchen MitarbeiterInnen besonders auf die Kinder zu achten.

Im Sozialpsychiatrischen Ambulatorium Landstraße (Psychosoziale Dienste Wien) gab es von 2000-2002 eine überregionale Kindergruppe. Es bestand die Möglichkeit die Kinder psychisch erkrankter Eltern aus allen acht Ambulatorien an diese weiterzuvermitteln. Die Kindergruppe leitete eine Kinderpsychiaterin, die dann aber in Pension ging. Der Schwerpunkt lag darin, dass Kinder von psychisch Kranken als Angehörige gesehen wurden. Das Angebot wurde jedoch eingestellt. Der ausschlaggebende Punkt war aber nicht nur die

¹Folgende Institutionen verneinten die Frage nach Angeboten: Promente Wien, Otto-Wagner Spital, Psychosoziale Zentren Gmbh (PSZ), Allgemeines Krankenhaus Wien, Psychosoziale Beratungsstellen Niederösterreich, Träger Caritas St. Pölten, Sozialpsychiatrisches Zentrum Wien, Träger Caritas Wien, Psychosoziales Zentrum Wiener Neustadt, Träger Caritas Wien, Psychosoziale Dienste Wien, Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter (HPE), Die Möwe-Kinderschutzzentrum, Rainbows – Für Kinder in stürmischen Zeiten.

Pensionierung der Mitarbeiterin, sondern die Schwierigkeit, an die Kinder heranzukommen. Es hat sich als gutes erreichbares Angebot für Kinder, die in ihrem persönlichen Umfeld gesunde Angehörige hatten, herausgestellt. Für die Gruppe der Kinder von Alleinerziehenden oder jene mit keinem dichten sozialen Netz, war es kein adäquates Angebot, da sie nicht erreicht wurden. Diese Schwierigkeit lässt eventuell auf ein zu hochschwelliges Angebot oder zu wenig Bringstruktur der Einrichtungen schließen. Zur Zeit wird versucht den Systemen Ressourcen in Form von Important Others, Weitervermittlung in die Boje, Einrichtungen des Wiener Magistrats 11 (AJF) oder zum Institut für Erziehungshilfe „Child Guidance Clinic“, von außen zugänglich zu machen. Es wird laut Aussagen von Herrn Schörghofer von der psychosozialen Information weitgehend versucht, dass man die Kinder an adäquate Hilfen/Einrichtungen weiterleitet (Schörghofer 2005).

Ebenso gibt es großes Engagement bei dem Verein Hilfe für Angehörige von psychisch Erkrankten (HPE). Seit Juni 2004 recherchiert Frau Mag. Verena Pfaff zu dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ mit dem Ziel, diese Angehörigengruppe in das Konzept miteinzuschließen.

Im Krankenhaus Hollabrunn, Abteilung für Sozialpsychiatrie ist Frau Oberärztin Dr. Sabine Röckl, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, tätig. Sie ist eine der zwei MitarbeiterInnen, die sich bei dem Projekt „Präventive Betreuung Kinder psychisch kranker Eltern“ engagiert hat. Sie arbeitet in der Landesklinik auf der Erwachsenenpsychiatrie und erlebt ihre Tätigkeit im Hinblick auf die Zielgruppe ebenfalls aufgrund von finanziellen Ressourcen eingeschränkt. Ihre Betreuung richtet sich an die kranken Eltern, wobei sie nach ihrer Aussage bei auffälligen Fällen nachfragt und in weiterer Folge das Kind für ein Gespräch einlädt. In diesem wird es aufgeklärt und bei besonderen Auffälligkeiten erfolgt eine Weitervermittlung an eine/n TherapeutIn.

Nach dieser Bilanz von Einrichtungen lässt sich meines Erachtens die Vermutung, dass aufgrund des Projektes von Peter Stöger in diesem geographischen Rahmen weitere Angebote für diese Zielgruppe gestaltet wurden, nicht bestätigen. Es besteht in diesen Bundesländern noch keine Einrichtung, in der Kinder in die Regelversorgung aufgenommen werden. Es konnte auch in anderen Bundesländern keine Institution mit dem Auftrag der präventiven Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern recherchiert werden. Erwähnenswert ist, dass in Graz zwei Personen, Dr. Aleksandra Dimova, Fachärztin für Psychiatrie in freier Praxis und Manfred Pretis, Klinischer Psychologe, Heilpädagoge und Unternehmensberater, sich mit Frühförderung von Kindern mit psychisch kranken Eltern

beschäftigen und im Juli 2004 ein Buch zu dieser Thematik herausgebracht haben². „Lieber früh fördern statt später behandeln“, sagen die Autoren und zeigen, was man in der Frühförderung für Kleinkinder psychisch kranker Eltern tun kann. Sie informieren über typische Störungsbilder der Eltern und erklären, wie das Kind die Erkrankung wahrnimmt. Daraus leiten sie praxisnahe Fördervorschläge und Spiele ab, die betroffene Kinder stärken.

Auch „pro mente“ Oberösterreich hat aufgrund von massiver Nachfrage von Krankenhäusern und Betreuungseinrichtungen ein Konzept für bedarfsorientierte Unterstützung von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern erstellt. Es reicht von der mobilen Betreuung über das Leben in betreuten Wohngemeinschaften bis zum Krisenhaus. Das Konzept wurde von der Landesregierung aufgrund eines negativen Gutachtens eines Amtspsychologen nicht genehmigt. Das Kindeswohl sei, laut diesem Gutachten, durch eine Abnahme der Kinder in diesen Fällen besser gewahrt (Ferrares 2004 : o.P.).

Es lässt sich festhalten, dass es seit Ende des Projekts von Peter Stöger 1998 keine weiteren Projekte oder gezielte Einbindungen der Zielgruppe, die langfristigen Bestand hatten, gibt.

5.3 Materialien

Wie oben schon erwähnt, gibt es Materialien, die eine Ergänzung zum Aufklärungsgespräch über die Erkrankung darstellen. Im Rahmen des Projekts von Peter Stöger wurden Informationsbroschüren für Kinder von 8-12 Jahren, 12-18 Jahren sowie für Eltern entwickelt (Sektion Psychiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie o.J.). Sie lehnen sich an die Aufklärungsbroschüren aus Deutschland bzw. Holland an. Es wird darin altersgerecht aufgeklärt, was eine psychische Erkrankung ist, wie sich diese auswirkt, was man als Kind tun oder auch nicht tun kann und welche Möglichkeiten es gibt, diese zu bewältigen bzw. leichter zu verstehen. Die Broschüre für den kranken oder auch gesunden Elternteil geht darauf ein, wie man mit den Kindern umgehen kann, welche häufigen Fragen von Eltern gestellt werden und es werden zehn praktische Tipps zum Umgang mit Kindern erläutert.

Im Anhang aller Broschüren wird festgehalten, dass diese immer gemeinsam mit einem Erwachsenen durchgearbeitet werden sollen (Mit einem/er professionellen HelferIn, einem Important Other oder auch mit dem erkrankten Elternteil selbst). Darüber hinaus wird

²Pretis, Manfred / Dimova, Aleksandra (2004): Frühförderung mit Kindern psychisch erkrankter Eltern. München

eine Anleitung gegeben, wie man die Broschüre anwenden soll. Die österreichische Fassung besteht aus Textpassagen und beinhaltet keine Bilder. Der Folder wirkt sehr eintönig und wenig einladend. Die deutschen Broschüren hingegen beinhalten zahlreiche Bilder, haben größere Schrift und wirken kindgerecht (Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. 1995a,b,c).

Vom Verein HPE wurde ein Aufklärungsbuch für Kinder von 6-12 Jahren mit dem Titel „PLINK- Jonas und der kleine Elf“ herausgegeben. Es erzählt von einem Kind, das eine psychisch kranke Mutter hat. Eines Tages kommt ein Elf zu dem Kind und lehrt ihn mit dieser Belastung umzugehen (Felicé 2003).

Kinderbücher können einen entlastenden Beitrag für die Gefühle der Kinder leisten, sie können unterstützend eingesetzt werden, um das Thema anzusprechen und aufzugreifen. Diese sollen ebenso wie die Broschüren in Beisein eines Erwachsenen betrachtet, sowie eine pädagogische Nachbereitung durchgeführt werden. Weitere Kinderbücher die in Österreich publiziert wurden, konnten nicht eruiert werden, es gibt aber einige Bücher aus Deutschland, die von Katja Beeck, einer ehemals betroffene Expertin, die nun Öffentlichkeitsarbeit betreibt, empfohlen werden³.

- „Eichhörnchenzeit oder Der Zoo in Mamas Kopf“, Brigitte Minne, Sauerländer, 2004
- „Die Nachtvögel“, Tormod Haugen, Dtv, 2003
- „Mit Kindern redet ja keiner“, Kirsten Boie, Fischer Taschenbuch, Frankfurt, 2005

Während der Recherche zu Einrichtungen mit Angeboten gab keine von diesen an mit dem erwähnten Materialien zu arbeiten. Dies kann einerseits daran liegen, dass keine der Institution explizit mit der Zielgruppe arbeitet oder andererseits an der fehlenden Kommunikation und Weitergabe der Materialien. Zweiteres begründet sich daraus, weil keine der Einrichtungen diese Folder oder Bücher kannte, außer bei jenen wo ehemalige Mitarbeiterinnen des Projekts tätig waren.

5.4 Ein Blick über die Grenzen

Mit dem Beginn des präventiven Projektes im Jahr 1992 war die österreichische Psychiatrie in der Angehörigenarbeit sicher ähnlich weit wie in vergleichenden Ländern Deutschland

³www.netz-und-boden.de

oder Holland. In Holland beschäftigen sich die Zentren der psychosozialen Versorgung (niedl. RIAGG) seit 1987 mit dieser Thematik (Gundelfinger 1997 : S.147). Schon seit Anfang der 90iger Jahre gibt es in den Niederlanden staatlich finanzierte, präventive Betreuungsangebote für die Kinder psychiatrischer Patienten. Ein Projekt mit präventivem Ansatz nennt sich „KOPP“ (Kinder von Eltern mit psychiatrischen Problemen). Die Gruppen richten sie jedoch an Kinder von 14-25 Jahren mit der Begründung, dass diese Altersgruppe die Probleme schon verbalisieren kann (Verdegaal 1995 : S.12). In Deutschland nennen Schone / Wagenblaus (2002 : S.11) den Kongress „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“ im Jahr 1996 als Plattform bei der zum ersten Mal die Probleme der Kinder in der Fachöffentlichkeit diskutiert wurden. Die ersten Projekte wurden zu Beginn der 90-iger Jahre konzipiert.

ExpertInnen wie Leixnering (2004), Stöger (2004) und Koska (2005) sind der Meinung, dass im Gegensatz zu Deutschland, Holland oder den englischsprachigen Ländern die soziale Landschaft für Kinder psychisch kranker Eltern in Österreich noch nicht ausgebaut ist. In Deutschland gibt es zur Zeit etwa 20 präventive Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern (Maywald 2004; Schone / Wagenblaus 2002 : S.238-251). Eines der am längsten bestehenden soll als best-practice Beispiel herausgenommen und nun kurz dargestellt werden.⁴

5.4.1 Beispielprojekt „Auryn“

Das präventive Kindergruppenangebot Auryn, das 1993 von einer Gruppe multiprofessioneller ExpertInnen konzipiert wurde, konnte 1995 als erstes in Freiburg realisiert werden (Landeswohlfahrtsverband Baden 1999 : S.2). Als übergeordnetes Ziel wird die Vorbeugung psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern festgehalten. Um dieses zu verwirklichen wird inhaltlich unter anderem in folgenden Bereichen gearbeitet:

- kind- und altersgerechte Informationsvermittlung über psychische Krankheiten,
- Bewältigung und Stabilisierung des Lebensalltags,
- Kontakt zu anderen, um das Einzelschicksal zu durchbrechen,
- Unterstützung beim Aufbau eines hilfreichen Netzwerks für Kind und Familie,

⁴Ein interdisziplinäres ambulantes Projekt, das sich KIPKEL (Kinder von psychisch kranken Eltern) nennt kann ebenfalls als Musterbeispiel herangezogen werden und wird in Staets / Hipp (2001) beschrieben.

- Entwicklung einer gesunden Identität.

Zielgruppen sind Familien mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteil/en, die über andere soziale Einrichtungen an Aurnyn weitervermittelt werden. Diese Kinder konnten jede Woche für zwei Stunden eine Kindergruppe besuchen, die in verschiedene Altersgruppen eingeteilt wurde und für die Zeitdauer eines halben Jahres angelegt war. Kernstück der Gruppenarbeit waren drei Module, die auch die Themenschwerpunkte darstellten; psychische Krankheit, Identität und soziale Kompetenz. Es wurde größtmögliche Transparenz der Arbeit gegenüber den Eltern gehalten um ihr Vertrauen zu sichern. Schwierigkeiten zeigten sich bei der Voraussetzung für die Teilnahme des Kindes. Die Eltern mussten einsichtig sein, einer Teilnahme an der Gruppe zustimmen und sollten selbst mitarbeiten. Darüber hinaus erwies es sich als problematisch genug Kinder der Altersgruppen zeitgleich zusammenzufassen. Insgesamt wurde jedoch deutlich, dass die Gruppe für die Kinder eine Entlastung bedeutet und die Kommunikation innerhalb der Familie verbessert wird was in weitere Folge Schuldgefühle und negative Phantasien abbaut (Leidner 2004 : S.147).

Das Konzept der Aurnyn Gruppenangebote wurde auch in weiteren Städten wie Frankfurt, Hamburg, Chemnitz oder Bielefeld entwickelt (Schone / Wagenblaus 2002 : S. 226). Es wurde somit auch wie bei dem Projekt der Kindergruppe innerhalb des Wiener PSD's die Erfahrung gemacht, dass es eine Schwierigkeit ist genügend Kinder zu erreichen. Meines Erachtens ist der hochschwellige Ansatz dafür verantwortlich, weil es sich als Hürde herausstellt das Angebot zu nützen.

5.5 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im geographischen Raum von Niederösterreich und Wien ein Defizit in Bezug auf explizite Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern in Form von Beratungsstellen, Kindergruppen und Therapieangeboten besteht. Dieses Defizit lässt sich aber laut Aussagen und Wissen der ExpertInnen auf ganz Österreich umlegen (Leixnering 2004; Stöger 2004; Koska 2005). Es gibt Einrichtungen, die Kinder als Zielgruppe haben und in diesem Sinn auf die Problematik, eines psychisch kranken Elternteils besonders eingehen oder jene Einrichtungen, die bereits erkrankte Kinder betreuen. Die Umsetzung eines Konzepts, mit dem Ziel die Kinder psychisch kranker Eltern in die Regelversorgung des PSD aufzunehmen, würde einen wichtigen Schritt bedeuten.

Das Fehlen des Versorgungsnetzes erklären sich die ExpertInnen in Österreich zumeist mit denselben Gründen. Es handelt sich dabei von Seiten der Fachöffentlichkeit um zu

wenig Bewusstsein für die Zielgruppe, oder Mangel an zeitlichen Ressourcen, sich im speziellen dafür zu engagieren (Leixnering 2004). Ebenso spielt der Faktor der Finanzierung eine bedeutende Rolle. Nach Aussagen von Koska (2005) während des Interviews, erkennen die professionellen HelferInnen in der Erwachsenenpsychiatrie nun langsam, dass es sich dabei um eine Gruppe handelt, der man sich widmen muss. Das Bewusstsein wäre somit vorhanden, aber die Finanzierung von Projekten ist nicht gegeben. Diese Feststellung kann meines Erachtens nicht ausreichen. Das beschriebene Beispiel der Kindergruppe in Psychosozialen Dienst Wien zeigt, dass es nicht vorrangig an der Finanzierung liegt. Vielmehr spielt die Erreichbarkeit der Zielgruppe auch eine Rolle. Es sollte von einer Bring-Struktur zu einer Komm-Struktur führen. Damit ist gemeint, dass die Mütter von psychisch kranken Kindern selbstständig Kindergruppen aufsuchen. Es sollte möglich sein die Gruppe ohne Vermittlung von Dritten in Anspruch nehmen zu können.

Teil II

Empirischer Teil

Kapitel 6

Methodenwahl

Beim empirischen Teil dieser Arbeit handelt es sich um drei Fallstudien über die Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Müttern. Die Wahl der Methode hatte das Ziel die jeweilige Lebenssituation jedes Falles als Ganzes zu erfassen. Weitere Überlegungen die zur Empirie angestellt wurden, werden anschließend beschrieben. Es wird auf die Vorgehensweise und Schwierigkeiten bei der Befragung eingegangen. Schwierigkeiten ergaben sich vor allem bei den Gesprächen mit den Kindern. Das zweite Unterkapitel beschreibt die Methode bei der Auswertung der Interviews.

6.1 Vorüberlegungen

Die Situation der Kinder wird an drei exemplarischen Fällen von Familiensystemen aufgezeigt bei denen bei der Mutter eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Die drei Fallstudien werden auf Basis von Erkenntnissen der Literatur, über die Lebenssituation von Kindern, diskutiert. Die Diskussion der Auswirkungen orientiert sich an der Einteilung in unmittelbare Probleme und Folgeprobleme nach Mattejat (1996 : S.22) und allgemeine psychosoziale Problemen nach Deneke (2004a : S.88) (siehe Abschnitt 3.1). Es wurde eine qualitative Zugangsweise gewählt, weil diese erforderlich ist um die Komplexität und Vielschichtigkeit des Falles aufzuzeigen.

Um die Lebenssituation der Kinder zu erfassen wurden mit ihnen Gespräche durchgeführt. Diese sollten das subjektive Erleben ihrer Situation greifbar machen. Die Kinder zu befragen lässt auf neue Erkenntnisse hoffen, weil bei vielen bisherigen Studien ehemals betroffene nun erwachsene Kinder befragt wurden (Hänni und Wütrich 1992, Sielaff 1994, zit.n. Baumann 2000; Schone / Wagenblass 2002; Stöger 1999). Es gibt wenige Studien,

die direkt betroffene Kinder befragten (Lenz 2003). Auch Sollberger (2000 : S.30) betont: „Kaum wird die Sicht der Kinder selbst...erfragt, erforscht und für die mögliche Sensibilisierung auch hinsichtlich institutioneller Hilfsangebote fruchtbar gemacht. ...die Erlebnis- und Erfahrungswelt der Kinder, ihr soziales Zusammenleben mit dem kranken - aber auch gesunden - Elternteil, ihren Umgang mit Problemen und Schwierigkeiten, ihr Arrangieren,... wird immer noch beinahe völlig ausgeblendet.“

Dieses Jahr erscheint jedoch ein Buch von Lenz (2005), das die Forschungsergebnisse aus einem Projekt zusammenfasst, bei dem Kinder befragt wurden. Bei einer ersten Zusammenfassung der Ergebnisse kommt Lenz (2003 : S.7) zu folgender Aussage. „Vergleicht man die Ergebnisse vorliegender Studien mit unseren Befunden, so zeigt sich eine große Übereinstimmung in den grundlegenden Aussagen. Offensichtlich stellt die psychische Erkrankung eines Elternteils für die Kinder eine so einschneidende, prägende Erfahrung dar, dass sie auch im Erwachsenenalter noch relativ präzise Erinnerungen daran besitzen.“ Er betont dennoch, dass die direkte Befragung von Kindern einen unmittelbareren Einblick gibt und das subjektive Erleben noch zugänglicher macht.

Begründeterweise reichen Interviews mit Kindern aber nicht aus. Diese Sichtweise ergibt sich aus Interviews mit nun erwachsenen Kindern. Eine ehemals betroffene Frau äußert im Laufe eines persönlichen Gespräches, dass sie sich als Kind nicht in der Lage gesehen hätte die Ereignisse in diesem Ausmaß zu reflektieren. Sie hätte nicht abschätzen können welche Auswirkungen die damalige Situation auf sie hatte. Es schien eher normal zu sein (Bauer 2005). Ennser (2000 : S.53-79) hat im Rahmen ihrer Diplomarbeit auch sechs erwachsene Kinder befragt. Ihre Zusammenfassung lässt erkennen, dass die Kinder ihre familiäre Situation als „...normal erlebt haben“ ...und sie „...gar nicht so mitbekommen haben...“ und „...nur feststellen konnten, dass in der Familie irgendetwas anders ist...“

Nicht unwichtig ist der Gedanke, dass die Kinder möglicherweise die Mutter zu schützen versuchen und sie „nicht schlecht machen“ wollen. Aus diesem Grund kann es ebenfalls zu verzerrten Aussagen oder zur Verweigerung von Interviews kommen. Küchenhoff (2004 : S.105) erwähnt, dass es bei ihrer durchgeführten Befragung schwierig war an die Kinder heranzukommen. Es stellten sich folgende Gründe heraus. Fehlende Krankheitseinsicht der Eltern, das Gespräch wurde für die Kinder zu belastend empfunden oder die Erkrankung wurde geheim gehalten. Es scheint, als ob es sich um eine allgemeine Zugangsproblematik handelt.

Es lässt sich festhalten, dass die Befragung von Kindern Vorteile und Nachteile mit sich bringt. Vor allem wenn das Interview von einer fremden Person durchgeführt wird,

wie es bei dieser Arbeit der Fall ist. Aus diesem Grund werden die Vor- und Nachteile bei Interviews mit Kindern aufgezeigt:

Vorteile	Nachteile
Schildern das Erleben situationsnah	Sind nicht reflektiert
HelferInnen sind greifbar	Interviewverweigerung
Äußern ihr subjektives Erleben	Antwortverfälschung aufgrund von Einflüssen der Mutter oder der Umwelt

Abbildung 6.1: Vorteile und Nachteile bei Kinderinterviews

Aus diesen Gründen wurde versucht die Situation der Kinder durch Befragungen von Eltern, wichtigen familiären Bezugspersonen und professionellen HelferInnen zu ergänzen. Dadurch sollte ein möglichst vollständiges Gesamtbild der Lebenssituation der Kinder und ihrer Familie erfasst werden. Es erschien unvollständig aufgrund dieser Erkenntnisse nur die Aussagen der Kinder in die Ergebnisse einzubeziehen. Vielmehr erwies es sich als hilfreich auch die Aussagen der professionellen HelferInnen und Bezugspersonen mit einzubeziehen, da diese jahrelange Erfahrung im Umgang mit KlientInnen haben und die Situation entsprechend einschätzen können.

Es wurde generell versucht die Fälle so umfassend und vollständig wie möglich zu erfassen, aber es gelang aufgrund der oben geschilderten Problematik nicht immer. Bei einem Fall wurde das Gespräch mit dem Kind im Beisein der Mutter durchgeführt, bei einem weiteren konnte das Kind für kein Gespräch gewonnen werden. Beim zweiten Fall war die Mutter zum Zeitpunkt der Befragung nicht greifbar, da sie durch eine Psychose beeinträchtigt war. (Details zu den Umständen und wie damit umgegangen wurde siehe Kapitel 7 und bei den jeweiligen Abschnitt 7.1, 7.2 und 7.3.)

Wenn die betroffenen InterviewpartnerInnen über ein sehr persönliches und belastendes Thema mit einer fremden Person sprechen, dann ist es umso wichtiger, dass eine angenehme Atmosphäre geschaffen wird. Aus diesem Grund wurden die Gespräche in einer vertrauten Umgebung durchgeführt. Dabei handelte es sich hauptsächlich um die Wohnung der Befragten oder auch die Institution in der sie betreut werden. Vor allem bei den Kindern war es wichtig Vertrauen zu gewinnen und dadurch ihre Gesprächsbereitschaft zu fördern.

Bei den befragten Erwachsenen wurde ein halbstandardisierter Interviewleitfaden verwendet (Bortz / Döring 2002 : S.239). Die einzelnen Fragen waren bei familiären Bezugspersonen und professionellen HelferInnen zum Teil unterschiedlich. Insgesamt können die Leitfäden aber in Themenbereiche gegliedert werden.

Um einen Einblick in die Verhaltensweisen der Mutter und des Kindes in Form einer Fremdeinschätzung zu erhalten, wurden die HelferInnen gebeten die Mutter und das Kind in ihrem Verhalten zu beschreiben. Um eine Selbstperspektive der Situation zu gewinnen wurde die Mutter über ihr Verhalten und das Verhalten des Kindes befragt. Alle Befragten wurden gebeten die Symptome der Erkrankung zu beschreiben und wie sie die Auswirkung für das Kind einschätzen. Dabei wurde nach Auswirkungen gefragt, die aus bisherigen Studien hervorgehen. Es sollte ihnen aber auch die Möglichkeit gegeben werden, Erfahrungen, Einschätzungen und Punkte, die für sie wichtig erschienen, einzubringen. Darüber hinaus sollte ein Tagesablauf erläutert werden, um einen Einblick in den Alltag der Familie zu erhalten. Die Mutter oder der Vater schilderten biographische Aspekte und Hintergrundinformationen um die gegenwärtige Situation besser einzuschätzen und gegebenenfalls Zusammenhänge feststellen zu können.

Bei den Kindern sollte auf spielerische Art eine Gesprächsbasis geschaffen werden. Dazu diente der adaptierte Satzergänzungstest, der am AKH Wien entwickelt wurde. Dieser Test sollte den Zugang zum Kind erleichtern und in weiterer Folge eine angenehme Gesprächsbasis schaffen. Durch diese Art der Herangehensweise wurden möglicherweise vom Kind Themenbereiche angesprochen, die es in einem herkömmlichen Gespräch, wo die Bereiche direkt angesprochen werden, nicht erwähnt hätte. Es wurde auch ein selbst gebasteltes Legespiel verwendet, welches „Wer macht was?“ genannt wurde. Bei diesem sollte das Kind alltägliche Tätigkeiten oder Situationen jeweils der Person zuordnen die sie ausführt. Zu den möglichen Situationen zählten:

- Wer bringt dich in die Schule?
- Wer spielt mit dir?
- Wer weckt dich in der Früh?
- Wer bringt dich ins Bett?
- Wer macht dir etwas zu essen? etc.

Mögliche Personen, denen die Kärtchen zugeordnet werden konnten waren das Kind selbst, die Mutter, der Vater, die Oma oder eine dritte Person.

Der Zugang zu den Kindern und weiteren befragten Personen erfolgte in allen Fällen über die betreuende soziale Einrichtung. In zwei Fällen war es die Psychologin der Mutter die in einer Familienberatungsstelle tätig ist und in einem Fall die Sozialarbeiterin am

AJF. Es wurde in einem ersten Schritt von den professionellen Helferinnen gefragt, ob die Mütter bereit wären sich zur Verfügung zu stellen. Wurde dies bejaht, dann konnte die Interviewerin zur Mutter und in einem Fall zum Vater telefonischen Kontakt aufnehmen. Es wurde abgeklärt wann die Treffen stattfinden und ob es ein Einverständnis gibt, die Kinder und auch gegebenenfalls die weiteren Bezugspersonen zu befragen.

Die Familien sollten folgende Kriterien erfüllen:

- psychische Erkrankung der Mutter, die von einem prof. Helfer diagnostiziert wurde. Damit sollte sichergestellt sein, dass es sich nachweislich um eine psychische Erkrankung handelt, die als Grundlage für die Untersuchung dient.
- die drei Mütter sollten unterschiedliche Diagnosen haben, um mögliche Unterschiede bei den Auswirkungen auf die Kinder zu erkennen.
- mindestens ein Kind im Alter von 6-12 Jahren, weil es für die Interviews als notwendig empfunden wurde, dass sich die Kinder dementsprechend artikulieren können und ihre Eindrücke äußern. Die Obergrenze ergibt sich, weil ab diesem Zeitpunkt zusätzliche Auswirkungen für das Kind gegeben sind. Vor allem die Möglichkeit der eigenen Erkrankung rückt immer mehr ins Blickfeld.
- Das Kind lebt mit der Mutter im gemeinsamen Haushalt, oder die Kindesabnahme liegt nicht länger als 3 Monate zurück. Dieser Zeitraum wurde gewählt, weil das subjektive Erleben der Situation noch in Erinnerung sein sollte.

Für den Zugang einer qualitativen Fallstudie, mit Schwerpunkt auf die möglichen Auswirkungen für das Kind, sprach auch die Vermutung, dass sich wenig Familien zur Verfügung stellen würden.

Dafür haben mehrere Gründe gesprochen:

- Es wird sich als schwierig herausstellen an die Familien und Kinder heranzukommen.
- Psychische Erkrankungen sind ein Tabuthema in der Gesellschaft, die Gesprächsbereitschaft wird dadurch verringert sein.
- Die Kinder könnten das Gespräch ablehnen, weil innerhalb der Familie ein Kommunikationsverbot herrscht.

Diese Vermutungen haben sich bestätigt und führten zu einer geringen Fallauswahl.

Bei allen drei ausgewählten Fällen handelt es sich um alleinerziehende Mütter, obwohl dies bei der Fallauswahl nicht beabsichtigt war. Es muss somit beachtet werden, dass sich bei vollständigen Familien die Situation vielleicht anders darstellt. Diese Vermutung wird auch in der Literatur und aus ExpertInneninterviews bestätigt. Diese Gruppe scheint für die theoretische Auseinandersetzung mit sozialarbeiterischen Interventionen jedoch geeignet, da bei Alleinerziehenden vermehrt das private soziale Netzwerk wegfällt und sie von ExpertInnen als gefährdetste Gruppe bezeichnet werden. Sozialarbeit hat zunehmend mit dieser Gruppe von KlientInnen zu tun, da sie sonst durch alle „Netze fallen“ und vermehrt professionelle Unterstützung brauchen.

6.2 Auswertung

Zur Auswertung des Materials wurden aus der Literatur empirisch gehaltvolle abgeleitete Kategorien gebildet, die verschiedene Problemlagen umfassen. Diese teilen sich in unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme (siehe Abschnitt 3.1). Diese Kategorien dienen als Grundlage der inhaltlichen Bearbeitung. Auf Basis dieser werden die Fälle, zu der Thematik der Auswirkungen auf die Kinder, diskutiert. Mit dem Ziel bereits bestehendes Wissen an konkreten Fällen zu reflektieren und zu differenzieren (Kelle / Klug 1999 : S.65-67).

Um nicht allgemeine Problematiken und Auswirkungen von alleinerziehenden Müttern in die Ergebnisse der Fälle einzubinden, wurde bei der Auswertung darauf geachtet, ob die Auswirkungen ebenfalls bei alleinerziehenden Müttern, die keine psychische Erkrankung haben, zutreffen würden.

Kapitel 7

Fallstudien

Im folgenden Kapitel wird nun die Lebenssituation der Kinder von psychisch kranken Müttern anhand von drei Beispielen untersucht. Zur Übersichtlichkeit werden Auswirkungen, wie bereits erwähnt, in unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme gegliedert. Konkret untersucht wird dabei die Familie Wiesleitner, Familie Berger und Familie Odizka.¹ Es wird deshalb von Familienfällen ausgegangen, weil für das Kind nicht nur direkte Auswirkungen der Erkrankung belastend sein können, sondern auch Themen die sich im Familiensystem oder durch soziale Umstände ergeben. Diese sind einerseits als Folge der Erkrankung zu sehen, können aber auch zur Krankheit hinzukommen. Es werden die Einzelschicksale der Kinder entsprechend dargelegt, weil dadurch verschiedene Lebenssituationen aufgezeigt werden können. Bei jedem Fall wird zu Beginn eine Beschreibung des Settings gegeben. Damit sollen die Familienverhältnisse, die involvierten Personen, Daten des Kindes und die Symptomatik der Mutter, aufgezeigt werden. Anschließend folgen einige Hintergrundinformationen, um die gegenwärtige Situation, die im Anschluss beschrieben wird, besser verstehen zu können. Den Abschluss bilden die Auswirkungen auf die Lebenssituation der Kinder, die aus der Analyse der qualitativen Interviews erarbeitet wurden und die anhand der abgeleiteten Theorien aufgezeigt werden. Als diagnostische Instrumente werden die Personalliste und der biographische Zeitbalken verwendet.

In einem zweiten Schritt wird ein Resümee aus den drei exemplarischen Situationen gezogen.

¹Die Namen wurde geändert um die Anonymisierung zu gewährleisten.

7.1 Familie Wiesleitner

Frau Wiesleitner leidet seit der Geburt ihres Sohnes an einer bipolaren affektiven Störung² und einer Essstörung, die sich Binge-eating Syndrom³ nennt. Sie hat AHS Matura, ist aber seit der Geburt des Kindes arbeitslos und bezieht Notstandshilfe von 600 Euro. Sie erhält vom Vater zusätzlich 100 Euro zur Unterstützung des Kindes und Familienbeihilfe. Sie lebt gemeinsam mit ihrem Sohn in einer ca. 75m² großen Mietwohnung in Wien. Ihr Sohn, der 6 jährige Christoph, besucht den Kindergarten und beginnt im Herbst die Volksschule. Familiäre Kontakte bestehen zum Vater und der Großmutter mütterlicherseits. Der Vater ist Lagerarbeiter und neigt ebenfalls zu depressiven Phasen. Die Großmutter ist bereits in Pension. Kontakte zu sozialen Einrichtungen haben die Mutter sowie der Sohn. Aus diesem Grund ist die Psychologin der Mutter und die Psychologin von Christoph, sowie seine Kindergärtnerin in den Fall involviert. Gerlinde ist die Freundin von Christoph, sie sehen sich ca. alle zwei Monate. (Die Abbildung 7.1 fasst die Daten noch einmal zusammen. Das Zeichen + und - in der Spalte Kontakt der Personalliste gibt an, ob die Interviewerin Kontakt mit der Person hatte oder nicht.⁴) Das Gespräch mit dem Kind fand im Beisein der Mutter statt, da es zum Zeitpunkt des Gespräches nicht mehr bereit war alleine mit der Interviewerin zu sprechen (mögliche Gründe siehe Abschnitt 6.1). Es wurde berücksichtigt, dass die Antworten durch die Anwesenheit der Mutter meist ihrer Erwartungshaltung entsprechen.

7.1.1 Gegenwärtige Situation und Deskription

Der biographische Zeitbalken in Abbildung 7.2 gibt einen Überblick über die Lebensereignisse von Christoph und zeigt den Krankheits- und Betreuungsverlauf der Mutter auf.

Im Oktober 1998 wurde Christoph geboren. Im Jahr 2000 kommt es zu mehreren Ereignissen, die für das Kind sehr einschneidend erscheinen. Zu Beginn des Jahres erfolgt eine Schilddrüsenoperation der Mutter, kurz darauf trennen sich die Eltern, weil der Vater die depressiven Phasen der Mutter nicht mehr aushält. Mit dem Krankenhausaufenthalt beginnt die Mutter regelmäßig Beratung in Anspruch zu nehmen. Es liegt die Vermutung nahe, dass sie das Kind aus Überforderung in einer Krabbelstube unterbringen will, aber

²Die Symptome der psychischen Erkrankung werden in Abschnitt 2.2 beschrieben.

³Ähnlich der Ess-Brechsucht ist das Binge-eating-Syndrom von starken Essattacken gekennzeichnet. Da es jedoch zu keinen kompensatorischen Verhaltensweisen wie Erbrechen, Abführmittelmisbrauch oder ähnlichem kommt, sind die Betroffenen meist übergewichtig (so-what: Institut für Menschen mit Essstörungen n.d. : o.P.).

⁴Diese Anmerkung gilt für alle drei Fälle.

Name	Alter	Rolle	Haushalt/Institution	Kontakt
Christoph Wiesleitner	6	Kind	Wohnung 1	+
Simone Wiesleitner	40	Mutter	Wohnung 1	+
Franz Dobrudy	38	Vater	Wohnung 2	+
Aloisia Tolitz	58	Großmutter mütterlicherseits	Wohnung 3	+
Katharina Leitner	29	Kinderpsychologin	Familienberatungsstelle	+
Agnes Preusser	42	Klinische Psychologin der Mutter	Familienberatungsstelle	+
Gertraud Angerer	?	Kindergärtnerin	Kindergarten	-
Gerlinde	6	Freundin von Christoph	Wohnung 4	-

Abbildung 7.1: Personalliste Christoph

diese Institutionalisierung scheitert. Es fällt auf, dass Christoph aufgrund dieser Ereignisse wieder vermehrt am Tag einnässt, oft bis zu 4 Mal. In der Nacht trägt er weiterhin eine Windel. Es konnte beobachtet werden, dass er vermehrt Daumen lutscht. Laut Aussagen der Großmutter hat sich dieses Verhalten seit dem 4. Lebensjahr gesteigert. Nach der Trennung der Eltern zieht der Vater aus. Am Wochenende ist Christoph abwechselnd beim Vater oder bei der Großmutter. Die Beratung der Mutter im Krankenhaus war für sie der Start zahlreicher weiterer Kontakte zu Institutionen. Mit drei Jahren, im Jahr 2001, beginnt Christoph den Kindergarten zu besuchen. Zeitgleich kommt es bei der Mutter zur vermehrten Inanspruchnahme von sozialen Einrichtungen. Mit Jahresende 2003 beginnt auch das Kind eine Betreuung bei einer Psychologin, die bis heute andauert.

Die gegenwärtige Situation stellt sich folgendermaßen dar: Die Mutter erzählt, dass sie die Situation gut im Griff hat und ihre „Löcher“ und „Höhen“ gut bewältigen kann. Sie erwähnt aber auch die Tiefen in denen sie sich zwischen Bett, Fernseher und Küche hin und her schleppt und wenig Zeit für Christoph hat. Im Gegensatz zu den Aussagen der Mutter sagen die Großmutter und die professionellen HelferInnen, dass die Tage der Antriebslosigkeit gegenüber jenen der Aktivität überwiegen. Frau Wiesleitner gibt sich gegenüber Dritten als fürsorgliche Mutter und stellt eine angenehme Atmosphäre dar. Bezugspersonen können durch ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen diese Situation nicht bestätigen. Aufgrund dieser Tatsache werden die Aussagen der professionellen HelferInnen,

Alter	Geb.	1	2	3	4	5	6	7
Jahr	Okt. 98	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Familie		Erkrankung der Mutter an bipolarer affektiver Störung	Trennung der Eltern					
Behandlung der Mutter		Schilddrüsen OP der Mutter	Anstaltspsychologin vom Krankenhaus (Termine alle 3-4 Monate)		Psychotherapie So-what	Psychologin		
Wohnen		Mietwohnung mit Mutter und Vater in Wien	Mitwohnung mit Mutter in Wien: Alle 14 Tage abwechselnd über's Wochenende bei Oma oder Papa					
Schule		Kurze Unterbringung in einer Krabbelstube			Privatkindergarten			
Gesundheit			Wird nicht rein. Trägt eine Windel in der Nacht. Am Tag macht er bis zu 4 mal in die Hose.			vermehrt Daumenlutschen, tw. bis der Daumen wund ist		
Behandlung/Hilfe						Kinderpsychologin		

Abbildung 7.2: Zeitbalken Christoph

Legende:

so-what: Institut für Menschen mit Essstörungen

der Großmutter und des Kindes in Bezug auf Auswirkungen und Belastungen mehr gewichtet. In ihren manischen Phasen gibt Frau Wiesleitner das gesamte Monatseinkommen vermehrt für Kleidung und Essen aus. Christoph besucht aufgrund der depressiven Phasen nur etwa 2-3 Mal in der Woche den Kindergarten. Seiner Mutter scheint das Aufstehen in der Früh und Christoph damit einen geregelten Tagesablauf zu bieten, sehr schwer zu fallen. Vater und Großmutter wirken bei der Erziehung und Versorgung sehr kompensierend.

7.1.2 Auswirkungen auf die Lebenssituation von Christoph

Für die Lebenssituation von Christoph lassen sich Auswirkungen beobachten, die in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung der Mutter stehen. Wie sich diese darstellen wird anhand von drei Problembereichen beschrieben und diskutiert. Mit den unmittelbaren Problemen wird begonnen, dann werden die Folgeprobleme erläutert und zum Schluss wird auf die allgemeinen psychosozialen Probleme eingegangen.

7.1.2.1 Unmittelbare Probleme

Desorientierung

Ähnlich wie in der Literatur zeigt sich bei ihm eine Desorientierung. Hinweise dafür ergeben sich durch Aussagen von ihm wie: *„Ich möchte wissen, ob meine Mama sich schon wieder gebessert hat?“*. Es scheint, als ob er ihr Verhalten nicht einschätzen kann und versucht es auf diese Art zu erfassen. Die Desorientierung wird vor allem durch das ambivalente Verhalten der Mutter erzeugt. Diese Ambivalenz äußert sich in Bezug auf das Kind folgendermaßen. Einerseits drückt Frau Wiesleitner Christoph an sich und fordert Liebe ein, wenn sie selbst Liebe braucht, z.B. nach einem Konflikt mit der Großmutter oder dem Vater. Der Vater bezeichnet diese Situationen als Vergewaltigung. Andererseits schildert die Großmutter Situationen in denen die Mutter ihm keine Liebe und Zuwendung gibt und Christoph behandelt als wenn er nicht anwesend wäre. Häufiger lässt sie ihn „links liegen“ und fügt ihm auch körperliche Gewalt zu. Frau Wiesleitner bestätigt ebenfalls, dass er ihr Handeln teilweise nicht einschätzen kann.

Tabuisierung

Diese Verwirrung und Desorientierung scheint sich durch die teilweise Tabuisierung der Erkrankung zu verstärken. Die Bezugspersonen wissen über die Erkrankung von Frau Wiesleitner bescheid, weil sie gegenüber Dritten sehr offen darüber spricht. Gegenüber dem Kind begründet sie das große Schlafbedürfnis aber mit Müdigkeit. Dass seine Mutter

krank ist und die Depression nur ein Teil der Erkrankung ist, weiß Christoph nicht. Nach Aussage der Kinderpsychologin nimmt er die Mutter nicht als krank wahr. Dem gegenüber steht aber die Aussage des Kindes und der Mutter. Das Kind hält fest: *„Ich erzähle der Gerlinde über meine Mama, dass, ja, dass manchmal brechen muss und sie krank ist, weil kotzt. Ist sehr herzergreifend, wenn ich das erzähle.“* Die Mutter gibt ebenfalls an, dass Christoph sie manchmal fragt, ob sie schon ihre Tabletten genommen hat und ob er ihr die „Pulverl“ geben darf. Hier lässt sich möglicherweise doch eine Wahrnehmung der Erkrankung durch das Kind erkennen, auch wenn es sich vermutlich um somatische Symptome handelt. Dadurch kommt es meines Erachtens auch zu dieser Verwirrung, weil einerseits die Mutter die Erkrankung tabuisiert. Andererseits merkt Christoph, dass mit seiner Mutter etwas nicht stimmt.

Frau Wiesleitner findet jedoch, dass sie sehr offen mit der Erkrankung umgeht und dem Kind genügend Informationen über ihr Verhalten und ihre Erkrankung gibt.

Schuldgefühle

Laut Aussagen der Kinderpsychologin hat Christoph Schuldgefühle. Sie geht davon aus, dass Christoph die Schuld bei sich sehen würde, wenn man das AJF informiert. Diese Gefühle könnten als Konsequenz der Verwirrung entstehen, weil das Kind das Verhalten der Mutter auf sich zurückführt. Er glaubt dass er etwas falsch gemacht hat, oder nicht brav war. Zusätzlich scheint es, als ob Frau Wiesleitner ein Stück der Verantwortung für ihr Handeln an Christoph abgibt und dadurch ebenfalls Schuldgefühle entstehen. Dies drückt sie so aus. *„...dass dürfen wir nicht mehr machen miteinander und ihm auch sag, dass es nicht richtig war von mir, und hab ich ihm auch schon gesagt. Das wir eben beide eine andere Verhaltensweise finden, um miteinander umzugehen.“* Es fällt auf, dass sie das Kind als einen gleichberechtigten Partner sieht, der die Situation lenken kann und seinen Beitrag leisten muss. Aufgrund dieser Aussage könnte das Kind zusätzliche Schuldgefühle entwickeln, wenn es keinen oder zu wenig Beitrag leistet um das Verhalten der Mutter zu ändern. Christoph macht eine Aussage, die damit in Verbindung zu bringen ist. *„Ich möchte wissen, ob sich meine Mama schon wieder gebessert hat?“* Meines Erachtens lässt sich daraus schließen, dass Christoph noch keine Besserung der Situation merkt und er durch diese Frage einschätzen könnte ob er schon etwas dazu beigetragen hat (siehe Punkt Desorientierung).

In der Literatur wird weiters davon ausgegangen, dass die Kinder glauben sie hätten die Erkrankung (mit) herbeigeführt. Dies ist bei Christoph nicht zu erkennen. Er scheint das

Gefühl zu haben an dem Verhalten der Mutter Schuld zu sein, aber nicht an der Erkrankung. Laut Aussage der Kinderpsychologin nimmt er diese ja nicht wahr.

Isolierung

Ebenso lassen sich Anzeichen von Isolierung beobachten. Laut Aussagen der Großmutter hat er nur Kontakte im Kindergarten. Diesen besucht er aber nur 2-3 Mal in der Woche, weil die Mutter in der Früh nicht aufsteht. Es kommt auch niemand zu ihm auf Besuch. Er selbst hat seltenen Kontakt mit Gerlinde, ca. alle zwei Monate. Diese Freundschaft scheint ihm viel zu bedeuten, da er Gerlinde, wie oben erwähnt, von seiner Mutter erzählt. Christoph äußert weiters: *„Andere Kinder darf ich nicht ansprechen, außer sie fragen nach dem Weg, dann darf ich schon was sagen.“* Diese Aussage lässt eine Isolierung vermuten. Darüber hinaus spricht er mit jedem und sucht vermehrt Kontakt, wenn er mit der Großmutter und dem Vater unterwegs ist. Das in der Literatur erwähnte auferlegte Kommunikationsverbot mit Außenstehenden über die Situation, lässt sich bei Christoph allerdings nicht erkennen. Er hat familiäre und professionelle Bezugspersonen die mit ihm die Situation besprechen und spielerisch die Belastungen aufarbeiten. Dabei wird aber nicht spezifisch auf die Erkrankung der Mutter eingegangen, sondern auf ihr Verhalten zu Christoph und welche Gefühle er damit verbindet. Die professionellen Kontakte bestehen vor allem, weil der Kindergarten diese Betreuung als sinnvoll erachtete hat und die Mutter die Betreuung des Kindes unterstützt. Es scheint, als ob die Isolierung nicht aus dem sozialen Rückzug der Mutter oder ihrem „Klammern“ hervorgeht. Vielmehr ergibt sich die Isolierung möglicherweise, weil sich die Mutter sehr wenig mit dem Kind beschäftigt und ein Betreuungsdefizit besteht.

7.1.2.2 Folgeprobleme

Betreuungsdefizit

Als ein konkretes Folgeproblem lässt sich ein Betreuungsdefizit feststellen. Ein paar Zitate der Großmutter sollen dies verdeutlichen: *„...aber alleine die Situation kein Essen kriegen, wie soll i des ausdrücken, oder die Mutter schläft am Vormittag und er rennt in der Wohnung herum...,oder...i kann ihm net sagen, jetzt hab i keine Zeit, oder überhaupt keine Antwort geben, das geht nicht. Oder alle 14 Tage schneid ich ihm die Nägel, oder putz ihm die Ohren aus oder wasch ihm die Haare, aber ich finde, dass dazwischen auch etwas gemacht gehört.“* Die Großmutter und die Psychologin der Mutter halten fest, dass sich die Mutter sehr wenig mit dem Kind beschäftigt. Christoph selbst nennt einige Punkte, die

ein Betreuungsdefizit vermuten lassen. Er nennt als Lieblingsspiel der Mutter den PC und dass er zu Hause immer brav und leise sein muss. Das Legespiel „Wer macht was?“ zeigte deutlich, dass ein Teil der Betreuungsaufgaben von der Mutter nicht übernommen werden. Christoph steht in der Früh selbstständig auf und teilt die Kärtchen für Tätigkeiten wie kochen, putzen, ihn in den Kindergarten bringen oder mit ihm zum Arzt gehen der Großmutter oder der Putzfrau zu. Die Großmutter sieht seit einigen Wochen eine Besserung der Situation. „...das *Hinhauen und des permanente Schreien und die bewusste Missachtung ist etwas weniger geworden....*“. Sie vermutet den Druck des Kindergartens dahinter. Dieser sieht bei Christoph einen sonderpädagogischen Bedarf und wollte mit Frau Leitner sprechen. Es scheint als ob die Mutter unter Druck die Situation und die Betreuung verbessern kann. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, ob das Betreuungsdefizit nur aus der Erkrankung entsteht. Frau Wiesleitner hat vielleicht die Möglichkeit ihren Antrieb zu steigern und sich vermehrt dem Kind zu widmen wenn es notwendig und gefordert ist.

Gewalterfahrung

Im konkreten Fall ließen sich Gewaltanwendungen der Mutter beobachten. Die Mutter hat unmotivierte emotionale Ausbrüche, dabei schlägt und schreit sie mit dem Kind. Christoph scheint diese Thematik sehr zu beschäftigen. Er schildert ein Beispiel wo sie ihn auf der Straße anschreit und schlägt. Die Großmutter kann beim Kind bereits Angst vor der Mutter erkennen. Sie leitet dies aus Aussagen und Verhaltensweisen vom Kind ab. Christoph will Gespräche über Konflikte im Kindergarten vor der Mutter geheim halten. Wenn die Mutter die Hand hebt, oder ihre Stimme laut wird, dann zieht er den Nacken ein, schaut ängstlich oder läuft weg. Wenn ihn etwas beschäftigt, dann behält er es nach Aussagen der Großmutter sehr lange bei sich. Er öffnet sich ihr, oder Frau Leitner erst, wenn es für ihn zu belastend ist. Diese physische Misshandlung scheint mit der Überforderung der Situation und der Erziehung zusammenzuhängen.

Zusatzbelastungen

Aufgrund der Betreuungsdefizite und dem vernachlässigten Haushalt lässt sich erkennen, dass Christoph teilweise Zusatzbelastungen ausgesetzt ist. Manche Tätigkeiten weisen darauf hin, dass er Selbstverantwortung übernimmt. Laut Aussagen der Großmutter muss er sich in der Küche Essen suchen wenn er Hunger hat, selbstständig waschen oder sich für den Kindergarten vorbereiten. Es besteht auch die Vermutung, dass er kleine Haushaltstätigkeiten übernimmt. Laut Aussagen des Vaters hilft er gerne überall im Haushalt mit. Die Mutter erwähnt auch: „*Jetzt kann er ja auch schon in den Töpfen rühren, auch*

immer wieder zusammenräumen, wenn es sehr aussieht. Dadurch, dass ich den Haushalt überhaupt nicht gerne mach.“ Diese Aussage lässt eine Übernahme von Tätigkeiten im Haushalt vermuten. Christoph selbst macht dazu keine Äußerung. Wenn diese Zusatzbelastungen bestehen, dann sind sie gering einzuschätzen, weil die Großmutter in diesem Zusammenhang kompensierend wirkt und der Mutter und dem Kind Hilfestellungen gibt. Es scheint als ob die Unterstützung der Großmutter einer Parentifizierung, wie sie in der Literatur erwähnt wird, entgegenwirkt. Christoph äußert zwar: *„Wenn es meiner Mama nicht gut geht, dann hilf ich ihr“*. Laut Aussagen der professionellen HelferInnen und der Großmutter hält sich diese Hilfe aber in Grenzen und beschränkt sich auf die Fähigkeiten eines 6 Jährigen. Darüber hinaus sind auch Kinder von alleinerziehenden Müttern, die nicht psychisch krank sind, teilweise selbstständiger als Kinder aus vollständigen Familien. In diesen Familien liegt es aber vermutlich daran, weil die Mutter erwerbstätig ist. Frau Wiesleitner geht aber keiner Arbeit nach. Somit scheinen sich die Tätigkeiten, die Christoph zum Teil erledigt aus dem Betreuungsdefizit zu ergeben.

Loyalitätskonflikte

Belastende innerfamiliäre Konflikte, bei denen die Kinder zwischen die Fronten geraten, werden in der Literatur als Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie beschrieben. Im konkreten Fall lassen sich Konflikte zwischen Mutter und Großmutter, die immer wieder zu Streit führen, erkennen. Auslöser sind die Hilfestellungen und gut gemeinten Unterstützungversuche der Großmutter. Frau Wiesleitner nimmt laut Aussage von Frau Preuser diese jedoch als Kontrolle und Bemutterung wahr. Christoph scheint diese Thematik zu beschäftigen, er sagt: *„Wenn zwei streiten dann komm ich nicht, dann geh ich nicht hin, geh nicht dazwischen. Mama sagt, wenn sie mit Oma streitet dann soll ich mich nicht einmischen das ist eine Sache zwischen Mama und Oma“*. Wenn Frau Wiesleitner auf die Großmutter sehr böse ist, dann verbietet sie ihr Christoph zu sehen und beginnt zu „klammern“. Dadurch nimmt sie aber auch Christoph eine wichtige Stütze. Das Kind bekommt den Konflikt mit und gerät damit zwischen die Fronten und entwickelt Loyalitätskonflikte. Es scheinen sich ebenfalls Loyalitätskonflikte in Bezug auf die Mutter zu ergeben. Einerseits äußert Christoph folgenden Satz: *„Ich bin sehr traurig wenn meine Mama nicht da ist“* oder *„Wenn ich sehr traurig bin, dann tröstet mich meine Mama“*. Andererseits möchte er nie in einen Elefanten verwandelt werden, weil diese dick sind, und er will nur dünn und schlank sein. Aufgrund der Tatsache, dass seine Mutter übergewichtig ist, kann dies als versteckte Aggression und/oder Wut gedeutet werden. Die Literatur geht davon

aus, dass diese Wut auf die hilfsbedürftige Mutter beim Kind zu Schuldgefühlen führen kann. Bei Christoph wäre dies durchaus möglich.

Verhaltensauffälligkeiten

Deutlich konnten bei Christoph Verhaltensauffälligkeiten und Regressionen beobachtet werden. Die Regression äußert sich beim Kind indem er nachts eine Windel trägt und am Tag bis zu vier Mal einnässt. Er lutscht vermehrt Daumen wenn er sehr nervös ist. Sein tägliches Einnässen scheint ihn selbst sehr zu beschäftigen. Er erwähnt diese Thematik im Satzergänzungstest zwei Mal: *„Papa glaubt, dass ich eine Blasenschwäche habe und meine Mama glaubt, dass ich lulu mache“*. Christoph äußert auch Aggressionen in Form von „explodieren“ und bekommt Tobsuchtsanfälle mit Schreien und Erbrechen. Interessant scheint der Zusammenhang mit dem Verhalten der Mutter. Das Kind zeigt bereits die gleichen unmotivierten Gefühlsausbrüche wie die Mutter und scheint das Verhalten nachzuahmen. Ein Hinweis dafür ergibt sich, wenn das Kind angibt aufgrund von Kopfschmerzen nicht spielen zu wollen. Diese Aggressionen kommen bei Christoph auch im Kindergarten zum Ausdruck. Die Kindergärtnerin sah aufgrund dieser Verhaltensweisen einen sonderpädagogischen Bedarf.

Meines Erachtens gehören diese Auffälligkeiten zu den Folgeproblemen, weil Frau Leitner, die Kinderpsychologin, die Verhaltensauffälligkeiten und Regressionen als „Aufforderungen“ an die Mutter sieht, Christoph mehr Beachtung und Zuwendung zu schenken. Somit geht sie von einer psychosomatischen Auffälligkeit aus. Es sollte aber nicht ausgeschlossen werden, dass das Einnässen organisch bedingt sein kann. Diesbezüglich legten die HelferInnen der Mutter bei Christoph bereits eine organische Abklärung nahe. Sie suchte deswegen aber noch keinen Arzt auf.

In der Literatur wird erwähnt, dass die betroffenen Kinder meist beim ersten Kontakt mit Institutionen einer Außenbeurteilung unterzogen werden. Die Konsequenz in diesem Fall war, dass der Mutter eine Betreuung von Christoph bei einer Kinderpsychologin nahe gelegt wurde. Sie kam dieser Aufforderung erst nach einiger Zeit nach, weil sie zuerst auf die Unterstützung ablehnend reagierte.

7.1.2.3 Allgemeine psychosoziale Probleme

Diese Problemlagen ergeben sich meist als Folge einer chronischen Erkrankung. Bei Frau Wiesleitner ist dies der Fall und somit kommt es bei ihr zu manchen Problemen wie sie in der Literatur erwähnt werden.

Arbeitslosigkeit

Dazu zählt ihre Arbeitslosigkeit, die seit der Geburt von Christoph durchgehend besteht. Diese könnte man direkt in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung sehen, weil durch die Depression Antriebslosigkeit gegeben ist. Die Großmutter vermutet aber, dass Frau Wiesleitner gar nicht arbeiten gehen will und zu „faul“ ist. Wenn man bedenkt, dass sich die Betreuungssituation von Christoph aufgrund des Drucks vom Kindergarten etwas verbessert hat, dann scheint es als ob die Großmutter recht hat. Möglicherweise könnte Frau Wiesleitner eine Arbeitsstelle finden wenn sie die Motivation aufbringt und von jemandem Druck ausgeübt wird. Aufgrund der finanziellen Unterstützung und Hilfe im Haushalt durch die Großmutter scheint Frau Wiesleitner aber keine Notwendigkeit zu sehen. Vor allem ergeben sich durch die Arbeitslosigkeit keine Armut und schlechte Wohnverhältnisse. Frau Towitz gibt finanzielle Unterstützung und bezahlt auch teilweise Putzfrauen, weil Frau Wiesleitner die Hilfe von ihr nicht annehmen will. Somit ergibt sich die Arbeitslosigkeit in diesem Fall vielleicht nicht unbedingt aus der Erkrankung.

Die soziale Isolation der gesamten Familie zeigt sich im Gegensatz zur Literatur weniger. Die Mutter hat viele Kontakte zu Einrichtungen und Freundinnen. Die Großmutter und der Vater von Christoph versuchen ihm am Wochenende eine abwechslungsreiche Freizeitgestaltung zu bieten. Somit ist das Problem der fehlenden Bezugsperson für die Mutter und das Kind nicht gegeben. Gerade durch die Bezugspersonen wird die Situation stabilisiert und kompensiert. Inwieweit belastende innerfamiliäre Beziehungen eine Rolle spielen wurde bereits bei den Auswirkungen der Loyalitätskonflikte unter dem Punkt Folgeprobleme erläutert.

Ein-Eltern-Familie

Die Ein-Eltern-Familiekonstellation, eine Folge der Trennung der Eltern, aufgrund der Erkrankung der Mutter, scheint sich ebenfalls auf Christoph auszuwirken. Der Vater trennt sich zwar, weil er die Depression der Mutter nicht mehr „aushält“, dennoch ist diese Situation ähnlich wie bei anderen Ein-Eltern Familien. Christoph äußert mehrmals Angaben, die darauf schließen lassen, dass er seinen Vater vermisst: *„Ich hoffe mein Papa zieht bald um zu uns“* oder *„Wenn nur Mama und Papa zu Hause sind. Sind nicht im gleichen Haus, getrennt. Haben gestritten und dann haben sie sich getrennt, weil das besser ist.“*

Christoph erwähnt auch, dass er sich beim Vater und bei der Großmutter sehr wohl fühlt und sagt: *„Ich bin froh, dass ich immer ein Wochenende bei Oma und Papa bin.“*

Diese Aussage lässt nochmals die Wichtigkeit der Bezugspersonen betonen. Es ist zu vermuten, dass sich die Auswirkungen für Christoph vor allem in den Bereichen der Folgeprobleme und der psychosozialen Probleme verdichten, wenn die important others als Stütze wegfallen würden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei Christoph umfassende Auswirkungen, die in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung der Mutter stehen, festgestellt werden konnten. Vor allem die unmittelbaren Probleme der Desorientierung, Tabuisierung, Isolierung und Schuldgefühle scheinen vermehrt eine Rolle zu spielen. Folgeprobleme wie das Betreuungsdefizit, die gewalttätige Erziehung, Loyalitätskonflikte und Verhaltensauffälligkeiten konnten festgestellt werden. Der Bereich des Betreuungsdefizits und der Gewalterfahrung scheint am schwerwiegendsten zu sein. Psychosoziale Probleme wie Arbeitslosigkeit, Alleinerzieherkonstellation und belastende familiären Beziehungen sind beobachtbar. Arbeitslosigkeit ist zwar als Folge der psychischen Erkrankung entstanden, aber möglicherweise nicht alleine darauf zurückzuführen.

7.2 Familie Berger

Bei der Mutter, Melina Kolindy, wurde eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert.⁵ Der Zeitpunkt der Erkrankung ist nicht genau bekannt. Es wird die Erstmanifestation jedoch rund um die Geburt der Tochter vermutet, weil der Vater zu diesem Zeitpunkt eine Veränderung seiner Frau feststellte. Frau Kolindy, gebürtige Polin, studierte Architektur, schloss das Studium aber nicht ab. Während und nach dem Studium hatte sie Gelegenheitsjobs. Seit der Geburt von Lena ist sie arbeitslos. Der Vater beschreibt die Mutter als schwierigen Menschen mit extremen Positionen. Sie lehnt die Schulmedizin ab, ernährt sich hauptsächlich von Obst, Gemüse, Getreide und Wasser. Als die Tochter noch bei ihr in der ca. 45 m² Mietwohnung wohnte, erhielten sie Familienbeihilfe und vom Vater 800 Euro Unterhalt. Seit dem die Tochter bei ihm wohnt erhält Frau Kolindy 400 Euro. Lena ist 7 Jahre alt und wohnt aufgrund der Kindesabnahme seit Dezember 2004 beim Vater. Er ist Architekt und sehr bemüht seiner Tochter Unterstützung anzubieten. In diesen Fall sind sehr viele professionelle HelferInnen involviert. Die Sozialarbeiterin, Roswitha Freund, vom AJF des 16. Bezirks war zuständig als das Kind noch bei der Mutter lebte. Sie führte gemeinsam mit der Psychiaterin, Maria Neulinger, die Kindesabnahme durch. Bei einem zuvor durchgeführten Hausbesuch stellen sie fest, dass beide in der 2-Zimmer Wohnung in

⁵Symptome siehe Abschnitt 2.1

sehr ärmlichen Verhältnissen wohnten. Ein Zimmer davon wurde nicht bewohnt. Somit teilten sich Mutter und Tochter ein Zimmer zum Leben und Schlafen. Lenas Bett war eine Matratze, die Mutter schlief laut Angaben der Tochter in der Küche. Seitdem Lena beim Vater wohnt ist das AJF des 5. Bezirks zuständig. Aufgrund der Kindesabnahme wurde auch vermehrt Kontakt zur Lehrerin gehalten. Während der 6-wöchigen Unterbringung in einem Krisenzentrum waren dort die SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen mit dem Fall betraut.

Die Personalliste in Abbildung 7.3 zeigt, dass mit der Mutter, durch ihre Psychose bedingt, leider kein Interview geführt werden konnte.

Name	Alter	Rolle	Haushalt/Institution	Kontakt
Lena Berger	7	Kind	Wohnung 1	+
Melina Kolindy	35	Mutter	Wohnung 2	-
Leopold Berger	39	Vater	Wohnung 1	+
Roswitha Freund	27	Sozialarbeiterin	AJF 16. Bezirk	+
Barbara Hofer	?	Sozialarbeiterin	AJF 5. Bezirk	+
Maria Neulinger	?	Psychiaterin	Psychosozialer Dienst	-
Bettina Würzer	?	Lehrerin	Schule im 16. Bezirk	-
DSA	?	SozialarbeiterIn/pädagogIn	Krisenzentrum	-

Abbildung 7.3: Personalliste Lena

7.2.1 Gegenwärtige Situation und Deskription

Der Zeitbalken in Abbildung 7.4 soll auch wie beim ersten Fall einen Überblick über die Abläufe geben.

Von der Geburt bis zur Trennung der Eltern scheint das Leben von Lena ohne einschneidende Ereignisse zu verlaufen. Inwieweit in dieser Zeit die Erkrankung auf die Lebenssituation des Kindes Auswirkungen hatte, ist nicht bekannt. Im Sommer 2001 trennen sich die Eltern und die Mutter zieht mit der Tochter aus. Ab diesem Zeitpunkt beginnen

verschiedene Ereignisse. Die Scheidung der Eltern erfolgt Anfang 2002. Im Sommer 2003 begeht die Mutter einen Selbstmordversuch, weil sie sich überfordert sieht und finanzielle Probleme hat. Ab Mitte 2004 scheint es zu erheblichen Einschnitten im Leben von Lena zu kommen, die sich weiter zuspitzen. Im Mai 2004 erfolgt eine erste Meldung beim AJF weil sich ein Nachbar um Lena Sorgen macht. Im September beginnt Lena die Schule, zeitgleich wird von der Mutter Kontakt zum AJF aufgenommen, weil sie in einem Wahn einen sexuellen Missbrauch durch den Vater vermutet. In der Schule kommt es zu keinen Auffälligkeiten, da Lena eine gute Schülerin ist. Bis zu diesem Zeitpunkt wohnen sie in 4 verschiedenen Mietwohnungen. Im November 2004 erfolgt die Kindesabnahme mit einer anschließenden 6-wöchigen Unterbringung in einem Krisenzentrum. Aufgrund des Kontaktabbruchs von Frau Kolindy mit der Psychiaterin wird eine Rückführung nicht in Erwägung gezogen. Ende 2004/Anfang 2005 ändert sich für Lena noch mal die Wohn- und Schulsituation. Sie zieht zum Vater und er übernimmt das Sorgerecht. Die Mutter nimmt im Otto-Wagner-Spital Hilfe in Anspruch, bricht den Aufenthalt aber immer wieder ab.

Zurzeit besteht zwischen Mutter und Tochter wöchentlicher Besuchskontakt. Die Psychiaterin und Sozialarbeiterin haben es als nötig erachtet die Treffen unter Aufsicht zu halten. Es kann aus ihrer Sicht nicht ausgeschlossen werden, dass die Mutter das Kind bei unbeaufsichtigten Treffen gefährdet. An eine Rückführung zur Mutter ist im Moment nicht gedacht.

7.2.2 Auswirkungen auf die Lebenssituation von Lena

Die folgende Darstellung beschreibt die Lebenssituation von Lena während sie bei der psychisch kranken Mutter lebte und die Zeit unmittelbar danach. Die Einteilung der Auswirkungen erfolgt wie bereits beim ersten Fall in unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme.

7.2.2.1 Unmittelbare Probleme

Desorientierung

Bei Lena lassen sich Anzeichen von Desorientierung und Verwirrung beobachten. Auf der einen Seite scheint ihr die Krankheit der Mutter bewusst zu sein und sie sagt beim Satzergänzungstest: *„Ich habe dich und deine Mama für das Gespräch ausgesucht, weil kranke Mutter und Kinder und so.“* Es gibt weitere Aussagen des Kindes die für ein

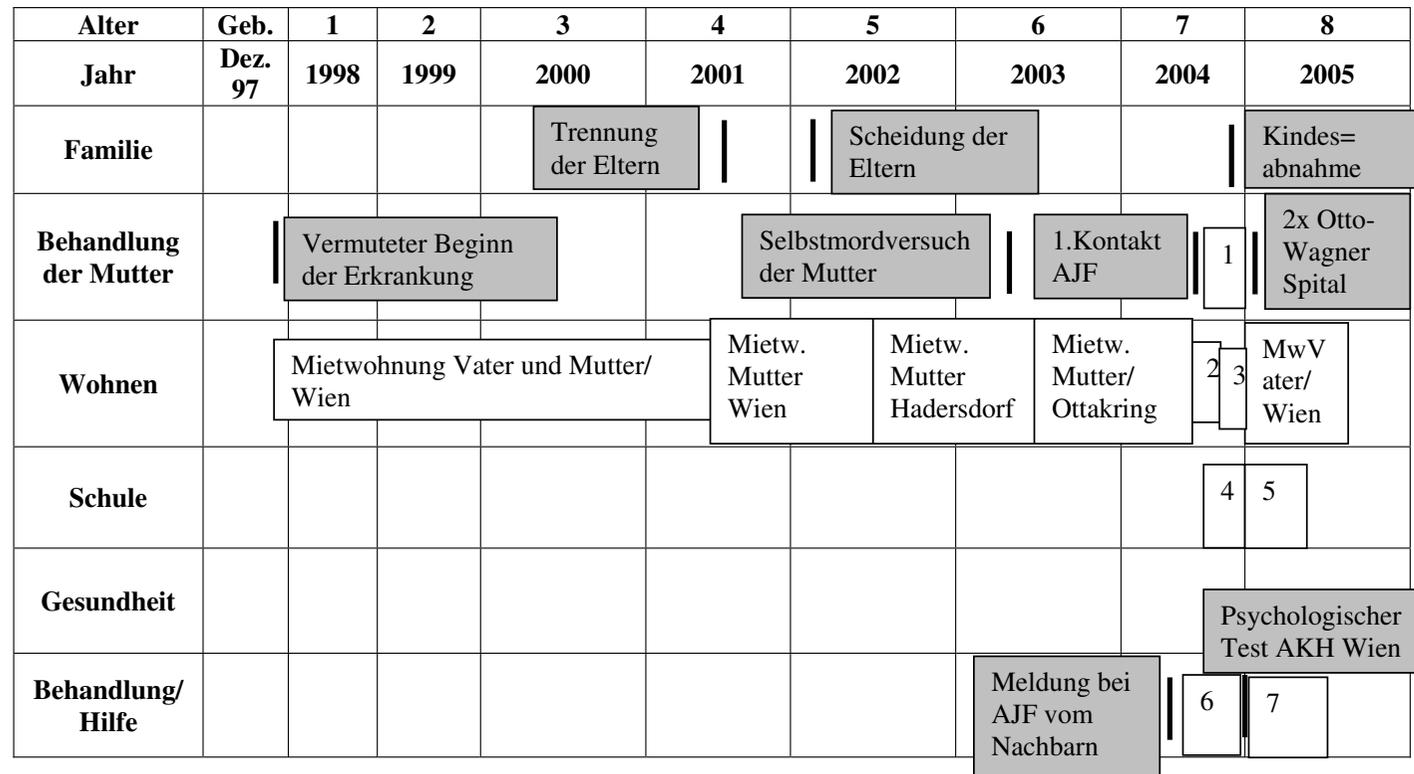


Abbildung 7.4: Zeitbalken Lena

Legende:

- 1: 2 Mal beim Psychosozialen Dienst in Wien bei einer Psychiaterin, 2: Mietwohnung in Wien mit der Mutter, 3: 6 Wochen im Krisenzentrum, 4: Volksschule 16. Bezirk 5: Volksschule 5. Bezirk 6: Amt für Jugend und Familie 13. Bezirk, 7: Amt für Jugend und Familie 14. Bezirk,

Bewusstsein der Erkrankung bzw. ein „anders sein“ der Mutter sprechen. So äußert Lena: *„Ich wünsche mir von meiner Mama, dass es ihr wieder besser geht.“* Sie fragt auch die Lehrerin ob sie die verrückte Frau vom Anker kennt, weil ihre Mama auch ein bisschen so sei. Auf der anderen Seite macht sie Aussagen, die dafür sprechen, dass sie die Mutter nicht als krank sieht. Sie sagt: *„...jetzt ist sie nimma krank, ich weiß gar nicht, ob sie wirklich krank war. Ich habe nichts gemerkt. Sie ist anders, aber für mich ist sie nicht so streng mit Strafen, dass ist nicht so schlimm.“* Es zeigt sich somit ein sehr ambivalentes Verhalten und es scheint als ob sie ihre Mutter nicht einordnen kann. Es ist sich die generelle Frage zu stellen, was Kinder unter „krank sein“ verstehen? Handelt es sich dabei um somatische Symptome oder können die Kinder bereits psychische Symptomatiken einordnen? Lena ist es meines Erachtens möglich, die psychischen Symptome der Mutter zu erkennen, weil sie von „verrückt“ spricht. Außerdem waren die Wahnvorstellungen der Mutter, laut Aussagen der Sozialarbeiterin, für Lena zu bemerken, weil die Mutter in der Gegenwart von Lena, und mit ihr, darüber sprach.

Tabuisierung

Im konkreten Fall ist auch eine Tabuisierung der Erkrankung bemerkbar. Laut Aussage der Sozialarbeiterin war die Erkrankung in der Familie nie Thema. Sie konnte eine enorme Erleichterung beim Kind erkennen als sie Lena über die Erkrankung der Mutter, bei der Kindesabnahme, aufklärt. Lena scheint aber auch nach der Aufklärung nicht zu verstehen, dass ihre Mutter krank ist. Sie erwähnt, wie oben bereits zitiert, dass sie nicht weiß ob die Mama krank ist. Sie habe nichts bemerkt. Es kann sein, dass Lena die Situation als „normal“ bezeichnet, weil sie keine Vergleichsmöglichkeit hat. Sie hatte keine FreundInnen und besuchte auch keinen Kindergarten. Die Tabuisierung scheint sich zusätzlich durch die fehlende Krankheitseinsicht der Mutter zu ergeben.

Isolierung

Als konkretes unmittelbares Problem konnte Isolierung beobachtet werden. Der Vater stellt einen sozialen Rückzug seiner Frau fest, der auch zu einer Isolierung von Lena führt. Sie äußert im Krisenzentrum, dass sie keine FreundInnen habe. Laut Aussage der Sozialarbeiterin ist Frau Kolindy auch sehr überfürsorglich und „klammert“. Ein Hinweis dafür zeigt sich darin, weil Herr Berger immer sehr bemüht sein musste, um seine Besuchskontakte aufrecht zu erhalten. Die Überfürsorglichkeit der Mutter scheint sich auch aus ihren Wahnvorstellungen zu ergeben. Diese handeln unter anderem, wie oben schon kurz erwähnt, von sexuellen Übergriffen auf die Tochter. Von diesen Vorwürfen ist vor allem der Vater betrof-

fen, aber auch fremde Männer. Die Mutter äußert, auch in Gegenwart der Tochter, dass man Lena ansieht, wenn sie mit fremden Männern Sex gehabt hätte. Der Vater wurde in einem Wahn verdächtigt das Kind missbraucht und getötet zu haben. (Diese Angaben stammen von der Sozialarbeiterin.) Aufgrund dieser massiven Ängste scheint sie das Kind zunehmend zu isolieren.

Schuldgefühle

Die Aussagen von Lena geben einen Hinweis auf bestehende Schuldgefühle. Diese scheint sie weniger aufgrund der psychischen Erkrankung der Mutter zu haben, sondern wegen der Kindesabnahme. Die folgenden Aussagen bringen dies zum Ausdruck: *„Wenn es meiner Mama nicht gut geht, wenn ich mit meiner Mama streite, dann muss ich weg von meiner Mama; Mit der Mama habe ich manchmal gestritten, aber nicht jeden Tag. Immer was anderes gestritten, nicht wie bei Papa, schon fester. Dass hat man gehört, deshalb bin ich weg.“* Sie bat auch die Sozialarbeiterin dafür zu sorgen, dass die Mutter ihre Tabletten nimmt. Sie habe es nicht geschafft die Mutter dazu zu bringen. Es entwickeln aber auch teilweise Kinder von „gesunden“ Eltern bei einer Kindesabnahme diese Schuldgefühle. Weiters scheinen sich bei Lena durchaus Schuldgefühle zu ergeben, weil sie die Mutter nun verlässt und ihr nicht mehr helfen kann. Dies wären Anzeichen einer gewissen Verantwortungsübernahme für die Mutter, die bei den Folgeproblemen näher erläutert wird.

7.2.2.2 Folgeprobleme

Parentifizierung

Als ein konkretes Folgeproblem lassen sich Anzeichen von Parentifizierung, der Rollenwechsel von Mutter und Kind, feststellen. Einen Hinweis für diesen Rollentausch bringt die Mutter zum Ausdruck. Sie bittet die Sozialarbeiterin um Unterstützung bei der Wiedererlangung der Mutterrolle. Die Parentifizierung scheint sich auch bei den Verhaltensweisen von Lena zu zeigen. Sie erzählt z.B. der Lehrerin, dass sie auf die Mama aufpassen muss. Weiters kommt es bei einem Hausbesuch von Frau Freund und Frau Neulinger zu einer Situation die eine Rollenkehr verdeutlichen könnte. Das Kind schafft der Mutter an „Alle meine Entchen“ aus dem Liederbuch zu suchen. Die Mutter schafft es erst nach einer halben Stunde die gewünschte Seite aufzuschlagen. Lena wird in der Zwischenzeit sehr ungeduldig und schimpft die Mutter. Bei einer Situation in der Schule scheint es sich ebenfalls um diese Problematik zu handeln. Bei einem Elternabend beginnt Frau Kolindy auf einem

Klavier zu spielen, obwohl sie das Instrument nicht beherrscht. Lena sieht ihre Mutter und fordert sie auf, doch nicht schon wieder so peinlich zu sein und bitte aufzuhören. Es lässt sich vermuten, dass eine Situation dieser Art nicht zum ersten Mal vorkommt.

Die Parentifizierung scheint sich durch die fehlende erzieherische Anleitung und Überforderung der Mutter zu ergeben. Die Mutter entwickelt aufgrund ihrer paranoiden Schizophrenie Wahnvorstellungen. Wahrscheinlich ist sie dadurch sehr mit sich beschäftigt und fühlt sich mit der Erziehung überfordert. Der Vater äußert diese Überforderung, beziehungsweise auf einen konkreten Zeitraum: *„...da hat sie so eine Andeutung gemacht, dass sie irgendwie, wie die Schule begonnen hat, dass da so eine Krisensituation zwischen Mutter und Kind entstanden ist, wo die Tochter anscheinend sehr laut geschrien hat, und fast nicht zu bändigen war...“*. Lena erwähnt diese Situation während des Gesprächs auch. Frau Kolindy scheint diese Überforderung zu bestätigen. Sie erzählt der Sozialarbeiterin am AJF, dass sie über die Kindesabnahme froh ist und jetzt genügend Zeit für sich hat.

Verhaltensauffälligkeiten

Die Verhaltensauffälligkeiten scheinen sich bei Lena durch Aggressionen zu äußern. *„Mit der Mama habe ich manchmal gestritten, aber nicht jeden Tag. Immer was anderes gestritten, nicht wie bei Papa, schon fester. (...) Die Mama hat gesagt, das es die anderen gehört haben, es hat sich jemand bei den Hausbesorgern beschwert und haben gesagt, dass sie die Polizei holen, aber dann haben sie es eh nicht gemacht. Ich hab geschrieen, ist schon ein Jahr her, vor Silvester“*. Weiters äußert sich dies z.B. als Frau Kolindy das Lied „Alle meine Entchen“ im Liederbuch nicht findet. Das Kind schimpft dann mit der Mutter. Ein weiterer Hinweis für Aggression zeigt sich beim Besuch am AJF. Lena reagierte dort sehr aggressiv, schrie wild um sich und hielt der Mutter den Mund zu, weil sie scheinbar nicht wollte dass sie etwas erzählt. Laut Aussage der Sozialarbeiterin war Lena sehr auffällig. Es ging so weit, dass die Mutter Lena beim AJF lassen wollte weil sie sich, nach eigener Aussage, überfordert sah. Dem Vater fielen diese Aggressionsschübe nie auf. Im Krisenzentrum war Lena ebenfalls ein sehr unauffälliges und fröhliches, keinesfalls aggressives Kind. Bei einem psychologischen Test, der nach der Fremdunterbringung durchgeführt wurde, ergeben sich auch keine Auffälligkeiten. Es lässt sich vermuten, dass die aggressiven Reaktionsweisen in Zusammenhang mit der fehlenden erzieherischen Anleitung der Mutter stehen. Ein mögliches Anzeichen dafür ergibt sich aus der folgenden Aussage von Lena: *„Ich bin anders geworden, nicht mehr so wild in der Schule streiten, und so. Vorher war ich wilder, jetzt bin ich nicht mehr so aufgedreht. Dass merke ich selber und ist gut. Ich*

will nicht wieder wilder werden.“ Diese Aussage könnte die Vermutung bestätigen, dass Lena die Selbstständigkeit und oben erwähnte „Mutterrolle“ zu viel ist. Es scheint als ob sie jetzt, beim Vater, nicht mehr aggressiv sein muss weil es nicht notwendig ist. Die Aussagen vom Vater verstärken diese Vermutung. Der Vater gibt an, dass Lena bei ihm nie aggressiv oder verhaltensauffällig war.

Möglicherweise reagiert Lena weiters aggressiv, wenn die Mutter ihren Wünschen und Forderungen nicht nachkommt.

Selbstständigkeit

Es lässt sich bei Lena eine Erwachsenenhaltung und Selbstständigkeit erkennen. Der Vater erwähnt im Zusammenhang mit der Kindesabnahme eine Situation, wo ihm Lena sehr vernünftig und erwachsen vorgekommen ist. *“Die hat einen enormen vorbereiteten Eindruck für mich gemacht, und das z.B. hat auch die Lehrerin gesagt. ...da hat sie gewusst was da jetzt passieren wird.“* Aufgrund der Reflektiertheit der eigenen Gefühle und Aggressionen von Lena, wie oben bei den Verhaltensauffälligkeiten zitiert, wirkt sie auch erwachsen. MitarbeiterInnen des Krisenzentrums beschreiben bei Lena in den ersten Tagen ebenfalls eine altkluge und besserwisserische Haltung eines Erwachsenen. Nach einigen Tagen legt sie dieses Verhalten jedoch ab. Somit scheint es als ob Lena eine Umgebung braucht, in der sie „Kind sein kann“ und in Folge ihre Erwachsenenrolle ablegt. Die Erwachsenenrolle scheint sich auch durch die fehlende erzieherische Anleitung zu ergeben, ähnlich wie die Parentifizierung. Anzeichen für Selbstständigkeit zeigen sich, weil Lena die Hausaufgaben eigenständig verfasst. Dies scheint bei einer alleinerziehenden Mutter vielleicht nichts Auffälliges zu sein. Lena erledigt ihre Hausaufgaben aber, obwohl die Mutter ihr aufträgt sie nicht zu machen.

Beim Legespiel zeigt sich, dass die Selbstständigkeit von Lena aber nicht in Form von Übernahme der Haushaltstätigkeiten zu verstehen ist. Diese werden von der Mutter erledigt.

Loyalitätskonflikte

Es konnten Loyalitätskonflikte nach außen, in Form von Scham, bei Lena beobachtet werden. Diese Schamgefühle scheinen sich durch die Verhaltensweisen von Frau Kolindy zu ergeben. Ein Beispiel wäre die Situation wie die Mutter Klavier spielt und Lena sagt: *„Sei nicht schon wieder so peinlich.“* Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie konnten durch Aussagen der Befragten nicht explizit festgestellt werden. Die Mutter sieht in ihren Wahnvorstellungen den Vater aber als Vergewaltiger und Mörder. Dadurch könnten beim

Kind, dass auch Zeit beim Vater verbringt, Loyalitätskonflikte entstanden sein.

Die beschriebenen Folgeprobleme scheinen sich zum Großteil aus der fehlenden Erziehung und Überforderung zu ergeben. Weiters kommt es durch die Parentifizierung zu Aggression und Verhaltensauffälligkeiten.

7.2.2.3 Allgemeine psychosoziale Probleme

Bei Frau Kolindy konnte die Erstmanifestation der Erkrankung und die Chronizität nicht explizit festgestellt werden. Es lassen sich aber allgemeine psychosoziale Probleme feststellen.

Arbeitslosigkeit

Frau Kolindy ist seit der Geburt des Kindes arbeitslos und hat zwischendurch manchmal Gelegenheitsjobs ausgeübt. Im Moment scheint sie für eine Arbeitsstelle nicht fähig zu sein, weil sie regelmäßig psychotische Phasen erlebt, Wahnvorstellungen entwickelt und dadurch sehr mit sich selbst beschäftigt ist. Sie erhält vom Vater Unterhalt, aber dennoch ist mit der Arbeitslosigkeit Armut und eine schlechte Wohnsituation, die als nicht kindgerecht bezeichnet werden kann, verbunden. Frau Kolindy beging vor zwei Jahren, nach eigenen Aussagen, aufgrund der finanziellen Schwierigkeiten einen Selbstmordversuch.

Lena beschreibt während des Gespräches die Wohnsituation, sie erwähnt aber keine Aussage, die darauf schließen lässt das sie die Situation belastet. Es sollte aber bedacht werden, dass sie aufgrund der Isolierung wenige Vergleichsmöglichkeiten hat. Aus diesem Grund wird Lena die Wohnsituation als „normal“ bezeichnen.

Soziale Isolation

Die Isolierung von Lena und der soziale Rückzug der Mutter wurden bereits bei den unmittelbaren Problemen erwähnt. Aus der Isolierung scheint sich auch das psychosoziale Problem der fehlenden Vertrauensperson für Mutter und Lena zu ergeben. Frau Kolindy und Lena haben Kontakt zum Vater, dieser erkennt aber keine Veränderungen oder eine psychische Erkrankung. Lena erwähnt in seiner Gegenwart auch nie etwas. Somit scheint es übertrieben, wenn man ihn als Vertrauensperson bezeichnen würde.

Fremdunterbringung

Im Satzergänzungstest sind Hinweise zu erkennen, dass Lena die Trennung von der Mutter sehr beschäftigt und sie gerne wieder bei ihr leben würde. Sie bringt diese Thematik

mehrmals zum Ausdruck. *„Ich bin sehr traurig weil ich von der Mama weg bin. Das war die Wahrheit; Ich versuche wieder zurück zu meiner Mama zu kommen; Es ist schön, wenn ich bei der Mama schon leben dürfte.“* Es kann somit festgestellt werden, dass Lena den unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen nicht mehr ausgesetzt ist. Stattdessen vermisst sie aber ihre Mutter, und dies scheint sie auch sehr zu belasten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Lena einer Vielzahl von Auswirkungen, die in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung der Mutter stehen, ausgesetzt ist. Bei den unmittelbaren Problemen ergeben sich Desorientierung, Tabuisierung, Isolierung und Schuldgefühle. Die konkreten Folgeprobleme scheinen sich auf die Parentifizierung zu konzentrieren mit ihren Auswirkungen der Aggression, Verhaltensauffälligkeit und Selbstständigkeit. Die allgemeinen psychosozialen Probleme ergeben sich durch die Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und die kürzlich durchgeführte Fremdunterbringung.

7.3 Familie Odizka

Frau Odizka zeigt aufgrund ihrer schweren Missbrauchserfahrung während der Beziehung zu ihrem Ex-Lebensgefährten eine Borderlinesymptomatik⁶, die sich in Schwarz-Weiß Denken äußert. Sie hat ambivalente Gefühle zwischen Liebe-Abneigung und Gut-Böse. Seit wann diese psychische Erkrankung besteht, ist nicht bekannt. In der Slowakei, ihrem Heimatland, hat sie eine Ausbildung als Lehrerin bzw. Horterzieherin absolviert. In Österreich arbeitet sie als Heimhelferin und verdient 900 Euro monatlich. Sie lebt vom Vater des Kindes seit der Schwangerschaft getrennt, weil er das Kind abtreiben wollte und sie darüber hinaus psychisch, physisch und sexuell missbraucht hat. Der Sohn heißt Simon und ist 11 Jahre alt. Seinen Vater hat er erst ein Mal zufällig auf der Straße getroffen. Er besucht die 2. Klasse Gymnasium und ist bei einer Kinderpsychologin in Betreuung. Diese ist der Meinung, dass Frau Odizka keine psychische Erkrankung hat. Neben dieser professionellen Helferin ist das AJF und eine Psychologin der Mutter, die die Diagnose gestellt hat, involviert. Die Jugendamtsozialarbeiterin wollte oder konnte sich zum Fall nicht äußern. Simon verweigerte das Gespräch mit der Interviewerin. Als Grund wurde von der Mutter Angst geäußert. Dadurch müssen anstelle seiner Aussagen die Gespräche mit den HelferInnen und der Mutter verstärkt herangezogen werden. Anton, der Freund von Simon, besucht dieselbe Klasse wie er und wird von der Mutter als Kontaktperson genannt. (Eine Auflistung der handelnden Akteure siehe Abbildung 7.5.)

⁶Symptome siehe Abschnitt 2.3.

Name	Alter	Rolle	Haushalt/Institution	Kontakt
Leo Odizka	11	Kind	Wohnung 1	-
Rita Odizka	42	Mutter	Wohnung 1	+
Katharina Leitner	29	Kinderpsychologin	Familienberatungsstelle	+
Agnes Preusser	42	Klinische Psychologin der Mutter	Familienberatungsstelle	+
Theresia Grubild	?	Sozialarbeiterin	AJF	-
Anton	?	Freund	Wohnung 2	-

Abbildung 7.5: Personalliste Simon

7.3.1 Gegenwärtige Situation und Deskription

Simon kam im Mai 1993 als Frühgeburt in Wien zur Welt. (Möglicherweise haben die Misshandlungen des Vaters und der dadurch entstandene psychische Stress für die Mutter dazu geführt.) Er wächst alleine mit der Mutter auf und hatte nie eine männliche Bezugsperson. Bis zu seinem 10. Lebensjahr scheint sein Leben ohne große Ereignisse zu verlaufen. Es kommt jedoch innerhalb der letzten 8 1/2 Jahren zu 3 Umzügen, die auffällig parallel zu Schulübertritten des Kindes stattfinden. Der Umzug 1999 erfolgte aufgrund einer feuchten Wohnung mit Schimmelbildung. Im Jahr 2003 ergeben sich mehrere Ereignisse und Veränderungen. Im Sommer stellt die Mutter Kontakt zum AJF her. Sie ersucht um Hilfestellung bei der Suche nach einer billigeren Mietwohnung. Der letzte Umzug findet ein paar Monate später statt. Im selben Jahr beginnt Simon das Gymnasium, nimmt zwei Mal an einer Kindergruppe teil und beginnt eine Betreuung bei einer Psychologin weil das AJF Erziehungsschwierigkeiten feststellt. Die Mutter wirkte nach Angaben der Sozialarbeiterin vollkommen desorientiert und mit sich und dem Kind überfordert. Es wurde eine Kindesabnahme in Betracht gezogen. Aus diesem Grund erteilte man Frau Odizka die Auflage sich ab Ende 2004 in psychiatrische Behandlung zu begeben. Sie kam dem aber nicht nach, sondern nahm „nur“ psychologische Beratung in Anspruch. Zur gegenwärtigen Situation sind beide, Mutter und Kind, in einer Beratungsstelle in Betreuung. Die Mutter zeigt sich nicht einsichtig, krank zu sein und beschreibt die Situation als „normal“. (Eine Veranschaulichung der Daten siehe Abbildung 7.6.)

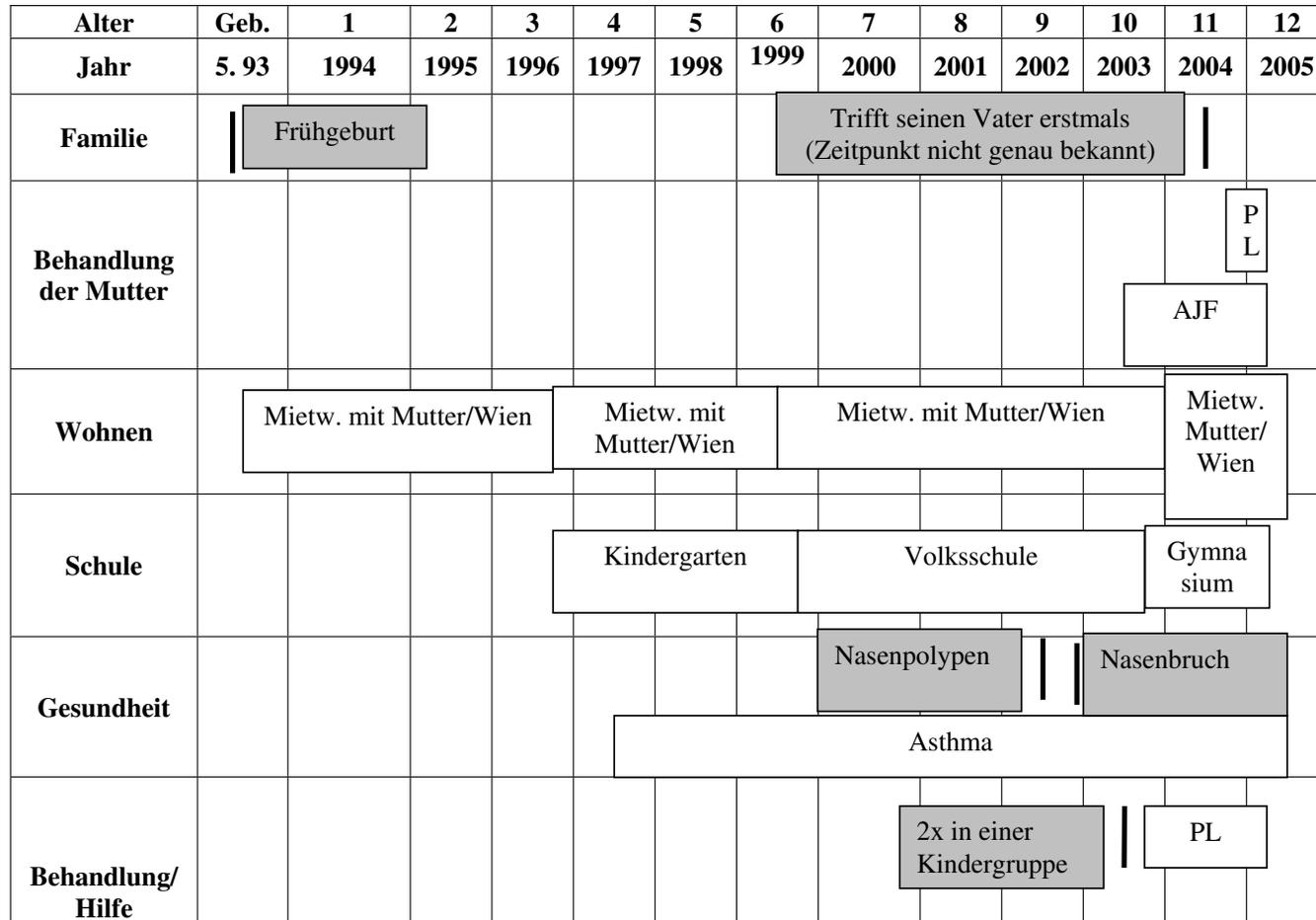


Abbildung 7.6: Zeitbalken Simon

Legende:

PL: Psychologin

7.3.2 Auswirkungen auf die Lebenssituation von Simon

Ähnlich wie bei den anderen Fällen lassen sich auch hier unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme feststellen. In wie weit sich diese aus der psychischen Erkrankung der Mutter ergeben wird nun erläutert.

7.3.2.1 Unmittelbare Probleme

Tabuisierung

Bei folgendem Fall ist nicht eindeutig, ob sich eine Tabuisierung ergibt. Die Meinungen unterscheiden sich bereits bei der Diagnose der Mutter. Frau Preusser, die Psychologin der Mutter, diagnostizierte bei Frau Odizka eine Borderlinesymptomatik und sieht nun eine Tabuisierung der Erkrankung. Die Kinderpsychologin ist sich nicht sicher, ob Frau Odizka eine psychische Erkrankung hat. Während des Interviews konnte beobachtet werden, dass es Frau Odizka sehr schwer fällt bei einem Thema zu bleiben und sie auffällige Gedankensprünge hatte. Ihre ambivalenten Gefühle brachte sie ebenso immer wieder zum Ausdruck. Aus dieser Beobachtung, der Einschätzung von Frau Preusser, die die Klientin seit einem halben Jahr betreut und den Aussage des AJF ist trotz Zweifel der Kinderpsychologin von einer Borderlinesymptomatik auszugehen und in diesem Zusammenhang auch von einer Tabuisierung. Der Schweregrad der Erkrankung scheint aber gering zu sein. Innerhalb der Familie und im Rahmen der Betreuung des Kindes ist die Erkrankung kein Thema. Die Kinderpsychologin sieht keinen Anlass diese Thematik anzusprechen, weil Simon seine Mutter nicht als krank bezeichnet. Ihre Veränderung der Gefühlslage zwischen Ablehnung und Liebe fallen ihm aber auf und er bringt sie während der Betreuung bei der Kinderpsychologin zu Ausdruck.

Isolierung

In diesem Fall lassen sich Anzeichen von Isolierung erkennen. Diese scheint sich aber nicht aufgrund des sozialen Rückzugs der Mutter, wie bei Fall Berger, zu äußern, sondern wegen dem unbegründeten „klammern“ von Frau Odizka. Hinweise für die ausgeprägte Überfürsorglichkeit und die unbegründeten Ängste, die sich bis zur Kontrolle steigern, ergeben sich aus dem Interview mit der Mutter. *„Wo er geht, ich immer kontrollieren, liebe Gott ich immer kontrollieren, ich ihn rufen und immer bissi kontrollieren. Und ich sag sowieso, dass haben sie noch mehr Angst, wenn geht mit Freunde, mit Musik oder so. was das bekommen auch viel Angst. Ich habe Angst, dass schlechte Freunde, oder Drogen, wir hier haben auch die Neger, Wahnsinn. Lauter Bandite“*. Frau Preuser meint, dass sie

Simon dadurch zunehmend isoliert. Sie scheint die Freunde als Störfaktor zu sehen und er darf kein Kind zu sich nach Hause einladen. Sie könnten ihn vom Lernen abhalten, oder einen schlechten Einfluss auf ihn haben. Die Kinderpsychologin ist wieder anderer Meinung und sieht keine Isolierung. Möglicherweise fördert die Mutter keine Kontakte, verhindert sie aber auch nicht. Sie übt vielmehr aufgrund ihrer Angst Kontrolle aus. Ein Anzeichen für Isolierung ist aber gegeben, wenn die Mutter alle 4 Wochen Nachmittagsschicht oder Wochenenddienst hat. Sie erwähnt: *“...wenn ich muss arbeiten, er muss zu Hause bleiben. Ich immer kontrollieren, rufe an, ich sagen, wo du bist. Wann ich bin zu hause, er darf fortgehen, wen nicht, er muss zu hause bleiben. Weiß man nicht, hier immer die Neger spazieren, Wahnsinn.“* Simon sagt mittlerweile, dass es ihm nichts ausmacht, wenn er keine Freunde nach Hause einladen darf. Frau Preuser vermutet dahinter aber eher einen Abwehrmechanismus um mit der Situation besser zurechtzukommen.

Desorientierung und Schuldgefühle lässt sich im Gegensatz zu den anderen Fällen nicht beobachten, weil Simon laut Aussagen der beiden Psychologinnen damit zurechtkommt und die Situation versteht.

Die Isolierung lässt sich somit als Folge der unbegründeten Angst der Mutter und ihr damit in Verbindung stehendes „klammern“ erkennen. Auf dieser Problematik scheint der Schwerpunkt zu liegen.

7.3.2.2 Folgeprobleme

Zusatzbelastungen

In der Literatur werden darunter vor allem Tätigkeiten im Haushalt und Verantwortungsübernahme für die Familie verstanden. Die Kinder stellen dabei ihre Bedürfnisse in den Hintergrund. Bei Simon sind diese Zusatzbelastungen in diesem Sinne nicht gegeben. Es kommt aber zu Hinweisen, die auf einen enormen Lern- und Leistungsdruck schließen lassen und ihn daran hindern „Kind zu sein“ und seine Freizeit mit Freunden zu verbringen. Aus diesem Grund wird diese Problematik als Zusatzbelastung gesehen. Dieser Leistungsdruck wird während des Interviews mit der Mutter erwähnt. *„...nur ich will, das er mehr lernt...Er nix lernen, ich bekomme fertig, nur wann geht Schularbeit, dann sagen du musst mich prüfen. Dann sag ich, ich bin streng. Jetzt ich ihn alle Tag kontrollieren, gib mir dort Tasche und muss man kontrollieren. ...ich muss kontrollieren, ob ihm gefällt oder nicht ich so wie muss ihm ein bisschen zwicken. Lernen, oder das. Er möchte so wie immer, nonstop spielen. Wahnsinn, aber ist gut, dass er nicht hat schlechte Freunde.“* Die Kinderpsychologin erwähnt auch, dass Frau Odizka Simon zur Psychothe-

rapie schicken möchte, damit man ihm unter anderem sagt, dass er mehr lernen muss. Man könnte glauben, dass seine Noten unzureichend sind, die Mutter erwähnt aber, dass er „Gut“ und „Befriedigend“ schreibt. Diese Zusatzbelastung könnte man als Folge der Borderlinesymptomatik sehen. Allerdings erhofft sich Frau Odizka durch den Lerndruck gute Noten und in weiterer Folge bessere Jobaussichten für Simon. Diese sollen es ermöglichen, dass er einen Bürojob bekommt, bei dem er mit seiner Asthmaerkrankung keine Schwierigkeiten hat. Es scheint sich somit die Frage zu stellen, ob der Lerndruck aufgrund der Erkrankung der Mutter entsteht, oder mehr damit zu tun hat, dass sie für das Kind bessere Zukunftsperspektiven schaffen will?

Simon lehnt sich gegen das Verhalten der Mutter und ihrem permanenten Leistungsdruck bereits auf und schreibt in der Schule mehrmals „Nicht genügend“. Laut Aussagen von Frau Preusser will er damit dem „Klammern“ der Mutter gegensteuern.

Loyalitätskonflikte

Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie sind im ursprünglichen Sinn der Literatur nicht vorhanden, weil die Bezugsperson bzw. der Vater des Kindes nicht präsent ist. Der sexuelle, physische und psychische Missbrauch des Vaters sind aber Thema. Es scheint als ob die Mutter ihre schlechten Erfahrungen und Eindrücke, die sie mit Männern gemacht hat, an Simon weitergibt. Es kann beobachtet werden, dass er diese Vorurteilshaltung der Mutter übernimmt. Frau Leitner ist der Meinung, dass ihm eine männliche Bezugsperson fehlt und hätte Simon auch einen männlichen Psychologen vorgeschlagen, er lehnte jedoch ab. Somit deutet es darauf hin, dass sich die Konflikte aus der Vergangenheit seiner Eltern auf ihn auswirken und Simon darin behindern eine Vaterfigur zu finden.

Weitere Loyalitätskonflikte könnten zwischen Simon und Frau Odizka bestehen. Einerseits kümmert sie sich sehr fürsorglich um ihn. Andererseits spricht die Mutter Drohungen aus. Sie droht dem Kind mit einer Kindesabnahme bzw. Heimunterbringung oder der Wegnahme des Hundes, wenn Simon nicht brav ist und lernt. Diese Äußerungen macht sie regelmäßig. Dadurch scheint das Kind Ablehnung zu verspüren und erzählt es aufgrund der Belastung seiner Psychologin. Es ist zu vermuten, dass er aufgrund ihres ambivalenten Verhaltens zwischen seinen Gefühlen zur Mutter hin und her gerissen ist.

Loyalitätskonflikte nach außen sind laut Aussagen der HelferInnen ebenfalls vorhanden. Simon schämt sich laut Aussagen seiner Mutter und Frau Preusser für die schlechte deutsche Ausdrucksweise der Mutter und ihre Begrenztheit. Ihre Überfürsorglichkeit und enorme Liebe zum Kind gibt sie auch an seine Freunde weiter und umarmt und küsst sie

manchmal. Diese Verhaltensweisen scheinen Simon laut Aussage der Kinderpsychologin sehr peinlich zu sein und er schämt sich dafür.

Weniger deutlich zeigen sich im Unterschied zu den anderen Fällen die Auswirkungen von Betreuungsdefizit und Parentifizierung. Simon wird von seiner Mutter gut versorgt und erfährt Zuwendung, die wie oben bereits erwähnt, zu Überfürsorglichkeit führen kann.

Es können auch in diesem Problembereich wenig Auswirkungen erarbeitet werden. Wenn sie vorhanden sind, dann gestalten sie sich meist anders als in der Literatur und bei den anderen Fällen.

7.3.2.3 Allgemeine psychosoziale Probleme

Allgemeine psychosoziale Probleme scheinen bedingt vorhanden zu sein. Es äußern sich Auswirkungen auf die Lebenssituation von Simon in der alleinerzieher Situation, der teilweisen Armut und in diesem Zusammenhang die vormals schlechte Wohnsituation. Alle drei Punkte scheinen sich aber nicht direkt aus der psychischen Erkrankung zu ergeben, sondern könnten ebenfalls bei Familien ohne psychisch kranker Mutter entstehen.

Ein-Eltern Familie

Es gibt Hinweise, dass Simon die Frage nach seinem Vater beschäftigt. Er fragt die Mutter wieso er keinen Vater hat und warum dieser ihn nicht haben wollte? Er trifft seinen Vater zum ersten Mal zufällig auf der Straße. Die Mutter schildert während des Interviews, dass Simon danach zurückgezogen und auffällig ruhig wirkte.

Armut und Wohnsituation

Es wird vermutet, dass Familie Odizka aufgrund des geringen Einkommens der Mutter zuvor in einer feuchten Wohnung lebte, die Schimmel bildete. Die Mutter nimmt an, dass Simon deshalb an Asthma leidet. Es werden von der Kinderpsychologin aber auch psychische Anteile in der Erkrankung gesehen, die sich aufgrund des enormen Leistungsdrucks ergeben. Somit kann nicht eindeutig festgestellt werden, ob es sich um eine psychosomatische oder nur somatische Erkrankung handelt. Möglicherweise ergibt sie sich aus beiden Teilen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist keine schlechte Wohnsituation gegeben.

Soziale Isolation, fehlende Bezugspersonen, belastende innerfamiliäre Beziehungen und Arbeitslosigkeit der Mutter sind nicht gegeben.

Zusammenfassend kann festhalten werden, dass die Auswirkungen im Gegensatz zu der

Situation von Christoph und Lena nicht so umfangreich und schwerwiegend erscheinen. Der Schwerpunkt bei den unmittelbaren Problemen liegt auf der teilweisen Isolierung und Tabuisierung. Folgeprobleme ergeben sich vor allem auf Grund des Lern- und Leistungsdrucks der von der Mutter ausgeübt wird und den Loyalitätskonflikten, die durch die Androhung der Heimunterbringung entstehen. Allgemeine psychosoziale Probleme entstehen durch die Ein-Eltern Konstellation, die Armut und Wohnsituation. Bei einigen Auswirkungen scheint es aber, als ob sie nicht wirklich auf die psychische Erkrankung der Mutter zurückzuführen sind.

7.4 Resümee

Jeder Fall gestaltet sich sehr individuell und die Kinder scheinen die Erkrankung der Mutter und die innerfamiliäre Dynamik sehr unterschiedlich zu erleben. Die Folgen, die sich aus der Erkrankung der Mutter ergeben, gestalten sich bei Christoph und Lena ähnlich. Die Beobachtungen und Aussagen der Befragten lassen aber vermutlich daraus schließen, dass sie von unterschiedlichen Einwirkungen und Auslösern abhängen. Die Situation bei Simon scheint sich weniger belastend darzustellen. Die folgenden Punkte sollen die Ergebnisse der Fälle resümieren.

Schweregrad der Erkrankung

Bei Christoph und Lena scheinen die Folgen der Erkrankung schwerwiegender zu sein als bei Simon. Die Ursache der geringen Belastung liegt möglicherweise im weniger ausgeprägten Krankheitsbild seiner Mutter. Der Schweregrad der Erkrankung scheint nicht sehr hoch zu sein, wenn eine professionelle Helferin davon ausgeht, dass keine Erkrankung besteht. Bei Frau Odizka liegt aber auch eine andere Diagnose, als bei den Mütter der übrigen Fällen, vor. Meines Erachtens liegt es aber nicht daran. Eine Borderlinesymptomatik kann ebenso zu Wahnvorstellungen und Selbstmordgedanken führen, wie sie z.B. bei Frau Kolindy vorhanden sind. Deshalb scheint es, dass die geringe Belastung auf die weniger schwere Ausprägung des Krankheitsbildes zurückzuführen ist. Damit würde sich der Gedanke aus der Literatur, dass die Chronizität mehr Einfluss hat als das Krankheitsbild selbst, bestätigen (siehe Kapitel 3.3).

Für Desorientierung und Schuldgefühle gibt es bei Simon keine Hinweise. Möglicherweise spielt hier nicht nur der geringe Chronizitäts- und Schweregrad der Erkrankung der Mutter eine Rolle, sondern auch das Alter des Kindes. Die PsychologInnen halten nämlich

fest, dass Simon aufgrund seines Alters die schwierige Situation besser verstehen kann. Es scheint, als ob das Alter des Kindes auch einen Einflussfaktor darstellt.

Die Auswirkungen auf die Lebenssituation von Simon lassen sich generell nur teilweise auf die Erkrankung der Mutter zurückführen. Möglicherweise spielt die psychische Erkrankung der Mutter in seiner Situation keine primäre Rolle. Wäre dies der Fall, dann kann davon ausgegangen werden, dass nicht jede psychische Erkrankung der Mutter unmittelbar zu einer schwierigen und belastenden Situation des Kindes führt.

Bezugspersonen

In der Literatur wird erwähnt, dass Bezugspersonen kompensierend wirken können. Bei den vorliegenden Fällen bestätigt sich dies zum Teil. Wenn eine Bezugsperson zur Verfügung stand, konnte diese aber nur begrenzt intervenieren. Einerseits wurde die Hilfe nicht angenommen, andererseits wurde die belastende Situation von den Bezugspersonen nicht erkannt. Somit scheint es nicht ausreichend zu sein, wenn Bezugspersonen vorhanden sind. Sie müssen die Situation erkennen und helfen dürfen. Beide Punkte erwähnt Gundelfinger (1995 : S.7) als Voraussetzung für mögliche Intervention bei Kindern (siehe Abschnitt 4.2.1).

Zeitpunkt der professionellen Intervention

Simon und Christoph erhielten frühzeitige Betreuung. Vergleicht man die Situation von Lena und Christoph so lässt sich bei Lena eine Parentifizierung erkennen, bei Christoph nicht. Offensichtlich hängt dies mit der kompensierenden Funktion der Bezugspersonen zusammen. Möglicherweise besteht aber auch ein Zusammenhang zwischen frühzeitiger Intervention und Parentifizierung. Christoph wurde früh eine Betreuung angeboten, weil der Kindergarten dies als sinnvoll erachtete. Lena war in keiner Institution untergebracht und es wurde niemand auf die Situation aufmerksam der in weiterer Folge Unterstützung anbieten konnte. Wenn man die Auswirkungen früher erkannt hätte, dann wäre die Rollenkehr in diesem Ausmaß und weitere Auswirkungen vielleicht zu verhindern gewesen. Bei Christoph hätte es wahrscheinlich auch schon früher die Möglichkeit einer Intervention gegeben. Die Mutter war schon seit Jahren in psychotherapeutische Behandlung. Die TherapeutInnen fragten nach Angaben der Mutter und Großmutter aber nie nach dem Kind. Somit geben auch diese zwei Fälle Hinweise darauf, dass es sich um kleine vergessenen Angehörige handelt. Bei Lena konnte aber nicht interveniert werden, weil sie für das Helfersystem nicht greifbar war und somit niemand auf die Situation aufmerksam wurde.

Erziehungskompetenz

Auffallend ist, dass bei allen drei Müttern der Hinweis auf eine inadäquate Erziehung besteht. Bei Christoph lässt sich dieses Defizit beobachten, indem er einerseits ein Betreuungsdefizit erlebt und andererseits in eine Erwachsenenrolle gedrängt wird und teilweise selbstständig agiert. Bei Lena scheint diese Erwachsenenrolle ausgeprägter, weil es sich bis zur Rollenumkehr steigert. Bei Simon weist es darauf hin, dass er eine überbehüteten Mutter hat, die sehr leistungsorientiert ist. Darüber hinaus lassen die Aussagen der Befragten ein sehr ambivalentes Verhalten der Mütter vermuten. Einerseits neigen sie teilweise zu überfürsorglicher Erziehung, andererseits kommt es durch Überforderung zu Drohungen der Heimunterbringung oder Gewaltanwendung.

Die schwerwiegendsten Belastungen scheinen bei Thematiken zu liegen, die sich aus dem Erziehungs- oder Betreuungsdefizit ergeben. Bei Christoph ist dies die Gewalterfahrung mit ihren Folgen, bei Lena die Parentifizierung und bei Simon der Leistungsdruck. Dieser Schwerpunkt lässt die Vermutung aufstellen, dass Kinder von Alleinerziehenden einer schwierigeren Situation ausgesetzt sind als in vollständigen Familien. Besteht eine Kernfamilie, dann könnte der Vater die oftmals fehlende Erziehungsanleitung vielleicht kompensieren.

Vergleicht man die vorliegenden Diskussionspunkte mit Ergebnissen aus bisherigen Studien, so zeigt sich Übereinstimmung. Es scheint deutlich zu werden, dass es von mehreren Faktoren abhängt wie sich die Lebenssituation des Kindes gestaltet.

Kapitel 8

Sozialarbeiterische Interventionen

Die Ergebnisse der Fälle geben Anlass spezifische sozialarbeiterische Interventionen zu entwickeln. In Abschnitt 4.2 wurde die wichtige Rolle der Sozialarbeit im Umgang mit psychisch kranken Müttern und ihren Kindern bereits erläutert. Dieses Kapitel beschreibt Interventionen, die sich aus den drei Lebenssituationen der Kinder ableiten lassen. Diese werden nicht für alle Kinder psychisch kranker Eltern sprechen, weil die Interventionen aufgrund der Ergebnisse der Fälle erarbeitet wurden. Dennoch werden sich Ansätze davon auch bei anderen Familien umsetzen lassen. Es werden fünf Themenbereiche von Interventionsmöglichkeiten aufgegriffen die den drei Problembereichen zugeordnet werden. Jeder Themenbereich beschreibt zuerst die mögliche Intervention für den Einzelfall, dann werden allgemeine Schlussfolgerungen abgeleitet. Zum Abschluss wird auf die Methode Case Management eingegangen.

8.1 Intervention bei unmittelbaren Problemen

8.1.1 Aufklärung

Die Bedeutsamkeit der Aufklärung, wurde im theoretischen Teil bereits erwähnt. Wie im empirischen Teil dargelegt scheint die Tabuisierung der Erkrankung zu Desorientierung, Verwirrung und Schuldgefühlen zu führen. Die Verwirrung ergibt sich auch aus dem ambivalenten Verhalten der Mütter. Eine hilfreiche Intervention wäre möglicherweise eine kindgerechte Aufklärung über die Krankheit der Mutter bzw. das Aussprechen, dass es sich dabei um eine psychische Erkrankung handelt. Zwei Kinder erkannten die Mutter nicht als krank und diese Aussage hat bei der Kinderpsychologin dazu geführt, dass sie

keine Aufklärung durchführte. Sie erwähnt aber, dass das betreute Kind es als seine Schuld sehen würde wenn man das AJF informiert. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass Aufklärung sinnvoll ist, weil die Bereiche der unmittelbaren Probleme verringert werden. Das Kind, auch wenn es erst 6 Jahre alt ist, kann dadurch Entlastung erfahren. Im Fall von Lena erfolgte bei der Kindesabnahme eine Aufklärung und die Sozialarbeiterin konnte im Anschluss eine Erleichterung beim Kind feststellen. Lena schien erleichtert zu sein nicht mehr für ihre Mutter sorgen zu müssen. Dennoch erwähnt sie im Satzergänzungstest indirekt, dass sie an der Kindesabnahme schuld ist. Es gestaltet sich offenbar schwierig, wenn Kinder aufgeklärt werden, sie beim nächsten Besuch die Mutter aber nicht als krank erkennen. Lena erzählte, dass sie bei der Mutter keine Traurigkeit erkennen konnte und schätzt sie deshalb nicht als krank ein. Es kann festgehalten werden, dass eine altersadäquate Aufklärung essentiell ist, sie aber nicht alle Schuldgefühle und Verwirrungen sofort lösen wird. Wissen die HelferInnen nicht wie sie den Kindern die Situation erklären sollen, dann können die Aufklärungsbroschüren, die in Abschnitt 5.3 beschrieben werden, zu Hilfe genommen werden.

8.2 Intervention bei Folgeproblemen

8.2.1 Professionell gestützte soziale Kontakte

Im empirischen Teil konnte dargelegt werden, dass soziale Kontakte eine wichtige Ressource sind. Sie können Defizite ausgleichen und die Mutter sowie das Kind unterstützen. Dadurch kann verhindert werden, dass das Kind in eine Erwachsenenrolle gedrängt wird. Bei Familie Wiesleitner gab es diese Bezugspersonen, bei Familie Berger nicht. Lena sah ihren Vater teilweise nur alle paar Monate. Die besondere Situation und dass sich Lena sehr erwachsen verhält, hatte er dabei nie bemerkt. Im Krisenzentrum wird dieses Verhalten aber sehr wohl deutlich. Nach wenigen Tagen legt Lena die altkluge und besserwisserische Rolle aber ab. Es lässt sich erkennen, dass Lena eine Umgebung brauchte, die es zuließ „Kind zu sein“. In dieser Atmosphäre konnte sie ihre Erwachsenenrolle ablegen. Somit scheint es für Kinder von psychisch kranken Müttern sehr wichtig zu sein, Kontakte außerhalb der Familie zu haben. Eine Umgebung zu genießen, die es nicht erfordert Verantwortung zu übernehmen, sondern ihren Bedürfnissen gerecht wird. Durch private soziale Netzwerke kann dies oft nicht ausreichend erfüllt werden. Daher erweisen sich professionell gestützte soziale Kontakte als hilfreich, die vor allem von Institutionen angeboten werden können. Das Kind kann eine Pause von der „verrückten Welt der Mutter“ erleben und

wieder Energie schöpfen. Lena hatte diese Möglichkeit bis zu ihrem 6. Lebensjahr nicht. Möglicherweise war aus diesem Grund die Parentifizierung in diesem hohen Maß gegeben.

Patenschaftsprojekte¹, wie sie in Deutschland schon in mehreren Städten laufen, können den Großteil der genannten Hilfestellungen bei der Erziehung und sozialen Kontakten abdecken. Kinder können einmal in der Woche oder am Wochenende ihre Freizeit in einer entspannten Atmosphäre verbringen und „Kind sein“. In belastenden Situationen oder Krisensituationen kann auf die Paten zurückgegriffen werden. Bei stationären Aufenthalten wird das Kind kurzfristig in der vertrauten Umgebung der Patenfamilie untergebracht.

Dadurch erhalten die Mütter die Möglichkeit sich stationär behandeln zu lassen. Die Kinder sind in der Zwischenzeit versorgt und bei den Müttern kommt kein schlechtes Gewissen auf. Frau Wiesleitner erwähnte, dass sie wegen Christoph keiner stationären Aufnahme zustimmt. In ihrem Fall wäre die Mutter als Betreuungsperson für das Kind vorhanden, wenn sie aber nicht bereit ist diese innerfamiliäre Hilfe anzunehmen, dann müsste eine externe Familie oder ein Pate diese Aufgaben übernehmen.

Dies ist eine Art der Intervention, die viele Bereiche abdeckt und Mutter sowohl Kind unterstützt.

Um Kindern soziale Kontakte anzubieten eignen sich besonders Kindergruppen. In Abschnitt 5.2 und 5.4.1 wurden die Ziele dieser erläutert. Die Gruppen ermöglichen auch thematisches Arbeiten mit den Kindern, unter anderem die Aufklärung über die Krankheit der Mutter.

8.2.2 Erziehungshilfe

Eine der wichtigsten Interventionen scheint die Stärkung der erzieherischen Kompetenz darzustellen. Einige Auswirkungen, die sich bei den Fällen aufgrund von fehlender oder inadäquater Erziehung ergeben, könnten dadurch verringert oder reduziert werden. Diese Unterstützung in Form von wöchentlichen Beratungsstunden anzubieten reicht meines Erachtens bei Frau Wiesleitner und Frau Kolindy nicht mehr aus. Bei Frau Odizka wird diese Intervention als ausreichend eingeschätzt. Es scheint vorrangig der Aufbau von Vertrauen zur Beraterin notwendig zu sein, um Verhaltensweisen zu ändern. Bei Christophs und Lenas Mutter erscheint eine umfassendere Betreuung erforderlich, weil bereits eine Gefährdung des Kindes vorliegt. Die „Hilfen zur Erziehung“ oder „mobiles Arbeiten mit Familien“ vom AJF können diese Unterstützung leisten. Die Hilfe sollte folgende Interventionen

¹<http://www.netz-und-boden.de/hilfsangebote/kinder/Kurzkonzept%20Patenschaften%20Cuxhaven.html>, www.Patenschaftsprojekt.de

beinhalten, um dem Kind und der Mutter gerecht zu werden:

- Stärkung der Mutterrolle,
- Kompetenz entwickeln um eine Tagesstruktur zu gestalten,
- materielle und immaterielle Ressourcen zugänglich machen,
- soziale Kontakte herstellen,
- Entlastung bei Alltagssituationen.

Bei Frau Wiesleitner stellt sich eine komplexe Situation dar. Sie hätte die Großmutter als Ressource, um Unterstützung zu erhalten, nimmt diese aber nicht an. Die Aufgabe der Sozialarbeit kann darin bestehen, dass Frau Wiesleitner die Vorteile der Unterstützung erkennen kann. Bei einer Familienaufstellung zu dieser Thematik wurde ein interessanter Ansatz erarbeitet. Es stellte sich heraus, dass für die Mutter eine freundschaftliche Beziehung mit der Großmutter positive Aspekte birgt. Die Mutter würde die Hilfe der Großmutter besser annehmen können, wenn sie selbst den Wunsch und Zeitpunkt der Hilfestellung äußern kann. Die Großmutter versucht diese Herangehensweise bereits seit einigen Monaten. Es scheint, als ob Frau Wiesleitner die Hilfe aber auch nicht besser annehmen kann. Es braucht aber vor allem Zeit, um die gewohnten Verhaltensmuster zu ändern. Weil die Hilfen bis jetzt häufig abgelehnt wurden verständigten die HelferInnen auch nicht das AJF. Es wäre aber gerade in diesem Fall „Hilfe zur Erziehung“ eine sinnvolle Intervention. Die HelferInnen befürchten jedoch, dass sich die Mutter beim AJF als fürsorgliche Mutter darstellt und diese dann keine Gefährdung für das Kind feststellen können und den Fall abschließen. Gleichzeitig könnte es sein, dass sich die Mutter von der Psychologin und der Großmutter abwendet, weil sie ihr Vertrauen missbraucht und eine Meldung beim AJF gemacht haben. Wenn dies zutreffen würde, dann hätte kein/e HelferIn mehr mit der Mutter Kontakt und die Situation könnte sich für das Kind verschlimmern. Aus diesem Grund vermeiden die HelferInnen das AJF um Unterstützung zu bitten. Eine schwierige Situation, die sehr viel Geduld und Verständnis der HelferInnen erfordert. Es sollte aber dennoch versucht werden, der Mutter die Angebote des AJF positiv darzustellen, damit sie mit dem AJF nicht nur Kontrolle verbindet, sondern auch Unterstützung.

Es lässt sich festhalten, dass in Zusammenarbeit mit den Müttern eine Möglichkeit gefunden werden sollte, wie sie ihre Rolle als Elternteil nachhaltig stärken können. Erziehungsberatungsstellen sowie Angebote von AJF erscheinen in diesem Zusammenhang sinnvoll und hilfreich.

Es besteht bei den Müttern aber oft die Angst, dass mit dem Kontakt zum AJF eine Kindesabnahme bevorsteht. Dieser Zusammenhang ist aber nicht zwingend gegeben. Erst wenn die Situation durch mobile Maßnahmen nicht mehr zu stabilisieren ist und eine Gefährdung des Kindes vorliegt wird eine Fremdunterbringung in Erwägung gezogen.

8.3 Intervention bei psychosozialen Problemen

8.3.1 Fremdunterbringung

Es ist wichtig, dass Kinder vor einer Gefährdung des Kindeswohls geschützt sind. Lena scheint aber unter der Trennung von ihrer Mutter sehr zu leiden. Im Fall von Familie Berger war eine Kindesabnahme aber nötig, weil die HelferInnen in Zukunft keine Besserung der Situation sahen. Diese Erläuterungen zeigen, dass es nötig ist die Situation frühzeitig zu erkennen um intervenieren zu können und durch Maßnahmen der Jugendwohlfahrt die Situation zu stabilisieren. Dafür wird die Zusammenarbeit mit der Mutter benötigt. Wenn diese aber nicht einsichtig ist, wie es beim Fall Berger war, dann erschwert sich die Situation. Wird die Situation zu spät erkannt, sind oftmals Erziehungshilfen nicht mehr ausreichend und eine Kindesabnahme ist notwendig.

Es soll damit verdeutlicht werden, dass eine Fremdunterbringung bei einer Gefährdung des Kindeswohls gerechtfertigt und nötig ist. Sie bedeutet für das Kind aber auch eine Belastung weil es die Trennung von der Mutter als schmerzhaft empfindet oder die Kindesabnahme als seine/ihre Schuld sieht. Die Belastungen für das Kind enden somit nicht mit der Fremdunterbringung. Nach einer Kindesabnahme sollte mit der Mutter weitergearbeitet werden, um eine mögliche Rückführung zu ermöglichen.

8.3.2 Inklusion

Im empirischen Teil konnte dargelegt werden, dass es zu allgemeinen psychosozialen Problemen kommt. Teilweise sind die Mütter von Arbeitslosigkeit betroffen, die mit Armut und schlechter Wohnsituation verbunden ist. Vor allem bei Frau Kolindy scheint sich diese Problematik aus der psychischen Erkrankung zu ergeben. Es kommt darüber hinaus zu sozialer Isolierung und es fehlen Vertrauenspersonen.

Sozialarbeit kann hier umfassende Unterstützung anbieten, um diese Probleme zu verringern. Es scheint notwendig, dass die Mutter bzw. die Familie wieder in die Gesellschaft inkludiert wird. SozialarbeiterInnen können somit Interventionen in den Bereichen Ar-

beitssuche, Beihilfen, Wohnungssituation, Familieberatung bei innerfamiliären belastenden Beziehungen und Freizeitgestaltung anbieten.

8.4 Case Management

Eine Zusammenarbeit der HelferInnen ist essentiell wenn mehrere Professionisten am Fall beteiligt sind. Es kann nicht jede/r HelferIn mit seiner PrimärklientIn arbeiten, ohne dabei die Bedürfnisse der anderen Partei einzubeziehen. Die Interventionen müssen auf Kind und Mutter abgestimmt sein. Vor allem bei der Betreuung des Kindes ist die Zusammenarbeit mit der Mutter in vielen Fällen Voraussetzung. Sie kann bestimmen, ob das Kind die Hilfe in Anspruch nimmt, außer es handelt sich bei der Intervention um eine Maßnahme des AJF. Um die Mutter zu gewinnen und hilfreiche Interventionen setzen zu können müssen die HelferInnen an „einem Strang ziehen“. Die Ziele der Betreuung müssen allen HelferInnen bekannt sein. Die Methode des Case Management (CM) würde die Zusammenarbeit erleichtern, vor allem weil es sich um Multiproblemfamilien handelt. CM kann umfassende Zuständigkeit anbieten und dadurch den Fall und das Wohl des Kindes im Auge behalten und des weiteren die HelferInnen koordinieren. Die Interventionen der HelferInnen werden aufeinander abgestimmt.

Primär muss die Hilfe bei der Mutter ansetzen, weil aufgrund ihres Verhaltens beim Kind Auswirkungen entstehen. Dem Kind ist es in diesem Alter noch nicht möglich sich selbstständig zu artikulieren und seine Belastungen zu äußern. Die Case ManagerIn kann durch ihre umfassende Zuständigkeit die Situation des Kindes beobachten und Veränderungen feststellen und darauf reagieren. In Folge können der Mutter oder auch dem Kind Hilfestellungen angeboten werden. Es besteht die Möglichkeit eine Situation mit geringerer Belastung zu schaffen und langfristige Folgen für das Kind zu verringern. In Abschnitt 5.2 wurde die Zugangsproblematik bei der Kindergruppe des PSD Wien beschrieben. Vielleicht könnte die Methode Case Management hier hilfreich sein, um Kinder, an die man bisher nicht herangekommen ist, zu erreichen.

Case Management kann helfen, die schwierige Situation eines Kindes frühzeitig zu erkennen. Ein umfassendes Assessment zum Beginn der Betreuung ermöglicht ein Erfassen der gesamten Familiensituation und in diesem Zusammenhang auch die Lebenssituation der Kinder. Bisher stellt sich die Situation in erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen noch so dar, dass HelferInnen die Kinder wenig in den Blickpunkt nehmen. Die Case ManagerIn, die den Fall, mit all seinen Beteiligten betrachtet, kann das Kind frühzeitig in die

Betreuung der Mutter einbinden. Durch frühe Interventionen können möglicherweise späte Behandlungen von Auffälligkeiten der Kinder verringert werden. Einen Vorteil stellen die regelmäßigen Helferkonferenzen dar. Bei diesen können die HelferInnen die Interventionen und weiteren Vorgehensweisen aufeinander abstimmen und so den Bedürfnissen Beider gerecht werden. Wenn die Mutter jedoch in keiner Einrichtung in Betreuung ist, dann kann Case Management auch nicht auf die Kinder aufmerksam werden. Die Kinder können aber vielleicht über den Kindergarten, die Schule/Hort oder Freizeiteinrichtungen erfasst werden. Dazu muss aber jemand die schwierige Lebenssituation erkennen. Somit ist die Aufmerksamkeit von LehrerInnen, KindergärtnerInnen und PädagogInnen gefragt.

Diese Methode scheint geeignet weil es eine umfassende Zuständigkeit gibt, die die Hilfen koordiniert. Die Situation des Kindes kann beobachtet werden, und wenn nötig wird ein/e HelferIn für das Kind hinzugezogen.

Diese Interventionen haben gezeigt, dass die Installierung von Angeboten für Kinder psychisch kranker Mütter dringend erforderlich ist. Sie scheinen hilfreich zu sein, um auf die Bedürfnisse der Kinder und Mütter adäquat einzugehen und dadurch Auswirkungen zu verringern. Vorrangig scheint es um Aufklärung und Stärkung der Erziehungskompetenz zu gehen.

Kapitel 9

Zusammenfassung

Kinder von psychisch kranken Müttern geraten zunehmend in den Blickpunkt von professionellen HelferInnen. Dennoch erfahren sie noch nicht die Aufmerksamkeit, die sie erhalten sollten. Betreuung ist vor allem notwendig weil durch die Erkrankung der Mutter und ihren Folgen für das Kind umfassende Auswirkungen und Belastungen gegeben sind. Diesen Auswirkungen widmete sich diese Arbeit und zeigt im theoretischen Teil die bisherigen Ergebnisse der Forschung auf. Diese werden in unmittelbare Probleme, Folgeprobleme und allgemeine psychosoziale Probleme gegliedert. Unmittelbare Probleme sind jene die sich direkt aus der psychischen Erkrankung ergeben, wie Tabuisierung, Schuldgefühle oder Isolierung. Folgeprobleme ergeben sich indirekt und sind z.B. Zusatzbelastungen, Parentifizierung oder das Betreuungsdefizit. Allgemeine psychosoziale Probleme kommen vermehrt bei Familien vor, die durch die chronische Erkrankung zusätzlichen Problemen ausgesetzt sind. Dabei handelt es sich z.B. um finanzielle Probleme, Ein-Eltern-Familien oder Arbeitslosigkeit. Teilweise überlagern diese Problematiken die unmittelbaren Probleme und Folgeprobleme. Generell stehen alle Auswirkungen in Wechselwirkung und beeinflussen sich gegenseitig. Es gibt bestimmte Einflussfaktoren, die mögliche Auswirkungen verstärken oder kompensieren können. Unter anderem spielen Bezugspersonen als Ressource eine wichtige Rolle. Sie können Defizite ausgleichen und für das Kind einen Platz bieten, wo es Energie schöpfen kann. Die Sozialarbeit kann mit ihrem ressourcenorientierten Ansatz diese kompensierenden Faktoren zugänglich machen. Aus diesem Grund stellt sich die Profession auch als geeignet heraus, um mit Kindern bzw. Familien mit einer psychisch kranken Mutter zu arbeiten. SozialarbeiterInnen können vor allem in der Erwachsenenpsychiatrie die Kinder erfassen, wenn diese noch nicht auffällig sind. Die Früherkennung der belastenden Situation ermöglicht eine Prävention. Prävention bedeutet

auch die Kinder über die psychische Erkrankung der Mutter aufzuklären um Verwirrung und Schuldgefühlen vorzubeugen. Aus diesen Gründen haben sich Kindergruppen oder Patenschaftsprojekte für die Zielgruppe als geeignete Angebote herausgestellt. In diesen schließen die Kinder soziale Kontakte, erleben eine entspannte Atmosphäre und werden über die Situation der Mutter aufgeklärt. In Österreich gibt es aber keine dieser Angebote. Generell ist das Angebot für die Zielgruppe noch sehr gering. Die Fachöffentlichkeit ist sich aber einig, dass man sich den Kindern von psychisch Kranken in Zukunft verstärkt widmen muss.

Das sich Kindergruppen als Angebot eignen hat sich auch im qualitativen empirischen Teil gezeigt. In diesem werden drei Lebenssituationen von Kindern anhand der Literatur vorgestellt und diskutiert. Es wurden mit allen relevanten Familienmitgliedern und professionellen HelferInnen Interviews geführt und anhand von diesen die Auswirkungen und Belastungen, die sich für das Kind ergeben, erfasst. Die Interviews sollten die Lebenssituation als Ganzes darstellen und die Vielschichtigkeit und Komplexität des Falles aufzeigen.

Es zeigt sich, dass die Schicksale der Kinder sehr individuell sind und die Lebenssituation der Kinder von vielen Faktoren abhängt. Es scheint, dass sich schwerwiegendere Auswirkungen für das Kind ergeben, wenn die Krankheit der Mutter chronisch verläuft. Die eigentliche Diagnose scheint sekundär zu sein. Bezugspersonen spielen auch eine wichtige Rolle, weil sie kompensierend wirken. Sie könnten bei Erziehungsschwierigkeiten und Überforderung der Mutter, beides Probleme die sich bei allen drei Fällen gezeigt haben, Defizite ausgleichen. Vor allem bei alleinerziehenden Müttern scheint eine Bezugsperson die Situation des Kindes wesentlich verbessern zu können. Diese muss die problematische Situation aber erkennen und helfen dürfen. Wesentlich scheint auch der Zeitpunkt der professionellen Intervention zu sein. Zwei Kinder wurden frühzeitig von einer Psychologin betreut. Bei ihnen gestaltet sich die Situation, vor allem in Bezug auf die Parentifizierung, weniger gravierend. Es lässt sich beobachten, dass eine frühe Intervention verschiedenen Auswirkungen vorbeugen kann. Es hat sich herausgestellt, dass professionelle HelferInnen ihre Hilfe vorwiegend anbieten können, wenn die Mutter in einer Institution in Betreuung ist oder das Kind eine sekundäre Erziehungseinrichtung besucht. Generell zeigen die Ergebnisse der Fälle eine Übereinstimmung mit bisherigen Studien. Die Ergebnisse stellen aber keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern sollen die Situation der Kinder exemplarisch darstellen.

Es sind für alle drei Kinder mehr oder weniger negative Auswirkungen entstanden. Dass

soll aber nicht bedeuten, dass alle Kinder von psychisch kranken Müttern Belastungen erleben.

Im Anschluss an die Analyse der Fälle wurden sozialarbeiterische Interventionen erarbeitet. Sie legen den Fokus auf fünf Interventionsbereiche: Aufklärung, Erziehungshilfe, soziale und professionelle Kontakte, Fremdunterbringung, Inklusion und Case Management. Dies sind umfassende Hilfestellungen, die in erster Linie von SozialarbeiterInnen durchgeführt werden können. Bestehen beim Kind bereits psychischen Auffälligkeiten muss psychologische oder therapeutische Hilfe zu Rate gezogen werden.

9.1 Ausblick

Meines Erachtens liegt ein wesentlicher Grund der Problematik in der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Erkrankungen und die folgende Tabuisierung. Diese Tabuisierung konnte bei den Fallstudien ebenfalls festgestellt werden. Als Folge ist das Kind möglicherweise verwirrt, entwickelt Schuldgefühle und wendet sich nicht an Außenstehende. Dieser Etikettierung kann mit breiter Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärungskampagnen entgegengewirkt werden. Es können damit nicht alle Auswirkungen verringert werden, aber für Mutter und Kind wird es leichter sich ohne Schamgefühle zur Erkrankung zu bekennen und sind somit für das soziale System erfassbar um Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Vor allem Case Management kann bei Familien eine erfolgreiche Methode sein, um die Situation der Kinder im Auge zu behalten und bei Bedarf Interventionen zu setzen. Der Vorteil ergibt sich aus der umfassenden Zuständigkeit der Case ManagerIn. Sie begleitet die Mutter im Laufe ihrer Behandlung und kann die schwierige Situation des Kindes mitverfolgen und gegebenenfalls früh erkennen. Vor allem muss die Intervention bei der Mutter ansetzen, damit sie dem Kind eine kindgerechte Atmosphäre bieten kann.

Mit der Methode Case Management wird in Österreich aber noch wenig gearbeitet, vorerst teilweise im Suchthilfebereich. Es ist aber anzunehmen, dass in einigen Jahren die Methode auch im psychiatrischen Bereich Anwendung findet. In anderen EU Ländern, z.B. Deutschland arbeitet man bereits im Psychiatriebereich mit Case Management. Es lässt hoffen, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Kinder von psychisch kranken Müttern nicht mehr als „vergessene Zielgruppe“ bezeichnet werden und eine Aufnahme von adäquaten Angeboten in die Regelversorgung der sozialen Einrichtungen stattgefunden hat. Vielleicht kann diese Diplomarbeit einen kleinen Beitrag leisten und die Fachöffentlichkeit sensibilisieren damit sie in weiterer Folge für die Kinder Lobbyarbeit betreiben.

Literatur

- Bassett, Hazel / Lampe, Jill / Lloyd, Chris (1999): Parenting: Experiences and feelings of parents with a mental illness. In: *Journal of Mental Health*, **8**, S. 597–604.
- Baumann, Kerstin Katharina (2000): *Ver-rückte Kindheit – Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern*. 1. Auflage. Marburg: Tectum Verlag.
- Bender, Matthias / Prokop-Nolte, Ilka / Brücher, Klaus (2004): Auch Kinder sind Angehörige – Erfahrungen aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. S. 79–91 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bortz, Jürgen / Döring, Nicola (2002): *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaften*. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Brumm, Johann (2004): Verantwortung für eine „neue“ Zielgruppe übernehmen – Erfahrungen in einer Erziehungsberatungsstelle. S. 92–96 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2004): *Österreichischer Psychiatriebericht 2004 – Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung*.
- Deister, Arno / Möller, Hans-Jürgen (1998): *Schizophrenie und verwandte Psychosen – ein Kompendium für Ärzte und Studierende*. 1. Auflage. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH Stuttgart.
- Deneke, Christiane (1995): Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern. In: *pro familia magazin – Sozialpädagogik und Familienplanung*, **4**, S. 5–7.

- Deneke, Christiane (2004a): Besser früh betreuen als später behandeln – Erfahrungen einer Kinder-und Jugendpsychiaterin. S. 87–91 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Deneke, Christiane (2004b): Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Eltern. In: *Frühe Kindheit*, **7**(2), S. 20–27.
- Diaz-Caneja, Angeles / Johnson, Sonia (2004): The views and experiences of severely mentally ill mothers - a qualitative study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **39**, S. 472–482.
- Dilling, Horst / Freyberger, Harald J. (2000): *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. 2. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Dillinger, Horst / Mombour, W. / Schmidt, M.H. (2000): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen-ISC-10 Kapitel V (F)-Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 4. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Eckert, Jochen / Dulz, Birger / Makowski, Corinna (2000): Die Behandlung von Borderline – Persönlichkeitsstörungen In: *Psychotherapeut*, **45**, S. 271–285.
- Ennsner, Sabine (2000): „...nicht von schlechten Eltern“ – Zur Situation der Kinder psychisch erkrankter Eltern. Welche begleitenden und stützenden Angebote kann die Sozialarbeit geben? Diplomarbeit, Akademie für Sozialarbeit des Landes Oberösterreich, Linz.
- Felicé, Christin (2003): *PLINK-Jonas und der kleine Elf*. 1. Auflage. Linz: edition pro mente.
- Ferrares, Herrmenegilde (2004): *Behinderte Frauen und Mutterschaft – Eine Bestandsaufnahme*. <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-01-ferrares-mutterschaft.html> - letzter Zugriff: 03.03.2005.
- Fiedler, Peter (2001): *Persönlichkeitsstörungen*. 5. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Glenn, Penelope / Stiels-Glenn, Michael (2003): Kinder psychisch kranker Eltern-Kooperation bei der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Müttern und Vätern. In: *Sozialmagazin*, **28**(4), S. 23–31.
- Gundelfinger, Ronnie (1995): Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung eines Elternteils? In: *pro juventute*, **1**, S. 4–7.
- Gundelfinger, Ronnie (1997): Welche Hilfe brauchen Kinder psychisch kranker Eltern? In: *Kindheit und Entwicklung*, **6**, S. 147–151.
- Hasenöhr, Norbert (2003): Bipolare Störungen. In: *Ärztomagazin*, **23**, o.A.
- Haupt, Eva (Hrsg.) (2003): *Kindheitstrauma – Kinder psychisch kranker Eltern*. Klagenfurt: Österreichische Berufsverband Dipl. SozialarbeiterInnen – Landesgruppe Kärnten. Dokumentation der Tagung mit Marguerite Dunitz-Scheer.
- Küchenhoff, Bernhard (2004): Welche Hilfen werden gewünscht? – Eine Befragung von Eltern, Kindern und Bezugspersonen. S. 103–106 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kelle, Udo / Klug, Susann (1999): *Vom Einzelfall zum Typus – Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 1. Auflage. Opladen: Leske+Budrich.
- Largo, Remo H. / Czernin, Monika (2003): *Glückliche Scheidungskinder – Trennungen und wie Kinder damit fertig werden*. 2. Auflage. München: Piper.
- Leidner, Martin (2004): Das Schweigen brechen – Die Kindergruppen des Modelprojektes AURYN. S. 144–147 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Leixnering, Werner (2000): Kinder psychisch kranker Menschen. In: *Zeitschrift der HPE Österreich – Kontakt*, **3**, S. 5–7.
- Lenz, Albert (2005): *Kinder psychisch kranker Eltern*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lisofsky, Beate (2004): Ein Netzwerk für Kinder psychisch Kranker schaffen – Überregionale Information und Zusammenarbeit S. 179–188 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky,

KAPITEL 9. LITERATUR

- Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Magistrat der Stadt Wien (2005): *MAG 11 Servicestelle*.
<http://www.wien.gv.at/magelf/service/stelle.htm/> - letzter Zugriff: 11.03.2005.
- Mattejat, Fritz (1996): Kinder mit psychisch kranken Eltern – eine aktuelle Standortbestimmung. In: *Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Auch Kinder sind Angehörige – Dokumentation einer Fachtagung*, S. 9–43.
- Mattejat, Fritz (2004): Kinder mit psychisch kranken Eltern – Was wir wissen und was zu tun ist. S. 66–78 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Mayer, Karl C. (2004): *Was sind Persönlichkeitsstörungen?*
http://www.neuro24.de/pers_nlichkeitsst_rungen.htm - letzter Zugriff: 23.12.2004.
- Maywald, Jörg (2004): Viele Kinder kämpfen täglich ums emotionale Überleben. In: *Frühe Kindheit*, **7**(2), S. 33–35.
- Mewe, Fritz (2000): Psychische Entwicklung S. 9–22 in: Remschmidt, Helmut (Hrsg.), *Kinder – und Jugendpsychiatrie – eine praktische Einführung.*, 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Meyer, Thomas D. / Hautzinger, Martin (2002): Kognitive Verhaltenstherapie als Ergänzung der Pharmakoherapie manisch-depressiver Störung – Wie sieht die Empirie aus? In: *Nervenarzt*, **73**, S. 620–628.
- Nicholson, Joanne / Sweeney, Elaine M. / Geller, Jeffrey L. (1998a): Mothers with mental illness I : The competing demands of parenting and living with mental illness. In: *Psychiatric Services*, **49**, S. 635–642.
- Nicholson, Joanne / Sweeney, Elaine M. / Geller, Jeffrey L. (1998b): Mothers with mental illness II: The competing demands of parenting and living with mental illness. In: *Psychiatric Services*, **49**, S. 643–649.
- Plauth, Gabriele / Eckert, Sabine (2004): Zusammenarbeit ist möglich – Eine Psychiaterin und eine Familienhelferin berichten S. 166–170 in: Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.), *...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker.*, 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Pretis, Manfred / Dimova, Aleksandra (2004): *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*. 1. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Raschle, Andrea (2001): *Kinder – vergessene Angehörige psychisch kranker Mütter und Väter – Betrachtungen zur Lebenssituation dieser Kinder und Handlungsimplikationen für die Sozialarbeit der Erwachsenenpsychiatrie*. 1. Auflage. Bern: Edition Soziothek.
- Remschmidt, Helmut (2000): Körperliche Entwicklung des Kindes S. 3–8 in: Remschmidt, Helmut (Hrsg.), *Kinder – und Jugendpsychiatrie – eine praktische Einführung*., 3. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Remschmidt, Helmut / Mattejat, Fritz (1994a): *Kinder psychotischer Eltern–Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Remschmidt, Helmut / Mattejat, Fritz (1994b): Kleine Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung S. 3–26 in: Remschmidt, Helmut / Mattejat, Fritz (Hrsg.), *Kinder psychotischer Eltern–Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung*., 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Sachse, Rainer (1997): *Persönlichkeitsstörungen–Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile*. 1. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag.
- Schone, Reinhold / Wagenblast, Sabine (2002): *Wenn Eltern psychisch krank sind...– Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. 1. Auflage. Münster: Votum Verlag GmbH.
- so-what: Institut für Menschen mit Essstörungen <http://www.sowhat.at/krankheit/binge.htm>
- letzter Zugriff: 02.04.2005.
- Sollberger, Daniel (2000): *Psychotische Eltern-verletzte Kinder – Identität und Biographie von Kindern psychisch kranker Eltern*. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Staets, Susanna / Hipp, Michael (2001): KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, **50**(7), S. 569–579.
- Statistik Austria (2004): *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002*.

- Stöger, Peter (1996): Übersehen und vernachlässigt – Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Psychosoziale Umschau*, **2**, S. 8–10.
- Stöger, Peter (1999): Die Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Psychopraxis*, **5**, S. 22–28.
- Stöger, Peter / Mückstein, Eva (1995): Die Kinder der Patienten - Versuch einer Prävention. In: *Sozialpsychiatrische Informationen, Psychiatrie-Verlag GmbH*, **25**(2. Quartal), S. 27–31.
- Östman, Margareta / Hansson, Lars (2002): Children in families with a severely mentally ill member - Prevalence and needs for support. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **37**, S. 243–248.
- Verdegaal, Irene (1995): Präventive Betreuungsangebote in den Niederlanden. In: *pro juventute*, **1**, S. 10–13.
- Wagenblass, Sabine (2001): Biographische Erfahrung von Kindern psychisch kranker Eltern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, **50**(7), S. 513–524.
- Wagenblass, Sabine (2004): Die schwere Last psychischer Erkrankungen. In: *Frühe Kindheit*, **7**(2), S. 16–19.
- Wüthrich, Christian / Matthejat, Fritz / Remschmidt, Helmut (1997): Kinder depressiver Eltern. In: *Kindheit und Entwicklung*, **6**, S. 141–146.

Weitere Quellen

- Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen – Die Boje (2003): *Jahresbericht*.
- Bauer, Ilse (2005): *Gesprächsprotokoll von einer ehemals betroffenen Erwachsenen*.
- Beeck, Katja (2004a): *Kinder psychisch kranker Eltern – Ein Thema für die Schule* Berlin: Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern – Ohne Netz und ohne Boden.
- Beeck, Katja (2004b): *Ohne Netz und ohne Boden – Situation Kinder psychisch kranker Eltern* Berlin: Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern – Ohne Netz und ohne Boden.
- Berger, Lena (2005a): *Protokoll des Betroffeneninterviews*.

KAPITEL 9. LITERATUR

- Berger, Leopold (2005b): *Transkript des Betroffeneninterviews*.
- Caritas St.Pölten (2003): *Konzeptentwurf – Altersadäquate Angehörigenarbeit für Kinder psychisch kranker Eltern*.
- Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (1995a): *Wenn Deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss... – Mit wem kannst Du dann eigentlich reden?*
- Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (1995b): *Wenn deine Mutter oder dein Vater psychische Probleme hat... – Information für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren*.
- Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (1995c): *Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat... – Wie geht es dann den Kindern?*
- Dobrudy, Franz (2005): *Transkript des Betroffeneninterviews*.
- Freund, Roswitha (2005): *Transkript des Betroffeneninterviews*.
- Koska, Christine (2005): *Protokoll des Experteninterviews*.
- Landeswohlfahrtsverband Baden (1999): *Vorbeugende Jugendhilfe für Kinder akut und chronisch psychisch kranker Eltern – Kinderprojekt Auryn – Projektabschlussbericht*.
- Leitner, Katharina (2005): *Interviewleitfaden und e-mail Kontakt*.
- Leixnering, Werner (2002): *Kinder psychisch erkrankter Menschen* Seminarzentrum der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz: Referat auf der Tagung „Kindheit im Schatten“.
- Leixnering, Werner (2004): *Protokoll des Experteninterviews*.
- Lenz, Albert (2003): *Forschungsprojekt – Kinder als Angehörige – Einbeziehung der Kinder in die Behandlung psychisch kranker Eltern* Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen: Zusammenfassung der Ergebnisse auf einer Fachtagung.
- Odizka, Rita (2005): *Transkript des Betroffeneninterviews*.
- Preusser, Agnes (2005): *Gesprächsnotizen*.

KAPITEL 9. LITERATUR

Rippl-Stefanska, Elisabeth / Steier, Eva (2004): *Protokoll des Expertinneninterviews*.

Schörghofer, Josef (2005): *Protokoll des Experteninterviews*.

Sektion Psychiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie (o.J.):
Wenn ein Vater oder eine Mutter psychische Probleme hat – Wie geht es dann den Kindern?

Steinberger, August (2004): *Protokoll des Experteninterviews*.

Stöger, Peter (2004): *Protokoll des Experteninterviews*.

Tolitz, Aloisia (2005): *Transkript des Betroffeneninterviews*.

Wiesleitner, Christoph (2005a): *Protokoll des Betroffeneninterviews*.

Wiesleitner, Simone (2005b): *Transkript des Betroffeneninterviews*.

Abbildungsverzeichnis

3.1	Einflussfaktoren adaptiert nach Schone / Wagenblass (2002 : S.201)	22
6.1	Vorteile und Nachteile bei Kinderinterviews	47
7.1	Personalliste Christoph	53
7.2	Zeitbalken Christoph	54
7.3	Personalliste Lena	63
7.4	Zeitbalken Lena	65
7.5	Personalliste Simon	72
7.6	Zeitbalken Simon	73

Anhang

ExpertInneninterviews

o.Univ.Prof Dr. Max H. Friedrich: Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, gerichtlich beeideter Sachverständiger für Psychiatrie sowie Kinder- und Neuropsychiatrie, ordentlicher Professor und Vorstand der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters am AKH Wien (Durchführung mittels strukturierten Leifaden per e-mail.)

Dr. Christine Koska: Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und Kinderneuropsychiatrie; Psychotherapeutin, Stellvertretende ärztliche Leiterin die Boje - Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen, Wien

Prim. Dr. Werner Leixnering: Abteilungsleiter der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, OÖ und ärztlicher Leiter des Therapiezentrum Bienenhaus der österreichischen SOS-Kinderdörfer

DSA Elisabeth Rippl-Stefanska und DSA Eva Steier: vom Amt für Jugend und Familie, 16. Bezirk, Arenthgasse 84, Wien

DSA Josef Schörghofer: Leiter der psychosozialen Information des psychosozialen Dienstes Wien

OA Dr. Karl August Steinberger: Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, OA PSD Wien, Ärztlicher Leiter Jugendpsychiatrisches Ambulatorium mit Tagesklinik, Kuratorium für psychosoziale Dienste in Wien

OA Dr. Peter Stöger: Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Leiter Psychiatrie Süd Donauklinikum, NÖ

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Andrea Viertelmayr, geboren am 31. Oktober 1981 in Steyr, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 28. April 2005

Andrea Viertelmayr