

Kinder psychisch kranker Eltern

Lebenslagen, Risiken, Hilfen

Universität Lüneburg
Studiengang Diplom Sozialpädagogik

Diplomarbeit
vorgelegt von
Ines Winsloe

Abgabe: 22.09.03

Erstgutachter: Prof. Dr. Stimmer
Zweitgutachter: Prof. Dr. Paulus

INHALT

1	Einleitung.....	4
2	Leben mit einem psychisch kranken Elternteil	7
2.1	Familiensituation.....	7
2.1.1	Art der psychischen Erkrankung.....	7
2.1.2	Geschlecht des erkrankten Elter.....	8
2.1.3	Alter der Kinder	9
2.1.4	Lebensort der Kinder	10
2.1.5	Einkommenssituation der Eltern.....	12
2.2	Die psychische Erkrankung und ihre Auswirkung auf das System Familie	13
2.2.1	Über die persönlichen Schwierigkeiten der Angehörigen	16
2.2.2	Tiefgreifende Auswirkungen auf das Familienleben.....	17
2.3	Die Belastungen der Kinder im Alltag.....	18
2.3.1	Unmittelbare Probleme	19
2.3.1.1	Schuldgefühle	19
2.3.1.2	Desorientierung.....	19
2.3.1.3	Tabuisierung/ Familiengeheimnisse	20
2.3.1.4	Isolation.....	21
2.3.2	Folgeprobleme	21
2.3.2.1	Loyalitätskonflikt.....	21
2.3.2.2	Abwertungserlebnisse	22
2.3.2.3	Betreuungsdefizit	22
2.3.2.4	Rollentausch/ Parentifizierung.....	23
2.4	Weitere Belastungen.....	23
2.4.1	Ehekonflikte/Trennung	23
2.4.2	Ökonomische Probleme	24
3	Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung.....	25
3.1	Störungen in Eltern-Kind-Beziehung	25
3.1.1	bei affektiven Psychosen.....	26
3.1.2	bei schizophrener Psychose	26
3.2	Interaktionsverhalten.....	26
3.2.1	Affektive Störungen.....	27
3.2.2	Schizophrenie.....	28
3.2.3	Persönlichkeitsstörung	29
3.3	Bindungsverhalten.....	30
3.4	auf die kindliche Entwicklung.....	31
3.4.1	Psychische Formen der Mißhandlung und Vernachlässigung	31
3.4.2	durch Hospitalisation des erkrankten Elternteils	32
4	Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder	34
4.1	Nach Alter der Kinder	34
4.1.1	Säuglingsalter.....	34
4.1.2	Kleinkindalter.....	34
4.1.3	Vorschulalter	35
4.1.4	Schulalter	36
4.1.5	Adoleszenz.....	37
4.2	Weitere kindliche Auffälligkeiten.....	38
4.2.1	Die Auswirkung psychotischer Symptome und kindliche Reaktionstypen.....	38
4.2.2	Identifikation.....	41

4.2.3	Rollenverhalten von Kindern in dysfunktionalen Familien.....	42
4.2.4	Schulprobleme	43
5	Das Risiko der Kinder, eine psychische Erkrankung zu entwickeln	46
5.1	Forschungsüberblick.....	46
5.1.1	High-Risk-Forschung.....	46
5.1.2	Genetische Studien.....	46
5.1.3	Sozialpsychiatrische und familientheoretische Untersuchungen.....	47
5.1.4	Resilienzforschung.....	47
5.2	Rahmenmodell zu den psychosozialen Vermittlungsprozesse	48
5.2.1	Genetische Faktoren.....	49
5.2.2	Individuelle Faktoren.....	50
5.2.2.1	Individuelle Faktoren der Kinder	50
5.2.2.2	Individuelle Faktoren der Eltern.....	50
5.2.3	Psychosoziale Faktoren.....	50
5.2.3.1	Direkte Auswirkungen durch die elterliche Erkrankung	50
5.2.3.2	Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren.....	51
5.2.3.3	Multiple psychosoziale Belastungen.....	51
5.3	Biographische Faktoren.....	51
5.3.1	Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Krankheiten.....	51
5.3.2	Schutzfaktoren in bezug auf die Entstehung psychischer Krankheiten.....	53
5.4	Das Risiko nach Art der elterlichen Erkrankung.....	53
5.4.1	Risikofaktoren.....	53
5.4.2	Schutzfaktoren	54
6	Entwicklung von Präventions- und Interventionsansätzen.....	57
6.1	Hilfebedarf.....	57
6.1.1	Problembewußtsein im klinischen Alltag.....	57
6.1.1.1	Gefährdungspotential der Kinder.....	58
6.1.1.2	Qualität der Kinderversorgung.....	58
6.1.1.3	Versorgungsbedarf	58
6.1.1.4	Informationsgrad der Kinder.....	59
6.1.1.5	Akzeptanz präventiver Angebote.....	59
6.2	Gewünschte Hilfe seitens der Eltern	60
6.3	Gewünschte Hilfe seitens der Kinder	61
6.4	Hilfemaßnahmen	64
6.4.1	Risikoeinschätzung der Kinder	64
6.4.2	Allgemeingültige Interventionsstrategien.....	65
6.4.3	Gezielte Intervention.....	68
6.4.3.1	Aufklärung über die elterliche Erkrankung	68
6.4.3.2	Auch die Eltern können ihren Betrag leisten.....	68
6.4.3.3	Klinikaufenthalte.....	70
6.4.3.4	Haushalt und Erziehung.....	71
6.4.3.5	Hilfe in den verschiedenen Altersgruppen.....	72
6.4.3.6	Säuglinge/ Kleinkinder	72
6.4.3.7	Kinder/ Jugendliche	72
6.4.3.8	heute erwachsene Kinder	73
7	Mögliche Umsetzung der angezeigten Hilfemaßnahmen.....	76
7.1	Das Problem der Erreichbarkeit	76
7.2	Spezielle Hilfe versus Alltagsnormalität.....	77
7.3	Wenn Kinder nicht mehr bei ihren Eltern leben können.....	78
8	Möglichkeiten der Prävention und Intervention	82

8.1	Aufklärung durch Öffentlichkeitsarbeit	82
8.1.1	(Vor-)Urteile über psychische Erkrankungen.....	82
8.1.2	Öffentlichkeitsarbeit in der Schule	83
8.1.3	Öffentlichkeitsarbeit mit Massenmedien.....	84
8.2	Kooperation der unterschiedlichen Professionen.....	85
8.3	Erforderliche Maßnahmen.....	85
8.4	Die Möglichkeiten der Jugendhilfe	86
8.5	Anforderung an die Psychiatrie	89
8.5.1	Eltern-Kind-Einheiten.....	89
8.5.2	Kindgerechte Räumlichkeiten für Besuche der Kinder	90
8.5.3	Ansprechpartner auch für die Kinder sein	90
8.6	Spannungsfelder zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe.....	91
8.6.1	Spannungsfeld I: Zwischen Kindeswohl und „Elternwohl“	92
8.6.2	Spannungsfeld II: Zwischen Hilfen und Kontrolle	93
8.6.3	Spannungsfeld III: Zwischen Prävention und Intervention	94
8.6.4	Spannungsfeld IV: Zwischen Kindbezug und Elternbezug	94
8.6.5	Spannungsfeld V: Zwischen Besonderung und Normalisierung	95
8.6.6	Spannungsfeld VI: Zwischen Niederschwelligkeit und Komm-Struktur	95
8.6.7	Spannungsfeld VII: Zwischen Impulsfinanzierung und Regelfinanzierung	96
9	Bestehende Projekte	97
9.1	Förderkreis KIPKEL e.V.	97
9.2	PFIFF e.V.	98
9.3	Kindergruppe Windlicht	100
10	Schlußbetrachtung	102
11	Literaturverzeichnis	105
12	Anhang.....	112

1 Einleitung

Es ist heutzutage immer noch ein Makel, etwas mit der Psychiatrie zu tun zu haben. Betroffen sind hierbei nicht nur diejenigen, die selbst psychisch erkranken, sondern auch deren Angehörige, die mit Unverständnis und Vorurteilen konfrontiert werden – Angehörige psychisch Kranker.

Doch was ist, wenn ein psychisch Kranker Kinder hat oder bekommt? Ist es vertretbar, diese bei der „verrückten“ Mutter oder dem Vater zu lassen? Diese Frage ist keine neue sondern eine eher alte aber immer noch aktuelle. Folgt man Kessel (1993: 134) war es, bevor die psychiatrische Versorgung in den 1980er Jahren ambulantisiert wurde, kein Thema – „verrückte“ Mutter und Kinderwunsch.

„Bis dahin existierte das Thema Frauen mit Kindern in unserer Arbeit nur in der Vergangenheit einzelner Frauen, das unser Verständnis, nicht aber aktuellen Handlungsbedarf notwendig machte. Diese Frauen hatten z.B. bei ihren ersten Psychiatrieaufenthalten schon Kinder, von denen sie dann meist relativ schnell per Sorgerechtsentzug getrennt wurden. ... Frauen mit Kinderwunsch innerhalb stationärer psychiatrischer Einrichtungen verwirklichten diesen selten, da ihre Lust und Fruchtbarkeit meist durch die Behandlung mit Psychopharmaka gestört war oder die >>Geburtenkontrolle<< wirkte, indem den Frauen zur Verhütung z.B. die nebenwirkungsreiche Drei-Monatsspritze angeraten wurde. Dennoch schwanger gewordene Frauen wurden meist zur Abtreibung, Abgabe des Kindes in eine Pflegefamilie und/ oder zu Adoptionsfreigabe motiviert oder gedrängt“ (Kessel 1993: 134).

Kessel (1993: 135) berichtet, daß sie erst durch das „Betreute Wohnen“ mit *leibhaftigen Kindern* konfrontiert wurden. Die Möglichkeit zu Hause leben zu können, förderte den Wunsch der Frauen Kinder zu bekommen. Es zeigte sich, daß die Mütter zwar erneut in Krisen kamen, aber auch gleichzeitig für die Beziehung zu ihren Kindern kämpften. Durch das ambulante Hilfenetz würde es vielen Frauen möglich sein, ihr Leben selbständig zu gestalten und sich Beziehungen zuzutrauen, ohne psychotisch zu werden.

Sicherlich haben Kinder ein Recht auf eine stabile und konstante Eltern-Kind-Beziehung. Ob dies mit einem erkrankten Elternteil wirklich umzusetzen ist, will diese Arbeit klären. Es sollen die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die Gestaltung des kindlichen Alltags, auf die Eltern-Kind-Beziehung und auf die daraus resultierenden Auswirkungen auf die kindliche Entwick-

lung aufgezeigt werden. Des weiteren soll geklärt werden, inwieweit für die Kinder ein Risiko besteht, im späteren Leben selber psychisch zu erkranken.

Anhand der beschriebenen Auswirkungen wird ein möglicher Hilfebedarf für Eltern und Kinder eruiert. Insbesondere soll hierbei auch auf die Aufgabenstellung der Sozialpädagogik eingegangen werden.

Einbezogen werden soll hierbei auch der bisherige Blick der Fachöffentlichkeit auf diese Problematik.

Kinder psychisch Kranker werden als „Blinder Fleck“ oder auch als die „Vergessenen Kinder“ bezeichnet.

„Das Leid der Kinder Psychoseerkrankter ist nach wie vor ein weißer Fleck auf der Landkarte der Psychiatrie. Die Wissenschaft hat sich vorrangig für ihr Risiko interessiert, selbst zu erkranken, nicht für ihre Alltagsprobleme“ (Finzen 2000: 158).

Diese Kinder benötigen eine größere Aufmerksamkeit in der Gesellschaft; besonders von Institutionen wie der Jugendhilfe und der Psychiatrie. Letztere forscht schon seit Jahren, inwieweit es ein Risiko für Kinder psychisch Kranker gibt, später einmal selber zu erkranken und welchen sinnvollen Beitrag sie sonst noch leisten kann.

Für die Jugendhilfe beginnt sich dieser Blick erst zu schärfen. Dies ist auch dringend notwendig, wenn man die Zahlen betrachtet. Über eine halbe Million Kinder in der Bundesrepublik Deutschland haben ein psychisch erkranktes Elternteil. Diese Zahl wird unter anderem von Knuf (<http://15.07.02>); Remschmidt/ Mattejat (1994: 5); Schone/ Wagenblass (2002: 11) bestätigt.

Im 10. Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 1998: 117) wird darauf hingewiesen, daß Kinder in der Auseinandersetzung mit psychisch kranken Erwachsenen von der Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen jahrelang wenig berücksichtigt worden seien. Eine psychische Erkrankung würde in der Regel erst dann thematisiert, wenn Eltern oder andere Erwachsene schon gegen Kinder gewalttätig geworden sind oder diese in anderer Weise sichtbar geschädigt haben.

Diese Arbeit läßt sich in zwei Hauptthemen unterteilen.

Der erste Abschnitt dient der Bestandsaufnahme. Beleuchtet werden hier die Auswirkungen einer elterlichen Erkrankung auf die Familiensituation und die Belastungen der Kinder, auf die Eltern-Kind-Beziehung, auf die Entwicklung der Kinder sowie das Risiko der Kinder selber psychisch zu erkranken.

Es wird sich herausstellen, daß sowohl die Art der elterlichen Erkrankung als auch das Alter der Kinder auf die Entstehung von Folgeerscheinungen einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die Kinder einwirken.

Im zweiten Abschnitt werden Überlegungen zu den Möglichkeiten einer Prävention angestellt.

Hierzu wird eruiert, welcher Bedarf an Hilfe besteht. Einbezogen werden hier die Ansichten der Eltern, der Kinder und der Professionellen. In bezug auf diese Feststellungen werden die notwendigen Hilfemaßnahmen aufgezeigt. Hierbei wird auch auf die mögliche Umsetzung und damit verbundene Schwierigkeiten hingewiesen. Auch wird der Frage nachgegangen, inwiefern eine Kooperation zwischen der Jugendhilfe und Psychiatrie für einen präventiven Ansatz notwendig und umsetzbar ist.

Um aufzuzeigen, wie Hilfe konkret umgesetzt werden kann, werden abschließend bereits bestehende Präventionsprojekte kurz skizziert.

2 Leben mit einem psychisch kranken Elternteil

2.1 Familiensituation

Um sich ein Bild darüber machen zu können, welche Belastungen auf Kindern psychisch kranker Eltern lasten und welche Hilfen notwendig sind, muß festgestellt werden, welches Elternteil betroffen ist, welches Alter die Kinder haben, wo sie leben und wie die Einkommensverhältnisse sind. Sowohl das Geschlecht des erkrankten Elternteils als auch das Alter der Kinder hat eine Relevanz in bezug auf die Entwicklung der Kinder; die momentane Wohnsituation, um zu klären, ob die Kinder noch bei ihren Eltern leben oder bereits gleich nach Auftreten einer elterlichen Erkrankung anders untergebracht worden sind, z.B. bei Angehörigen, wie den Großeltern oder fremduntergebracht.

Um diesen Fragen nachzugehen werden im folgenden in Auszügen Ergebnisse zweier Studien angeführt. Die eine Studie war ein Auftrag des sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit; Jugend und Familie und wurde im Raum Chemnitz im Jahr 2000 erhoben (vgl. Böhme 2001: 7ff); die andere ist das Ergebnis des Praxis- und Forschungsprojekts „Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und Anforderung an sozialpädagogisches Handeln“. Die Laufzeit war vom 01.08.1999 bis 31.01.2002 (vgl. Schone/ Wagenblaus 2002).

2.1.1 Art der psychischen Erkrankung

Tabelle 1: Art der Erkrankung der Eltern

Erkrankung	absolut	in Prozent
Schizophrenie	126	41,2
Depression	110	35,9
Angst-/Zwangsstörung	47	15,4
Persönlichkeitsstörungen/ Borderline	21	6,9
Manie	12	3,9
Org. Psychosyndrome/ Intelligenzminderung	11	3,6
Belastungs- und Anpassungsstörungen	6	2,0
Alkohol-/ Drogen- und andere Abhängigkeit*	17	5,6
Sonstige Erkrankungen	19	6,2
Keine Angaben	3	1,0

(n=306, Mehrfachnennung möglich)

*Es sind keine PatientInnen bzw. KlientInnen berücksichtigt, bei denen ausschließlich eine Suchterkrankung vorliegt. Sucht nur als Begleiterkrankung

Quelle: Schone/ Wagenblaus 2002: 71

Diese Untersuchung zeigt, daß Schizophrenie und Depression offenbar die häufigsten Erkrankungen von Eltern sind. Hieraus begründet sich, warum im folgenden vorwiegend auf diese Krankheitsbilder eingegangen werden wird.

2.1.2 *Geschlecht des erkrankten Elter*

Tabelle 2: Geschlecht des erkrankten Elter

Welches Elternteil hat psychische Probleme?	
80,00% (128)	Mütter
13,12% (21)	Väter
3,36% (9)	beide Eltern betroffen

Quelle Böhme 2001: 8 Fragebogenerhebung in Chemnitz

Die Chemnitzer Studie belegt, daß mehr Mütter als Väter psychische Probleme haben. Ein Grund für diese „Mutterlastigkeit“ kann sich dadurch begründen, daß bei Männern nicht immer bekannt sein muß, ob diese Kinder haben. Auch kann nicht immer geklärt werden, ob auffällige Kinder einen psychisch kranken Vater habe, wenn dieser im Leben der Kinder keine Rolle mehr spielt.

In 2.1.4 wird z.B. aufgezeigt, daß nie Kinder bei dem leiblichen Vater leben, wenn dieser alleine lebt und psychisch erkrankt ist.

Bei Erstellung dieser Arbeit lagen nur Auszüge der Chemnitzer Studie vor; somit kann nicht eindeutig eruiert werden, ob psychisch kranke Väter ausreichend in dieser berücksichtigt worden sind.

Es ist bekannt, daß innerhalb der Forschung eine Mutterlastigkeit besteht.

Dies läßt sich eventuell mit der Tatsache begründen, daß Männer in der Regel z.B. früher an einer Schizophrenie erkranken als Frauen. Möglicherweise verhindert die frühe Erkrankung eine Beziehungsaufnahme.

Mattejat et al. (2000: 167) verweisen genau auf dieses Phänomen der Mutterlastigkeit. Begründen ließe sich die Forschungssicht auf die Mutter durch die epidemiologische Verteilung der Erkrankungen. Frauen neigen häufiger zur Depression als Männer. Auch erklären ließe sich dieses durch die geschlechtsspezifischen „Reproduktionsrate“ erklären. Z.B. haben schizophrene Frauen häufiger Kinder als schizophrene Männer. Wie sich auch in dieser Arbeit noch widerspiegeln wird, gibt es kaum Untersuchungen über Folgen einer väterlichen psychischen Erkrankung.

Nach Matthejat et al. (2000: 167) ist ein weiterer Grund für die Mutterlastigkeit der, daß die jeweils gesunden Ehepartner in Studien zu wenig beachtet werden würden. Dabei könne man davon ausgehen, daß bei Ehepartnern bzw. Vätern häufig auch eine psychische Erkrankung vorliegen kann.

Berücksichtigt man diese Vermutung, so kann es möglich sein, daß die erhobenen 3,36% in bezug auf *beide Eltern sind erkrankt* so gering ausfallen.

2.1.3 *Alter der Kinder*

Tabelle 3: Alter der Kinder

Altersgruppen	
0-3 Jahre	5,62%
4-6	10,00%
7-10	28,09%
11-14	33,88%
15-18	18,76%
19-20	1,88%

Quelle: Böhme 2001: 8

Die Zahlen lassen erkennen, daß Kinder aller Altersgruppen betroffen sind. Eine Häufung gibt es bei Kindern zwischen 7-11 Jahren. Dies könnte ein Indiz dafür sein, daß die elterliche Erkrankung erst einige Jahre nach der Geburt aufgetreten ist, diese jetzt erst bekannt wurde oder, daß in einigen Familien mehrere Kinder vorhanden sind.

Das Ergebnis impliziert eine Untersuchung nach altersspezifischen Folgen und Risiken für Kinder psychisch kranker Eltern. Da Kinder vom Säuglingsalter bis zum Erwachsenen betroffen sind, werden unterschiedliche Hilfenkonzepte angezeigt sein.

2.1.4 Lebensort der Kinder

Tabelle 4: Lebensorte der Kinder

Lebensort (n=160)	
37,06%	bei erkranktem Elternteil lebend
16,46%	bei beiden Eltern lebend
15,29%	bei gesundem Elternteil lebend
12,35%	Heimunterbringung
8,24%	Pflegefamilie
3,52%	bei Großeltern
1,18%	Sorgerecht wird von Eltern geteilt
0,59%	andere Verwandte
0,59%	Kind lebt bei gesundem Stiefvater

Quelle: Böhme 2001: 8 Fragebogenerhebung in Chemnitz

Bei Betrachtung dieser Zahlen wird deutlich, daß mehr als 50% der Kinder mit dem erkrankten Elternteil zusammenleben. Hingegen sind nur ca. 20% außerhalb des eigenen Familiensystems untergebracht.

Die Chemnitzer Studie gibt zwar Aufschluß über die allgemeine Altersverteilung (vgl. 2.1.3) und den derzeitigen Aufenthaltsort, doch wird bei der Aufenthaltsbestimmung weder auf das Alter der Kinder noch darauf eingegangen, welcher Elter der erkrankte ist. Um ein genaues Bild über die Lebenssituation von Kindern psychisch Kranker zu gewinnen, sind diese Eckdaten von großer Bedeutung.

Schone und Wagenblass (2000) sind genau auf diese Fragestellungen eingegangen.

Tabelle 5: Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Mütter*

Aufenthalt	< 6 Jahre		6<12 Jahre		12<18 Jahre		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Bei leibl. Eltern	44	62,9	49	43,4	44	32,4	137	42,9
Bei leibl. Mutter	15	21,4	17	15,0	34	25,0	66	20,7
Bei leibl. Vater	0	0,0	13	11,5	20	14,7	33	10,3
Mutter und Partner	4	5,7	8	7,1	13	9,6	25	7,8
Vater und Partnerin	1	1,4	3	2,7	3	2,2	7	2,2
Verwandten	4	5,7	8	7,1	5	3,7	17	5,3
Pflegefamilie	1	1,4	9	8,0	8	5,9	18	5,6
Heim	0	0,0	4	3,5	5	3,7	9	2,8
Sonstiges	1	1,4	2	1,8	4	2,9	7	2,2
Gesamt	70	100,0	113	100,0	136	100,0	319	100,0

*Für 5 Kinder lagen keine Alters- bzw. Aufenthaltsangaben vor.

Quelle: Schone/ Wagenblass 2002: 77

Tabelle 6: Lebenssituation der Kinder psychisch kranker Väter*

Aufenthalt	< 6 Jahre		6<12 Jahre		12<18 Jahre		Gesamt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Bei leibl. Eltern	20	64,5	28	50,9	33	58,9	81	57,0
Bei leibl. Mutter	9	29,0	21	38,2	16	28,9	46	32,4
Bei leibl. Vater	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mutter und Partner	1	3,2	3	5,5	2	3,6	6	4,2
Vater und Partnerin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Verwandten	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pflegefamilie	1	3,2	0	0,0	2	3,6	3	2,1
Heim	0	0,0	1	1,8	2	3,6	3	2,1
Sonstiges	0	0,0	2	3,6	1	1,8	3	2,1
Gesamt	31	100,0	55	100,0	56	100,0	142	100,0

*Für 10 Kinder lagen keine Alters- bzw. Aufenthaltsangaben vor.

Quelle: Schone/ Wagenblass 2002: 77

Schone und Wagenblass (2002) konnten durch ihre Studie nachweisen, daß im Falle einer erkrankten Mutter 71,4% der Kinder noch mit ihrer Mutter zusammen leben. Davon leben 42,2% bei beiden leiblichen Eltern und 20,7% mit der Mutter alleine. Es ist auch auffällig, daß der Aufenthalt auch vom Alter der Kinder abhängig ist. 62,9% der Kinder unter sechs leben bei beiden Eltern aber keines bei dem alleinerziehenden Vater; ab sechs sind es 11,5% und ab 12 sogar 14,7%. Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich bei der Fremdunterbringung. Auch hier sind es eher die älteren Kinder, die nicht mehr zuhause leben.

Der Vergleich zwischen erkrankter Mutter und erkranktem Vater zeigt einen signifikanten Unterschied auf.

Ist der Vater der Kranke so lebt keines der Kinder bei diesem, wenn er psychisch erkrankt und alleinerziehend ist. Lebt dieser jedoch noch mit der leiblichen Mutter

zusammen, lebt auch ein großer Teil der Kinder bei seinen Eltern. Es gibt auch weniger Fremdunterbringungen.

Dies erklärt sich wahrscheinlich dadurch, daß die Kinder häufig bei der gesunden leiblichen Mutter (32,4%) leben, im Unterschied dazu sind gesunde Väter offenbar weniger dazu bereit, ihr Kind aufzunehmen (10,3%), wenn die Mutter erkrankt ist.

An dieser Stelle kann bereits die Vermutung angenommen werden, daß Familien mit einer erkrankten Mutter eher Hilfe benötigen als jene, wo der Vater erkrankt ist. Besonders in der Hinsicht darauf, daß es in diesem Fall mehr Alleinerziehende gibt. Im weiteren Verlauf wird aufgezeigt werden, daß sich das Risiko für Kinder häuft, wenn sie bei einem alleinerziehenden Elter leben.

2.1.5 Einkommenssituation der Eltern

Tabelle 7: Einkommenssituation der Eltern

Einkommenssituation der Eltern	
48	Rente
8	Arbeitslosengeld
15	Arbeitslosenhilfe
27	Sozialhilfe
4	Unterhalt durch Familienangehörige
2	Krankengeld
1	Ausbildungsvergütung
Rest	keine Angaben

Fragebogenerhebung in Chemnitz (n=160)

Quelle: Böhme 2001: 7

Diese Zahlen zeigen, daß eine psychische Erkrankung auch Einfluß auf das Einkommen haben kann. Offenbar ist kaum einer der befragten psychisch Kranken in der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen.

Wie repräsentativ diese Zahlen aus Chemnitz, sind ist schwer zu sagen, da kein Vergleich zu der „gesunden“ Bevölkerung vorliegt. Es stellt sich die Frage, inwieweit diese Zahlen auch durch die generelle Arbeitslage im Raum Chemnitz¹ begründet sind.

¹ Eine eigene Internetrecherche ergab eine Arbeitslosenquote in Chemnitz in 2001 ca. 18,5% http://www.brandenburg.de/statreg/daten_03/659-31.htm
2002 (Juli) von 20,2% (davon Frauen 52,6%)
2003 (Juli) von 20,2% (davon Frauen 53,6%)
http://www.arbeitsamt.de/laa_s/statistik/arbeitsmarkt/frauen1.pdf

Ungeachtet dessen hat eine Erkrankung immer auch Folgen auf das Einkommen. Je nach Dauer und Intensität der Erkrankung ist das Aufrechterhalten einer geregelten Arbeit deutlich erschwert. Hinzu kommt, daß psychisch Erkrankte zeitweise weniger belastbar sind als gesunde. In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit haben es diese Menschen dann besonders schwer eine Anstellung zu finden.

Auch fehlt hier eine Differenzierung nach Geschlecht und ob es sich um Alleinerziehende handelt oder in einer Partnerschaft Lebende. Gesellschaftlich begründet leben z.B. viele alleinerziehende Mütter von der Sozialhilfe.

2.2 Die psychische Erkrankung und ihre Auswirkung auf das System Familie

Wird ein Familienmitglied ernsthaft krank, wirkt sich dies auf das ganze System Familie aus. Durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen wird das System Familie stark beeinflusst. Finzen (1996: 4ff) geht hierbei sogar soweit, daß er das Auftreten einer Schizophrenie innerhalb der Familie als „Familienkatastrophe“ bezeichnet.

Die Schizophrenie soll hierbei wohlgerne ein Beispiel für psychische Erkrankungen sein, wodurch seine Feststellungen auch allgemein auf psychische Erkrankungen angewendet werden können. Er identifiziert sechs Teilaspekte, welche die Familienkatastrophe Schizophrenie beschreiben. Auch wenn Finzens Ausführungen die Situation beschreibt, daß ein Kind psychisch erkrankt ist, wird hierbei doch anschaulich verdeutlicht, wie sich die Erkrankung auf das Leben der Familienangehörigen auswirkt.

Die große Kränkung

Bricht die psychische Erkrankung über die Familie herein, ist die erste Reaktion die Verleugnung; sie versuchen den Gedanken an eine psychische Erkrankung zu verdrängen. Der Verleugnung folgen der Zorn, die Verzweiflung, die Kränkung, das Rechten. Es wird nach einem Schuldigen gesucht.

Verleugnung und Rechten können sowohl ineinander übergehen als auch sich mischen. Die Schuld wird aber auch wo anders gesucht (in einem Vitaminmangel, einer Fehlernährung oder Drogen).

Oft wird das Einbrechen der Krankheit in das eigene Leben als Grenzverletzung, als Beschädigung der eigenen Identität empfunden und erlebt.

Resignation, stille Verzweiflung und Angst brechen über die Angehörigen herein. Die Erkenntnis wächst, daß sich alles in ihrer Welt verändern und nichts mehr so sein wird, wie es einmal war.

Die Schuldzuweisungen durch Dritte veranlassen die Familie sich zu isolieren; sich von Freunden und Bekannten zurückzuziehen.

Im Idealfall kann es nun zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit der Krankheit des Familienmitgliedes und deren Folgen kommen.

Die Bedrohung des Familienzusammenhalts

Psychische Erkrankungen machen zu Beginn einen schleichenden Prozeß durch. Es treten bei dem Erkrankten Veränderungen auf, die weder von ihm noch von seiner Umwelt als Krankheitssymptome wahrgenommen werden. Keinem der Beteiligten ist bewußt, daß den Veränderungen eine ernstzunehmende medizinische Erkrankung zu Grunde liegt. Mißverständlich wird das Verhalten des Erkrankten als ein „böswilliger“ Angriff auf das Familienleben eingeschätzt. Versucht die Familie, das krankhaft gestörte Verhalten in normalen Kategorien zu erklären und zu bewältigen, ist dies zum Scheitern verurteilt. Dieser Versuch führt dann nicht selten zu emotional aufgeladenen Auseinandersetzungen in der Familie. Diese enden nicht selten mit dem Ausschluß des später als schizophren diagnostizierten Familienmitgliedes. Im Idealfall folgen auf das Scheitern der normalen Bewältigungsversuche die Diagnose und die psychiatrische Behandlung. Ist die Krankheit bekannt und innerhalb der Familie als solche anerkannt, können dennoch erhebliche Differenzen über den richtigen Umgang mit den Kranken auftreten.

An diesen Differenzen und den auftretenden Belastungen zerbrechen dann häufig die Familien.

Der Verlust der Selbstverständlichkeit

Das Zusammenleben mit psychisch Kranken verändert alle Beteiligten und die Familienregeln werden außer Kraft gesetzt.

Auch bei einem Abklingen der akuten Psychose bleiben die Veränderungen. Sind die Angehörigen erst einmal sensibilisiert, reagieren viele überempfindlich und

überängstlich. Hierdurch kommt es zu dem Verlust der Selbstverständlichkeit im Umgang mit dem anderen. Allgegenwärtig ist die Ungewißheit des Ausgangs und des Verlaufs der Erkrankung.

Die Ungewißheit des Verlaufs und des Ausgangs

Psychische Erkrankungen unterliegen Schwankungen. Es gibt Phasen, wo Angehörige stützend eingreifen müssen, weil der erkrankte Familienangehörige nicht in der Lage ist für sich selbst zu sorgen, und Phasen in denen eher Zurückhaltung angezeigt ist. Angehörige kommen in ein Wechselbad der Gefühle, da Fortschritte in der Genesung unberechenbar und unregelmäßig von Rückschlägen durchbrochen werden können.

Waren die bisherigen Auswirkungen gleichermaßen gültig für die Eltern- als auch die Kindersicht beziehen sich die folgenden eher auf die Lebenslage von Eltern psychisch Kranker. Sie haben aber durchaus ihre Berechtigung in diesem Zusammenhang, da mit ihnen aufgezeigt werden kann, wie weitreichend eine psychische Erkrankung in das Leben von Angehörigen eingreifen kann.

Die Veränderung der eigenen Biographie

Ist ein Kind psychisch erkrankt, so hat dies für die Eltern eine einschneidende Veränderung im Lebenslauf zur Folge. Kinder werden aufgezogen, um sie irgendwann in das eigene Leben entlassen zu können. Die Verantwortung für den weiteren Lebensweg wird an sie abgegeben. Bei psychisch kranken Kindern ist dies anders. Die Biographie der Eltern verändert sich. Die Abnabelung des kranken Kindes wird krankheitsbedingt erschwert und hinausgezögert. Oft findet sie nicht statt. So bleiben auch erwachsene Kinder im Mittelpunkt des elterlichen Lebens.

Finzens Erkenntnisse lassen sich hier aber auch auf die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern anwenden. Ist es bei Eltern psychisch kranker Kinder die späte Abnabelung der Kinder, so ist es bei psychisch kranken Eltern die zu frühe Verantwortung für die Kinder. Auf diesen Sachverhalt wird im folgenden noch näher eingegangen werden.

Was wird, wenn wir alt sind oder nicht mehr leben?

Werden die Eltern älter beginnt die Sorge was mit dem erkrankten Kind geschieht, wenn sie nicht mehr ausreichend für es da sein können. Auch stellt sich die Frage, wie die Versorgung nach dem Tod der Eltern weitergehen soll.

Ausgehend von einer elterlichen Erkrankung ist die Frage des früheren Ablebens der Kinder sicherlich nicht eine zentrale. Es ist aber nicht auszuschließen, daß Kinder die Versorgung eines erkrankten Elternteils als Problem ansehen. Kinder sind in unserer Gesellschaft genauso für ihre Eltern verantwortlich wie Eltern für ihre Kinder.

Ergänzend hierzu bietet es sich an, die Befragung von Creer und Wing (1977) anzuführen. Diese bestätigt einige Annahmen von Finzen.

2.2.1 Über die persönlichen Schwierigkeiten der Angehörigen

Creer und Wing (1977: 124ff) befragten Angehörige schizophrener Patienten über deren persönliche Probleme. Drei Hauptkategorien kristallisierten sich hierbei heraus; ihre eigene emotionale Reaktion, Konflikte innerhalb der Familie sowie Probleme im weiteren sozialen Feld. Es konnte festgestellt werden, daß eines dieser Probleme oft auch Auswirkungen auf die anderen haben kann. Beispielhaft beschreiben Creer und Wing die Problematik einer Familie. Die mit der Erkrankung des Angehörigen verbundenen Schwierigkeiten brachten sie in eine Isolierung wodurch keine Freunde mehr zu Verfügung standen, die als „Sicherheitsventil“ hätten fungieren können. Ohne diese Möglichkeit der Kompensation wurden innerfamiliäre Konflikte und die emotionalen Schwierigkeiten einzelner Familienmitglieder noch verstärkt. Im umgekehrten Fall könne eine Verringerung der Probleme in einem dieser drei Bereiche die Belastung in den anderen Bereichen abschwächen.

Emotionale Reaktionen der Angehörigen

Die meisten der befragten Angehörigen beschrieben Formen emotionaler Belastungen. Diese sind abhängig von den unterschiedlichen Fähigkeiten, über Emotionen zu sprechen. Am häufigsten benutzen sie zur Beschreibung der für sie

durch die Krankheit entstandenen Belastungen Angst, Depression und Verärgerung (Creer/ Wing 1977: 127).

Konflikte innerhalb der Familie

Die Befragung hat auch ergeben, daß eine psychische Erkrankung einige Schwierigkeiten für das Familienleben mit sich bringt. Der Erkrankte kann seine Funktionen im Familiensystem nicht mehr erfüllen. Dies hat zur Folge, daß die anderen Mitglieder eine Zeit lang seine Aufgaben und Betreuung übernehmen müssen. Dadurch, daß der Kranke mehr Zuwendung braucht, wird der normale Tagesablauf im allgemeinen gestört (Creer/ Wing 1977: 131).

Probleme der Angehörigen im weiteren sozialen Umfeld

Einige Angehörige berichten, daß ihre Arbeit unter dieser veränderten Situation leidet. Aufgrund des erhöhten Zeit- und Energieaufwands müssen sie eine einfachere Arbeit annehmen, als unter normalen Umständen notwendig gewesen wäre. Manche mußten sogar vorzeitig in Pension gehen. Der Grund hierfür lag zum einen darin, daß sie zu Hause gebraucht wurden und zum anderen, weil die Doppelbelastung Arbeiten und Patientenbetreuung zu viel war. Doch auch die Einschränkungen auf ihr gesellschaftliches Leben belastet Angehörige. Manche gingen sogar soweit, daß sie davon überzeugt waren, daß ihnen das asoziale Verhalten des Patienten ein normales gesellschaftliche Leben verbiete (Creer/ Wing 1977: 132f).

2.2.2 Tiefgreifende Auswirkungen auf das Familienleben

Koenning (1991: 25) beschreibt, daß es tiefgreifende Auswirkungen auf den Alltag hat, wenn ein psychisch Kranker in seiner Familie lebt. Er geht hierbei davon aus, daß nicht die psychiatrischen Symptome wie Stimmen hören, Wahnideen, Halluzinationen, Verwirrtheit o.ä. das Familienleben beeinträchtigen, sondern eher folgende Verhaltensweisen:

- „Die Inaktivität und Apathie, oder aber die übermäßige Aktivität
- Die Vernachlässigung des Äußeren und der Wohnung
- Die Mißachtung von Hygiene-, Sauberkeits- und Ordnungsregeln
- Die Störung der Familienroutine (etwa das Blockieren eines Badezimmers)
- Der häufig gestörte Tag/ Nachtrhythmus

- Ungewöhnliche oder ungenügende Ernährung
- Merkwürdiges Kontaktverhalten – das vom Einsperren in das eigene Zimmer und völligen Rückzug bis zur offenen Aggression gehen kann“ (Koenning 1991: 25f).

Welche spezifischen Auswirkungen die psychiatrischen Symptome auf die kindliche Entwicklung haben können, wird unter 3. ausführlich beleuchtet.

2.3 Die Belastungen der Kinder im Alltag

Kinder sind das schwächste Glied innerhalb einer Familie.

„Die Krankheit eines Familienmitgliedes – insbesondere des Vaters oder der Mutter – zieht das Gemeinschaftsleben schwer in Mitleidenschaft, Am meisten sind davon die Kinder betroffen, insofern das Gleichgewicht ihrer Umwelt und ihr Bedürfnis nach Sicherheit auf dem Spiel stehen“ (Duché 1983: 146).

Besonders eine psychische Erkrankung eines Elternteils hat für Kinder starke Belastungen zur Folge. Auch wenn diese sich mit den schon genannten Belastungen der Angehörigen teilweise überschneiden, ist es sinnvoll, diese nochmals explizit im Zusammenhang mit Kindern zu nennen. Nur so können die Lebenslage dieser Kinder deutlich gemacht werden und sinnvolle Hilfskonzepte erarbeitet werden.

Um die eigene Sicht der Kinder dem Leser nahezubringen, werden an gegebener Stelle Zitate von heute erwachsenen Kindern beigefügt. Diese können am besten aufzeigen, welche Probleme sie in ihrer Kindheit durchlebten. Wie schon genannt, ist der Blick auf die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern eine recht neue Forschungsrichtung, wodurch es kaum Erkenntnisse über deren Lage gibt. Auch die aktuelle Forschung bedient sich dieser Möglichkeit des Erkenntnisgewinns.

Die Probleme, die von der Tatsache herrühren, daß Eltern psychisch krank sind, lassen sich nach Schone und Wagenblass (2002: 155) in unmittelbare Probleme und Folgeprobleme unterteilen.

Unmittelbare Probleme ergeben sich aus dem direkten Erleben der elterlichen Erkrankung. Hierzu zählen Schuldgefühle, Desorientierung, Tabuisierung und Isolation.

Folgeprobleme ergeben sich indirekt aus den durch die Krankheit bedingten Veränderungen der sozialen und familiären Situation. Dies sind u.a. Loyalitätskonflikte, Abwertungserlebnisse, Betreuungsdefizite, Verantwortungsverschiebung – auch Parentifizierung genannt – und Zusatzbelastungen der Kinder.

2.3.1 *Unmittelbare Probleme*

2.3.1.1 *Schuldgefühle*

Das Gefühl zu haben, Schuld an den psychischen Problemen der Eltern zu sein, ist für Kinder psychisch Kranker meist gegenwärtig.

„Mama ist durcheinander, weil ich böse war und weil ich mich nicht genug gekümmert habe“ (Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 72).

Tim T.:

„Am schlimmsten waren die Schuldgefühle. Jedesmal, wenn Hanna (Mutter) in die Psychose kam, waren sie wieder da. Dann hatte ich meistens noch andere Probleme und mußte zur Therapeutin. Aber langsam habe ich mein Leben geregelt bekommen und auch die Schuldgefühle nicht mehr so gehabt“ (Esterer 1994: 52).

Simone:

„Durch die Redereien meiner Mutter hatte ich mir die Überzeugung zugelegt, daß ich an allem schuld bin. Wenn mir die Leute aus dem Weg gegangen sind, habe ich mich selbst dafür verantwortlich gemacht. Ich habe die Fehler immer bei mir gesucht. So wurde ich fast ein devoter Typ“ (Jun 1993: 125).

2.3.1.2 *Desorientierung*

Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann die Kinder verwirren und ängstigen. Sie können die Probleme und das Verhalten der Eltern nicht einordnen, was zu einer Desorientierung führen kann. (Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 72).

Doch Angst hat verschiedene Gesichter.

Deutlich wird dies in Aussagen von **Kaja Bern**.

Die ständige Angst vor erneuten Krankheitsausbrüchen bestimmte ihr Leben.

„Die Angst vor einem erneuten Krankheitsausbruch ist zu meinem ständigen Begleiter geworden, nicht nur auf Reisen, sondern auch im Alltag. Sie begleitet mich zur Haustür meiner Mutter, wenn ich auf das Summzeichen warte, das mir Einlaß in ihre Wohnung verschafft. ... Manchmal dachte ich, daß diese Anspannung, unter der ich durch die Ungewißheit eines Krankheitsausbruchs ständig stehe, mich innerlich zerreißt“ (Bern 2001: 12).

Die ständige Angst um die Mutter kann jederzeit auch zu einer Angst vor ihr werden.

„Zunächst hatte ich Angst *um* meine Mutter, doch von dem Moment an, als sie mich schlug, weil sie in einem von mir für sie zubereiteten Tomatensaft Gift vermutete, hatte ich Angst *vor* ihr“ (Bern 2001: 14).

Wie verunsichernd psychotisches Verhalten auf Kinder wirken kann, zeigt Kajas Erinnerung, als sie elf war und die Krankheit der Mutter begann.

„Ein paar Tage später begann sie mir seltsame Fragen zu stellen, z.B. wie mein Klassenkamerad, der neben mir saß, mit Nachnamen heiße. Sie schrieb den Namen auf und verschlüsselte ihn mit irgendwelchen Zahlen und Zeichen und führte unverständliche Berechnungen durch. Da ich ihre Handlungen nicht nachvollziehen konnte, verunsicherte und ängstigte mich ihr Verhalten“ (Bern 2001: 13).

Unsicherheit kann auch die Folge des Verschweigens der wahren Gründe für das merkwürdige Verhalten eines erkrankten Elternteils sein. Kinder nehmen Veränderungen im Verhalten durchaus wahr. Bestätigen läßt sich dies anhand von Erinnerungen von **Iris P.**:

„Plötzlich erfuhr ich also etwas offiziell – ich war zu dem Zeitpunkt 15 Jahre alt –, was ich drei Jahre lang innerlich schon gewußt hatte. Heute als 44 Jahre alte Frau möchte ich dazu sagen: Der Tatbestand, daß mir gegenüber eine ganz wichtige Sache verschwiegen wurde, hat in meinem Leben eine ganz tiefe Verunsicherung bezüglich meiner Wahrnehmung einerseits und der Art von Konfliktbewältigung andererseits ausgelöst“ (Sielaff 1994: 90).

Genau diese familiäre Verschwiegenheit führt zu einem weiteren Problem – der Tabuisierung.

2.3.1.3 Tabuisierung/ Familiengeheimnisse

Den Kindern wird ein Kommunikationsverbot auferlegt. Nur keinem sagen, was zu Hause los ist. Hinzu kommt das Gefühl, daß sie einen Verrat verüben, wenn sie

sich außerhalb der Familie an jemanden mit ihren Problemen wenden. (vgl. Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 72)

Iris P.:

„Und ich hatte das Gefühl, daß da irgend was in unsere Familie ist, was nicht erzählt werden soll. Allein diese Worte, die da an der Tür standen: Nervenheilstätte, Sanatorium – waren damals mit Makeln belegt“ (Sielaff 1994: 89).

Katja:

„Meine Oma bat mich immer, keinem von den Zuständen zu Hause zu erzählen, da fremde Menschen, zu denen meine Mitschüler und Lehrer gehörten, das bei uns zu Hause nichts angeht“ (Beeck 2000: 15).

Sich niemandem anvertrauen zu können, führt die Kinder in die Isolation.

2.3.1.4 *Isolation*

Die Kinder sind alleingelassen, da sie nicht wissen, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können und niemanden haben, mit dem sie darüber sprechen können (vgl. Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 73).

Patricia:

„Das Allerschlimmste, an das ich mich aber heute erinnere, ist dieses Alleingelassensein, niemanden zu haben, mit dem man über die Krankheiten sprechen könnte, niemanden zu haben, der sich verantwortlich fühlt. Irgendwie habe ich mich abgestempelt gefühlt, ein Kind von "Verrückten" zu sein“ (Patricia http: 22.10.02).

2.3.2 *Folgeprobleme*

2.3.2.1 *Loyalitätskonflikt*

Loyalitätskonflikte können sowohl nach außen hin als auch innerhalb der Familie auftreten: Außerhalb ist es die Scham vor den Freunden und Bekannten für die Eltern. Die Kinder sind zwischen Loyalität und Distanzierung hin und her gerissen. Innerhalb der Familie werden die Kinder in die Konflikte zwischen den Eltern hineingezogen. Sie haben das Gefühl, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen (vgl. Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 73).

Tim T. (22) beschreibt das Gefühl der Scham gegenüber seinen Freunden recht deutlich:

„Ich wollte eine Mutter haben wie meine Freunde – schön, geschminkt. Sie aber hatte ein von Medikamenten verzerrtes, aufgedunsenes Gesicht. Ich habe mich für sie geschämt“ (Esterer 1994: 52).

Auch **Dorothea** (26) erinnert sich für ihre Mutter geschämt zu haben:

„Welches Kind möchte nicht auf seine Mutter stolz sein. Das konnte ich nicht. Im Gegenteil, ich schämte mich und wünschte mir immer eine andere Mutter“ (Sielaff 1994: 84).

2.3.2.2 *Abwertungserlebnisse*

Die Kinder erleben, daß ihre Eltern und sie selbst von außenstehenden Personen (z.B. Freunden) abgewertet werden (Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 73).

„Verletzend war auch das Gefühl, daß meine Tante wohl der Meinung war, meine Mutter sei bloß faul und wolle nicht arbeiten. Direkt angesprochen hat dies niemand; zu spüren war die Einstellung aber deutlich“ (Familie H. 2001: 48).

Auch wenn das folgende Zitat nicht das eines Kindes ist, sondern von Simones Großmutter, so macht es doch deutlich, wie das soziale Umfeld auf eine psychische Erkrankung innerhalb einer Familie reagiert.

„... eine andere große Sorge: das völlige Unwissen und Unverständnis in der Umwelt gegenüber seelisch Kranken. Unsere ganze Familie wurde als asozial betrachtet: in der Hausgemeinschaft, im Kindergarten, zum Teil auch von Lehrern in der Schule“ (Jun 1993: 126).

2.3.2.3 *Betreuungsdefizit*

Die psychische Erkrankung eines Elternteils führt häufig zu einem Betreuungsdefizit. Es fehlt den Kindern an Aufmerksamkeit und Zuwendung. Da die Eltern schon genug mit ihren eigenen Problemen zu tun haben, besteht ein Mangel an der notwendigen elterlichen Führung bzw. Anleitung (Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 73).

Maria:

„Wir mussten uns ganz alleine fertigmachen zur Schule und dann auch für Lebensmittel sorgen und also das war so die Kindheitserinnerung. Das war ganz schlimm. Und sie war absolut hilflos ne. Aber damals habe ich das nicht empfunden, sie ist hilflos, sondern wirklich habe ich empfunden, sie kümmert sich nicht“ (Schone/ Wagenblaus 2002: 170).

Noch problematischer wird es für die Kinder, wenn zu dem Betreuungsdefizit noch ein Rollentausch kommt.

2.3.2.4 *Rollentausch/ Parentifizierung*

Aus einer Verantwortung gegenüber den Eltern und der Familie übernehmen die Kinder teilweise sogar elternhafte Funktionen. Dies kann sich durch Übernahme der Elternrolle gegenüber den Geschwistern äußern oder sie übernehmen die Aufgabe, zur psychischen Stabilisierung der Familie beizutragen. Des Weiteren kann es auch zwischen dem Kind und dem kranken Elternteil zu einem regelrechten Rollentausch kommen. Mit dieser Verantwortung sind die Kinder häufig überfordert. Zusätzlich zu den Aufgaben kommen weitere Belastungen (Zusatzbelastungen) für die Kinder. So übernehmen sie z.B. die Haushaltsführung bei Klinikaufhalten des kranken Elternteils. Das Problem für die Kinder liegt hierbei darin begründet, daß sie ihre eigenen Bedürfnisse hinten anstellen. (Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 73).

Ein Beispiel für die psychische Stabilisierung der Familie liefert **Dorothea**:

„... Und so kam seltsamerweise ich in die Rolle der Unterstützerin meines Vaters. In gewisser Weise war das mein Auftrag – oder anders ausgedrückt – ich wurde gezeugt, um meine Mutter zu retten. Ich geriet immer mehr in die Rolle der Fürsorgerin, nicht auf praktischem, sondern auf dem emotionalen Gebiet“ (Sielaff 1994: 85).

Der Rollentausch wird auch von **Kaja** veranschaulicht:

„... Zum anderen fühlte ich mich, seit dem mein Opa gestorben war und meine Oma auf die 90 zusteuerte, zunehmend für meine Mutter verantwortlich. Mutter- und Tochterrolle hatten sich umgedreht“ (Bern 2001: 18).

2.4 **Weitere Belastungen**

Zu diesen Belastungen, die sich direkt aus dem erlebten Alltag mit einem psychisch kranken Elternteil ergeben, können weitere Veränderungen in der Lebenslage der Kinder kommen.

2.4.1 *Ehekonflikte/Trennung*

Bedingt durch die familiären Anspannungen können Ehekonflikte auftreten, welche bis zu einer Trennung führen können. Nach Gundelfinger (1996: 16) stehen Ehekonflikte an erster Stelle von sekundären Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung.

Nach (Wüthrich et al. 1997: 143) sind Problem innerhalb einer Ehe mit einem depressiven Ehepartner nicht nur häufig, sondern können nach einer depressiven Episode auch über mehrere Jahre andauern. Hinzu kommt, daß Ehen mit mindestens einem depressiven Ehepartner eine höhere Scheidungsrate haben als die von unauffälligen.

Frau P. berichtet in einem Interview:

„Die Ehe meiner Eltern war sehr belastet durch die Depression meiner Mutter. Mein Vater hat zeitweise getrunken. Wenn irgend etwas war, blieb er einfach weg, und ich wurde losgeschickt, um meinen Vater irgendwo zu holen“ (A.P. 2001: 33).

Dieses Beispiel zeigt, wie belastend eine psychische Erkrankung für das Familienleben sein kann. Sicherlich läßt sich aufgrund der Unkenntnis über weitere Probleme des Vaters/der Familie nicht einwandfrei bestätigen, daß die Erkrankung der Mutter Ursache für das Trinken ist, die Wahrscheinlichkeit liegt dafür doch recht nah.

2.4.2 Ökonomische Probleme

Fällt wegen der Erkrankung der Haupternährer der Familie aus, können ökonomische Probleme auftreten. Im schlimmsten Fall verliert der Erkrankte seine Arbeitsstelle. Diese finanziellen Einbußen können auch einen Wohnungswechsel zur Folge haben (Gundelfinger 1996: 16).

Doch nicht nur durch den erkrankten Elternteil kann es zu finanziellen Einbußen kommen. Gesunde Angehörige können durch die Betreuung chronisch psychisch Kranker berufliche Einschränkungen erfahren. So stellten Angermeyer et al. (1997: 216) in ihrer Studie fest, daß 15,6% der befragten Angehörigen (n=557) angaben, in ihrem Beruf Abstriche machen zu müßten (vgl. hierzu auch 2.1.5).

Bei einer Befragung durch Creer und Wing (1977: 144) hatten etwa ein Drittel aller Familien finanzielle Probleme. Wobei bei dieser Angabe berücksichtigt werden muß, daß die Befragung in den 1970 Jahren und in England stattfand. Aus diesem Grund wird auch an dieser Stelle nicht weiter auf Creers und Wings Umfrage eingegangen. Sie bestätigt sicherlich die Tendenz (vgl. 2.1.5), ist aber auf heutige und deutsche Verhältnisse nicht problemlos übertragbar.

3 Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung

Wie unter 2.1.2 beschrieben, besteht in der Forschung eine Mutterlastigkeit. Diese wird sich aufgrund des Mangels an Untersuchungen über psychisch kranke Väter auch hier widerspiegeln. Wenn hier von der Mutter gesprochen wird, kann angenommen werden, daß die Erkrankung eines Vaters ähnliche Auswirkungen haben kann.

3.1 Störungen in Eltern-Kind-Beziehung

Als direkte Folge der psychischen Erkrankung werden Faktoren betrachtet, die die Eltern-Kind-Beziehung beeinflussen (Gundelfinger 1996: 15).

Nach Hipp ([http: 19.01.03](http://19.01.03)) beinhaltet die Auswirkung der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Beziehungsgestaltung mit den Kindern:

- „Starkes Hervortreten negativer Gefühle: Angst, Aggressionen, Wut, Feindseligkeit, Reizbarkeit, Depressivität
- Unberechenbarkeit in der affektiven Zuwendung (fehlende Verlässlichkeit): Schwanken zwischen Nähe und Distanz, Verwöhnung und Entwertung
- Vermindertes Einfühlungsvermögen (geringe emotionale Schwingungsfähigkeit)
- Beeinträchtigte Verhaltenssteuerung (Impulsivität): Tendenz zu Fremd – oder Autoaggression (Gewalt, Suizidalität, Selbstverletzung)
- Antriebsstörung mit Passivität, Apathie, Interesselosigkeit und geringer emotionaler Beteiligung. Gefahr von Defiziten bei der Versorgung der Kinder (Vernachlässigung)
- Ängstiger Umgang mit der Realität: Durchlässigkeit der Grenze zwischen Fantasie und Wirklichkeit. Das Kind gerät in den Konflikt zwischen der eigenen Realitätswahrnehmung und der Loyalität zum kranken Elternteil
- Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus: sozialer Abstieg; chaotischer Umgang mit Zeit und Geld; Desorganisation des Haushaltes; Konflikte mit dem sozialen Umfeld (Vereinsamung)
- Beziehungsdiskontinuität: Häufige Identitätswechsel durch Krankheitsrezidive; häufige Abwesenheit durch Krankenhausaufenthalte“ (Hipp [http: 19.01.03](http://19.01.03)).

Jede psychische Erkrankung hat unterschiedliche Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung. Im folgenden werden krankheitspezifische Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung beschrieben.

3.1.1 bei affektiven Psychosen

Gundelfinger (1996: 15) verweist darauf, daß es depressiven Müttern schwerfällt, am Leben der Kinder emotional involviert teilzunehmen. Sie haben Schwierigkeiten dem Kind kontinuierlich Aufmerksamkeit zu schenken, seine Signale wahrzunehmen und seine Bedürfnisse zu erkennen. Depressive Mütter sprechen oft wenig mit den Kindern und haben Mühe, klare Regeln zu vermitteln und diese auch durchzuhalten. Nach Gundelfinger zeigen aber nicht alle depressiven Mütter ein solches Verhalten. Viele seien trotz ihrer Krankheit in der Lage ihr Kinder angemessen zu betreuen.

3.1.2 bei schizophrener Psychose

In der schwedischen Lund-Studie wurde festgestellt, daß Kinder schizophrener Mütter im Vergleich zu Kindern von Müttern mit anderen Psychosen und Kindern von gesunden Müttern signifikant häufiger ängstliches (vermeidendes bzw. ambivalentes) Bindungsverhalten aufweisen (Renschmidt/ Matzejat 1994: 40).

Beeinflußt wird die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung durch den Schweregrad der Erkrankung des Elternteils, die Anwesenheit bzw. Abwesenheit des anderen Elternteils sowie dessen Möglichkeit kompensatorisch einzuwirken.

3.2 Interaktionsverhalten

Die Interaktion zwischen psychisch kranken Müttern und ihren Kindern ist häufig von einem Zuwenig oder einem Zuviel geprägt.

Aufgrund der psychischen Erkrankung sind die Mütter oft in der Feinfühligkeit für die kindlichen Signale und ihre Möglichkeit, auf diese angemessen zu reagieren, stark eingeschränkt. Deneke (1999: 152f) beschreibt, inwiefern unterschiedlich psychisch Erkrankungen sich auf das Interaktionsverhalten der Mütter mit ihren Kindern auswirken können.

3.2.1 *Affektive Störungen*

Depressive Mütter nehmen demnach durchaus wahr, wenn das Kind etwas von ihnen möchte, können aber aufgrund des krankheitsbedingten Gelähmtseins, nicht darauf eingehen. Um doch Aufmerksamkeit von der Mutter zu bekommen, bemüht sich das Kind immer wieder, eine Interaktion zu initiieren. Reagiert die Mutter nicht auf diese normalen Signale des Kindes, versucht es durch Lächeln, Lautieren, Zappeln usw. Aufmerksamkeit zu erregen.

Bei depressiven Müttern ist auch zu beobachten, daß sie dazu neigen, ihre Tendenz, auf Signale des Kindes nicht, nur sehr verzögert oder eindeutig negativ zu reagieren, zu überspielen, indem sie sich, zumindest zeitweise, besonders stark und die Interaktion dominierend den Kindern zuwenden (Deneke 1999: 152f).

Ergänzend hierzu können Remschmidt und Mattejat (1994: 87) angeführt werden. Ihrer Beschreibung nach kann die Mutter-Kind-Interaktion bereits sehr früh im Leben des Kindes ungewöhnlich sein. Neugeborenen schauen depressive Mütter wenig in das Gesicht, älteren Kindern gegenüber zeigen sie wenig affektive Reaktionen, ein niedriges Aktivitätsniveau und wenig kontingente Reaktionen oder einen Wechsel von fehlendem Engagement und Aufdringlichkeit. Auf dieses Verhalten reagieren die Kinder mit Nervosität und verringerter physischer Aktivität oder mit Rückzug, häufigem Wegschauen und reduziertem positivem Affekt. Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist, daß depressive Mütter oft unfähig sind, angemessen auf ihre Kinder aufzupassen. Sie sind nicht in der Lage, durchgehend auf sie zu achten und sie vor möglichen Gefahren zu schützen.

Eine Beschreibung einer Patientin mit einer Depression zeigt, welche Bedeutung ihr Kind für sie hat:

„Mein Selbstwertgefühl ist nicht besonders gut ausgeprägt (und bezieht sich auf wenige zentrale Verstärkerbedingungen, z.B. Beruf, der z.Z. nicht ausgeübt werden kann). Meine sozialen Kontakte habe ich deutlich eingeschränkt (fehlende Fremdverstärkung). Die Diskrepanz von Ideal- und Realselbstbild erlebe ich wegen hoher Selbstanforderungen und Leistungsstandards besonders schmerzlich. Ich muss mich zurückziehen, passiv bleiben und Kontakte meiden. Als zentraler Selbstwertspender bleibt mir mein Kind. Es macht mir Angst, wenn irgendetwas mit meinem Kind nicht stimmt oder nicht perfekt ist. Dann werde ich traurig. Da ich nicht ohne mein Kind sein kann, lehre ich es für mein Wohlbefinden zu sorgen und für mich da zu sein“ (Brandes 2001: 150).

In manischen Phasen neigt der übermäßig psychomotorisch angetriebene Elternteil dazu, extrem überstimulierend mit dem Kind umzugehen. Deneke beobachtete bei einer Mutter, wie sich z.B. Phasen hoher Sensivität mit Phasen von einer Art Entrücktheit und Nicht-Reagieren auf das Kind abwechselten (Deneke 1999: 153).

3.2.2 *Schizophrenie*

Die schwedische Lund-Studie hat gezeigt, daß die Mutter-Kind-Interaktion drei Tage nach der Geburt in allen klinischen Gruppen im Vergleich zu den gesunden Kontrollgruppen erheblich gestört war. „Es bestanden ein negatives emotionales Klima, mehr Anspannung und Unsicherheit, weniger soziale Kontakte zwischen Kind und Mutter, weniger wechselseitiger Blickkontakt“ (Remschmidt/ Matthejat 1994: 40f).

Nach Deneke (1999: 153) zeigt sich in der Interaktion mit Säuglingen bei schizophrenen Elternteilen keine Gesetzmäßigkeit.

Da chronisch schizophrene Patienten oft eine Minussymptomatik entwickeln d.h., verlangsamte, abgeschwächte Reaktionen auf die Umwelt, können sie nicht immer den Signalen ihrer Kinder folgen. Sie orientieren sich dann an ihren eigenen inneren Impulsen und Gesetzmäßigkeiten, welche für das Kind nicht recht durchschaubar sind. Dies hat zur Folge, daß das Kind sich nicht dauerhaft um die elterliche Aufmerksamkeit bemüht.

Deneke (1999: 153) verweist darauf, daß dies auch der Feststellung vieler Forscher entspricht. Demnach seien unter den Säuglingen schizophrener Eltern oft besonders ruhige Säuglinge. Dieses Verhalten läßt den Säugling als pflegeleicht und unkompliziert erscheinen. Die extreme Passivität und später dann Entwicklungsverzögerung sollte als Warnsignal wahrgenommen werden.

Brandes et al. (2001: 149) bieten ein Beispiel für die Interaktionsprobleme bei einer schizophrenen Psychose.

Er berichtet von Frau S. mit ihrem drei Monate alten Säugling J. Nach der gemeinsamen Aufnahme auf Station sei es zu einer rapiden Verschlechterung des psychopathologischen Befundes der Mutter gekommen. Sie war nicht mehr in der Lage, sich angemessen um ihr Kind zu kümmern; es wurde in die Obhut des

Vaters gegeben. Nach Besserung des Krankheitszustands der Mutter wurden beide wieder gemeinsam aufgenommen. Am Anfang benötigte die Mutter viel Hilfe durch Personal und Ehemann, weil Frau S. sehr unsicher und in der Säuglingspflege überfordert war. Die Überzeugung, alle anderen kämen mit J. besser zurecht, bestärkte sie in diesen Gefühlen. Durch Anleitung lernte sie, besser mit ihm umzugehen. Jedoch war die Kommunikation zwischen Mutter und Tochter ohne innere Anteilnahme.

Creer und Wing (1977: 123) haben in ihrer Studie festgestellt, daß Schizophrene oft ihren elterlichen Verpflichtungen nicht adäquat nachkommen (vier von elf). Dies kann unterschiedliche Formen annehmen. In ihren Ausführungen beziehen sie sich u.a. auf einen Vater, der ihnen berichtet, wie sein kleiner Sohn mit dem brennenden Ölofen spielte während seine schizophrene Ehefrau daneben saß und in die Luft starrte.

Es wurde auch festgestellt, daß Patienten sich gegenüber ihren Kindern gereizt und ungeduldig zeigten.

3.2.3 *Persönlichkeitsstörung*

Eine Borderline-Störung bedingt häufige Wechsel zwischen verschiedenen, oft gegensätzlich affektiv getönten Umgangsweisen. So kann sich ein positiv zugewandtes Interaktionsverhalten mit plötzlicher Abwendung oder ungeduldig ablehnendem Umgang scheinbar unmotiviert abwechseln. Nach Deneke erscheinen Kinder solch gestörter Eltern oft als besonders wachsam und einfühlsam auf die Mutter eingestellt. Doch zeigen sie sich in schweren Fällen ängstlich, zurückgezogen oder aggressiv (Deneke in Romeike 1999: 153f).

Der Bericht einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Brandes (2001: 150) gibt einen anschaulichen Einblick in ihrer Gefühlswelt und ihrer Einstellung zu ihrem Kind.

„Ich bin ein Gefühlsmensch. Leider reagiere ich auf Gefühle meist sofort und intensiv und brauche lange bis mich wieder beruhige. Ich habe auch die Erfahrung gemacht, dass es entweder sehr gute oder sehr böse Menschen gibt und dass ich wegen meinem Bedürfnis nach Zuwendung und Liebe schnell ausgenutzt werden kann. Deshalb ist es für mich schwierig zu vertrauen. Mein Kind ist das einzig Gute und Schöne an mir, was mir das Leben überhaupt einigermaßen wertvoll erscheinen lässt. Mein Kind ist ein Teil von mir. Einmischung von außen kann ich kaum ertragen, er-

warte eher Schlechtes (andere nehmen mir mein Kind weg und kritisieren mein Erziehungsverhalten). Wegen meiner intensiven und häufig wechselnden Gefühle bin ich leider sehr inkonsequent und unzuverlässig. Mein Kind ist durch mein Verhalten häufig verstört und erfährt Liebe und Wut häufig recht unvermittelt. Oft kommen mir Zweifel, ob mein Kind „damit umgehen“ kann. Meine Fähigkeiten Nähe zuzulassen und meinem Kind gegenüber zu leben, ist stark von meiner Stimmungslage abhängig. Die „Welt draußen“ ist gefährlich“ (Brandes 2001: 150).

3.3 Bindungsverhalten

Hartmann führt als Definition für Bindung die Bowlby und Köhler an. Demnach ist Bindung „die Ausbildung eines artspezifischen Pflegesystems, wonach das Junge über ein für seinen Bedürfnis Ausdruck funktionierendes Signalsystem verfügt, die Eltern bei drohender Gefahr das Junge beschützen und dieses Anlehnung und Schutz bei den Eltern sucht“ (Hartmann 1999: 253).

Der Aufbau emotionaler Bindungen ist eine der Hauptaufgaben im Kleinkindesalter. Erkrankt ein Elternteil z.B. an einer depressiven Psychose, haben die Kinder dazu keine hinreichenden Möglichkeiten.

Wie in 3.2.1 bereits aufgezeigt, können depressiv Erkrankte nicht ausreichend auf ihre Kinder eingehen. Sogar geringfügige, experimentell induzierte depressive Verstimmungen der Mütter reduzieren die Empfänglichkeit der Kleinkinder gegenüber ihren Müttern und die Fähigkeit der Mütter, positive Reaktionen bei den Kindern auszulösen. Kleinkinder und Säuglinge dürften besonders empfindlich für die mütterliche Stimmung sein, da sie die meiste wache Zeit in ihrer Nähe verbringen. Bei depressiven Eltern haben die Kleinkinder Schwierigkeiten, den emotionalen Ausdruck zu regulieren, aggressive Impulse zu kontrollieren und mit anderen zu teilen und zu kooperieren (Renschmidt/ Matthejat 1994: 76).

So haben Studien belegt, daß im Bindungsverhalten zwischen Kindern depressiv erkrankter Eltern und einer gesunden Kontrollgruppe bereits im Alter von 24 Monaten signifikante Unterschiede auftraten. Auch wurde in diesen Familien ein negativer affektiver Stil mit geringer verbaler Interaktion und eingeschränkter Responsivität in einem wenig stabilen Beziehungsgefüge beobachtet (Bohus et al. 1998: 135).

3.4 auf die kindliche Entwicklung

Gundelfinger (1995: 5) weist darauf hin, daß Neugeborene und Babys körperlich und psychisch völlig vom normalen Funktionieren ihrer wichtigsten Betreuungsperson abhängig sind. So kann eine schwere psychische Störung der Mutter, die ja in der Regel die wichtigste Bezugsperson ist, das physische Überleben des Kindes in Frage stellen. Ein Säugling kann sein Urvertrauen nur ausreichend entwickeln, wenn seine Bedürfnisse zuverlässig befriedigt werden. Das Urvertrauen für die weitere Entwicklung des Kindes eine zentrale Bedeutung.

Nach Koch-Stoecker (2001: 50) ist ein Neugeborenes auf die Bindung und die intuitive elterliche Fürsorge angewiesen. Eine Störung in diesen Bereichen z.B. durch Überforderung oder Gleichgültigkeit der Mutter kann für das Kind nachhaltige Folgen haben. Mittlerweile sei bekannt, daß die Unterlassung elterlicher Fürsorge, wie etwa starke Vernachlässigung und Nichtbeachtung des Kindes, ähnlich schwere psychiatrische Störungen zur Folge haben könne wie Mißhandlung oder Mißbrauch.

3.4.1 *Psychische Formen der Mißhandlung und Vernachlässigung*

Nach Engfer (1993: 621f) werden Kinder dann vernachlässigt, wenn sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich betreut, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden. Hierbei würden sich physische und psychologische Aspekte eines beeinträchtigenden Elternverhaltens vermischen.

Eine Vernachlässigung könne im Kontext extremer Armut und sozialer Randständigkeit beobachtet werden. Aber auch eine psychische Erkrankung (Depression); geistige Behinderungen oder Alkohol- und Drogenprobleme der Eltern könnten zur Vernachlässigung führen. Er führt an, daß im Münchner Stadtjugendamt Vernachlässigungen ca. drei Viertel aller betreuten Mißhandlungsfälle ausmachen würden. Interventionsbemühungen hätten bei schwerer Vernachlässigung aber nur wenig Aussicht auf Erfolg. Diese habe zur Folge, daß eine Fremdunterbringung der Kinder unumgänglich sein könnte.

Engfer bietet eine einleuchtende Definition für *Psychische Mißhandlung*:

„Unter psychischer Mißhandlung subsumiert man alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit vermitteln

und in ihrer psychischen und/oder körperlichen Entwicklung beeinträchtigen können“ (Engfer 1993: 622).

Hantel-Quitmann (1997: 306f) führt sechs Punkte an, welche kindliche Entwicklungsbedürfnisse darstellen:

1. „Gewünscht zu sein und nicht abgelehnt zu werden auf dieser Welt (existenzielle Spiegelung);
2. Sicherung des körperlichen Wohls (Nahrung, Kleidung, Wohnung, Körperkontakt etc.);
3. stabile und enge Bindung zu mindestens einer Bezugsperson (Bindungsverlässlichkeit, Objektkonstanz);
4. Bedürfnis nach Autonomie auf der Basis stabiler Beziehungserfahrungen;
5. emotionale bzw. affektive Spiegelung (Selbstvertrauen, narzißtische Basis, Urvertrauen);
6. Stimulation und Förderung der kindlichen Entwicklung (Spiel, Sprache etc.)“ (Hantel-Quitmann 1997: 306).

Hantel-Quitmann weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die angeführten Bedürfnisse eher bei einem Säugling bzw. einem Kleinkind eine Rolle spielen. Mit zunehmendem Alter des Kindes verändern sich auch die Bedürfnisse und deren Gewichtung. Als Beispiel führt er das Bedürfnis nach Autonomie an. Dies habe eine große entwicklungspsychologische Bedeutung in der frühen Autonomiephase zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr und im sogenannten Adoleszenz-Konflikt Jugendlicher, bei dem es um die abschließende Individuation und Ablösung vom Elternhaus geht.

Er verweist aber darauf, daß, wenn man die Definition von Vernachlässigung und Mißachtung mit diesen kindlichen Bedürfnissen verknüpft, die Definition sehr breit gefaßt werden würde, denn dann sei bereits jede unterlassene Förderung des Kindes oder Nichtbefriedigung kindlicher Entwicklungsbedürfnisse auch gleich eine Form von Mißhandlung.

3.4.2 durch Hospitalisation des erkrankten Elternteils

Nicht nur das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil führt zu Belastung und Leiden der Kinder, sondern auch eine Trennung von den Eltern. Zu

einer Trennung von Kind und erkranktem Elternteil kommt es u.a. bei der Hospitalisierung des Erkrankten oder wenn das Kind fremdplaziert wird.

Eine Hospitalisierung des erkrankten Elternteils hat aber nicht unbedingt nur Nachteile. So kann diese zu einer Entlastung der Familie führen. In dieser Zeit kann sie genügend Kraft sammeln, um wieder auf den Erkrankten zugehen zu können. Nach Ernst kann eine solche Entlastung auch einige Ehepartner dazu veranlassen, für längere Zeit oder für immer auf die Scheidung oder Trennung vom Kranken zu verzichten (Ernst 1978: 430).

Als weiteren positiven Aspekt der Hospitalisierung nennt Ernst darauf, daß dies der geeignete Zeitpunkt für die Einleitung von Hilfemaßnahmen sei (1978: 431).

4 Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder

Schwedische Lund-Studie: „Die Kinder psychotischer, besonders die schizophrener und manisch-depressiver Mütter, zeigten im 1. Lebensjahr nahezu keine Angstreaktion gegenüber einer fremden Person; die Häufigkeit der Furcht vor Fremden hing dabei nicht vom Schweregrad der mütterlichen Erkrankung ab“ (Remschmidt/ Matthejat 1994: 41).

4.1 Nach Alter der Kinder

Bohus et al. (1998: 134) ordnet diese Auffälligkeiten Altersphasen zu, in denen diese besonders auftreten. Diese Altersphasen sind Kleinkindalter, Vorschulalter, Adoleszenzphase. In jedem dieser kindlichen Entwicklungsstadien zeigen sich besondere Auffälligkeiten.

4.1.1 Säuglingsalter

Nach Gundelfinger (1995: 5) sind Neugeborene und Babys sowie physisch als auch psychisch ganz und gar von dem Funktionieren ihrer wichtigsten Bezugsperson abhängig. Um das nötige Urvertrauen aufzubauen, müssen ihre Bedürfnisse verlässlich befriedigt werden.

Wie in Kapitel 3 bereits beschrieben, sind psychisch kranke Mütter selten in der Lage, adäquat auf ihr Kind einzugehen.

Dieser Mangel kann laut Gundelfinger sogar soweit führen, daß das physische Überleben des Kindes gefährdet ist. Bereits im Alter von wenigen Wochen würden Babys in solchen Familien schon Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Auch die soziale und kognitive Entwicklung können beeinträchtigt sein.

4.1.2 Kleinkindalter

Im Alter von zwei bis vier Jahren werden die Folgen der oben genannten frühen Störungen bereits deutlich.

Entwicklungsaufgabe dieses Lebensabschnitts sind erste Ablösungsschritte, welche dem Kind zu einem selbständigen Ich verhelfen sollen. Um dies erreichen zu können, benötigt das Kind Urvertrauen und eine sichere Bindung zur Mutter; auch der Spracherwerb und das aktive Kennenlernen spielen in diesem Alter eine zentrale Rolle.

„Kinder psychisch kranker Mütter können in vielen Aspekten von dieser skizzierten <<normalen>> Entwicklung abweichen. Kinder depressiver Mütter zeigen z.B. im Alter von zwei Jahren Auffälligkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen. In einer Spielsituation mit einem bekannten Kind bleiben sie häufiger allein und spielen für sich. Sie wirken ängstlich, suchen die Nähe ihrer Mutter und erkunden eine neue Umgebung nur sehr zögernd“ (Gundelfinger 1995: 5f).

Ergänzend zu Gundelfinger läßt sich hier Bohus (1998: 134) anführen. Im Kleinkindalter äußern sich diese Auffälligkeiten häufig in motorischen und sensorischen Dysfunktionen, affektiver Überreizbarkeit, verringerter Expressivität und kommunikativer Kompetenz.

4.1.3 Vorschulalter

Im Vorschulalter gewinnen die Kinder eine differenzierte Sicht der Umwelt.

In diesem Alter beginnen Kinder, sich von ihrer Ichbezogenheit zu lösen. Sie kommen in die Lage, auch die Sichtweisen anderer in ihre eigenen Überlegungen mit einzubeziehen.

Dies ist erschwert, wenn nicht sogar unmöglich, wenn die Eltern ihnen krankheitsbedingt ein depressives oder wahnhaft verzerrtes Weltbild vermitteln. Nach Gundelfinger gib es Hinweise darauf, daß z.B. Kinder depressiver Mütter schon in diesem Alter die typisch depressiven Kognitionen in Form Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühlen u.ä. in ihr Denken einbauen.

Die kindliche Entwicklung wird in diesem Alter aber auch dadurch beeinflusst inwieweit das Kind in der Lage ist, außerhalb der Familie Kontakte zu knüpfen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Bedeutung solcher Kontakte zu. Kinder im Vorschulalter sind in dieser Phase auf ihre Eltern angewiesen.

Wie bereits erörtert, neigen aber Familien mit einem psychisch kranken Elternteil dazu, den Kontakt nach außen hin möglichst gering zu halten (Gundelfinger 1995: 6).

Kinder im Vorschulalter zeigen sich depressiver, zurückgezogener, ängstlicher, zerstreuter als andere Kinder (Bohus et al. 1998: 134).

4.1.4 Schulalter

Kommt ein Kind in die Schule, wird es in der Regel zum ersten Mal genauer von Außenstehenden beobachtet. Etwaige Auffälligkeiten der Kinder werden nun sichtbar. Hinzu kommen die vielen neuen Anforderungen, die ein Schulalltag mit sich bringt. Aufgrund der familiären Situation ist es dann den sich stellenden Problemen nicht gewachsen. Folgen können Schwierigkeiten im Bereich der Schulleistungen, des Verhaltens oder der sozialen Integration sein. Dabei zeigen sich sowohl eher introvertierte Symptome wie Depression, Angst oder psychosomatische Beschwerden als auch eher extravertierte Symptome wie Unruhe, Ungehorsam oder Aggressivität (Gundelfinger 1995: 6).

Unter 2.3 wurden die Belastungen der Kinder im Alltag dargelegt. Gundelfinger bringt die dort genannten Probleme Schamgefühle, Schuldgefühle und die Parentifizierung in direkte Verbindung zum Schulalter. Seine Beschreibung zeigt die Zusammenhänge zwischen kindlichem Erleben und den daraus resultierenden Problemen.

Nach Gundelfinger (1995: 6) nehmen Kinder im Schulalter zunehmend wahr, daß mit ihrem Vater oder ihrer Mutter „etwas nicht stimmt“. Oft reagieren sie auf Situationen mit Schamgefühl und laden z.B. keine Kinder mehr zu sich nach Hause ein. Auch Schuldgefühle, für die Probleme der Eltern (mit)verantwortlich zu sein können die Kinder belasten. Im Schulalter beginnen gewisse Kinder, auch konkrete Verantwortung für das Familienleben zu übernehmen. Sie werden verfrüht selbständig, helfen im Haushalt oder betreuen jüngere Geschwister. Im Extremfall kommt es zur Rollenumkehr. Das Kind betreut die erkrankte Mutter oder den Vater und wird zum Partnerersatz für den gesunden Elternteil. Besonders das älteste Kind der Familie, Mädchen häufiger als Knaben, ist durch eine solche Überbeanspruchung gefährdet.

In der Schule selbst zeigen sich bei den Kindern Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, affektiver Kontrolle und sozialer Kompetenz (Bohus et al. 1998: 134).

4.1.5 Adoleszenz

Viele dieser Konflikte spitzen sich in der Adoleszenz weiter zu. Die Ausbildung einer eigenen Identität, die zunehmende Ablösung vom Elternhaus und wichtige zukunftsprägende Entscheidungen stehen an. In vielen Bereichen werden nochmals erhöhte Leistungsanforderungen an die Jugendlichen gerichtet. Ein vielfältiges außerfamiliäres soziales Netz spielt für diesen Prozeß eine wichtige Rolle. Aus vielen schon erwähnten Gründen haben Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil gerade in diesem Bereich große Probleme. Jugendliche können zwar häufiger die Hintergründe des auffälligen Verhaltens von Vater oder Mutter besser verstehen. Das kann es ihnen unter Umständen aber noch schwerer machen, sich abzulösen und die kranke Mutter oder den kranken Vater im Stich zu lassen. Das häufig nur bruchstückhafte Wissen um psychische Krankheiten weckt auch große Ängste bei Jugendlichen, selber einmal zu erkranken. Der große Konformitätsdruck, gleich zu sein wie die Peers, erschwert es Jugendlichen, sich Hilfe zu suchen, über ihre belastete familiäre Situation zu sprechen (Gundelfinger 1995: 4ff).

In der Adoleszenzphase können dann Tendenzen zu kognitiven Störungen, wie tangenciales Denken, schlechtes Kontextverständnis sowie kognitives Gleiten mit konkretistischen bzw. magischen Denkstilen auftreten (Bohus et al. 1998: 134).

Nach Bohus et al. (1998: 135) besteht in der Adoleszenz, wie auch in der frühen Kindheit, die höchste Vulnerabilität eine psychische Störung zu entwickeln. Dies begründe die Notwendigkeit einer rechtzeitigen primärpräventiven Intervention.

Diese unterschiedlichen Reaktionen innerhalb der kindlichen Entwicklung zeigen, daß jedes Alter eigene Unterstützungskonzepte benötigt. Sie zeigten aber auch, wie wichtig es ist, diesen Kindern möglichst früh eine adäquate Unterstützung zukommen zu lassen.

4.2 Weitere kindliche Auffälligkeiten

4.2.1 *Die Auswirkung psychotischer Symptome und kindliche Reaktionstypen*

Koch-Stoecker (2001: 48f) zeigt in ihrem Aufsatz auf, inwiefern sich eine mütterliche Schizophrenie auf das Kind auswirken an. Es wird hier besonders auf die positiven und negativen Symptome einer Schizophrenie eingegangen.

Wirkung affektiver Wechselhaftigkeit auf junge Kinder

Koch-Stoecker verweist darauf, daß für kleine Kinder das Hauptproblem der Mangel an Zuwendung und Verlässlichkeit darstellt. Der krankheitsbedingte Wechsel einer schizophrenen Mutter zwischen überfürsorglich herzlich und engagiert und dann wieder affektiv distanziert, abweisend oder abwesend erscheint, verhindert das Glücken der Konstruktion verlässlicher Schemata. Die Assimilation von Erfahrungen in vertrauten Mustern sei dann genauso wenig hilfreich wie Versuche, durch Akkomodation eigene Vorstellungen stets neu zu überarbeiten. So kann keine feste Vorstellung von der Welt entstehen. Die Kinder fangen an ihrer eigenen Wahrnehmung und Interpretation zu mißtrauen, weil die Unberechenbarkeit einer Strukturbildung zuwider läuft. Das Bild der Welt erscheint ihnen dann beliebig und nicht vorhersehbar.

Wirkung affektiver Wechselhaftigkeit auf ältere Kinder

Wenn ältere Kinde mit diesen rasch wechselnden Stimmungszuständen der Mutter konfrontiert werden, haben sie die Möglichkeit unterschiedliche Bewältigungsstrategien anzuwenden. Diese werden durch Familienkonstellation, Temperament, Vorerfahrung, Geschwisterkonstellation etc. beeinflusst.

Diese Kinder erfahren, daß ihre eigenen Affektäußerungen von der Mutter nicht wahrgenommen werden.

Diese Undurchsichtigkeit kann Kinder dazu bringen ihre jeweiligen Stimmungszustände sich für andere selbst zu eigen zu machen und seine eigenen Affekte ungefiltert ausagieren. Die Kinder können auch die Undurchsichtigkeit ablehnen und sich unsichtbar machen, d.h. die eigenen Gefühle nicht mehr äußern und möglichst ungesehen durch die Welt gehen.

Sie können sich aber auch aktiv darum bemühen, andere Bezugspersonen, die mehr Sicherheit anbieten, zu finden, um Bestätigung für sich selbst zu erreichen,

und sich von der Mutter abzugrenzen. Diese drei Bewältigungsversuche bringen in der Regel im Alltag des Kindes soziale Probleme mit sich.

Wirkung „positiver“ Symptome auf junge Kinder

Treten bei der schizophrenen Mutter positive Symptome wie Halluzinationen und Wahn auf, besteht die Gefahr, daß das Kind damit hineingezogen wird. Hierbei wird das Kind mit einem Überangebot an fremdartigen Reizen überflutet. Doch sind es nicht vordergründig wahnhafte Inhalte, die es ängstigen, sondern vielmehr die raschen Situationswechsel und die mütterliche Desorganisation. Hierdurch entwickelt sich eine Irritierbarkeit. Das Kind kann dann eine herabgesetzte Reizschwelle entwickeln.

Die Konsequenz ist aber nicht nur eine erhöhte Streßanfälligkeit, sondern auch eine Veränderung der immunologischen und hormonellen Mechanismen wodurch eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit entstehen kann.

Wirkung „positiver“ Symptome auf ältere Kinder

Neben den belastenden positiven Symptomen sind die sich aus der mütterlichen Krankheit ergebenden Konsequenzen, wie z.B. eine Klinikeinweisung für die älteren Kinder beängstigend, verwirrend. Hinzu kommt, daß von den Kindern gleichzeitig überfordernde organisatorische Kompetenzen abverlangt werden. Gelingt es den Kindern nicht, sich aus der Verantwortung für die Situation zu Hause zu entziehen, warten sie regelrecht auf die nächste Katastrophe. Hieraus entwickeln sich Probleme in der Fähigkeit, sich zu entwickeln, sich zu entspannen und sich zu konzentrieren. Wenn es aber den Kindern gelingt, sich innerlich von der kranken Mutter abzulösen, wird die gewonnene Entlastung häufig durch erhebliche Schuldgefühle bezahlt.

Wirkung „negativer“ Symptome auf junge Kinder

Nach Koch-Stoecker tendieren kleine Kinder zum Assimilieren, d.h. sie passen die Umwelt ihren Konzepten an. Bedingt durch das reduzierte Reizangebot, das Scheitern der mütterlichen Unterstützung, beginnt das Kind, mit den wenigen verfügbaren Dingen kreativ und phantasievoll umzugehen. Doch ist die affektive Eingeschränktheit der Mutter schwieriger zu bewältigen.

Wirkung „negativer“ Symptome auf ältere Kinder

Für ältere Kinder hat der Umgang mit Rückzug und Passivität der kranken Mutter nicht primär die Konsequenz, daß ihnen Anregungen und Reizvariationen entgehen, da sie diese schon außerhalb des Elternhauses finden können. Eher ist bedeutsam für sie, die oft zu frühe Übernahme von Funktionen im Haushalt, Pflichten und Verantwortung (vgl. 2.3.2.4). Dadurch kann es zu Überforderungen kommen. Diese sind sowohl auf der pragmatischen-organisatorischen Ebene als auch im affektiven Bereich zu finden, z.B. wenn das Kind die Mutter trösten und stützen muß. Hinzu kommt, daß diese Kinder früher als Gleichaltrige lernen müssen, eigene Bedürfnisse zurückzustellen, Ernsthaftigkeit zu zeigen, selbständig zu werden, sich in andere zu versetzen und empathisch zu handeln.

Neben der Stärkung durch diese Fähigkeiten kann es jedoch auch zu Entwicklungsüberforderungen kommen. Besonders in den Fällen, in denen ein Kind sehr zielsicher, kompetent und fraglos häusliche Aufgaben für die kranke Mutter erledigt, muß befürchtet werden, daß sich die nicht geäußerten Affekte auf andere Weise (z.B. körperliche Gebrechen) oder in anderem Rahmen (z.B. durch Verhaltensauffälligkeiten in der Schule) Geltung verschaffen.

Zusammenfassend stellt Koch-Stoecker fest, daß diese Kinder im kognitiven Bereich durch eine Reizüberflutung in der Ausbildung fester Strukturen und Sicherheit gebender Vorstellungsbilder über die Welt behindert werden. Hierdurch wird deren Entscheidungsfähigkeit geschwächt.

Sie verweist darauf, daß reduzierte Reizangebote wahrscheinlich über eine verstärkte Phantasietätigkeit bessere kompensiert werden können.

Die Kinder entwickeln Kompetenzen, wie Verantwortung zu übernehmen, ernsthaft und erwachsen zu handeln, sich flexibel auf wechselnde Situationen einzustellen. Dies ginge aber nicht ohne Kosten im affektiven Bereich vonstatten.

Eine mangelnde affektive Sicherheit schränkt die Ausbildung eigener Konzepte und das Wachsen des Bewußtseins der eigenen Stellung in der Welt ein.

Auch können sich Überforderung und Angst, kompensatorische Aggressivität oder reduzierte affektive Ausdrucksfähigkeit einstellen. Des weiteren kann es für

die Kinder schwierig sein, sich fallen zu lassen, sich zu entspannen oder in spielerischer Leichtigkeit aufzugehen.

Die Beziehung zur kranken Mutter ist durch Schuld, Scham, Mitleid, Fürsorge, Verantwortlichkeit, Ablehnung und Wut bestimmen.

In manchen Fällen werden die eigenen Bedürfnisse zugunsten der Mutter ignoriert, manchmal aber auch wertvolle Kompetenzen wie z.B. Empathie oder auch Organisationsfähigkeiten gewonnen.

Für die Bewältigung der schwierigen Lebenssituation scheinen diejenigen Kinder bessere Möglichkeiten zu haben, wenn neben der kranken Mutter weitere gesunde stabilisierende Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Hinzu kommt, daß der Umfang und die Qualität des Beziehungsnetzes große Auswirkungen auf die Entwicklungswege der Kinder haben können.

4.2.2 Identifikation

Kinder identifizieren sich mit ihren Eltern, auch, wenn diese psychisch krank sind. Doch müssen sie sich von den Eltern und der Krankheit auch abgrenzen, um eine eigene Identität zu entwickeln und sich somit auch retten zu können (Hantel-Quitmann 1997: 164).

Die Fähigkeit, sich mit den Eltern zu identifizieren, kann sich je nach Krankheitsbild der Eltern unterscheiden.

So verweigern Kinder schizophran kranker Eltern die Identifikation.

Bei Kindern von Eltern mit affektiven Störungen funktioniert die Identifikation noch, und Kinder aus depressiven Familien differenzieren klar zwischen gesundem und krankem Elternteil (Hantel-Quitmann 1997: 164).

Auch Stöger und Mückstein (1995) haben dies in Klientengesprächen heraushören können. Der permanente Kampf um Abgrenzung zur Mutter ist hier zur Überlebensfrage geworden.

Immer wieder unterbrochen von krisenhaften Phasen der Identifikation. In diesen Krisen traten dann Phantasien auf, sich in der Phantasiewelt der Mutter zu verlieren und keinen Weg mehr hinaus zu finden oder in der Umkehrung, in der Krise die kranke Mutter in sich zu tragen und mit der Genesung wieder auszustoßen (Stöger/ Mückstein 1995: 29).

Dadurch, daß sich der psychisch kranke Elternteil in vieler Hinsicht nicht als Vorbild für den Jugendlichen eignet, wird die Identifikationsbildung erschwert (Hänni 1995: 8).

4.2.3 Rollenverhalten von Kindern in dysfunktionalen Familien

Nach den bisherigen Feststellungen kann man davon ausgehen, daß Familien mit einem psychisch kranken Elternteil einen dysfunktionalen Charakter haben. In dysfunktionalen Familien bilden sich spezielle Rollenmuster der Kinder heraus.

Kolitzus (1997: 66) beschreibt diese als Helden, Sündenböcke, verlorene Kinder und Maskottchen. Die Rollen sind in der Regel abhängig von der Geschwisterhierarchie.

Der Held

Das Heldenkind, oft das Erstgeborene, entwickelt sich zum Ersatzpartner für den gesunden Elternteil (vgl. 2.3.2.4). Es wird zum Ersatzvater oder Ersatzmutter: altklug, übermäßig leistungsorientiert, überverantwortlich. Es sucht Anerkennung von außen und kann egoistisch sein. Im Gefühlsleben neigt es zu Angst, Trauer und Wut, Schuldgefühlen, weil es die Familie nicht „heilen“ kann.

Der Sündenbock

Die Rolle des Sündenbocks wird häufig von dem Zweitgeborenen besetzt. Er ist wütend und eifersüchtig auf den Helden/die Heldin und sucht Aufmerksamkeit durch ein abweichendes Verhalten und macht z.B. Ärger in der Schule. Seine Gefühle bestehen aus Wut und Trauer. Er hat das Gefühl, zurückgewiesen und verlassen zu werden.

Das verlorene Kind

Das verlorene Kind ist ein einsamer Einzelgänger und Tagträumer. Es ist ein ruhiges und scheues Kind, das übersehen und nicht vermißt wird. Trauer und Wut sind seine Begleiter. Es hat Gefühle der Verlassenheit und gibt sich leicht niedergeschlagen.

Das Maskottchen

Das Maskottchen, oft das jüngste Kind, ist das schutzbedürftige „Baby“ der Familie und ist hyperaktiv, hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne und Lernprobleme. Es zeigt sich niedlich süß, unreif und nett. Sein Gefühlsleben beinhaltet Angst, Einsamkeit und Bedeutungslosigkeit.

Bisher wurde beschrieben, wie sich die Rollen unter mehreren Kindern verteilen können.

Handelt es sich hingegen um ein Einzelkind, übernimmt dieses nacheinander oder zugleich mehrere Rollen.

Hat eine Familie mehr als vier Kinder verhält sich dies umgekehrt. In diesem Fall werden die einzelnen Rollen mehrfach besetzt (Kolitzus 1997: 74).

Ihr wurde unter anderem deutlich, daß Kinder psychisch kranker Eltern zu Schulproblemen neigen. Aufgrund dieser Tatsache soll nun auf diese Problematik genauer eingegangen werden.

4.2.4 Schulprobleme

Kinder psychisch kranker Eltern sind aufgrund ihrer Lebensumstände prädestiniert, schulische Probleme zu bekommen. Gründe hierfür liegen in der angesprochenen Überbelastung, aber auch darin, daß die kranken Eltern nicht auf regelmäßige Schulbesuche achten.

Eine Untersuchung (Baumann 2000: 53f) unter Kindern psychiatrisch hospitalisierter Patienten der Stadt Hannover ergab, daß von den 97 untersuchten Kindern 71 eine Schule besuchten.

Mehr als ein Drittel der Schulkinder hatten nach Angabe der Eltern Schwierigkeiten in der Schule. Die Eltern gaben als Grund für diese Schwierigkeiten an, daß ihre Kinder dem Unterricht nicht richtig folgen können. neun (12,7%) von den 71 Kindern besuchten eine Sonderschule; zwei der bereits vier Schulentlassenen waren ebenfalls auf einer Sonderschule. Im Verhältnis zu dem üblichen Durchschnitt der schulpflichtigen Einwohner der Stadt Hannover sei die Anzahl von sonderschulbesuchenden Kindern psychisch kranker Eltern doppelt so hoch. Bei Besuchen von Gymnasien stellte sich dies genau umgekehrt dar.

Die Eltern gaben als Gründe für die Lernschwierigkeiten sowohl eine Minderbegabung des Kindes als auch ein Versagen der Lehrer an. Milieubedingte Ursachen würden die Eltern hingegen gar nicht wahrnehmen bzw. nicht mit den Schulschwierigkeiten in Zusammenhang bringen.

Auffällig ist auch die Geschlechterverteilung in Bezug auf die Schulschwierigkeiten.

Die Untersuchung ergab, daß die Jungen mit einem Anteil von 57,6% im Vergleich zu den Mädchen mit 23,7% erheblich stärker von Schulschwierigkeiten betroffen waren.

Neben Schulproblemen werden in dieser Entwicklungsphase häufig Verhaltensauffälligkeiten festgestellt. So wurde in der oben zitierten Untersuchung bei 56,7% der Kinder wenigstens ein auffälliges Merkmal beschrieben.

Fallbeispiel eines neun-jährigen Jungen:

„...9-jähriger Junge, der nach Angaben der Eltern seit 4 Jahren stottert (Beginn des Stotterns in einer Zeit der Ehekrise mit Scheidungsplänen der Ehepartner); Vater seit drei Jahren mehrfach stationäre und ambulante psychiatrische Behandlung wegen einer ‘endogen-monopolaren‘ Manie, Mutter ambulant wegen wiederholter ‘Depressionen‘ behandelt; nach Einschulung in die Grundschule wechselte der Junge im 2. Schuljahr in eine Sonderschule für Sprachgestörte; zuletzt Einzeltherapie, nach Angaben der Eltern ohne wesentliche Erfolge. Ehekrise besteht weiter. Für den Jungen ist ein Internatsaufenthalt in einer auswärtigen Schule für sprachgestörte Kinder vorgesehen; ein 8-jähriger Bruder zeigt ebenfalls leichte Sprachstörungen“ (Bauer und Haselbeck 1983 zitiert in: Baumann 2000: 54).

Serbanescu verweist darauf, daß Schulleistungen und soziales Verhalten bei Kindern affektiv kranker Eltern in vielen Untersuchungen schlechter als bei Kontrollkindern normaler Eltern eingeschätzt wurden. Hierbei spielte es keine Rolle, ob Lehrerberichte oder Interviews der Kinder und Eltern als Informationsquelle benutzt wurden.

Zu den möglichen Störungen bei Kindern affektiv kranker Eltern gehören:

„Lerngeschwindigkeit und Lernstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Schulschwänzen, schwache Schul- und Arbeitsmotivation, Aggressivität in der Beziehung mit Gleichaltrigen, dominierendes oder zurückhaltendes Verhalten, dissoziales und antisoziales Verhalten treten auf. Die Ursache der niedrigen Schulleistungen und Sozialanpassung ist aber nicht ein niedriger IQ, sondern es sind Aufmerksamkeitsstörungen und emotionale Schwierigkeiten wie Hemmung, Sozialangst, Instabilität, übertriebener Egozentrismus, erhöhte Introversion oder Extraversion, schwierige Kon-

trolle über Triebe, die zur Intoleranz, Frustration und Aggressivität führt“ (Serbanescu 1993: 654).

Kinder schizophrener Eltern zeigen eine schlechte Schul- und soziale Anpassung. Ihr Verhalten ist gekennzeichnet durch Aggressivität, wiederholte Ausbrüche gegenüber Eltern, Kindern und Lehrern, hinzu kommen emotionale Verflachung und Gleichgültigkeit, Zerstreuung, Aufregbarkeit, emotionale Instabilität, Oppositionismus, Hyperaktivität oder Mangel an Initiative und Interesse, sowie Disziplinlosigkeit (Serbanescu 1993: 657).

Auffällig ist auch, daß bei diesen Kindern der IQ mit zunehmendem Alter im Vergleich zu Kindern normaler und affektiv kranker Eltern fällt (Serbanescu 1993: 656).

5 Das Risiko der Kinder, eine psychische Erkrankung zu entwickeln

5.1 Forschungsüberblick

5.1.1 High-Risk-Forschung

Die High-Risk-Forschung (Remschmidt/ Matthejat 1994: 295) möchte beschreiben und herausfinden, in welchen Punkten sich Risikogruppen von normalen Vergleichsgruppen unterscheiden. So belegen Untersuchungen, daß Kinder psychisch kranker Eltern gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten haben. Diese beziehen sich auf den kognitiven sowie den emotionalen Bereich. In diesen sind diese Kinder mit psychiatrischen Symptomen belastet und zeigen auch häufiger Störungen im Bereich des Sozialverhaltens. Dies gilt im Besonderen für die Kinder schizophrener Eltern, welche auch eine Reihe anderer Auffälligkeiten, wie z.B. neurologische Auffälligkeiten, Aufmerksamkeits- und Denkstörungen aufweisen.

Deneke (1999: 150) faßt die Ergebnisse der Risikostudien wie folgt zusammen:

Das Risiko der Kinder selber eine psychische Erkrankung bzw. unspezifische Störungen zu entwickeln, setzt sich aus mehreren Faktoren zusammen, wobei sich genetische und psychosoziale Faktoren nicht eindeutig voneinander trennen lassen.

Der Einfluß der spezifischen Diagnose des kranken Elternteils ist geringer zu bewerten als andere, mit der Krankheit verknüpfte Faktoren, wie Schwere und Chronizität sowie soziale Isolation, Armut, Arbeitslosigkeit oder auch Störungen der Beziehung in der Familie.

Als wichtigster Einflußfaktor auf das Erkrankungsrisiko des Kindes könne die Qualität der Beziehung zum erkrankten Elternteil sowie die zu weiteren Bezugspersonen inner- oder außerhalb der Familie angesehen werden.

5.1.2 Genetische Studien

In genetischen Studien wird untersucht, welche Rolle die Vererbung bei der Entstehung von psychotischen Erkrankungen spielt. Es konnte sowohl bei schizophrenen wie auch bei affektiven Psychosen eine genetische Komponente nachgewiesen werden. Normalerweise beträgt das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken ca. 1%. Ist ein Elternteil erkrankt, erhöht sich dieser auf 10-15%.; sind beide Eltern erkrankt, liegt es sogar bei etwa 40%. Studien belegen, daß eineiige

Zwillinge in Bezug auf eine schizophrene Erkrankung eine Übereinstimmung von über 50% haben. Vergleicht man diese mit der bei zweieiigen Zwillingen liegt die Übereinstimmung nur bei 10-15%. Hinzu kommt, daß Kinder von Schizophrenen ein erhöhtes Risiko besitzen, an anderen psychischen Störungen zu erkranken.

Bei affektiven Psychosen ergibt sich ähnliches.

Diese Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, daß erbliche Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen, jedoch die Manifestation einer Psychose nicht allein erklären können (Mattejat in Mattejat 2001: 67f).

5.1.3 Sozialpsychiatrische und familientheoretische Untersuchungen

In der sozialpsychiatrischen und familientheoretischen Forschung werden unterschiedlichste Faktoren, welche die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern beeinflussen, untersucht. Diese können in zwei Faktorenkomplexe gruppiert werden: zum einen in die erbliche Vulnerabilität, welche bei Kindern psychisch kranker Eltern zum Teil sehr erhöht ist. Dies macht die Kinder besonders anfällig für psychische Erkrankungen. Der andere Faktor liegt in den psychosozialen Vermittlungsprozessen begründet. Bei einer elterlichen psychischen Erkrankung ist die Lebenslage dieser Kinder mit besonderen psychischen und sozialen Belastungen verbunden (vgl. Kapitel 2).

Diese Belastungen können sowohl direkte Auswirkung der Erkrankung, als auch indirekte Auswirkungen durch Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren sein. Des weiteren kann es zu einer Verstärkung der ungünstigen Effekte bei multiplen psychosozialen Belastungen kommen (Mattejat in Mattejat/ Lisofsky 2001: 68f).

5.1.4 Resilienzforschung

Die Resilienzforschung geht der Frage nach der Widerstandsfähigkeit von Kindern in schwierigen Lebensbedingungen nach. Untersucht wird hierbei warum einige Kinder auch unter schwierigen Umständen zu gesunden und zufriedenen Menschen heranwachsen, und welche Faktoren im Kind oder der Umwelt es vor negativen Einflüssen schützen können.

Erkenntnisse dieser Forschung führten zu präventiven Konzepten, mit denen die Kinder von psychisch kranken Eltern unterstützt werden sollen. Diese können im

Idealfall das Risiko der Kinder, selber psychische Probleme zu bekommen, verringern (Gundelfinger 2001: 120).

Dieser Querschnitt von unterschiedlichen Forschungsansätzen zeigt, daß das Risiko im Leben einmal an einer psychischen Erkrankung zu leiden von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist. In diesem Zusammenhang spricht man auch von multifaktoriellen Risikofaktoren.

5.2 Rahmenmodell zu den psychosozialen Vermittlungsprozesse

Um das Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern für Forschung und Praxis greifbar zu machen, entwickelten Wüthrich et al. (1997: 141ff vgl. auch Mattejat et al. 2000:16ff), angelehnt an das Vulnerabilitäts-Streß-Modell von Zubin und Spring (1977), ein eignes Modell.

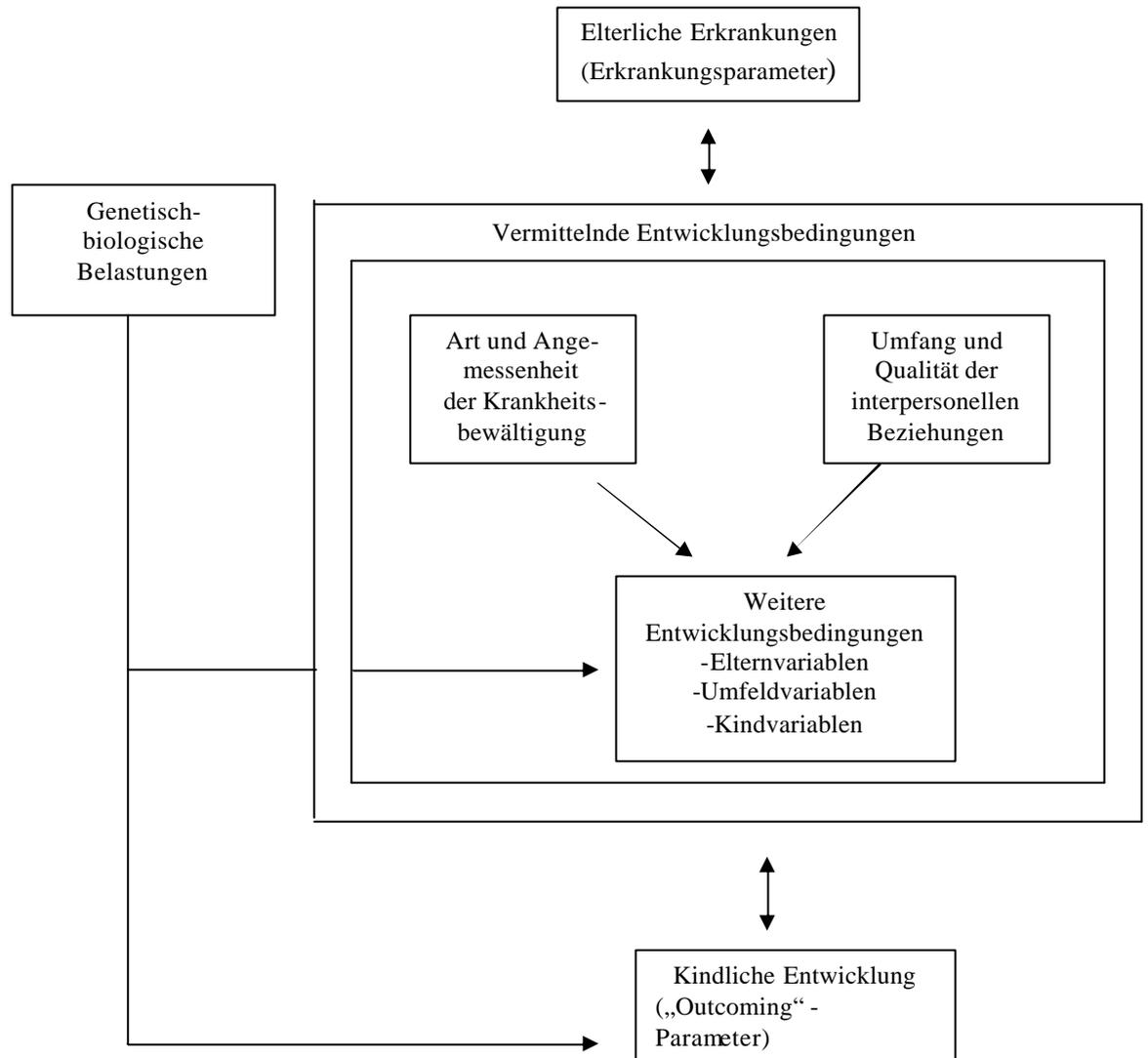


Abbildung: Rahmenmodell zu den psychosozialen Vermittlungsprozessen bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern: Krankheitsbewältigung und Beziehungsqualität als zentraler Bereiche (Wüthrich et al. 1997: 144)

5.2.1 Genetische Faktoren

Wüthrich et al. (1997: 142) schließen aus den Ergebnissen der Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien, daß der genetische Faktor Auffälligkeiten dieser Kinder erklären kann. Sie stellen aber auch fest, daß genetische Erklärungsansätze nur zum Teil den Zusammenhang zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Auffälligkeiten erklären können; andere Faktoren müssen demnach auch noch eine Rolle spielen.

5.2.2 Individuelle Faktoren

5.2.2.1 Individuelle Faktoren der Kinder

Zu diesen Faktoren zählen das Alter des Kindes, das Geschlecht, der Entwicklungsstand, die Intelligenz, Temperamentsvariablen, seine soziale Kompetenz oder seine Bewältigungsstrategien.

5.2.2.2 Individuelle Faktoren der Eltern

Berücksichtigt werden sollten hier Erkrankungsvariablen; Persönlichkeitsmerkmale des erkrankten sowie des gesunden Elternteils und Strategien der Krankheitsbewältigung.

Ein Problem bei einer elterlichen Erkrankung ist die Komorbidität. So neigen z.B. Depressive dazu, gehäuft auch weitere Symptome oder Erkrankungen zu entwickeln. Dies können u.a. Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen sein. Diese zusätzlichen Erkrankungen beeinflussen auch die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Kinder.

Als weiterer Einfluß kommt der Erkrankungsparameter hinzu. Störungen in der kindlichen Entwicklung sind unter anderem von Verlaufsmerkmalen der elterlichen Erkrankung abhängig: dem Beginn, dem Schweregrad oder auch der Chronizität der elterlichen Erkrankung.

Wie schon unter 5.1.2 erwähnt, erhöht sich das Risiko der Kinder, wenn beide Eltern erkrankt sind. Nach Wüthrich et al. (1997: 141ff) tendieren z.B. depressive Menschen dazu, sich mit Personen zu verbinden, die entweder selber psychisch auffällig oder krank sind oder bei welchen sich in der Familiengeschichte gehäuft psychische Erkrankungen finden. So wählen depressive Frauen beispielsweise häufig Ehepartner, die selbst an einer depressiven Erkrankung leiden oder andere psychiatrische Störungen aufweisen, wie Persönlichkeitsstörungen und Alkoholmißbrauch.

5.2.3 Psychosoziale Faktoren

5.2.3.1 Direkte Auswirkungen durch die elterliche Erkrankung

Die elterliche Erkrankung beeinflusst die Eltern-Kind-Beziehung, das Erziehungsverhalten sowie auch die Erziehungskompetenz des kranken Elters.

5.2.3.2 Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren

Eine psychische Erkrankung bringt häufig weitere psychosoziale Belastungsfaktoren mit sich. Hierzu zählen u.a. Störungen in den familiären Beziehungen, inadäquate soziale Unterstützung, soziale Isolation oder auch eingeschränkte ökonomische Lebensbedingungen.

5.2.3.3 Multiple psychosoziale Belastungen

Treffen mehrere Belastungsfaktoren zusammen, so wirkt sich dies besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung aus. Grund hierfür ist, daß sich die Effekte der einzelnen Belastungsfaktoren nicht einfach nur addieren, sondern möglicherweise auch potenzieren.

5.3 Biographische Faktoren

5.3.1 Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Krankheiten

Einen Überblick über die allgemeinen biographischen Risikofaktoren bieten Egle et al.

Tabelle 8: Biographische Risikofaktoren

Biographische Risikofaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten

- ? Niedrige sozioökonomischer Status
 - ? Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
 - ? Schlechte Schulbildung der Eltern
 - ? Große Familien und sehr wenig Wohnraum
 - ? Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrollen“
 - ? Kriminalität und Dissozialität eines Elternteils

 - ? Chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie
 - ? Unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat
 - ? Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
 - ? Schwere körperliche Erkrankung der Mutter/des Vaters
 - ? Alleinerziehende Mutter
 - ? Autoritäres väterliches Verhalten
 - ? Verlust der Mutter
 - ? Häufig wechselnde frühe Beziehungen
 - ? Sexueller und /oder aggressiver Mißbrauch
 - ? Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen
 - ? Altersabstand zum nächsten Geschwister <18 Monate
 - ? Uneheliche Geburt

 - ? Hoher Gesamtrisikoscore
 - ? Jungen vulnerabler als Mädchen
-

Quelle: Egle et al. 1997: 693

Bei Betrachtung der von Egle et al. zusammengetragenen Risikofaktoren wird deutlich, daß Kinder psychisch kranker Eltern ein hohes Risiko haben, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Neben der psychischen Erkrankung eines oder beider Elternteile weisen diese Kinder weitere Risikofaktoren auf.

Die Risikofaktoren niedriger sozioökonomischer Status, chronische Disharmonie/Beziehungspathologie in der Familie, unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Lebensmonat, alleinerziehende Mutter, Verlust der Mutter, häufig wechselnde frühe Beziehungen sowie schlechter Kontakt zu Gleichaltrigen können in bezug zu der eruierten Lebenslage Kinder psychisch kranker Eltern gestellt werden.

Deneke (1995: 5f) faßt diese als allgemeine psychosoziale Risikofaktoren zusammen:

„Abwesenheit bzw. mangelnde emotionale Verfügbarkeit des anderen Elternteils, schlechte Partnerbeziehung der Eltern, mangelnder Familienzusammenhalt, Fehlen emotional verfügbarer Außenstehende, niedriger sozialer und ökonomischer Status der Familie, soziale Isolation, Instabilität der Lebensbedingungen.“

5.3.2 *Schutzfaktoren in bezug auf die Entstehung psychischer Krankheiten*

Das Wissen über Schutzfaktoren ist gerade in bezug auf Prävention und Intervention von großer Bedeutung. Die Übersicht von Egle et al. verdeutlicht, wie notwendig andere Bezugspersonen für die Kinder sind. Aber auch die soziale Förderung kann schützend auf die kindliche Entwicklung Einfluß nehmen. Es wird hier deutlich, daß eine sichere Bindung und verlässliche Bezugspersonen eine wichtige Rolle in der kindlichen Entwicklung spielen. Interessant ist auch der Punkt, daß Mädchen weniger gefährdet sind als Jungen. Diese Tatsache sollte in präventiven und intervenierenden Maßnahmen gewürdigt werden.

Tabelle 9: biographische Schutzfaktoren

Biographische Schutzfaktoren im Hinblick auf die Entstehung psychischer und psychosomatischer Krankheiten

- ? Dauerhafte, gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson
 - ? Großfamilie/ kompensatorische Elternbeziehungen/Entlastung der Mutter
 - ? Gutes Ersatzmilieu nach frühem Mutterverlust
 - ? Überdurchschnittliche Intelligenz
 - ? Robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
 - ? Sicheres Bindungsverhalten
 - ? Soziale Förderung (z.B. Jugendgruppen, Schule, Kirche)
 - ? Verlässlich unterstützende Bezugsperson/en im Erwachsenenalter
 - ? Lebenszeitlich späteres Eingehen „schwer auflösbarer Bindungen“

 - ? Geringere Risikobelastung
 - ? Mädchen weniger vulnerabel als Jungen
-

Quelle: vgl. Egle et al. 1997: 693

Doch spielen nicht nur biographische Faktoren eine Rolle bei der Risikoentwicklung bei Kindern psychisch kranker Eltern. Auch hat die Art der Erkrankung einen Einfluß auf die kindliche Entwicklung.

Aus diesem Grund werden die Risiko- und Schutzfaktoren in bezug auf die unterschiedlichen Erkrankungen nochmals beleuchtet.

5.4 **Das Risiko nach Art der elterlichen Erkrankung**

5.4.1 *Risikofaktoren*

Die Höhe des Risikos für die Kinder selber einmal psychisch zu erkranken ist von der Art der elterlichen Erkrankung abhängig.

Nach Bohus et al. (1998: 134f) ergibt sich für die Kinder, bei denen ein Elternteil eine Erkrankung aus diesem Spektrum aufweist, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit

im Laufe ihres Lebens eine *schizophrene* Erkrankung zu entwickeln. Das Risiko erhöht sich von 1% (Normalpopulation) auf 13%.

Das Wiederholungsrisiko von Kindern *affektiv* erkrankter Eltern (mono- oder bipolar) liegt bei ca. 20%.

Bei *schizoaffektiven* Erkrankungen liegt das Risiko mit 37% deutlich höher, und Kinder von *Angstpatienten* haben ein siebenfach erhöhtes Risiko an einer Angststörung zu erkranken, als Kinder einer normalen Kontrollgruppe.

Neben der Art der elterlichen Erkrankung haben auch die Schwere und Chronizität der Erkrankung Einfluß auf das kindliche Risiko. Ebenfalls relevant für die Risikoentwicklung ist, ob der Krankheitsbeginn vor oder um die Geburt des Kindes herum war und ob ein Einbezug des Kindes in ein Wahnsystem besteht (Deneke 1995: 5).

5.4.2 Schutzfaktoren

Als schützende Faktoren bei einer elterlichen schizophrenen Erkrankung gibt Bohus et al. (1998: 134f) das Vorhandensein eines gesunden Elternteiles an, welches die elterlichen Aufgaben übernehmen kann. Ebenso wichtig ist eine gute Eltern-Kind-Beziehung, ein tragfähiges soziales Unterstützungssystem in der Adoleszenz, ein ansonsten stabiles Elternhaus, physische Attraktivität sowie ein hoher IQ.

Bei einer affektiven Erkrankung ist das Risiko gemindert, wenn die Erkrankung einen geringen Schweregrad hat, das Elternteil spät erkrankt ist, ein gutes Intelligenz- und Ausbildungsniveau sowie eine dritte Erziehungsperson vorhanden sind. Eine besondere Wichtigkeit mißt Bohus dem ausreichenden Informationsgrad über die Behandlung des erkrankten Elternteils bei.

Die folgende Auflistung von Risiko- und Schutzfaktoren bietet einen Überblick über die spezielle Situation einer elterlichen psychischen Erkrankung.

Tabelle 10: Risiko- und Schutzfaktoren

	Risikofaktoren	Schutzfaktoren
Auf Seiten der elterlichen Erkrankung:	Schwere und Chronizität mehr als die Diagnose, Beginn vor Geburt oder um die Geburt des Kindes herum, Einbezug des Kindes in ein Wahnsystem	weniger schwer und chronisch Verläufe mit mehr gesunden Intervallen, späterer Beginn der Erkrankung nach vorherigem gutem sozialen Funktionieren, das Kind wird aus einem Wahnsystem herausgehalten
Auf Seiten des Kindes:	Frühgeburt, perinatale Traumata, schwieriges Temperament, geringe intellektuelle und soziale Kompetenz	Gesundheit und Attraktivität, unkompliziertes Temperament, gute soziale und intellektuelle Kompetenz
allgemeine (psychosoziale Risikofaktoren):	Abwesenheit bzw. mangelnde emotionale Verfügbarkeit des anderen Elternteils, schlechte Partnerbeziehung der Eltern, mangelnder Familienzusammenhalt, Fehlen emotional verfügbarer Außenstehender, niedriger sozialer und ökonomischer Status der Familie, soziale Isolation, Instabilität der Lebensbedingungen	Anwesenheit und emotionale Verfügbarkeit eines gesunden Elternteils, guter Familienzusammenhalt, gutes Klima in der Partnerschaft, Anwesenheit emotional verfügbarer Außenstehender, gutes soziales Funktionieren der Familie, ein soziales Unterstützungssystem für die Familie, stabile Lebensbedingungen

Quelle: Deneke 1995: 5f

Gundelfinger (1995: 4) identifiziert zwei Hauptformen von Risiken. Zum einen die eher kurzdauernden Symptome des Kindes, welche als Reaktion auf die akute Belastung zu verstehen sind (z.B. Hospitalisierung), zum andern die eher lang dauernde Beeinträchtigung als Folge chronischer Überlastung der Familie.

Inwiefern ein Kind Störungen entwickelt, hängt entscheidend von der spezifischen Diagnose der Eltern ab. Hierbei sind von entscheidender Wichtigkeit der Schweregrad und die Dauer der elterlichen Erkrankung.

An dieser Stelle soll das bisher Eruierte kurz zusammengefaßt werden.

Die häufigsten Erkrankungen bei psychisch kranken Eltern sind Schizophrenie und affektive Psychosen. Es gibt erheblich mehr psychisch kranke Mütter als Väter, wobei hier das Phänomen der Mutterlastigkeit in der Forschung berücksichtigt werden sollte.

Mehr als 50% der Kinder leben mit dem erkrankten Elternteil zusammen.

Es leben über 70% der Kinder bei der psychisch kranken Mutter. Hingegen keines beim psychisch kranken Vater, wenn dieser nicht mit der Mutter der Kinder zusammenlebt.

Ist die Mutter die Erkrankte leben über 70% der Kinder bei ihr; ist der Vater erkrankt lebt keines bei diesem, wenn er nicht mit der leiblichen Mutter zusammenlebt.

Eine psychische Erkrankung bringt für die Familie finanzielle Einbußen mit sich. Das geregelte Familienleben wird durch ein psychisch krankes Familienmitglied erheblich gefährdet.

Die Kinder sind das schwächste Glied und leiden somit am stärksten unter den alltäglichen Belastungen.

Durch eine elterliche psychische Erkrankung wird die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt. Hierdurch kommt es zu kindlichen Entwicklungsauffälligkeiten.

Das Risiko, psychisch zu erkranken, wird durch genetische, individuelle und psychosoziale Faktoren beeinflusst. Auch direkte Auswirkungen der elterlichen Erkrankung und die Häufung von Belastungen wirken sich auf das Erkrankungsrisiko aus. Kommen mehrere Belastungsfaktoren zusammen, so potenziert sich das Risiko.

Bei Kindern schizophrener Eltern erhöht sich das Risiko, selber zu erkranken, im Vergleich zur Normalbevölkerung von 1% auf 13%.

Das Wiederholungsrisiko bei einer elterlichen affektiven Psychose liegt bei 20%; bei einer schizoaffektiven Psychose sogar bei 37%.

Neben den Risikofaktoren gibt es auch Schutzfaktoren. Zu diesen gehören ein gesundes Elternteil, eine gute Eltern-Kind-Beziehung, ein tragfähiges soziales Unterstützungssystem, ein stabiles Elternhaus, physische Attraktivität und ein hoher IQ.

6 Entwicklung von Präventions- und Interventionsansätzen

6.1 Hilfebedarf

6.1.1 Problembewußtsein im klinischen Alltag

Nach Bohuset al. (1998: 134ff) steht im Zentrum eines präventiven Ansatzes der Versuch, bereits in der noch symptomfreien oder subklinischen Phase gezielt spezifische Maßnahmen einzuleiten, welche die Entwicklung einer Erkrankung bzw. deren Prozeß mildern.

Er verweist darauf, daß psychopathologische Auffälligkeiten nicht erst abgewartet werden sollen.

Um dem Entstehungsprozeß entgegenzuwirken, sei es angezeigt, die Kinder bereits im Vorfeld über die Erkrankung zu informieren.

Bohuset al. erhoben Daten zur Abschätzung der potentiellen Akzeptanz eines Primärpräventionsprojekts bei Eltern und Ärzten.

Hierbei wurden auch das Gefährdungspotential der Kinder, der Informationsgrad der Kinder über die Erkrankung des Elternteils sowie die Qualität der Kinderversorgung und der weitere Versorgungsbedarf erfragt.

Bohuset al. gehen davon aus, daß die Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung in den Verantwortungsbereich des behandelnden Psychiaters oder Psychotherapeuten fällt. Als Vorbereitungsphase eines Präventionsprojekts untersuchten sie 1994 an der Universität Freiburg die klinische Praxis sowie das Problembewußtsein bei Therapeuten und Patienten.

Sie befragten über den Zeitraum eines Jahres 141 Patienten, die insgesamt 257 Kinder hatten sowie deren Therapeuten mit Hilfe von Fragebogen.

Die der 141 Patienten und deren Kinder. Mit 43 Kindern (16,7%) hatten sie persönlichen Kontakt, 8 Kinder (3,1%) schätzen sie nach Aussagen des Teams und 42 Kinder (16%) nach Aussagen der Angehörigen ein. 214 Kinder (83%) wurden vom Arzt nicht persönlich kontaktiert. 91 Patienten beurteilten insgesamt 170 Kinder.

6.1.1.1 Gefährdungspotential der Kinder

Von den 43 von den Ärzten kontaktierten Kindern, welche aus insgesamt 24 Familien entstammten, waren bereits 16 (37%) auffällig (11 psychosozial, 4 kognitiv, 1 motorisch) und weitere 14 (32,5%) langfristig gefährdet.

Die Patienten sahen bei 38 von 170 Kindern (22,3%) psychische Probleme. Am häufigsten wurden hierbei Auffälligkeiten wie Nägelkauen 10,5% (n=18), aggressive Durchbrüche 10% (n=17), Schulschwierigkeiten 9,4% (n=16), Schlafstörungen 9,4% (n=16), Überaktivität 6,5% (n=11), wenig Kontakt zu Gleichaltrigen 4,7% (n=8) und Einnässen 4% (n=7) genannt.

In ca. 40% der Fälle stimmen Patienten und Ärzte in ihrer Einschätzung überein, nämlich dann, wenn beide keine Auffälligkeiten bei den Kindern sehen. In 30% der Fälle sehen die Patienten Auffälligkeiten, die Ärzte aber nicht.

6.1.1.2 Qualität der Kinderversorgung

Gefragt wurde hier sowohl nach der aktuellen als auch der zukünftige Kinderversorgung. Seitens der Ärzte wurde die bisherige Betreuungssituation bei 43 (inkl. Team 51) persönlich kontaktierten Kindern in 85,1% der Fälle als gut eingeschätzt und 15% als unsicher. Aus Sicht der Eltern waren nur in knapp der Hälfte der Fälle (44% im großen und ganzen; 29,7% manchmal nicht; 24,2% eher nicht) gut versorgt. Die Betreuung der Kinder während des stationären Aufenthalts des Elternteils wurde in ca. 78% als gut beurteilt, in 22% unsicher oder schlecht.

Auch die befragten Ärzte teilten in etwa diese Einschätzung. Als gut beurteilen die Betreuung 85%, als unsicher oder schlecht 15%.

In bezug auf die zukünftige Versorgungssituation nannten 37,4% der Eltern (60% beantworteten dies nur) diese gut. Aus Sicht der Ärzte werden 45,5% der Kinder gut und 29,1% schlecht versorgt, bei 35,5% sind sie sich unsicher.

6.1.1.3 Versorgungsbedarf

Im Hinblick auf die Frage nach dem Versorgungsbedarf empfanden über ein Drittel (36%) aller untersuchten Eltern ihr derzeitiges soziales Unterstützungssystem als unzureichend und wünscht sich an erster Stelle mehr Hilfe: in finanzieller Hinsicht, gefolgt von Unterstützung bei der Kinderbetreuung durch Familienhilfe und psychosoziale Beratung (Bohus et al. 1998: 136).

6.1.1.4 Informationsgrad der Kinder

Untersucht wurde der Informationsgrad der Kinder in Hinsicht auf die elterliche Erkrankung sowie die derzeitige Behandlung ihrer Eltern. Es wurde festgestellt, daß ca. 80% der Kinder wissen, daß die Eltern in stationärer Behandlung sind. Jedoch wußten nur 35% der Kinder den Grund der stationären Behandlung bzw. den Charakter der Erkrankung. Die Altersgruppenverteilung wird in der folgenden Tabelle beschrieben (Bohus et al. 1998: 136f).

Tabelle 12: Informationsgrad nach Alter der Kinder

Altersgruppe	über die Erkrankung informiert
3-5	17%
6-10	26%
11-14	49%
15-18	74%

Quelle: Bohus et al. (1998: 136)

6.1.1.5 Akzeptanz präventiver Angebote

Gefragt wurde auch nach der Bereitschaft der Eltern, präventive Angebote wahrzunehmen. Es wurde festgestellt, daß 90% aller Patienten, die ihr Kind als langfristig gefährdet einschätzen, ein Angebot zur präklinischen Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern annehmen würden.

Eine spezifische Betreuung für die Kinder wurde in 52,5% (n=74) der Fälle von den Ärzten empfohlen. In 17% der Fälle wurde dies erwogen (n=249). Bei 39 Kindern wurde kein spezifischer Betreuungsbedarf festgestellt. Bei 77% der Fälle lag eine Übereinstimmung in der Empfehlung der Ärzte zur Teilnahme des Kindes am einem Präventionsprojekt und der Akzeptanz seitens der Patienten vor.

Bei Betrachtung der Untersuchung im Hinblick auf das Problembewußtsein seitens der Ärzte fällt auf, daß diese zu 83% der Kinder keinen persönlichen Kontakt hatten. Dies zeigt, daß die Kinder im Klinikalltag seitens der Ärzte wenig Beachtung finden.

Zusammenfassend läßt sich aus dieser Untersuchung folgern, daß viele Kinder hospitalisierter psychisch kranker Eltern Auffälligkeiten aufweisen, die Versorgung der Kinder während der Hospitalisierung als gut eingeschätzt wird; nach dieser vermehrt unsicher.

Ein Drittel der befragten Patienten schätzt das derzeitige soziale Unterstützungssystem als unzureichend ein.

In Bezug auf den Informationsgrad der Kinder über die elterliche Erkrankung bestätigt diese Untersuchung, daß dieser als eher gering bezeichnet werden kann. Er steigt aber mit zunehmendem Alter der Kinder.

Es konnte festgestellt werden, daß psychisch kranke Eltern eine hohe Bereitschaft für eine präventive Versorgung ihrer Kinder mit sich bringen.

Da hier seitens der Patienten das soziale Unterstützungssystem als nicht ausreichend eingeschätzt wurde, soll an Hand der Untersuchungen von Küchenhoff und Neunhöffer diesem Sachverhalt weiter nachgegangen werden.

6.2 Gewünschte Hilfe seitens der Eltern

Tabelle 13: Gewünschte Hilfe seitens der Patienten und Bezugspersonen

	Patienten (n=51)	Bezugspersonen (n=26)
Intaktes Familienverhältnis	25%	30%
Psychotherapie	21%	20%
Aufklärung	19%	20%
Treffen mit Betroffenen	14%	9%
Unterstützung in Freizeitaktivitäten	9%	12%
Hilfe bei Schularbeiten	4%	14%
Hilfe im Haushalt	3%	11%
Organisation von Mahlzeiten	4%	11%
Unterbringung im Kinderhort	5%	0%
Unterbringung im Heim	4%	4%
Organisation von Transporten	2%	2%

Quelle: Küchenhoff (2001a: 104)

Sowohl die Patienten als auch die befragten Bezugspersonen haben den Wunsch nach einem intakten Familienverhältnis. Dies belegt, daß eine gezielte Arbeit an der familiären Situation angezeigt ist.

Auch besteht eindeutig der Wunsch nach einer Psychotherapie für die Kinder sowie nach einer Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung. Hilfen, die den Alltag betreffen, haben für die Betroffenen offenbar eine geringere Bedeutung (z.B. Schule, Haushalt).

Eine Umfrage unter 81 Familien mit insgesamt 132 Kindern (Neunhöffer 2000: 6) ergab hingegen, daß das Hauptproblemen die Überlastung des psychisch kranken Elternteils ist; gefolgt von der materiellen Notlage. Familienkonflikte, zu starke

Belastung des Kindes, fehlende Krankheitseinsicht und häufige Krisensituationen spielten eine untergeordnete Rolle.

Die Diskrepanz zwischen beiden Umfragen begründet sich evtl. dadurch, daß Küchenhoff diese bei Patienten einer Psychiatrischen Klinik durchgeführt hat und Neunhöffer unter dem Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Die Sicht auf die eigenen Probleme scheint sich durch eine stationäre Behandlung zu verschieben. Dies ist nachzuvollziehen, da z.B. Überlastungen im Haushalt einem erst auffallen, wenn man mit dieser Situation konfrontiert ist. Auf einer Station fällt dieser Aspekt zunächst weg.

Um eine adäquate Unterstützung anbieten zu können, müssen die Ergebnisse beider Umfragen berücksichtigt werden. Es wurde aber auch deutlich, daß in der Praxis jeder Fall als Einzelfall auf die jeweiligen Bedürfnisse begutachtet werden muß.

Auch wurde deutlich, daß aus Sicht der betroffenen Eltern bzw. der Familie die Unterstützung des Familiensystems, therapeutische für die Kinder, Aufklärung der Kinder, Stützung des erkrankten Elter und Abklärung der finanziellen Situation angezeigt sind.

6.3 Gewünschte Hilfe seitens der Kinder

Im Rückblick beschreiben heute erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern, daß für sie das „Nichtaufgeklärtsein“ über die elterliche Erkrankung am belastendsten war. Sie wünschten sich jemanden, mit dem sie über ihre Probleme hätten reden können, auch bemängeln sie, daß es an einer frühzeitigen therapeutischen Hilfe für die Kinder mangle.

Martin:

„Es hat mich besonders gestört, dass man nie auf uns Kinder zugekommen ist, dass immer wir die Hilfe selber suchen mussten. Dass uns zum Beispiel von der Klinik nie jemand eingeladen, uns informiert oder Hilfe angeboten hat oder gefragt hat, wie es uns geht“ (Trachsler 1995: 3).

Der Wunsch nach Aufklärung

Iris P. beschreibt anschaulich ihr Erleben, als ihre Mutter sich das Leben genommen hatte:

„Als ich dann fragte, was passiert sei, da wurde erzählt, sie habe eine Herzoperation nicht überlebt. Ich wußte, daß das nicht stimmte. Ich hatte sie ja noch vor zwei Wochen in der Klinik besucht. Beim Abschied stand sie – sehr blaß – angelehnt an eine Wand, hielt sich mit den Händen an der Wand abgestützt und sagte sehr verzweifelt: Für mich quält sich jeder Tag zuende. Dieses Bild hat sich bei mir unauslöschlich in mein Gedächtnis geprägt“ (Sielaff/ Bock 1994a: 88).

In dieser Aussage wird deutlich, wieviel Feingefühl Kinder haben. Sie spüren, daß ihre Mutter oder ihr Vater anders sind und bekommen auch mit, wenn ihr erkrankter Elter lebensmüde ist. An Iris P.s Beispiel wird deutlich, wie falsch es ist aus mißverständener Rücksichtnahme auf die Kinder diese über die wahren Probleme anzulügen.

Noch deutlicher wird dies in ihrer Reflexion über die damaligen Ereignisse:

„Der Tatbestand, daß mir gegenüber eine ganz wichtige Sache, der Suizid meiner Mutter, geleugnet bzw. verschwiegen wurde, hat in meinem Leben eine ganz tiefe Verunsicherung bezüglich meiner Wahrnehmung einerseits und der Art von Konfliktbewältigung andererseits ausgelöst“ (Sielaff/ Bock 1994a: 90).

Dies zeigt, daß das Verheimlichen, Leugnen und Tabuisieren der elterlichen Erkrankung sogar schädlich sein kann. Das Kind muß sich zwischen der eigenen Wahrnehmung und den Aussagen seines Umfelds entscheiden. Hierdurch weiß es nicht, ob es seinen eigenen Empfindungen noch trauen kann. Iris P. hat anschaulich verdeutlicht, daß sich so eine Verunsicherung das ganze Leben hindurchziehen kann.

Auch kann das Wissen über die Erkrankung dazu beitragen, die kranke Mutter oder den kranken Vater besser zu verstehen.

Tim. T hatte erst als Erwachsener die Möglichkeit durch ein Psychose-Seminar sich mit der Erkrankung seiner Mutter (Hanna) auseinander zusetzen:

„Ich kann das Phänomen Psychose jetzt besser begreifen und Hanna darum auch. Ich habe Lust bekommen, mich mit ihr auseinanderzusetzen. Ich möchte mehr über sie wissen und aus ihren Erfahrungen schöpfen“ (Esterer 1994: 53).

Der Wunsch nach einem Gesprächspartner

Die Erzählungen machen auch deutlich, daß sich die Kinder alleingelassen gefühlt haben.

Susanne T. bringt diese Problematik kurz aber sehr deutlich auf den Punkt:

„Damals hatte ich keinen Menschen um mich herum, dem ich mein Herz hätte ausschütten können. Wenn ich meine Familie malen sollte, ich würde sie mit einer Mauer malen. Mein Vater hatte Freundschaften und Bekanntschaften von meiner Mutter oder von uns Kindern immer unterbinden wollen. Es gab viele Tabus. Meine Haupterwartung an die professionelle Seite ist daher auch, daß man, wenn man nicht mehr kann, jemanden zum Sprechen hat. Man braucht Leute, die so etwas kennen und die einen einfach dabei unterstützen“ (Sielaff/ Bock 1994a: 93).

Besonders die Beschreibung, wie Susanne ihre Familie hätte malen wollen, mit einer Mauer, zeigt, wie einsam und verzweifelt sie gewesen sein muß. Ihr Vater wollte offenbar nicht mit ihr reden und gleichzeitig schirmte er sie von der Außenwelt ab. Hierdurch hatte Susanne keine Vertrauensperson, an die sie sich mit ihren Sorgen und Ängsten wenden konnte.

Sehr eindringlich ist auch ihr Appell an die Professionellen. Die Kinder brauchen eine Anlaufstelle, wo sie ohne die Sorge in einen Loyalitätskonflikt zu kommen hingehen können, einen Ort, wo man sie ernst nimmt und immer ein offenes Ohr für ihre Probleme hat.

Dorothea A. hätte sich auch von Seiten der Ärzte mehr Unterstützung gewünscht:

„In der Situation hätte ich mir auch von den Ärzten mehr Unterstützung gewünscht. Einfach eine Einladung, vielleicht über meinen Vater: kommt doch mal her, ich lade euch zu einem Gespräch ein, ihr habt dann Raum, Fragen zu stellen. Ich hatte niemanden für Fragen, meine ganze Betroffenheit, mein Verwirrt- und Verunsichertsein und für meine Scham. Das ist hart, verdammt hart. Das mit kindgerechten Worten einfach erklärt zu bekommen, was da mit dem Elternteil los ist, ein bißchen Wärme und Fürsorge, das hätte ich schon gerne gespürt“ (Sielaff/ Bock 1994a: 86).

In diesem Zitat wird auch nochmals der Wunsch nach Aufklärung über die elterliche Erkrankung deutlich. Hier richtet sich diese Bitte an die Ärzte. Wenn sich diese die Zeit nehmen würden, auch den Kindern in einer kindgerechten Weise, gegenüber zu treten, könnten Verwirrt- und Unsicherheiten seitens der Kinder abgebaut werden.

Wie wichtig es ist, in der Kindheit einen Ansprechpartner zu haben und wie sich die Tabuisierung der Lebenssituation mit einem psychisch kranken Elter auch als Erwachsener auswirken kann, belegt ein weiteres Zitat von **Iris P.**:

„Der Tatbestand, daß man als Kind ein Elternteil hat, bei dem etwas nicht stimmt, wie auch immer, kehrt irgendwann wieder, wenn man erwachsen ist. Jede Tabuisierung kann zu psychischen Störungen und zu Wahrnehmungsstörungen führen. Wenn man nicht spricht, dann bleibt der Traum, dem Unterbewußten überlassen, was man damit macht. Also ist Kommunikation unerlässlich. Sie muß vorsichtig sein, sie kann auch nicht alles erklären. Aber es muß darüber gesprochen werden“ (Sielaff/ Bock 1994a: 91f).

Der Wunsch nach therapeutischer Unterstützung

Kaja Bern geht sogar einen Schritt weiter. Sie bemängelt, daß es offenbar für Kinder psychisch kranker Eltern problematisch ist, therapeutische Unterstützung zu bekommen.

„...ich (*habe*) mich um einen Therapieplatz bemüht und vor gut zwei Jahren einen bekommen. Wäre ich zehn Jahre früher therapeutisch unterstützt worden, hätte ich sicher manches besser überstanden, aber keiner hat jemals *meine* Probleme wahrgenommen, wahrnehmen wollen oder sich sogar um fachliche Hilfe für mich bemüht“ (Bern 2001: 20).

Um etwaige „Spätfolgen“ bei Kindern psychisch kranker Eltern zu verhüten scheint es angezeigt, diese Kinder schon beim Bekanntwerden der elterlichen Erkrankung auf möglichen Therapiebedarf zu untersuchen. Sinnvoll ist sicherlich, sich regelmäßig über die Situation der Kinder zu vergewissern.

6.4 Hilfemaßnahmen

6.4.1 Risikoeinschätzung der Kinder

Um ausreichend und gezielt Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern anbieten zu können, ist es unerlässlich in jedem Einzelfall das persönliche Risiko zu erfassen.

Im Rahmen des Modellprojekts „Birkenfeld“ wurde von Dr. Bernd Laufs und Klaus Löffler eine Checkliste zur Risikoeinschätzung für Kinder psychisch kranker Eltern entwickelt (Lisofsky/ Schmitt-Schäfer 2001: 24ff).

In dieser Checkliste werden die Elternvariablen, die psychosozialen Variablen und die Kindvariablen erfaßt. In der Risikoeinschätzung der Elternvariable werden Geschlecht, Art der elterlichen Erkrankung sowie Informationen über deren Verlauf sowie die Familiensituation (Gibt es Partner-/Eheprobleme? Ist der erkrankte Elternteil alleinerziehend? Wie ist die Einstellung zum Kind? usw.) erfaßt.

Die psychosozialen Variablen beinhalten die finanzielle Situation der Familie, ob es Unterstützung im Verwandten-/Freundeskreis gibt und wie mit der Erkrankung umgegangen wird; die Kindvariablen umfassen Fragen, welche die momentane Lebenslage des Kindes widerspiegeln (Beziehungen der Kinder, Freunde, Nachbarn, etwaige bereits bestehende Auffälligkeiten usw.).

Zur konkreten Risikoeinschätzung sind allen Fragen entweder der Antwort JA oder NEIN eine Ziffer zugeordnet: A = sehr hohes Risiko; B = hohes Risiko; C = mittleres Risiko; D = geringes Risiko.

Um sich ein genaues Bild machen zu können, ist die Checkliste als Anhang 1 beigefügt.

6.4.2 Allgemeingültige Interventionsstrategien

Stöger und Mückstein (1995: 30f) leiten aus ihren Beobachtungen und Einsichten in die Gefühlswelt der betroffenen Kinder einige allgemeingültige Interventionsstrategien ab, welche unabhängig von dem jeweiligen Krankheitsbild und bestimmten Themen sind.

Tabuisierung der Krankheit in der Familie

Unter 2.3.1.3 wurde bereits auf das Problem der Tabuisierung eingegangen. Als Interventionsstrategie ist zu empfehlen, dem Kind altersentsprechend die Erkrankung der Eltern mit dem daraus resultierenden Verhalten zu erklären.

Schuldgefühle

Die Schuldgefühle (vgl. 2.3.1.1) von jüngeren Kindern haben oft die Ursache in der Überzeugung (mit-) verantwortlich für die Erkrankung des Elternteils zu sein. Als Interventionsstrategie schlagen Stöger und Mückstein vor, dem Kind zu erklären, daß es, egal wie böse es vielleicht war, keine Schuld an der Situation hat. Ursächlich für die Schuldgefühle bei älteren Kindern sind eher ambivalente Gefühle dem kranken Elternteil gegenüber. Als Intervention ist hier angezeigt, mit dem Kind über seine Gefühle zu sprechen und zu versuchen, sie mit ihm gemeinsam zu klären.

Verlustängste und Selbstwertgefühl

Stöger und Mückstein raten, um Verlustängste und Selbstwertprobleme möglichst gering zu halten dazu, bei Bedarf die Kinder in jeder neuen elterlichen Krise aufzuklären und zu unterstützen. Den Kindern soll die Möglichkeit geboten werden, in jeder Krankheitsphase eines Elternteils die begleitende Einrichtung aufsuchen zu können.

Übergroße Verantwortung des Kindes

Wie unter 2.3.2.4 festgestellt, tragen diese Kinder oft eine übergroße Verantwortung. In solchen Fällen soll mit den Kindern ein Krisenmanagement erarbeitet werden. So sollte z.B. gemeinsam mit dem Kind geklärt werden, wer in Krisen informiert werden kann, ohne an dem erkrankten Elternteil einen Verrat zu begehen. Ein Ziel in der Arbeit sollte auch sein, einen Anstoß zur Veränderung der Machtverhältnisse in der Familiendynamik zu geben.

Stützung der Erziehungskompetenz des kranken Elternteils

Ein wichtiger Punkt ist nach Stöger und Mückstein bei der Arbeit in dieser Zielgruppe die Stützung der Erziehungskompetenz des erkrankten Elternteils. Ihre Beobachtungen zeigen, daß die Kinder oft innerhalb der Familienkonstellation auf der Seite des Schwachen stehen. Meist ist das der psychisch Kranke; besonders wenn dies die Mutter ist. Aus diesem Grund sei die Förderung der Erziehungskompetenz des kranken Elternteils angezeigt. Eine solche Förderung würde jedoch, bedingt durch die elterliche Erkrankung, häufig in Grenzen gesetzt.

Nach Gundelfinger (1995: 7) kann diesen Kindern und Jugendlichen in ihrer schwierigen Situation geholfen werden, indem man sie informiert; ihnen zuhört und ihnen hilft, den Alltag zu bewältigen. Aber auch die Helfer würden Hilfe benötigen.

Informieren

Gundelfinger fordert, daß Kinder ihrem Alter und Entwicklungsstand entsprechend über die Situation informiert werden sollen. Diese Aufklärung hilft dabei, Angst und Schuldgefühle abzubauen und realistische Erwartungen in bezug auf den kranken Elternteil und die familiäre Situation zu entwickeln.

Zuhören

Eine weitere Forderung ist, daß die Kinder die Möglichkeit bekommen sollten sich auszusprechen, ihre Sorgen mitzuteilen und ihre Anliegen formulieren zu können. Das Gespräch mit anderen helfe, die soziale Isolation zu durchbrechen.

Neben den erwachsenen Bezugspersonen würden hierbei auch Freunde und Schulkollegen eine wichtige Rolle spielen. Er verweist auf Erfahrungsberichte betroffener Jugendliche, wo Gespräche mit Gleichaltrigen, die ähnliche Erfahrungen haben, eine große Entlastung darstellen würden.

Helfen, den Alltag zu bewältigen

Es sollte den Kindern auch unter diesen erschwerten Bedingungen ermöglicht werden, ein möglichst normales Leben führen zu können. Hierzu gehöre häufig der Wunsch, in der vertrauten Umgebung zu bleiben. Eine wichtige Rolle spielt hierbei die Schule, da diese Kinder vielleicht besondere Unterstützung benötigen, um nicht noch zusätzlich Druck zu bekommen. Zur Entlastung ist die Freizeitgestaltung von hoher Bedeutung. Die Kinder sollten darin unterstützt werden ihre Hobbys weiterzuerfolgen oder neue Aktivitäten aufzunehmen. Für jüngere Kinder ist die Hilfe Erwachsener wichtig, um in schwierigen Zeiten auch positive Erlebnisse wie Ausflüge, Zoo- oder Zirkusbesuche und ähnliches haben zu können.

Auch die Helfer brauchen Hilfe

Einen meines Erachtens wichtigen Punkt spricht Gundelfinger an, wenn er auch auf die Helfer verweist. Auch der gesunde Elternteil ist durch Überforderung gefährdet. Er muß sich um den erkrankten Partner oder die erkrankte Partnerin kümmern, die in diesen Phasen vielleicht besonders anspruchsvollen Kinder betreuen, den Lebensunterhalt verdienen, den Haushalt besorgen usw.

Hier können Nachbarn und Freunde, aber auch soziale Dienste in der konkreten Alltagsbewältigung Unterstützung leisten. Die Eltern und auch die anderen Helfer brauchen die Möglichkeit, sich auszusprechen, z.B. mit Freunden, mit Fachpersonen oder in Gruppen mit anderen Betroffenen.

6.4.3 Gezielte Intervention

6.4.3.1 Aufklärung über die elterliche Erkrankung

Im bisherigen Verlauf wurde immer wieder darauf hingewiesen, welche große Bedeutung die Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung beigemessen wird; sei es aus Sicht heute erwachsener Kinder, Eltern oder Professioneller.

Auch viele Autoren bestätigen die Notwendigkeit dieser Aufklärung (vgl. z.B. Finzen 2000: 163; Hänni 1995: 9).

Eine hilfreiche Unterstützung bei der altersgerechten Aufklärung bieten folgende Broschüren²:

- „Wenn deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrischer Behandlung muss... – Mit wem kannst Du dann eigentlich reden?“ (für Kinder),
- „Wenn deine Mutter oder dein Vater psychische Probleme hat ... – Informationen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren“ (für Jugendliche von 12 bis 18),
- „Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat...– Wie geht es dann den Kinder“; eine Broschüre für die Eltern.

Entwickelt wurden diese Broschüren ursprünglich in Holland. In der Schweiz wurden sie von Dr. Ronnie Gundelfinger übersetzt und bearbeitet. Fritz Mattejat paßte sie dann den deutschen Verhältnissen an.

6.4.3.2 Auch die Eltern können ihren Betrag leisten

Die Eltern sind für die Kinder in der Regel die wichtigsten Bezugspersonen und auch die, mit denen sie zusammen leben. Gerade in solchen Schwierigkeiten brauchen Kinder die häusliche Geborgenheit. Alle Kinder brauchen klare Strukturen, Aufmerksamkeit und Lob, Wärme und Liebe; die Möglichkeit, Gefühle auszudrücken; die Erfahrung ernst genommen zu werden; Geduld; zeigen können was sie alles können und ein Vorbild, dem sie nacheifern können.

Dies gilt besonders für Kinder psychisch kranker Eltern. Das Leben mit dem Kranken ist für sie undurchsichtig und beängstigend.

² Diese Broschüren sind über den „Dachverband Psychosozialer Hilfeleistungen e.V.“, Thomas-Mann-Straße 49a; 53111 Bonn zu beziehen.

Um Eltern eine Orientierung zu geben, wie sie ihren Kindern im Alltag begegnen können, wurden *Zehn praktische Tips* entwickelt. Diese werden in der oben genannten Broschüre für Eltern angeführt.

- 1 **„Erklären Sie was los ist.** Ihr Kind merkt, dass etwas nicht stimmt. Deshalb erklären sie ihm lieber, was genau los ist. Sie können selber damit beginnen warten, bis ihr Kind fragt. manche Kinder möchten sich nicht zu einem Gespräch hinsetzen. Sie reden lieber beim Abwaschen oder beim Ins-Bettgehen. Dann fühlen sie sich wohler.
- 2 **Seien Sie ehrlich.** Erklären sie mit eignen Worten, was Sie beschäftigt. Und fragen Sie zur Sicherheit nach, ob Ihr Kind Sie verstanden hat. Vielleicht stellt Ihr Kind Fragen, auf die Sie keine Antwort haben. „Ich weiss es nicht“, kann dann die ehrlichste Antwort sein.
- 3 **Hören sie Ihrem Kind zu.** Wenn Sie ihrem Kind erklären, was los ist, frage Sie es doch auch ab und zu nach seinen Eindrücken und seiner Meinung. Und hören Sie dann genau hin. Kinder fühlen sich wohler, wenn man ihnen gut zuhört und versteht, was sie sagen wollen. Mit Kindern sprechen heisst vor allem ihnen zuhören.
- 4 **Beobachten Sie Ihr Kind.** Kinder zeigen oft durch ihr Verhalten wie es ihnen geht. Wenn sie sich auffällig benehmen, kann das ein Zeichen dafür sein, dass sie durch etwas belastet sind: Wieder Einnässen, Schuleschwänzen oder von zu Hause weglaufen – das sind deutliche Signale. Manchmal sind die Veränderungen aber nicht so offensichtlich. Das bedeutet, dass Sie genau auf Ihr Kind achten müssen, um auch unscheinbare Veränderungen in seinem Verhalten feststellen zu können.
- 5 **Halten sie an vertrauten Gewohnheiten fest.** Für Kinder bedeutet Regelmässigkeit Ruhe und Sicherheit. Wenn in der Familie Probleme auftreten, kann dem Kind ein -gefühl von Sicherheit vermittelt werden, wenn gewisse Dinge wie gewohnt weitergehen: wenn es zum Beispiel wie immer seine Hausaufgaben muss, weiterhin im Sportclub mitturnt oder andere Hobbys nachgehen kann.
- 6 **Beziehen Sie andere Erwachsene mit ein.** Verlangen Sich nicht von sich, alles alleine machen und bewältigen zu müssen. beziehen Sie auch andere Menschen mit ein: etwa Familienmitglieder, Nachbarn, Lehrerinnen oder andere Eltern. ...
- 7 **Informierten Sie die Schule.** Wenn in einer Familie ein Elternteil in eine Klinik aufgenommen werden muss, sollte die Schule darüber informiert werden. Vor allem dann, wenn ihr Kind belastet ist, dass es in der Schule nicht mehr so gut aufpassen kann. Wenn der Lehrer weiss, was los ist, kann er Ihr Kind besser unterstützen. Sagen Sie dem Kind, dass Sie mit seine Lehrer gesprochen haben.

- 8 **Akzeptieren Sie, wenn Ihr Kind sich jemand anderem anvertraut.** Viele Kinder haben das Bedürfnis, mit jemandem Außenstehenden zu sprechen. Mit einem Onkel oder einer Tante, mit der Nachbarin oder dem Lehrer. Sie möchten vielleicht die Eltern mit ihren Sorgen nicht noch zusätzlich belasten. Es geht ihnen also nicht darum, etwas auszulaudern. Es besteht kein Anlass, gleich misstrauisch oder eifersüchtig zu werden, wenn ihr Kind mit jemand anderem spricht.
- 9 **Beanspruchen sie professionelle Hilfe, wenn es nötig ist.** Für manche Kinder wird die Belastung trotz allem gross. Sie sprechen mit niemand, die Gespräche scheinen ihnen nicht zu helfen. Dann müssen Sie als Eltern sich Unterstützung holen. ...
- 10 **Vergessen Sie das Allerwichtigste nicht: ein Lächeln und eine Umarmung.** Welche Probleme auch immer bestehen – für Ihr Kinder ist es das Wichtigste, dass Sie es lieben. Jeder Vater und jeder Mutter drücken das auf eigene Art aus: mit freundlichen Worten, einem Lächeln oder einer Umarmung. Wenn Sie Ihre Liebe dem Kind nur zeigen, jeden Tag aufs Neue! – Das hilft über vieles hinweg“ (DPH o.J: 10f).

6.4.3.3 *Klinikaufenthalte*

Bei Aufnahme muß geklärt werden, ob der Patient Kinder hat und ob und wie diese während des Klinikaufenthaltes versorgt worden. Gundelfinger (1996: 15-17) stellt in seinem Aufsatz ein Modellprojekt in Holland vor.

Dieses Beispiel zeigt, wie eine Zusammenarbeit zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Einrichtungen der Kinder- und Familienhilfe erfolgen kann.

Wenn ein Patient stationär aufgenommen wurde, wird angestrebt, spätestens eine Woche nach Hospitalisierung des Patienten ein Gespräch mit dem erkrankten, dem gesunden Elternteil und den Kindern durchzuführen. Aufgabe des Fachpersonals ist hierbei eine vorläufige Beurteilung der Familiensituation zu verfassen.

Je nach Einschätzung der Lage werden unterschiedliche Lösungswege erarbeitet. Erscheint die Situation der Kinder als wenig belasten so wird diesen die unter 6.4.1.3 erwähnte Informationsbroschüre ausgehändigt. Erscheint die Situation scheint unklar, ist eine detaillierte Abklärung angezeigt. Wenn festgestellt wird, daß die Kinder deutliche Probleme haben, braucht die Familie gezielte Hilfe. Dies kann Hilfe für die Eltern, wie z.B. Hilfe im Haushalt, bei Erziehung, Pflegefamilie, Elternberatung und -unterstützung, für Kinder wie z.B. Freizeitangebot, schulische Unterstützungsmaßnahmen, therapeutische Angebote sein.

Gerade bei alleinerziehenden Patienten/-innen muß abgeklärt werden, wo und wie die/das Kind/er während des Klinikaufenthalts versorgt werden kann. Gibt es z.B.

Verwandte, die sich um sie kümmern können und wenn ja, brauchen diese Unterstützung bei dieser Aufgabe.

Hat der Erkrankte keine Angehörigen, die sich um die Kinder/ das Kind kümmern können, steht die Frage der Fremdplatzierung im Raum.

Genau auf diese Problematik der Fremdplatzierung geht Finzen (2000: 161) ein, wobei er sich auf eine Untersuchung von Hänni und Wüthrich bezieht. Demnach beschränkt sich das Eingreifen professioneller Helfer im Falle einer elterlichen Klinikeinweisung in der Regel auf Krisenintervention durch schnelle Fremdplatzierung der Kinder. Damit sei der Auftrag der intervenierenden Behörden vorerst erledigt, obwohl die Leidensgeschichte der Kinder zu diesem Zeitpunkt oft erst beginnt und über Jahrzehnte andauern kann.

Um diesen eventuell für das Kind problematischen Beziehungsabbruch zu vermeiden, ist eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind in der Klinik möglich. In Deutschland stehen wenige Mutter-Kind-Einheiten zur Verfügung.

Eine Alternative zu der gemeinsamen Unterbringung bieten die Patenfamilien. Diese Familien sind den Kindern schon im Vorfeld durch regelmäßigen Kontakt vertraut. Voraussetzung für Patenfamilien ist, daß schon weit vor der elterlichen Hospitalisierung Kontakte geknüpft wurden, dies ist nicht der Fall, wenn die Erkrankung zum ersten Mal auftritt bzw. bisher kein Kontakt zu einer Jugendhilfeeinrichtung bestand.

6.4.3.4 Haushalt und Erziehung

Hilfebedarf besteht aber nicht nur bei einer Hospitalisierung. Ein weit größerer Bedarf besteht, wenn ein psychisch erkrankter Elternteil aufgrund seiner Erkrankung mit Haushalt und Erziehung überfordert ist. Üblicherweise betrifft dies die Mütter, da sie in der Regel diese Aufgaben in der Familie wahrnehmen. Gesetzlich geregelt stehen dem Betroffenen bzw. den Kindern eine Haushaltshilfe, Hilfe zur Erziehung, Familienpflegerin SPFH³, Erziehungsberatung zu. Einige Kliniken bieten spezielle Ambulanzen an, die die Eltern und die Kinder unterstützen.

³ Sozialpädagogische Familienhilfe

Nach Creer und Wing (1977: 143) ist eine solche praktische Hilfe besonders dann nötig, wenn der Erkrankte die Mutter ist und kleine Kinder vorhanden sind.

Bedingt durch die Erkrankung hätten diese Mütter regelmäßig gute und schlechte Tage. In diesem Fall sei eine Unterstützung auf Abruf angezeigt. In diesem Zusammenhang weisen sie auch daraufhin, daß ansonsten der Vater einspringen müßte, worunter seine Arbeit leiden könnte. Auch würde dieser mit Kind, kranker Frau und Arbeit völlig überfordert sein. Dies könne den Zusammenbruch des Familiensystems zur Folge haben. Schließlich würde das ganze familiäre System zusammenbrechen.

6.4.3.5 Hilfe in den verschiedenen Altersgruppen

Die bisherigen Feststellungen haben gezeigt, daß in verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Probleme und Risiken auftreten. Aus diesem Grund ist es angezeigt, Überlegungen zu altersspezifischer Unterstützung anzuführen.

6.4.3.6 Säuglinge/ Kleinkinder

Säuglinge und Kleinkinder brauchen, um einen möglichst gesunden Start ins Leben zu bekommen, eine gute Bindung zu einer Bezugsperson. Meist erfüllen die Mütter diese Aufgabe, auch wenn sie psychisch erkrankt sind. Aus diesem Grund ist eine Arbeit mit Mutter und Kind unerläßlich. Deneke hat ein präventives Modell entwickelt, welches zum Ziel hat Mit Mutter und Kind an der Mutter-Kind-Interaktion zu arbeiten. Unter 3.1 wurde bereits festgestellt, daß eine psychisch kranke Mutter dem Kind keine adäquate Interaktion bieten kann.

6.4.3.7 Kinder/ Jugendliche

Es hat sich gezeigt, daß Kinder und Jugendliche oft mit den auf sie zukommenden Aufgaben im Familiensystem überfordert sind. Um sie zu entlastet ist z.B. die erwähnte Hilfe im Haushalt geeignet. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, daß Kinder und Jugendliche Kontakt zu Gleichaltrigen brauchen, die ähnliche Erfahrungen machen und mit denen sie sich austauschen können. Gut geeignet sind hierzu die sich immer mehr verbreitenden Auryngruppen.

Auryngruppen bieten Kindern im Schulalter Kontakt und Gespräche mit anderen Kindern, denen es ähnlich geht. Der Begriff „Auryng“ stammt aus Michael Endes Roman „Die unendliche Geschichte“. Auryng ist das Amulett, welches seine Trä-

ger unbesiegbar macht. Mittlerweile gibt es in mehreren Städten Gruppen namens AURYN. Das erste Modellprojekt mit diesem Namen entstand 1995 in Freiburg. Mittlerweile sind in weiteren Städten Projekte mit dem Namen Aurnyn gegründet worden z.B. in Hamburg, Frankfurt a.M., Leipzig, Chemnitz.

Einmal wöchentlich treffen sich Kinder von 6-16 Jahren, um über ihre Erlebnisse, Wahrnehmungen und Gefühle im Zusammenhang mit der Erkrankung ihrer Eltern zu sprechen. Dabei erfahren sie oft zum ersten Mal, daß auch andere Kinder psychisch kranke Eltern haben. In der Aurnyngruppe werden die Kinder altersgerecht über die Erkrankungen ihrer Eltern informiert. Es wird auch versucht, Bewältigungsstrategien der Kinder zu fördern und sie gegenüber einer eigenen Erkrankung zu „immunisieren“.

Knuf ([http: 15.07.02](http://15.07.02)) verweist auf die Aussage des Sozialpädagogen Martin Leidner, Leiter des Freiburger AURYN-Projektes, daß schon gut über die Hälfte der Kinder Auffälligkeiten in ihrem Verhalten zeigen.

Nach Erfahrungen Leidners, könne vielfach beobachtet werden, daß durch die Kindergruppen in den Familien endlich über die Erkrankung gesprochen werden würde: Bedingt durch die offene und unkomplizierte Art, wie die Kinder mit diesem Thema umgingen, würden die Eltern ermutigt werden, das von den Kindern Angesprochene aufzugreifen und mit ihnen darüber ins Gespräch zu kommen.

6.4.3.8 heute erwachsene Kinder

Nach Knuf ([http: 15.07.02](http://15.07.02)) haben auch noch viele Kinder psychisch kranker Eltern als Erwachsene seelische Schwierigkeiten.

Sie litten unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, hätten eine geringe Selbstachtung und starke Schuldgefühl. Ein großer Teil der erwachsenen Kinder habe auch heute noch Angst vor Gewalt und Selbstmord ihrer Eltern; sei sozial isoliert und könnte sich nur schwer vom Elternhaus ablösen.

Um hier einzugreifen, haben Diane Marsh und Rex Dickens ein Selbsthilfeprogramm entwickelt. Dieses soll erwachsenen Kindern ermöglichen, mehr Abstand zu ihrer schwierigen Vergangenheit zu finden.

Hierbei sei der erste Schritt, sich an die eigene Kindheit zurückzuerinnern und sich selber besser zu verstehen.

In einem nächsten Schritt solle das gegenwärtige Leben betrachtet werden, um zu

erkennen, in welchen Bereichen die Gefühle heute noch fortbestehen. Eine erwachsene Tochter könne z.B. auch heute noch Schuldgefühle ihrer kranken Mutter gegenüber haben oder heute noch über den frühen Verlust der Kindheit trauern. Es sei nur langsam möglich, dieses Vermächtnis abzulegen und das gegenwärtige Leben zu erneuern.

Des Weiteren verweist Knuf auf die Diplom-Psychologin Anke Gartelmann, die darauf hinweist, daß viele erwachsene Kinder auch mit 35 oder mehr Jahren nicht die Diagnose ihrer kranken Eltern kennen würden.

Die Scheu über ihre Erlebnisse in der Kindheit zu reden sei bei Erwachsenen immer noch gegenwärtig. Gartelmann beobachte immer wieder, wie die traumatischen Ereignisse der Kindheit viele Lebensbereiche der Gegenwart beeinflussen, so auch die Partnerwahl und die Art der Paarkonflikte.

Ein weiterer Punkt ist, daß viele erwachsene Kinder psychisch Kranker befürchten, ihnen könnte dasselbe Schicksal widerfahren wie ihrem kranken Elternteil. Deshalb ist eine Aufklärung der erwachsenen Kinder über diese Risiken notwendig.

Knuf verweist in diesem Zusammenhang auf Judith Körner von der psychiatrischen Klinik der Universität Bonn. Diese kennt die Besonderheiten der genetischen Beratung bei Psychosen.

Der erste Schritt sei hierbei eine gesicherte Diagnose. Dann müsse ein möglichst vollständiger Familienbefund erhoben werden, in den Informationen über Erkrankungen bei den Großeltern, Onkeln und Tanten und deren Nachkommen mit einbezogen werden müssen.

Anhand dieser Informationen könne dann die Wiederholungswahrscheinlichkeit der Erkrankung in der nächsten Generation eingeschätzt werden. Auch würde oft die Frage aufgeworfen, ob man mit dieser Familiengeschichte selber Kinder bekommen sollte. In diesem Fall schlägt Körner vor, die Entscheidung über eigene Kinder bis zum Alter von etwa 30 Jahren aufzuschieben, denn bis zu diesem Alter hätten sich mehr als 85% der Schizophrenien bei männlichen und etwa zwei Drittel bei weiblichen Ratsuchenden manifestiert.

Nach Finzen (2000: 164) sollten junge Erwachsenen mit psychisch kranken Eltern zum Zusammenschluß in Selbsthilfegruppen motiviert werden. Sie würden in einer besonderen Problemsituation leben, für deren Lösung es keine Vorbilder und keine Modelle gäbe. Während sich andere Jugendliche bei Zeiten von ihren Eltern lösen, blieben sie an ihrem kranken Vater oder ihrer kranken Mutter gebunden.

7 Mögliche Umsetzung der angezeigten Hilfemaßnahmen

7.1 Das Problem der Erreichbarkeit

Um Hilfe anbieten zu können, müssen Eltern sowie Kinder ansprechbar sein. Die Erfahrung aus Projekten zeigt, daß bei Kontaktaufnahme einige Hürden zu überwinden sind.

Kontaktaufnahme zu den Eltern

Raiss (2001: 26ff) beschreibt die Schwierigkeiten bei der Erstkontaktaufnahme zwischen Klienten und Projektmitarbeitern des Kinderprojekts Mannheim. Gründe für hierfür lagen in:

Vorurteilen gegenüber dem Jugendamt

Oft wird seitens getrenntlebender Partner, Angehöriger oder auch Psychiatricangestellten dem Erkrankten, um ihn unter Druck zu setzen, damit gedroht, das Jugendamt über die psychische Erkrankung zu informieren, um rechtliche Konsequenzen, wie den Entzug der elterlichen Sorge, zu bewirken (Raiss 2001: 29).

Dies hat zur Folge, daß Hilfe seitens der Jugendhilfe als Bedrohung angesehen wird.

Angst

Die erkrankten Eltern hatten Angst, ihre Defizite in der Kindererziehung preiszugeben, die negative Auswirkungen auf den Erhalt der elterlichen Sorge haben könnten.

fehlender Krankheitseinsicht

Manchen erkrankten Eltern fehlte es an Krankheitseinsicht. Für sie war nicht nachvollziehbar, warum Fachleute die Meinung vertreten, gerade sie sollten Unterstützung in Anspruch nehmen. sie waren der Meinung ihre Kinder gut versorgen zu können und nur unliebsame Erzieherinnen oder Lehrer würden unverständlicherweise ein Problem sehen.

Einschränkungen aufgrund der Erkrankung

Ein weiterer Grund für die erschwerte Aufnahme eines Erstgesprächs lag in der Schwere der elterlichen Erkrankung und den daraus folgenden Einschränkungen.

Kontaktaufnahme zu den Kindern

Nach Küchenhoff (2001a: 105) liegt das Problem der Kontaktaufnahme zu minderjährigen Kindern darin begründet, daß eine Einverständniserklärung seitens der Eltern vorliegen muß. Gründe für die Verweigerung seien u.a.:

Fehlende Krankheitseinsicht

Verweigert wird die Kontaktaufnahme, wenn die Krankheitseinsicht bei der Patientin oder dem Patienten fehlte oder wenn aufgrund eines zwangsweisen Aufenthalts in der Klinik eine Zusammenarbeit abgelehnt wurde.

Schonung der Kinder

Eltern lehnten auch Gespräche mit den Kindern ab, weil diese zu belastend für dieselbigen seien.

Verheimlichung des Klinikaufenthalts

Ein weiterer Grund für die Ablehnung eines Gesprächs lag insbesondere dann vor, wenn der Klinikaufenthalt vor dem Kind geheimgehalten wurde.

7.2 Spezielle Hilfe versus Alltagsnormalität

Doch bei aller Notwendigkeit von Hilfe für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil stellt sich auch die Frage, ob Hilfe unbedingt in Form von Spezialangeboten erfolgen muß.

Koch-Stöcker (2001: 49) verweist darauf, daß Kinder aus dem verunsichernden Kontext psychotischer Mütter eine Alltagsnormalisierung benötigen. Ihrer Meinung nach brauchen sie mehr als andere und vor allem anderen Normalität, verlässliche Interaktionen und Akzeptanz in ihren bestehenden sozialen Beziehungen. Solange ein Kind keine manifesten psychischen Störungen entwickelt hat, bräuchte es nach Möglichkeit keine Sonderbehandlung, die es wiederum von Gleichaltrigen absondert. Viel wichtiger seien Modelle funktionierender struktur-

gebenden Verhaltens, welches sein eigenes Schemata fest und streßresistent macht. Als solche „normalen“ Beziehungen und Kontaktaufnahmen nennt sie Kindergärten, Schulen und Vereine. Diese könnten als Gegenstück zu strukturarmen oder inkonsistenten Interaktionen mit der kranken Mutter eine gewisse Sicherheit herstellen.

7.3 Wenn Kinder nicht mehr bei ihren Eltern leben können

So wichtig es ist, präventiv einzugreifen, um Kinder in ihrer Herkunftsfamilie zu belassen, darf dabei nicht übersehen werden, daß dies nicht immer das Beste für die Kinder sein muß. Die psychische Erkrankung der Eltern kann auch so massiv sein, daß das Kindeswohl nicht mehr gewährleistet ist.

Remschmidt und Mattejat (1994b: 12) gehen genau auf diese Fragestellung ein. Nimmt die psychotische Erkrankung eines Elternteils einen so ungünstigen Verlauf, daß präventive Maßnahmen nicht mehr ausreichen, muß überlegt werden, ob die Erziehung der Kinder in einer Pflegefamilie oder in einem Heim oder (wenn es sich um Jugendliche handelt) in einer Wohngruppe angezeigt ist. Schwere Beeinträchtigungen der elterlichen Funktionen seien besonders dann zu erwarten, wenn beide Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden. Dies sei allerdings eher selten.

Laut Remschmidt und Mattejat ist die Herauslösung der Kinder aus einer Familie fast immer ein schmerzlicher Prozeß. Ist diese aber unumgänglich, so sollte eine solche Entscheidung nicht unnötig hinausgezögert werden, was in der Praxis leider oft geschehe. Es sei nicht immer die günstigste Lösung die Erziehung eines Kindes in der Herkunftsfamilie beizubehalten.

Oft könne die Erziehung in einem Heim für die Kinder auch eine wirkliche Verbesserung darstellen.

Eine außerfamiliäre Erziehung müsse die Beziehung zwischen Eltern und Kindern nicht zerstören. Sehen die Eltern, die Kinder und die anderen Familienangehörigen und Verwandten den Sinn und die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme ein und unterstützen diese auch, kann eine gute Zusammenarbeit zwischen leiblicher Familie und Pflegefamilie bzw. Heimerziehern zustande kommen.

Ein Erfahrungsbericht einer pädagogischen Betreuung einer schizo-affektiven, paranoid manisch-depressiven Frau, die ein Kind bekam, ist beigelegt (s. Anhang 2).

Dies ist ein Beispiel dafür, wenn beide Eltern psychisch erkrankt sind und aus diesem Grund das Kind von ihnen nicht versorgt werden kann.

Der letzte Ausweg, besonders wenn auf Seiten der Eltern keine Krankheitseinsicht besteht, ist der Sorgerechtsentzug nach § 1666 BGB.

Nach Uphoff (2001: 11) sind psychisch Kranke mehr als andere Eltern davon bedroht, ihre elterliche Sorge zu verlieren. Das liege zum einem an der verbreiteten Auffassung, psychisch Kranke seien zur Erziehung von Kindern nur eingeschränkt in der Lage. Zum anderen könne die Erkrankung selbst tatsächlich zu Schwierigkeiten im Umgang mit und bei der Versorgung von Kindern führen. Die Bedrohung sei nicht nur objektiv bedeutsam. Es seien auch das subjektive Empfinden und der Umgang mit dieser Bedrohung zu beachten. So könne eine psychische Erkrankung dazu führen, daß man sich nicht in der Lage fühle, sich zu wehren. Aus diesem Grund könne der normalerweise offene Weg zu Behörden oder zu einem Rechtsanwalt nicht bewältigt werden. Hinzu käme, daß ein drohender Eingriff in das Elternrecht nicht selten zu einer Verstärkung der Krankheitssymptome und den psychischen Belastungen selbst führen kann.

Die Entziehung der elterlichen Sorge stellt den schwersten Eingriff dar.

In diesem Fall wird die Sorge auf den gesunden Elternteil übertragen. Wenn dieser dazu auch nicht in der Lage ist, wird ein Vormund oder Pfleger bestellt. Dieser trifft nun anstelle der Eltern Entscheidungen im Zusammenhang mit dem Kind. Nicht selten ist diese Maßnahme mit der Unterbringung des Kindes bei Pflegeeltern oder im Heim verbunden.

Aber die elterliche Sorge kann nicht nur als Ganzes, sondern auch in Teilen entzogen werden.

Sie läßt sich in die Rechte, den Aufenthalt des Kindes zu bestimmen, die medizinische Betreuung zu veranlassen, die Schul- und Ausbildung zu gestalten, Kontakte des Kindes zu Dritten auszuwählen, für Erholung zu sorgen usw., untergliedern.

Im bezug auf diese Arbeit sind besonders die Hilfsangebote des Jugendamts von Interesse.

Nach dem Kinder- und Jugendhilfe Gesetz (KJHG) gibt es eine Vielzahl von Möglichkeiten.

Das Ziel der Jugendhilfe sind die Förderung der Entwicklung junger Menschen und die Unterstützung und Ergänzung der Erziehung innerhalb der Familie.

Eltern haben im Rahmen der erzieherischen Einzelhilfe nach dem SGB VIII (KJHG) Anspruch auf Unterstützung zur Förderung der Erziehung ihrer Kinder.

Der Angebotsfächer der Jugendhilfe umfaßt:

- Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16-21 SGB VIII (KJHG)); hierzu gehören z.B. Beratung nach den §§ 17, 18 und 28, Betreuung in gemeinsamen Wohnformen nach § 19, Beratung und Versorgung des Kindes in Notsituationen gemäß § 20;

- Angebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und ergänzende Leistungen (§§ 27-35 SGB VIII (KJHG)). Hierzu gehören u.a. Tageseinrichtungen i. S. d. § 22 SGB VIII (KJHG), Tagespflege nach § 23, Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff, Vollzeitpflege (§ 33) Heimerziehung (§ 34).

Dieses breite Spektrum an Hilfeleistungen zeigt, daß durchaus Hilfe für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil möglich ist. Voraussetzung ist, daß sie bereit sind mit zu arbeiten und auch in der Lage sind, die benötigte Hilfe einzufordern. Unter 8.6 wird auch noch auf die Möglichkeiten der Jugendhilfe eingegangen.

Wie schon unter 7.1 abgehandelt, haben psychisch kranke Eltern gewisse Vorurteile gegenüber dem Jugendamt.

Ein interessanter Ansatz zum Abbau von Vorurteilen gegenüber dem Jugendamt ist im Rahmen des Modellprojekts Birkenfeld entstanden (Lisofsky/ Schmitt-Schäfer 2001: 21).

Hier wurde in der Tagesklinik der psychiatrischen Abteilung ein „Tag des Kindes“ eingeführt. Dies ist ein Tag, an dem die Patienten ihre Kinder mitbringen können und eine Mitarbeiterin des Jugendamtes als Ansprechpartnerin zur Verfügung steht. Die Idee für dieses Angebot entstand aus der Erfahrung, daß erkrankte Eltern häufig vielfältige Ressentiments gegenüber dem Jugendamt gibt haben. Die

Inanspruchnahme stützender Angebote und Beratungsleistungen konnten so nicht wahr genommen werden. Ziel ist es, durch den „Tag des Kindes“ eine niedrigschwellige Kontaktaufnahme zum Jugendamt zu ermöglichen.

Es ist Aufgabe der Professionellen, den Eltern die Furcht vor der endgültigen Wegnahme zu nehmen. Der völlige Entzug der elterlichen Sorge ist und bleibt das letzte Mittel.

8 Möglichkeiten der Prävention und Intervention

8.1 Aufklärung durch Öffentlichkeitsarbeit

Ein Großteil der kindlichen Problematik läßt sich auf die Stigmatisierung psychisch Kranker in unserer Gesellschaft zurück führen. Dies zeigt sich darin, daß die Kinder mit niemandem über die häuslichen Verhältnisse reden sollen, oft werden ihnen die wahren Gründe für die Auffälligkeit des kranken Elternteils verheimlicht. Dies impliziert, daß eine wichtige Säule für die Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern die Öffentlichkeitsarbeit ist. Gesellschaftlichen und auch innerfamiliären Vorurteilen gegenüber psychisch Kranken kann nur durch Aufklärung entgegengewirkt werden.

8.1.1 (Vor-)Urteile über psychische Erkrankungen

Bei einer Befragung durch Christiansen und Pleininger-Hoffmann (2001: 65f) im August 2000 von 75 Bielefelder Bürgern wurden folgende Antworten gegeben:

1. Frage „Was fällt Ihnen zu Schizophrenie ein?“

- ? Verrückt
- ? Unzurechnungsfähigkeit
- ? Schwere Erkrankung
- ? Solche sind in Bethel untergebracht.
- ? Darüber weiß ich nichts.
- ? So jemand kenne ich nicht.

Solche und ähnliche Antworten waren mehrheitlich zu hören. Nur zwei Befragte hatten Kenntnis über die Erkrankung und zeigten Interesse an der Befragung.

2. Frage: „Glauben Sie, dass Sie selbst oder jemand aus Ihrer direkten Familie einmal psychisch behandelt werden muss?“

- ? Glaube ich nicht.
- ? Sehr unwahrscheinlich
- ? Wenn ich auf meine Gesundheit achte, wird mir das schon nicht passieren.
- ? Davor hätte ich Angst, halte es für unwahrscheinlich
- ? In unserer Familie ist so etwas noch nie vorgekommen.
- ? Depressiv war ich selber schon einmal“ (2001:66f).

Nur zehn der Befragten meinten, daß eine psychische Erkrankung jeden treffen könne.

Nach Christiansen und Pleininger-Hoffmann prägen Unkenntnis, Abwehr und Vorurteile nach wie vor das Bild in der Öffentlichkeit. Dies sei besonders erstaunlich in einer Stadt, in der der zweitgrößte Arbeitgeber die von Bodelschwingh'schen Anstalten sei, in denen seit über 100 Jahren viele psychisch kranke Menschen leben und behandelt werden und die Vorreiter in der sozial-psychiatrischen gemeindenahen Versorgung dieser Personengruppe sind. So könne es nicht verwundern, daß die psychische Erkrankung eines Familienmitglieds so schwer zu akzeptieren sei.

8.1.2 *Öffentlichkeitsarbeit in der Schule*

Um möglichst früh über psychische Krankheiten aufzuklären, bietet sich die Schule an. **Simone** (17) beklagt, daß dies in der Schule nicht genug thematisiert wird.

„In der 12./13. Klasse, da sollen wir im Unterricht etwas erfahren über menschliche Verhaltensweisen und Lebenskunde. Das ist ja sehr wichtig. Aber ist der Zeitpunkt dafür nicht reichlich spät? Wenn ich etwas dazu sagen dürfte, dann würde ich es so vorschlagen, daß alle Kinder in der Schule, und zwar schon früher, im Unterricht und mit freier Diskussion etwas lernen über menschliche Verhaltensweisen: Menschenbild und Alltagspsychologie, allgemeine und persönliche Menschenkenntnis. Dabei müßte dann auch in geeigneter Form etwas dazu vermittelt werden, daß es psychische Krankheiten und Behinderungen gibt. Dieses Wissen müßte Vorurteile ausräumen und so zur Allgemeinbildung gehören“ (Jun 1993: 129).

Arnold und Lang (1989) gingen der Frage nach, welche Vorstellungen über Inhalte der Gesundheitserziehung in der Bevölkerung bestehen. Befragt wurden Eltern schulpflichtiger Kinder. Als wichtig für die Gesundheitserziehung nannten die Eltern an erster Stelle die „Gefahren von Genuß- und Rauschgift“. Themen, welche die Psyche betreffen, wie „Erkennen von seelischen und körperlichen Belastungssituationen“, „Seelische Leiden“ und „Krankheiten aufgrund von Wechselbeziehungen zwischen persönlicher Umwelt und starken Belastungen“ rangierten hingegen nur auf den Rängen 13, 14 und 15 (von 20).

Sie begründen diese weite Abgeschlagenheit durch zu geringe Aufklärung über die komplexen Wechselwirkungen zwischen allgemeiner Umwelt und möglichen Erkrankungen. Es bedürfe diesbezüglich an Öffentlichkeitsarbeit.

Nach Amann (1996) wird im Schulsystem der Bundesrepublik Deutschland Gesundheitserziehung fächerübergreifend praktiziert. Die Inhalte der Gesundheitserziehung würden sich aber überwiegend nur auf biologische und körperliche Aspekte beziehen; der Bereich psychische Gesundheit, mit Ausnahme des Suchtbereichs, fände hingegen wenig Beachtung.

INTEGRA 2000 e.V. Chemnitz hat Bildtafelschauen mit den Themen „Gestörte Einheit: Seelische Störung bei Erwachsenen“ und „Verletzte Kindheit: Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ entwickelt. Sie sollen zur Prävention, Öffentlichkeitsarbeit und als Gesprächsimpulse genutzt werden.

Die Begleittexte zu den Informationstafeln sind in Kopie der Arbeit beigelegt (s. Anhänge 3 und 4).

8.1.3 *Öffentlichkeitsarbeit mit Massenmedien*

Gundelfinger (2001: 175ff) geht davon aus, daß die Einbeziehung von Massenmedien wie Tagespresse, Zeitschriften, Radio und Fernsehen eine wichtige Komponente der Öffentlichkeitsarbeit ist. Es sei wichtig, der breiten Öffentlichkeit zu vermitteln, daß psychische Erkrankungen kein Einzelschicksal seien, sondern auch die ganze Familie, insbesondere die Kinder, davon betroffen sind.

Problematisch bei der Arbeit mit den Medien sei deren Interesse an immer neuen Themen, welches im Widerspruch zu einer kontinuierlichen und gründlicher Information stünde.

Geholfen habe bei der Verbreitung des Themas die Phantasielosigkeit der Medien. Bringt der eine das Thema, tue es auch der Nächste um konkurrenzfähig zu sein. Schwierig werde es hingegen nur dann, wenn das gleiche Thema nach einiger Zeit wieder gebracht werden soll.

Ein meiner Ansicht nach gelungenes Beispiel für eine Berichterstattung über das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ ist die Dokumentation „Wahnsinns-Kinder: Wenn die Eltern psychisch krank werden“ aus der Reihe 37grad des ZDF (ausgestrahlt am 22.10.02). Diese gibt einen guten Einblick in die Lebenslage die-

ser Kinder. Positiv ist auch, daß auf der ZDF-Homepage⁴ ergänzend zu der inhaltlichen Zusammenfassung des Beitrags auch bestehende Projekte (u.a. Auryn, Kipkel) vorgestellt werden und eine Link-Liste hineingestellt wurde. Diese Informationen sind heute (18.09.03) immer noch abrufbar.

Leider sind solche gut gemachten und informativen Sendungen noch eine Seltenheit in der Medienlandschaft.

8.2 Kooperation der unterschiedlichen Professionen

Nach Neunhöffer (2000: 6f) steht der ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst) bei der Kooperation und Unterstützung in Bezug auf Familien mit einem psychisch kranken Elternteil an erste Stelle. In ihrer Untersuchung gab es allerdings nur 28 Nennungen, d.h. nur etwa bei einem Drittel der Familien besteht eine Kooperation mit dem ASD. Sowohl die Sozialpädagogische Familienhilfe als auch die Haus- und Familienpflege kämen demnach nur vereinzelt zum Einsatz. Es wären auch Hilfen und Einrichtungen für Kinder erstaunlich wenig genannt worden. Aufgrund der einerseits häufig angegebenen Überlastung des psychisch kranken Elternteils und der andererseits geringen Nennung bei Unterstützung und Kooperation schließt Neunhöffer, daß ein deutlicher Ausbaubedarf an Hilfen besteht.

Gestützt wird diese Aussage durch den 10. Kinder- und Jugendbericht. Dort steht: „Hilfeangebote für Kinder bzw. für die ganze Familie sind völlig unzureichend ausgebildet. Zwar finden die Eltern Hilfe, ihr Status als Eltern und die Folgen der Erkrankung für ihre Kinder bleibe aber meist unberücksichtigt“ (BMFSFJ 1998: 117).

8.3 Erforderliche Maßnahmen

Im Folgenden soll auf die Ergebnisse des Arbeitskreises „Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“ welcher 1993 aus einer Initiative des Universitätskrankenhauses Eppendorf entstanden ist, eingegangen werden.

Teil nahmen Mitarbeiter der psychiatrischen Abteilung, der Ämter für Soziale Dienste, der Jugend- und Sozialpsychiatrischen Dienst der Bezirke, der sozialpädagogischen Familienhilfe, der pädagogischen Betreuung im eigenen Wohnraum,

⁴ <http://www.zdf.de/ZDFde/inhalt/4/0,1872,2019524,00.html>

des Betreuten Wohnens für psychisch Kranke, zeitweilig auch der Erziehungsberatungsstellen, den Gerichten und auch niedergelassene Ärzte usw. Jeder der Beteiligten war unsicher im Umgang mit der Problematik psychisch Kranker und Kindern. Erschwert wurde deren Zugang zu dieser Problematik auch durch personelle, inhaltliche und räumliche Mängeln. (Baumann 2000 103f).

„Zusammenfassung der nach Ansicht des Arbeitskreises bzw. Müllenmeisters (Punkt 8. u. 9.!) notwendige Maßnahmen:

1. Familien mit psychisch kranken Eltern sind als Einheit zu betrachten, die grundsätzlich als solche zu betreuen und zu behandeln ist; entsprechend sollen die notwendigen Maßnahmen einheitlich finanziert werden können.
2. Mutter-und-Kind-Einheiten bzw. Familieneinheiten in der stationären und halbstationären Psychiatrie, dem betreuten Wohnen, in Übergangs- und Wohneinrichtungen, im Rahmen der pädagogischen Betreuung im eignen Wohnraum.
3. Regionale Ambulanzen, die ein therapeutisches Angebot bereithalten und die übrigen Maßnahmen koordinieren und supervidieren können.
4. Bei Bedarf flexible Möglichkeiten getrennter Unterbringung bzw. Betreuung in Krisensituationen.
5. Sachgerechte Ausbildung und Supervision aller Beteiligten.
6. Vernetzung der Angebote.
7. Aufhebung starrer Betreuungsschlüssel und Betreuungsgrenzen, d.h. am individuellen Bedarf orientierte Bemessung von Betreuung.
8. Information über Situation der Kinder und ihrer Familien sowie bestehender Beratungs- und Hilfsangebote an verschiedenste Einrichtungen, in denen das Problem zukünftig besser wahrgenommen werden sollte, und

Unterstützung des Aufbaus von jugendlichen Selbsthilfe- bzw. Angehörigen-gruppen“ (nach Baumann 2000: 104).

8.4 Die Möglichkeiten der Jugendhilfe

Unter 7.3 wurde bereit auf die Handlungsmöglichkeiten der Jugendhilfe hingewiesen. Schone und Wagenblass untersuchten welche Arten der Hilfe von Familien mit einem psychisch kranken Elternteil in Anspruch genommen werden. Hierbei wird deutlich, daß der größte Teil der Familien Hilfen gewährt wird.

Tabelle 14: Gewährte Hilfen

Rang	Art der Hilfe	Absolut	in %
	Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie, davon ...	89	32,7
1	Allgemeine Familienförderung (§ 16 KJHG)	86	31,6
2	Betreuung/ Versorg. in Notsituationen (§ 20 KJHG)	2	0,7
3	gemeinsame Wohnformen (§ 19 KJHG)	1	0,4
	Hilfen zur Erziehung, davon ...	170	63,0
1	Vollzeitpflege (§ 33 KJHG)	56	20,6
2	SPFH (§ 31 KJHG)	54	19,9
3	Heimerziehung	51	18,8
4	Tagesgruppe (§ 32 KJHG)	4	1,5
5	Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 KJHG)	3	1,1
6	Erziehungsbeistandschaft (§ 30)	2	0,7
7	Soziale Gruppenarbeit (§ 29 KJHG)	0	0,0
	Eingliederungshilfe ... (§ 35 a KJHG)	7	2,6
	sonstige Hilfen	14	5,1
	keine Hilfe	23	8,5

Gewährte Hilfen durch das Jugendamt (n=272*) (Mehrfachnennungen)

*Für fünf Minderjährige lagen keine Angaben über die durch das Jugendamt geleistete Hilfe vor.

Quelle: Schone/ Wagenblast 2002: 91

Wie konkrete Hilfe in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil umgesetzt werden kann, soll am Beispiel der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) aufgezeigt werden.

Im Handbuch Sozialpädagogischer Familienhilfe (BMFSFJ 1998: 438) wird erläutert, wie eine SPFH auch mit Familien, die ein psychisch krankes Elternteil haben umgesetzt werden kann.

In der Regel gilt eine schwere psychische Erkrankung als Ausschlußkriterium für eine SPFH. Ist jedoch eine Basiskommunikation und eine grundsätzliche Beziehungsaufnahme möglich, kann eine SPFH durchaus eine Familie begleitend unterstützen, in der ein Familienmitglied nicht so funktioniert, wie es im Rahmen von Normalität erwartet wird, zusätzlich zu oder nach einer psychiatrischen Behandlung.

Bei der Arbeit mit einer Familie in der ein psychisch erkranktes Mitglied eine Familie wird deutlich, daß dieses entlastet werden muß, da es tendenziell eine Sündenbockfunktion in der Familie inne hat.

Besonders der Ehepartner neigt dazu, daß er sich aus der Situation herauszieht und die Verantwortung dem erkrankten Familienmitglied zuschreibt. Hier soll die Fachkraft der SPFH möglichst das nicht funktionierende Familienmitglied reparieren.

Es ist auch ein Problem, daß der/die Kranke ausgegrenzt wird.

Auch kann sich das erkrankte Familienmitglied wegen seiner Erkrankung und seinem „Nichtfunktionieren“ schuldig fühlen.

Die Aufgabe der SPFH liegt nun darin innerhalb der Familie einen Erkenntnisprozeß zu initiieren und den Anteil jedes einzelnen an der problematischen Situation zu sehen. Des weiteren sollte in der Familie eine möglichst klare Kommunikation über die gegenseitigen emotionalen Befindlichkeiten hergestellt werden.

Es muß mit der Familie erarbeitet werden, wie sie mit der Krankheit und dem erkrankten Familienmitglied in Zeiten von Krisen, z.B. bei psychotischen Schüben, umgehen und sich Hilfe organisieren können.

Zu den üblichen methodischen Ansätzen, Ressourcenorientierung und dem Versuch von Empowerment, ist es in diesen Familien auch sinnvoll und notwendig, daß sich die Fachkraft sich über das jeweilige Krankheitsbild informiert. Nur auf diese Weise können Fehleinschätzungen im Bezug auf den Erkrankten vermieden werden.

Mit dem psychisch Kranken sollten alltagspraktische Kompetenzen entwickelt, um sein Selbstwertgefühl zu stärken.

Eine weitere wichtige Aufgabe ist es, den Erkrankten zu ermutigen „ExpertIn“ für die eigene Krankheit zu werden. Mit diesem Wissen kann er die Verantwortung übernehmen, um selber rechtzeitig kommende Krisensituationen zu erkennen und Hilfe und evtl. Medikation heranzuziehen.

Für die Kinder muß ein Unterstützungsnetz aufgebaut werden, damit in etwaigen Krisen Anlaufstellen zur Verfügung stehen.

Die Möglichkeiten am Beispiel der SPFH zeigt, daß die Jugendhilfe durchaus in der Lage ist Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zu unterstützen. Sehr anschaulich wurde hier dargestellt, daß jedem Familienmitglied Unterstützung zu Teil kommen kann. So werden der Familie Kompetenzen vermittelt mit dem Erkrankten adäquat umzugehen.

Der kranke Elternteil wird unterstützt eigenverantwortlich mit seiner Erkrankung und im Bezug auf die Kinder wird die Entwicklung eines Unterstützungsnetzwerks angestrebt.

Nach Klärung der Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Jugendhilfe steht nun die Frage im Raum welchen Beitrag die Psychiatrie für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil leisten kann bzw. sollte.

8.5 Anforderung an die Psychiatrie

8.5.1 Eltern-Kind-Einheiten

In Deutschland wird die Möglichkeit einer gemeinsamen Aufnahme des kranken Elternteils und seiner Kinder selten explizit angeboten. Wenn eine Aufnahme erfolgt, dann in der Regel nach direktem Bedarf, wobei oft keine genauen Maßnahmen für den Umgang mit den Kindern vorliegen. Der Vorteil einer gemeinsamen Unterbringung ist die Vermeidung des Beziehungsabbruchs. Durch Beobachtung der Mutter kann auch festgestellt werden, ob die Mutter in der Lage ist, allein für das Kind zu sorgen oder ob nach Entlassung Hilfemaßnahmen bzw. Fremdplatzierung des Kindes sinnvoll sind.

Nach Hartmann (1999: 247) ist die stationäre gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind eine wichtige Ergänzung zur ambulanten Behandlung. Während es in anderen Ländern (z.B. England, Frankreich, Kanada) möglich sei, gäbe es eine solche gemeinsame Aufnahme in Deutschland eher selten. Wenn eine Aufnahme stattfände, dann seien es in der Regel unproblematische Fälle. Eine Aufnahme erfolge in Deutschland ausnahmslos auf psychiatrischen Allgemeinstationen. Spezielle Mutter-Kind-Einheiten gäbe es nicht. Der Grund hierfür läge in den Kosten. Nach Bundespflegegesetzverordnung würden nur die Kosten der Mutter übernommen. Die Bedeutsamkeit einer gemeinsamen Aufnahme sei bisher noch nicht begriffen worden.

Hier muß es zu einer anderen Sichtweise kommen. Der Gesetzgeber ist gefordert, diese Betreuungslücke zu schließen. Mehrfach wurde darauf verwiesen, daß die Aufrechterhaltung der Eltern-Kind-Beziehung für die Entwicklung des Kindes einen großen Stellenwert hat. Somit ist die Kostenübernahme einer gemeinsamen Aufnahme ein bedeutender Beitrag zur Stabilisierung dieser Kinder und deren Mütter.

8.5.2 Kindgerechte Räumlichkeiten für Besuche der Kinder

Ein großes Problem der Erwachsenenpsychiatrie liegt darin begründet, daß es in der Regel keine Räumlichkeiten gibt, in denen Kinder ihre Eltern geschützt besuchen können. Der Besuch auf der Station kann für Kinder sehr belastend sein, da sie dort zusätzlich mit den Problematiken der Mitpatienten konfrontiert sind. Hinzu kommt, daß der Besuch auf der Station für Kinder in der Regel untersagt ist. Durch diesen Umstand kommt es zu einem Beziehungsabbruch zwischen Kind und erkrankten Elternteil. Wird das Kind zusätzlich über die genaue Lage des erkrankten Elternteils nicht informiert ist für Phantasien und Ängste Tür und Tor geöffnet.

8.5.3 Ansprechpartner auch für die Kinder sein

Wie schon in den Beschreibungen der heute erwachsenen Kinder deutlich wurde, haben Kinder den Wunsch einen Ansprechpartner zu haben; einer, der sie über die Situation der Mutter/des Vaters aufklärt und wo zu dem mit ihren Sorgen hin gehen können. In der Untersuchung von Bohus et al. 1998 (vgl. 61.1) wurde deutlich, daß die behandelnden Ärzte eher selten Kontakt zu den Kindern haben. am dieser Stelle soll auf die Aussage von **Dorothea A.** unter 6.3 verwiesen werden. Sie wünschte sich von der Ärzten mehr Unterstützung und Möglichkeit Fragen zu stellen.

Bis hierhin wurde deutlich, daß sowohl die Jugendhilfe als auch die Psychiatrie gefordert sind Kinder psychisch Kranker Eltern wahr zunehmen. Die Jugendhilfe hat im Rahmen der Gesetzgebung eine Vielzahl an Möglichkeiten unterstützend einzugreifen. Die Möglichkeiten der Psychiatrie sind aus Gründen der Kosten Übernahme stark eingeschränkt. Sie hat weder personell noch räumlich die Chance den Kindern adäquat zu Helfen.

Scheinbar ist die Kooperation der verschiedenen Fachrichtungen ein guter Lösungsansatz gezielt Hilfe anzubieten. Voraussetzung ist, daß die gesamte Familie als Adressat der Hilfe gesehen wird.

Doch bestehen laut Wagenblass und Schone (2002: 96f) Spannungsfelder zwischen den beiden Institutionen welche eine Zusammenarbeit erschweren können.

8.6 Spannungsfelder zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe

Beide Institutionen haben unterschiedliche Zugangsweisen zu der Problematik Psychisch kranke Eltern und deren Kind.

So erfolgt der psychiatrische Zugang auf Grundlage medizinischer, diagnostischer und therapeutischer Aufträge und Methoden.

Bedingt durch die Abkehr von der Anstaltsmedizin und dem Ausbau des ambulanten Versorgungssystems entwickelte sich das Leitbild der gemeindenahen und personenzentrierten Hilfen.

Die Hilfe für psychisch kranke Menschen soll sich an deren persönlichen Lebensumfeld orientieren und deren Ressourcen sollen mit einbezogen werden. Allerdings begrenzt sich die psychiatrische Sichtweise auf die Familie in der Regel auf erwachsene Familienmitglieder. Nur selten werden psychisch Kranke als Eltern wahrgenommen und Kinder haben.

Werden die Kinder doch wahrgenommen geschieht dies aber nicht vor dem Hintergrund möglicher Belastungen für die Kinder sondern eher im Bezug darauf, welchen Beitrag das Kind für die Gesundung des Elternteil leisten kann. Im Mittelpunkt steht das Wohl des Patienten, bzw. aus Sicht der Jugendhilfe formuliert, das Wohl der (kranken) Eltern.

Im Vergleich dazu zielt die Jugendhilfe auf positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und junge Menschen und ihre Familien zu schaffen und Hilfen für Not- und Krisensituationen bereit zu halten ab. Der § 1 Abs. 3 SGB VIII verweist darauf, daß Jugendhilfe nicht nur reaktiv familiäre Probleme bearbeiten soll, sondern fordert explizit auf, sich aktiv und präventiv einzumischen, wenn die Rechte und Interessen von Kindern beeinträchtigt werden. Die Angebote der Jugendhilfe beinhalten allgemeine Familienförderung, die Kindertagesbetreuung, die Jugendarbeit oder Familienbildung. Sobald eine Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen zu einer Kindeswohlgefährdung führt, ist es Aufgabe des Jugendamtes, den Schutz von Kindern sicherzustellen und entsprechende Beratungs-, Unterstützungs- und Krisenbewältigungsangebote zur Verfügung stellen. hier stehen im Mittelpunkt die Bedürfnisse und damit das Wohl der Kinder und Jugendlichen, die aus Sicht der Psychiatrie allenfalls als Angehörigen gesehen werden.

Da die Sichtweisen und Bewertungsgrundlagen, auf die sich Hilfsangebote von Psychiatrie und Jugendhilfe beziehen, nicht identisch sind, können strukturelle Konflikte in der Zusammenarbeit der beiden Systeme auftreten.

Die Wahrung der Interessen des erkrankten Elternteils und die Wahrung der Interessen der Kinder sind nicht immer bruchlos miteinander vereinbar.

Auf Grund dieser Unterschiede kommt es zu strukturellen Konfliktlinien in der Zusammenarbeit der beiden Systeme.

„Die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien finden an der Schnittstelle von Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe statt. Solche Schnittstellen bergen immer eine Vielzahl von Risiken, Konfliktlinien und Spannungsfeldern, die bei der Konzipierung der Hilfsangebote systematisch berücksichtigt werden müssen“ (Wagenblass 2001a: 583 vgl. hierzu Schone/ Wagenblass 2002: 146ff).

8.6.1 Spannungsfeld I: Zwischen Kindeswohl und „Elternwohl“

Mit diesem Spannungsfeld beschreiben Wagenblass und Schone (2001) das Dilemma der unterschiedlichen Parteilichkeit von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Rechtlich stehen sich hier der unbestimmte Rechtsbegriff des Kindeswohls (z.B. in § 50 Abs. 3 KJHG, § 1666 BGB) und der klassische Begriff des Elternrechts gegenüber gestellt.

Der Begriff des Kindeswohls gilt als Legitimationsgrundlage für staatliche Hilfeleistungen (Hilfen zur Erziehung) oder staatliche Eingriffe (ins elterliche Sorgerecht). Um das spezifische Spannungsfeld zu beschreiben verwenden Wagenblass und Schone den Begriff „Elternwohl“.

Zu einem solchen Spannungsfeld kann es dann kommen, wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung und einer damit evtl. psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit von Eltern (-teilen) der Familie und damit auch den Kindern oft eine wichtige Rolle zugeschrieben wird.

Gut verdeutlichen lässt sich dies durch ein von Wagenblass und Schone angeführtes Interviewzitat, welches eine an eine Sozialarbeiterin gerichtete Aufforderung eines Psychiaters darstellt:

„Nehmen Sie der Frau doch um Gottes Willen nicht das Kind weg. Es ist der letzte Halt, den sie noch hat“ (2001a: 584).

Hier treffen zwei professionelle Helfer aufeinander, welche für ihre Klienten Partei ergreifen; der Psychiater für die Mutter und die Sozialpädagogin für das Kind. Problematisch wird es dann, wenn die Interessen von Mutter und Kind sich derart entgegenstehen, daß eine von beiden droht, Schaden zu nehmen. Hier ist ein wechselseitiges Verständnis und sensibles Aushandeln zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie angezeigt. Es muß ein Weg gefunden werden, den Interessen von Mutter (Vater) und Kind gleichermaßen gerecht zu werden.

8.6.2 Spannungsfeld II: Zwischen Hilfen und Kontrolle

Die gesetzliche Verpflichtung der Jugendhilfe, die Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen (*Hilfedimension*), steht dem Auftrag, Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen (*Kontrolldimension*) (vgl. § 1 Abs. 3 KJHG) gegenüber. Dies wird als das „doppelte Mandat“ bezeichnet. Die Jugendhilfe muß sich sowohl für die Belange der Eltern als auch der Kinder einsetzen.

In bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit ist festzustellen, daß psychisch kranke Eltern ein Recht auf Elternschaft haben und Kinder psychisch kranker Eltern ein Recht auf die Sicherung des Kindeswohls.

Eindeutig wird die Lage, wenn die Gefahr des Kindeswohls nicht anders als durch Anwendung des § 1666 Abs. 1 BGB abgewendet werden kann (vgl. 7.3). Dies ist dann der Fall, wenn „die altersgemäße Entwicklung des/der Minderjährigen durch soziale, psychosoziale oder individuelle Lebenssituation gefährdet ist und konkrete Schäden für seine körperliche, geistige oder seelische Gesundheit befürchtet wird“ (Wagenblass / Schone 2001a: 581f).

Eine elterliche psychische Erkrankung stellt nicht gezwungenermaßen eine Gefährdung dar. Eine Intervention kann hierbei in akuten psychischen Krisen des Elternteils oder auch bedingt durch das elterliche Verhalten begründet sein.

Angebote für Kinder in diesem Handlungsfeld verstehen sich in der Regel als Schutzraum für diese.

Zu Konflikten in der Handlungsebene kann es in Situationen kommen in denen die Kinder ihre Sorgen und Probleme mitteilen. Je nach Ausprägung dieser müssen eine Gefährdung für die Kinder vermieden und gegebenenfalls Interventionen eingeleitet werden. Diese Problematik kann die Kinder in einen Loyalitätskonflikt dem erkrankten Elternteil gegenüber bringen.

8.6.3 Spannungsfeld III: Zwischen Prävention und Intervention

Nach Wagenblass und Schone (2001a: 585) verfügt die Jugendhilfe über ein sehr breites Spektrum präventiver Angebote (vgl. 7.3), die allerdings oft nicht als solche wahrgenommen werden. Diese Angebote bestehen auch dann, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung (noch) gewährleistet ist oder scheint. Da spezielle präventive Ansätze in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern mit einigen Ausnahmen wenig institutionalisiert sind erfahren diese Kinder erst dann spezielle Aufmerksamkeit und wirkungsvolle Hilfe, wenn die Probleme eskalieren. In solchen Situationen, wo die Prävention versagt oder nicht stattgefunden hat, geht es dann oft um die Frage, ob ambulante sozialpädagogische Hilfe und Unterstützungsmaßnahmen noch ausreichen oder ob die Kinder/Jugendlichen bei den Eltern bleiben können oder eine Unterbringung in Pflegefamilie oder Heimen oder eine Behandlung in der Kinde- und Jugendpsychiatrie angezeigt ist. Oft greifen diese Angebote zu spät, da bereits erhebliche Folgen ausgebliebener Hilfe und Unterstützung für die Kinder zu beklagen sind.

8.6.4 Spannungsfeld IV: Zwischen Kindbezug und Elternbezug

Laut Wagenblass und Schone (2001a: 586) hat die Praxis gezeigt, daß Angebote für Kinder langfristig nur dann effektiv sind, wenn gleichzeitig begleitende Elternarbeit stattfindet.

Das Problem liegt hierbei darin begründet, daß die Eltern zu einem durch Angebote für die Kinder in einer neuen Art und Weise in ihrer eigenen Krankheit konfrontiert, zum anderen können die durch die Angebote initiierten Veränderungen und Stärkungen der Kinder als Bedrohung oder Angriff gegen die Eltern erlebt werden. Hierdurch kann es zu neuen Konflikten und Spannungen innerhalb der Familien kommen, was zu kontraproduktiven Effekten führen kann. Die Eltern müssen die Veränderungen der Kinder akzeptieren und auch aushalten. Dies erfordert gegebenenfalls auch Veränderungen auf Seiten der Eltern und der Eltern-Kind-Beziehung.

Aus diesem Grund beinhalten auch viele Konzeptionen kindbezogene, elternbezogene und auf die Eltern-Kind-Beziehung ausgerichtete Anteile, ohne dabei jedoch die Interessen der Kinder zu vernachlässigen oder haben in der Erprobung des Projektes ihre Konzepte um die jeweiligen Anteile erweitert.

8.6.5 Spannungsfeld V: Zwischen Besonderung und Normalisierung

Wagenblass und Schone verweisen darauf, daß spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern in geschützten Räumen notwendig und sinnvoll sind. Es dürfe dennoch nicht vernachlässigt werden, daß Angebote auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt sind. Demnach erweist es sich als sinnvoll, eine Nachsorge (Nachsorgegespräche, Kindersprechstunden) und Ansätze zu Integration der Kinder in bestehende soziale Netzwerke (Sportvereine, Jugendverbände) in Konzeptionen strukturell zu verankern (vgl. 7.2).

8.6.6 Spannungsfeld VI: Zwischen Niederschwelligkeit und Komm-Struktur

Bei der Inanspruchnahme öffentlicher Hilfe zeigen sowohl Eltern als auch die Kinder eine gewisse Scheu.

Auch wenn Hilfe in Anspruch genommen wurde, sind offen Gespräche über die psychische Erkrankung wenig möglich. Als Grund für die Inanspruchnahme von Jugendhilfeleistungen werden eher die Störungen der Kinder von den Eltern angegeben als die dahinter liegende psychische Störung des Vaters und/oder der Mutter thematisiert.

Hier greift wieder das System der Tabuisierung.

Wagenblass und Schone (2001a: 587) verweisen darauf, daß die Verleugnung und Tabuisierung der Krankheit auf mehrere Ebenen stattfindet und in ihrem Zusammenwirken folgenreiche Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem haben.

Aus diesem Grund ist die Inanspruchnahme von Hilfe oft mit Angst verbunden. Es wird befürchtet, daß diese Tabus aufgebrochen werden und sie somit die familiäre Problemlagen offenbaren müsse.

Dies führt dazu, daß die Komm-Struktur vieler Einrichtungen und Angebote die Kontaktaufnahme mit den betroffenen Familien zusätzlich erschweren. Dies führt dann dazu, daß solche Angebote in der Regel kaum nachgefragt werden.

Die Praxis zeigt, daß die Akzeptanz eines Angebots dann zunimmt, wenn die Eltern die Möglichkeit haben, nicht nur direkt über die Auswirkungen ihrer Erkrankung auf die Kinder, sondern auch indirekt über Erziehungsfragen oder Beziehungsprobleme in Kontakt treten können.

Auch bewährt sich hierbei das direkte Aufsuchen der Eltern in den Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungsnetzes mit einer offenen Elternsprechstunde (vgl. 7.3 Tag des Kindes).

Nach Wagenblass und Schone (2001a: 588) setzt dies jedoch bereits eine gewisses Zusammenarbeit von Psychiatrie und Jugendhilfe voraus. Dies verweise nochmals auf die zentrale Bedeutung des Ausbaus von Kooperationsbeziehungen. Erst durch eine gegenseitige Öffnung, kann der Tabuisierung entgegengewirkt und eine Inanspruchnahme von (präventiven) Hilfen gefördert werden.

8.6.7 Spannungsfeld VII: Zwischen Impulsfinanzierung und Regelfinanzierung

Neben den Problemen, die sich aus den unterschiedlichen Herangehensweisen der Professionen ergeben, steht das der Finanzierung im Raum. Wagenblass und Schone verweisen darauf, daß die dauerhafte Finanzierung eines Angebotes ein grundlegendes Problem ist. Es würde viel Initiative und Kreativität der Träger und der Mitarbeiter/-innen erfordern. Zu Beginn würden Projekte oft über Spenden oder Modellförderungen initiiert. Läuft diese Impulsfinanzierung ab, kann es zu einer existentiellen Krise kommen. Als zentrale Ursache für das fehlen geeigneter Kooperations- und Vernetzungsprojekte nennen sie die unterschiedliche Kostenzuständigkeit; Jugendhilfe, Sozialhilfe, Krankenkassen.

Um bestimmte Angebote, z.B. stationäre Aufnahme von Mutter und Kind, dauerhaft finanzieren zu können sind die Kostenträger aufgefordert eine weitaus höhere Flexibilität und Weitsicht und damit die Bereitschaft zur Mischfinanzierung zu zeigen.

9 Bestehende Projekte

Eine eigene kleine Stichprobe an Hand von 17 Briefen an Einrichtungen der Jugendhilfe und den Bereich Psychiatrie ergab, daß es in Lüneburg keinerlei spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern gibt. Es wurde aber deutlich, daß diese Problematik durchaus in der täglichen Arbeit eine Rolle spielt. Sei es, daß die Einrichtung Kinder betreut, die psychisch kranke Eltern haben oder psychisch kranke Erwachsene betreut werden, die Kinder haben.

Mittlerweile sind eine Vielzahl an Modellprojekten entstanden, die sich explizit mit der Problematik Kinder psychisch kranker Eltern auseinandersetzen. Durch deren Erfahrungen, lassen sich Handlungsansätze auch für nicht spezialisierte Hilfen entnehmen.

Um eine Anregung zu geben, wie gezielte Hilfe aussehen kann, werden im folgenden einige bereits bestehende Projekte beschrieben.

9.1 Förderkreis KIPKEL e.V.

Der Förderkreis KIPKEL e.V. entwickelte ein Hilfs- und Beratungsangebot zur Prävention psychischer Erkrankungen unter Einbeziehung der Kinder- bzw. Jugendhilfe sowie der Erwachsenenpsychiatrie. Dieses Projekt wird im mittleren und südlichen Kreisgebiet Mettmann in enger Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Diensten Mettmann und Hilden und der Praxis für Kunst und Psychotherapie Haan durchgeführt. Von diesem Angebot sollen Familien mit minderjährigen Kindern, in denen ein oder beide Elternteile an einer endogenen Psychose oder schweren Persönlichkeitsstörungen leidet/ leiden, angesprochen werden.

Ziel ist es, die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder in ihrem schwierigen familiären Umfeld zu unterstützen.

Angeboten werden neben Familiengesprächen vor allem Einzelkontakte und Gruppenarbeit für die Kinder und Informationsgespräche für die Eltern.

Die Kinder werden sachlich über die elterliche Erkrankung aufgeklärt, und es wird ihnen die Gelegenheit gegeben, durch künstlerisches Gestalten und spielerisches Tun die überfordernden Erlebnisse emotional zu verarbeiten. Zusätzlich werden die Eltern in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt und können somit ihrer Verantwortung besser gerecht werden.

In der Abschlußphase der Betreuung sucht sich das Kind eine Vertrauensperson aus dem Umfeld der Familie aus, an welche es sich in Krisensituationen wenden kann. Zur Vermeidung plötzlicher Kontaktabbrüche und um für die Kinder ein weiteres Sicherheitsnetz zu erhalten, bieten die Kindertherapeuten in der Praxis für Kunst und Psychotherapie einmal im Monat eine offene Sprechstunde an. Hier können die Kinder ohne Voranmeldung Beratung und Hilfestellung erhalten (Hipp [http: 19.01.03](http://19.01.03)).

9.2 PFIFF e.V.

Nach Szylowicki (2001: 103ff) ist PFIFF e.V. eine Einrichtung, welche sich aus der Bereitschaftspflege entwickelte. Es wurde eine kurzfristige Unterbringung von Kindern als Krisenintervention für die Zeitdauer der Perspektivenklärung angeboten. Eine Pflegeelternschule bietet Information, Vorbereitung und Qualifizierung von Pflegeeltern vorbereitend auf und begleitend während ihrer Tätigkeit an. Eine weitere Säule ist die Werbung und Öffentlichkeitsarbeit welche zur Aufgabe hat die Öffentlichkeit, zu informieren und neue Pflegestellen anzuwerben.

Die Erfahrung zeigt, daß die Instrumente Dauerpflege und Bereitschaftspflege, mit deren Einsatz der Träger über jahrelange Erfahrungen verfügt, häufig dann unzureichend sind, wenn es sich um junge und/oder psychisch kranke Eltern/Mütter handelt.

Psychisch kranke Mütter können ihr Kind in Phasen der Erkrankung nicht eigenständig versorgen; ansonsten können sie die Kinder aber ausreichend versorgen.

Da diese Kinder dann häufig fremd betreut werden mußten, wurde PFIFF e.V. gefragt, ob die Kinder nicht in derselben Bereitschaftspflegestelle erneut untergebracht werden könnten.

Aus diesem Grund kam PFIFF e.V. auf die Idee, Familien mit entsprechenden Ressourcen und Familien und Kinder ohne stabile, verfügbare soziale Netze zusammenzubringen und damit ein nachbarschaftliches, familiäres Modell nachzugestalten. Dieses Angebot sollte nicht professionelle, hochschwellige, intensive Hilfe am Eskalationspunkt, sondern niederschwellige, im Alltag entlastende Krisenintervention darstellen.

Nach Szylowicki fördern Patenschaften die Dyade Mutter und Kind, das heißt, sie unterstützen grundsätzlich deren Zusammenleben und akzeptieren dem Grunde

nach die Unzulänglichkeiten beziehungsweise Ausfälle der Mütter. Hierbei wird allerdings nie das Wohl der Kinder aus den Augen gelassen.

Die Patenschaften vereinen eher professionelle Elemente der Tagespflege (Betreuung und Förderung der Kinder) und der Bereitschaftspflege (flexible Krisenintervention) mit alltagspraktischen, quasi familiären, verwandtenähnlichen, niederschweligen Angeboten der Unterstützung und Hilfe für das familiäre System.

Sie können im geschilderten Kontext folgendes bewirken:

„Für die Mütter bieten Patenfamilien:

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

Für die Kinder bedeutet eine Patenfamilie:

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

Für den Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) leisten Patenfamilien:

- ? zusätzliche Erkenntnisse für die weitere Perspektivenplanung.
- ? die Absicherung einer Entscheidung für oder wider eine Fremdplatzierung.
- ? die Abfederung der Übergänge zwischen unterschiedlichen Betreuungsformen oder -intensität“ (Szyłowicki 2001: 109f.).

9.3 Kindergruppe Windlicht

Die „Kindergruppe Windlicht“ (Hartmann/ Schneider /Franken 2000) ist eine sozialtherapeutisches Gruppenangebot für Kinder von psychisch kranken Eltern in Hamburg.

Im Februar 1999 entstand dieses innerhalb des Margaretenhortes und im Rahmen der ambulanten Betreuungsangebote für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Angelehnt ist es an das Hamburger Kinderprojekt „Auryn“ der Universitätsklinik Eppendorf.

Für die Dauer des Projektes bildete sich eine geschlechtsgemischte Gruppe im Alter von 6 bis 8 Jahren. Aus räumlichen Gründen ergab sich eine Begrenzung auf 4 Kinder. Seither trifft sich dies Gruppe einmal wöchentlich für zwei Stunden. Geleitet wird die Gruppe von zwei Therapeutinnen, die bereits mehrjährige Erfahrungen in der therapeutischen und sozialpädagogischen Arbeit mit Kindern haben.

Als begleitendes Angebot zu der Kindergruppe gibt es eine Elterngruppe. Zielsetzung ist es, die Eltern miteinander in Kontakt zu bringen und sie zu ermutigen, sich über ihre jeweiligen Erfahrungen mit den Kindern auszutauschen. Auch werden den Eltern eine Beratung bei Unsicherheiten und Fragen im Umgang mit ihrem Kind und die Entlastung der Eltern von Schuld und Versagensängsten gegenüber ihren Kindern angeboten.

Die Konzeption der Kindergruppe Windlicht orientiert sich an den in dieser Arbeit als Belastungen der Kinder im Alltag bezeichneten Problematik, hier: Überforderung, Schuldgefühle, Parentifizierung, Tabuisierung, Verleugnung, Isolation. Ziel und Aufgabe der „Kindergruppe Windlicht“ ist es, den Kindern psychisch kranker Eltern einen Raum zugeben, in dem sie erfahren, daß sie ihre Gefühle zulassen können und mit ihren Problemen nicht alleine sind. Die Kinder sollen sich in einer Atmosphäre von Anerkennung und Sicherheit in der Gruppe einen Ort finden, an dem sie entlastet werden und Erlebnisse bearbeiten können, welche besonders tabubelastet sind.

„Ein Beispiel:

Die 6 jährige Lilien, die die Kindergruppe besucht, hat bereits in ihrer frühen Kindheit schwerste körperliche Gewalterfahrungen durch ihre psychisch kranke Mutter erlitten. Das Thema „Gewalt“ ist in der Familie tabuisiert. Lilien verhielt sich bei einem Gruppentreffen besonders aggressiv gegenüber einem Jungen; wie im Affekt greift sie ihn und zerrt ihn zu Boden. Das angegriffene Kind weint und will sich zurückziehen. Auf unsere Frage, ob sie auch so etwas kennt, kommen ihr die Tränen. Sie ist nun bei ihren eigenen Gefühlen, denen wir uns jetzt widmen können“ (Hartmann/ Schneider /Franken 2000 6).

Angestrebt ist eine Entlastung durch die Gruppe indem das Gemeinschaftsgefühl gestärkt wird, die Kinder erleben, daß sie mit ihren Problemen nicht allein sind. Innerhalb des Gruppenablaufs werden durch wiederkehrende Rituale Struktur und Sicherheit vermittelt, es werden tragfähige, korrigierende Beziehungen angeboten, welche die emotional, kognitiv das praktische Handeln unterstützende Funktionen erfüllen und in denen Bindung wie auch Eigenständigkeit möglich sind.

Auch wird über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der/des kranken Elternteil/s aufgeklärt. Des weiteren sollen die Kinder von Schuldgefühlen und der Parentifizierung entlastet werden und Raum finden, in dem ihre alters- und kindgemäße Entwicklung zu gelassen wird.

Um die Kinder in ihrem Ausdruck der eigenen Wahrnehmungen und Gefühle zu unterstützen, werden unterschiedliche ausdrucksfördernde Mittel angeboten.

Hierzu gehören Rollenspiel, Handpuppen (Tiere), Malen, Plastizieren und Musikinstrumente.

10 **Schlußbetrachtung**

Eingangs wurde die Frage aufgeworfen, ob es verantwortbar ist, Kinder bei ihren psychisch kranken Eltern zu belassen.

Um dies festzustellen, wurde die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern beleuchtet.

Das Leben mit einem psychisch Kranken hat weitreichende Auswirkungen auf das Familiensystem und ist mit einer Vielzahl von Belastungen, insbesondere für die Kinder, verbunden.

Im Alltag übernehmen die Kinder Aufgaben, die eigentlich von den Erwachsenen wahrzunehmen wären. Erstes Ziel einer Intervention an dieser Stelle sollte die Entlastung der Kinder sein; z.B. durch eine Haushaltshilfe.

Auch ist es sinnvoll, die Kinder darin zu bestärken, Freizeitaktivitäten nachzugehen. Als besonders geeignet erscheinen Vereine. Dort haben die Kinder die Chance, Kontakt zu Gleichaltrigen zu bekommen. Dadurch können sie sich ihrem Alter gemäß verhalten.

Doch nicht nur der Alltag ist von der psychischen Erkrankung eines Elternteils stark beeinträchtigt. Es konnte aufgezeigt werden, daß eine elterliche psychische Erkrankung sowohl die Eltern-Kind-Beziehung negativ beeinflusst, als auch die kindliche Entwicklung. Die Auswirkungen sind von der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung sowie dem Alter des Kindes abhängig.

Auch ist das Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern selber einmal psychisch zu erkranken, erhöht. Hierbei muß aber berücksichtigt werden, daß die elterliche Erkrankung nur ein Risikofaktor für eine eigene Erkrankung darstellt.

Vielmehr sind es multifaktorielle Einflüsse, die eine psychische Erkrankung begünstigen. Hierzu gehören die genetischen Anlagen des Kindes, soziale Gegebenheiten, die Qualität von Beziehungen.

Generell spricht dies nicht gegen den Verbleib von Kindern bei ihrem psychisch kranken Elternteil.

Damit sich die Kinder möglichst positiv entwickeln können, müssen aber gewisse Bedingungen erfüllt sein.

Für die kindliche Entwicklung ist eine zuverlässige Bezugsperson von großer Bedeutung. Dies ist in der Regel, besonders bei jüngeren Kindern, die Mutter.

Die Chemnitzer Studie (vgl. 2.1.2) belegt, daß am häufigsten Mütter der psychisch kranke Elternteil sind.

Aus diesem Grund brauchen die Kinder eine weitere zuverlässige Bezugsperson. Handelt es sich um eine intakte Familie, kann das der Ehepartner sein oder auch ein anderer Verwandter. Ist die Mutter alleinerziehend, muß eine andere Lösung gefunden werden. Am geeignetsten erscheint hier das Patenelternkonzept (vgl. 9.2). Hier finden sowohl die Kinder als auch die Mutter Sicherheit. Die Möglichkeit, daß die Kinder regelmäßigen Kontakt zu ihren Pateneltern haben, unterstützt den Aufbau einer zuverlässigen Beziehung.

Das größte Problem aus Sicht der Kinder ist die ihnen entgegentretende Mauer des Schweigens. Sie merken, daß mit ihrer Mutter bzw. ihrem Vater etwas „nicht stimmt“.

Eine kindgerechte Aufklärung über die Situation des erkrankten Elternteils entlastet die Kinder. Es ist ein Trugschluß, davon auszugehen, die Kinder müßten geschont werden. Das Verheimlichen ändert schließlich nichts an der Tatsache, daß die Kinder z.B. die merkwürdigen Verhaltensweisen des kranken Elternteils mitbekommen. Werden ihnen diese nicht erklärt so bleibt die Deutung ihrer eigenen Phantasie überlassen.

Die Kinder brauchen einen Ansprechpartner zu dem sie jederzeit mit ihren Probleme gehen können. Im Idealfall ist das der gesunde Elternteil. In der häuslichen Umgebung fällt es oft leichter über eigenen Sorgen zu sprechen.

Aber auch Projekte wie die Auryngruppen (6.4.4.2) sind eine gute Möglichkeit für die Kinder offene Fragen ohne Scham und Schuldgefühl zu stellen.

Doch von den heute erwachsenen Kindern wird auch gefordert, daß Kinder bei einem stationären Aufenthalt des erkrankten Elternteils von dem Klinikpersonal wahrgenommen werden sollen.

In der Regel können Kinder ihre kranke Mutter oder ihren kranken Vater gar nicht auf der Station besuchen.

Die Erwachsenenpsychiatrie muß sich für die „kleinen Angehörigen“ mehr öffnen. Räume, in denen sie ihre Eltern treffen können, wären eine gute Möglichkeit,

den Kontakt zwischen Eltern und Kindern aufrechtzuerhalten. Dies ist sowohl für den Patienten als auch die Kinder von Vorteil.

Auch fehlt es in der Bundesrepublik Deutschland an genügend Möglichkeiten, Eltern und Kinder gemeinsam aufzunehmen. Dies hätte sowohl für den Patienten, als auch die Kinder Vorteile. Neben der Vermeidung des Beziehungsabbruchs kann bei einer gemeinsamen Aufnahme der Umgang der Mutter mit ihrem Kind beobachtet und angeleitet werden.

Die Möglichkeiten der Jugendhilfe, Kinder psychisch kranker Eltern zu unterstützen, sind vielfältig. Das Beispiel der SPFH (vgl. 8.4) zeigt, daß die gesamte Familie betreut werden kann, also auch der psychisch Kranke mit einbezogen wird.

Dieser Ansatz zeigt, was das Ziel einer Intervention sein sollte. Die Familie dazu zu befähigen, mit der Erkrankung umzugehen und die eigenen Gefühle zu äußern, die Kinder zu entlasten und ihnen die Möglichkeit zu geben Kind zu sein.

Wichtig bei der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern ist es, daß der Sozialpädagoge Kenntnis über psychische Erkrankungen besitzt und sich der Auswirkungen dieser auf die Kinder bewußt ist.

Als Gesamtfazit läßt sich feststellen, daß Kinder psychisch kranker Eltern zwar eine Risikogruppe darstellen, aber nicht gezwungenermaßen Auffälligkeiten entwickeln müssen. Je früher die Kinder unterstützt werden, desto wahrscheinlicher können Auffälligkeiten vermindert werden.

Diese Kinder dürfen nicht als potentielle psychisch Kranke gesehen werden, sondern als Kinder in einer schwierigen Lebenslage.

11 Literaturverzeichnis

A.P. (2001): Die Depression ist eine Dame in Schwarz; in: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hg.): ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn, S. 31-37

AJS, Aktion Jugendschutz Sachsen e.V. (2001): info – Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz, Ausgabe 01

Amann, G. (1996): Förderung psychischer Gesundheit an Schulen: Ergebnisse einer Schulbuchanalyse, in: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 43. Jg., S. 23-39

Angermeyer M.; Matschinger H.; Holzinger A. (1997): Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker, in: Psychiatr. Praxis, Heft 24, S. 215-220

Arnold, K.; Lang, E. (1989): Schule und Gesundheitserziehung, in: Pädagogische Rundschau, Heft 40, S. 435-448

Baumann, K.K. (2002): „Ver-rückte Kindheit“: Probleme und Hilfsmöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Marburg

Beckmann, O.; Szylowicki, A. (2002): Patenschaften für Kinder psychisch kranker und/oder junger Mütter: Auswertung des Modellprojektes zur flexiblen familiären Krisenintervention. Hamburg

Beeck, K. (2000): Aufwachsen im Wechselbad der Gefühle, in: Die Kerbe, Heft 3, S. 14-18

Bern, K. (2001): Eine beängstigende Krankheit, in: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hg.): ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn, S. 12-24

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1999): Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. 3. überarb. Aufl. Berlin

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (1998): Zehnter Kinder- und Jugendbericht – Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistung der Kinderhilfe in Deutschland. Bonn

Bock, Th.; Deranders, J.E.; Esterer, I. (1994a): Im Strom der Ideen – Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. 4. Aufl. Bonn

Bock, Th.; Deranders, J. E.; Esterer, I. (1994b): Stimmenreich – Mitteilungen über den Wahnsinn; 4. Aufl. Bonn

Böhme, F. (2001): Zur Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern in Chemnitz: Eine Fallstudie im Rahmen des AURYN-Programms für betroffene Kinder, in: *AJS, Aktion Jugendschutz Sachsen e.V. (Hg.): info – Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz*, Ausgabe 01, S. 7-9

Bohus, M.; Scher, K.; Berger-Sallwitz, F.; Novelli-Fischer, U.; Stieglitz, R.D.; Berger, M. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewußtsein im klinischen Alltag, in: *Psychiatr. Praxis*, Heft 25, S. 134-138

Brandes, U.; Held, E.; Brümmer-Hesters, M.; Gerdes, C. (2001): Klinik? – Aber nicht ohne mein Kind!, in: *Psychiatr. Praxis*, Heft 28, S. 147-151

Bürgermeister, U.; Jost, A. (2000): Kinder schizophrener Mütter; *Sozial-psychiatrische Information*, Heft 2, S. 3-7

Christiansen, V.; Pleininger-Hoffmann, M. (2001): Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Familiensysteme, in: *ISA, Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.)* (2001): *Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis*, Heft 21. Münster; S. 65-72

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie: Kinder psychisch kranker Eltern, Heft 7/2001

Creer, C.; Wing, J. (1977): Der Alltag mit schizophrenen Patienten, in: *Katschnig, H. (Hg.): Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause.* München, S. 97-166

Dellisch, H. (1989): Kinder schizophrener Mütter, in: *Acta Paedopsychiatrica*, Heft 52, S. 266-270

Deneke, Ch. (1995): Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern, in: *pro familia magazin*, Heft 4, S. 5-7

Deneke, Ch. (1999): Präventive Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Säuglingen, in: *Romeike, G. (Hg.): Hilfen für Kinder: Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie.* Weinheim u.a., S. 149-161

Dörner, K.; Egetmeyer, A.; Koening, K. (1991): *Freispruch der Familie – Angehörige, Patienten und die Psychiatrie.* Bonn

DPH, Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (o.J.): *Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat... – Wie geht es dann den Kindern?*

Duché, D.-J. (1987): *Das Kind in der Familie; Originalausgabe: L'enfant au risque de la famille.* Paris 1983

Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter: Gegenwärtiger Stand der Forschung, in: Der Nervenarzt, Bd. 68, Nr. 9, S. 683-695

Engfer, A. (1993): Kindesmißhandlung und sexueller Mißbrauch, in: Markefka, M.; Nauck, B. (Hg.) (1993): Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied u.a., S. 617-629

Ernst, K. (1978): Die Belastung der Kinder hospitalisierungsbedürftiger Psychischkranker. Eine vorwissenschaftliche Schätzung, in: Der Nervenarzt, Bd. 49, S. 427-431

Esterer, I. (1994): Irrende Gespräche, in: Bock, Th.; Deranders, J. E.; Esterer, I. (Hg.): Stimmenreich – Mitteilungen über den Wahnsinn. 4. Aufl. Bonn, S. 45-66

Familie H. (2001): Familienbande, in: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hg.): ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn, S. 48-56

Finzen, A. (1996): Warum die schizophrene Erkrankung eines Angehörigen eine Katastrophe für die ganze Familie ist, in: Psychosoziale Umschau, Heft 2, S. 2-8

Finzen, A. (2000): Psychose und Stigma: Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen. Bonn

Gundelfinger, R. (1995): Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung eines Elternteils, in: pro juventute; Heft 1, S. 4-7

Gundelfinger, R. (1996): Psychisch kranke Eltern – Was wird aus den Kindern?, in: pro mente sana aktuelle, Heft 3, S. 15-17

Gundelfinger, R. (2001): Vorurteile durch Öffentlichkeitsarbeit abbauen, in: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hg.): ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn, S. 175-178

Hänni, Y. (1995): Informierte Eltern, sensibilisierte Fachleute, in: pro juventute, Heft 1, S. 8-9

Hantel-Quitmann, W. (1997): Vom Leben im Labyrinth – Kinder psychotischer Eltern, in: Beziehungsweise Familie: Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie, Bd. 3: Gesundheit und Krankheit. Freiburg im Breisgau, S. 159-180

Hantel-Quitmann, W. (1997): Die fehlende Sorge – Mißhandlung und Vernachlässigung der Kinder in Familien, in: Beziehungsweise Familie: Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie, Bd. 3: Gesundheit und Krankheit. Freiburg im Breisgau, S. 305-326

Hartmann, H.P. (1999): Psychisch kranke Mütter und ihre Kinder – Beziehungsstörungen und ihre Behandlung, in: Suess, G. J.; Pfeifer, W.-K.P. (Hg.): Frühe Hilfen: Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung. Gießen

Hartmann, R.; Schneider, M.; Franken, S. (2000): Kindergruppe Windlicht; <http://www.margaretenhort.de/angebote/speziell-pdf/windlicht.pdf> (07.02.03)

Hipp, M. (2002): Vortrag bei der Fachtagung: Kleine Angehörige – Große Sorgen? 10.06.2002 in St. Arbogast; <http://www.aks.or.at/source/hipp.pdf> (19.01.03)

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

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

Kessel, B. (1993): Frauen in der Psychiatrie – Kein Recht auf Kinder? in: Schneider, D.; Tergeist, G. (Hg.): Spinnt die Frau?: Ein Lesebuch – Zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie. Bonn, S. 134-142

Knuf, A.: „Mit meiner Mutter stimmt was nicht“:
Die vergessenen Kinder seelisch kranker Eltern; www.beratung-und-fortbildung.de/Kinder/Mit_meiner_Mutter___/mit_meiner_mutter____.html
(15.07.02)

Koch-Stoecker, S. (2001): Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklung ihrer Kinder, in: ISA, Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis, Heft 21. Münster, S. 48-64

Koenning, K. (1991): Zur Lebenssituation der Familien psychisch Kranker, in: Dörner, K.; Egetmeyer, A.; Koenning, K. (1991): Freispruch der Familie – Angehörige, Patienten und die Psychiatrie. Bonn, S.24-32

Kolitzus, H. (1997): Die Liebe und der Suff ... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. München

Küchenhoff, B. (2001a): Welche Hilfen werden gewünscht? in: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hg.): ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn, S. 103-106

Küchenhoff, B. (2001b): Kinder psychisch kranker Eltern – Die Unterstützung ist eine Aufgabe für die Hausärztinnen und Hausärzte; www.medpoint.ch/other/psychiatrie/psyc0201/07_Kinder.pdf; S. 1-4 (20.6.03)

Lisofsky, B.; Schmitt-Schäfer, Th. (2001): Hilfeangebote für die Kinder psychisch kranker Eltern: Kooperation versus spezialisierte Einrichtungen, in: ISA, Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis, Heft 21. Münster, S. 19-30

Markefka, M.; Nauck, B. (Hg.) (1993): Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied u.a

Mattejat F., Wüthrich, C.; Remschmidt, H. (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern, in: Der Nervenarzt, Bd. 71, Nr. 3, S. 164-172

Mattejat, F. (2001): Kinder mit psychisch kranken Eltern – Was wir wissen, und was zu tun ist, in: Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hg.): ...nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn, S. 66-78

Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hg.) (2001): ...nicht von schlechten Eltern - Kinder psychisch Kranker. Bonn

Neunhöffer, R. (2000): Perspektive der Sozialpsychiatrischen Dienste – Psychisch kranke Mütter/Väter und ihre Kinder, in: Die Kerbe, Heft 3, S. 6-8

Patricia: <http://kukuck.solution.de/berichte/piatom01.html> (22.10.01)

Raiss, S.; Ebner, J. (2001): Kinderprojekt Mannheim – Kinder mit psychisch kranken Eltern, Hilfen für Eltern und Kinder, Vernetzung von Ressourcen – Abschlußbericht. Mannheim

Remschmidt, H.; Mattejat, F. (1994a): Kinder psychotischer Eltern – Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen

Remschmidt, H.; Mattejat, F. (1994b): Kleine Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, in: Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Kinder psychotischer Eltern – Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen

Remschmidt, H.; Mattejat, F. (1994c): Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Heft 43, S. 295-299

Romeike, G. (Hg.) (1999): Hilfen für Kinder: Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie. München

Schneider, D.; Tergeist, G. (Hg.) (1993): Spinnt die Frau? Ein Lesebuch – Zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie. Bonn

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

- Serbanescu, M.G.** (1993): Kinder psychisch kranker Eltern, in: Markefka, M.; Nauck, B. (Hg.): Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied u.a., S. 649-663
- Sielaff, G.; Bock, Th.** (1994): Mit meiner Mutter stimmt was nicht – Wahrnehmungen von Kindern psychotischer Eltern, in: Bock, Th.; Deranders, J. E.; Esterer, I. (Hg.): Im Strom der Ideen – Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn. 4. Aufl. Bonn, S. 83-93
- Stöger, P.; Mückstein, E.** (1995): Die Kinder der Patienten. Versuch einer Prävention, in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 2, S. 27-31
- Szyłowicki, A.** (2001): Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern, in: ISA, Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): Soziale Praxis, Themenheft: Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie, Heft 21, S. 103-117
- Trachsler, D.** (1995): Leben mit einer psychisch kranken Mutter, in: pro juventute, Heft 1, S. 2-3
- Uphoff, I.** (2001): Eingriff in die elterliche Sorge wegen psychischer Erkrankung der Sorgeberechtigten, in: Recht & Psychiatrie, Heft 1, S. 11-13
- Wagenblass, S.; Schone, R.** (2001): Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie: Kinder psychisch kranker Eltern, Heft 7/2001, S. 580-589
- Wüthrich, Ch.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.** (1997): Kinder depressiver Eltern, in: Kindheit und Entwicklung, Heft 6, S. 141-146

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Lüneburg, den 22. September 2003

Ines Winsloe

12 Anhang

Anhang 1: Checkliste zur Risikoeinschätzung

Anhang 2: Erfahrungsbericht einer pädagogischen Betreuung bei einer schizoaffektiven, paranoiden manisch-depressiven Frau

Anhang 3: Gestörte Einheit: Seelische Störung bei Erwachsenen

Anhang 4: Verletzte Kindheit: Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

