

HILFEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN

MIT DEM BEISPIEL DES PROJEKTES „FLIPS“ IN WITTEN

Diplomarbeit zur Diplomprüfung
an der Fachhochschule Dortmund, Fachbereich Sozialpädagogik
WS 02/03

Vorgelegt von:

Sabine Ecker
Deusener Str. 29
44369 Dortmund

Tel.: 0231/59 14 38
Handy: 0170/2362607
E-mail: sabeck@dokom.net

Matrikelnr.: 7035715

1. Referent: Prof. Dr. Reinhold Schone
2. Referentin: Prof. Dr. Silvia Denner

Was Peter erzählte...

„Ich lebe in einer Familie, habe eine jüngere Schwester,
einen Vater und eine psychisch kranke Mutter.
Sie liegt tagelang im Bett, kümmert sich um gar nichts
- und auch nicht um den Haushalt.
Der Vater arbeitet viel und sorgt für uns und die Mutter.

Es ist ihm oft zuviel und manchmal ist er schlecht gelaunt.
Auch wenn wir Kinder helfen, ändert das nichts.
Ich habe manchmal eine Mordswut im Bauch,
aber die kann ich nicht rauslassen,
dann geht es meiner Mutter vielleicht noch schlechter.
Wir haben keinem von unserem Problem erzählt,
weil wir uns schämen und auch nicht wissen,
was das für eine Krankheit ist, die die Mutter hat.

Meine Schwester und ich haben uns oft gewünscht,
mit jemand zu reden, der uns erklären kann,
warum es in unserer Familie oft so traurig und chaotisch ist
und wie das verändert werden kann.
Und vielleicht will das auch mein Vater wissen,
der redet darüber gar nicht,
der wird immer stiller.“

(aus: Staets 2002)

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	6
1.1	Zur methodischen Vorgehensweise:	8
1.2	Grundlegende Themen der Entwicklung und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen.....	10
1.2.1	Altersnormierte Krisen aus entwicklungspsychologischer Sicht.....	12
1.3	Überblick über die bedeutendsten psychischen Erkrankungen.....	14
1.3.1.1	Depression.....	16
1.3.1.2	Schizophrenie	18
1.3.1.3	Angst- und Zwangserkrankungen.....	21
1.3.1.4	Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	23
2	DER BLICK AUF DIE BESONDERE LAGE DER KINDER MIT PSYCHISCH KRANKEN ELTERN.....	25
2.1	Die besonderen Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern.....	25
2.1.1	Ergebnisse kinder- und jugendpsychiatrischer Forschung für Risikofaktoren von Kindern psychotischer Eltern.....	27
2.1.1.1	Kinder schizophrener Eltern.....	28
2.1.1.2	Kinder depressiver Eltern.....	32
2.1.1.3	Schlussfolgerungen für die Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung.....	34
2.1.2	Ergebnisse rechtlicher und sozialpädagogischer Praxisforschung.....	37
2.1.2.1	Kein Randphänomen.....	38
2.1.2.2	Ein Frauenthema.....	39
2.1.2.3	Alter der Kinder.....	40
2.1.2.4	Art der elterlichen Erkrankung.....	41
2.1.2.5	Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüche.....	41
2.1.2.6	Institutionelle Unterstützung.....	42
2.2	Die Bewältigungsstrategien, Schutzfaktoren und Ressourcen der Kinder psychisch kranker Eltern	47
2.2.1	Bewältigungsstrategien.....	48
2.2.2	Stabile Beziehungen und Erziehungskompetenz	50
2.2.3	Umgang mit kritischen Lebensereignissen	52

2.2.4	Enttabuisierung psychischer Erkrankungen.....	53
2.2.5	Ressourcen.....	54
2.2.5.1	„Ressourcenorientierung“ in der Sozialen Arbeit.....	54
2.2.5.2	Nichtmaterielle Ressourcen.....	55
2.2.5.3	Materielle Ressourcen.....	56
2.3	Zugang finden zu Eltern und Kindern	56
2.3.1	Die Wege zu Erziehungshilfen.....	60
2.3.2	Welche Hilfen werden von den Betroffenen gewünscht?.....	64
2.3.3	Verständnis für die Situation	66
3	ÜBERBLICK BESTEHENDER KONZEPTE FÜR	
	UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE AN KINDER PSYCHISCH KRANKER	
	ELTERN.....	68
3.1	Die präventive Arbeit	68
3.1.1	Präventive Unterstützungsangebote in den Niederlanden	73
3.2	Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern	75
3.3	Modellhafte Unterstützungsangebote im Rahmen der Hilfen zur Erziehung ...	76
3.3.1	Modellprojekt „Patenschaften“.....	77
3.3.2	Gemeinsame Wohnformen für Mütter oder/und Väter und ihre Kinder	78
3.4	Gemeinsame ambulante, tagesklinische und stationäre Betreuungsangebote für	
	psychisch kranke Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern.....	79
4	PRAXISBEISPIEL „FLIPS“ IN WITTEN: EIN AUFKLÄRUNGSPROGRAMM	
	FÜR KINDER PSYCHOTISCHER ELTERN.....	82
4.1	Von der Idee bis zum konkreten Angebot: Gründung und erste allgemeine	
	Zielsetzung des Projektes.....	83
4.1.1	Die Benennung des „blinden Flecks“.....	85
4.1.1.1	Die Wahrnehmung der Jugendhilfe.....	87
4.1.1.2	Ärztliche Schweigepflicht.....	89
4.2	Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen.....	92
4.2.1	Die Bekanntgabe des neuen Unterstützungsangebotes	93
4.2.2	Kooperationsbeziehungen.....	94
4.2.2.1	Kooperation mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens.....	95
4.2.2.2	Kooperation mit der örtlichen Jugendhilfe.....	100
4.2.3	Die Arbeit an einem psychosozialen Netzwerk.....	103

4.2.4	„Gegen Stigmatisierung und für Integration“	104
4.3	Finanzielle Absicherung und Rechtliche Arbeitsgrundlagen.....	107
4.3.1	Ehrenamtliches Engagement	108
4.3.2	Sponsoring	108
4.3.3	Fördermöglichkeiten durch die Jugendhilfe.....	109
4.3.4	Fördermöglichkeit durch die Krankenkassen.....	109
4.3.5	Eigenanteil/ Selbsthilfe.....	109
4.4	Zwischen Prävention und Krisenintervention: Die Arbeit mit den Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern.....	110
4.4.1	Zugang zur Hilfe.....	111
4.4.2	Arbeit mit den Eltern.....	115
4.4.3	Diagnostik und Klärung des Hilfebedarfs.....	117
4.4.4	Die Gruppenarbeit mit den Kindern.....	119
4.4.4.1	Die Elemente der Musiktherapie mit Kindern.....	121
4.5	Ausblick	123
5	Literaturverzeichnis.....	126
6	Anhang.....	131

1 EINLEITUNG

Kinder, die mit einem psychisch erkrankten Elternteil aufwachsen, können durch die elterliche Erkrankung in vielfältiger Weise belastet werden, und dadurch in ihren Entwicklungs- und Lebensbedingungen erheblich benachteiligt sein.

Da Kinder aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern oft lange unauffällig bleiben, wird ihre Not und Überforderung bislang erst dann offenbar, wenn Bewältigungsressourcen aufgebraucht sind und sie verhaltensauffällig werden oder selbst psychische Störungen entwickeln.

Durch die kinder- und jugendpsychiatrische Forschung wird bereits seit den 30-iger Jahren des vorigen Jahrhunderts diskutiert, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko tragen, selbst einschlägig zu erkranken, oder in anderer Weise psychisch auffällig und sozial benachteiligt zu werden, hierzu seien als Beispiele die ersten empirischen Erhebungen von Preston u. Antin (1933) und Sir Michael Rutter (1966), sowie in Deutschland die Forschungsprojekte von Helmut Remschmidt, Peter Strunk u.a.(1973) genannt.

Trotz der, seit den 60-iger Jahren, stetig steigenden Zahl von Veröffentlichungen zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern, bekamen diese Kinder in der Fachöffentlichkeit lange zu wenig Aufmerksamkeit (vgl. Mattejat, 2001). Es wurde klar, dass der Hilfebedarf für die Kinder psychisch Erkrankter lange nicht erkannt bzw. der Blick auf die Belastungen dieser Kinder in der Praxis einfach vergessen wurde, bzw. erst bei Auffälligkeit der Kinder erkannt wurde.

Durch den Beleg mit Zahlen und Fakten aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung, für das erhöhte Risiko der Kinder selbst psychisch zu erkranken, wurden sozialpädagogische/therapeutische Ansätze erkennbar, die dazu beitragen könnten, dass sich dieses Risiko für die Kinder verringern läßt.

Der deutschsprachigen Öffentlichkeit wurde 1994 von H. Remschmidt und F. Mattejat in dem Standardwerk "Kinder psychotischer Eltern" Zugang zu den Ergebnissen der entsprechenden kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung verschafft, und darüber hinaus wurde deutlich auf die fehlenden, dringend notwendigen präventiven Angebote hingewiesen und für die Weiterentwicklung von praktischen Hilfsangeboten Anregungen gegeben. (Remschmidt & Mattejat, 1994a,b) Zusätzlich wurden, für Kinder, Jugendliche und Eltern, bereits bestehende Informationshefte, die in den Niederlanden entstanden waren, an deutsche Verhältnisse angepaßt und vom Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. im Jahr 1997 herausgebracht.

Doch besonders in der Erwachsenenpsychiatrie und bei den niedergelassenen Ärzten scheinen die Kinder wie ein „blinder Fleck“ nicht als Angehörige wahrgenommen zu werden (vgl. Heim 2001). Die Lücke in der Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe ist deutlich geworden, und führte zu Betrachtungen darüber, wie es den Kindern der Patienten geht (vgl. Stöger & Mückstein, 1995) oder Forderungen danach, dass die Einbeziehung der Kinder

psychisch kranker Eltern zum Alltag sozialpsychiatrischer Arbeit gehören sollte (vgl. Stöger, 1996).

Seitdem ist die Fachöffentlichkeit auf die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksamer geworden, was sich auch in den Fachtagungen, Symposien und Kongressen, sowie den zahlreichen praktisch orientierten Veröffentlichungen der letzten Jahre zeigt.

Ebenso sind in den letzten Jahren bundesweit, fast zeitgleich, vereinzelte Initiativen gestartet worden, die sich zum Ziel gemacht haben, den Kindern psychisch kranker Eltern differenziertere Hilfen anbieten zu können. Wie Initialzündungen haben es diese Projekte in ihrem Umfeld geschafft einen Bewusstwerdungsprozess in Gang zu setzen, der die besonderen Belastungen der Kinder psychisch Erkrankter thematisiert und vermehrt zu fachübergreifenden Kooperationen anregt, um entsprechende Unterstützungsangebote entstehen zu lassen.

Im besonderen Blickwinkel dieser Arbeit liegt es die wissenschaftlichen Grundlagen für die Entwicklung neuer und bedarfsgerechter Unterstützungs- und Hilfeangebote an Kinder und Familien mit psychisch kranker Eltern zusammen zutragen, und entsprechende Beispiele von entstandenen Hilfsangeboten zu benennen. Hierfür werden zunächst beispielhafte Ansätze von existierenden Hilfen im Überblick dargestellt, bevor mit dem Projekt FLIPS in Witten ein Beispiel ausführlich dargestellt und analysiert wird.

Einleitend stelle ich zur Einstellung auf die Perspektive der Zielgruppe Kinder mit psychisch kranken Eltern, die Besonderheiten der wichtigsten, kindlichen Entwicklungsphasen und kindlichen Bedürfnisse dar, sowie im groben Überblick die wichtigsten psychischen Erkrankungen der Eltern. Im Anschluss gehe ich auf die Besonderheiten der Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern ein, um die Ansatzpunkte in den Bedürfnissen und Belastungen, sowie den Ressourcen der Kinder und die besonderen Anforderungen wie z.B. der Frage der Zugangsschwelle, für differenzierte Angebote an diese Zielgruppe nachvollziehbar zu machen.

Mit dem Überblick bestehender Konzepte für Hilfsangebote an Kinder psychisch kranker Eltern, wird die Vielfalt der Möglichkeiten, mit der auf den erkannten Hilfebedarf reagiert wurde, deutlich. Dargestellt werden Konzepte für präventive Einzel- und Gruppenangebote, verschiedene Modellprojekte im Rahmen der Hilfen zur Erziehung, wie dem Modellprojekt „Patenschaften“ oder gemeinsamen Wohnformen für Mutter (Vater) und Kind, sowie gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind in der Psychiatrie oder Selbsthilfegruppen von erwachsenen Kindern psychisch Kranker.

Exemplarisch beschreibe und analysiere ich dann die Initiative FLIPS aus Witten, um Schwierigkeiten und Fortschritte in der Entwicklung und Umsetzung neuer Hilfen für die Kinder psychisch kranker Eltern aufzeigen zu können.

Zur Klärung der Begrifflichkeiten: „psychische Krankheit/ Erkrankung“ und „psychische Störung“ und „psychische Auffälligkeit“; diese Begriffe bezeichnen das selbe, wobei es möglich

ist, dass der einzelne mit den jeweiligen Begriffen unterschiedliche Ausprägungen von psychischen Störungen, oder verschiedene Wertungen und Sichtweisen verbindet. Insbesondere stellt sich die Frage, ob eine psychische Störung erst dann als Krankheit bezeichnet werden darf, wenn sie vom Arzt als solche diagnostiziert wurde? Diese Frage ist insofern wichtig, als praktische Hilfeangebote sich auch an solche Kinder richten sollen, deren Eltern möglicherweise noch nicht krankheitseinsichtig sind, und denen noch keine entsprechende psychiatrische Diagnose vorliegt.

Unter dem Aspekt des Zugangs zu Eltern und Kindern, wird auf die Problematik von nicht krankheitseinsichtigen Eltern eingegangen.

Im Bezug auf den differenzierten Gebrauch der weiblichen bzw. männlichen Form im Text habe ich mich dafür entschieden durchgehend die männliche Form im Sinne eines neutralen Ausdrucks zu verwenden, mit der männlichen Form sind also gleichermaßen beide Geschlechter gemeint.

0.0 Zur methodischen Vorgehensweise:

Neben der Fachliteratur zum theoretischen Hintergrund brauchte ich insbesondere über das Projekt FLIPS sehr viel mehr Informationen, als es in schriftlicher Form gab, deshalb setzte ich verschiedene qualitative Forschungsmethoden für die Datengewinnung ein. So führte ich Einzelinterviews mit fast allen am Projekt mitarbeitenden Personen, sowie verschiedenen Kooperationspartnern des Projektes. Darüber hinaus nahm ich beobachtend an verschiedenen Projektbesprechungen und Fachgesprächen, sowie den Elterngesprächen und Gruppenstunden mit den Kindern teil. Vier Elternteile von Kindern, die am Projekt FLIPS teilnahmen, beantworteten schriftlich einen Fragebogen zu den wahrgenommenen Belastungen für ihre Kinder, durch die psychische Erkrankung eines Elternteils. Dieser Fragebogen wurde von Herrn Beike, dem Psychologen des Projektes, als diagnostisches Hilfsmittel für die therapeutische Arbeit konstruiert, und wurde bisher nicht als quantitatives Forschungsinstrument eingesetzt. Es gibt daher keinerlei statistische Daten über das Projekt FLIPS.

Die gewählten qualitativen Forschungsmethoden haben ihren Ausgangspunkt im Versuch eines vorrangig deutenden und sinnverstehenden Zugangs zu dem Thema „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“, um möglichst detailliert und vollständig diesen Wirklichkeitsausschnitt bearbeiten zu können (vgl. Moser 1998).

Ich erfragte in den teilstrukturierten Einzelinterviews (Fragestellung s. Anhang), überwiegend mittels offener Fragen, Erfahrungen und Meinungen z.B. zu den Themen: eigene Motivation zur Unterstützung/Gründung des Projektes, Wahrgenommene Belastungen der Kinder, Zugang bekommen zu Eltern und Kinder, Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen, Finanzierung des Projektes, therapeutische Arbeit, und Zukunftsaussichten des Projektes. Die so gewonnenen

verbalen Daten sind per Mikrophon aufgezeichnet und auf Audiokassetten gespeichert worden. Die im Text verwendeten wörtlichen Zitate entstammen dem so aufgezeichneten Wortmaterial aus den Interviews und sind durch die entsprechende Bandstelle belegt.

Die Auswertung der Interviews bezog sich zum einen auf den Vergleich der Sichtweisen von Schlüsselpersonen, zum anderen dienten sie dem reinen Informationsgewinn über die Strukturen und Abläufe des Projektes. Da ich ,bis auf den Vater zweier Mädchen die am Projekt FLIPS teilnahmen, ausschließlich Experten über ihr Fachgebiet befragte, war es von größter Wichtigkeit möglichst offene Fragen zu stellen, und flexibel in der Gesprächsführung zu sein, um der Kompetenz der Befragten gerecht werden zu können (vgl. Mehrmann, 1995). Die Anforderungen, die durch diesen Frage- bzw. Gesprächsstil an mich als Interviewer gestellt wurden, empfand ich teilweise als sehr anspruchsvoll, was dazu führte, dass ich stellenweise durch eigene Kommentare versuchte meine eigene Kompetenz zu unterstreichen, um dem Interview die Richtung eines Fachgespräches geben zu können. Ich konnte auch manche Fehler nicht vermeiden, wie z.B. die ein oder andere Frage suggestiv zu stellen, oder einige Fragen zu lang und mehrschichtig zu formulieren. Es trat für mich aber ein gewisser Übungseffekt im Bezug auf die Formulierung der einzelnen Fragen ein, und ich versuchte zumeist, mich möglichst kurz und präzise auszudrücken, um in der Gesprächsführung alle von mir vorgesehenen Themen unterbringen zu können. Durch die offenen Fragen und die Kompetenz und berufliche Stellung der Interviewpartner kam es dazu, dass die Interviews den Charakter eines Fachgespräches bekamen (im Durchschnitt dauerte jedes Interview eine Stunde), was die Auswertung durch den entstandenen Umfang der Interviews erschwerte. Im Bezug auf die Auswertung änderte ich meine ursprüngliche Methode der wörtlichen Transkription nach den ersten beiden Interviews, und protokollierte die weiteren Interviews nur noch sinngemäß. Die wörtlichen Zitate sind dadurch lediglich durch die Benennung der entsprechenden Bandstelle belegt. Meine schriftlichen Interviewleitfäden wurden dementsprechend variabel eingesetzt, und dienten mehr der Eingrenzung des Themenkomplexes als der genauen Vorformulierung einzelner Fragen.

Die beobachtende Teilnahme an den Gruppenstunden mit den Kindern, sowie den Elterngesprächen ermöglichten mir, neben der direkten Gewinnung von Informationen über die Verhaltensweisen, Gefühle und Belastungen der Kinder, und der entsprechenden therapeutischen Intervention, auch wichtige Erfahrungen wie z.B. Ängste und Abwehrmechanismen der Kinder und Eltern zu erspüren, und Vertrauen aufzubauen. Für die eigene Auswertung der Gruppenstunden, und der ursprünglich geplanten eigenen Darstellung des Entwicklungsprozesses der Kinder fehlte mir jedoch die Basis, da der Kurs erst relativ spät gestartet wurde, und einige Male ausfiel und so über die Bearbeitungszeit für die Diplomarbeit hinausgeht. Ich griff für die Beschreibung und Analyse der Gruppenstunden deshalb auch auf Protokolle der vorherigen Kurse zurück.

0.0 Grundlegende Themen der Entwicklung und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

Die sozialpädagogische Perspektive richtet sich gemäß dem Auftrag der Jugendhilfe nach § 1, Abs. 1 SGB VIII auf die Verwirklichung des Rechtes jedes jungen Menschen auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

Rechte und Pflichten des natürlichen und kulturell definierten Erziehungsauftrages liegen laut §1, Abs. 2 SGB VIII in erster Linie bei den Eltern, wobei der öffentliche pädagogische bzw. sozialpädagogische Auftrag der Jugendhilfe gleichermaßen kontrollierend, wie unterstützend und fördernd auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und deren gesunde Entwicklung ausgerichtet sein soll. § 1, Abs.3 SGB VIII lautet dementsprechend: >>*Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechtes nach Absatz 1 insbesondere*

- 0. *junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,*
- 0. *Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und unterstützen,*
- 0. *Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,*
- 0. *Dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.<< (Beck-Texte, 1999)*

Die unendlich unterschiedlichen Möglichkeiten zur Entwicklung der Persönlichkeit eines Menschen können auf einzelne gemeinsame Nenner gebracht werden, was den Verlauf der Entwicklung von biologisch gesteuerten Reifungs- und Wachstumsprozessen angeht; aber auch im Bezug auf gesellschaftliche Erwartungen und individuelle Zielsetzungen und Werte des Menschen können aus Entwicklungsphasen entsprechende Entwicklungsaufgaben abgeleitet werden, die ein Kinder in unserer Gesellschaft zu bewältigen hat (vgl. Oerter & Montada, 1998, S. 326-330).

Betrachtet man die Entstehung des Lebens, so stellt man fest, dass ein Kind bereits bei seiner Geburt eine Geschichte hat, auf deren fördernde oder benachteiligende Wirkung es selbst keinen Einfluss hat, die aber dennoch seinen weiteren Lebensweg mitbestimmt: Von seinen leiblichen Eltern bekommt es die genetische Grundausstattung, durch die Aussehen und Geschlecht bestimmt werden, aber auch organische Stärken und Schwachstellen für bestimmte Krankheitsanfälligkeiten können bereits angelegt sein (genetisch bedingte Vulnerabilität).

Neben der genetischen Ausstattung sind für die späteren Entwicklungschancen eines Kindes die Entwicklungsbedingungen im Mutterleib, so wie der Verlauf der Geburt ebenfalls wichtige Einflussfaktoren. So spielt z.B. bereits während der Schwangerschaft die physische und psychische Gesundheit der Mutter, oder auch Substanzmissbrauch in dieser Phase, eine wichtige

Rolle im Einfluss auf das Entwicklungspotential der Kinder. Die Geburtsphase ist ein kritischer Moment im Entwicklungsverlauf, die z. B. durch psychische Belastungen der Mutter mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen einhergeht, und somit weitreichende Folgen für die weitere Entwicklung des Kindes haben kann.

Nach der Geburt potenzieren sich die Einflussfaktoren für die Entwicklung dramatisch: soziale und psychosoziale Faktoren gewinnen immer mehr an Bedeutung. Zusätzlich spielen aber auch die Motivation des Menschen und die entsprechenden Bedürfnisse für die Entwicklung eine Rolle. Nach Abraham Maslows Motivationstheorie, bilden menschliche Bedürfnisse eine Hierarchie. Erst müssen die niederen (physiologischen, Sicherheit, Schutz) Bedürfnisse befriedigt werden, ehe man die höheren (Zugehörigkeit, Liebe, Selbstachtung, Selbstverwirklichung) Bedürfnisse spüren kann (vgl. Bourne & Ekstrand, 1997, S. 283)

So lassen sich beispielhaft spezifische Kompetenzen zur Bedürfnisbefriedigung nennen, die Kinder in der Interaktion mit ihren Eltern und der Umwelt lernen müssen, um körperlich, seelisch und geistig wachsen zu können (vgl. Schmidtchen 1996, S.20/21):

1. Kompetenzen zur Befriedigung von physiologischen Bedürfnissen sind z.B. unter anderem: angemessene Ess- und Trink- und Schlafgewohnheiten; angemessene Entspannungsgewohnheiten, oder auch das Balancieren des Wach-Ruhe-Rhythmus; problemlose, selbstgesteuerte Ausscheidung von Kot und Urin, kindgemäßes Erleben von Sexualität.
2. Kompetenzen zur Befriedigung von Sicherheits- und Ordnungsbedürfnissen: Erleben von fürsorglicher Sicherheit und familiärer Geborgenheit, Erleben von Schutz vor Gefahren und seelischer Bedrohung und Erleben angemessener äußerer und innerer Strukturen und Grenzen.
3. Kompetenzen zur Befriedigung von Bedürfnissen nach Empathie (Verständnis), Bindung und Liebe: Erleben angemessener, nicht-verbaler und verbal geäußerter Empathie und angemessene dialogische Kommunikation. Erleben einer sicheren Bindung an Eltern und Freunde, sowie das Erlebnis der Intimität des Geliebtwerdens und Liebens.
4. Kompetenzen zur Befriedigung von Bedürfnissen nach Wertschätzung und Eigenständigkeit: Erleben einer hohen und stabilen seelisch- und körperlich-bezogenen Selbstwertschätzung und Wertschätzung durch andere; Fähigkeit zur angemessenen Abgrenzung und sozialen Eigenständigkeit (Autonomie).
5. Kompetenzen zur Befriedigung von Bedürfnissen nach Leistung in Spiel und Arbeit und nach Ich-Wirksamkeit (bzw. Kontrolle): Fähigkeiten zu freudvollem Spiel und befriedigender Arbeit (Leistung), Ich-Wirksamkeit und Kontrolle über innere und äußere Ereignisse, und Fähigkeiten zur Problemlösung.
6. Kompetenzen zur Befriedigung von Bedürfnissen zur Bildung von Selbstkonzeptannahmen und zum Erwerb methaphysischer Erfahrungen: Entwicklung differenzierter, von anderen

abgegrenzten Erfahrungen über sein Selbst; Fähigkeit zur Bildung, Verwirklichung und Modifikation von Selbstkonzepten; Fähigkeiten zur geistigen Auseinandersetzung mit den Dingen und Geschehnissen der Welt und zur Unterscheidung von „gut“ und „böse“ oder „richtig“ und „falsch“; Fähigkeiten zur glaubensmäßigen Erfassung des Weltgeschehens.

0.0.0 Altersnormierte Krisen aus entwicklungspsychologischer Sicht

Ein psychoanalytisch orientiertes Entwicklungsmodell hat Erikson postuliert, indem er alle Entwicklungsphasen als spezifische Konflikte oder Krisen charakterisierte, deren Nicht-Bewältigung er als Ursache für Persönlichkeitsstörungen ansah (vgl. Erikson, 1973). Auch wenn er die universelle Gültigkeit dieser Stadien nicht empirisch belegt hat, so hat dieses Modell doch große Bedeutung für eine ergänzende Sicht auf die möglichen Ursachen für gestörte Entwicklungsprozesse. Eriksons Modell der Persönlichkeitsentwicklung beinhaltet besonders wertvolle Hinweise darauf, welche hohen Belastungen und Bewältigungsanforderungen generell die Entwicklung für Kinder darstellt und, dass aus dieser Sicht der besondere Schutz und die besondere Förderung der kindlichen Entwicklungsphasen bzw. der Kinder abzuleiten ist.

Besonders mit Blick auf die Problemlagen der Kinder, die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, ist die Erfassung der Bewältigungsanforderungen durch die Entwicklungskrisen wichtig, um ein Verständnis dafür zu bekommen, wodurch Kinder in Belastungs- und Überforderungssituationen geraten können.

0. Vertrauen versus Misstrauen (1. Lebensjahr)

Es geht hier um die Entwicklung eines günstigen Verhältnisses von Vertrauen und Misstrauen. Misstrauen in die Verlässlichkeit und Zuneigung der Bezugspersonen produziert Ängste.

Wird Vertrauen nicht bestätigt, entwickelt sich mangelndes Selbstvertrauen und Unsicherheit, was auch von Ainsworth (1978) und Bolby (1984) in den Bindungsstilen belegt wurde.

0. Autonomie vs. Scham und Zweifel (3. Lj.)

Die Entwicklung des Selbst wird in der Auseinandersetzung mit Autoritäten und Regeln vollzogen. Der Konflikt des Kindes besteht zwischen dem Selbstständigkeitsstreben und der Abhängigkeit von der Bezugsperson und wird durch autoritäre Gehorsamsforderung und mangelnden Erfahrungsspielraum verstärkt: Das Kind lernt nicht seine eigenen Ziele verfolgen zu dürfen, und gerät ständig in Konflikt mit vorgegebenen Regeln, die nicht nachvollziehbar sind. Erikson sieht hier die grundlegende Problemstellung, ob wir die Regeln beherrschen, mit denen wir die Welt und das Leben einfacher machen können, oder ob die Regeln uns beherrschen.

0. Initiative vs. Schuldgefühle (4. und 5. Lj.)

Die Identifikation mit den Eltern ist ein Charakteristikum dieser Phase, indem das Kind sie idealisiert wahrnimmt, als mächtig, allwissend und schön. Aber es gibt auch andere bewunderte, manchmal gefürchtete Helden des realen Lebens oder in der Welt der Phantasie, an denen das Kind sich orientiert und sie in Spielen darstellt. Die Bildung des Gewissens durch Identifikation mit den Eltern, die Entwicklung der Geschlechterrolle, die Übernahme von Einstellungen und die Erkundung der Welt stehen im Mittelpunkt dieser Entwicklungsphase. Das Kind sollte Initiative, kreative Phantasien und unersättliche Wissbegier entwickeln können, dabei nimmt die Möglichkeit zur Bildung sozialer Kontakte außerhalb der Familie und die Eroberung sozialer Positionen in Gemeinschaften eine wichtige Funktion ein. Die Gefahren dieses Stadiums liegen in der Entwicklung eines unrealistischen Ich-Ideals, z.B. durch mangelnde soziale Kontakte, sowie mangelnde Identifikationsmöglichkeit außer mit den Eltern, und die Entstehung eines ängstlich, überstrengen Gewissens. Beides kann dazu führen, dass die Initiative für Spielverhalten und der Drang zu angemessenen Erfahrungen und Erlebnissen mit der realen Welt durch Schuldgefühle gegenüber den Eltern behindert oder als Abwehrmechanismus gegen Schuldgefühle übertrieben werden.

0. Wertsinn vs. Minderwertigkeit (mittlere Kindheit, 6. –12. Lj.)

Die systematische Einführung in das Wissen der Kultur und Zivilisation, und Lernanforderungen und Leistungsbewertung lassen als zentrale Entwicklungsthemen Sachinteressen und Leistungsvertrauen oder Misserfolgsängstlichkeit und Minderwertigkeitsgefühle entstehen.

Dieses Stadium ist nach Erikson von der Schule beherrscht, das außerschulische und soziale Entwicklungsfeld lässt er leider unberücksichtigt. Inhalte für Entwicklungsaufgaben in dieser Entwicklungsphase Kindheit sind z. B. (vgl. Oerter & Montada, 1998, S. 328):

- ? Entwicklung motorischer und feinmotorischer Fähigkeiten
- ? Aufbau einer positiven Einstellung zu sich, als einem wachsenden Organismus.
- ? Lernen mit Altersgenossen zurecht zu kommen.
- ? Entwicklung eines angemessenen weiblichen oder männlichen sozialen Rollenverhaltens.
- ? Entwicklung grundlegender Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen.
- ? Entwicklung von Konzepten und Denkschemata, die für das Alltagsleben notwendig sind.
- ? Entwicklung von Gewissen, Moral und einer Werteordnung.
- ? Erstreben persönlicher Unabhängigkeit.
- ? Entwicklung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen.

0. Identität vs. Rollendiffusion (Adoleszenz/Jugendalter, 13. – 18. Lj:)

Am bekanntesten ist wohl Eriksons Beschreibung der Krise der Adoleszenz (Jugendalter), in der es um das Finden der Identität geht. Der Jugendliche hat sein Selbstkonzept aufzubauen im Hinblick auf sein Geschlecht, seine Familienherkunft, auf eine Religion, moralische Werte, Bildung, Berufswahl und entsprechende eigene Fähigkeiten, politische Haltungen usw. Er muss diese verschiedenen Facetten in ein konsistente Selbstbild integrieren, das seine persönliche Identität ausmacht. Versagt der junge Mensch bei dieser Aufgabe, resultiert das in einer Rollendiffusion, die durch Unverträglichkeiten und Unausgewogenheiten zwischen Haltungen und Werten, zwischen Wünschen und Möglichkeiten, durch Instabilität von Zielen, gelegentlich zu ideologischer Einseitigkeit, häufiger zu oberflächlichen und instabilen Engagements und nicht selten zu abweichendem Verhalten wie Drogengebrauch und Delinquenz führt.

0. Intimität vs. Isolation (Beginn des Erwachsenenalters)

Intimität mit anderen setzt eine gut integrierte Identität voraus. Intimität meint nicht nur sexuelle Beziehungen, sondern den Aufbau von Solidarität in einer Wir-Gruppe und gleichzeitig die Abwehr von Einflüssen und Menschen, die für das eigene Wesen gefährlich sein können. Intime Beziehungen stabilisieren die Identität. Isolation ist die Folge des Misslingens.

0.0 Überblick über die bedeutendsten psychischen Erkrankungen

Den Bedürfnissen der Kinder nach Sicherheit, Geborgenheit, Liebe und Zuwendung stehen die Bedürfnisse der erkrankten Eltern entgegen. In akuten Krankheitsphasen ist die Wahrnehmung der Eltern für die Außenwelt, und damit auch für ihre Kinder stark eingeschränkt oder unmöglich. Die Auseinandersetzung mit den Krankheitssymptomen erfordert den Einsatz der letzten Kräfte, der Erkrankte braucht meistens seine Kräfte ganz für sich, was die Fähigkeiten für die Wahrnehmung der Sorge- und Erziehungsverantwortung für die Kinder stark einschränken kann. Die Erkrankten brauchen dementsprechend eine Entlastung von der Erziehungsverantwortung; die Kinder brauchen zusätzliche Bezugspersonen, die entsprechend die Einschränkungen des erkrankten Elternteils übernehmen oder ausgleichen können.

Um ein Verständnis für die Belastungen der Eltern, und die Eindrücke und Belastungen der Kinder die mit psychisch kranken Eltern aufwachsen, erschließen zu können ist der Blick auf die wichtigsten psychischen Störungsbilder notwendig. Dafür sollen nicht alle möglichen Formen und Ausprägungen psychischer Störungen dargestellt werden, sondern vielmehr jene Störungen exemplarisch beschrieben werden, die einen deutlichen Eindruck von den Veränderungen und besonderen Anforderungen durch psychische Störungen vermitteln können, und die gleichzeitig für die Belastungen der Kinder mit psychisch kranken Eltern besonders einflussreich sind.

Psychische Erkrankungen sind schwerwiegende seelische Störungen, die das Erleben und Verhalten eines Menschen betreffen. Die Folgen dieses gestörten Erlebens und Verhaltens sind

für den Betroffenen selbst, wie für seine soziale Umgebung meistens unangenehm und dementsprechend mit Verunsicherungen, Leiden und Belastungen verbunden. Die Betroffenen, wie auch die Angehörigen brauchen in jedem Fall Unterstützung.

Für die Erfassung psychischer Erkrankungen wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die "Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)" (Dilling u.a., 1999) als klinisch-diagnostische Leitlinie entwickelt. Dieses Klassifikationsschema (wie auch das DSM-IV, diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) stellt die psychischen Störungen, gewichtet nach der Häufigkeit, Dauer und Intensität ihrer Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten dar.

Für den medizinischen Laien, zu denen auch die meisten Patienten und deren Angehörige, sowie Helfer aus nicht-medizinischen Berufen zählen, gibt es außerdem zahlreiche Bücher, Ratgeber und Broschüren, die es erlauben einen Überblick über die bedeutendsten psychischen Störungen und deren Symptome zu bekommen. Darüber hinaus sind hier Anregungen für den Umgang mit der Erkrankung bzw. dem Erkrankten enthalten (z.B. Trenckmann & Bandelow, 1999).

Im folgenden stelle ich kurz die bedeutendsten psychotischen Erkrankungen (Depressionen, Schizophrenie), sowie Angst- und Zwangsstörungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Überblick dar.

Der Begriff „Psychose“ stellt einen Oberbegriff für gravierende seelische Erkrankungen dar, deren bedeutsamsten gemeinsamen Merkmale sind (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994a, S.11):

- eine tiefgreifende gestörte Realitätsbeziehung,
- das Auftreten von produktiven Symptomen wie Wahn und Halluzinationen sowie
- einen zeitlich unterbrochenen Verlauf, der die Krankheit als Einbruch in die Kontinuität der Entwicklung, des Erlebens und des Verhaltens erscheinen lässt.

Obwohl der Psychosebegriff in den Leitlinien des ICD-10 als Oberbegriff aufgegeben wurde, und nur noch im deskriptiven Sinne für das Vorkommen von Halluzinationen, wahnhaften Störungen oder bestimmten Formen schweren abnormen Verhaltens verwendet wird, benutzt man ihn in der Praxis doch weiterhin im alten Sinne.

Zu den Psychosen werden affektive und schizophrene Störungen gezählt.

Die affektiven Psychosen oder Störungen (s. ICD-10, Gruppe F3) umfassen Depressionen und Manie als unipolare Störungen, und als bipolare Störung die manisch-depressive Erkrankung. >>Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung (Manie). Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.<< (Dilling u.a. 1999, S. 131)

Als schizophrene Psychosen bezeichnet man heute laut ICD-10 die Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (s. ICD-10, Gruppe F2).

Angst- und Zwangserkrankungen finden sich in ICD-10 unter der Gruppe F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Die Borderline-Störung wird als ein Typus von Persönlichkeitsstörung unter der Gruppe F6 (F60.31) des ICD-10 klassifiziert.

0.0.0.0 Depression

Depressiv Erkrankte berichten oft von dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit und einer tiefen, oft grundlos erscheinenden Trauer, dass „es nie mehr besser wird, es bleibt alles schwarz“ oder „in einem tiefen schwarzen Loch zu stecken, aus dem man nicht mehr herauskommt“.

Sie klagen über große Müdigkeit und mangelnder Kraft und Antrieb irgend etwas zu tun, begleitet von einem großen Schlafbedürfnis am Tag und ruhelosen Schlafstörungen in der Nacht.

Manche Mütter berichtete über eine tiefgreifende Gleichgültigkeit darüber, dass ihnen vielleicht die Kinder weggenommen werden würden, in der Depression war ihnen völlig egal, was mit den Kindern geschieht: sie dachten eher an Selbstmord als an die Kinder. Später tauchen dann Schuldgefühle mit großen Selbstvorwürfen über diese Gleichgültigkeit auf, und schwere Selbstzweifel quälen sie, ob sie überhaupt jemals eine gute Mutter sein können, auch die Scham vor den Kindern wurde riesig groß.

Depressive Phasen sind gekennzeichnet durch zeitlich abgrenzbare, die Stimmung, den Antrieb und die vegetativen Funktionen beeinträchtigende Krankheitsphasen, die sich wiederholen können, aber zu keiner dauerhaften Veränderung der Persönlichkeit führen (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994a, Anleitung S. 2).

Zu den typischen Symptomen von depressiven Episoden gehören: schwere gemütsmäßige Verstimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, das Gefühl innerer Leere, Neigung zum Grübeln, eine Verminderung des Antriebs, erhöht Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung.

Andere häufige Symptome sind:

- 0. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- 0. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- 0. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
- 0. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- 0. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen,
- 0. Schlafstörungen,
- 0. verminderter Appetit,

(vgl. Dilling u.a. 1999, S.139).

Die Betroffenen klagen auch manchmal über andere körperliche Symptome wie Magen-Darmbeklemmungen und umschreiben Schmerzen im Kopf-Brustbereich oder Unterleib, und

geben dem Patienten das Gefühl von „etwas haben“ oder „krank sein“ und erschweren häufig das Erkennen einer Depression

Aber auch in leichter Form mindert die Krankheit stark die Lebensqualität und führt zu erheblichem Abfall der Leistungsfähigkeit und der Erkrankte ist häufig nicht in der Lage zu reagieren und nach Hilfe zu suchen. Der Betroffene bemerkt zwar seine Veränderung, hat aber keine Energie, dem entgegen zu wirken.

Die Antriebsstörungen weisen manchmal eine recht charakteristische Rhythmik auf, z.B. eine besonders starke Ausprägung am Morgen (Morgentief). Vorangegangen ist dann oft eine Nacht mit erheblichen Ein- und Durchschlafstörungen, in der der Betroffene den folgenden Tag herbeigesehnt hat, dann aber nicht die Kraft zum Start in diesen neuen Tag findet und einfach im Bett bleibt.

Der depressiv Erkrankte ist auf die Hilfe seiner Mitmenschen angewiesen, aber gerade depressive Erkrankungen werden häufig von den Betroffenen und ihren Verwandten, Angehörigen und Partnern nicht erkannt, sondern als „Charakterfehler“ angesehen (vgl. Trenckmann & Bandelow 1999, 47-49).

„Nun rei dich doch mal zusammen“ , ist wohl der dmmste Ratschlag, den man einem Betroffenen geben kann, denn die Depression ist eine sehr ernsthafte Erkrankung, die durch eine bestehende Selbstmordgefahr absolut tödlich verlaufen kann. In Deutschland sterben jährlich über 12 000 Menschen durch Selbsttötung, eine Zahl, die fast 50% über der Zahl der Verkehrstoten liegt (vgl. Westfälische Rundschau vom 29.03.02).

In den depressiven Verstimmungen sind die Frauen zwar anteilmäßig führend, doch je schwerer die Depression ist, desto geringer wird der Unterschied zwischen Frauen- und Männeranteil.

Besondere Risiken für die Entstehung einer Depression können z.B. sein: genetische Veranlagung, Schicksalsschläge, Krisen in der Partnerschaft, Arbeitslosigkeit, körperliche Schwäche nach schweren Krankheiten; Hochrisiko-Gruppen sind besonders Frauen in den Wechseljahren, und alleinerziehende Mütter (vgl. Gaspar 2002). Für die Entstehung einer Depression ist ein einziger Faktor allein jedoch selten zuständig, vielmehr spielen biologische, soziale und psychische Faktoren zusammen.

Depressive Erkrankungen können behandelt werden.

In der Akutphase der Erkrankung liegt das Schwergewicht meistens auf der medikamentösen Therapie mit Antidepressiva, die nur vom Arzt verordnet werden dürfen.

Der meistens völlig erschöpfte Patient braucht zunächst die Möglichkeit seine seelischen Batterien wieder aufzuladen. Dabei ist es eher schädlich, die letzten Kräfte zu mobilisieren, um sich selbst und den anderen so etwas wie „Normalität“ vorspielen zu wollen. Der depressive

Mensch braucht zunächst Entlastung und Unterstützung vom Arzt und den Angehörigen, um eine gewisse Stabilität zu erlangen, bevor er eine psychotherapeutische Therapie beginnen kann. In einer Psychotherapie, die unterschiedlichste Ausrichtungen haben kann (z.B. psychoanalytisch, gestalttherapeutisch, verhaltenstherapeutisch) können z.B. Ursachen für die Erkrankung, falsche Verhaltensmuster oder Rückfallrisiken analysiert und bearbeitet werden. Besonders im Bezug auf die Vorbeugung von Rückfällen ist die aktive Mitarbeit des Patienten notwendig. Psychotherapeutische Führung bedeutet deshalb häufig, dass depressiv gefährdete Menschen lernen, eigene Bedürfnisse zu erspüren, ein angemessenes Verhältnis von Anspannung und Entspannung, von Arbeit und Freizeit zu finden, also ihre „seelischen Batterien,“ vor Überlastung zu schützen, und so aktiv das Wiederauftreten einer akuten Phase zu vermeiden, oder Anzeichen für eine solche so früh wie möglich zu erkennen und entsprechend Unterstützung zu suchen. (vgl. Trenckmann & Bandelow 1999, S. 47-49)

0.0.0.0 Schizophrenie

Eine schizophren gestörte Mutter berichtet in dem Film „Wahnsinns Kinder“ (aus der Reihe 37Grad im ZDF am 22.10.02)

>> ... es war ein ganz normaler Tag. Ich ging die Treppe hinunter, ich wollte den Müll ´runter bringen, in beiden Händen trug ich die Mülltüten. Da bewegte sich was neben mir, ich sah mich neben mir gehen! Ich dachte jetzt bin ich Tod, ich seh ´ mir gerade beim Sterben zu! Ich hatte Todesangst.

... Ich seh dann die Gesichter der Leute ganz verzerrt, wie Grimassen in ´nem Horrorfilm, oder die Sachen fangen an zu tanzen, bewegen sich, der Raum wird immer enger, ich hab dann Angst vollkommen die Kontrolle zu verlieren!

Sie berichtet auch, dass sie Angst davor hat, sie könnte ihrer Tochter in diesem Zustand etwas antun, weil sie die Tochter dann nicht mehr als „ihre Tochter,“ wahrnimmt, und in dem großen Durcheinander in ihrem Kopf dann einfach kein Platz mehr ist für die Familie oder ihr Kind: *>>Das ist wie ein Karussell im Kopf, das sich dreht, und ich kann es nicht anhalten! “*

Bei anderen psychotischen Patienten kommt es zu einem Verfolgungswahn, mit dem Gefühl von überall beobachtet und belauscht zu werden. Dann können sich z.B. aus allen noch so alltäglichen Dingen plötzlich „Zeichen“ entwickeln, die Hinweise auf vermeintliche Verfolger geben. Der Erkrankte hat den Eindruck mit einer besonders erhöhten Sensibilität real existierende Dinge wahrnehmen zu können, die anderen ohne diese besondere Wahrnehmungsfähigkeit verborgen bleiben. Besonders Kinder werden durch die Einbeziehung in diese Wahnwelt nachhaltig verunsichert, und hinterfragen möglicherweise jede ihrer eigenen Wahrnehmungen, mit dem Gefühl es könnte etwas mit ihnen nicht stimmen, wenn sie nichts entsprechendes erkennen können.

>>Schizophrene Psychosen sind schwerwiegende seelische Erkrankungen, die zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Persönlichkeit führen. Sie verlaufen teils akut, teils schleichend und sind durch besondere Symptome gekennzeichnet, die das Denken, die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit, die

Motorik, die Sprache und verschiedene andere Bereiche beeinträchtigen können. << (Remschmidt & Mattejat 1994a, Anl. S.2)

Den Menschen, die der erkrankten Person am nächsten stehen, fallen Veränderungen in der psychischen Verfassung als ersten auf, wobei sich schizophrene Episoden bei den Betroffenen sehr unterschiedlich ankündigen: oft werden vermehrte Angst und Unruhe, im Sinne von „Nervosität“ beobachtet. Auffällig können aber auch gedankliche Veränderungen werden, wie seltsam wirkende Ideen, eigenartige Grübeleien, oder die Äußerung des Gefühls, unverstanden, verfolgt oder eingengt zu sein, was sich in wachsendem Misstrauen und erhöhter Reizbarkeit oder Rückzug zeigt.

Manchmal sprechen die Erkrankten über merkwürdige Stimmen oder visuelle Wahrnehmungen, die sie sich selbst nicht erklären können, und dazu führen dass sie ihre Umwelt als eigenartig fremd und bedrohlich empfinden, und sich immer mehr zurückziehen. Die Betroffenen glauben oft, dass ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind oder, dass andere daran teilhaben. Ein Erklärungswahn kann entstehen, mit dem Inhalt, dass natürliche oder übernatürliche Kräfte tätig sind, welche die Gedanken und Handlungen in oft bizarrer Weise beeinflussen.

Aufgrund von Beeinträchtigungen in reizaufnehmenden und reizverarbeitenden Systemen des Gehirns, können die Signale aus der Umwelt nicht richtig entschlüsselt werden, es kommt zu Fehlinterpretationen. In akuten Krankheitsphasen sind die Betroffenen deshalb meist ratlos und verstehen die Welt nicht mehr: So sind nicht nur Wahrnehmung, Erleben und Denken gestört, sondern auch die Willensbildung und Entscheidungsfindung. Die Erkrankten wirken dann meistens sehr hilflos und verwirrt, wehren aber trotzdem jede Hilfe ab, und können nicht erkennen, dass ihre Störung eine Krankheit ist. Manchmal ist deshalb, auf gerichtlichen Beschluss hin, eine unfreiwillige Behandlung des Patienten auf der Grundlage des Psychisch-Kranken-Hilfegesetzes (PsychKG) unumgänglich. Dabei liegt die Kompetenz für die Feststellung und Differenzierung einer Diagnose allein beim Facharzt.

(Vgl. Trenckmann & Bandelow 1999, S.57-59)

Im ICD-10 sind für die Diagnose des Krankheitsbildes Schizophrenie, acht im folgenden genannte Symptomgruppen festgelegt, von denen mindestens eine der ersten vier Gruppen oder mindestens zwei der Gruppen fünf bis acht, länger als einen Monat andauernd vorhanden sein müssen.

1. *Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.*
2. *Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen. Wahnwahrnehmungen.*
3. *Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.*

4. *Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer)Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Außerirdischen zu sein).*
0. *Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.*
0. *Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.*
0. *Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit, Negativismus, Mutismus und Stupor.*
0. *Negative Symptome, wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.*

(Dilling u. a., 1999, S. 104,105)

Schizophrene Erkrankungen sind heute gut behandelbar. Die Behandlung besteht stets aus mehreren Komponenten: medikamentöse Therapie, psychotherapeutische Begleitung, familienbezogene Maßnahmen, und häufig auch besondere Rehabilitationsmaßnahmen.

Der Verlauf der Schizophrenie ist in einem Drittel der Fälle chronisch mit bleibenden kognitiven Defiziten; bei einem weiteren Drittel tritt die Krankheit in akuten, wiederkehrenden Schüben auf, und bei einem Drittel der Fälle tritt bei einer akuten Episode eine nachfolgende Heilung auf. Der Häufigkeitssgipfel liegt im dritten Lebensjahrzehnt. Die Erkrankungshäufigkeit ist bei Männern und Frauen gleich, Männer erkranken jedoch im Durchschnitt früher als Frauen. Schizophrene Psychosen sind anlagebedingte Erkrankungen. Fast 1% der Bevölkerung weist eine entsprechende Bereitschaft oder Feinfühligkeit auf, in bestimmten Situationen, wie z.B. bei persönlichen Konflikten mit schizophrenen Symptomen zu reagieren (vgl. Vulnerabilitäts-Streß-Modell). Die Wirksamkeit genetischer Einflüsse wird durch Familien- Zwillings- und Adoptionsstudien belegt: Kinder mit einem schizophrenen Elternteil haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko, bei eineiigen Zwillingen beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass beide Kinder betroffen sind 50%. (vgl. Brockhaus Enzyklopädie, 1992, Bd.19, S. 379)

Für die Bedeutung von Umwelteinflüssen sprechen zahlreiche Untersuchungen, die psychische Belastungen und familiäre Einflüsse als auslösende Faktoren oder die Erkrankung aufrechterhaltende Bedingungen identifiziert haben (Remschmidt & Matzejat, 1994a, S.12)

Der Verlust der Einheit von Fühlen, Denken und Handeln beim Erkrankten, erfordert auf der Seite der Unterstützenden (Angehörige, Arzt, Therapeuten, Betreuer usw.) ein hohes Maß an Einheit und Eindeutigkeit. Der Umgang mit dem Erkrankten sollte so „normal“ wie möglich sein, und die „Verrücktheit“ nicht mitgemacht werden. Die besondere Feinfühligkeit und das erhöhte Misstrauen des schizophren Erkrankten sollte berücksichtigt werden, indem im höchsten Maße Offenheit und Eindeutigkeit im Umgang mit ihm gezeigt wird, um ihm die

größte mögliche Sicherheit und Unterstützung zu signalisieren. Die nahestehenden Personen sind dabei oft in einer schwierigen Situation, da der Erkrankte häufig dazu neigt, diese mit Vorwürfen oder barschen Zurückweisungen zu konfrontieren. Insofern ist ein gewisses Maß an Distanz bedeutsam, um sich selbst vor Vorwürfen und Schuldgefühlen schützen zu können. (vgl. Trenckmann & Bandelow, 1999, S.57-60)

Überwiegend kündigen sich erneute Krankheitsepisoden mit frühen Warnzeichen an, wie gesteigerter Nervosität, Schlafstörungen, veränderte Gemütsverfassung oder übersteigerter Gereiztheit. Manchmal kommt es auch wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Schizophren Erkrankte sind deshalb besonders auf ein ruhiges, entspanntes und offenes Familienklima angewiesen, hohe Spannungen sind in besonderer Weise gefährdend. Für schizophren gefährdete Menschen ist es besonders wichtig, dass sie lernen mit sich selbst und anderen pfleglich um zu gehen, und Stress in Form von Überforderungen aber auch Unterforderungen zu vermeiden. So kann eine ausgewogene Alltagsstruktur mit klaren Aufgaben, eindeutigen Absprachen und gut kalkulierbaren Risiken eine sinnvolle Stütze für die besondere seelische Verletzlichkeit von schizophrenen Menschen sein.

0.0.0.0 Angst- und Zwangserkrankungen

Menschen mit einer Angststörung leiden unter Ängsten, die unangebracht, unrealistisch oder übertrieben sind. Dabei geht es nicht um Ängste vor realen Bedrohungen, wie Krankheit, Trennung oder Arbeitsplatzverlust, sondern um Ängste die ein gewisses Ausmaß übersteigen, oder Ängste vor Dingen und Situationen vor denen Menschen normalerweise keine übermäßige Angst haben (phobische Störungen). Am bekanntesten ist z.B. die Angst vor Fahrstühlen, die Flugangst oder die Angst vor Spinnen. Die Ängste haben zur Folge, dass phobische Situationen, wann immer möglich, vermieden werden.

Manche Menschen haben aber auch unerwartete Panikanfälle (Panikstörung) oder langanhaltende Angst, ohne zu wissen wovor man Angst hat (generalisierte Angststörung). Betroffene erklären, z.B. dass sie sich dann in Todesangst befinden, und Angst davor haben sterben zu müssen.

Menschen mit einer generalisierten Angststörung leiden unter folgenden Symptomen:

Angst, Herzrasen, Zittern, Schwitzen, Schwindel, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Durchfall, Konzentrationsstörungen und anderen körperliche Ausdrucksformen der Angst. Die Angstsymptome können manchmal über Stunden oder tagelang anhalten. Menschen mit Angststörung machen sich häufig Sorgen, die nicht immer einen Grund haben oder übertrieben sind, wie z.B. die ständige Befürchtung, den Kindern, dem Partner oder nächsten Angehörigen könnte ein Unfall zustoßen.

Die Ursachen für generalisierte Angststörungen sind noch nicht vollständig erforscht, man nimmt aber an, dass verschiedene Faktoren zusammen kommen müssen. So untersucht man

noch, ob ein Vererbungsfaktor die Krankheit mit verursacht. Zunächst ist die Veränderung der Botenstoffe im Gehirn (Serotoninsystem) als mit verursachend belegt. Es spielen aber auch schwierige Situationen oder Trennungsängste aus der Kindheit (traumatische Belastungen), sowie belastende Lebensereignisse in der unmittelbaren Zeit vor dem Beginn der Angststörung, wie z.B. eine Ehescheidung eine Rolle.

Angststörungen (besonders die Sozialphobie) werden nicht selten von Alkoholmissbrauch begleitet, da mit Alkohol die Ängste kurzzeitig erfolgreich bekämpft werden können. In der Folge treten die Ängste zwar in den Hintergrund, dafür steht aber dann das Problem der Alkoholabhängigkeit an erster Stelle (vgl. Trenckmann & Bandelow, 1999, S.14).

Ungefähr 3% der Bevölkerung leiden unter einer generalisierten Angststörung.

Medikamente die zur Behandlung von Angststörungen verordnet werden gehören zu der Gruppe der Antidepressiva und zu den Beruhigungsmitteln. Da sie bei längerer Einnahme und höheren Dosen bei bestimmten Personen eine Abhängigkeit hervorrufen, sollten sie nur unter großer Vorsicht und kontrolliert vom Arzt eingenommen werden.

Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen zeigt sich als besonders ratsam und hilfreich, wobei für die Wahl der Therapieform meistens die Verhaltenstherapie empfohlen wird, da diese den schnellsten Erfolg verspricht. Wie bei fast allen psychischen Störungen ist die eigene Motivation und Auseinandersetzung und der Wille zur Veränderung bzw. Verbesserung der eigenen Situation ein ausschlaggebender Faktor für den Erfolg der Behandlung.

Zwangserkrankungen sind häufiger als angenommen, man geht von einem Anteil von 1-2% an der Gesamtbevölkerung aus, jedoch ist die Dunkelziffer sehr hoch, da die Betroffenen ihre Störung meistens schamhaft verschweigen und effiziente Hilfen früher kaum angeboten werden konnten. (vgl. Trenckmann & Bandelow, 1999, S.17-20) Erste Anzeichen treten meistens schon im Kindes- oder frühen Erwachsenenalter auf, werden aber oft lange Zeit nicht erkannt, sondern als merkwürdige Manieren und Übertreibungen gesehen. Die unterschiedlichsten Zwänge werden meistens so lange wie möglich im Verborgenen ausgeübt, weil die Betroffenen um das weitgehend Unsinnige ihrer wiederkehrenden Grübeleien, sich immer wieder aufdrängender seelischer Bilder oder ritualhafter Wiederholungen letztlich sinnloser Handlungen wissen. Trotz diesem Wissen gibt es aber eine Art von parallelem Denken und Fühlen, das von teils konkreten, teils diffusen Ängsten und Befürchtungen geleitet wird. Fast vergleichbar mit „magischen Ritualen“ verlangt dieses Parallelsystem von Handlungen, Handlungsimpulsen und Gedanken nach Kontrolle und Wiederholung. Auch wenn der Betroffene die Unsinnigkeit seiner Zwänge erkennt, kann er sie nicht stoppen, da seine Anspannung und Angst nur durch die Zwangshandlung abgebaut werden kann. Meistens nehmen die Wiederholungen schrittweise oder schleichend zu, bis der Zwang den gesamten Lebensalltag bestimmt.

Bei den Zwangsstörungen handelt es sich zum einen um anlagebedingte, neurophysiologische und biochemische Störungen des Gehirns, die zu biologisch übersteigerten Fehlfunktionen führen, und zum anderen durch fehlerhafte Lernprozesse bedingte übertriebene Reaktionsmuster.

Es treten häufig Überlagerungen oder Komorbidität von Zwangsstörungen mit Angststörungen oder Essstörungen oder Depressionen auf.

Da es offenbar gemeinsame neurobiologische Grundlagen von Angst, Zwang und Depression gibt, werden in der medikamentösen Behandlung vor allem Antidepressiva verordnet. Die Psychotherapie setzt vor allem auf die verhaltenstherapeutischen Methoden, um durch „Neuprogrammierung“ das Vermeidungsverhalten abzubauen, und durch Konfrontation und Neubewertung der zwangsauslösenden Situation die Möglichkeit des Abbaus von Ängsten und Spannungen neu einzuüben.

Die Toleranz und Geduld des Partners und der Familie des Erkrankten wird häufig auf eine harte Probe gestellt, wenn es darum geht die Eigenheiten des Zwangserkrankten ertragen zu müssen. Es ist darum wichtig, dass sie ihn im Rahmen der Therapie in seinem Training gegen den Zwang unterstützen, und sich nicht etwa in die Zwangsrituale einbinden lassen. Diese Abgrenzung ist aber gerade für den Partner und in besonderer Weise für die Kinder schwierig, da sie eine stabile und differenzierende Haltung für die angemessene Nähe und die notwendige Distanz erfordert. (vgl. Trenckmann & Bandelow 1999, S. 5-12)

0.0.0.0 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Schätzungsweise 2-3% der Bevölkerung weisen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf, wobei der Frauenanteil ca. 75% beträgt.

Die Borderline-Persönlichkeit ist stabil in ihrer Instabilität, die sich auf den Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehungen und das Selbstbild bezieht. Sie denkt und fühlt in einer Art schwarz-weiß Raster, so kommt es immer wieder zu extremen Schwankungen zwischen gefühlsmäßigen „Hochs“ und „Tiefs“, und so bewertet sie auch die Menschen in ihrer nächsten Umgebung. Menschen mit einer Borderline-Störung weisen eine besondere Brüchigkeit im Kernbereich der Persönlichkeit auf, es fehlt ihnen so etwas wie ein ruhender Pol in ihrem Inneren, sie haben kein Gefühl von Urvertrauen in sich selbst, kennen ihre eigenen Stärken und Schwächen nicht, sondern nur Leere, Angst und Depressivität. Dies führt dazu, dass sie sich nicht vorstellen können, um ihrer selbst Willen gemocht oder geliebt zu werden. Oft erwarten sie von sich riesig viel und sind grenzenlos enttäuscht, wenn sie das hoch gesetzte Ziel nicht erreichen. Sie bauen auf unterschiedlichste Weise Schutzhüllen um ihr leicht verletzliches Selbst auf, und können nach außen den coolen Machertypen demonstrieren oder aber sie versuchen durch vielfältige psychische und psychosomatische Störungen Aufmerksamkeit und Zuwendung von ihrem sozialen Umfeld zu bekommen.

Der Mangel an Selbstvertrauen und Wertschätzung der eigenen Person wird durch ein exzessives Einfordern von Aufmerksamkeit, Verständnis und Liebe anderer ersetzt. So werden andere Menschen instrumentalisiert und manipuliert: ihre Aufgabe ist es, sie ständig zu bestärken, verstärkend zu unterstützen und ihr auf irgendeine Art und Weise etwas zu geben. >>Es ist bezeichnend für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, dass sie große Angst haben, verlassen zu werden. Sie klammern sich an andere, sind aber dennoch unfähig, intime Beziehungen aufrechtzuerhalten, und stoßen die Menschen zurück, die sie lieben.<< (Kreismann & Straus, 2002, S. 5)

In ihrer Umgebung bewirken borderline-gestörte Menschen deshalb häufig eine Polarisierung der Meinungen und Konflikte, und spalten zwischenmenschliche Beziehungen in gut und böse, wodurch brauchbare Kompromisse und Integrationslösungen kaum entstehen können. Sie leben ständig im Grenzbereich zwischen Zusammenbruch und Reorganisation. Der dadurch unvorhersehbare plötzliche Wechsel in Verhalten und Verfassung ist nicht nur für die gestörte Person selber, sondern auch für ihre Mitmenschen belastend. So erscheinen sie als wenig kalkulierbare und verlässliche Menschen, die sich durch ihre ausgeprägten Verhaltensschwankungen häufig isolieren, und partnerschaftlich und beruflich nicht recht einbinden können. Dies verstärkt wiederum die negative Selbsteinschätzung und Neigung zur Depression.

Um sich selbst irgendwie selbst zu spüren, ist bei borderline-gestörten Menschen häufig selbstschädigendes Verhalten wie „Ritzen“ oder „Schnibbeln“ oder exzessiver Alkohol- und Drogenmissbrauch anzutreffen. Ebenfalls neigen manche Betroffene zu schwer kontrollierbaren, heftigen aggressiven Reaktionen gegenüber ihrer Umwelt oder zu willkürlich herbeigeführtem rauschhaftem Erleben (z.B. Glücksspiel oder sexuelle Exzesse), um ihr Gefühl der inneren Leere und Depression zu überdecken.

Studien aus der Trauma-Forschung zeigten einen starken Zusammenhang der Borderline-Psychopathologie mit traumatischen Kindheitserlebnissen (81%), wobei sich eine sehr hohe Rate von kindlichem sexuellem Missbrauch zeigte. Dieser Zusammenhang eingebettet in ein schwer gestörtes Familiensystem, erklärt viele der Symptome, die für Borderline-Störungen typisch sind (vgl. Van der Kolk, 1998).

Die besondere Schwierigkeit im Umgang mit dieser Erkrankung ist wohl für den Betroffenen selbst wie auch für die Angehörigen, erkennen zu können, dass die Verhaltensabweichungen Krankheitswert haben und es sich um eine psychische Störung handelt, die behandlungsbedürftig ist.

Beziehungsstörungen sind ein zentrales Problem der Borderline-Persönlichkeit, was auch den Aufbau einer tragfähigen Bindung zu einem Partner oder eigenen Kindern schwierig macht. Der psychotherapeutische Zugang ist ebenfalls langwierig und schwierig, und die Beziehung zum Therapeut wird durch den Erkrankten ständig auf ihre Belastungsfähigkeit getestet. Für den Betroffenen und seine Beziehungspartner heißt es aus- und durchzuhalten, und einen goldenen

Mittelweg von Distanz und Nähe zu finden. Die Frage darf (auch für die Angehörigen) nicht lauten, entweder völlig vereinnahmt, oder gänzlich zurückgestoßen zu werden.

0 DER BLICK AUF DIE BESONDERE LAGE DER KINDER MIT PSYCHISCH KRANKEN ELTERN

Der Blick auf die besondere Lage der Kinder mit psychisch kranken Eltern soll die Faktoren für Belastungen, Ressourcen und Zugangsmöglichkeiten dieser Kinder zu Hilfen verdeutlichen. Wenn man den Blick auf die Belastungen der Kinder mit psychisch kranken Eltern richtet, ist zunächst zu klären, was unter Belastungen verstanden wird. Aus psychologisch/medizinischer Sicht stehen Belastungen in enger Beziehung zum Stressbegriff. Die meisten Definitionen verstehen Stress als einen Zustand des Organismus, bei dem als Resultat einer inneren oder äußeren Bedrohung das Wohlbefinden als gefährdet wahrgenommen wird, wie z.B. Angst und Überlastung, und deshalb der Organismus all seine Kräfte konzentriert und zur Bewältigung der Gefährdung schützend einsetzt. (vgl. Schwarzer 1998)

Belastung und Stress stehen also auch direkt im Zusammenhang mit Bewältigung, im Sinne einer Anpassungsleistung an Situationen, die als Gefährdung wahrgenommen werden. Situationsspezifisch können Belastungen auch auf soziale und psychologische Stressoren bezogen sein, und deren Auswirkungen sind dabei eng an die Bewertung als Gefahr für die belastete Person abhängig, sowie deren persönliche Bewältigungsmöglichkeiten, sowie den Ressourcen und Schutzfaktoren, die ausgleichenden Einfluss auf die Gefährdung und Benachteiligung, in unserer Betrachtung, der Kinder psychisch kranker Eltern haben.

Zunächst werden Ergebnisse aus der kinder- und jugendpsychiatrischen, wie auch der neueren sozialpädagogischen Forschung dargestellt. Darauf aufbauend, werden die unterschiedlichen Ansatzpunkte in den Bewältigungsstrategien, Schutzfaktoren und Ressourcen der Kinder und Familien aufgezeigt, die für die Konzeption von unterschiedlichen Hilfsangeboten genutzt werden können. Speziell wird danach auf die Frage des Zugangs zu den Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern eingegangen, da dieses Thema als Schlüssel für die Akzeptanz durch die Zielgruppe und den erfolgreichen Aufbau von neuen Hilfsangeboten zu sehen ist.

0.0 Die besonderen Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern

Für den Blick auf die vielfältigen Belastungsfaktoren und die daraus entstehenden unterschiedlichen Problemlagen für Kinder, die mit einem psychisch gestörten Elternteil aufwachsen, ist die Sicht auf die Ergebnisse der Forschungen aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven unerlässlich.

Die Benachteiligung von Kindern psychisch kranker Eltern und ihrer Familien ist durch Ergebnisse aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung (High-risk-Forschung, genetische Studien, sozialpsychiatrische und familientheoretische Untersuchungsansätze) belegt worden. Die Erkenntnisse darüber, dass eine psychische Erkrankung häufig als Familienerkrankung auftritt, und über mehrere Generationen nachweisbar ist (vgl. Meyer u.a. 2001) zeigt die Notwendigkeit dafür, dass der Blick auf das Familiensystem des Erkrankten unbedingt in die psychiatrische Behandlung einbezogen werden sollte. Die nachweisbar erhöhten biologisch/organischen und psychosozialen Risiken für Kinder psychotischer Eltern, stellen somit die Grundlage für die Erkenntnis dar, dass diese Kinder ein erhöhtes Risiko tragen, Verhaltensauffälligkeiten, soziale und emotionale Störungen, oder sogar eigene psychische Erkrankungen zu entwickeln. Die Sozialpädagogische Forschung richtet sich auf die Erkundung der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern, sowie auf die bedarfsgerechte Entwicklung von speziellen Hilfs- und Unterstützungsangeboten für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern.

Wie sehen also die Belastungen für Kinder mit einem oder sogar zwei psychisch erkrankten Elternteilen aus? Worin unterscheiden sich diese Belastungen von den durchschnittlichen Belastungen und Anforderungen von Kindern mit gesunden Eltern? Welches sind die Risikofaktoren, die einen entscheidenden Einfluss darauf haben, ob ein Kind mit einem oder zwei psychisch kranken Eltern selbst psychisch krank wird?

Nachteilige Entwicklungsbedingungen für Kinder psychisch kranker Eltern entstehen z.B. dadurch, dass

- ? sie genetisch bedingt eine erhöhte Vulnerabilität für bestimmte psychische Erkrankungen haben.
- ? psychisch kranke Mütter durch vermehrte Ängste vor Schwangerschaft und Geburt seltener Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, und es dadurch häufiger zu Risikoschwangerschaften, Fehl- und Frühgeburten sowie Komplikationen bei der Geburt kommt, die sich wiederum negativ auf die Entwicklungschancen der Kinder auswirken.
- ? direkt durch die Krankheitssymptome die Entwicklung der Beziehung zwischen psychisch erkranktem Elternteil und Kind gestört wird.
- ? durch Krankenhausaufenthalte oder dauerhaftem Betreuungsbedarf des erkrankten Elternteils es häufiger zu Beziehungsabbrüchen zwischen krankem Elternteil und Kind kommen kann.
- ? der erkrankte Elternteil in Akutkrisen mit Erziehungsaufgaben überfordert ist.
- ? der erkrankte Elternteil keine Krankheitseinsicht bzw. keine Bewältigungsmöglichkeiten entwickelt, dadurch weniger in der Lage ist Hilfe zu suchen bzw. Unterstützungsangebote für sich und seine Familie zu nutzen.

- ? die Probleme und Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern oft erst dann auffallen, wenn ihre Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten aufgebraucht sind, und sie selbst Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Störungen zeigen.
- ? der erkrankte Elternteil häufig nicht mehr arbeiten kann, und die Familie dadurch oftmals einen niedrigen sozial-ökonomischen Status hat.
- ? häufig auch der gesunde Elternteil mit der Betreuung des erkrankten Partners, der Erziehung der Kinder und der Organisation des Familienalltags überfordert ist.
- ? der erkrankte Elternteil alleinerziehend ist, und es keine gesunde, erwachsene Bezugsperson für die Kinder gibt, die kompensatorisch die Erziehungsaufgaben übernehmen könnte.
- ? die Partnerschaft der Eltern stark disharmonisch verläuft und zusätzlich zur Krankheit belastend auf das Familienklima wirkt.
- ? andere zusätzliche kritische Lebensereignisse die Kinder und Eltern belasten.
- ? die Familie mangelnde soziale Integration und Unterstützung erfährt oder andere chronische Schwierigkeiten hat.

(vgl. Laucht u.a. 2000; Schone & Wagenblaus 2002)

0.0.0 Ergebnisse kinder- und jugendpsychiatrischer Forschung für Risikofaktoren von Kindern psychotischer Eltern

Das nun folgende Unterkapitel stellt überwiegend eine Auswahl bzw. eine Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse dar, die von Helmut Remschmidt und Fritz Mattejat zum Thema Kinder psychotischer Eltern zusammengetragen bzw. mit eigenen Studien belegt werden konnten (vgl. Remschmidt & Mattejat, 1994a). Die genannten Seitenzahlen beziehen sich dementsprechend auf die genannte Literatur.

Diese Ergebnisse aus Untersuchungen mit Kindern psychogen erkrankter Eltern belegen, dass diese ein erhöhtes Risiko haben, selbst einschlägig zu erkranken oder in anderer Weise psychisch auffällig und sozial benachteiligt zu werden.

Im Bezug auf die genetische Disposition wurde in Zwillings- und Adoptionsstudien belegt, dass sich für die Kinder mit einem schizophrenen Elternteil das Risiko für die Entwicklung einer eigenen schizophrenen Erkrankung um 10 –15% erhöht; sind beide Elternteile einschlägig erkrankt, so erhöht sich das Risiko für die Kinder um 35 – 50% (S.49-57).

Das Risiko eine depressive Störung zu entwickeln ist allgemein höher (ca.17% aller Menschen in Europa, machen einmal in ihrem Leben eine schwere, behandlungsbedürftige, depressive Phase durch) (vgl. Gaspar, 2002), als das Risiko für schizophrene Erkrankungen (1%). Ist ein Elternteil depressiv erkrankt, so liegt die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung von depressiven Störungen für die Kinder bei 30 – 45 % (S.69), was eine Erhöhung des Erkrankungsrisikos um 8 - 28% bedeuten würde.

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung ist man bemüht, den spezifischen Vorhersagewert einzelner Faktoren für bestimmte psychische Erkrankungen zu ermitteln, um so dieses Risiko entsprechend einschätzen bzw. vermindern zu können. Jedoch ließen die Untersuchungsergebnisse bisher wenig spezifische Faktoren erkennen, mit deren Hilfe sichere Voraussagen für ein Erkrankungsrisiko gemacht werden könnten. Es wird deshalb davor gewarnt, die Kinder psychisch kranker Eltern generell zu pathologisieren, da immer noch der größte Teil dieser Kinder gute Chancen auf eine gesunde Entwicklung hat.

Es liegen jedoch Erkenntnisse über Häufungen unspezifischer Auffälligkeiten, vor allem in kognitiven, emotionalen und sozialen Bereichen vor, die als Hinweise auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für eine spezifische psychische Erkrankung angesehen werden dürfen (S.19-22).

0.0.0.0 Kinder schizophrener Eltern

Zu den Auffälligkeiten und Problemen von Kindern mit schizophrenen Eltern gehören **im kognitiven Bereich** z.B. vermehrte Störungen des Aufmerksamkeitsverhaltens und der Informationsverarbeitung, sowie Beeinträchtigungen der schulischen Leistung.

Zu den Auffälligkeiten **im emotionalen Bereich** zählt, dass Kinder schizophrener Eltern besonders häufig als emotional instabil geschildert werden. So zeigen sich diese Kinder häufiger stressüberempfindlich, leicht erregbar, ängstlich, unglücklich, stimmungabhängig und mit einer geringen Frustrationstoleranz. Außerdem entwickeln Kinder schizophrener Mütter signifikant häufiger ein ängstliches Bindungsverhalten

Im sozialen Bereich zeigten die Kinder schizophrener Eltern häufig Störungen des Sozialverhaltens und in der Beziehung zu Gleichaltrigen. Ihre geringere soziale Kompetenz zeigte sich durch Aggression und soziale Isolation. Als Erklärung für die Störungen des Sozial- und Kommunikationsverhaltens bei Kindern schizophrener Eltern sieht man primäre Aufmerksamkeitsstörungen an, die zu einer Unfähigkeit für die Verarbeitung interpersonaler Informationen führen kann. In der Folge vermeiden schizophrene gefährdete Menschen soziale Kontakte, und versuchen so die Belastungen und Verunsicherungen zu umgehen.

Neben genetischen Faktoren, die eine gewisse Vulnerabilität für bestimmte Krankheitsanfälligkeit bedingen können, sind Kinder durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern auch anderen Faktoren ausgesetzt, die einen Einfluss auf die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, dissoziales Verhalten oder Rückzugstendenzen und das Risiko für eine eigene psychische Erkrankung haben. Dazu zählen prä- und perinatale Traumata, schwieriges Temperament, das Anpassungsverhalten eines Kindes, (Bewältigungsmöglichkeiten), familiäre Disharmonie (Ehekonflikte /Scheidung der Eltern), Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation, niedriger sozialökonomischer Status oder das Geschlecht.

Es wird allgemein betont, dass Risikofaktoren, egal welcher Art, nicht isoliert betrachtet werden dürfen, da sie im kontinuierlichen Wechsel mit protektiven Faktoren, der Eigeninitiative und Selbstgestaltungsmöglichkeiten von Risikopersonen stehen (S.23) (vgl. Laucht u.a. 1992). Als besonders wichtiger und einflussreicher Faktor hat sich jedoch die familiäre Disharmonie erwiesen, da bei chronisch disharmonischen Familienbeziehungen kein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit entstehen kann. Dies vermindert die Möglichkeiten zur Entwicklung einer differenzierten Ausgestaltung von Gefühls- und Reaktionsmustern und für den Aufbau positiver sozialer Beziehungen (vgl. Schmidt-Denter 1996) .

Untersuchungsergebnisse zu Einflussfaktoren, die im direkten Zusammenhang mit einer elterlichen schizophrenen Erkrankung stehen (S.23-49) belegen:

- ? Das **Geschlecht des erkrankten Elternteils** (S.38) spielt in mehrfacher Hinsicht eine Rolle
 - Frauen erkranken im Durchschnitt später an Schizophrenie als Männer, haben vermutlich dadurch häufiger Familie und Kinder wenn die Krankheit ausbricht,
 - die Erkrankung der Mutter wirkt sich stärker auf das präschizophrene Verhalten der Kinder aus, insbesondere die Söhne sind stärker durch die Erkrankung der Mutter beeinträchtigt. So zeigten Söhne, die von ihren schizophrenen Müttern erzogen wurden, mehr dissoziales Verhalten, mehr Rückzugstendenzen, werden als leicht erregbar beschrieben und zeigen vermehrt Hyperaktivität.
 - Der größere Einfluss einer mütterlichen psychischen Erkrankung konnte allgemein auch im bezug auf schulisches Verhalten, Verhaltensauffälligkeiten, Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung sowie neurologischen Auffälligkeiten belegt werden.
- ? **Komorbidität, Schweregrad der Erkrankung und Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns** , (S.39/40) wirken sich wie folgt aus:
 - Weitere psychische Störungen bzw. Persönlichkeitsstörungen des erkrankten Elternteils erhöhen das Erkrankungsrisiko der Kinder.
 - Je schwerer und früher die Mutter schizophren erkrankt ist, desto früher und mit höherer Wahrscheinlichkeit, erkranken die Kinder einschlägig (besonders hohes Erkrankungsrisiko für die Söhne, und höhere Wahrscheinlichkeit für Trennung von den Kindern, sowie deren Fremdunterbringung).
 - Im Durchschnitt erkranken schizophrene Eltern früher als z. B. depressive Eltern, daraus ergibt sich, dass Kinder schizophrener Eltern häufiger ihre ganze Kindheit und Jugend unter den Auswirkungen der Krankheit ihrer Eltern leiden.
- ? Die **Trennung des Kindes vom erkrankten Elternteil** (S.39) oder von der Familie (Fremdunterbringung) hat eine direkte Wirkung auf die Erhöhung des Erkrankungsrisikos der Kinder:

- Bei Abwesenheit des Vaters zeigt sich bei den Söhnen eine Erhöhung antisozialen Verhaltens, während die Töchter durch die Trennung von der Mutter vermehrt antisoziales Verhalten zeigten (geschlechtsspezifische Identifikation).

- Durch die Trennung der Söhne von der Mutter zeigten diese eher weniger Symptome, wenn sie von Familienangehörigen versorgt wurden, wogegen sie durch eine Institutionalisierung (Heimunterbringung) im hohen Maße vermehrte psychopathologische Auffälligkeiten, vor allem Denkstörungen zeigten. Für die Söhne ergibt sich demnach eine Verkettung von mütterlicher Schizophrenie, mütterlicher Abwesenheit, Institutionalisierung und eigener schizophrener Symptomatik. Zusammen mit den Belegen dafür, dass Jungen im allgemeinen eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber biologischen und psychologischen Belastungen haben, lässt sich ableiten, dass sich das Erkrankungsrisiko von Söhnen schizophrener Mütter senken lässt, indem sie weder bei ihren Müttern noch im Heim, sondern bei anderen Familienangehörigen aufwachsen.

? Die Qualität der **Eltern-Kind-Beziehung** (S.40/41) ist durch eine psychische Erkrankung stark beeinflusst, und hat dementsprechend Auswirkung auf Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. Dabei spielen der Schweregrad der Erkrankung, die Anwesenheit oder Abwesenheit eines Partners, sowie dessen kompensatorische Funktion eine gravierende Rolle. Da die Mütter bisher fast ausschließlich für die Betreuung und Erziehung der Kinder in der frühen Kindheit zuständig sind, konnte der Einfluss von psychisch kranken Vätern bisher nur im Bezug auf An- oder Abwesenheit belegt werden.

Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung wird als wichtige Variable für Vorhersagen von Verhaltensauffälligkeiten gesehen. Das Ausmaß einer Mutter-Kind-Interaktionsstörung zeigt sich im Bindungsverhalten der Kinder, indem signifikant häufiger ein ängstliches (vermeidendes bzw. ambivalentes) Bindungsverhalten zu erkennen ist. Beobachtungen von Mutter-Kind-Interaktionen drei Tage nach der Geburt zeigten, dass schizophrene gestörte Mütter zu ihren Säuglingen häufiger eine deutlich gestörte Beziehung hatten: es baute sich ein negatives emotionales Klima auf, sowie mehr Anspannung und Unsicherheit, weniger soziale Kontakte zwischen Mutter und Kind und weniger wechselseitiger Blickkontakt. Außerdem zeigten die Kinder schizophrener Mütter im ersten Lebensjahr nahezu keine Angstreaktionen gegenüber einer fremden Person, was als Hinweis auf eine oberflächliche Kommunikationserfahrung, und eine mangelnde Gefühlsdifferenzierung aufgrund einer unterentwickelten sozialen-emotionalen Bindungsfähigkeit angesehen werden kann (vgl. Rauh, 1998, S.228-234).

? **Kommunikationsstörungen** (S.41-45) in der Familie, sind nicht für alle Formen schizophrener Erkrankungen charakteristisch. Sie sind aber relativ spezifisch für jene schizophrenen Erkrankungen, die mit Denkstörungen und anderen kognitiven Defiziten

einhergehen. Dabei reflektiert die kognitive Desorganisation der Kinder auf individuellem Niveau das familiäre Muster der verwirrenden und irrationalen Kommunikation.

So kann z.B. zwischen erkranktem Elternteil und Kind ständig Streit darüber entbrennen, wer von den beiden eine Situation richtig beurteilt, was durch den gestörten Umgang des Erkrankten mit der Wirklichkeit zu Verwirrungen bei dem Kind darüber führen kann, ob es selbst seiner Wahrnehmung trauen kann (vgl. Stöger & Mückstein 1995).

? Die **Art des emotionalen Klimas in der Familie** (S.45-48) wird belegt durch das emotionale Engagement im Kommunikationsstil der Familie. Zeigt der Kommunikationsstil in der Familie niedrige Belastung im emotionalen Engagement, durch wenig kritische Kommentare und emotionales Überengagement, so gestatten sich die Familienangehörigen insgesamt mehr Rückzugsmöglichkeiten, und sind rücksichtsvoller und toleranter gegenüber Verhaltensauffälligkeiten und Defiziten des Erkrankten.

Hohe Belastungen im emotionalen Engagement zeigen sich durch ein hohes Ausmaß an emotionalem Überengagement und häufigen kritischen Kommentaren, was sich negativ auf den Krankheitsverlauf des Erkrankten auswirkt (wenig Rückzugsmöglichkeit, hoher Druck, Stress), und das Risiko für die Entstehung psychischer Störungen bei den Kindern verstärkt.

? **Kritische Lebensereignisse** (S.48/49) sind vor dem ersten Ausbruch (Erstmanifestation) einer schizophrenen Erkrankung relativ häufig als Auslöser zu betrachten. Durch eine Häufung oder die Intensität der Belastung durch derartige Ereignisse kann die notwendige Anpassung an diese Veränderungen nicht mehr erbracht werden, was zu psychotischer Dekompensation führen kann. Besonders wirkt hier der Risikofaktor der Informationsverarbeitungsstörung, der eine Reduktion der kognitiven Bewältigungsmöglichkeiten für die Anpassung an Veränderungen darstellt.

Die Forschung zur Auswirkung kritischer Lebensereignisse zeigt, dass analog zum allgemeinen Stresskonzept die Häufung kritischer Lebensereignisse das Risiko für psychische und psychosomatische Erkrankungen um ca. 10% erhöht (Fisher & Reason 1988, Teil 2). Aus Einschätzungen durch Fachleute für den Belastungsgrad kritischer Lebensereignisse für Kinder und Jugendliche geht hervor, dass der Tod eines Elternteils (95%), sowie die Trennung von den Eltern verbunden mit außerfamiliärer Unterbringung (86%) die höchsten Belastungen bei Kindern verursacht. Die Scheidung der Eltern (80%) sowie die ernsthafte Erkrankung eines Elternteils, verbunden mit Krankenhausaufenthalten (67%) sind ebenfalls stark belastend, genauso wie die Wiederholung einer Schulklasse (61%) oder die Einschulung (59%). Zunehmende Streitigkeiten zwischen den Eltern (55%), sowie zunehmende eigene Auseinandersetzungen mit den Eltern (51%) und die Geburt eines Geschwisterkindes (50%) werden ebenfalls als kritische Lebensereignisse mit besonderen Belastungen für die Kinder angesehen (vgl. Schwarzer 1998).

14.0.0.0 Kinder depressiver Eltern

Im Vergleich zu Kindern gesunder Eltern zeigen die Kinder depressiver Eltern signifikant häufiger Probleme (S.64-92) wie: emotionale Dysregulation, unsichere emotionale Bindung, vermehrte Aggression, oppositionelles Verhalten, Defizite in der Aufmerksamkeit, niedriges Selbstwertgefühl, schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und vermehrt depressive Stimmung (S. 68).

Besondere Auffälligkeiten zeigten sich für die Kinder depressiver Eltern im **kognitiven Bereich** (S.77) durch reduzierte schulische Leistungen, die auf intellektuelle Leistungsschwäche sowie auf Defizite in der Aufmerksamkeit zurückgeführt werden. Die Untersuchungsergebnisse sind diesbezüglich jedoch teilweise widersprüchlich. Eine Untersuchung des Intelligenzquotienten der Kinder von depressiven Eltern ergab einen Durchschnitt von 113, was eher für eine überdurchschnittliche kognitive Entwicklung spricht, und die Vermutung zulässt, dass die verminderte schulische Leistungsfähigkeit vermehrt auf Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität zurückzuführen sein könnte.

Zu den Auffälligkeiten im **emotionalen Bereich** (S.77/78) zählen hohe emotionale Labilität und vermehrte Depressionsneigung, sowie Isolation, Rivalität zu Gleichaltrigen, Hyperaktivität, Einnässen, und aggressives Verhalten und Rückzug. Kinder depressiver Mütter entwickeln ein ungünstiges Selbstkonzept mit niedrigem Selbstwertgefühl und negativem Attributionsstil, und vermehrter Ängstlichkeit.

Auffälligkeiten im **sozialen Bereich** (S.78), d.h. im Sozialverhalten und in der Beziehung zu Gleichaltrigen, zeigten sich im Vergleich zu Kindern gesunder Eltern durch vermehrtes Störverhalten im Klassenzimmer, Unaufmerksamkeit, Rückzug, Ungeduld und oppositionellem Verhalten, sowie durch verminderte Entwicklung von Kreativität und Initiative. Überdurchschnittlich positiv zeigten sich die Söhne depressiv Erkrankter in ihrem Sozialverhalten. Ein Anstieg der Auffälligkeiten konnte mit der stationären Aufnahme des erkrankten Elternteils, im Sinne reaktiver Auffälligkeiten festgestellt werden.

Wie für die Schizophrenie können neben einer genetischen Disposition für die Entstehung einer Depression auch andere Faktoren Einfluss auf das Störungsrisiko der Kinder mit depressiven Eltern haben (S.69-92):

? Der Einfluss des **Geschlechtes des depressiven Elternteils** zeigte sich besonders für das Störungsrisiko der Kinder depressiver Mütter: Kinder aller Altersstufen zeigen eine erhöhte Rate an emotionalen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen, wenn ihre Mütter depressiv sind. Die Art der kindlichen Auffälligkeiten und Störungen haben dabei eine enge Beziehung zu Alter und Entwicklungsstufe des Kindes und zur mütterlichen Psychopathologie (S.75). In der frühen Kindheit zeigen Kinder z.B. Störungen in der emotionalen Bindungsfähigkeit, in der Regulation ihres emotionalen Ausdrucks, in der Kontrolle ihrer aggressiven Impulse, und darin mit anderen zu teilen und zu kooperieren. Dies

wird auf die mangelnde Fähigkeit depressiver Mütter zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Kommunikation und Reaktion auf die Bedürfnisse ihrer Kinder zurückgeführt.

Kinder depressiver Mütter haben zu dem häufiger negative Kognitionen über sich selbst und besonders Mädchen entwickeln gemäß ihrer Geschlechtsidentifikation eher internalisierte Symptome, die denen ihrer Mutter gleichen.

? **Komorbidität, Schweregrad und Zeitpunkt der elterlichen Erkrankung** (S.81/82)

spielen als Einflussfaktoren für die Häufigkeit depressiver Erkrankungen bei den Kindern eine wichtige Rolle. Der Schweregrad der depressiven Störung und die entsprechenden Auswirkungen auf die Kinder hängen auch damit zusammen, ob und welche zusätzlichen Erkrankungen bei den Eltern vorliegen. Die Wirkung der Komorbidität von Angst- und Panikstörungen zusammen mit Depression wirken sich am stärksten auf das Risiko der Kinder aus, selbst solche Störungen zu entwickeln. Angstsyndrome entwickelten ca. 40% der Kinder, deren Eltern depressiv erkrankt sind.

Es konnte ein direkter Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der elterlichen Erkrankung zusammen mit zusätzlichen Belastungsfaktoren belegt werden: Die Rate betrug 2,7% wenn kein Risikofaktor in der Familie bekannt war. Sie betrug 26,2% bei einem depressiven Elternteil, und stieg auf 32,9% wenn dieser Elternteil in einer akuten depressiven Phase war. Sie stieg weiter auf 38,1% wenn zur akuten Depression eines Elternteils noch eine andere hohe psychiatrische Belastung hinzukam, und auf 41,2%, sofern zusätzlich die familiäre Unterstützung der Kinder gering war.

Als zusätzlicher Belastungsfaktor ist Kindesmisshandlung im Zusammenhang mit der Schwere der elterlichen depressiven Erkrankung und vermehrten psychiatrischen Auffälligkeiten des Kindes nachweisbar.

Der höhere Schweregrad einer depressiven Störung geht oft mit der stationären Behandlung des Erkrankten, mit Suizidgedanken und Suizidversuchen bzw. vollendetem Suizid einher. Diese besonders belastenden Faktoren sind ebenfalls mit einer vermehrten Fremdunterbringung der Kinder verbunden, bzw. mit der Trennung der Kinder vom erkrankten Elternteil. Die Konstellation dieser Faktoren birgt besonders die Gefahr von traumatischen Belastungen für die Kinder, was sich darin zeigt, dass ca. 79% der depressiv erkrankten Kinder depressiver Eltern, im Zusammenhang mit solchen Ereignissen ihre erste einschlägige psychiatrische Diagnose erhalten.

Psychopathologische Auffälligkeiten bei den Kindern depressiver Eltern zeigten sich auch erhöht durch den frühen Beginn der elterlichen Depression.

? Der Einfluss der **Eltern-Kind-Beziehung** auf das Störungsrisiko der Kinder depressiver Eltern wird anhand der Untersuchungen zum Interaktionsverhalten zwischen depressiven Müttern und ihren Kindern dargestellt (S.76, 86-88), da in der frühen Kindheit, die Mutter, auch wenn sie erkrankt ist, am häufigsten die engste Bezugsperson des Kindes bleibt.

Empirische Untersuchungen unterstützen die These, dass viele Aspekte der Depression im Widerspruch zu einem angemessenen elterlichen Verhalten stehen, wie z.B. die verringerte Energie der Mutter, ihre Missstimmung, Pessimismus, Unaufmerksamkeit und Irritierbarkeit.

Viele Untersuchungen zeigen eine Tendenz depressiver Mütter, unsensibel, unengagiert, missbilligend und feindselig gegenüber ihrem Kind zu sein. Sie bieten ihren Kindern selten angemessene Regeln, Struktur und Führung. In ihrer Beziehung zum Kind gibt es nur wenig Wechselseitigkeit der Gefühle, zeitliche Abstimmung und Freude am Zusammensein.

Es besteht auch die Gefahr, dass die Mutter ihr Kind hart behandelt, da durch fehlende emotionale Beteiligung, und die Unfähigkeit für Zuneigung zu ihrem Kind oft Schuldgefühle und Angst entstehen, was wiederum zu Feindseligkeit gegenüber dem Kind führen kann.

? **Familiensituation und Verhalten der Eltern** beeinflussen signifikant die psychischen Auffälligkeiten der Kinder. Besonders bei geschiedenen Eltern und einer wenig unterstützenden Familie, sowie bei der Erkrankung beider Elternteile erhöht sich das Störungsrisiko für die Kinder. Familien mit einem depressiven Elternteil zeigten einen geringen familiären Zusammenhalt, eine geringere Expressivität und stärkere Konfliktbelastung, weniger Unabhängigkeit, geringere moralisch-religiöse Orientierung und einen geringeren Organisationsgrad der Familie.

0.0.0.0 Schlussfolgerungen für die Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung

Aus den dargestellten Forschungsergebnissen erwachsen für Remschmidt und Mattejat folgende für die Praxis wichtige Schlussfolgerungen (Remschmidt & Mattejat 1994a, Anleitung):

- 0. >> *Kinder psychotischer Eltern sind eine besondere Risikogruppe.*
- 0. *Die besonderen Risiken für diese Gruppe ergeben sich aus erblichen und aus psychosozialen Belastungen.*
- 0. *Die Risiken müssen realistisch eingeschätzt werden. Das bedeutet: sie müssen zwar berücksichtigt, dürfen aber nicht überschätzt werden.*
- 0. *Bei einer psychotischen Erkrankung eines Elternteils kann vieles getan werden, um negative Auswirkungen zu vermeiden oder abzumildern.<<*

Für die praktische Arbeit wurden folgende Fragestellungen aus den Forschungsergebnissen und deren Schlussfolgerungen abgeleitet :

>> *Was ist zu berücksichtigen, wenn Eltern mit einer psychotischen Erkrankung Kinder erziehen?*

Welche Probleme können dabei auftreten?

Wie können die Betroffenen sich auf diese Situation möglichst gut einstellen?

Welche fachlichen Hilfsmöglichkeiten stehen zur Verfügung?

Wie kann fachliche Hilfe so genutzt werden, dass sie effektiv ist?

Was sind die wichtigsten Schwierigkeiten, mit denen sich Patienten, Angehörige und Fachleute dabei auseinander zusetzen haben?<<

Man darf annehmen, dass diese Fragen den Bewusstseinswandel im Bezug auf die Kinder der psychisch kranken Patienten eingeleitet haben. Die eigenen Bemühungen in Richtung präventiver Arbeit führten zu der Entwicklung eines Präventions-Modells, das an späterer Stelle im Kapitel 2.2.4 dargestellt wird.

Als konkrete Probleme, wie sie von den Eltern und ihren Kindern erlebt werden, nennt Mattejat als häufigste **Probleme der Patienten und ihrer Angehörigen** bei der Krankheitsbewältigung:

- ? Tabuisierung,
- ? Verleugnung, Verdrängung der Erkrankung oder Überbetonung, Fixierung auf die Erkrankung,
- ? Überforderung oder Unterforderung im beruflichen und familiären Alltag.

Die häufigsten Probleme der Patienten in der Beziehungsgestaltung sind:

- ? Anklammern; Die Patienten suchen verstärkt Unterstützung bei Angehörigen und Freunden, und überfordern sie mit diesem anklammern (Unsicherheit, Ängstlichkeit, Unselbständigkeit, Abhängigkeit)
- ? Soziale Isolation; Die Patienten ziehen sich auf sich selbst zurück, und scheuen sich davor, ihre sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten.

Die Partner, Angehörigen, Freunde und Kollegen sind oft irritiert und unsicher, was sich in folgenden Verhaltensweisen äußert:

- ? Emotionale Überreaktion; ärgerliche, überkritische und aggressive Reaktionen oder auch überfürsorgliche Verhaltensweisen.
- ? Resignation; depressive Reaktionen, Erschöpfung, Desinteresse, Entmutigung, Distanzierung, Abwendung.

Die häufigsten **Probleme der Kinder** sind differenzierbar in unmittelbare und Folgeprobleme. Die unmittelbaren Probleme lassen sich auf das direkte Erleben der elterlichen Erkrankung zurückführen, wogegen die Folgeprobleme eher durch die soziale Situation hervorgerufen werden.

Die häufigsten unmittelbaren Probleme der Kinder sind (vgl. Mattejat 2000):

- ? **Desorientierung**, Angst und Verwirrung, weil sie die krankheitsbedingten Verhaltensweisen der Eltern nicht einordnen und nachvollziehen können.
- ? **Schuldgefühle**, weil sie den Grund für die psychischen Probleme ihrer Eltern oft auf sich selbst beziehen, und meinen z.B. dass der Grund für die schlechte Stimmung ihrer Mutter daher käme, dass das Kind böse gewesen wäre, und sich vielleicht zu wenig um die Mutter gekümmert hätte.
- ? **Tabuisierung (Kommunikationsverbot)** : Kinder haben feine Antennen dafür, wenn irgend ein Thema vermieden wird und als unangenehm empfunden wird, sie werden deshalb

dieses Thema auch vermeiden, um ihre Eltern nicht zu verärgern. Manchmal wird auch explizit ein Redeverbot ausgesprochen. So wird die psychische Erkrankung zum Familiengeheimnis, über das weder in, noch außerhalb der Familie geredet wird. Das Brechen der konspirativen Schweigepflicht ist dementsprechend mit Angst und Schuldgefühlen verbunden, und würde einen Verrat an den Eltern und der Familie bedeuten.

- ? **Isolierung** ist die Folge aus dem Kommunikationsverbot und der Tabuisierung. Die Kinder können bzw. dürfen mit niemandem über die belastende Situation reden und sind deshalb allein mit ihren Problemen.

Folgeprobleme aus der elterlichen psychischen Erkrankung sind:

- ? **Betreuungsdefizit**, welches daraus entsteht, dass die Eltern stark mit ihren eigenen Problemen belastet bzw. überfordert sind, und dadurch den Kindern nicht die notwendige Aufmerksamkeit, Zuwendung und elterliche Führung und Anleitung geben können.
- ? **Zusatzbelastungen** entstehen für die Kinder dadurch, dass sie zusätzliche Aufgaben in der Familie übernehmen, die von den Eltern nicht geleistet werden können. Die Bedürfnisse der Kinder treten in den Hintergrund, und es kommt nicht selten zu Überforderungen, die sich z.B. durch einen Leistungsabfall in der Schule bemerkbar machen können.
- ? **Verantwortungsverschiebung** die sog. Parentifizierung bedeutet, dass die Kinder elternhafte Funktionen übernehmen, und sich für Eltern und Familie verantwortlich fühlen. Sie kümmern sich z.B. um jüngere Geschwister oder versuchen den erkrankten Elternteil psychisch zu stabilisieren, womit sie sehr häufig überfordert sind.
- ? **Abwertungserlebnisse** erfahren sie häufig dadurch, dass sie und ihre Familie aufgrund der psychischen Erkrankung eines Elternteils von ihrer sozialen Umwelt, z.B. von Schulkameraden oder Freunden, abgewertet werden.
- ? **Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie** treten häufig auf, wenn die Kinder in die Konflikte der Eltern einbezogen werden, und sie den Eindruck bekommen sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen.
- ? **Loyalitätskonflikte nach außen** entstehen häufig dann, wenn die Kinder sich vor Freunden und Bekannten für ihre kranken Eltern schämen, und dadurch zwischen Loyalität und Distanzierung zu den Eltern hin und her schwanken.

Wie bereits in der Darstellung der Risikofaktoren für die Entwicklung von Auffälligkeiten bei den Kindern psychotischer Eltern angesprochen wurde, müssen die genannten Probleme nicht unbedingt bei allen Kindern mit psychisch kranken Eltern auftreten. Es gibt völlig unterschiedliche Ausprägungen im Schweregrad der Probleme, sowie dem Grad der Belastung der Kinder. Die Problemen und Belastungen stehen dabei in Wechselbeziehung zu den Bewältigungsmöglichkeiten und verschiedenen protektiven Faktoren (s. Kap. 2.2).

Zur Feststellung des tatsächlichen Unterstützungs- und Hilfebedarfes von Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern, sowie der Weiterentwicklung von Angebots- und

Kooperationsstrukturen der bestehenden Hilfsysteme leistet die sozialpädagogische Praxisforschung ihren Beitrag.

0.0.0 Ergebnisse rechtlicher und sozialpädagogischer Praxisforschung

In der rechtswissenschaftlichen Forschung interessierte besonders die Frage nach der Gestaltung der rechtlichen Beziehung von psychisch kranken bzw. seelisch oder geistig behinderten Eltern und ihren Kindern, wenn diese nicht in der Lage sind ihre elterliche Sorge angemessen auszuüben, um das Wohl ihrer Kinder entsprechend zu sichern.

Die Ergebnisse zu Fragen der rechtlichen Handlungsmöglichkeiten bzw. der angemessenen rechtlichen Regelungen im Bezug auf die persönlichen, familiären und sozialen Probleme von psychisch kranken Eltern und deren Kindern zeigen (vgl. Münder 1995), dass

? in ca. 1.100-1.800 Fällen in Deutschland pro Jahr (27-30%), für die ein Sorgerechtsverfahren wegen Kindeswohlgefährdung (§§1666+1666a BGB) eingeleitet worden ist, eine psychische Erkrankung der Eltern ausschlaggebend war (vgl. Münder u.a. 2000).

? die gerichtlichen Eingriffe in die elterliche Sorge, die mit einer Trennung der Kinder von ihren psychisch kranken Eltern verbunden sind, überwiegend mit der Einwilligung der Eltern erfolgen. Im Vorfeld haben im hohen Maße die Aktivitäten der sozialen Dienste einen entscheidenden Einfluss darauf, ob andere Maßnahmen als die formelle gerichtliche Entscheidung für die Trennung von Eltern und Kind erfolgreich die Gefahren für das Wohl des Kindes abwenden können oder nicht. Die Gerichte überprüfen unter Beachtung des Grundsatzes der strikten Verhältnismäßigkeit bzw. der Bestrebung den geringst möglichen Eingriff in die elterliche Sorge vorzunehmen, ob die vorausgegangenen Maßnahmen und Entscheidungen der Jugendhilfe angemessen waren, um das Wohl des Kindes zu schützen

? gerichtliche Maßnahmen im Zusammenhang mit Entscheidungen in Kindeswohlverfahren nicht den gesetzlichen Gestaltungsspielraum ausschöpfen, um flexibel auf die konkrete Situation des spezifischen Eltern-Kind-Verhältnisses einzugehen. Vielmehr gäbe es überwiegend stark formalisierte Verfahren mit Standardentscheidungen über den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechtes oder des gesamten Sorgerechtes. Es wird die intensivere Kommunikation über längerfristige Verfahrenskomplexe gefordert, die differenzierter auf die Lebenssituation der Familien mit psychisch kranken Eltern eingeht.

? die formelle richterliche Entscheidung über die Fremdunterbringung der Kinder psychisch kranker Eltern in ihrer sozialen Schärfe gemildert werden sollen, indem die Eltern nach Möglichkeit trotzdem in das Aufwachsen der Kinder einbezogen werden, und sie der Elternrolle nicht einfach enteignet werden. Wo die Einbeziehung der Eltern nicht mehr möglich ist, sollte der weitere Ablauf eines organisierten Ablösungsprozesses zwischen Eltern und Kindern ebenfalls gerichtlich begleitet werden.

Der Auftrag der Jugendhilfe besteht in der Ausgestaltung des Handlungsspielraumes der auf den größtmöglichen Nutzen für die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen zielt aber

gleichzeitig den geringstmöglichen Eingriff in das Sorgerecht der Eltern bedeuten muss. Ausgangspunkt für Unterstützungsangebote muss daher der konkrete Hinweis auf den spezifischen Hilfebedarf der Klienten sein, der sich nur aus deren jeweiligen tatsächlichen Lebenssituation ableiten lässt.

Der Ansatz bisheriger sozialpädagogischer Praxisforschung (vgl. Schone/Wagenblast 2002, Seitenzahlen im folgenden Text beziehen sich auf diese Literatur) bezieht sich daher auf die qualitative sowie die quantitative Erkundung der Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern und ihren Familien, sowie den institutionellen Handlungsmustern der unterschiedlichen Hilfesysteme von Erwachsenen-Psychiatrie und Jugendhilfe. Dabei beziehen sich die bisherigen Ergebnisse auf folgende Forschungsfragen (S.51-54):

- >>1. *Wie viele minderjährige Kinder sind von einer psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen?*
 2. *Wie gestalten sich die Lebensbedingungen von Kindern psychisch kranker Eltern und welche subjektiven Belastungen sind damit für die Kinder und ihre Familien verbunden?*
 3. *Wie reagieren und kooperieren Jugendhilfe und Erwachsenen-Psychiatrie mit ihren institutionellen und fachliche Handlungsmustern bezogen auf die besondere Problematik dieser Zielgruppe?<<*

17.0.0.0 Kein Randphänomen

Ungefähr 1,6 Millionen psychisch erkrankte Menschen begeben sich pro Jahr in Deutschland, in psychiatrische Behandlung (S.11), wobei der Anteil der psychisch erkrankten Eltern mit minderjährigen Kindern etwa 12% beträgt (S.63). Geht man von der durchschnittlichen Kinderzahl von 1,6 Kindern pro Familie aus, so käme man schätzungsweise auf ca. 213 000 minderjährige Kinder, die mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil leben.

Andere Schätzungen gehen unter Einbezug der Dunkelziffer von psychisch Erkrankten von bis zu 500 000 Kindern mit psychotischen Eltern aus (vgl. Remschmidt Matthejat 1994a).

Für den Gesamtanteil der Familien mit psychisch kranken Eltern am Klientel der Jugendhilfe konnten bisher keine repräsentativen Zahlen ermittelt werden, weshalb ersatzweise ein Bezug zu den Empfängern von Hilfen zur Erziehung hergestellt wurde, obwohl das Jugendamt auch andere Unterstützung für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern realisiert, wie z.B. Beratungen und Maßnahmen im Rahmen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie. Für die Hilfen zur Erziehung ergab sich ein Anteil von ca. 10% für Familien mit psychisch kranken Eltern, wobei nur Fälle berücksichtigt wurden, in denen für den erkrankten Elternteil eine psychiatrische Diagnose vorlag. Zusammen mit den Fällen des Jugendamtes, in denen bisher keine Krankheitseinsicht besteht könnte man, von der Perspektive des Jugendamtes aus, von einem erheblichen Überschneidungsbereich zum Versorgungssystem der Psychiatrie ausgehen. „Gleichwohl ist aber auch festzuhalten, dass eine psychische Erkrankung an sich nicht zwangsläufig eine Inanspruchnahme der Jugendhilfe nach sich zieht.“ (S.67)

Diese Zahlen zeigen, dass die Arbeit mit Familiensystemen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, weder für die Psychiatrie noch für die Jugendhilfe ein Randphänomen darstellt.

18.0.0.0 Ein Frauenthema

Sozialpädagogisch orientierte Erhebungen in den Systemen von Erwachsenen-Psychiatrie und Jugendhilfe ergaben, dass >>das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ ein Frauenthema ist. Es geht überwiegend um „Kinder psychisch kranker Mütter“.<< (S.204)

Bei der Betrachtung der Problemlagen von Familien mit psychisch kranken Eltern zeigte sich, dass psychische Erkrankungen bei Müttern häufiger vorkommen und zugleich gravierendere Folgen für das Familiensystem und die Kinder haben, als psychische Erkrankungen bei Vätern.

Obwohl das Geschlechterverhältnis bei Patienten der Psychiatrie nahezu ausgeglichen ist bzw. die Frauen sogar tendenziell einen etwas geringeren Anteil ausmachen, ist der Mütteranteil an der Gesamtzahl der Patienten mit Kindern wesentlich höher: Knapp 70% der psychisch erkrankten Eltern sind Mütter.

Die Befragungen im Jugendhilfesystem ergaben eine noch stärkere Diskrepanz in der Repräsentation der psychisch erkrankten Mütter und Väter: von den Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen, die Hilfen des Jugendamtes in Anspruch nehmen sind zu **90%** die Mütter psychisch erkrankt.

Für die häufigere psychische Erkrankung von Müttern, und dem vermehrten Unterstützungsbedarf von Familien mit psychisch kranken Müttern gibt es verschiedene Erklärungsansätze (S. 68-70).

Dies liegt zum einen an den geschlechtsspezifischen Krankheitsverläufen:

- ? Männer erkranken z.B. an Schizophrenie häufiger als Frauen vor der Familiengründungsphase. Männer erkranken durchschnittlich fünf Jahre früher (20-24.Lj.) als Frauen (25.-29.Lj.) an Schizophrenie, was auch auf einen schwereren Krankheitsverlauf deutet und dazu beiträgt, dass Männer seltener eine Familie gründen als Frauen.
- ? Gerade psychisch labile Frauen versuchen häufig die erhoffte Bestätigung und Anerkennung als Frau durch die Mutterschaft zu erhalten.
- ? Besonders alleinerziehende Mütter gelten allgemein als Hochrisikogruppe für depressive Erkrankungen.

Biologisch-genetische Geschlechtsunterschiede:

- ? Eines der stabilsten epidemiologischen Ergebnisse der Depressionsforschung ist das konstante Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei depressiven Erkrankungen, sowie der erhöhten Vulnerabilität von Frauen aufgrund hormoneller Veränderungen im Zyklus, in der Schwangerschaft und Geburt, sowie bei Unfruchtbarkeit, in den Wechseljahren und bei Fehl- oder Totgeburten (vgl. Wolfersdorf u.a.1999).

Die geschlechtsspezifische Sozialisation bietet weitere Erklärungsansätze für die ungleiche Verteilung der Geschlechter bei psychisch kranken Eltern.

- ? Psychisch kranke Väter werden eher in der eigenen Familie (besonders durch die Ehefrau) stabilisiert, als psychisch kranke Mütter. Der Ausfall der Mutter kann vom Vater anscheinend seltener kompensiert werden.
- ? Entsprechend der Psychiatrie-Erhebung leben 51% der psychisch kranken Väter im klassischen Familienverbund, gegenüber 41% der psychisch kranken Mütter.

Unter dem Aspekt geschlechtsspezifischer Lebenslagen sind es wiederum die Frauen, die häufig die höheren Belastungen tragen müssen:

- ? Mütter sind häufiger durch die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf erhöhtem psychischem Stress ausgesetzt (ohne Berufstätigkeit Unterforderung, mit Berufstätigkeit Überforderung),
- ? Die Situation eines alleinerziehenden und psychisch erkrankten Elternteils scheint nach den Befragungen fast ausschließlich die Mütter zu betreffen.
- ? Besonders alleinerziehende psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder stehen vor einem Dilemma: sie sind am häufigsten von erhöhten zusätzlichen Belastungen durch die alleinige Verantwortung für die Erziehung und Betreuung der Kinder ausgesetzt, gleichzeitig fehlen ihnen aber die innerfamiliären Kompensationsmöglichkeiten zur Bewältigung der erhöhten Belastungen durch die psychische Erkrankung und alleinigen Verantwortung für die Kinder.

Für die Lebenssituation von Kindern mit psychisch kranken Eltern ist es folglich von besonderer Relevanz, welcher Elternteil psychisch erkrankt ist (S.78,79):

Laut der Untersuchungen im psychiatrischen System leben, wenn die **Mutter** psychisch erkrankt ist, die Kinder weniger häufig noch mit beiden Elternteilen zusammen (42,9%) als bei Erkrankung des Vaters (57%).

Insgesamt leben noch in 71,4% der Fälle die Kinder mit ihrer psychisch erkrankten Mutter zusammen, aber nur noch 50% mit einem erkrankten Vater.

Zu 20,7% leben Kinder mit ihrer psychisch kranken Mutter allein im Haushalt, aber in keinem der bekannten Fälle alleine mit dem erkrankten Vater.

0.0.0.0 Alter der Kinder

Als zweiter besonders einflussreicher Faktor für die Lebenssituation der Kinder mit psychisch kranken Eltern kann, laut Erhebung im psychiatrischen System, das Alter der Kinder angesehen werden:

- ? Mit zunehmendem Alter der Kinder sinkt der Anteil derjenigen, die mit beiden Elternteilen zusammenleben: im Alter von 0-3 Jahren leben noch 70,6% der Kinder mit beiden Eltern zusammen, doch dann werden es immer weniger bis im Alter von 12-18 Jahren nur noch 40,1% der Kinder mit beiden Elternteilen zusammenleben.
- ? Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil derjenigen Kinder, die ohne ihre leiblichen Eltern leben.

- ? Eltern von ganz kleinen Kindern (0-3 Jahre) sind nicht so häufig (7,4%) im psychiatrischen Versorgungssystem anzutreffen, wie Eltern mit älteren Kindern, was darauf schließen lässt, dass das Problem der Versorgung und Erziehung von Kleinkindern im Vergleich mit den anderen Altersgruppen zahlenmäßig kleiner ist als vermutet. Dennoch benötigen Mütter mit Kleinkindern besondere Settings, durch die Beziehungsabbrüche vermieden werden können.
- ? Der große Anteil von älteren Kindern bedeutet aber auch, dass es sehr viele Kinder gibt, die aufgrund ihres Alters die Krankheit ihrer Eltern bzw. deren Folgen bewusst erfahren. Dieser Umstand sollte ebenfalls besonders bei der Entwicklung von Unterstützungsangeboten berücksichtigt werden.

0.0.0.0 Art der elterlichen Erkrankung

Schizophrenie und Depressionen scheinen die häufigsten psychischen Erkrankungen bei den Eltern zu sein (zusammen 2/3 der psychischen Störungen)(S.71).

Bei schizophrenen Erkrankungen scheinen jedoch weitaus weniger oder aber andere Hilfen und Unterstützungsangebote als die Jugendhilfe in Anspruch genommen zu werden. Überdurchschnittlich häufig scheinen dagegen elterliche und familiäre Versorgungsleistungen durch organische Psychosyndrome/Intelligenzminderung und zusätzliche Suchterkrankungen auszufallen, so dass öffentliche Leistungen der Jugendhilfe zur Gewährung einer dem Wohl des Kindes entsprechenden Erziehung erforderlich werden (S.86).

Bei mindestens einem Fünftel der Kinder psychisch kranker Eltern ist auch ein Großelternanteil psychisch erkrankt, was zeigt, dass *>>psychische Erkrankungen häufig Erkrankungen über Generationen sind<<* (S.206). Dies bedeutet für die Arbeit mit diesen Familien, dass Mangelnde innerfamiliäre Unterstützungsressourcen für diese Kinder beachtet werden müssen, und dass der Generationenaspekt eher zusätzliche soziale Belastungen mit sich bringt.

Auf die durchschnittliche Anzahl der Kinder und die Verteilung der Kinderanzahl scheint sich die elterliche Erkrankung nicht auszuwirken, sie ist vergleichbar mit dem allgemeinen Bundesdurchschnitt (1,6 Kinder pro Familie) (S.72).

Bei den vom Jugendamt betreuten Familien mit psychisch kranken Eltern ist mit durchschnittlich 1,8 Kindern pro Familie die Kinderzahl höher als in der Psychiatrie Erhebung. Der Anteil der Ein-Kind-Familien ist in der Psychiatrie-Erhebung (57,5%) höher als deren Anteil beim Klientel der Jugendhilfe (49%), wo fast ein Viertel der Familien drei oder mehr Kinder hat (S.87).

0.0.0.0 Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüche

Über die Erkundung der Wohnsituation der Familien mit psychisch kranken Eltern kann man den Bezug auf die Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüche der psychisch kranken Eltern und ihrer Kinder herstellen. Es zeigt sich, dass psychische Erkrankungen mit einem

hohen Trennungsrisiko sowohl in bezug auf die Partnerschaft, als auch in bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung verbunden sind (S.207).

Hier zeigen sich wiederum Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Psychiatrie-Erhebung (S.72-74) und dem Jugendhilfesystem(S.87/88).

Die Ergebnisse der Psychiatrie-Erhebung besagen:

- ? Knapp über ein Drittel der psychisch kranken Eltern lebt nicht mehr mit seinen Kindern in einem Haushalt.
- ? 43,8% der psychisch erkrankten Eltern leben noch mit Ehepartner und Kindern zusammen.
- ? 14% der Eltern mit Kindern sind alleinerziehende psychisch erkrankte Mütter! D.h. 30% der Kinder leben mit ihren alleinerziehenden psychisch kranken Müttern zusammen.
- ? 10,3% der Kinder leben nicht mehr mit ihren leiblichen Eltern zusammen.

Mehr als die Hälfte der Kinder psychiatrischer Patienten hat also zusätzlich zu den Belastungen durch die Erkrankung eines Elternteils auch Belastungen durch familiäre Umbruchsituationen, Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüche zu verarbeiten.

Die Erhebung im Jugendhilfesystem zeigt, dass Kindern psychisch kranker Eltern, die Unterstützung vom Jugendamt bekommen, noch häufiger Trennungserfahrungen und Beziehungsabbrüche verarbeiten müssen:

- ? Nur noch ca. 20% der Kinder leben mit beiden leiblichen Eltern zusammenleben.
- ? 23,8% der Kinder leben mit ihrer alleinerziehenden Mutter und 4% mit dem alleinerziehenden Vater zusammen.
- ? 33,6% der Kinder leben nicht mehr mit ihren leiblichen Eltern zusammenleben, sondern bei Verwandten (5,1%), in Pflegefamilien (17%) und im Heim (16,6%).

Je älter die Kinder sind, desto wahrscheinlicher ist für die Kinder mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils ein Verlassen der Familie verbunden, auch wenn Jugendhilfe in Anspruch genommen wird. (S.90/91)

In der Jugendhilfe-Erhebung bildet sich in der deutlich höheren Zahl der fremduntergebrachten Kinder im Vergleich zur Psychiatrie-Erhebung bereits die Intervention der Jugendämter ab. Hier wird deutlich, dass häufig weder von den Eltern noch vom Jugendamt die Möglichkeit gesehen wurde, ausreichend Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder im familiären Kontext zu erreichen

0.0.0.0 Institutionelle Unterstützung

Im bezug auf die zur Zeit bestehenden institutionellen Unterstützungs- und Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern ergab sich aus den Untersuchungen folgendes Bild (S.79-83)

Psychiatrisches System

Die Einschaltung der Jugendhilfe wird von der Psychiatrie eher auf deren Wächterfunktion beschränkt wahrgenommen, wenn im äußersten Notfall das Kindeswohl in Gefahr ist. Diese

negative Einstellung überträgt und verstärkt auch die Ängste der Eltern vor der Wegnahme ihrer Kinder und verhindert oft eine Inanspruchnahme von präventiven und stützenden Angeboten der Jugendhilfe.

Bei 41% der Kinder von psychiatrischen Patienten ist bisher keine Institution unterstützend tätig geworden. In 18,9% der Fälle wurden andere Institutionen für die Kinder der Patienten unterstützend tätig.

Für 9,2% der Kinder ihrer Patienten wurde die Psychiatrie alleine tätig. In 11% der Fälle boten Psychiatrie und andere Institutionen Unterstützung für die Kinder der Patienten an. Hierbei ist das Jugendamt /ASD der wichtigste Kooperationspartner der Psychiatrie im bezug auf die Kinder.

Im wesentlichen werden die psychiatrischen Diensten beim Aufbau von helfenden Kontakten tätig, was eher einer indirekten Form der Unterstützung für die Kinder entspricht. So werden häufig Haushaltshilfen angefordert, die schnell verfügbar sind und von den Krankenkassen als „Sachleistung“ finanziert werden. Diese Haushaltshilfen sollen während der Erkrankung einer Erziehungsperson die Haushaltsführung und die Versorgung der Kinder sicherstellen, dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass aufgrund mangelnder Qualifizierung Haushaltshilfen, die bei Erkrankung von Eltern (meist) kleiner Kinder nach § 38 SGB V eingesetzt werden, nicht selten bei psychischen Erkrankungen mit den Betreuungsaufgaben in den Familien überfordert sind. (S.212)

Direkte Beratung und Unterstützung der Kinder wie z.B. durch die Kontaktaufnahme zu Schule oder Kindergarten, Beratungsgespräche für Kinder oder Einbeziehung in ein Familiengespräch wird von Seiten der Psychiatrie nur in Einzelfällen angeboten.

Inhaltliche Schwerpunkte in der Beratung der Eltern in bezug auf ihre Kinder sind vor allem Fragen in Sachen des Sorge- und Besuchsrechtes. Dies weist dann darauf hin, dass diese Patienten während ihrer Behandlung oder Rehabilitation mit Trennungs- und Scheidungssituationen oder mit Verfahren zur Kindeswohlgefährdung vor dem Familiengericht konfrontiert sind. Die Psychiatrie wird insbesondere dann tätig, wenn sich Symptomatik und Problematik der Kinder offensichtlich schon zugespitzt haben, und eine Unterstützung durch Kinder- und Jugendpsychiater oder –Psychotherapeuten oder Kinderärzte notwendig erscheint.

Wenn der gesunde Elternteil noch mit in der Familie lebt, so wird in 27% der Fälle eine Institution unterstützend tätig, was bei alleinerziehenden Müttern zu rund 65% der Fall ist. Diese Zahlen belegen, dass auch die gesunden Elternteile nicht immer in der Lage sind, ausreichend kompensatorisch zum erkrankten Elternteil zu wirken.

In der Einschätzung der Mitarbeiter des psychiatrischen Systems über den möglicherweise bisher nicht abgedeckten Unterstützungsbedarf der Kinder psychisch kranker Eltern wurden folgende Aspekte genannt (S.82/83):

- Für 57% der Kinder ihrer Patienten sahen die Mitarbeiter den Unterstützungsbedarf als abgedeckt.
- Für ca. 11% (etwa jeder 10. Fall) der Kinder von Psychiatrie-Patienten wurde nicht hinreichende Unterstützung reklamiert.
- In 32% der Fälle gibt es kein Wissen darüber ob es einen weiteren Hilfebedarf der Kinder gibt.
- Zum überwiegenden Teil wurden von den Mitarbeitern mehr kindgerechte Beratung und Aufklärung als Unterstützung für die Auseinandersetzung mit der Krankheit der Eltern gewünscht (Allgemeine Unterstützung, einschließlich psychologischer Betreuung, Aufklärung der Kinder über die Krankheit der Eltern, Einbeziehung in Familiengespräche, Familienberatung).
- Weniger wurde der zusätzliche Bedarf an grundlegenden Veränderungen für das Kind reklamiert (z.B. Kinderbetreuung, Kita-Plätze, Familienhilfe/ Haushaltshilfe, Jugendpsychiatrie/ Therapie für das Kind)

Unterstützungsangebote durch die **Jugendhilfe** sahen wie folgt aus:

Ein Drittel der Familien wurden im Rahmen allgemeiner Familienförderung und –beratung nach §16 KJHG unterstützt (Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung der Kinder)

Spezifische Angebote an psychisch kranke Eltern zur Förderung der Erziehung in der Familie wurden nur in Ausnahmefällen realisiert (z.B. § 19 KJHG Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder und § 20 KJHG Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen.). Da diese Leistungen der Jugendhilfe als Sollvorschriften zu verstehen sind, gibt es für die Eltern und Kinder keinen Rechtsanspruch auf diese Leistungen, sondern die Verwirklichung dieser Angebote liegt im Ermessen der zuständigen Vertreter der Jugendhilfe.

Die Hauptunterstützung durch die Jugendhilfe bezog sich zu zwei Dritteln auf die Hilfen zur Erziehung (§§27ff KJHG), auf die ein Rechtsanspruch besteht, wenn eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist. Bei den in die Untersuchung einbezogenen Jugendämtern kam jedoch nicht das volle Spektrum dieser ambulanten, teilstationären oder stationären Hilfen zum Einsatz:

- 20,6% der betreuten Kinder und Jugendlichen wird in Pflegefamilien (incl. Verwandtschaftspflege) betreut (§33 KJHG Vollzeitpflege),
- 20,2% in Heimen (§ 34 KJHG) untergebracht,
- 19,9% von der sozialpädagogischen Familienhilfe (SpFh) (§ 31 KJHG) betreut,
- und nur insgesamt 3,3% der Kinder und Jugendlichen wurden andere Hilfen zur Erziehung angeboten, wie Tagesgruppe (§32 KJHG), intensive sozialpädagogische

Einzelbetreuung (§35 KJHG) oder Erziehungsbeistandschaft (§30 KJHG). Soziale Gruppenarbeit wurde für die Kinder psychisch kranker Eltern gar nicht angeboten.

Die Verteilung der Hilfe- und Unterstützungsangebote zeigen eine deutliche Elternfixierung der Hilfen, wogegen die kindbezogenen Hilfen weniger eingesetzt werden. Hier zeichnet sich ab, dass der Unterstützungsbedarf der Kinder auch im Jugendamt noch wenig wahrgenommen wird. Auch die kindbezogenen Hilfen, wie die Eingliederungshilfen für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche werden nur selten für Kinder psychisch kranker Eltern realisiert, obwohl das erhöhte Risiko dieser Kinder für die Entwicklung eigener psychischer Störungen durch die kinder- und jugendpsychiatrische Forschung belegt ist.

Die Einschätzung der Fachkräfte der Jugendhilfe (Jugendämter) über den bislang nicht abgedeckten Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Kinder psychisch kranker Eltern ergab aber keine Wahrnehmung systematischer Angebotslücken, sondern vielmehr wurde das bestehende Handlungsspektrum der Jugendhilfe als ausreichend angesehen. Es fällt jedoch auf, dass Mitarbeiter des Jugendamtes in 20% der Fälle nicht wissen, welche psychiatrische Diagnose dem erkrankten Elternteil vorliegt, und in 15% der Fälle gibt es kein Wissen darüber ob sich die erkrankten Eltern aktuell in psychiatrischer Behandlung befinden. Dieses Wissen ist jedoch für eine bedarfsgerechte Hilfeplanung und Bereitstellung von angemessenen Unterstützungsangeboten unerlässlich.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass >>in der Psychiatrie das Wissen um die Situation der Kinder und um sozialpädagogische Handlungsweisen gering ist. In der Jugendhilfe ist das Wissen um die Erkrankung der Eltern und um medizinische Handlungsweisen gering. Die Angebote von Jugendhilfe und Psychiatrie beziehen sich meist nur auf Teile des Systems Familie. Die Hilfsmöglichkeiten...sind oftmals zersplittert. Es gibt kaum Angebote, die psychiatrische und sozialpädagogische Hilfen bündeln.....<< (S.209).

Erklärungen hierfür sind einmal das unterschiedliche Finanzierungswesen beider Systeme, und zum anderen das mangelnde Wissen beider Systeme über das jeweils andere, und die dadurch entstehenden Hemmnisse für die Entstehung von angemessenen Hilfsangeboten.

Andere Thesen, die zu den intra- und interinstitutionellen Handlungs- und Kooperationsmustern von Psychiatrie und Jugendhilfe belegt werden konnten sind:

? *>>Die Psychiatriereform ist erfolgreich in der Enthospitalisierung und den Partizipationsbestrebungen, aber die Aus- und Nebenwirkungen in Bezug auf Kinder sind nicht ausreichend bedacht. << (S.209).*

Durch die kürzere Verweildauer in der stationären Behandlung und vermehrte Selbstbestimmungsrechte der Patienten sind die Kinder der Patienten heute unmittelbarer in die elterliche Erkrankung bzw. in die Gesundungsphase einbezogen. Durch einen Mangel an familienstärkenden Hilfen wird aber die Delegation von Aufgaben und Erwartungen an die stützende Funktion der Familienangehörigen, also auch der Kinder, aber nicht in ein Netz

flankierender Hilfen integriert, und besonders die Kinder bekommen nur unzureichende Unterstützung und werden nicht auf den Umgang mit den Kranken vorbereitet.

- ? >>Es gibt eine „schleichende“ konzeptionelle Erweiterung von Erziehungshilfen im Hinblick auf psychische Erkrankungen von Eltern, ohne dass diese durch eine spezifische Qualifizierung unterlegt wären<< (S.212).

Ursprüngliche Kontraindikationen z.B. für die Sozialpädagogische Familienhilfe bei elterlicher psychischer Erkrankung, durch mangelnde Qualifizierung oder mangelnde Angemessenheit der Konzeption für solche Fälle, werden heute nicht mehr berücksichtigt. Aufgrund des gestiegenen Bedarfs an ambulanter Betreuung und psychiatrischen Hilfen werden SpFh-Mitarbeiter auch ohne entsprechende Zusatzausbildung in Familien mit psychisch kranken Eltern eingesetzt.

- ? >>Kooperationsprobleme innerhalb der Handlungssysteme erschweren auch die Zusammenarbeit zwischen den Systemen <<(S.213).

Dadurch, dass verschiedenste Träger ihre Fachdienste für psychisch erkrankte Menschen anbieten, kommt es nicht selten zu mangelnder Abstimmung in Übergängen und Angeboten. Überschneidungen und Lücken sind nicht transparent, da es selten verbindliche Kooperationsvereinbarungen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung gibt.

- ? >>Die unterschiedlichen Systemlogiken von Jugendhilfe und Psychiatrie überfordern die gemeinsame Professionslogik der Sozialarbeit/Sozialpädagogik <<(S.213/214)

Kooperationsprobleme zwischen Sozialarbeitern/Sozialpädagogen mit psychiatrischer bzw. jugendhilfespezifischer Sichtweise sind häufig darin begründet, dass der Aufgabenschwerpunkt und die zentrale Klientengruppe vom jeweiligen System unterschiedlich vorgegeben wird. Im Mittelpunkt des psychiatrischen Systems steht der erkrankte erwachsene Patient und seine Genesung; im Zentrum der Kinder- und Jugendhilfe steht eben das Recht von Kindern und Jugendlichen auf Förderung und Sicherung ihrer Entwicklung. Der über den gemeinsamen Berufsethos definierte Auftrag, das Selbstverständnis und die professionelle Identität von Sozialpädagogen/Sozialarbeitern könnte eigentlich einen integrativen Rahmen bilden, um psychiatrische und jugendhilfespezifische Sichtweisen sinnvoll ineinander greifen zu lassen.

- ? >>Die Zeithorizonte und Arbeitsgeschwindigkeiten von Psychiatrie und Jugendhilfe sind extrem unterschiedlich und lassen produktive Kooperation kaum zu.<< (S.214/215).

Die Gesundheitsreform bewirkte eine zunehmende Verkürzung von stationärer Behandlungsdauer und eine Zunahme von ambulanter Versorgung. Dies verursacht einen enormen Zeitdruck beim Personal der stationären Einrichtungen, weil die Patienten wesentlich kürzer betreut werden. Es bleibt gerade genug Zeit, um den Patienten zu stabilisieren und einen Behandlungsplan zu erarbeiten, in den jedoch die Kinder nicht mit einbezogen werden. In der Folge wird über die Kinder erst nachgedacht, wenn für diese eine Notsituation erkennbar wird, oder die Entlassung des Patienten bevorsteht. Die Jugendhilfe

ist jedoch an das Instrument der Hilfeplanung gebunden, die eine eingehende kollegiale Beratung und Absprache mit den betreffenden Familien erfordert und entsprechend viel Zeit in Anspruch nimmt.

? >>Kindbezogene Zeitvorstellungen der Jugendhilfe konfliktieren mit den erwachsenen- bzw. elternorientierten Zeitvorstellungen der Psychiatrie << (S.215).

Besonders die Fremdunterbringung von Kindern, verbunden mit der Trennung von Eltern und Kind ist keine Entscheidung die leichtfertig entschieden werden kann, sondern einer möglichst ausgereiften längerfristigen Perspektive für die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung bedarf. Zum einen drängen die Mitarbeiter der Jugendhilfe darauf, möglichst genaue Voraussagen über die längerfristige Erziehungsfähigkeit der psychisch erkrankten Eltern zu erhalten, zum anderen möchten die Psychiater keine solchen Gutachten abgeben, die dem Patienten eine geringe Hoffnung auf baldige Genesung vermitteln, und somit auf die Motivation des Patienten negativ wirkt und die im übrigen der Zielsetzung psychiatrischer Behandlung widerspricht.

? >>Die Prozesse der psychiatrischen Diagnose und des sozialpädagogischen Fallverstehens, die der Realisierung von Handlungskonzepten beider Disziplinen vorausgehen, sind wenig vergleichbar und kaum kompatibel<< (S.215/216).

Ziel der psychiatrischen Behandlung ist vornehmlich die erfassten Symptome der Störungen zu behandeln bzw. diese so gut wie möglich zu reduzieren, oftmals fehlt bei der Behandlung in der Klinik die Berücksichtigung der tatsächlichen Lebensumstände des Patienten
Die Sozialpädagogik orientiert sich am Einzelfall und seinen Besonderheiten, und versucht mit systemischer oder ganzheitlicher Perspektive die Lebenswelt des Klienten zu erfassen und entsprechend seiner Ressourcen und Fähigkeiten alltags- und lebensnahe Lösungen zu finden.

0.0 Die Bewältigungsstrategien, Schutzfaktoren und Ressourcen der Kinder psychisch kranker Eltern

Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils wächst die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder belastende, zum Teil angsteinflößende und verunsichernde bis hin zu traumatischen Erfahrungen machen. Solche Erfahrungen bleiben nie ohne Folgen, sie verlangen nach Bewältigungsstrategien um diese Belastungen bzw. den Leidensdruck mindern und Stress abbauen zu können. Die Kompetenzen für erfolgreiche Problem- oder Stressbewältigung sind individuell sehr unterschiedlich, und besonders die Unterschiede in den Ressourcen haben oft den entscheidenden Einfluss auf die Entwicklungsmöglichkeiten dieser Kompetenzen.

Außer den individuellen psychischen Bewältigungsmustern spielt dabei das Verhalten und die Unterstützung der engen Bezugspersonen, sowie des weiteren familiären und sozialen Umfeldes eine einflussreiche Rolle für die Entwicklungschancen eines Kindes.

0.0.0 Bewältigungsstrategien

Der Begriff der Bewältigung oder auch Coping wird im Alltagsgebrauch mit der erfolgreichen Auseinandersetzung mit einer Belastung oder Stress verbunden. Bewältigung ist also als Anpassungsleistung zu verstehen, durch die eine Person, mit allen ihr zur Verfügung stehenden Kompetenzen versucht ihr gefährdetes oder gestörtes Wohlbefinden wieder herzustellen. Dabei sind nicht alle Bewältigungsstrategien oder Bewältigungsversuche längerfristig erfolgreich, sondern bewirken vielleicht nur kurzfristig eine Erleichterung, ohne dabei mangelnde Ressourcen zu berücksichtigen, und können so zu Überforderung oder Überlastung führen.

Sieht man Bewältigung als Prozess an, durch den nicht das Ergebnis allein, sondern der Vorgang selbst von zentraler Bedeutung ist, so kann man von Bewältigungsmustern, -formen, oder -strategien sprechen, die aus gedanklichen (kognitiven), gefühlsmäßigen (emotionalen) und Verhaltenssequenzen bestehen, und deren Verknüpfung zum Teil angeboren, bzw. mit Persönlichkeitsmerkmalen verbunden ist, aber wohl auch zum großen Teil erlernt wird, und somit veränderbar (modifizierbar) wird. (vgl. Trautmann-Sponsel 1988)

Erfolgreiche Bewältigungsstrategien bauen sich dabei auch auf die Muster oder Schemata von Kompetenzen zur Bedürfnisbefriedigung auf. Kinder müssen demnach im Verlauf ihrer Entwicklung und Sozialisation lernen, wie sie die zahlreichen Kompetenzen zur Bedürfnisbefriedigung in den verschiedensten Anforderungssituationen ihres täglichen Lebens erfolgreich einsetzen können (vgl. Schmidtchen 1996). Dabei müssen sie auch lernen, dass nicht in jeder Situation jedes Bedürfnis befriedigt werden kann. Zu den erforderlichen Kompetenzen gehört demnach auch eine gewisse Frustrationstoleranz, die verhindert, dass ein unbefriedigtes Bedürfnis sogleich als Bedrohung definiert wird.

Der natürliche Drang der Kinder nach körperlich, seelisch und geistigem Wachstum birgt ein enormes Maß an Lernfähigkeit. Dabei ist nicht unbedingt der Grad seiner durchschnittlichen Intelligenz ausschlaggebend, sondern vielmehr sein Überlebenswille, seine Anpassungsfähigkeit und sein Entwicklungspotential. Kinder sind zu erstaunlichen Leistungen fähig, wenn sie einen gewissen Handlungsspielraum und akzeptable Vorbilder finden, an denen sie sich orientieren können, und sie nicht daran gehindert werden eigene Erfahrungen machen zu können. Raum, Zeit und Anleitung zur Entwicklung von Kreativität und vielseitigen Problemlösungskompetenzen stellen somit Faktoren dar, die vor der Überlastung in vielen Situationen schützen können.

Bereits in der frühen Phase der Entwicklung zeigen sich elementare Unterschiede in den individuellen Bewältigungsmustern und den daraus resultierenden Entwicklungschancen, wie sich in einem Exkurs zu den Ergebnissen aus Untersuchungen mit Säuglingen zeigt:

Untersuchungen (Van den Boom & Hoeksma, 1994) zeigten, dass „Schreikinder“ für ihre Entwicklungschancen deutlich schlechtere Prognosen haben, als weniger irritable Babys: sie zeigten in ihrem emotionalen Verhalten deutlich weniger positive Verhaltensweisen in sozialen Interaktionen und häufiger negative Stimmungslagen. Darauf reagierten die Mütter, indem sie sehr viel mehr Zeit mit der Besänftigung des Babys verbrachten oder gar nicht reagierten, aber insgesamt weniger Blickkontakt hielten, sowie auf positive Signale des Kindes kaum antworteten und auch weniger Körperkontakt pflegten. In der Folge entwickelten diese Kinder mit höherer Wahrscheinlichkeit eine unsichere **Bindung** zu ihrer Mutter (Oerter & Montada, 1998, S. 197-199).

Für Kinder psychisch kranker Mütter ist es deshalb oft entscheidend, ob sie die Fähigkeit besitzen, den gestörten Dialog zwischen sich und ihrer Mutter wieder in Gang zu bringen, und so das eigene Effektanzgefühl steigern können, ohne in eventuell traumatisierende Erregungszustände zu geraten oder nach wiederholten Hilflosigkeitserfahrungen mit Rückzug zu reagieren (vgl. Koch-Stöcker 2001, S.55).

Weiterentwickelte Bewältigungsstrategien, die von erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern beschrieben werden (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, Kap. 4), zeigen vier deutliche Tendenzen:

1. **Kinder suchen nach Erklärungen und Ursachen für das seltsame und veränderte Verhalten ihrer Eltern.** Sie Erkennen zunächst, dass sich ihre Eltern bzw. ein Elternteil nicht „normal“ benimmt, und sind verängstigt und verwirrt darüber. Mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung und der offenen Kommunikation über die Erkrankung kann der Erklärungsnotstand beendet werden, und eine Auseinandersetzung mit den Folgen der Erkrankung begonnen werden.

2. **Kinder suchen nach anderen stabilen und liebevollen Bezugspersonen, wenn die Eltern die benötigte sichere Beziehung nicht leisten können.**

Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils bekommen die Kinder oft nicht den benötigten verlässlichen Schutz und Trost, und das nötige Maß an Zuwendung von den Eltern. Die erkrankten Eltern richten ihre Aufmerksamkeit und die Handhabung von Nähe und Distanz oft nicht nach den Bedürfnissen der Kinder, sondern nach ihren eigenen Bedürfnissen, was auf die Kinder oft willkürlich und verunsichernd wirkt. Durch diese Missachtung ihrer Bedürfnisse sind die Kinder oft auf der Suche nach anderen Bezugspersonen, die ihren Mangel an Aufmerksamkeit und Zuwendung ausgleichen können, oder denen sie ihre Sorgen mitteilen und sich so Entlastung schaffen können. Wenn kein gesunder Elternteil in der Familie lebt, der in

der Lage ist kompensatorisch für den Ausfall des kranken Elternteils zu wirken, so können auch andere liebevolle und vertrauenswürdige Personen (Verwandte, Freunde, Lehrer usw.) im sozialen Umfeld als stützende Bezugsperson von den Kindern akzeptiert werden, und so zu deren Stabilisierung beitragen.

3. **Besonders die älteren Kinder einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil, sind oft stark motiviert den Mangel an elterlicher Fürsorge und Erziehung selbst auszugleichen, und entwickeln stark prosoziales Verhalten;** Sie übernehmen Teile der nicht ausgefüllten elterlichen Rolle (Parentifizierung) und lernen so früh selbständig zu werden und Verantwortung für sich selbst und andere zu übernehmen. Zugleich entwickeln sie eine besondere Beobachtungsgabe für die Stimmungen der anderen, und werden so besonders sensibel für deren Bedürfnisse. Durch die frühe Übernahme von Verantwortung entwickeln sie oft eine erstaunlich starke Eigenständigkeit in ihren Entscheidungen, und erhalten so auch das Gefühl von Stärke und Kompetenz. Diese besonders „tüchtigen“ Kinder müssen jedoch meistens ihre eigenen Bedürfnisse ganz in den Hintergrund stellen, um die hohen Anforderungen durch die Verantwortungsübernahme erfüllen zu können. In der Folge kann dies dazu führen, dass sie den Bezug zu ihren eigenen Gefühlen und Bedürfnissen verlieren, und in eine Art Abhängigkeit von der Anerkennung der anderen geraten, die sie nur dann erhalten, wenn sie sich ganz für diese einsetzen.

Sie sind nicht selten damit überfordert das Familienwohl retten zu wollen, versuchen aber ihr Bedürfnis nach Anerkennung und positivem Selbstwert dadurch zu befriedigen, dass sie besonders fleißig und aktiv für andere da sind (Helfersyndrom).

4. **Eine andere Art von Bewältigungsversuch ist die Verleugnung und Vermeidung von unangenehmen oder quälenden Gedanken oder Tatsachen (Tabuisierung).**

Bei den erkrankten Eltern führt diese Strategie zu mangelnder Krankheitseinsicht und dem Versuch der Umbewertung von Krankheitssymptomen. Das unangenehme Thema wird so als Tabu ausgeblendet. Meist wird die Umwelt für die wachsenden Probleme verantwortlich gemacht, und daher oft als feindselig empfunden. Für die Kinder ist der Rückgriff auf diese Bewältigungsstrategie häufig mit der Tendenz zum Rückzug und zur Verschwiegenheit verbunden, und führt leicht in die Isolation. Mit dem Versuch der Bewältigung durch Verleugnung ist häufig ein starkes Gefühl der Dissonanz verbunden, welches auch leicht Frustration und Aggression hervorruft.

0.0.0 Stabile Beziehungen und Erziehungskompetenz

Sicheres Bindungsverhalten und verlässliche, liebevolle Bezugspersonen sind wichtige Schutzfaktoren für positive Entwicklungschancen von Kindern (mit psychisch kranken Eltern), die entsprechend auch für die Zielrichtung in der sozialen Arbeit maßgeblich Orientierung bieten können.

Der unmittelbare Aufbau einer möglichst sicheren emotionalen Bindung gehört zu den erstrebenswertesten Schutzfaktoren für eine tragfähige, stabile und damit belastbare Eltern-Kind-Beziehung. Es ist daher allgemein wichtig, dass beide Elternteile, (also der erkrankte, wie der gesunde Elternteil) in den Erziehungskompetenzen gestärkt und unterstützt werden.

Wie die Forschung belegt, sind in der frühen Kindheit immer noch überwiegend die Mütter die engste Bezugsperson für die Kinder, aber auch am häufigsten alleinerziehend und zugleich mit einer psychischen Erkrankung belastet. Es ist daher wichtig, dass besonders psychisch erkrankte Mütter in ihren Erziehungsaufgaben entlastet, bzw. unterstützt werden. Ein präventiver Ansatz ist daher die gemeinsame stationäre und ambulante Versorgung und Betreuung von psychisch erkrankten Müttern und ihren Kleinkindern bzw. Kindern, um einen liebevollen Umgang zwischen Mutter und Kind in einer entlasteten Situation fördern zu können, aber auch um die Belastung durch Beziehungsabbrüche zu vermeiden.

Neben der gemeinsamen Betreuung von Mutter und Kind kann aber auch die starke Erziehungskompetenz der Väter, in den Familien mit psychisch kranken Müttern, ein Schutzfaktor für die Kinder sein. Wenn die Väter stark in ihren Erziehungskompetenzen sind, so können sie der kompensatorischen Rolle in der Familie eher gerecht werden und stärker zur Stabilität in der Familie beitragen, anstatt, wie es häufiger der Fall ist, diese zu verlassen, und so ihre kompensatorische Rolle und ihre Beziehungen zu Frau und Kindern aufzugeben. Natürlich ist es ebenso wichtig, die gesunden Mütter in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken, um bei Erkrankung des Partners die kompensatorische Rolle in der Familie tragen zu können.

Allgemein kann eine frühe Förderung von tragfähigen Beziehungen dazu beitragen, dass Familien der Herausforderung durch eine psychische Erkrankung standhalten können, ohne dass die Beziehungen auseinander brechen. Disharmonie in der Familie, ist ja oft ein Zeichen für eine minder gelungene Anpassung der Familie an veränderte Gegebenheiten. Für eine gelungene Entwicklung von Bewältigungsmöglichkeiten innerhalb der Familie, ist es wichtig, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils als Herausforderung definiert wird, und nicht die Belastung allein in den Vordergrund gestellt wird. Der positive familiäre Zusammenhalt, die familiäre Anpassungsfähigkeit, sowie die positiven familiären Kommunikations- und Problemlösungsfertigkeiten können ebenfalls als Schutzfaktoren vor einer Überlastungssituation innerhalb der Familie benannt werden. Ein stabiles und gut organisiertes Zusammenleben in der Familie, sowie eine positive Art und Weise der Familie sich mit der Außenwelt in Beziehung zu setzen (vgl. auch Schneewind 1998, S. 138-141), bietet gute Chancen für die erfolgreiche Auseinandersetzung mit den Belastungen durch eine psychische Erkrankung.

Gibt es in einer Familie keine stützenden und verlässlichen Bezugspersonen für ein Kind, so können auch andere Menschen im sozialen Umfeld als Vertrauensperson stabilisierende Wirkung für das Kind oder die Familie haben. Besonders, wenn professionelle Helfer solche

Funktionen übernehmen ist es wichtig, dass Hilfen für die Kinder und ihre Familien gut koordiniert sind und es zuverlässige Ansprechpartner gibt, die die Perspektive der Kinder, sowie die der Eltern verstehen und gleichermaßen vertreten können. Hier ist dann die stabile Beziehungsfähigkeit des Helfersystems gefragt, was ebenfalls nur entstehen kann, wenn die Beziehungspartner bzw. Kooperationspartner eine offene Kommunikation und entsprechende Absprachefähigkeit pflegen und umsetzen können.

0.0.0 Umgang mit kritischen Lebensereignissen

Die Veränderungen durch eine akute psychische Erkrankung eines Elternteils, eventuell verbunden mit der Einweisung in eine psychiatrische Klinik, oder mit Selbsttötungsgedanken, -versuchen oder vollendetem Suizid stellen kritische Ereignisse im Leben der Kinder dar, die als besonders belastender Einschnitt in ihre Lebenswelt wirken.

Entscheidend für den Umgang mit kritischen Lebensereignissen sind nicht alleine die Ereignisse und ihre objektiven Folgen, sondern ebenso deren subjektive Bewertung. Kinder sind in ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion oft noch nicht so weit entwickelt, dass sie unabhängige Bewertungen vornehmen können. Sie orientieren sich zunächst stark am Verhalten ihrer Eltern und deren Bewertungen. Ängste, Verunsicherungen, Trauerreaktionen können von den Kindern besser bewältigt werden, wenn kritische Lebensereignisse von den Eltern und dem sozialen Umfeld weniger negativ bewertet werden, und die Eltern selbst das Gefühl vermitteln können, dass die Veränderungen gemeistert werden können. So können kritische Lebensereignisse auch in dem Sinne von Wendepunkten bewertet werden, die eine entscheidende Bereitschaft zur Veränderung bewirken, und somit auch die Chance zur Öffnung für neue, hilfreiche Bewältigungsmöglichkeiten und Zukunftsperspektiven bieten.

Die Bewertungen sind aber zum Teil auch davon abhängig, wie viele andere von ähnlichen Belastungen betroffen sind. Je mehr Menschen von einem Ereignis oder einer Belastung betroffen sind, desto geringer wird die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen sich Selbstverschulden vorwerfen oder den Betroffenen von anderen Selbstverschulden vorgeworfen wird. Ereignisse und Belastungen von denen viele Menschen in ähnlicher Weise betroffen sind, werden mutmaßlich als weniger ungerecht bewertet und die Gesellschaft ist eher bereit mit Unterstützung zu reagieren (vgl. Bierhoff, 1999, Kap. III).

Bei der Verarbeitung von kritischen Lebensereignissen spielt auch die Erklärung der Ursachen, die Ansichten über die Verantwortlichkeit für ihr Eintreten und die Suche nach einem Sinn in diesen Ereignissen eine große Rolle (vgl. Oerter & Montada, 1994, S.69). Auch hier wird deutlich, dass ein offenes, austauschorientiertes Gesprächsklima neue Bewältigungsmöglichkeiten eröffnen kann um neue Entscheidungsmöglichkeiten zu erschließen.

0.0.0 Enttabuisierung psychischer Erkrankungen

Zu den Belastungen der Kinder psychisch kranker Eltern gehören z.B. Ängste, Verwirrung und Schuldgefühle durch die Tabuisierung der Krankheit. Die Tabuisierung psychischer Krankheiten ist zu einem gewissen Anteil ein gesellschaftliches Problem, sie ist aber auch abhängig von der Form der Krankheitsbewältigung und der Fähigkeit der Eltern, eine sichere Bindung zu ihren Kindern aufbauen zu können; sind die Eltern bereit, sich offensiv mit der Krankheit und deren Folgen auseinander zu setzen, so haben auch die Kinder die Chance adäquate Bewältigungsformen für die entstehenden Probleme entwickeln zu können.

Die Möglichkeit Unterstützungsangebote von außen anzunehmen ist also stark davon abhängig, ob die Eltern gemeinsam mit den Kindern daran arbeiten Bewältigungsformen zu finden, und dementsprechend auch eine Öffnung nach außen zulassen. Die Vertrauenswürdigkeit der außenstehenden Personen, und deren offene und akzeptierende Haltung gegenüber der psychischen Erkrankung ist dabei ein wichtiges Kriterium, für die Akzeptanz des eigenen Hilfebedarfs von Eltern und Kindern.

Durch eine Geheimniskultur entsteht dagegen eine bedrückende Stimmung in der Familie, Isolation nach außen, sowie überwachendes Misstrauen zwischen den Eltern und Kindern. Die Kinder übernehmen als scheinbare Bewältigung den Verdrängungsmechanismus der Eltern oder bringen oft ihre Dissonanz durch Aggression oder andere Verhaltensauffälligkeiten nach außen. Halten aber die Bewältigungsmuster der Eltern und damit auch ihre Beziehungsfähigkeit einer offensiven Auseinandersetzung stand, so müssen die Kinder eine offene Konfliktbewältigung nicht vermeiden, und können sich freier ihre Problembewältigungsstrategien erarbeiten.

Solange die Eltern ihnen deutlich signalisieren können, dass eigene Wege für die Bewältigung der Probleme akzeptiert werden, und diese nicht mit einem etwaigen Liebes- oder Beziehungsverlust verbunden sind, haben Bewältigungsversuche der Kinder gute Aussicht auf Erfolg.

Eine offene Kommunikation in der Familie kann die Kinder so vor Schuldgefühlen und Loyalitätskonflikten gegenüber ihren Eltern bewahren.

Durch mehr Informationen über den Grund oder die Ursache des verunsichernden Verhaltens der Eltern, kann die Erklärungsnot der Kinder vermindert oder aufgelöst werden, und die Beziehungen in der Familie können sich in einem offenen vertrauensvollen Klima eher in Richtung Stabilität und Sicherheit entwickeln. So kann es eben für ein Kind hilfreich sein, wenn es weiß, dass die Ursache für zunehmende Streitigkeiten zwischen den Eltern, oder die Einweisung des psychisch kranken Elternteils in eine psychiatrische Klinik, eine spezielle psychische Erkrankung ist, über deren Entstehung, Verlauf und Heilungsmöglichkeiten offen gesprochen wird, und für die ein Sinn erkannt werden kann.

Dem hinzuzufügen ist, dass psychische Störungen nur selten dauerhaft, d.h. chronisch sind, sondern meistens phasenweise verlaufen und daher auch gut medikamentös und

psychotherapeutisch zu behandeln sind. Wenn es sich bei den psychisch gestörten Eltern also nicht um eine chronische Erkrankung handelt, kann der Erkrankte und seine Familie in einem offenen, vertrauensvollen Familienklima lernen die Belastungen zu verarbeiten bzw. sie auch zu steuern, in dem z.B. durch eine gute Alltagsorganisation Überlastungen oder Unterforderungen vermieden werden und erste Anzeichen einer akuten Krankheitsphase erkannt und sofort ärztlich oder therapeutisch behandelt werden.

Anknüpfend an das Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Schizophrenie von Zubin hat Mattejat mit seiner Forschungsgruppe ein Präventions-Modell erarbeitet, das die Beziehungsqualität und die Krankheitsbewältigung als zentrale Aspekte hervorhebt, und grundlegend auch auf den Umgang mit anderen psychischen Erkrankungen übertragbar ist:

<<Kinder von psychisch kranken Eltern haben dann gute Entwicklungschancen, wenn Eltern, Angehörige und Fachleute lernen, in sinnvoller und angemessener Weise mit der Erkrankung umzugehen, und wenn sich die Patienten und ihre Kinder auf tragfähige Beziehungen stützen können. >> (Mattejat 2000, S.71)

0. Die Beziehungsqualität bezieht sich auf die Tragfähigkeit der Beziehungen, auf die sich der erkrankte Elternteil und seine Kinder stützen können. Tragfähige, Sicherheit vermittelnde interpersonale Beziehungen sind solche, die emotional, kognitiv und im praktischen Handeln unterstützende Funktionen erfüllen können und in denen gleichermaßen Bindung wie auch Eigenständigkeit möglich ist.

0. Sind die Versuche zur Krankheitsbewältigung hinreichend und adäquat?

Zur Krankheitsbewältigung gehören die innere Einstellung zur Erkrankung und dabei aktualisierte Bewältigungsformen (Verleugnung vs. Überbewertung; Überforderung vs. Unterforderung) , die lebenspraktische familiäre Organisation und Aufgabenverteilung, die Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten, die Anpassung der beruflichen bzw. schulischen Situation an die Erkrankung und die Zusammenarbeit mit den Fachinstanzen der Psychiatrie, der Jugendhilfe und anderen. (Vgl. Mattejat 2000, S. 70-73)

0.0.0 Ressourcen

Als Ressource bezeichnet man allgemein die bestehende Reservekapazität, die einer Person, einem Organismus oder einem System die notwendigen Zutaten bereithält, um seinen Fortbestand bzw. seine Weiterentwicklung sichern zu können. Ressourcen stellen somit das Gegenteil von einem Mangel oder Defizit dar, sie bedeuten größere Sicherheit und Entscheidungsfreiheit.

0.0.0.0 „Ressourcenorientierung“ in der Sozialen Arbeit

In der sozialen Arbeit gehört es mittlerweile zum guten fachlichen Standard „ressourcenorientiert“ zu arbeiten, d. h. anstelle der Defizite verstärkt die eigenen Ressourcen

der Klienten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen (Bünder 2002), nicht zu letzt, um die mangelnden öffentlichen Ressourcen (Sparhaushalt, Haushaltsdefizit) zu schonen.

Unter dem Begriff der „Qualitätssicherung“ wird in der Sozialen Arbeit versucht, durch verbesserte und konzeptgetreuere Umsetzung von Zielen, die öffentlichen Mittel (finanzielle und personelle Ressourcen) möglichst effektiv ein zu setzten. Durch die damit leider oft verbundenen Personaleinsparungen stehen die professionellen Helfer dann immer komplexer werdenden Arbeitsaufträgen gegenüber, was entsprechende Weiterbildungen und Qualifizierung erfordert.

Wie z.B. die Anforderungen an die Mitarbeiter in der Sozialpädagogischen Familienhilfe deutlich werden lassen, müssen gerade Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, wie eine Allzweckwaffe, einer oft diffusen Allzuständigkeit gerecht werden können. Durch Angebote zur beruflichen Qualifizierung sind bei den Mitarbeitern gewiss noch Ressourcen zu mobilisieren, die ihre persönliche Leistungsfähigkeit steigern können, jedoch ist es genauso wichtig, dass die eigenen Kompetenzen und Leistungsgrenzen, sowie die konzeptionellen und materiellen Grenzen von Hilfsangeboten richtig kalkuliert werden und Kooperationen im Bezug auf ergänzende und weiterführende Hilfen eingegangen werden.

Auch mit Blick auf die Ressourcen der Klienten werden „nichtmaterielle“ und „materielle“ Ressourcen unterschieden:

0.0.0.0 Nichtmaterielle Ressourcen

können z.B. psychischer Natur sein, d. h. eine Person kann auf die eigenen emotionalen, motivationalen und kognitiven Reserven und Kompetenzen zurückgreifen, um z.B. eine Anpassungs- oder Bewältigungsleistung zu vollbringen. Dies bedeutet in der sozialen Arbeit mit den persönlichen Stärken, Kompetenzen und Vorlieben des Klienten zu arbeiten, und seine Eigeninitiative und Unabhängigkeit zu stärken und zu fördern.

Andere „nichtmaterielle Ressourcen“ können aber auch stützende soziale Kontakte sein, in die der Klient eingebettet ist, und auf deren Netzwerk er sich stützen kann. Die Arbeit am persönlichen sozialen Netzwerk des Klienten wird in Form von Beziehungsarbeit vom professionellen Helfer unterstützt und begleitet, um bestehende soziale Kontakte zu tragfähigen Beziehungen wachsen zu lassen, die dem Klienten später die nötige Stabilität bieten können und öffentliche Hilfe überflüssig werden lassen. Als soziale Ressource steht besonders die Familie im Mittelpunkt des Interesses. Der starke Zusammenhalt der Familie, die intakte Familienstruktur und die positive Kommunikation, sowie das liebevoll-aufgeschlossene Klima in der Familie, wurden wiederholt als stabilisierende Faktoren besonders für Kinder betont. Eine intakte Familie zeichnet sich darin aus, dass die Partnerschaft der Eltern, die Eltern-Kind-Beziehungen sowie die Geschwister Beziehungen eine gewisse Stabilität und Nähe aufweisen, die Sicherheit und Geborgenheit zulassen. Die starke Tabuisierung von psychischen Erkrankungen führt häufig zu einer sozialen Isolation der Familie, oder auch zum

Auseinanderbrechen der Partnerschaft der Eltern, wodurch besonders für die Kinder soziale Benachteiligungen in ihren Entwicklungsmöglichkeiten entstehen. Die unterstützende Arbeit mit den Kindern psychisch kranker Eltern wirkt, z.B. auch durch die begleitende Elternarbeit, den Tendenzen der Familien zur Tabuisierung und Isolation entgegen, und bringt neue Bewältigungsmöglichkeiten in die Familie, was auch eine Stärkung der Ressource „Familie“ bewirken kann.

0.0.0.0 Materielle Ressourcen

Ebenso kann ein Klient materielle bzw. finanziellen Ressourcen haben, die ihm das Überleben sichern, und ihm darüber hinaus eine gewisse Unabhängigkeit ermöglichen.

Es ist durch Untersuchungen belegt, dass die meisten Familien, die erzieherische Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) erhalten, zu den ärmeren Bevölkerungsschichten gehören, also keine eigenen ökonomischen Ressourcen haben und daher auch oft Leistungen der Sozialhilfe beziehen.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils ist, als Folge der Belastungen, häufig mit der Einschränkung oder dem Verlust der Arbeitskraft verbunden und führt so auch zu finanziell/ökonomischen und zu soziokulturellen Einbußen, so dass viele Familien, zusätzlich zur psychischen Erkrankung, von finanziellen Belastungen bedroht sind. Die mangelnden materiellen Lebensgrundlagen vieler Familien mit psychisch kranken Eltern sind kaum ausreichend, um eine erfolgreiche Lebensbewältigung und eine gesunde Entwicklung der Kinder zu gewährleisten, und sind entsprechende zusätzliche Stressquellen (mangelnder Wohnraum, mangelnde Ernährung, keine Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, kein Urlaub usw.). Familien mit mangelnden finanziellen/materiellen Ressourcen können sich dementsprechend nicht die Unterstützung und Entlastung leisten, die sie sich für sich selbst oder ihre Kinder wünschen bzw. benötigen, sondern sind auf die knapp bemessenen öffentlichen Hilfen angewiesen.

Ist dagegen eine Familie mit einem psychisch erkranktem Elternteil mit den entsprechenden finanziellen Mitteln ausgestattet, so kann sie sich eher Entlastung verschaffen und so übermäßigen Stress und Belastungen abbauen., wie z. B. durch eine private Psychotherapie, eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen, Hausaufgabenbetreuung für die Kinder, verschiedene Freizeitaktivitäten oder Urlaub und Erholung.

0.0 Zugang finden zu Eltern und Kindern

Hilfen können dann am besten akzeptiert werden, wenn sie dazu beitragen das Selbstwertgefühl des Hilfeempfängers zu stabilisieren und die Hilfe möglichst angemessen erscheint. Am vielversprechendsten scheint deshalb das kompensatorische Modell der Hilfe zu sein, das eine

Entlastung von der Verantwortung für das Problem, aber auch die Kontrolle der Problemlösung durch den Hilfeempfänger zulässt. Aber auch der Ansatz der kompensatorischen Hilfe kann leicht zu einer Überforderung des Helfersystems, durch die Entstehung von Abhängigkeiten der Klienten führen. Durch die Möglichkeit des aktiven Beitrags zur Lösung der Probleme kann eine Entwicklung in Richtung Abhängigkeit und Hilflosigkeit vermieden werden (vgl. Bierhoff, 1999, S. 100-109), deshalb ist es sinnvoll Unterstützung im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe in den Vordergrund zu stellen, und familienaktivierende Hilfen anzubieten.

Aktive Mitwirkung kann in sechs Stufen unterteilt werden (vgl. Gernert 1993):

- ? **Fremdbestimmung**, bei der die Betroffenen dazu angehalten werden, bestimmte Dinge zu tun oder zu unterlassen. Sie verfügen nicht über die Möglichkeit, sich einem solchen Einfluss aufgrund eigener Entscheidung zu entziehen: Inhalte, Arbeitsformen und Ergebnisse sind fremddefiniert. Die Wahl bleibt auf die Pole von Anpassung und Widerstand begrenzt.
- ? **Teilnahme**: Hier spricht Gernert von einem Akzeptieren fremder Angebote welches mit einer gewissen Attraktivität, die vom Angebotsinhalt und dessen Präsentation ausgeht zusammenhängt.
- ? **Teilhabe**: Die Teilhabe gehe insofern über die reine Teilnahme hinaus, als dass z.B. durch Nachfragen oder Angebot einer Mithilfe, Aufforderung zur Erweiterung oder Wiederholung des Angebots ein gewisses Engagement für das Angebot insgesamt erkennbar wird.
- ? **Mitwirkung** bezeichnet die Möglichkeit, eigene Vorstellungen und Kritik zu äußern.
- ? **Mitbestimmung** beziehe sich auf den Rahmen formelle Rechte, die per Nutzungsordnung oder Richtlinien schriftlich zugesichert werden und ist auch materiell eine Beteiligung am Zustandekommen von Entscheidungen, bei der inhaltlichen und organisatorischen Planung, Beratung und Durchführung von Tätigkeiten. Nach Gernert vermittele die Mitbestimmung das Gefühl des Dazugehörens und der Mitverantwortung und führe so zur höheren Motivation bei den Betroffenen.
- ? **Selbstverwaltung**, Selbsthilfe: Selbstorganisierte Hilfen bedingen eine völlige Entscheidungsfreiheit der Teilhaber über das Ob und Wie eines Angebots.

Die Hilfebedürftigkeit bzw. Mitwirkungsfähigkeit von psychisch erkrankten Eltern und ihren Kindern ist sehr unterschiedlich und hängt von den verschiedenen Faktoren für die Belastungen (z.B. Schweregrad und Dauer der elterlichen Erkrankung, Geschlecht des Erkrankten, Summe der zusätzlichen oder Folgebelastungen) sowie den Ressourcen und Bewältigungsfähigkeiten der Einzelnen und der Familie ab. In der Mehrzahl der Fälle wird die eingeschränkte Wahrnehmung und Ausübung der Elternrolle durch deren psychische Erkrankung mit der Aktivierung von Ressourcen aus dem familiären und sozialen Umfeld ausreichend kompensiert, so dass kein öffentlicher Hilfebedarf entsteht.

Die Grundhaltung in den betroffenen Familien mit psychisch kranken Eltern ist oft bestimmt von dem Gedanken „wir müssen es alleine schaffen“. Hinter diesem Gedanken verbirgt sich die Angst vor dem Entzug des Sorgerechtes und der Trennung der Familie. Aus dieser Angst heraus überfordern sich Familien oft, die Betroffenen gehen vielleicht nicht zum Arzt und fordern in alltäglichen Dingen oder Problemen mit den Kindern keine Unterstützung ein. Diese Einstellung birgt aber auch die Motivation zur Selbsthilfe und den Willen zur Eigenverantwortung. Es ist daher von immenser Wichtigkeit den Eltern zu vermitteln, dass nicht das Interesse an Defiziten im Vordergrund steht, sondern vielmehr die Identifizierung und Stärkung der familiären Ressourcen, wozu beispielsweise die Stärkung der Erziehungskompetenz und der Familienautonomie, sowie der persönlichen Bewältigungs-/Problemlösungskompetenzen gehört.

Das Bekanntmachen eines Problems, einer psychischen Erkrankung, bedeutet aus der Sicht der Familie jedoch häufig einen Tabubruch und damit droht das Bloßstellen familiärer Defizite, die Infragestellung des Sorgerechtes für das Kind und der vollständige Verlust des Selbstwertes. Dies ist gekoppelt mit der Befürchtung einer Überforderung und Pathologisierung der Kinder. Das gesellschaftliche Problem der Stigmatisierung durch psychische Krankheit und entsprechende Versuche der Tabuisierung durch die Familie verhindern, dass der Hilfebedarf bekannt gegeben wird. Oft fürchten sich die Eltern vor den sozialen Benachteiligungen für die Kinder und deren Pathologisierung, und versuchen deshalb zu verhindern, dass diese in irgendeiner Weise mit der Krankheit in Beziehung gebracht werden. Sie leugnen und verdrängen, dass ihre eigene Erkrankung einen Einfluss auf die Kinder haben könnte. Besonders die starken Schuldgefühle der Eltern gegenüber ihren Kindern, die Angst und das Gefühl keine guten Eltern sein zu können, und der Versuch die Probleme von den Kindern fern halten zu wollen, zeigen, dass die Eltern ihre Kinder lieben, dass ihnen aber die entsprechend erfolgreichen Bewältigungsstrategien und Erziehungskompetenzen fehlen um ihre Hilflosigkeit zu überwinden. Alle Eltern wollen gute Eltern sein, daher muss ihre Angst verstanden und respektiert werden. Es gilt die Fähigkeiten der Bewältigung anzuerkennen und bestehende Schwierigkeiten und Nöte ernst zu nehmen und die Selbsthilfe und Mitbestimmung zu motivieren. Der Ansatz heißt hier, die Eltern in ihrer Elternrolle zu stützen, und in ihren Erziehungskompetenzen zu bestärken. Besonders zu berücksichtigen ist deshalb, dass die Unterstützungsangebote, die durch die Jugendhilfe bzw. das psychiatrische System gemacht werden können, differenziert auf die Lebenssituation und den tatsächlichen Unterstützungsbedarf von Eltern und Kindern eingehen können, und sich auf das nötige Maß begrenzen. Die Eltern müssen Entlastung erfahren dürfen, ohne sich bevormundet und in ihrem Selbstwert verletzt fühlen zu müssen. Die Einbindung der Eltern in die unterstützenden Maßnahmen für die Kinder können somit auch die Chance zur ihrer Eigenverantwortlichkeit, Resozialisierung und Integration verbessern.

Die Sicherung der Kooperationsbereitschaft der Eltern (Personensorgeberechtigte) ist demnach ein wichtiger Faktor für die erfolgreiche Umsetzung von Hilfen nach dem KJHG, denn nur in den äußersten Notfällen, die eine Gefährdung des Kindeswohls darstellen, können Maßnahmen der Jugendhilfe durch gerichtliche Verfügung auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten verfügt werden. Die Eltern sind also meistens die ersten Ansprechpartner für die Belange der Kinder, was im § 1, Abs.2 KJHG festgehalten ist:

>>Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft. <<

In Krisen- und Konfliktsituationen gibt es für die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit ihre akuten Nöte, Sorgen und Ängste aber auch selbst über Sorgentelefone oder andere Anlaufstellen bekannt zu geben, und um Hilfen zu bitten. Durch das Problem der Tabuisierung psychischer Krankheiten und dem drohenden Loyalitätskonflikt mit den Eltern suchen die Kinder und Jugendlichen jedoch so gut wie nie nach Hilfen von außen. Sie benötigen als emotionalen Rückhalt, die Erlaubnis und Unterstützung der Eltern, sich jemandem anvertrauen und Hilfen annehmen zu dürfen, und nicht als Verräter des Familienheimnisses zu gelten. Dies setzt die Krankheitseinsicht der Eltern voraus und die Bereitschaft zur Veröffentlichung der psychischen Krankheit, was für den Erkrankten meistens mit der Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfen verbunden ist.

Ein besonderes Problem stellen offensichtlich jene psychisch kranken Eltern dar, die durch mangelnde Krankheitseinsicht keine psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen und auch keine Einsicht darüber haben, dass sie nicht mehr ausreichend für die Pflege und Erziehung ihrer Kinder sorgen können, und das Wohl ihrer Kinder gefährdet ist, aber dennoch angebotene Hilfen konsequent ablehnen. Hier benötigen die Mitarbeiter der Jugendhilfe den Rückgriff auf gerichtliche Verfügungen und psychiatrische Kompetenzen bzw. die enge Kooperation mit dem psychiatrischen System um die Krankheitseinsicht der Eltern zu erreichen und entsprechend bedarfsgerechte Unterstützung für die Kinder anbieten zu können.

Für die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder ist vornehmlich wichtig, dass sie nicht mit Alltagsproblemen und den Problemen der Eltern überlastet werden, sondern entsprechende Unterstützung in den für sie entwicklungsbedingt wichtigen Dingen erfahren. Eine totale Einbeziehung des Kindes in den Krankheitsverlauf der elterlichen psychischen Erkrankung ist genauso unangemessen, wie die totale Tabuisierung der Krankheit. Die Hilfen für die Kinder sollten kompensatorisch zur familiären Situation wirken, und darauf abzielen die Versorgung und Erziehung des Kindes zu sichern, aber auch entsprechend erfolgreiche Bewältigungsstrategien bzw. erfolgreiches Bewältigungsverhalten entwickeln und Stress bzw. Belastungen abbauen zu können. In der Praxis heißt das, dass nicht jedes Kind, das mit einem psychisch kranken Elternteil aufwächst Bedarf an öffentlichen Hilfen hat, jedoch könnten viele Belastungen und Risiken der Kinder, für die Entwicklung eigener psychischer Auffälligkeiten, durch frühzeitige präventive Unterstützung erheblich gesenkt werden.

0.0.0 Die Wege zu Erziehungshilfen

Obwohl die Jugendhilfe eine Reihe von Hilfen zur Erziehung bereithält, ist die Erreichbarkeit der Familien mit psychisch kranken Eltern das vordringliche Problem. Entsprechend der bestehenden Ängste, Vorurteile und Desinformation wenden sich nur wenige der Hilfesuchenden direkt an das Jugendamt, meistens erst dann, wenn schon eine akute Erziehungskrise besteht oder sich die Konflikte zugespitzt haben. Im Alltag sind deshalb bisweilen nachgehende und aufsuchende Hilfen für Kinder notwendig, die von manchen Familien nicht mehr als Entlastung, sondern als Aufsicht und Kontrolle verstanden werden, und entsprechend zu einer Fremdbestimmung führen. Wenn frühzeitiger mit Informationen und angemessenen Unterstützungsangeboten eine Eskalation der problematischen Familiensituation oder eine Gefährdung der Kinder verhindert werden könnte, bzw. Eltern früher ihren Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung geltend machen würden, könnten ambulante Erziehungshilfen größere Wirkung entfalten und aktive Beteiligung, Mitbestimmung und Selbsthilfe entsprechend umgesetzt werden.

Jugendhilfe sollte nicht erst dann einsetzen, wenn sehr schwierige Lebensbedingungen schon vorliegen oder Krisen eskalieren bzw. sich verfestigt haben. Hilfen zur Erziehung sollten immer auch präventiv wirken können, und durch mehr Information über das Leistungsangebot schon im Vorfeld von größeren Problemen und Eskalationen als Leistung beansprucht werden können. Für alle Betroffenen ist es daher wichtig zu wissen, dass die Erstkontakte mit Jugendämtern und Beratungsstellen grundsätzlich auch anonym ablaufen können, um klären zu können, ob ambulante Erziehungshilfen in Frage kommen.

Die Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit der Eltern im Bezug auf die Inanspruchnahme von Erziehungshilfen soll gewahrt werden können, worin sicherlich die überwiegende „Kommstruktur“ der Erziehungsberatung begründet liegt.

(vgl. Günder 1999, S. 29-33)

Hier spielt jedoch eine gewichtige Rolle, dass die „freiwillige Kommstruktur“ besonders der sozial isolierten und von Tabuisierung geprägten Situation von Familien mit psychisch kranken Eltern nicht gerecht werden kann. Gerade die Erziehungsberatung sollte als grundlegende Dienstleistung für Information und Planung von Erziehungshilfen eingesetzt werden können, und dementsprechend, wo es notwendig ist, mit einer „Bringstruktur“ verbunden sein, also als aufsuchendes Angebot in der vertrauten Umgebung des Klienten eingesetzt werden.

Für die Umsetzung solcher Angebote ist jedoch eine direkte Vernetzung und Kooperation mit den psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Hilfen nötig. Besonders die behandelnden Ärzte können häufig dazu beitragen Schwellenängste der Eltern vor dem Jugendamt oder den Hilfsangeboten der Jugendhilfe zu senken, indem sie direkt entsprechende Kontakte zur Jugendhilfe empfehlen und auch vermitteln. Besonders die Information über ambulante

Erziehungshilfen und präventive Angebote könnte die Berührungängste mit der Jugendhilfe senken.

Leistungen der Jugendhilfe sind sehr vielschichtig (vgl. Günder 1999):

Angefangen mit unverbindlichen Angeboten wie der Förderung der Erziehung in der Familie, z.B. mit Angeboten der Familienbildung, Beratung und Familienfreizeiten, sowie gemeinsamen Wohnformen für alleinerziehende Mütter und Väter und Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen, über die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege, bis zu den Hilfen zur Erziehung. Die Leistungen sind z. T. sogar mit einem Rechtsanspruch verbunden wie z.B. die Hilfen zur Erziehung:

>>Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.<< (§ 27 Abs. 1 SGB VIII)

Das Spektrum der Leistungen der Jugendhilfe im Bezug auf Hilfen zur Erziehung ist in ambulante, teilstationäre und stationäre Erziehungshilfen zu unterteilen. Zu den ambulanten Hilfen zur Erziehung zählen die Erziehungsberatung (§ 28), Soziale Gruppenarbeit (§ 29), Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§ 30) und die Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31).

>>Der teilstationären Erziehungshilfe Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32) und den stationären Hilfen Vollzeitpflege (§ 33) und Heimerziehung/ sonstige betreute Wohnform (§ 34) gehen meistens im Vorfeld ambulante Erziehungshilfen voraus, die sich im konkreten Fall aber dann als nicht ausreichend erwiesen haben.<< (Günder 1999, S.29/30)

Die intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35) kann je nach Einzelfall in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form gewährt werden.

Im Zusammenhang mit dem nachweislich erhöhten Risiko der Kinder psychisch kranker Eltern selbst psychisch zu erkranken oder Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln, bietet auch der § 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche, ein großes Spektrum möglicher Hilfsangebote im Bereich der Therapien und heilpädagogischen Maßnahmen. (vgl. Fegert 1996)

Es handelt sich bei den Hilfen zur Erziehung nicht um „Kannbestimmungen“, sondern um einen individuellen Rechtsanspruch, für deren Umsetzung die öffentlichen Jugendhilfeträger (Jugendämter) verpflichtet sind entsprechende Angebote zu schaffen (Münder u. a. 1998, S.261). Auch die angespannte finanzielle Lage der öffentlichen Haushalte darf keinen Einfluss auf die Gewährung erzieherischer Hilfen haben, diese müssen zur Verfügung gestellt werden, wenn Eltern ihren Rechtsanspruch geltend machen.

Aber genau diesen gesetzlichen Anspruch, auf Hilfe und Unterstützung für ihre Kinder, machen gerade die Eltern im Zusammenhang mit eigenen psychischen Erkrankungen nur in den seltensten Fällen von selber geltend. Die Gründe für diese oft krankheitsbedingte „Nicht-in-

Anspruchnahme“ dürften im Vorhergehenden deutlich geworden sein, und sollten zu einer entsprechenden Anpassung der Zugangsmöglichkeiten für diesen Personenkreis führen können.

Zur Verbesserung der Angebotsstruktur und den Zugangsmöglichkeiten für Kinder von psychisch kranken Eltern zu den entsprechend bedarfsgerechten Hilfen, sollte der Blick der Jugendhilfe, sowie des psychiatrischen Systems besonders auf die Weiterentwicklung und Vernetzung der bestehenden Hilfesysteme gerichtet sein.

Die Blickrichtung der Psychiatrie ist, nicht zuletzt durch den zunehmenden Einsatz hochentwickelter Psychopharmaka, zunehmend auf die ambulante Versorgung der Patienten ausgerichtet, wodurch dem Patienten selbst, aber auch seiner Familie zunehmend Eigenverantwortung für die Ausgestaltung des Genesungsprozesses unter Alltagsbedingungen übertragen wird. Leider bleiben jedoch das soziale Umfeld, die Angehörigen und speziell die Kinder relativ unvorbereitet für den Umgang mit dem psychisch kranken Angehörigen. Viele Familien stehen der Krankheit ihrer Angehörigen deshalb hilflos gegenüber und fühlen sich überfordert. (Vgl. Bundesminister für Gesundheit 1993; S.5)

Der Stellenwert der Familienbetreuung ist immer noch nicht ausreichend, was sich deutlich in der Vernachlässigung der kindlichen Perspektive im Bezug auf den erkrankten Elternteil zeigt. Die Umsetzung von konkreter Familienbetreuung, die auch die Problemlage der Kinder von psychisch erkrankten Eltern berücksichtigt, ist nur durch die explizite Kooperation und Absprachefähigkeit im Bezug auf Überschneidungsbereiche der verschiedenen Hilfesysteme bzw. der unterschiedlichen Berufsgruppen und Mitarbeiter möglich. Die vermehrte Einbindung der Jugendhilfe (und damit die Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern) in das psychiatrische System, und umgekehrt, könnte dem Bedarf der psychisch kranken Eltern nach aufsuchender Hilfe eher gerecht werden, und würde die Zugangsmöglichkeiten für Angebote an die Kinder verbessern. Es wäre z.B. sinnvoll Beratungsangebote für Eltern im Bezug auf Erziehungsfragen mit festen Sprechstunden, auch als einen Bestandteil in die stationären, sowie teilstationären psychiatrischen Einrichtungen zu integrieren. Es ist sehr fraglich, warum die Erwachsenenpsychiatrie das Thema „Kinder und Erziehungsfragen“ nicht auch in ihr therapeutisches Konzept integrieren können sollte, da es ja einen gewichtigen Anteil in der Lebenswelt ihrer Patienten hat.

Überall dort, wo psychisch kranke Eltern Hilfe finden können ist theoretisch auch der Zugang der Kinder, über ihre Eltern, zu Hilfsangeboten möglich. Genau wie die Jugendhilfe ist die Angebotsstruktur des psychiatrischen Hilfesystems flächendeckend (sektoriert) in Einzugsgebiete aufgeteilt, und in ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote gegliedert, wobei psychiatrische und sozialpsychiatrische Hilfsangebote in ländlichen Gebieten, im Vergleich zu den Städten, noch weniger differenziert vorhanden sind.

? Die ambulante Versorgung gewährleisten niedergelassene Nervenärzte, Institutsambulanzen, sozialpsychiatrischer Dienst (SpD), Krisennotdienste, Kontakt- und Beratungsstellen, betreutes Wohnen und psychiatrische Pflegedienste.

? Teilstationäre Angebote werden in Tageskliniken und Tagesstätten bereitgehalten.

? Stationäre Angebote bieten psychiatrische Fachkrankenhäuser oder psychiatrische Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern sowie Wohnheime für psychisch Kranke.

Durch die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung werden flächendeckend, Bezirke oder Stadtteile zu psychiatrischen Kliniken, Stationen oder Abteilungen zugeordnet, welche zusammen mit den ambulanten Diensten die Vollversorgung für die Bevölkerung in diesem Gebiet oder Sektor übernehmen. Der örtliche, SpD stellt über die enge Zusammenarbeit zwischen Sektorteam der Klinik und Gemeindeteam die Drehscheibe für die Vernetzung der stationären und ambulanten Angebote dar. Vielerorts bieten die Mitarbeiter des SpD Sprechstunden in der Klinik an, oder nehmen auch an stationsinternen oder fallbezogenen Teambesprechungen teil, oder die Mitarbeiter der Klinik werden zu Besprechungen des SpD eingeladen. Es gibt jedoch mit der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PsAg) auch eine gesetzlich vorgeschriebene Kooperationsstruktur, in der Vertreter der verschiedenen Einrichtungen Arbeitskreise zur Allgemeinpsychiatrie, zur Suchtbehandlung usw. bilden. Diese beraten in regelmäßigen Abständen über aktuelle Kooperations- und Versorgungsprobleme, notwendige Planungen, Vorgehensweisen, Konzeptionen und politische Strategien. Hier können auch neu sichtbar werdende Problemlagen oder Problemgruppen diskutiert werden, wie z.B. die Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern.

Die ambulante ärztliche Versorgung durch niedergelassene Nervenärzte geschieht jedoch in der Regel nicht in Kooperation mit dem örtlichen SpD; ebenso scheint die enge Kooperation zwischen niedergelassenem Nervenarzt und Klinik nicht möglich zu sein, was im Allgemeinen mit der Eingebundenheit der Praxen in die kassenärztliche Versorgung zusammen hängt. So ist z.B. die Teilnahme an einer Teamsitzung des SpD nicht in der Gebührenordnung für Ärzte vorgesehen.

(vgl. Bosshard u.a. 1999, S.46-51).

Die sozialpsychiatrischen Dienste arbeiten in der Regel auch eng mit den Jugendämtern zusammen, wogegen die Kliniken den Kontakt zum Jugendamt eher auf den Notfall begrenzen, wenn es um die Grundversorgung der Kinder geht.

Ein weiterer Faktor, der die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Hilfeangebote erschwert ist, dass unterschiedliche Träger und Finanzierungssysteme (Private und gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherungen, Rentenversicherungen, staatliche Fürsorge durch örtliche und überörtliche Gesundheits-, Sozial-, Jugendämter, Kirchen und freie Wohlfahrtsverbände) mit einem nahezu undurchdringlichen Dschungel von unterschiedlichsten Auflagen und Zielrichtungen vorgeben, die oftmals Leistungen für die Kooperationsfähigkeit

der Hilfesysteme nicht vorsehen (was die Gebührenordnung für Ärzte im Fall der Teilnahme an Teamsitzungen des SpD zeigt).

Der **gesunde Elternteil** hat als erwachsene, voll handlungsfähige und handlungsberechtigte Person die Möglichkeit selbständig Informationen, Beratungen, Unterstützungs- und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, wie er es benötigt und entscheidet. Auch die Selbsthilfe von Angehörigen psychisch kranker Menschen ist bereits fast flächendeckend organisiert, und bietet Informations- und Erfahrungsaustausch sowie Unterstützung für die erwachsenen Angehörigen psychisch Kranker.

Die **Kinder psychisch kranker Eltern** sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand noch nicht mit der vollen Handlungsfähigkeit ausgestattet, und darum auch selten in der Lage selbständig nach Hilfen zu suchen. Ausnahmen stellen Jugendliche dar, sie selbständig nach Hilfen suchen. Die Zustimmung der Sorgeberechtigten ist in den meisten Fällen notwendig, um den Kindern Unterstützung geben zu können. Ausnahmen sind z.B. eine akute Gefährdung des Kindes, oder Beratung die anonym gehalten werden darf. Der Zugangsweg zu unterstützenden Hilfen könnte für Kinder z.B. über Schule oder Kindertagesstätte, Jugendamt, Beratungsstellen des Kinderschutzbundes oder andere Erziehungsberatungsstellen und Nothilfen, Sport- und Freizeitangebote, Kinderärzte und Therapeuten gehen. Dies setzt jedoch voraus, dass diese Stellen über die entsprechenden Unterstützungsangebote informiert sind, und entsprechend an diese vermitteln können.

0.0.0 Welche Hilfen werden von den Betroffenen gewünscht?

Im Hinblick auf das Ziel der Selbstbestimmung und möglichst hohen Eigenverantwortung für die Erziehung ihrer Kinder ist die Klärung der Wünsche von Betroffenen notwendig und kann wertvolle Hinweise darauf geben, welche Unterstützung von Hilfesuchenden bzw. Hilfebedürftigen am besten akzeptiert werden können (vgl. Gundelfinger 1997).

Eine Studie mit Befragungen von psychisch kranken Eltern, deren Kindern und Bezugspersonen an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (vgl. Küchenhoff 1998) macht deutlich welche Art des Hilfebedarfs die betroffenen Familien haben und welche Hilfen von ihnen selbst gewünscht werden.

Am häufigsten wurde von beiden Elternteilen ein „intaktes Familienverhältnis“ gewünscht, was darauf hinweist, dass familienaktivierende Unterstützungsangebote sinnvoll wären.

Ebenfalls häufig gewünscht, wurden psychotherapeutische Hilfen für das Kind, und deren Aufklärung über die Erkrankung des Elternteils. Etwa die Hälfte der Kinder wurde von dem gesunden Elternteil/Bezugsperson über die Erkrankung informiert, etwa ein Drittel von dem Erkrankten Elternteil selbst. Nur in 6% der Fälle bekamen die Kinder vom behandelnden Arzt/Ärztin Informationen im Bezug auf die elterliche Erkrankung, wogegen 35% der Kinder keinerlei Informationen bekamen, meist mit der Begründung, dass dies nicht für nötig erachtet

wird, oder um die Kinder in falsch verstandener Weise zu schonen. Tatsächlich werden die Kinder aber durch die Tabuisierung der Krankheit nicht geschont, sondern in ihrer Wahrnehmung und dem Erleben der Probleme und elterlichen Krankheitssymptome allein gelassen und verunsichert.

Die Möglichkeit zum Austausch mit gleich Betroffenen wurde ebenfalls häufig von den Eltern für die Kinder gewünscht.

Es zeigen sich geringe aber bedeutsame Unterschiede in der Einschätzung und den Wünschen, zwischen dem erkrankten Elternteil, der gesunden Bezugsperson und den Kindern:

Die gesunden Bezugspersonen wünschten sich häufiger alltagspraktische Unterstützung für die Kinder als der hospitalisierte Patient, besonders im Bezug auf Freizeitaktivitäten und Schularbeiten, aber auch Hilfe im Haushalt und bei der Organisation von Mahlzeiten. Der erkrankte Elternteil wünschten sich häufiger eine massivere Entlastung als die gesunde Bezugsperson, durch die Unterbringung der Kinder in einer Kindertagesstätte/Hort.

Die interviewten Kinder wünschten sich als Hilfe vor allem Aufklärung über die Erkrankung der Mutter oder des Vaters, einen Austausch mit anderen, in ähnlicher Weise betroffenen Kindern, mehr Kontakt zur getrennt lebenden Mutter oder zum getrennt lebenden Vater, sowie Unterstützung im Haushalt und in der Schule. Da nur wenige Kinder befragt werden konnten, dürfen die Antworten nicht als repräsentativ gelten, sie dürfen aber dennoch als Tendenz verstanden werden, die z.B. in Befragungen von erwachsenen Kindern psychisch Kranker bestätigt werden.

Ein Anlass für die Studie war die Feststellung, dass die Kinder selbst nur schwer erreichbar sind, was sich auch in den Schwierigkeiten bei der Durchführung der Befragungen der Kinder zeigte.

Da eine Befragung der Kinder nur mit der Einverständniserklärung der Eltern möglich ist, konnten nur zehn Kinder aus sieben Familien befragt werden. Von 51 Patienten lehnten 44 die Befragung der Kinder ab, was darauf schließen lässt, dass es große Ängste und Vorbehalte im Bezug auf Hilfen für die Kinder gibt. Die am häufigsten genannten Gründe für die Ablehnung verdeutlichen diese Annahme:

- ? Verweigerung der Zusammenarbeit durch mangelnde Krankheitseinsicht oder zwangsweise stationäre Behandlung des erkrankten Elternteils.
- ? Ablehnung der Befragung des Kindes, aufgrund der Annahme der zu großen Belastung für das Kind.
- ? Verweigerung der Befragung des Kindes, weil die psychische Erkrankung geheimgehalten wurde.

Die Ängste und Befürchtungen der Eltern zeigen, dass , besonders das Problem der Tabuisierung psychischer Erkrankungen weitreichende Folgen für die Kinder hat, aber auch die Eltern oft nicht ausreichend über bestehende Unterstützungsangebote informiert sind. Da es

besonders wichtig ist beide Elternteile in ihrer Elternrolle ernst zu nehmen, und nicht den erkrankten Elternteil auszuschließen und nur die Akzeptanz des gesunden Elternteils zu suchen, ist es wichtig, dass besonders niedrigschwellige Angebote (z.B. aufsuchende Beratung und Hilfe) bereit gehalten werden, die die besondere Situation von psychisch kranken Eltern bzw. deren Kindern berücksichtigen.

0.0.0 Verständnis für die Situation

Um angemessene Hilfen entwickeln und anbieten zu können, die von Eltern und Kindern gut angenommen werden können, ohne dass sie als Bedrohung des Selbstwertes empfunden werden, ist es wichtig, dass der Helfende eine mitfühlende, verständnisvolle und akzeptierende Einstellung zum Hilfesuchenden hat. Dies setzt die Fähigkeit zur Erschließung der problematischen Situation und der Ressourcen der Klienten voraus, um dem tatsächlichen Hilfebedarf gerecht werden zu können, ohne die Grenzen des Möglichen zu verkennen.

Die Reaktionen von Angehörigen, Freunden und Kollegen sind häufig bestimmt durch emotionale Überreaktion wie Ärger, Kritik, aggressive Zurückweisung, Abwertung und später Resignation, Erschöpfung, Desinteresse, Entmutigung und Distanzierung. Im Gegenteil dazu darf sich der professionelle Helfer nicht auf eine überemotionale Beziehung bzw. Einstellung zum Klienten einlassen, sondern sollte eine angemessene, mitfühlende Nähe, aber auch eine entsprechend, respektvolle und möglichst objektive Distanz bewahren können. Die angemessene emotionale Distanz ermöglicht ihm z.B. auch selbst fachlichen Rat einzuholen, oder Wert auf kollegiale Meinungen zu legen, um die effektivste Hilfe für den Klienten zu ermöglichen, ohne ihn in Abhängigkeit vom Helfer oder dem Hilfesystem kommen zu lassen.

Die hohe Bereitschaft und Fähigkeit des Helfers zur Selbstreflexion fördert seine fachliche Kompetenz, wozu besonders auch das Erkennen der eigenen Kompetenzgrenzen gehört, ohne sich dazu verleiten zu lassen, als allwissender und allmächtiger Helfer aufzutreten, der patentierte Lösungen bereit hält, was letztendlich durch unausweichliche Misserfolge seine Glaubwürdigkeit in Frage stellen würde.

Das Vertrauen des Klienten in den Helfer ist davon abhängig, dass der Helfer ein „echtes Interesse“ an seinem Klienten und dessen Situation vermitteln kann, und durch entsprechende Fachkompetenzen eine Verbesserung der Situation bewirken kann.

Es ist daher für die Unterstützungsangebote an Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern wichtig den Rahmen für eine respektvolle und vertrauensvolle Zusammenarbeit zu schaffen, und auf der Grundlage von differenziertem Fachwissen auf den individuellen Hilfebedarf eingehen zu können. Mit der vermehrten Orientierung zur Prävention, in Richtung der Verbesserung von Entwicklungschancen und Lernmöglichkeiten für Eltern und Kinder, könnte z.B. die Erziehungskompetenz der Eltern, das Kommunikationsverhalten oder das Problemlösungsverhalten der Kinder entsprechend unterstützt werden, sowie an der

Stabilisierung des Netzes von Bezugspersonen gearbeitet werden. Prävention heißt somit auch möglichst frühzeitige und wirksame Hilfe zur Selbsthilfe und Entwicklung von Kompetenzen zur Übernahme von Eigenverantwortung.

Für die Angebote an die Kinder ist es daher wichtig, dass sie ihre persönlichen Kompetenzen entwickeln und stärken können, und nicht allein auf den Weg geschickt werden, um die Probleme der Familie und besonders der Eltern lösen zu müssen.

In der Konsequenz aus dem Wissen über die besonderen Probleme der Familien mit psychisch kranken Eltern, die besondere Tabuisierung psychischer Krankheiten in der Öffentlichkeit, und daraus resultierend, der besonders großen Angst der Betroffenen davor, Unterstützung und Hilfe zu suchen und ihr Problem damit bekannt zu geben, müssen Angebote an diese Familien besonders niedrigschwellig und ressourcenorientiert sein, und es gilt einmal mehr der Leitsatz „die Klienten dort abzuholen, wo sie stehen“.

Die spezifischen Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern beschränken sich zur Zeit noch überwiegend auf das Engagement vereinzelter Mitarbeiter, die für die Belastungen der Kinder sensibilisiert sind und durch besondere Kommunikations- und Kooperationsbestrebungen um Hilfen für diese Kinder bemüht sind. Beispielhaft gibt es jedoch bereits vereinzelte Initiativen, die konzeptionell auf die Belastungen der Kinder eingehen und entsprechende Angebote zur Unterstützung und Hilfe machen können. Diese Hilfen sind mit sehr unterschiedlichen Ansätzen und Ansprüchen gestartet und mit Anbindung an die unterschiedlichsten Träger und Hilfesysteme. Doch gleich aus welcher Richtung die Überlegungen gestartet wurden, so führten sie alle zur Notwendigkeit der Vernetzung von Jugendhilfe und psychiatrischem System.

36 ÜBERBLICK BESTEHENDER KONZEPTE FÜR UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE AN KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Mit dem Überblick bestehender Konzepte wird die Vielfalt der Möglichkeiten für Hilfsangebote deutlich, mit denen auf den erkannten Unterstützungsbedarf von Kindern psychisch kranker Eltern reagiert wurde.

Der Blick auf die Problemlagen der Kinder und Familien mit psychisch erkrankten Eltern zeigt, dass diese so vielschichtig sind, dass ein Hilfesystem allein nicht in der Lage ist, die fehlenden Ressourcen zu kompensieren oder zu aktivieren, und die notwendige Unterstützung zu gewährleisten. Hier ist die Kooperation zwischen der Jugendhilfe und dem psychiatrischen/psychotherapeutischen Hilfesystem erforderlich. (vgl. Schone & Wagenblaus 2002)

Besonders ist zu erwähnen, dass fast allen Hilfeansätzen gemeinsam ist, die Kinder nicht pathologisieren zu wollen, sondern deutlich werden zu lassen, dass ihre Eltern krank sind, nicht sie selbst, und dass ausdrücklich der Schwerpunkt der Arbeit mit den Kindern ressourcenorientiert sein soll.

Die genannten Kontaktadressen entstammen der Literatur : Schone & Wagenblaus 2002, S.238-251.

0.0 Die präventive Arbeit

Ziel der präventiven Angebote an Kinder psychisch kranker Eltern ist ihr eigenes Risiko zu senken, selber psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln.

Die präventive Arbeit richtet sich dabei hauptsächlich auf drei Aspekte:

0. **Aufklärung:** Kind- und altersgerechte Informationen über die elterliche psychische Erkrankung, und dem Umgang mit krankheitsbedingten Verhaltensänderungen und Einschränkungen der Eltern.
0. **Entlastung:** Überprüfen der eigenen Wahrnehmung und des Denkens, Schuldgefühle ausräumen, Entlastung von Verantwortung für die Familie/Eltern und deren Erkrankung, Austausch und Gespräch über verwirrende Erlebnisse, verdrängte Gefühle zulassen und ausleben, Erleben von Vertrauen und Sicherheit.
0. **Kompetenzförderung:** Vermittlung von sozialen Kompetenzen und Fähigkeiten in Bereichen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, eigener Bedürfnisse und Grenzen, des Vertrauens in sich und andere, des Selbstwertes und neuer Erlebens- und Verhaltensweisen, Förderung der Stärken und Fähigkeiten der Kinder.

Präventive Arbeit kann aber nicht allein auf die Kinder gerichtet sein, sondern muss eine Familienorientierung haben, und die entsprechende Familiendynamik berücksichtigen. Es ist wichtig beide Elternteile und Geschwister in der Arbeit mit dem Kind zu berücksichtigen, und entsprechende Veränderungen und Prozesse in der Familie auf zu greifen.

Präventive Angebote können mit primärer und sekundärer Zielsetzung betrieben werden.

Primäre Prävention zielt darauf ab, der Entstehung von Problemen bzw. der Hilflosigkeit gegenüber Problemsituationen entgegen zu wirken, bevor diese überhaupt auftreten können, oder sich eine psychische Krankheit manifestieren kann.

Als primäre Prävention ist auch die Beratung und Aufklärung der Eltern und Kinder im Sinne einer seelischen Gesundheitserziehung zu sehen, z.B. durch allgemeine Aufklärung in Schulen, Kindergärten, Familienbildungsstätten, durch Ärzte/Fachärzte und Medien. Die entsprechende Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte dient in diesem Sinne auch der Prävention.

Die sekundäre Prävention zielt darauf ab eine Eskalation bekannter Probleme zu vermeiden, bevor eine erneute Krise eintreten kann, und Fremdhilfe nötig wird, indem z.B. die Fähigkeiten für effektive Problemlösungsstrategien und emotionale Stabilität gefördert werden können.

Frühzeitige Intervention mit entlastendem, unterstützendem und aufklärendem Charakter ist also sinnvoll um erstmaliges Auftreten von Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern zu verhindern, bzw. frühzeitiges Erkennen von Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen zu ermöglichen und unkalkulierbare Folgen zu verhindern. Die präventive Strategie orientiert sich an den Ressourcen des Familiensystems und seiner Lebenswelt und kann vom Ort der akuten medizinischen Behandlung der Eltern, sozialpsychiatrischen Einrichtungen und verschiedensten Jugendhilfeträgern initiiert werden.

Präventive Arbeit mit den Kindern psychisch kranker Eltern kann eher als unterstützendes Angebot gestaltet und verstanden werden, das den Charakter von Normalität hat und nicht ein weiteres psychosoziales Spezialangebot ist, indem das Familiensystem eine pädagogisch/therapeutische Einflussnahme von außen und neuerliche Stigmatisierung fürchten muss. Die Kinder sollen nicht das Gefühl haben, in eine „Problemgruppe“ gehen zu müssen, während ihre Spielkameraden Fußball spielen oder ins Kino gehen. Besonders über kreative Medien können die Angebote für Kinder attraktiv und spielerisch umgesetzt werden, ohne dass die Gefahr der Problemfixierung und Überforderung für die Kinder entsteht. Die Kinder bekommen die Gelegenheit in einem geschützten Rahmen, und unter Anleitung und Begleitung Neues auszuprobieren, Gefühle auszuleben, und Konflikte zu bearbeiten. Die kreativen Medien wie z.B. Musik, Malen, Plastizieren, Rollenspiele, Phantasiereisen usw. ermöglicht den Kindern, auch ohne viel reden zu müssen, ihre Gefühle, Konflikte und Bedürfnisse auszudrücken und so über alternative Kommunikationsmittel Zugang zu ihren Problemen zu bekommen, bzw. diese zu reflektieren und zu integrieren.

Es gilt einen Ort zu schaffen, in dem es ausdrücklich nicht um Therapie geht, sondern um spielerisches Tun mit kreativen Medien, die erlauben ein paar Stunden unbeschwert Kind sein zu dürfen, und Raum geben über Gefühle und Ängste reden zu können, wo Wut und Trauer sein dürfen und für Irritationen Erklärungen gesucht werden. Die Kinder können in ihrer Eigenständigkeit, ihren Fähigkeiten und Stärken gefördert werden, was sie davor schützen kann die Krankheitssymptome ihrer Eltern auf sich zu beziehen, und sie darin bestärkt eigene, erfolgreiche Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien zu entwickeln.

Obwohl es für die Kinder ausdrücklich nicht um Therapie gehen soll, ist das therapeutische Verständnis des Gruppenleiters (Einzelbegleiters) dabei notwendig, um die Herkunftsfamilien und Störungen, die sich im Erleben und Verhalten der Kinder und Jugendlichen widerspiegeln angemessen einschätzen zu können, und eventuellen Therapiebedarf erkennen zu können.

Die Arbeit mit den Kindern kann in Einzel- und in Gruppenkontakten stattfinden, wobei die Gruppenarbeit besonders die sozialen Fähigkeiten fördert, und den Austausch unter dem Aspekt „sich nicht allein mit seinen Ängsten, Problemen und Nöten zu fühlen“ begünstigt. Für die Gruppenarbeit ist es deshalb günstig, wenn die Gruppe klein bleibt (etwa 2-6 Teilnehmer), und die Teilnehmer etwa im gleichen Alter sind, um entsprechend auf die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben und Bedürfnisse eingehen zu können.

Es kann auch sinnvoll sein reine Mädchen- oder Jungengruppen zu bilden, da es besonders Kindern ab dem frühpubertierendem Alter (ca. neun Jahren), aufgrund der größeren Ähnlichkeiten leichter fällt sich zu öffnen und Vertrauen zu fassen, und es doch relativ geschlechtsspezifische Problemhäufungen gibt. Eine gemischtgeschlechtliche Gruppe hat dagegen den Vorteil, dass der soziale Lernaspekt ausgewogener ist, da der Umgang mit dem anderen Geschlecht ein wichtiger Aspekt in der Entwicklung sozialer Kompetenzen ist.

Einzelkontakte sind zunächst dann sinnvoll, wenn die elterliche psychische Erkrankung in der Familie stark tabuisiert wird, das Kind schon stärkere Beeinträchtigungen zeigt, oder nicht uneingeschränkt gruppenfähig ist.

Die präventiven Angebote sollen durch zeitliche Begrenzung (meistens 10-20 Treffen) als Übergangsraum, für eine begrenzte Dauer Hilfestellung für die Entwicklung individueller Problembewältigungsstrategien geben, aber nicht als Dauereinrichtung die Familie begleiten. Meistens wird in dieser Zeit auch an der Sicherung des sozialen Netzes gearbeitet, um möglichst alltagsrelevante Unterstützung und Stabilisierung, im Sinne einer „Normalisierung“ zu ermöglichen, und die Ablösung von den Hilfen zu sichern. So kann z.B. eine weitere erwachsene Vertrauensperson (in Absprache mit den Eltern) aus dem Umfeld der Familie von dem Kind benannt werden, an die es sich wenden möchte, wenn es wieder einmal zu einer schwierigen Situation kommt, in der das Kind Unterstützung braucht.

Der Kontakt zu den Eltern, bzw. die Akzeptanz der Eltern für die begleitende Elternarbeit ist ein wichtiger Teil der präventiven Arbeit, da sonst die Gefahr besteht, dass das Kind allein auf den Weg geschickt wird um die Probleme der Eltern zu lösen, oder es plötzlich als Bedrohung für die Familie empfunden wird. Die Veränderungen im Sinne der Stärkung des Kindes wirken sich auch auf das Familiensystem aus, und müssen besonders von dem erkrankten Elternteil akzeptiert werden können, ohne mit Verlustängsten oder Selbstwertbedrohung verbunden zu werden. Die Ängste der Eltern müssen entsprechend ernst genommen werden und Raum für die Thematisierung bereitgestellt werden, da sonst der Erfolg der Hilfe für die Kinder in Frage gestellt werden kann, und neue Konflikte und Schuldzuweisungen auf der Eltern-Kind-Ebene drohen.

Die Elternarbeit kann zur Verbesserung der Kommunikationsstruktur und zur Enttabuisierung des Themas innerhalb der Familie führen, und damit auch die Schuldgefühle der Eltern gegenüber ihren Kindern abbauen. Die Eltern werden so in der Übernahme ihrer elterlichen Verantwortung gefördert und in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt. Die Eltern können außerdem lernen sich nach außen zu öffnen und ihr stützendes soziales Netz auszubauen.

(vgl. Hipp & Staets 2001)

Bestehende präventive Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland, sind bisher nur vereinzelt und von den unterschiedlichsten Trägern initiiert worden.

Es fehlt an einer gemeinsamen Konzept- und Finanzierungsregelung. Zum Teil wurden die sozialpsychiatrischen Dienste tätig und arbeiten mit freien psychologischen Beratungsstellen/Erziehungsberatungsstellen in öffentlich geförderten Projekten zusammen, es entstanden aber auch neue Trägervereine, die von privaten Initiativen gegründet und durch Spenden finanziert wurden, aber auch freie Praxen und kinder- und jugendpsychiatrische Dienste haben vereinzelt Angebote entwickelt. Dementsprechend haben die Fachkräfte die unterschiedlichsten Qualifikationen wie Sozialarbeiter, Pädagogen, Ärzte, Psychologen, Heilpädagogen, Musik-, Kunst- und Spieltherapeuten. (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 226-231)

Von allen Begründern und Mitarbeitern wird betont, dass die Vernetzung der bestehenden Hilfsmöglichkeiten, sowie die Kooperationsbeziehungen der unterschiedlichen Berufsgruppen und Institutionen dringender Entwicklung bedürfen, um den Zugang zu den Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu ermöglichen, und entsprechende Hilfen entwickeln und anbieten zu können.

Um z.B. besonders das Misstrauen der Eltern gegenüber dem Jugendamt als „Kontrollbehörde“ oder „Wegnahme-Instanz“ zu mildern, und Vertrauen in die Angebote der Jugendhilfe und Akzeptanz für Unterstützungsangebote zu fördern, ist es wichtig den Eltern und Kindern ein „echtes“ Interesse an ihrem Wohlergehen zu signalisieren, und ihnen Wertschätzung entgegen

zu bringen, anstatt sie auf ihre Defizite (psychische Erkrankung) zu reduzieren und so gesellschaftlich zu stigmatisieren. Niedrigschwellige Angebote wie z.B. aufsuchende, unverbindliche Erziehungsberatung oder freie präventive Gruppenangebote für Kinder und Eltern sind Hilfen, die ohne Gefahr der Stigmatisierung in Anspruch genommen werden können, und zugleich Informations- und Kompetenzdefizite ausgleichen und so die Entscheidungsfreiheit erhöhen.

Neben dem Problem der mangelhaft ausgebauten Struktur und entsprechenden Zugangswege zu präventiven Hilfen, ist auch die Frage der Finanzierung oder Finanzierbarkeit bisher ein Problem für die Existenzgrundlage der bestehenden Projekte. Da sich von öffentlicher Seite bisher kein bestehendes Hilfesystem (Jugendhilfe und Gesundheitssystem) für die präventive Arbeit mit den Kindern zuständig erklärt, ist es für die Träger bzw. Mitarbeiter präventiver Initiativen eine äußerst schwierige Aufgabe finanzielle Mittel zu beschaffen, um die Unterstützungsangebote auf Dauer anbieten zu können. Oftmals werden über Mischfinanzierung, wie Eigenanteil der Eltern, Spenden, Modellförderungen, Einzelfallhilfe des Jugendamtes, Sozialhilfe und Krankenkassen die Angebote finanziert, was allerdings keine Kontinuität in der Arbeit sichern kann. Die präventiven Hilfen sind eigentlich mit relativ geringem finanziellem Aufwand zu realisieren, wenn die bestehenden Ressourcen (Räume, Material, Engagement der Fachkräfte und ehrenamtlichen Helfer) und Strukturen intensiver genutzt und koordiniert würden. Die gemeinschaftliche Wahrnehmung des präventiven Auftrags von Gesundheitssystem und Jugendhilfe könnte das Finanzierungsproblem entschärfen. Die Sensibilisierung aller Verantwortlichen, entsprechende Weiterbildung der Fachkräfte und Kooperationsbereitschaft der Systeme sind die Voraussetzungen für die Umsetzung dieser Hilfen.

Beispielhafte Projekte und Initiativen in Deutschland mit präventiven Angeboten sind (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S.238-242):

- ? **FLIPS –Ein Hilfsprogramm für Kinder mit psychisch kranken Eltern** des Vereins PROPAT, Verein zur Unterstützung psychisch Kranker und deren Angehörigen e.V. Witten, Schlachthofstr. 8, 58455 Witten. Beratung und Auskunft donnerstags 16 – 18 Uhr unter 02302/394977, oder über Frau Dr. med. Wietfeld Praxis für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Annenstr. 172, 58453 Witten, Tel.: 02302/60323.
- ? **Kinderprojekt AURYN**, Zobelstr. 11, D-60316 Frankfurt a.M., Tel.: 069 / 405865-13
- ? **Kinderprojekt AURYN** des Vereins SeelenNot e.V., Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, D-20246 Hamburg, Tel.: 040/ 4 280 343 61

- ? **Sozialtherapeutische Kindergruppe Windlicht**, Frau Franken, Margaretenhort, Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamtverbandes Hamburg-Harburg, Schlossmühlendamm 1, D-21073 Hamburg, Tel.:040 / 79 01 89-0, Fax: 040/790 189-99, e-mail:info@margaretenhort.de
- ? **Kinderprojekt Mannheim**, Frau Raiss, Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim, C3, 16, 68159 D-Mannheim, Tel.: 0621/39 74 90, Fax: 0621/13 65 9, e-mail: SPDiManheim@aol.com und Herr Ebner Psychologische Beratungsstelle der Ev. Kirchengemeinde Mannheim C3, 5-6, D-68159 Mannheim, Tel.: 0621/28 00 0, Fax. 0621/28 01 0, e-mail: ev.pb.ma@t-online.de
- ? **KIPKEL in Haan/Hilden**, Frau Staets, Zentrum für Kindertherapie, Walderstr. 5-7, D-42781 Haan, Tel: 02129/34 69 70 und Herr Dr. Hipp, Sozialpsychiatrischer Dienst, Kirchhofstr. 35-37, D-40721 Hilden, Tel.:02103/2 527 305
- ? **Kinderprojekt Bielefeld**, Frau Kempf, AWO-Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und ihre Familien, Detmolder Str. 280, D-33605 Bielefeld, Tel.: 0521/92 16-421 und Frau Wenzel, Gesundheitsamt/ Kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst, Nikolaus-Dürnkopp-Str. 5-9, D-33602 Bielefeld, Tel.: 0521/51 67 14
- ? **Gruppenangebot für Kinder in Senftenberg**, Frau Bürgermeister, Sozialpsychiatrischer Dienst, Großenhainstr. 30i, D-01968 Senftenberg, Tel.:03573/70 69-43 32
- ? **KipKE in Sinsheim**, Frau Mohler, Bürgerkreis für psychosoziale Arbeit e.V., Am Kirchplatz 12a, D-74889 Sinsheim, Tel.:07261/94 50 40
- ? **Kinderprojekt Porz in Köln**, Herr Stanizek, Gemeinschaftsprojekt Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder im Caritasverband für die Stadt Köln e. V./Verein "Porzer Bürger für psychisch Kranke e. V.", Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder, Rathausstr. 8, D-51143, Tel.:02203/55 001
- ? **Beratungsangebote für Kinder und ihre Eltern in Würzburg**, Herr Schrappe, Frau Willführ, Evangelische Beratungsstelle für Erziehungs-, Ehe- und Lebensfragen, Stephanstr. 8, D-97070 Würzburg, Tel.: 0931/30 501-0, Fax: 0931/ 30 501-30
- ? **Kunsttherapeutisches Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern**, Eva Cukoic, Atelier und Kunsttherapie, Kreuzstr. 20, D-42277 Wuppertal, Tel. 0160/ 99544006

0.0.0 Präventive Unterstützungsangebote in den Niederlanden

Schon seit Anfang der 90iger Jahre gibt es in den Niederlanden staatlich finanzierte, präventive Betreuungsangebote für die Kinder psychiatrischer Patienten (vgl. Verdegaal 1995). Hier ist es üblich, dass bei Beginn der psychiatrischen Behandlung der Patient nach Kindern gefragt wird, dies dann als Notiz im Aufnahmeprotokoll vermerkt wird, und dann automatisch an die Jugendabteilung der ausserstationären psychosozialen Beratung und Betreuung (quasi

Jugendamt im psychosozialen Dienst) weitergegeben wird. Hilfeangebote gehen dann ausschließlich von der Jugendabteilung aus.

Schwierigkeiten in der Kooperation gibt es hier jedoch auch; Der Informationsaustausch zwischen den Professionellen ist oft dadurch gefährdet, dass sich jeder Arzt/Therapeut intensiv um die eigenen Patienten kümmern muss, und wenig oder keine Zeit bleibt, um die Kontakte mit der ausserstationären Jugendabteilung kontinuierlich zu pflegen.

Auch hier bleibt es schwierig, die Akzeptanz und den Zugang zu den Eltern zu bekommen, jedoch haben die Mitarbeiter die Möglichkeit einen Hausbesuch anzubieten, bei dem dann in vertrauter Atmosphäre über weitere Unterstützungsangebote gesprochen werden kann. In diesem Zusammenhang wurden in den Niederlanden drei unterschiedliche Broschüren entwickelt, die dann zur Unterstützung und Aufklärung eingesetzt werden können.

Eine Broschüre wendet sich an die psychisch erkrankten Eltern selbst, eine andere an die Kinder im Alter von 6-12 Jahren, eine dritte Broschüre spricht Jugendliche im Alter von 12 – 18 Jahren an. Diese Broschüren sind auch in Deutschland erhältlich (Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen 1996/97 a, b, c).

Allgemein sollen die Broschüren Hilfestellung zur Auseinandersetzung mit dem Thema der Erkrankung geben, und die Kommunikation in der Familie anregen. Die Eltern, Kinder und Jugendlichen können hier Verständnis für ihre schwierige Situation erfahren, es werden Begriffe altersgerecht erklärt (z.B. Was ist ein Psychiater? Krankheitsbegriffe usw.) und es wird dazu angeregt einen Gesprächspartner/Vertrauensperson zu suchen, und Fragen zu stellen. Es werden allgemeine Anlaufstellen und Zugangswege genannt, die weiterhelfen können. Besonders die Eltern werden dazu angeregt ihre Wahrnehmung für die Probleme ihrer Kinder zu sensibilisieren und sich mit anderen Eltern darüber auszutauschen oder nach öffentlichen Hilfsangeboten zu suchen. Die Eltern sollen in ihrer Elternrolle unterstützt werden, und darin bestärkt werden außerhalb der akuten Krankheitsphasen ihre Fähigkeiten für die Erziehung der Kinder einzusetzen, und sich in die schwierige Lage der Kinder einzufühlen. Hierzu werden Themenabende, Elternschulung oder Aktivitäten wie z.B. Ausflüge angeboten, die gemeinsame positive Erlebnisse von Eltern und Kindern in den Vordergrund stellen und die Nähe zwischen ihnen fördern soll.

Für Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 14 –25 Jahren werden Gesprächsgruppen angeboten, da diese Altersgruppe ihre Probleme schon verbalisieren kann. Hier sollen Bewältigungsstrategien gestärkt und Coping-Verhalten gefördert werden, indem vorwiegend kognitive Strategien, die der Auseinandersetzung mit Stressoren und belastenden Situationen dienen eingesetzt werden (verhaltenstherapeutischer Ansatz). Die Gesprächsgruppen sollen außerdem das Selbstbewusstsein stärken, und dem Kind ermöglichen, als Kind weiterleben zu dürfen und sich nicht für die elterliche Krankheit verantwortlich fühlen müssen (Entlastung von Schuldgefühlen und Parentifizierung).

0.0 Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern

Bekannt sind bisher nur wenige solcher Selbsthilfegruppen, was eigentlich verwundert, da das Netz der Angehörigengruppen psychisch Kranker mit ca. 500 Gruppen deutschlandweit fast flächendeckend vorhanden ist. Mit der Erfahrung und der Verknüpfung der Struktur von bestehenden Angehörigengruppen könnten relativ leicht weitere solcher Gruppen entstehen. Wobei sich die Frage aufdrängt, warum bisher bei den Angehörigengruppen kein Bedarf für solche Gesprächskreise bekannt geworden ist. Möglicherweise spiegelt sich hier der Effekt der Tabuisierung wieder, und führt dazu, dass die betroffenen Kinder sich und ihre Probleme immer als minderwichtig erfahren haben, und entsprechend hilflos geblieben sind. Die Sensibilisierung der bestehenden Angehörigengruppen für die Belastungen der Kinder, könnte daher auch zu einer sinnvollen und bisher weitgehend ungenutzten Kontakt- und Verknüpfungsstelle für präventive Gruppenangebote an die Kinder psychisch kranker Eltern führen.

Ein erheblicher Leidensdruck der Betroffenen, der Wille zu Veränderung, verbunden mit der Hoffnung selbst etwas zur Veränderung oder Verbesserung der eigenen Situation und der von Kindern mit psychisch kranken Eltern beitragen zu können, sind der Motor für das Engagement in einer entsprechenden Selbsthilfegruppe. Durch die Interviews mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern (Schone & Wagenblass 2002, S.161-195) wurde deutlich, welchen Wert und Gewinn für ihre Lebensqualität die Betroffenen darin sehen, über die Probleme in ihrer Kindheit sprechen, und dadurch Entlastung und Erleichterung erfahren zu können. Viele Probleme der heute erwachsenen Kinder mit psychisch kranken Eltern manifestieren sich nicht in diagnostizierbaren psychischen Erkrankungen und ziehen sich so weiterhin als undefinierbare, seelische Belastungen durch ihr ganzes Leben, und werden unterdessen an die eigenen Kinder weitergegeben, ohne dass dieser Kreislauf unterbrochen wird. Besonders die Erzählungen der jetzt erwachsenen Menschen die mit psychisch kranken Eltern aufgewachsen sind und damals keine Hilfe erfahren haben, vermitteln einen starken Eindruck davon, welche weitreichenden Auswirkungen dieses stille Leid für das spätere Leben haben kann, und welche Hilfen sinnvoll und notwendig sind.

Ein wichtiges Anliegen der bestehenden Selbsthilfegruppen ist daher auch die Öffentlichkeit für die besonders belastende Situation der Kinder psychisch kranker Kinder zu sensibilisieren und entsprechend zu informieren. In diesem Zusammenhang gibt es auch Bemühungen, die nun erwachsenen Kinder psychisch kranker Eltern mit ihren Erfahrungen an der Entwicklung neuer, präventiver Unterstützungsangebote zu beteiligen.

Bestehende Angehörigen- oder Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern gibt es bisher in Hamburg, Berlin und Köln (vgl. Schone & Wagenblass 2002, S. 249/250):

- ? Frau Sielaff, Sozialpsychiatrische Ambulanz der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, D- 20246 Hamburg, Tel: 040/42 803-3236.
- ? Frau Beeck, APK – Angehörige psychisch Kranker, Landesverband Berlin e. V., Mannheimer Str.32, D-10713 Berlin, Tel:030/863957-03 oder –01.
- ? Rat und Tat e.V., Kempener Str. 135 im Worringer Bahnhof, D-50733 Köln, Tel: 0221/7390734

Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen (KISS) jeglicher Art gibt es in den meisten Städten.

Einen allgemeinen Leitfaden als Starthilfe zum Aufbau von Selbsthilfegruppen gibt es von:

- ? Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) ,
Friedrichstraße 28, D-35392 Gießen
- ? Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS),
Albrecht – Achilles – Straße 65, D – 10709 Berlin
Tel: 030/891 40 19, Fax: 030/893 40 14, e-mail: nakos@gmx.de

0.0 Modellhafte Unterstützungsangebote im Rahmen der Hilfen zur Erziehung

Gemäß der Leitnorm des §1 SGB VIII (KJHG) sieht die Gesetzgebung die Erziehungsverantwortung zuallererst bei den Eltern angesiedelt, und unterstreicht somit den Wert der Familie. Die unterschiedlichen Leistungsangebote der Jugendhilfe sind daher immer familienorientiert ausgerichtet, um das Familiensystem zu stützen und zu stabilisieren, und die Ressourcen in der Familie zu aktivieren. Der gesetzliche Anspruch auf Hilfen zur Erziehung durch die Jugendhilfe soll sicherstellen, dass Eltern entsprechende öffentliche Unterstützung und Hilfe bekommen, wenn sie die Erziehung ihrer Kinder nicht zu deren Wohl gewährleisten können. Die Hilfen zur Erziehung stellen somit die Gewährleistung dafür dar, dass der Benachteiligung junger Menschen, deren Leben durch abweichende, defizitäre oder gefährdete Entwicklungs- und Sozialisationsverläufe gekennzeichnet ist, durch geeignete Maßnahmen begegnet werden kann.

>> Mit unterschiedlichen Leistungsangeboten und Methoden können Erziehungshilfen Klärung herbeiführen, Krisen entschärfen und abbauen, Förderungen initiieren, entwickeln und begleiten, insgesamt entlastend wirken und beim Aufbau neuer Lebensperspektiven helfen. ... Lebensweltorientierte ambulante Erziehungshilfen setzen familiäre Strukturen und Beziehungsverhältnisse voraus, die zumindest begrenzt tragfähig sind, auf denen daher aufgebaut werden kann, um neue Entwicklungen zu ermöglichen<< (Günder 1999, S.32)

Inbesondere ambulante Erziehungshilfen sollen eingesetzt werden um die Verselbstständigungsprozesse der gefährdeten Kinder und Jugendlichen zu unterstützen und zu fördern, aber auch um die Selbsthilfekräfte der Familie zu mobilisieren und sie zu befähigen, die entsprechende Akzeptanz für Unterstützung und Hilfen zu entwickeln, bis diese entbehrlich sind.

Die vorgestellten modellhaften Erziehungshilfen sollen als Ergänzung der Erziehungshilfen verstanden werden, um besonders der Gefahr von Beziehungsabbrüchen und Fremdunterbringung von Kindern psychisch kranker Eltern begegnen zu können.

0.0.0 Modellprojekt „Patenschaften“

Dieses Modellprojekt wurde im Rahmen einer Ausschreibung für „innovative Projekte der flexiblen familiären Krisenintervention“ als Hilfe zur Erziehung durch die Jugendhilfe gefördert. Es soll die Belastungen der Kinder durch ständig wechselnde Bereitschaftspflegefamilien, im Falle der wiederholten stationären Behandlungen chronisch psychisch kranker Mütter verhindern, und entsprechende stabile Beziehungsangebote bieten können, sowie niedrighschwellige, im Alltag entlastende Hilfen bieten können. (vgl. Schone & Wagenblaus 2002, S. 233/234)

Die Gefahr der Trennung von Eltern und Kindern ist dann am größten, wenn die psychisch kranken Eltern alleinerziehend sind, was fast ausschließlich Kinder mit alleinerziehenden psychisch kranken Müttern betrifft. Um dieser Risikogruppe entsprechende Hilfen geben zu können wurde in Hamburg das Konzept für das Modell „Patenschaften“ durch den Pflegekinderverein PFIFF e.V. realisiert. Dieses Modell sieht vor, dass für die Kinder alleinerziehender, psychisch kranker Mütter Patenfamilien gesucht werden, die entsprechend eine kompensatorische Beziehung zu Mutter und Kind/Kindern für die mangelnden sozialen familiären Bindungen darstellen können. Es soll quasi ein erweitertes soziales Netz für die Kinder, aber auch für die erkrankte Mutter geknüpft werden, die fehlende verwandtschaftliche Beziehungen ersetzen können, und die ähnliche emotionale und funktionale Stabilität und Sicherheit wie diese bieten können.

Hierfür ist sehr wichtig, dass sich die Beziehung auf gegenseitige Sympathie und Wertschätzung stützen kann, und höchste Priorität auf die Stabilität der Beziehungen gelegt wird.

Die Angebote der Patenfamilie sollen nicht darauf ausgerichtet sein, die Kinder als Pflegekinder zu betrachten, sondern entsprechend einem natürlichem, verwandtschaftlichem Verhältnis die Mutter in der Erziehung und Betreuung der Kinder zu entlasten und zu unterstützen, und entsprechende Ausweichmöglichkeiten für die Kinder bieten zu können, wenn diese oder die Mutter es wünschen oder brauchen. Dies können z.B. gemeinsame Freizeitaktivitäten, oder die Entlastung im Alltag sein. Genauso sollte die Aufnahme der Kinder in Krisenphasen der Mutter

möglich sein, oder mal an den Wochenenden, um der Mutter Erholung und Entlastung zu gewährleisten. (vgl. Szylowickie, 2001)

Kontaktadresse: Frau Beckmann, PFIFF e. V., Holsteinischer Kamp 80, D-22081 Hamburg, Tel.: 040/291284, Fax: 040/2997894, E-Mail: Pfiff.e.V@t-online.de

0.0.0 Gemeinsame Wohnformen für Mütter oder/und Väter und ihre Kinder

Gemeinsame Wohnformen für psychisch kranke oder behinderte Mütter/Väter und ihre Kinder wurden meistens mit der Zielsetzung entsprechend der folgenden drei Leitfragen gegründet:

2. *>>Welche Unterstützung benötigen Mutter und Kind, und welche können sie annehmen, insbesondere im Hinblick auf ihre Beziehung und zur Förderung der Entwicklung des Kindes?*
2. *Wie kann sicher gestellt werden, dass ein Säugling/Kind physisch und psychisch gut versorgt ist und, dass die Kinder nicht in das Krankheitsbild der Eltern eingewoben werden?*
2. *Kann eine weitere Patientengeneration vermieden werden?<< (Franken 2000, S.5)*

Die Angebote erstrecken sich je nach Einrichtung von der betreuten Wohngemeinschaft oder Wohnprojekt, über die ambulante Betreuung in der eigenen Wohnung, sowie der speziellen Betreuung der Kinder in eigenen Kinderprojekten und Spielgruppen.

Die psychisch kranken oder psychisch behinderten Mütter /Väter und Kinder werden betreut auf der Grundlage des § 39 BSHG **Eingliederungshilfe für Behinderte** in Verbindung mit § 3BSHG **Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles**, § 72 BSHG **Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten**, oder nach § 19 SGB VIII **gemeinsame Wohnformen für Mutter und Kind**, sowie durch die **Hilfen zur Erziehung** (§§27 ff SGB VIII) und § 35a SGB VIII **Wiedereingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder**.

*>>Die Betreuung unterstützt im Rahmen der **Hilfen zur Erziehung** (§§27ff SGB VIII bzw. KJHG) die Eltern in der Erziehung und Entwicklungsförderung ihrer Kinder, deren Aufwachsen unter dem Eindruck des Krankheitsverlaufes ihrer Eltern erfolgt. ...Die Eltern bekommen auf der einen Seite somit Betreuung im Sinne von „Nachnahrung“ und werden in dem für sie schmerzhaften Prozess des Loslassens ihrer Kinder gestärkt. Die Kinder werden in ihrer Verantwortung für ihre Eltern entlastet und erhalten einen Freiraum, in dem sie viele Erfahrungen nachholen können und Neues ausprobieren lernen<< (Franken 2000, S. 13)*

Entsprechend der Fragen danach welche Hilfen zur Erziehung geeignet sind , wird nach dem jeweiligen Betreuungsbedarf der Kinder und dem Unterstützungsbedarf der Eltern versucht die Eltern-Kind Beziehung mit dem noch größtmöglichen Einbezug der Selbstbestimmung zu unterstützen. Die Hilfen für die Mütter/Väter umfassen dabei die Entlastung in der Betreuung der Kinder, Freizeitgestaltung, Beratungsangebote im Hinblick auf Erziehungs- und Lebensfragen und Hilfestellung für die alltagspraktischen Tätigkeiten. (vgl. Gattas 2001)

Die Anforderungen an die sozialpädagogischen Fachkräfte sind in diesem Betreuungssetting sehr hoch, da z.B. auch die Begleitung in Krisenzeiten durch die Rufbereitschaft des Betreuers

geleistet werden muss. Es werden daher regelmäßig Supervision und Fortbildung, sowie Fach und Fallberatung bei einer Psychiaterin wahrgenommen.

Kontaktadressen für gemeinsame Wohnformen:

- ? Margaretenhort, Frau Schneider, Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamtverbandes Hamburg-Harburg, Schlossmühlendamm 1, D-21073 Hamburg, Tel.:040 / 79 01 89-0, Fax: 040/790 189-99, e-mail:info@margaretenhort.de
- ? PROWO e.V., Projekt Wohnen, Kottbusser Damm 79a, D-10967 Berlin, Tel.: 030/6959770.
- ? SKF München, Haus Monika, Scalpinenstr. 22, D-81241 München, Tel.: 089/82939620-23.
- ? Wohnheime Frühlingstraße, Frühlingstraße 17-18, D-90765 Fürth, Tel.: 0911/9799660, Fax: 0911/97996640.
- ? St. Josef Haus/ SKF e.V., Am Bikenfeld 14, D-46485 Wesel, Tel.: 0281/95238-0, Fax: 0281/95238-11.
- ? Köln-Ring GmbH WohnForum/Frau und Kind Haus, Frau Dembowski, Bergisch-Gladbacherstr. 812, D-51069 Köln, Tel.: 0221/968471-40.
- ? Marie-Christian Heime e.V. /Familienhaus, Rönner Weg 75, 24146 Kiel, Tel.: 0431/ 78010.

0.0 Gemeinsame ambulante, tagesklinische und stationäre Betreuungsangebote für psychisch kranke Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern

Die gemeinsame Versorgung von psychisch kranken Müttern und ihren Kindern in akuten Krankheitsphasen ist bisher nur in wenigen psychiatrischen Einrichtungen möglich. Bisher wird die gemeinsame Behandlung nur in wenigen Kliniken fallweise durchgeführt, z.B. in der Lübecker Hochschulklinik, in den Rheinischen Kliniken in Bonn, der psychiatrischen Klinik der freien Universität Berlin, der psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen, im psychiatrischen Krankenhaus Heppenheim, sowie in der psychiatrischen Klinik des Krankenhauses Weilmünster. Eine größere Bettenzahl steht dem Westfälischen Zentrum für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie in Dortmund-Aplerbeck, sowie der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Lengerich zur Verfügung, die auch ambulante Behandlungen anbieten.

Eine Spezialambulanz hält auch das Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg vor.

Hinsichtlich der Häufigkeit postpartaler psychischer Erkrankungen ist davon auszugehen, dass der „Baby-Blues“ (negative Verstimmung im Wochenbett) bei ca. 50-85% aller Mütter auftritt. Leichte bis mittelschwere postnatale Depressionen werden in bei 10-20% der Mütter gefunden, schwerwiegende Wochenbettdepressionen oder Wochenbettpsychosen belaufen sich auf 0,1-0,2%. Hinsichtlich des Bedarfes an entsprechenden Plätzen für die gemeinsame stationäre Aufnahme von psychisch kranken Müttern mit Säuglingen ergaben Studien eine Notwendigkeit von mindestens 9,6 Betten pro Millionen Einwohner. (vgl. Turmes 1998, S. 5)

Unter familientherapeutischen und präventivmedizinischen Gesichtspunkten ist die gemeinsame Aufnahme für die Behandlung der Mutter, in der frühen Mutter-Kind-Beziehung besonders bedeutungsvoll, da die psychisch kranke Mutter nicht nur direkt nach der Geburt (postnatal), sondern auch längerandauernd die familiäre Situation nachhaltig beeinflusst.

Dabei geht es nicht nur um die Beachtung und Bearbeitung der auftretenden Beziehungsschwierigkeiten, sondern auch um die Berücksichtigung der Gefahr des Suizides der Mutter, der Kindestötung bzw. erheblicher negativer Einwirkungen auf das Verhalten und die affektiv-kognitive Entwicklung des Säuglings. (vgl. Hartmann 1997a, S.56)

Problematisch ist besonders die Gefahr der Vernachlässigung des Kindes durch die psychisch gestörte Mutter, z.B. durch die krankheitsbedingte Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration, Affektlabilität, oder fehlender Krankheitseinsicht. In der Praxis der gemeinsamen Behandlung steht daher das schrittweise Einüben der Säuglingspflege und damit verbunden eine zu steuernde Belastung der Mutter im Vordergrund.

Neben der schrittweisen Übernahme der Versorgung ist die emotionale Entlastung der Mutter aus ärztlicher Sicht ein wichtiger Grund für die gemeinsame Aufnahme: So kann das Dilemma umgangen werden, entweder die Patientin ihrem Wunsch entsprechend zu früh entlassen zu müssen oder sie gegen ihren Willen lange von ihrem Kind trennen zu müssen.

Die wichtigsten Gründe liegen jedoch, auch aus ärztlicher Sicht, in der Entwicklungsförderung der Mutter-Kind-Beziehung. Auf der Station ist die Mutter teilweise von der Verantwortung und Versorgung des Kindes entlastet, und kann sich ihm doch zuwenden. Bereits durch die gemeinsame Aufnahme kann das Selbstwertgefühl der Mutter gestärkt werden, da sie trotz psychischer Erkrankung als Mutter wahrgenommen wird, und nicht von ihrer Mutterrolle entmündigt wird. Unter der Bedingung der gemeinsamen Aufnahme kann aber auch geprüft werden, ob die Beziehung erhaltensfähig ist oder ob Alternativen für den Erhalt der Beziehung entwickelt werden müssen wie z. B. durch die Fremdplatzierung des Kindes in einer Pflegefamilie oder im Heim. (vgl. Hartmann 2001)

Wichtig für das klinische Mutter-Kind-Setting ist, dass die Bedürfnisse der Kinder entsprechend berücksichtigt werden, und nicht für die Behandlung der Mutter instrumentalisiert werden. Die Förderung der Kinder scheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch zweitrangig zu sein, was durch die Tatsache unterlegt wird, dass die Krankenkassen bisher nicht die Aufnahme des Kindes in der Klinik finanziell unterstützt, stattdessen aber mit der Finanzierung einer Haushaltshilfe einverstanden ist. Diesbezüglich sollte entsprechend eine Begutachtung der Kinder und eine entsprechend kindgerichtete Förderung im Setting enthalten sein, um dem Recht des Kindes auf eine gesunde Entwicklung entsprechen zu können.

Die kindbezogene Perspektive bedarf einer entsprechenden Unterstützung durch die Jugendhilfe, und der psychosozialen Anbieter, in Kooperation mit der Klinik und dem behandelnden Arzt, um z.B. die Erziehungskompetenz der erkrankten Eltern unterstützen zu können und Angebote für die Kinder zu ermöglichen, wie z.B. eine entsprechende Kinderbetreuung.

Die Perspektive der Kinder kann auch z.B. im tagesklinischen und ambulanten Bereich entsprechend ihrer Wichtigkeit in der Lebenswelt der Patienten berücksichtigt und hervorgehoben werden, indem Erziehungsfragen und Erziehungskompetenzen offen diskutiert werden, und die Bedürfnisse und Belastungen der Kinder besondere Berücksichtigung finden können.

44 PRAXISBEISPIEL „FLIPS“ IN WITTEN: EIN AUFKLÄRUNGSPROGRAMM FÜR KINDER PSYCHOTISCHER ELTERN

Auf der Suche nach beispielhaften Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern, stieß ich in meinem Umkreis auf die Initiative FLIPS in Witten. Die Initiative bestand zum Zeitpunkt meines Einstiegs seit zweieinhalb Jahren (seit Anfang 1999).

Schon im ersten Gespräch mit Frau Dr. Wietfeld, der Initiatorin des Projektes und niedergelassenen Nervenärztin, Erwachsenenpsychiaterin und Psychotherapeutin aus Witten, wurde mein Vorhaben begrüßt, über das Projekt in meiner Diplomarbeit zu schreiben, und ich bekam sofort das o.k. für die volle Unterstützung meiner Arbeit.

Frau Dr. Wietfeld stellte für mich direkt telefonisch den Kontakt zu Frau Haas, der Musiktherapeutin des Projektes her, mit der ich sofort einen Termin für ein Treffen vereinbaren konnte, und lud mich auch gleich zum nächsten Treffen der Projektgruppe ein, in der ich die meisten anderen Mitglieder der Gruppe kennenlernen sollte: Frau Dr. Frinken (Kinder- und Jugendpsychiaterin des Gesundheitsamtes Witten), Frau Herberg (Spieltherapeutin) und Herrn Keil (Vorsitzender des Vereins Angehöriger psychisch Kranker, ProPat).

Neu hinzu gekommen war zu diesem Zeitpunkt Herr Staniczewski (Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut). Herrn Beike (psychologischer Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene) lernte ich erst später kennen.

Alle Mitglieder der Gruppe engagierten sich hauptsächlich ehrenamtlich für die Initiative FLIPS, die Therapeuten bekamen lediglich die Therapiestunden mit den Kindern bzw. Eltern honoriert.

Von meiner Seite aus bot ich an, meine Diplomarbeit als Informationsschrift über und für das Projekt FLIPS zur Verfügung zu stellen, und zu einem späteren Zeitpunkt auch, nach meinen Möglichkeiten, mitzuarbeiten.

Nacheinander interviewte ich die Mitwirkenden des Projektes, und bekam so einen realistischen Eindruck über die Entstehung und die Entwicklung der Arbeit mit und für die Kinder, und ihre Familien mit psychisch kranken Eltern. Ich konnte außerdem direkt bei der Gruppenarbeit der Musiktherapeutin mit den Kindern hospitieren, und an Elterngesprächen teilnehmen, ich bekam Einblick in bestehende Gutachten, Hilfepläne und Fragebögen, welche die Eltern zu Beginn des neuen Kurses beantworteten. Die beiden Therapeutinnen nahmen mich sehr partnerschaftlich in Ihre Arbeit auf, und reflektierte die Arbeit mit den Kindern sehr intensiv mit mir. Ich konnte an verschiedenen Treffen und Veranstaltungen teilnehmen, wie Projektbesprechung; Vorstellung des Projektes in den neuen Räume des Angehörigen Vereins „ProPat“, für die Mitarbeiter des

Jugendamt Witten; Treffen mit Frau Staets in den Räumen des Projektes KIPKEL in Haan; Projekttag „Tag der seelischen Gesundheit“ in Witten.

Es zeichneten sich im Zeitraum meiner Erhebungen deutliche Umbrüche und Veränderungen in der Entwicklung von FLIPS ab, was sich besonders durch die zunehmende Akzeptanz des Projektes durch das örtliche Jugendamt, und den wachsenden Bekanntheitsgrad der Initiative bemerkbar machte. Auch der Umzug in die Räume von ProPat stellten einen deutlichen Fortschritt dar, weil die Arbeit nun wesentlich freier und unabhängiger gestaltet werden kann.

0.0 Von der Idee bis zum konkreten Angebot: Gründung und erste allgemeine Zielsetzung des Projektes

Seit Anfang 1999 gibt es in Witten die Initiative „FLIPS, ein Aufklärungsprogramm für Kinder psychotischer Eltern“, das zunächst mit der Idee startete, den Kindern psychotischer Eltern den Rahmen für die Auseinandersetzung mit Fragen, Sorgen und Ängsten im Bezug auf die psychische Erkrankung ihrer Eltern schaffen zu können.

Die Idee für das Angebot FLIPS wurde geboren, als Frau Dr. Wietfeld eines Tages in ihrer Sprechstunde von dem Ehemann einer psychotischen Patientin gefragt wurde:

>>Sagen Sie, Frau Doktor, ich kann mir bei Ihnen Rat und Hilfe suchen, um mit der Erkrankung meiner Frau umgehen zu lernen. Aber was sage ich meinen Kindern<< (Wietfeld 1999, S.2)

Diese Bemerkung machte sie stutzig, und sie gestand sich ein, dass sie sich bislang keine Gedanken darüber gemacht hatte, dass Kinder auch Angehörige sind, und dass diese ebenfalls, wie die erwachsenen Angehörigen psychisch Erkrankter, Unterstützung nötig haben, um die belastende Lebenssituation durch die Erkrankung ihrer Eltern bewältigen zu können.

Frau Dr. Wietfeld war bereits sehr aktiv für die soziale Unterstützung ihrer Patienten und auch der erwachsenen Angehörigen ihrer Patienten tätig, wie z.B. durch die Organisation von Sportangeboten, Wohnmöglichkeiten, und Angehörigenverein. Sie wusste jedoch als Ärztin und Psychotherapeutin für Erwachsene, dass die Arbeit mit Kindern spezifische Anforderungen stellt, die sie selber mit ihrem beruflichen Aufgabenbereich und spezifisch erwachsenenorientierten Kompetenzen nicht abdecken konnte. *>>Nein, nein! Das hat überhaupt keinen Sinn, das kann ich nicht! Also der Umgang mit Kindern ist so was spezifisches, also da fühl ich mich überhaupt nicht kompetent...es gibt Leute, die können das zigfach besser als ich, das werd ich nicht tun, das sprengt meine Möglichkeiten... dafür machen wir ja die Gruppe, das gehört in die Gruppe, oder dann in die Einzelbegleitung – falls erforderlich- aber nicht in die Praxis. Letztendlich, wissen sie, es hat die Praxis ja so 'nen Touch, es ist krank ... hier kommen ja Kranke hin, und wir wollen ja die Kinder nicht krank machen!<< (Interview 3)*

Sie hatte in einzelnen Fällen darüber nachgedacht, ältere Kinder und Jugendliche in ihre Praxis zu einem Familiengespräch einzuladen, was sie jedoch wieder verwarf, da sie die Befürchtung hatte, dass die Kinder den Besuch in der Praxis mit dem beängstigenden Gefühl verbinden könnten, dass sie womöglich selber psychisch erkrankt seien. Kinder wären außerdem mit der direkten Konfrontation der erwachsenen, ärztlichen Sicht überfordert, benötigen vielmehr kindgerechtere Methoden, um sie an die Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung eines Elternteils heranführen zu können. Frau Dr. Wietfeld machte sich deshalb in ihrem Umkreis auf die Suche nach Möglichkeiten für die Unterstützung der Kinder ihrer Patienten und holte sich selbst zunächst Rat und Unterstützung bei Frau Dr. Frinken, einer befreundeten Kinder- und Jugendpsychiaterin des Gesundheitsamtes in Witten. Zunächst stellten beide fest, dass in ihrem Umfeld wohl noch niemand über den Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Kinder psychisch kranker Eltern nachgedacht hatte, und dass es deshalb wohl auch noch keine Angebote in dieser Richtung gab. Der Beschluss ein solches Unterstützungsangebot zu entwickeln stand nun fest.

Als weitere Fachleute wurden dann der Psychologe und Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Herr Beike, und die Musikpädagogin und -therapeutin Frau Haas für die Umsetzung der Arbeit mit den Kindern gewonnen. Später kam noch Frau Herberg als Spieltherapeutin zur Gruppe, die aber leider wegen privater Umstände nicht mehr im Projekt mitarbeiten kann.

In der folgenden Zeit wurde eine Unmenge an Öffentlichkeitsarbeit und Spendenaufrufen getätigt. Frau Dr. Wietfeld und Frau Dr. Frinken stellten das Projekt auf verschiedenen Informationsveranstaltungen der Fachöffentlichkeit (Ärzten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Lehrern, Erziehern, Vertreter der Jugendhilfe usw.) und möglichen Sponsoren aus der Pharmaindustrie, gemeinnützigen Stiftungen und Rotari-, sowie Lions-Club im Kreis Witten vor.

Für die Anschubfinanzierung des Projektes konnten erste Sponsoren gewonnen werden, trotzdem reichten die finanziellen Mittel nicht aus um eigene Räume, Ausstattung und Personalkosten abzudecken. So wurden die ersten konkreten Hilfen über die Volkshochschule als Träger angeboten, wodurch der räumliche, sowie der logistische Rahmen (Werbung, Zahlungsabwicklung usw.) erst einmal geregelt war. Die Kosten für die ersten Kurse wurden also als Kursgebühr über die VHS mit den Eltern abgerechnet, wobei je nach Einzelfall die Jugendhilfe auf der Grundlage des **§ 35 SGB VIII (KJHG) intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung** und **§ 35a KJHG Wiedereingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche**, die Kosten übernahm.

Nach zahlreichen Mitteilungen über Rundfunk, örtliche Presse (s. Anhang), sowie Plakate und Flyer, wurde im Frühjahr 2000 das Gruppenangebot für Kinder von Eltern mit psychischen

Erkrankungen, mit zehn Kurseinheiten das erste Mal über die Volkshochschule Witten angeboten.

Die erste Konzeption für die praktische Arbeit enthielt neben der direkten Arbeit mit den Kindern auch eine einführende Elternrunde, sowie eine Elternrunde zum Abschluss des Kurses. Zusätzlich gab es das Angebot an die Eltern, vor jeder Gruppenstunde der Kinder, mit den Therapeuten Kontakt aufzunehmen, um eventuelle Veränderungen in der Familie, an dem Kind oder im Krankheitsverlauf der Eltern zu besprechen, damit diese Themen im Kurs berücksichtigt werden könnten.

Die direkte Arbeit mit den Kindern basierte zunächst auf den therapeutischen Erfahrungen und Konzepten von Frau Haas und Herrn Beike, und ergab so eine Mischung aus den kreativen Elementen der Musiktherapie, sowie der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Später übernahm Frau Herberg die Gruppenarbeit von Herrn Beike und brachte die Elemente der Spieltherapie in das Kurskonzept mit ein. Den Kindern sollte über den Austausch in der Gruppe und die therapeutischen Spielangebote die Möglichkeit eröffnet werden, sich mit den eigenen belastenden Gefühlen im Bezug auf die Krankheit der Eltern und die veränderte Lebenssituation auseinander zu setzen, und erfolgreiche Bewältigungsstrategien entwickeln zu können.

Aufgrund der therapeutischen Kompetenzen der Gruppenleiter konnte auch diagnostisch abgeklärt werden, welche Qualität der Unterstützung die einzelnen Kinder benötigen. So wurde bei Bedarf auch in psychotherapeutischer Einzeltherapie mit dem jeweiligen Kind gearbeitet. Durch die kassenärztliche Zulassung von Herrn Beike als Psychotherapeut wurde es möglich, die Einzeltherapie über die Krankenkassen abzurechnen.

Während der Beschäftigung mit dem Thema „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ lernte Frau Dr. Wietfeld dann auch andere, ähnliche Projekte in ganz Deutschland kennen, und nahm besonders mit Frau Wagenblass, vom Institut für Soziale Arbeit, und Frau Staets vom Projekt KIPKEL in Haan Kontakt auf, um sich an einem überregionalem Erfahrungsaustausch über die Arbeit in den verschiedenen Projekten zu beteiligen.

0.0.0 Die Benennung des „blinden Flecks“

Die Kinder von psychisch kranken Eltern als „Der blinde Fleck“ zu benennen, heißt:

- ? Die eigene Wahrnehmung für die Belastungen und die Bedürfnisse der Kinder zu sensibilisieren
- ? In der Öffentlichkeit die Sicht der Kinder zu vertreten
- ? Sich gedanklich mit Hilfen zu beschäftigen und diese vorzubereiten
- ? Soziale Verantwortung zu erkennen und eventuell auch zu übernehmen
- ? Die eigenen fachlichen Kompetenz- und Kapazitätsgrenzen zu erkennen und zu hinterfragen

? Einen offenen, suchenden Blick auf andere Berufs- oder Aufgabenfelder zu werfen, und sich für fachübergreifende Arbeit zu interessieren.

Was ist mit den Kindern der psychiatrischen Patienten? Wer erklärt ihnen, was mit ihren Eltern los ist?

Warum werden die Kinder der psychisch kranken Patienten bisher kaum als Angehörige mit ihren Belastungen wahrgenommen?

Frau Dr. Wietfeld stellte sich diese Fragen, dachte intensiv darüber nach, und musste zugeben, dass auch sie lange außer Acht gelassen hatte, dass psychisch Kranke auch eine Elternrolle haben können. Ihr wurde bewusst, wie einflussreich bzw. belastend die Erfahrungen durch die psychische Erkrankung eines Elternteils für die Kinder sein können. Sie reagierte spontan auf die Lücke in ihrer Wahrnehmung von Problemen und öffnete sich gedanklich für die soziale Verantwortung, indem sie umgehend nach praktischen Hilfen in ihrem Umfeld suchte und als sie diese nicht fand, sich bemühte solche Hilfen zu initiieren.

Dieser gedankliche Wandel in der ärztlichen Wahrnehmung der Patienten, über ihre übliche patientenorientierte Perspektive hinaus, die vorwiegend auf die Krankheit bzw. die Genesung des Patienten ausgerichtet ist, und in der die Familie und die Kinder vorwiegend als Ressourcen des Patienten betrachtet werden (vgl. Schone /Wagenblass, 2002, S. 96/97), ist meiner Ansicht nach ein Schlüsselphänomen, dass für die Möglichkeit der Entstehung von Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern ausschlaggebend ist.

Dieser Gedankenwandel ist ein Ankerpunkt für die Entstehung der notwendigen Verantwortungsübernahme und fachübergreifenden Kooperation zwischen der psychiatrisch/psychotherapeutischer Arbeit mit den psychisch kranken Eltern und den Möglichkeiten für präventive Hilfen für deren Kinder durch die Jugendhilfe.

Frau Dr. Wietfeld stellt mit der Veränderung ihrer Perspektive und besonders mit ihrem starken Engagement bisher eher eine Ausnahme in der Ärzteschaft da, was sich darin zeigt, dass bisher keiner der anderen niedergelassenen Nervenärzte, Kinderärzte oder Hausärzte in Witten, Interesse an der Initiative FLIPS gezeigt hat, trotzdem sie alle über die Initiative informiert worden sind.

>> ... ich denke das ist das Problem bei den Kollegen. Es sind ja meine Kinder – ich meine nicht die Kinder, sondern die Projekte- dadurch sind die mir natürlich jetzt gegenwärtig, und dadurch denke ich natürlich dran. Und es ist bei den Kollegen fremd, also es ist nicht in deren Repertoire. - Und wenn ich , ich bin inzwischen so programmiert, wenn ich Eltern habe, seh´ ich ja auch, wenn ein Elternteil krank ist, frag ich ja inzwischen grundsätzlich – hab´ ich früher ja auch nicht gemacht -: Wie ist das mit den Kindern Zuhause? Oder: Wie erleben die das? Und: Kommen sie zurecht? Sprechen sie Zuhause über? Das gehört alles dazu.<< (Interview 3, 392-400)

Diese Ärztin schob die Verantwortung für das Wohl der Kinder nicht einfach an Eltern und Jugendhilfe ab, sondern übernahm eigene soziale Verantwortung. Sie erkannte hier die Leistungsgrenzen ihrer Patienten und des öffentlichen Hilfesystems, und ging nicht von einer

Erwartungshaltung gegenüber der Jugendhilfe aus, sondern setzte ihre Möglichkeiten dazu ein, alternative Wege für die Realisierung der Hilfen für die Kinder zu finden.

0.0.0.0 Die Wahrnehmung der Jugendhilfe

Die Reaktion des örtlichen Jugendamtes, auf die Initiative FLIPS in Witten, war zunächst zurückhaltend, was als Hinweis darauf verstanden werden könnte, dass es gewisse Widerstände gegen die Verantwortungsübernahme im bezug auf präventive Angebote gab.

Angesichts der leeren Haushaltskassen, und der dadurch eingeschränkten Kapazitäten verwundert diese Haltung jedoch nicht, es bestand wohl eher die Angst, dass eine generelle Kostenübernahme von FLIPS erwartet werden würde, wenn die Angebote als Aufgabenbereich der Jugendhilfe uneingeschränkt akzeptiert würden.

>>Das Jugendamt – es ist getrennt oder zwiegespalten- das Jugendamt ist einerseits dankbar, dass es uns (FLIPS) gibt... ja, das Jugendamt ist immer schon an mich (Gesundheitsamt) herantreten, wenn sie das Gefühl gehabt haben, hier ist Hilfe nötig. Wir haben versucht, mit Erziehungsberatungsstellen, mit Ressourcen in der Familie – mit Großeltern, vielleicht noch mit Einzeltherapien den Kindern zu helfen, wenn wirklich da offensichtlich war, dass Hilfe nötig gewesen ist. Das Jugendamt ist schon dankbar, dass es das Projekt gibt, fürchtet aber die Kosten, wenn sie die Dankbarkeit offen darstellt. Und da überall gespart werden muss, dass ist allgemein bekannt, sind sie etwas zurückhaltend- aber insgesamt begrüßen sie das Projekt.<< (Interview 2)

Die Stellungnahme des Jugendamtes in Witten zeigt, dass die örtliche Jugendhilfe durchaus in Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern einen Personenkreis mit besonderem Hilfebedarf sieht, und das weitere Möglichkeiten für die Ergänzung bestehender Unterstützungsangebote willkommen sind. Im Bezug auf präventive Unterstützung scheint das Jugendamtes jedoch noch wenig Angebotsmöglichkeiten zu haben, und ist überwiegend mit den schweren Fällen ausgelastet, in denen schon stark stützende Maßnahmen eingesetzt werden müssen.

Obwohl man im Jugendamt von einer erheblichen Dunkelziffer von Kindern mit psychisch kranken Eltern ausgeht, die auch entsprechenden Hilfebedarf haben, wird man zur Zeit nur in Einzelfällen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung tätig, weil nur die wenigen, bereits brisanten Fälle bekannt werden, und nur die wenigsten Eltern die Jugendhilfe von selbst in Anspruch nehmen wollen.

Auch in der Zusammenarbeit des JA mit der regional zuständigen Erwachsenenpsychiatrie scheint es die Regel zu sein, den Kontakt auf die schwierigen Fälle zu beschränken, in denen die Familiensituation so brisant ist, dass der Verbleib der Kinder bei den Eltern in Frage steht.

>> ... sollten mal Elternteile in der Klinik sein, - Wittener Bürger werden versorgt durch Hattingen-Niederwenigern- da sind die Ärzte eigentlich etwas offener, also, wenn die hören, da sind noch Kinder, die sind betreuungswürdig, in irgendeiner Form, dann melden die sich schon mal, und bitten darum, ob wir mit tätig werden. Sag ich mal, der Patient müsste entlassen werden, dass dann vorab schon mal

Klärung erfolgt, -natürlich dort wieder mit der Schweigepflichtsentbindung, - dass wir da auch schon mal nach Niederwenigern kommen, und dann gemeinsam versuchen ein Programm zu organisieren, wie man die Eltern und die Kinder gemeinsam, in irgend einer Form dann doch noch zusammen leben lässt, um dann auch zu gucken, wie effektiv das am Ende sein könnte. (Interview 4, 92-112)

Der präventive Blick des Jugendamtes scheint als ein Bereich des Unmöglichen ausgeblendet zu sein, ebenso wie der Anspruch präventive Unterstützungsangebote für die Kinder machen zu können, was sich aus der guten Bewertung der eigentlich zahlenmäßig verhältnismäßig geringen Kooperationsfälle erkennen lässt.

>>Der Austausch, die Interaktion- zwischen Klinik und Jugendhilfe ist im Jahr vielleicht auf drei bis vier Fälle begrenzt.<< (Interview 4, 227-230)

Bisher sieht das JA meistens erst dann die Möglichkeit tätig zu werden, wenn die Kinder schon selber auffällig werden, was ein Mitarbeiter des JA Witten an einer Familie verdeutlicht, für deren Kinder er selber nach Hilfen bei FLIPS nachfragte.

>>Die Mutter hatte eine psychogene Gehstörung, durch traumatische Entwicklungen in der Ehe, und vermutlich, natürlich auch im eigenen Elternhaus, was nicht aufgearbeitet worden war. –Alkoholkranker Ehemann, Trennung -mehrfache Trennung- und die Kinder wurden so auffällig, dass die Söhne – einer davon auf jeden Fall- zwei Selbstmordversuche unternommen hat. Und der andere Sohn reagierte schon, dass er seine Mutter isolieren wollte: untersagte der Mutter Außenkontakte, verbot Telefonate, keine Männerbesuche. Da musste dann auch schon die Tagesklinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Datteln hinzugezogen werden, die dann festgestellt haben, in der Kinderklinik - dass dann die Aufnahme von Mutter und Kind nötig war.

Ja, und das Programm FLIPS konnte dann bei der Mutter, über die Mutter ein therapeutisches Programm entwickeln. Zwei dieser Söhne gehen zu FLIPS, mit `nem riesen Erfolg. Das war einer jener Fälle wo ... von erzählte, wo sie unglaublich erfolgreich war - das war so eine Sache, da wäre ohne FLIPS nie was passiert.<< (Interview 4, 278-300)

Durch die besondere Brisanz dieses Falles und die erfolgreiche Intervention einer FLIPS-Therapeutin führte dieser Fall zu der berühmten *>>Initialzündung*, die dann auch den Anlass dazu gab über die Amtsleitung (des Jugendamtes) den Weg zu finden, zu sagen, wir können uns vorstellen, im Rahmen der Jugendhilfe bei FLIPS ein Programm jetzt zu unterstützen. *<< (Interview 4, 266-270)*

Da in vielen Fällen in denen das JA Hilfe- bzw. Unterstützung gibt, die Familiensituation schon eskaliert ist, und sich Probleme stark verfestigt haben, wird das Angebot von FLIPS vorwiegend als Rückgriffsmöglichkeit auf psychiatrisch/therapeutische Kompetenzen, im Rahmen des § 35a SGB VIII Wiedereingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder bzw. von seelischer Behinderung bedrohte Kinder, genutzt um besonders schwierige Fälle wieder in den Griff bekommen zu können.

Erst nach und nach erkennt das Jugendamt den Wert der präventiven Arbeit mit den Kindern, und greift nun häufiger auf diese Unterstützungsmöglichkeit zurück. Die Möglichkeit einer Förderung der präventiven Arbeit durch das Jugendamt stößt mittlerweile auf wachsendes

Interesse, die Akzeptanz ist aber auch stark von dem Nachweis der Qualität und der Effektivität der Angebote abhängig.

Nachdem eine gewisse Akzeptanz von Seiten des Jugendamtes für die Initiative FLIPS eingetreten ist, wird auch für die Mitarbeiter des Jugendamtes selber erkennbar, dass der Umgang mit dem Thema „psychische Erkrankung der Eltern“ teilweise so spezifische Anforderungen stellt, dass ihre eigenen Kompetenzen nicht immer ausreichen, und der Rückgriff auf die spezifischen Kompetenzen der Mitarbeiter von FLIPS als Erleichterung und Entlastung gesehen wird:

>>..also das Lebensumfeld der Eltern in der Krankheit, und mit der Krankheit, und für die Kinder einfach dann `ne Gesprächsmöglichkeit zu suchen - einfach mit Fachleuten auch, und auch durchaus mit 12 zu sehen: meine Mutter ist krank! Wie ist die krank, und was hat die für `ne Krankheit? Und einfach auch klar zu machen, warum ist die jetzt gerade so, die Mutter! Denn das kann man ja nur ganz, ganz schwierig rüber bringen. Und das hat sich da wirklich ganz effektiv entwickelt.<< (Interview 4, 301-313)

Aus der Stellungnahme des Mitarbeiters des Jugendamtes Witten geht außerdem hervor, dass die Jugendhilfe auch nur dann neue Hilfen entwickeln und unterstützen kann, wenn ein entsprechender Bedarf bekannt wird. Für das Jugendamt sind deshalb die Fallzahlen ausschlaggebend, um entsprechend auch präventive Gruppenangebote unterstützen zu können.

>>Wenn wir von Ausweitung (Förderung von FLIPS) sprechen, können wir hier nur von Fallzahlen sprechen. Wir sind natürlich jetzt irgendwie etwas wacher geworden, indem man beobachtet, oder man mehr differenziert: liegt eine psychische Erkrankung vor, bei den Eltern, oder müssen wir wirklich differenzieren, ist es die Drogenabhängigkeit der Eltern, ist es der Alkoholismus, ... es ist bei FLIPS nun mal eindeutig die psychische Erkrankung ... es ist ja die Diagnose über den Psychiater: Ja da liegt `ne Erkrankung vor. Wir sind natürlich jetzt sehr daran interessiert, all die Fälle die uns bekannt werden, oder uns bekannt sind, aus der Vergangenheit, die halt Stück für Stück über die Elternarbeit,- eine Transparenz zu entwickeln, um auch möglichst alle Kinder, die wir vermuten, auf diesen Weg zu bringen.(Interview 4, 320-330, 334-340)

0.0.0.0 Ärztliche Schweigepflicht

Da es in Deutschland, im Bezug auf die präventive Perspektive für die Kinder psychisch kranker Patienten, keinerlei verpflichtende Auflagen für eine Verantwortungsübernahme bzw. Kooperationsverpflichtung zwischen Ärzten und Jugendhilfe gibt, sondern vielmehr dieses Thema dem persönlichen Wertmaßstab überlassen bleibt, ist das Engagement der Ärzte auf diesem Gebiet freiwillig und entsprechend von der persönlichen Einsatzbereitschaft abhängig.

Um mit anderen Berufsgruppen fallbezogen kooperieren zu können, muss sich der Arzt vom Patienten von der Schweigepflicht entbinden lassen, denn die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht ist mehrfach gesetzlich abgesichert:

>>I. durch § 35 SGB I

„Jeder hat einen Anspruch darauf, dass seine persönlichen und sachlichen Verhältnisse von Leistungsträgern als Sozialgeheimnis gewahrt und nicht offenbart werden.“

2. durch den Behandlungsvertrag

Zu den vom Arzt übernommenen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag gehört auch die Verschwiegenheit über alles, was er in Ausübung seines Berufes erkannt oder erfahren hat.

3. durch die ärztliche Berufsordnung

§ 2 Abs. 4 der Musterberufsordnung (DÄ 1985, S. 3371) verpflichtet den Arzt zur Verschwiegenheit über alle Erkenntnisse in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit. Verstöße hiergegen können in einem berufsgerichtlichen Verfahren geahndet werden.

4. durch § 203 StGB

Der Gesetzgeber hält das individuelle Interesse des einzelnen Menschen an der Geheimhaltung aller ihn betreffenden Gesundheitsdaten, ebenso wie das generelle Vertrauen aller in die Verschwiegenheit der Ärzte und bestimmter anderer Berufe für so wichtig, dass er Verstöße gegen die Einhaltung der Schweigepflicht unter Strafe gestellt hat.

5. durch die Datenschutzgesetze

z.B. § 39 BDSG, Art. 22 BayDSG.

Was beinhaltet die ärztliche Schweigepflicht?

Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen fremde Geheimnisse, namentlich zum persönlichen Lebensbereich gehörende oder Betriebs- bzw. Geschäftsgeheimnisse, die dem Arzt in seiner Eigenschaft als ARZT anvertraut oder bekannt geworden sind.

Die ärztliche Schweigepflicht beschränkt sich nicht nur auf medizinische Daten, vielmehr auch auf Erkenntnisse und Informationen, so z. B. Familien-, Partner-, oder Alkoholprobleme. Der Schweigepflicht unterliegen auch schriftliche Mitteilungen und sonstige Aufzeichnungen. Aus bestimmten Aufgabenstellungen können sich Einschränkungen der ärztlichen Schweigepflicht **kraft Gesetzes** ergeben.

Eine Offenbarungspflicht ergibt sich für den Arzt aufgrund

- der Einwilligung des Verfügungsberechtigten,
- gesetzlich vorgeschriebener Untersuchungen, die eine Duldungspflicht des Patienten oder Probanden beinhalten,
- gesetzlich festgelegter Melde- und Auskunftspflichten,
- seiner Garantenstellung gegenüber dem Patienten,
- seiner Gehilfenstellung gegenüber dem Chefarzt oder dem ärztlichen Leiter.

Eine Offenbarungsberechtigung kann sich für den Arzt ergeben aus

- der konkludenten Einwilligung des Verfügungsberechtigten,
- der mutmaßlichen Einwilligung eines bewusstlosen oder verstorbenen Patienten,
- dem rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB.

Ist der Arzt zur Offenbarung berechtigt oder verpflichtet, darf diese nur in dem Umfang und denjenigen Personen gegenüber erfolgen, wie es dem durch die Offenbarung angestrebten Ziel entspricht.

Die genannten Kriterien für eine Offenbarung gelten grundsätzlich gegenüber jedem Dritten, dem Dienstherrn des Arztes, dem Arbeitgeber des Patienten, den Familienmitgliedern des Arztes und des Patienten, Behörden, Leistungsträgern und auch nicht behandelnden Ärzten gegenüber.

Liegen keine Rechtfertigungsgründe für eine Offenbarung vor, so kann sich der Arzt vor auch vor Gericht auf sein Zeugnisverweigerungsrecht berufen.

Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss und darf erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chancen der Heilung vergrößert und damit - im ganzen gesehen - der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient.<< (Christmann & Tschentscher 2002)

Die ärztliche Schweigepflicht und die starke Zentrierung der ärztlichen Perspektive auf das Wohl des Patienten gehören zu den Gründen, warum die meisten Ärzte und Psychotherapeuten bisher die Belastungen der Kinder ihrer psychisch gestörten Patienten nicht aktiv wahrnehmen. So trägt der Arzt zur Tabuisierung der Themen Erziehungskompetenz und Eltern-Kind-Beziehung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bei, und verhindert indirekt (über die Tabuisierung) eine Auseinandersetzung der Eltern mit ihrer krankheitsbedingten Einschränkung bezüglich ihrer Elternrolle und die entsprechende Suche nach Unterstützung. Leicht könnte hier ein Anstoß zur Auseinandersetzung mit dem Wohl des Kindes gegeben werden, und auf entsprechend hilfreiche Kontakt- und Unterstützungsangebote hingewiesen werden, ohne dass der Arzt hier selbst „Erziehungsberatung“ leisten müsste.

Vielfach genügt es, die Wahrnehmung der Eltern für die Belastungen ihrer Kinder zu sensibilisieren, um damit eine vermehrte Bereitschaft zur Annahme von Hilfen zu erreichen.

Die Thematisierung der Beziehung zu den Kindern, und die Auseinandersetzung mit den realen Leistungsgrenzen des Patienten im Bezug auf seine Erziehungskompetenzen, innerhalb des therapeutischen Settings, könnten so auch eine größere Akzeptanz für präventive Unterstützungsangebote der Jugendhilfe bewirken, und würde so dazu beitragen der Eskalation von problematischen Familiensituationen vorbeugen zu können.

Wie die psychiatrischen Erfahrungen zeigen, ist gerade die Zeit nach akuten Krisensituationen, diejenige in der es größere Veränderungs- und Auseinandersetzungsbereitschaft bei den Erkrankten, wie auch bei den Angehörigen gibt, als zu anderen Zeiten, was auch zu einer vermehrten Akzeptanz von Hilfen führt.

Frau Dr. Wietfeld entschied für sich, dass sie als Erwachsenenpsychiaterin für Erziehungsfragen und die Arbeit mit den Kindern fachlich nicht zuständig ist, weil ihr, nach ihrer Meinung, die Kompetenzen dazu fehlen. Sie war dazu in der Lage selbstkritisch zu sagen, dass sie die Arbeit mit den Kindern nicht selbst übernehmen kann, weil sie sich für die Kinder keinen Nutzen davon versprach. In ihrer Rolle als Erwachsenenpsychiaterin begrenzt sie sich jedoch nicht auf ihre ärztliche Rollenzuschreibung, und damit auf die Verantwortung für die medizinische

Versorgung ihrer erwachsenen Patienten, sondern sie richtet ihre Perspektive darüber hinaus auch auf deren soziale Belange. Ihre Wahrnehmung und Initiative richtet sich auch auf die Lebensnähe der Hilfen, und sie erkannte so auch den Stellenwert von Erziehungsfragen und Kindern in der Lebenswelt ihrer Patienten. Sie schaute damit über ihren eigenen Verantwortungsbereich hinaus und übernahm die „Mit-Verantwortung“ für die Arbeit mit den Kindern, weil sie diese als Angehörige ihrer Patienten versteht, und somit eine Verknüpfung mit dem Wohl ihrer Patienten und ihrer Arbeit erkennen kann.

Sie gab entsprechend ihren Kompetenzgrenzen die direkte Arbeit mit den Kindern an andere Fachleute ab, und übernahm ihren Fähigkeiten entsprechende Aufgaben, wie die Vor-Gespräche mit den Eltern bzw. Patienten, Öffentlichkeitsarbeit, den Aufbau von Kooperationsbeziehungen, sowie die Beschaffung der finanziellen und räumlichen Grundlagen der Initiative.

Dieser überdurchschnittliche, persönliche Einsatz und die entsprechende Bereitschaft zur sozialen Verantwortungsübernahme dieser Ärztin, ist mit Sicherheit eine Ausnahmerecheinung, und ist nicht von vielen Menschen zu leisten. Anders ist es mit der Bereitschaft zur Veränderung, im Bezug auf die Sichtweise von Problemen, und der entsprechenden Kommunikation und Kooperation: Hier kann schon eine leichte Perspektiverweiterung des Arztes, für die Kinder seiner Patienten, entsprechend ihre Zugangsmöglichkeit zu Unterstützungsangeboten bedeuten.

Möglicherweise ist die Bereitschaft der Ärzte dazu, die Initiative durch Kooperation zu unterstützen und an eigene Patienten, bzw. deren Kinder zu empfehlen dadurch behindert, dass die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema der Hilfen für Kinder mit psychisch kranken Eltern noch nicht stattgefunden hat, und nicht als Verantwortungsbereich akzeptiert und in die Praxis integriert wird.

Hier liegt das Anliegen der Initiative darin, Aufklärungs- und Informationsarbeit in den entsprechenden Fachkreisen im regionalen Raum zu leisten.

0.0 Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen

Die Öffentlichkeitsarbeit ist ein wesentlicher Grundbaustein um die neu entstandene Initiative FLIPS bekannt machen zu können. Zum einen ist die Entstehung von Kooperationsbeziehungen zu den örtlichen bzw. regionalen Trägern, Institutionen und Mitarbeitern des entsprechenden psychiatrischen, psychosozialen und Jugendhilfesystems von der Art und Weise der Öffentlichkeitsarbeit geprägt, aber auch die Akzeptanz der betreffenden Zielgruppe ist im wesentlichen von der Akzeptanz der etablierten Einrichtungen und Mitarbeiter abhängig, zu denen schon eine gewisse Vertrauensbasis besteht. Zum anderen führt die Präsenz des Themas „Kinder psychisch kranker Eltern“ in der Öffentlichkeit zu einer vermehrten Auseinandersetzung mit den Problemen und Belastungen durch psychische Erkrankungen, und

wirkt somit auch der Tabuisierung dieses Themas entgegen. Die Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit kann eine verbesserte Akzeptanz von Unterstützungsangeboten bei den Betroffenen bewirken, sowie die vermehrte Bemühung der unterschiedlichen Hilfesysteme für die Schaffung von angemessenen Hilfsangeboten aktivieren.

Die Notwendigkeit von Unterstützungs- und Hilfsangeboten die der tatsächlichen Lebenssituation und dem tatsächlichen Hilfebedarf der Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern entsprechen schließt ein, dass das Angebotsspektrum von präventiver Unterstützung über Alltagshilfen bis hin zur Krisenintervention reicht. Die Vielseitigkeit der Angebotsstruktur erfordert ein differenziertes und umfassendes Fachwissen der professionellen Helfer, aber ebenso die enge Vernetzung und entsprechende Kooperationsfähigkeit der Helfersysteme, um diese für den Klienten/Patienten zugänglich zu machen. Die Kooperationsfähigkeit ist dabei abhängig von der Grenzdefinition der unterschiedlichen Angebote, dazu ist es nötig, dass der jeweilige Anbieter sein mögliches Hilfespektrum klar definiert, und den Übergang zu anderen Hilfsangeboten unterstützt und vorbereitet.

Die Angebote von FLIPS an die Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern sind zur Zeit im regionalen Kreis noch einmalig, und entsprechend ist es verwunderlich, warum das Angebot auf große allgemeine Zurückhaltung bei den unterschiedlichen psychiatrischen und psychosozialen Hilfsanbietern stößt. Die auftretenden Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Akzeptanz bei den gewünschten Kooperationspartnern bedürfen deshalb einer genauen Betrachtung.

0.0.0 Die Bekanntgabe des neuen Unterstützungsangebotes

Um die Unterstützung der Kinder möglichst schnell umsetzen zu können, und einer möglichst breiten Öffentlichkeit zugänglich zumachen, wurden zunächst die bestehenden Strukturen der örtlichen Volkshochschule genutzt. Um das neu entstehende Unterstützungsangebot bekannt zu machen stand somit das Programmheft, sowie Plakate und Handzettel der Volkshochschule zur Verfügung, zusätzlich wurden durch Frau Dr. Wietfeld Ankündigungen in der Tagespresse und im Regionalradio gemacht. Die Verteilung des Informationsmaterials wurde mit privatem Einsatz über verschiedene Arztpraxen (Kinderärzte, Nervenärzte), öffentliche Einrichtungen wie Kindergärten, Jugendamt, Gesundheitsamt, Klinik und natürlich über die Volkshochschule vorgenommen.

Es wurde parallel dazu eine Informationsveranstaltung für Ärzte, Therapeuten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Jugendamt, andere psychosoziale Hilfsanbieter organisiert (s. Zeitungsartikel Anhang), auf der die Problematik der Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern thematisiert, und die Ziele und Methoden der Initiative FLIPS vorgestellt wurden. Für die Finanzierung dieses Themenabends konnte Frau Dr. Wietfeld das pharmazeutische Unternehmen Janssen-Cilag aus Neuss als Sponsor gewinnen.

Da Frau Dr. Wietfeld als niedergelassene Erwachsenenpsychiaterin das Unterstützungsangebot initiiert hatte, kamen die ersten Kursteilnehmer aus den Reihen der Kinder ihrer eigenen Patienten. Aber auch durch Frau Dr. Frinken kamen über das Gesundheitsamt, sowie durch das Jugendamt Kinder aus dem weiteren Einzugsgebiet zu FLIPS.

Frau Dr. Wietfeld knüpfte außerdem überregionale Kontakte zu anderen Projekten, die Unterstützung für die Kinder psychisch kranker Eltern anboten, und tauschte sich mit diesen über die Möglichkeiten und bestehenden Schwierigkeiten aus.

Seit September 2002 ist die Initiative nun dem Angehörigenverein ProPat angegliedert, und kann für die Angebote nun auch dessen Vereinsstrukturen als Träger, sowie dessen Räume nutzen. Dies hat den Vorteil, dass Finanzierung und Organisation, sowie Zugangswege nicht mehr ausschließlich über Frau Dr. Wietfeld laufen, sondern über den Verein als Träger und Ansprechpartner.

Aktuell zeigt sich die Wirkung der kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit in dem wachsenden öffentlichen Interesse und in der zunehmenden Kooperationsbereitschaft der angesprochenen Fachkreise. So gab es z.B. in jüngster Zeit eine Anfrage des Gesundheitsamtes Unna für die Vorstellung der Arbeit von FLIPS vor der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PsAG) des Kreises Unna. Außerdem zeigt der Rotarier-Club aufgrund des Erfolges der kontinuierlichen Arbeit von FLIPS erneute Spenden-Bereitschaft, welche im Januar 2003 in einem Gesprächskreis konkretisiert werden soll.

0.0.0 Kooperationsbeziehungen

Die bestehenden Kooperationsbeziehungen der Initiative FLIPS werden im Bezug auf Kommunikationsprozesse, sowie Kommunikationsstrukturen und -wege auf folgenden Ebenen beschrieben:

- ? Kooperation mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens
- ? Kooperation mit der örtlichen Jugendhilfe

Als Kommunikationsprozesse sind die Entwicklungen und Verläufe des Austausches zu verstehen, die zwischen den Kooperationspartnern statt finden.

- Von wem geht das Interesse/die Initiative aus?
- Wie verhält sich der gewünschte Kooperationspartner?
- Wie intensiv ist der Austausch?
- Worauf ist das Interesse inhaltlich gerichtet?
- Welche Schwierigkeiten gibt es in der Kommunikation?

Kommunikationsstrukturen und -wege sind z.B. die Mittel und Methoden zur Kommunikationsgestaltung, wie z.B. Telefonate, Formblätter, Berichte, Gesprächsrunden, Einzelgespräche usw.

- Welche Kommunikationsformen werden genutzt?

- Wer spricht in welcher Funktion mit wem?
- Wer hat die entsprechenden Autoritäten um Kooperationsverträge vereinbaren zu können?
- Wo tauchen Widerstände auf?

0.0.0.0 Kooperation mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens

Wie schon im vorhergehenden Unterkapitel deutlich wurde ist die Tatsache, dass sich mit Frau Dr. Wietfeld eine Erwachsenenpsychiaterin um die Kinder der psychiatrischen Patienten bemüht, deshalb eine besonders ungewöhnliche Initiative, da sich bisher kein anderer der niedergelassenen Ärzte (Nervenärzte, Hausärzte oder Kinderärzte) in Witten für das Thema der Kinder psychisch kranker Eltern erkennbar interessiert oder engagiert hat. Die Bemühungen und die Sichtweise von Frau Dr. Wietfeld könnten deshalb Signalwirkung in der Ärzteschaft haben, und die Auseinandersetzung mit dem Thema in Ärztekreisen auslösen.

Die Kooperation von FLIPS mit Einrichtungen des Gesundheitswesens, ist bisher auf die direkte Zusammenarbeit von Frau Dr. Frinken als Kinder und Jugendpsychiaterin des Gesundheitsamtes in Witten, und Frau Dr. Wietfeld als niedergelassene Erwachsenenpsychiaterin beschränkt. Aufgrund ihrer beruflichen Stellung im Gesundheitsamt stellt Frau Dr. Frinken eine wichtige Verknüpfungsstelle zu den Kommunikationsstrukturen des sozialpsychiatrischen Dienstes im Gesundheitsamt, des Jugendamtes, und Sozialamtes dar, und sie hat darüber hinaus Kontaktmöglichkeiten zu den zuweisenden Ärzten im Kreis. Diese Verknüpfungsstelle über Frau Dr. Frinken ist jedoch (noch) nicht als etablierte Struktur im Sinne eines offiziellen Kooperationsvertrages zu betrachten, sondern hängt vom persönlichen Engagement von Frau Dr. Frinken ab. Bisher gibt es von der Amtsleitung des Gesundheitsamtes keine Zusage dafür, offiziell eine Förderung des Projektes durch das Gesundheitsamt zu ermöglichen, wie z.B. durch eine stundenweise Freistellung von Frau Dr. Frinken für die Informations- und Aufklärungsarbeit bzw. fachlichen Beratungen in den Kliniken und bei den Ärzten des Sektors, oder etwa einer materiellen Unterstützung.

Eine offizielle Akzeptanz und Förderung des Projektes durch die Amtsleitung des Gesundheitsamtes würde eine Anerkennung als präventives Angebot des Gesundheitssystems signalisieren und entsprechende Verantwortungsübernahme bedeuten, wie es mittlerweile durch das Jugendamt signalisiert wurde.

Bisher ungenutzt blieb die Möglichkeit, das Projekt FLIPS in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PsAg) des Kreises (Sektors) vorzustellen, und dort entsprechende Kooperationspartner zu suchen. Über dieses Gremium könnte z.B. auch die Informations-/Öffentlichkeitsarbeit gefördert werden, was ebenfalls zu einer größeren Akzeptanz der niedergelassenen Ärzte, und auch der Einrichtungen der stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgung führen könnte.

Besonders im Bezug auf die Kooperationsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte in Witten stellen die Mitarbeiter von FLIPS, aber auch Mitarbeiter des Jugendamtes bisher eher eine passive Haltung gegenüber der Initiative FLIPS fest.

>>Ja, erstaunlich, ja, ich bin sehr erstaunt, dass die Kinderärzte nicht mitarbeiten – die Kinderärzte würden ja – kriegen auch mit, dass hier ja in einer Familie was nicht in Ordnung ist und müssten ja froh sein, wenn die Eltern, wenn sich hier jemand um die Kinder kümmert – denn, wenn die Kinder Schulprobleme haben – wenn sie verhaltensauffällig sind schicken die Kinderärzte mir sehr viele Kinder ... Und die Nervenärzte arbeiten auch nicht mit, die niedergelassenen, ich denke da ist ein bisschen ein Konkurrenzdenken ... << (Interview 2, 87-111)

Es stellt sich die Frage nach den Gründen danach, warum die niedergelassene Ärzteschaft, wie auch die stationären psychiatrischen Einrichtungen bisher noch keine Kooperationsbereitschaft zeigen.

Mögliche Gründe für die mangelnde Kooperationsbereitschaft können sein:

? **Informationsprobleme** : Ausgehend vom Projekt FLIPS wurden alle entsprechenden Ärzte und Kliniken in schriftlicher Form (Flyer/Plakate) und über Einladungen zu Informationsveranstaltungen über das Anliegen und die Arbeit von FLIPS informiert.

>> Alle (die Ärzte und Kliniken)! Alle, jedes Mal! – die sind alle jedes Mal über jeden Kurs informiert worden. Mit ´nem Stapel Prospekten, mit der Bitte, mit Plakaten, die dann zu verteilen, auszuhängen. Auch alle psychosozialen Hilfsanbieter die wir sonst noch haben: Diakonisches Werk, Caritas – alle informiert – regelmäßig!<< (Interview 3, -286-292)

Die Ärzte und Institutionen fühlen sich möglicherweise noch nicht genügend informiert, und Ziele, Inhalte und Methoden der Initiative sind noch nicht ausreichend an sie heran getragen worden. Die Ärzte sind in ihren Praxen und Stationen stark eingebunden, und sehen sich möglicherweise deshalb nicht in der Lage öffentliche Informationsveranstaltungen wahrzunehmen. Die Einbindung in das eigene System/Institution kann auch dazu führen, dass die eigene Wahrnehmung für Probleme und Alltag außerhalb dieses Systems eingeschränkt sind.

Da bisher mit den betreffenden Ärzten keine persönlichen Gespräche geführt worden sind, könnte versucht werden, auf diesem direkten Wege die Kommunikation in Gang zu bringen, und die Wahrnehmungs- und Informationslücke zu schließen.

? **Konkurrenzdenken / Kommunikationsprobleme** : Der Verantwortungs- und Wirkungsbereich der Initiative, bzw. von Frau Dr. Wietfeld ist möglicherweise nicht transparent und klar genug definiert, was zu negativen Gefühlen bei den Kollegen führen kann, wie z.B. Konkurrenzdruck. Bedingt durch das Werbeverbot von Ärzten könnte der persönliche Einsatz von Frau Dr. Wietfeld, und ihre häufige namentliche Erwähnung im Zusammenhang mit der Initiative, als Werbung für ihre ärztlichen Leistungen und Angebot ihrer Praxis verstanden, oder als Versuch der besonderen Profilierung bewertet werden, und deshalb auf Ablehnung stoßen.

Dem kann entgegen gewirkt werden, indem das ehrenamtliche Engagement von Frau Dr. Wietfeld betont wird, und ihre Aufgabenbereiche transparent und eindeutig bekannt gegeben werden. Explizite Kooperationsangebote und entsprechende Mitgestaltungsmöglichkeiten für andere Kollegen und psychosoziale Einrichtungen könnten der passiven Haltung entgegen wirken.

Möglicherweise gibt es zwischen niedergelassenen Psychiatern und Kliniken eine Abgrenzungsproblematik die mit einem unterschweligen Konkurrenzkampf verbunden ist, durch den die Kommunikation und Kooperation behindert wird.

>>...und es ist ja auch so, ich hab den Ehrgeiz, ich will meine Patienten ja auch gar nicht so unbedingt in die Klinik schicken. Wir wollen sie ja eigentlich ambulant behandeln, und ich weiß nich´ ob das vielleicht auch so´n Stück weit Konkurrenz ist. Ich könnt´s nich´ sagen – ich kann es wirklich nicht sagen – weil – das hab´ ich in anderen Bereichen auch – ich will mich gar nicht davon freisprechen, dass es mir früher nicht umgekehrt auch so gegangen ist, dass ich also wirklich mein´ Kram gemacht habe, erst mal so, - sag ich mal -, meinen Claym sichern, meinen Standort sichern, und erst mal gucken wo man steht. Und ich hab ja auch erst so im Laufe der Zeit lernen müssen , also im Grunde mit den anderen wirklich zu kommunizieren und mich deren Hilfe zu bedienen. Und ich erlebe das heute als sehr, sehr angenehm, dass wir reibungslos - und wirklich auch als Ergänzung - , was wir also früher auch mit großen Abgrenzungsproblemen verbunden haben. Das musste ich lernen, das war für mich wirklich ein Lernprozess. – und die Kommunikation, das merken sie wenn wir zusammen sind, Kliniker und niedergelassene - , das sind zwei völlig verschiedene Welten. – Und es ist auch vielfach bei meinen Kollegen so, - sagen wir mal – die Kooperationsbereitschaft mit der Klinik ist , - glaube ich – von beiden Seiten nicht so furchtbar hoch. – Jeder hat so seinen eigenen Bereich.>> (Interview 3, 451-471)

? **Fehlende Ressourcen:** Die beruflichen Anforderungen stellen eine hohe Auslastung der Ressourcen dar. Mensch und System kommen an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Es sind zu wenig Kapazitäten frei, um die Motivation und die Mittel für neue Projekte und zusätzliche Anforderungen aufzubringen.

>> ..unser Leben ist ja auch nicht nur einfach – wir (Ärzte) haben ja jede Menge an Problemen – und das wir dann sagen, wir wollen – meinetwegen – so was machen wie Projekte – Wer hat denn dazu heut´ noch Lust, unter den Bedingungen, unter denen wir heute Leben und Arbeiten müssen? –Und ich glaube das spielt auch ´ne Rolle, die Motivation und der Anreiz ist einfach nicht mehr da. Was bringt uns das eigentlich noch? Der Frust ist groß!<< (Interview 3, 472-481)

? **Fehlende gedankliche Integration und Auseinandersetzung:** Die Arbeitsüberlastung/-auslastung der Ärzte steht der gedanklichen Auseinandersetzung, und damit auch der Integration des Themas „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ in den Behandlungsablauf entgegen. Die bisher mangelnde Wahrnehmung und Beschäftigung mit den Belastungen der Kinder könnte durch vermehrte direkte Informations- und Weiterbildungsangebote aktiviert und integriert werden.

? **Ablehnung des Verantwortungsbereiches:** Die Ärzte sehen ihren Wirkungskreis und

Arbeitsauftrag klar definiert (patientenorientiert), und lehnen eine Erweiterung der Perspektive in Richtung einer Familienorientierung klar ab. Hier kann entsprechende Überzeugungsarbeit notwendig werden, um die Wirkung der Familiendynamik und die Belastungen der Kinder durch die psychische Erkrankung der Eltern zu verdeutlichen. Entsprechende Diskussionsangebote und Bemühungen die Gründe der Ablehnung zu erfahren, könnten hilfreich sein, um die gedankliche Auseinandersetzung mit den Belastungen der Kinder wach zu halten, und entsprechend das Gefühl für soziale Verantwortung zu aktivieren.

? **Erwartungsprobleme** : Eigene Verantwortung abzulehnen oder auszublenden bedeutet aber auch die Erwartung zu hegen, dass jemand anderes diese Verantwortung übernimmt. Es ist deshalb notwendig, sich darüber zu verständigen, wo der andere steht um diese Verantwortung übernehmen zu können, und was der andere leisten kann. Hier wird eine gewisse Absprachefähigkeit und Strukturvorgabe notwendig um sich gegenseitig Aufgaben zuarbeiten zu können.

Das diese Form der Kooperationsvereinbarung möglich ist, zeigt die Zusammenarbeit von Frau Dr. Wietfeld mit der Jugendhilfe:

>> ... und trotzdem, jeder weiß wo der andere steht, und was der andere leisten kann. und das ist so möglich z.B. über einen Telefonkontakt. – oder ... die schicken ein Fax, sie brauchen irgend 'ne Stellungnahme, also da weiß man schon was der andere braucht. Oder es ist vielleicht 'n Angehörigenespräch notwendig ... Also das läuft, ohne dass man sich ständig zusammensetzen muss, das kann kein Mensch mehr leisten.<< (Interview 3)

? **Fehlende wissenschaftliche/fachliche Anerkennung**: Die Qualität der Arbeit und deren Nutzen sind noch wenig einsehbar und bisher nicht belegt, da die Wirkung der präventiven Arbeit von FLIPS bisher nicht wissenschaftlich dokumentiert und nachgewiesen ist. Besonders die Anerkennung und Akzeptanz durch Institutionen des Gesundheitswesens (auch Krankenkassen) sind von dem Nachweis der Effektivität der präventiven Unterstützung abhängig.

Die Möglichkeiten für direkten Meinungsaustausch und Gespräche sind bisher noch nicht ausreichend geschaffen worden, um die Akzeptanz und Etablierung des Projektes bei den Ärzten und psychiatrischen Institutionen erreichen zu können, und die entsprechende Kooperationsbereitschaft zu gewinnen. Dies belegen z.B. die wenigen Bemühungen Informationen in der Klinik anzubieten, und die Signale entgegenkommender Resonanz als Widerstände zu werten.

>>Was noch nicht gelaufen ist, das hab' ich jetzt angeleiert, im Oktober, ist der Kontakt mit der Klinik. Die Klinik ist nicht sehr interessiert, im Moment, zieht sich sehr zurück – hat mir einen Platz dann Mittags eingeräumt, da haben die da so einen allgemeinen Fortbildungstermin, und da darf ich das dann vorstellen. Aber die sind also – da sehr – zurückhaltend – also es hat noch nie einer gefragt, und es hat auch nie einen interessiert und – man hat das Gefühl, - man ist ein Eindringling –

Interviewerin: Ja, das ist ein geschlossenes System. Hattingen und Herdecke, mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Ja. - Die Resonanz erkennen sie daran, dass bei sämtlichen Einladungen, die ich an alle Ärzte verschickt habe, nicht einmal auch nur einer gekommen ist ... aber die sind da auch nicht von sich aus interessiert, also da hat nie einer nachgeguckt, weder – auch vom Krankenhaus nicht - aber auch nicht von den niedergelassenen Ärzten, auch davon gab es nicht einen, bis auf eine einzige Kinderärztin – nix – .>> (Interview 3, 258-284)

In dieser Aussage spiegeln sich gewisse Erwartungsprobleme gegenüber den Kliniken und Ärzten wieder, die sich in der Erwartung einer stärkeren positiven Resonanz äußert.

Ebenso ist eine tendenziell abwertende Haltung im Bezug auf die zurückhaltende Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft zu erkennen, was als Beleg für die Störung in der gegenseitigen Anerkennung und Wertschätzung der Kommunikationspartner gedeutet werden kann..

Um den Widerstände der Ärzte in den Kliniken auszuweichen, wird nun die Möglichkeit des Informationsaustausches über die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern der Klinik geplant, was durch die Erfahrungen mit der guten Kooperation mit den Mitarbeitern des Jugendamtes, mit der Erwartung von mehr entgegenkommendem Interesse verbunden wird.

>> ... geplant ist von mir schon erst mal das Projekt in die Klinik zu bringen. Und dann mal so schaun, wo man dann mal so'n Partner da findet, der schon mal Interesse hat. Einfach zu sagen: „Ich hör Mal zu!“ Und: „Ich kann mir vorstellen, dass ich da aufmerksam mache!“ Und da ist die Schnittstelle, - das sind die Sozialarbeiter für mich, weil mit den Ärzten, - glaub ich -, wird das nix! – Kurzfristig nich'! Die sind ja voll beschäftigt, - haben so viele andere Dinge ...<< (Interview 3, 518-528)

Als nächstes soll ebenfalls der Aufbau von Kooperationsbeziehungen mit anderen psychosozialen Hilfsanbietern im regionalen Raum weiter entwickelt werden. Hier gibt es erste Planungen und Anläufe engere Verbindungen zu knüpfen. Der direkte Austausch für eine feste Zusammenarbeit in Form von Kooperationsgesprächen und festen Vereinbarungen steht jedoch noch aus. Zunächst müsste also von Seiten der Initiative FLIPS als Signal für das Interesse an Kooperationsvereinbarungen entsprechende Konzepte erarbeitet und vorgestellt werden.

Solange noch stark um die Gewinnung von Akzeptanz und Interesse für die Unterstützungsangebote an Kinder psychisch kranker Eltern geworben werden muss, können sich jedoch noch keine Strukturen für eine Zusammenarbeit bilden. Dies wäre der Folgeschritt.

Ein anderer Hauptgrund, seitens FLIPS, warum die Kooperationsbeziehungen mit den Ärzten und Institutionen des Gesundheitswesens bisher nicht zustande gekommen sind, liegt in den mangelnden personellen und finanziellen Ressourcen der Initiative, um die notwendige intensive Informations- und Aufklärungsarbeit leisten zu können. Die wenigen Mitwirkenden des Projektes sind entweder ehrenamtlich oder stundenweise und nebenberuflich für FLIPS engagiert, und können daher nur sehr begrenzt ihre Zeit und Kraft investieren, was dazu führt, dass sich die Initiative nur entsprechend langsam entwickeln kann.

>>...aber das schafft man nicht, das sprengt ja den Rahmen! Wir machen das ja alle nicht hauptberuflich, wir können uns nicht dauernd hinsetzen und reden, sondern wir können das mal machen, und ansonsten telefonieren, anders geht das nicht. Wissen Sie, sie machen das ´ne gewisse Zeit, also ich hab da jetzt vier Jahre investiert, aber auf Dauer geht es nich´... alles nur ehrenamtlich, das kann man nicht leisten!<< (Interview 3, 367-372)

0.0.0.0 Kooperation mit der örtlichen Jugendhilfe

Auch das Jugendamt (JA) wollte zunächst keine Zugeständnisse für eine Zuordnung des Angebotes zum Verantwortungsbereich der Jugendhilfe machen. Es zeichnet sich jedoch eine zunehmend positive Entwicklung der Kooperationsbeziehungen zwischen FLIPS und dem Jugendamt (JA) ab:

>>Ja, wie es zur Zusammenarbeit eigentlich kam. - Es war ein mühsames Geschäft! – Das JA wollte erst nicht, - sah riesen Unkosten auf sich zukommen, und hat sich dezent zurückgehalten, und hat auch eigentlich gemeint, ich erwarte, - was natürlich schön gewesen wäre - die komplette Finanzierung der Gruppe. Hätt´ ich ja auch von geträumt! Wenn ich so höre: „soziale Gruppenarbeit“ und so – ja, aber das Kontingent war erschöpft. Soziale Gruppenarbeit wird nicht mehr unterstützt. – Und – ich hab dann mal ´ne große Veranstaltung gemacht und das Jugendamt eingeladen - Da wurde damals sehr deutlich, dass man eigentlich nicht so - „Das ist nicht der Weg!“ sagte man mir – daran dächte zu unterstützen. Man bot mir aber auch keine Alternativen an. Ja, hat sich dann zurückgezogen. – Und dann war es aber doch so, dass das Jugendamt halt nach längerer Zeit an mich herantrat, weil es Problemkinder gab, und sie jetzt nicht wussten wohin! Und dann sind diese Problemkinder erst mal zur VHS gekommen. Und dann war es so , das in Einzelfällen das JA dann den „Eigenanteil“ , den man ja selbst bezahlen muss, auch im Einzelfall übernommen hat... und es ist dann eigentlich im Laufe des letzten halben Jahres, wirklich von Seiten des JA, - und dann wirklich an uns herantretend - ´ne stärkere Zusammenarbeit gewachsen. Wir haben jetzt ´ne ganze Reihe Kinder gemeinsam, so dass das ein wirklicher Austausch ist, ein hin und her.... Sie werden vom JA geschickt, sie werden vom JA vermittelt und eben auch z.T. finanziert. Das ist wirklich schon ´ne ganz schöne Entwicklung, muss ich schon sagen.>>(Interview 3, 86- 129)

Die Entwicklung der Kooperationsbeziehung zum Jugendamt als örtlichem Träger der Jugendhilfe war zunächst als wichtige Basis für die Existenzsicherung der Initiative, mit viel Einsatz betrieben worden.

Entsprechend waren die Bemühungen von FLIPS groß, dem Jugendamt möglichst oft Informationen über den Stand der Arbeit bei FLIPS zukommen zu lassen. Es wurde versucht, möglichst auf dem direkten Weg, die Kommunikation in Gang zu bringen, d.h. es erfolgten neben den fallbezogenen telefonischen Gesprächen zwischen dem jeweils zuständigen Mitarbeiter des JA und den Therapeuten von FLIPS, auch direkte Einladungen zu Informationsveranstaltungen bzw. zu Gesprächsrunden in den Räumen von FLIPS. Wann immer möglich, wurden von FLIPS die Ziele und Möglichkeiten der Initiative dargestellt, und zum Austausch über die Belange bzw. die besonderen Problemlagen der Kinder und Familien

mit psychisch kranken Eltern angeregt. So konnten überzogenen Erwartungen an die Leistungsfähigkeit des anderen Systems und fehlende Transparenz vorgebeugt werden.

Die generelle Bestrebung als psychosoziales Unterstützungsangebot für Kinder Anerkennung zu finden, sollte die Zuordnung zum Verantwortungsbereich der Jugendhilfe bestärken, um entsprechend weit gefächert die Zugangsmöglichkeiten für Kinder aus psychisch belasteten Elternhäusern sicher stellen zu können. Die Akzeptanz des Jugendamtes für die Notwendigkeit und Wirksamkeit der neu entwickelten präventiven Hilfe stellt insofern die Möglichkeit sicher, dass auch jene Kinder den Zugang zu Unterstützungsangeboten finden, deren Eltern selber nicht aktiv nach Hilfen suchen, und deren mangelnde Ressourcen schon zu öffentlichem Hilfebedarf geführt haben. Über die Jugendhilfe kann dann die Kostenübernahme gesichert werden, auch wenn die Familien selbst über keine entsprechenden finanziellen Mittel verfügen.

Durch die Akzeptanz der Jugendhilfe ist außerdem eine entsprechende Qualität der Hilfe quasi verbürgt, da das Jugendamt als entsprechend staatliche Fachinstitution für pädagogische Zielsetzungen auch die entsprechende Fachkompetenz und Autorität vertritt, die eine Beurteilung der Qualität glaubhaft werden lässt. Wenn das Jugendamt die Initiative als Angebot der Jugendhilfe für qualitativ hochwertig hält, hat diese Akzeptanz Signalwirkung, und wirkt sich auch positiv darauf aus, dass Vertrauen der anderen Kooperationspartner leichter zu gewinnen.

So konnte die Akzeptanz sich mittlerweile auch auf andere Jugendämter im Kreis ausweiten, wie sich durch die Anfrage des Jugendamtes in Hattingen zeigt. Hier müssen die Bemühungen um Information und Kooperationsbeziehungen jedoch seitens FLIPS noch entsprechend intensiviert werden, zumal von Hattingen aus der Kontakt in die dort liegende Psychiatrie von größtem Wert wäre.

Die Signale zur Kooperationsbereitschaft des Jugendamtes werden entsprechend als Wertschätzung der Arbeit wahrgenommen, wenn z.B. das Jugendamt auf die fachliche Unterstützung der FLIPS - Mitarbeiter zurückgreift, und die direkte Kommunikation von sich aus sucht.

Die Initiative von Frau Dr. Wietfeld, als Ärztin ein Jugendhilfeangebot zu schaffen und entsprechend von sich aus der Jugendhilfe entgegen zu kommen, wird von den Mitarbeitern des Jugendamtes sehr positiv bewertet, zumal die Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatern und Jugendhilfe zur Zeit noch auf diese Ausnahme begrenzt zu sein scheint.

Es wird auch von Seiten des JA deutlich, dass die mangelnde Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten sehr bedauert wird. Die mangelnde Sensibilität der niedergelassenen Ärzte, im Bezug auf den Unterstützungsbedarf der Kinder mit psychisch kranken Eltern, und die entsprechend mangelhafte Kooperationsbereitschaft wird vom JA als ein Grund für die hohe

Dunkelziffer von Kindern mit psychisch kranken Eltern gesehen. Dieser ungenutzte Zugangsweg über die Ärzte trägt somit dazu bei, dass nur wenige Kinder mit psychisch kranken Eltern Zugang zu unterstützenden Angeboten der Jugendhilfe bekommen können, und der reale Unterstützungsbedarf nur unzureichend bekannt, und daher entsprechende Hilfen vom JA bisher nicht entwickelt bzw. gefördert werden konnten.

>>... es hapert allerdings – und das ist ja auch angesprochen worden - einfach daran, dass alle anderen niedergelassenen Psychiater in Witten da nicht offen sind. Die sehen das nicht ganzheitlich, familienorientiert, sondern patientenorientiert. Wir könnten da sicherlich viel, viel mehr tun, d.h. die Dunkelziffer wird wahrscheinlich enorm in Witten sein, von Kindern die mit psychisch kranken Eltern zusammen leben, die aber bisher einfach nicht bekannt sind. Das JA ist da nämlich jederzeit bereit, da prophylaktische Arbeit zu machen, nur die werden nicht bekannt.<< (Interview 4, 341-350)

Von Seiten des JA ist man nun daran interessiert, dass möglichst früh ein Hilfe-Plan-Verfahren eingeleitet werden kann, und entsprechende Hilfen im Konsens mit Eltern und Kindern zum tragen kommen können. Der direkte fallbezogene Austausch zwischen den entsprechenden Mitarbeitern des JA und den Therapeuten von FLIPS bzw. Frau Dr. Wietfeld hat sich bisher gut entwickelt, und wird in einem offenen und partnerschaftlichen Klima geführt. Von FLIPS wird darauf geachtet, dass kein Erwartungsdruck auf die Jugendhilfe ausgeübt wird, was die Finanzierung der Arbeit angeht, sondern es wird vielmehr Wert darauf gelegt, dass sich eine vertrauensvolle und von gegenseitiger Anerkennung getragene Arbeitsbeziehung zum Wohl der Kinder entwickeln kann.

In der Arbeit von FLIPS sieht das JA die hilfreiche Verbindung vom Arzt zur Jugendhilfe, was die Akzeptanz der Eltern und Kinder für Unterstützungsangebote erhöht, und diese wirkungsvoller -weil frühzeitiger- eingesetzt werden können.

>> ... über den ambulant behandelnden Arzt eine Richtung einschlagen, die Akzeptanz fördert, das ist in jüngster Zeit so geschehen über FLIPS. Das sind so die ersten Gehversuche, dass man also sagt, : psychisch kranke Eltern, mit dem Angebot von FLIPS ambulant für die Eltern tätig zu sein, aber die Überzeugungsarbeit eben dahingehend geleistet zu haben, dass die Ärzte sagen: Mensch hier muss das Jugendamt mit ins Boot gebracht werden, denn wir brauchen jetzt FLIPS als Jugendhilfeangebot, - als Einzelfallhilfe oder Gruppenangebot um auch den Kindern irgendwie den Weg frei zu machen...<< (Interview 4, 240-256)

Nachdem das JA nun für die Möglichkeiten der alternativen Unterstützungsangebote durch FLIPS sensibilisiert worden ist, scheint der Entwicklungsbedarf für die Hilfen an Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern erkannt und akzeptiert worden zu sein. Die Betonung des JA liegt neuerdings darauf, dass alles aufgegriffen und genutzt werden soll, *>>was präventiv und ambulant möglich ist, um teurere Jugendhilfemaßnahmen zu vermeiden.<< (Interview 4, 368)*

Im Bezug auf die finanzielle Unterstützung werden jedoch Einschränkungen gemacht, da nur im Einzelfall, im Rahmen eines Antrags der Eltern auf Hilfe zur Erziehung bzw. der Wiedereingliederungshilfe eine Kostenübernahme durch das JA möglich ist. Die konkreten Fallzahlen und der daraus ersichtliche Bedarf, entscheiden weiterhin darüber, ob und wie die

Initiative FLIPS in der Jugendhilfeplanung des Jugendamtes berücksichtigt werden kann. Die notwendige Kooperationsbereitschaft des JA scheint jedoch gesichert. Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass die Kooperationsbereitschaft der Mitarbeiter des örtlichen Jugendamtes deutlich auf eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem Projekt FLIPS gerichtet ist, und dass die Arbeit der Therapeuten durch die sehr positive Resonanz der Kinder, auch beim Jugendamt hohe Anerkennung findet. Es wird in jüngster Zeit häufiger auf die Unterstützung durch FLIPS zurückgegriffen, und das Jugendamt arbeitet erkennbar auf die Erhöhung der Teilnahmebereitschaft der Kinder und Familien, bei denen psychische Erkrankungen der Eltern bekannt sind, zu.

Weitere Kooperationsbeziehungen werden ebenfalls mit den verschiedenen Erziehungsberatungsstellen in der Region angestrebt. Hier gibt es schon Anfragen der entsprechenden Stellen.

0.0.0 Die Arbeit an einem psychosozialen Netzwerk

Die Schwierigkeiten ein neues Angebot in der breitgefächerten psychosozialen „Hilfelandchaft“ zu etablieren, und entsprechende Kooperationspartnerschaften zu begründen zeigen, dass die Vernetzung der Angebote noch äußerst unzureichend ausgestaltet ist. Die Kommunikation ist sehr lückenhaft und zeigt zu wenig feste Strukturen. Nimmt man die Position eines Hilfesuchenden ein, so wird schnell klar, dass er einem Dschungel an Angeboten gegenüber steht, und es bedarf schon einiger Übung und außerordentlichem „Kampfgeist“ um sich in diesem Dschungel Orientierung verschaffen zu können. Aber gerade wer Hilfe braucht hat selten die Kraft für einen solchen Kampf, und seine Entscheidungsfähigkeiten sind oft ebenso geschwächt, die große Entscheidungsfreiheit wirkt hier eher verunsichernd und überfordernd.

Vielmehr benötigt er besonders dringend eine leichte und unkomplizierte Zugangsmöglichkeit zu dem entsprechend passenden Unterstützungsangebot. „Orientierungs- und Entscheidungshilfe geben können“ heißt dementsprechend die Schlüsselqualifikation der professionellen Hilfsanbieter, was voraussetzt, dass sie selbst über *ihren* Dschungel gut informiert sind und die entsprechende Orientierung besitzen. Es ist wichtig, dass es möglichst vielschichtige Angebote gibt, jedoch kann dieser „Reichtum“ nicht genutzt werden, wenn er versteckt liegt und (außer für Schatzsucher) unzugänglich bleibt. Die Strukturen oder Verbindungswege müssen für die Hilfesuchenden leicht zu begehen sein, sonst kann der Reichtum nicht genutzt werden.

Entsprechend sollte die Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft der unterschiedlichen professionellen Helfer zum Nutzen der Hilfesuchenden ausgerichtet sein und ihre Selbstständigkeit unterstützen können, anstatt sie in Abhängigkeit vom eigenen Angebot zu

bringen, oder mit ihren Problemen allein zu lassen, indem andere Möglichkeiten verschwiegen werden. Die vorhandenen Beratungsinstanzen im stationären wie auch teilstationären und ambulanten Versorgungsbereich sind in diesem Zusammenhang besonders gefragt, was die Vorhaltung von umfassenden Informationen angeht. Hier könnte es z.B. eine Art Informations- oder Beratungsverpflichtung von Seiten der psychiatrischen Versorgungsinstanzen für ihre Patienten geben, die entsprechend einen Überblick über die in Frage kommenden Hilfsangebote sicherstellt. So könnte gewährleistet werden, dass Folgeprobleme der psychischen Erkrankung so gering wie möglich gehalten werden, und Selbsthilfe möglichst früh aktiviert werden kann. Kooperation heißt in einem Netzwerk das Zuarbeiten von Informationen (natürlich unter Berücksichtigung des Datenschutzes) und Übergabe von Verantwortung, und verhindert den Abbruch der Verbindung zum Patienten, solange er einen Hilfebedarf hat. Dies bedeutet keineswegs die Entmündigung und lückenlose Kontrolle des Patienten oder Klienten, solange er ebenfalls entsprechend wie ein Kooperationspartner behandelt wird, mit dem Ziel seine Entscheidungsfreiheit zu ermöglichen und die dafür notwendige Orientierungsfähigkeit zu erlangen. Der erfolgreiche Umgang der Hilfebedürftigen mit ihrer Entscheidungsfreiheit ist nur auf der Basis von Wissen und Information möglich. Eine Informations- und Beratungsverpflichtung mit entsprechend vernetzten Kooperationsstrukturen könnte diese Entscheidungsfreiheit erheblich verbessern.

0.0.0 „Gegen Stigmatisierung und für Integration“

Um die vermehrte Aufmerksamkeit und Auseinandersetzung in der Öffentlichkeit mit dem Thema "seelische Gesundheit" zu fördern, veranstaltete Frau Dr. Wietfeld in Zusammenarbeit mit dem Kreisgesundheitsamt Ennepe-Ruhr-Kreis und dem Angehörigenverein ProPat eine Fachtagung in Witten. In dem entsprechenden Faltblatt zur Veranstaltung „**Wir dreh'n am Rad**“ (s. Anhang) heißt es:

>>Neben den vom Kreistag verabschiedeten Psychiatriezielen ist die aktuelle Entwicklung von psychischen Erkrankungen im Kreisgebiet ein Anlass das Thema in einer Fachtagung zu bearbeiten. Vorurteile gegenüber bestimmten psychiatrischen Erkrankungen und damit ausgelöste Stigmatisierung psychisch kranker Menschen sind über die Medienberichterstattung noch verstärkt worden. Aus diesem Grund ist das Psychiatrieziel Nr. 1: „Gegen Stigmatisierung und für Integration“ fachlicher Hintergrund zur inhaltlichen Ausgestaltung der Fachtagung.<<(Kreisgesundheitsamt 2002)

Information und Aufklärung sind die Gegenmittel für Vorurteile, Ängste und Verunsicherung im Umgang mit psychisch Kranken und der damit verbundenen Gefahr ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung.

Verrückt, bekloppt, neben der Spur sein, nicht ganz bei Trost sein, nicht mehr können, ausgeflippt, durchgeknallt, spinnen, abdrehen, durchdrehen, am Rad drehen sind nur einige Beispiele, die der Volksmund für die Beschreibung von seelischen Störungen kennt. Hier werden meistens bildlich die Symptome von seelischen Störung benannt, und auch erkennbar, dass es

sich meistens um eine akute Überlastungsreaktion des Gestörten handelt. Psychische Erkrankungen stellen den Betroffenen selbst, seine Angehörigen, seine soziale Umwelt und die Gesellschaft vor eine schwierige Aufgabe, die entsprechend als Herausforderung angenommen werden muss, um entsprechende Bewältigung zu ermöglichen.

Psychische Krankheiten sind immer noch ein Tabuthema in der Öffentlichkeit und entsprechend werden psychisch Erkrankte in der Gesellschaft häufig abgewertet, gemieden, und geraten leicht in die Isolation. Eine Definition des Begriffes „Psychische Störung“ macht das deutlich:

>>Unfähigkeit zu sozial angemessenem Verhalten, so dass die Konsequenzen des Verhaltens sowohl für den Betroffenen selbst als auch für die Gesellschaft unangenehm sind.<< (Bourne & Ekstrand 1997, S.602)

In dieser Definition ist besonders die soziale Bedeutung einer psychischen Störung hervorgehoben, und benennt die Belastungssituation für den psychisch Gestörten und seine soziale Umwelt. Die Verhaltensweisen von psychisch gestörten Menschen sind für Außenstehende oftmals erschreckend, verwirrend oder einfach unerklärlich, und wirken oftmals bedrohlich. Das Kontroll- und Sicherheitsbedürfnis der Außenstehenden ist durch psychische Störungen bedroht, hier spiegelt sich oft Hilflosigkeit gegenüber Missständen wieder, die nicht einfach behoben werden können. Die Störung des Erlebens und Verhaltens kann nur schwer dem geläufigen Krankheitsbegriff zugeordnet werden.

Hier bekommt man ein Gefühl dafür, warum schnell Vorurteile über psychisch kranke Menschen entstehen können und es dazu kommt, dass psychisch gestörte Menschen ins Abseits unserer Gesellschaft geraten; ihr zeitweise gestörtes Verhalten ist für andere „unangenehm“.

Psychisch Kranke sind stigmatisiert mit der Zuschreibung vom schwierigen, labilen Menschen, der für sich und andere eine Belastung darstellt. Oft werden seelische Erkrankungen als Charakterfehler, und exzentrische Eigenarten mit entsprechend negativen Bewertungen der Person verbunden, und der Hilfebedarf der Betroffenen wird oft erst erkannt, wenn akute Krisensymptome auftreten. Hinzu kommt, dass seelische Störungen oft mit Schuldzuweisungen verbunden werden: Psychisch Kranken wird zugeschrieben, dass sie am Leben scheitern, zu schwach sind und ihre Aufgaben nicht bewältigen können.

Vielen Menschen fällt es wegen der Gefahr der Schuldzuweisungen schwer, das eigene Leiden und die eigenen Probleme zunächst vor sich selber und dann auch vor anderen einzugestehen, und einer Krankheit zu zuordnen. Aus Scham und Verzweiflung über ihren manchmal verwirrenden Zustand isolieren sich psychisch Erkrankte und ihre Familien deshalb häufig, um die Probleme nicht nach Außen dringen zu lassen, und ihr Selbstwertgefühl so gut es geht zu schützen. Oft genug schlägt ihnen Missachtung, Abwertung und Unverständnis entgegen.

Die Erkrankten versuchen darum meistens so lange wie möglich die Fassade eines „normalen Lebens“ aufrecht zu erhalten, und versuchen auftretende Symptome so lange wie möglich zu verdrängen und zu verheimlichen. Im Vorfeld einer psychischen Erkrankung ist der Betroffene häufig auf der Flucht vor sich selbst, aber auch die soziale Umwelt ist oft nicht bereit, sich mit

den besonderen Schwierigkeiten des psychisch gestörten Menschen auseinander zu setzen und begegnet ihm mit eigener Hilflosigkeit, Abwertung, Ablehnung oder Mitleid. Vorverurteilend wird der Zustand der psychischen Störung auf den ganzen Menschen, sein ganzes Leben bezogen, und die gesunden Anteile, die Stärken und liebenswerten Seiten werden in der Wahrnehmung und Wertung leicht ausgeblendet.

Die Erkrankungen fallen deshalb häufig erst in akuten Phasen auf, wenn sie zu einem völligen Zusammenbruch führen und die Inanspruchnahme von Hilfen unumgänglich wird. Die Folgen der Erkrankung sind dann meistens schon sehr weitreichend, weil sie nicht nur den Zustand des Erkrankten selbst betreffen, sondern auch entsprechend soziale Folgen haben. Oft ist die Arbeitsfähigkeit über längere Zeit eingeschränkt, was häufig zu Arbeitslosigkeit und finanziellen Nöten führt. Der allgemeine Konkurrenzkampf und Leistungsanspruch kann nicht mehr bewältigt werden, die Anforderungen des freien Arbeitsmarktes können einfach zu hoch sein.

Soziale Kontakte und die Teilnahme am öffentlichen Leben können zeitweise nur eingeschränkt wahrgenommen werden und führen leicht zu sozialer Isolation, wodurch auch für die Angehörigen die Erkrankung eines Familienmitgliedes mit erheblichen psychosozialen Belastungen verbunden ist.

Anpassungs- und Selbststeuerungsfähigkeiten des Betroffenen sind zeitweise gestört, aber das heißt nicht, dass diese nicht wiedererlangt werden können. Entsprechende ärztliche Hilfe, Veränderungsbereitschaft und Lernbereitschaft sind die Grundvoraussetzungen für eine Besserung der Situation, wobei sich dies nicht nur auf den Erkrankten selbst bezieht, sondern genauso auf seine soziale Umwelt. Besserung der Situation heißt dann nicht unbedingt die Krankheit verschwinden zu lassen und ganz gesund zu werden, sondern vielmehr, zu lernen die Krankheit als Schwachstelle zu akzeptieren und damit zu leben. Das „Finden der eigenen Grenzen“ steht im Mittelpunkt der Auseinandersetzung mit der Einschränkung durch eine Erkrankung, und bedeutet die Notwendigkeit einer entsprechenden Akzeptanz des Menschen wie er ist, ohne die Erwartung von etwas was er sein sollte. Die Chance dazu, das tun zu können, was möglich ist, die Möglichkeit dazu, die eigene Normalität finden zu können.

Akzeptanz bedeutet dann den Grundstein für die Schaffung von Möglichkeiten der Integration von Menschen mit psychischen Krankheiten und entsprechenden Einschränkungen zu legen, und entsprechend der gesellschaftlichen Ausgrenzung und Benachteiligung entgegenzuwirken.

Dem steht jedoch der gesellschaftliche Leistungsdruck, der Anspruch immer persönlichen Gewinn machen zu müssen entgegen und begrenzt den Blick auf das Ergebnis, anstatt den Wert eines Entwicklungsprozesses zu zulassen.

Besonders mit dem Blick auf gesundheitsfördernde, präventive Ziele sind die Entwicklungsmöglichkeiten einer Person (und damit auch einer Gemeinschaft) zu betrachten, und nicht, dass mit allen Mitteln auf ein normiertes Leistungsziel zugesteuert wird.

Vielleicht hilft es, sich auf sein Gegenüber einlassen zu können, mit der Einsicht: mir könnte es einmal genauso gehen. Aber auch mit dem Interesse daran, was mein Gegenüber für Stärken hat, und was ich von ihm lernen kann. Besonders die Aspekte „Hilfe“ und „Solidarität“ bekommen in diesem Zusammenhang einen besonderen Wert für eine Gemeinschaft, und können so ihren Zusammenhalt fördern.

Vorurteile und negative Bewertung von psychisch Erkrankten wirken nicht nur in der breiten Bevölkerung, und führen so dazu, dass die Betroffenen selbst, aber auch ihre engsten Angehörigen die Wahrnehmung von Symptome einer seelischen Erkrankung vermeiden, sondern auch in Kreisen, die den Betroffenen professionelle Hilfen geben könnten (wie z.B. in den pädagogischen und sozialen Berufen), sind Vorverurteilungen nicht selten. Entsprechende Stigmatisierung legt den psychisch Erkrankten auf eine bestimmte undifferenzierte Rollenzuschreibung fest (hilfebedürftig), und kann so dessen Entwicklungschancen und damit seine Möglichkeiten zur Veränderung einschränken oder blockieren. Die Entwicklung von Hilfen und Unterstützungsangeboten, die z.B. dem tatsächlichen Hilfebedarf von Familien mit psychisch kranken Eltern entsprechen, stellen somit eine verbesserte Chance zur gesellschaftlichen Integration der psychisch Erkrankten selbst, aber auch deren Angehörigen und Kinder dar.

Frau Dr. Wietfeld legt besonderen Wert darauf ihren Patienten zu vermitteln, dass es wichtig ist offen über eine psychische Erkrankung zu sprechen, und sich am öffentlichen Leben, so gut es geht, zu beteiligen. Sie ist beruflich, aber auch ehrenamtlich sehr aktiv, um entsprechende Angebote zu schaffen und Selbsthilfebemühungen der Betroffenen zu unterstützen. So hat sie zur Entstehung vielfältiger Angebote für psychisch Kranke und deren Angehörigen beigetragen, wie z.B. Sportgruppen, Angehörigenverein, Gesprächskreise und psychoedukative Gruppen, Hausgemeinschaften psychisch Kranker, sowie dem Angebot für die Kinder von psychisch Erkrankten FLIPS. Hier kann die entsprechende individuelle Lernbereitschaft gefördert werden, die letztendlich zur Auseinandersetzung und Integration von seelischen Erkrankungen in das persönliche wie in das gesellschaftliche Lebenskonzept führen kann.

0.0 Finanzielle Absicherung und Rechtliche Arbeitsgrundlagen

Wie schon deutlich werden konnte, ist die Finanzierung des Projektes FLIPS eine äußerst schwierige und komplizierte Sache, besonders solange kein öffentlicher Träger die Zuschreibung der Angebote zu seinem Verantwortungsbereich zulassen wollte. Für die Existenzsicherung des Projektes ist eine äußerst aufwendige **Mischfinanzierung** notwendig.

0.0.0 Ehrenamtliches Engagement

Die Motivation zu unentgeltlichem Arbeitseinsatz, die Bereitschaft zur sozialen Verantwortungsübernahme und die Kreativität und Ausdauer der Mitarbeiter sind das Fundament der Initiative FLIPS. Das ehrenamtliche Engagement der Mitwirkenden bei FLIPS ist in Geldwert nicht zu beziffern und kann daher nicht hoch genug geschätzt werden, und ohne dieses wäre FLIPS nie entstanden, und auch zur Zeit nicht tragbar. Wie bereits erwähnt, werden, außer den Einzeltherapien und den Kursstunden selbst, alle anfallenden Aufgaben bisher ehrenamtlich übernommen. Zu diesen Aufgaben zählen: Buchführung, Schriftverkehr, Öffentlichkeitsarbeit, Teambesprechungen, Hilfeplan-Gespräche mit dem Jugendamt, Sponsoring usw.

Seit Mitte 2002 ist die Initiative FLIPS dem gemeinnützigen Verein ProPat / Verein zur Unterstützung psychisch Kranker und deren Angehörigen angegliedert. Diese Verknüpfung hat den Vorteil, dass die Buchhaltung, oder andere Verwaltungsarbeiten, sowie die Öffentlichkeitsarbeit mit dem Vorstand und den Mitgliedern des Vereins geteilt werden kann, und nicht mehr allein über Frau Dr. Wietfeld oder die Therapeuten laufen muss, was arbeits- und zeittechnisch neben ihrem Hauptberuf nicht mehr zu bewältigen war. Zusätzlich können, die im Sommer 2002 neu bezogenen Vereinsräume auch für die Angebote von FLIPS unentgeltlich genutzt werden, und die Erreichbarkeit von FLIPS ist durch feste Telefonsprechzeiten des Vereins verbessert worden.

0.0.0 Sponsoring

Da es rechtlich gesehen ungünstig für die Gewinnung von Sponsoren, bzw. für die Verwendung von Spendengeldern war, dass Frau Dr. Wietfeld als private Trägerin der Initiative FLIPS auftrat, ist es ein weiterer Vorteil, dass FLIPS nun dem Angehörigenverein ProPat e.V. angegliedert wurde, da dieser als gemeinnütziger Verein anerkannt ist.

Bevor die Unterstützungsangebote unter eigener Trägerschaft stattfinden konnten, wurden die Kursgebühren für die Angebote zunächst über die VHS abgerechnet (37 € pro Semester/Kind) und somit öffentlich gefördert, womit jedoch die tatsächlichen Kosten für Materialien, Therapeutenhonorare und Öffentlichkeitsarbeit nicht abgedeckt werden konnten. Für die Anschubfinanzierung wurden Sponsoren geworben. Das Sponsoring stellt besonders eine wichtige Finanzierungsmöglichkeit für die Informations- und Aufklärungsarbeit dar, ohne die das Projekt nicht denkbar wäre, und für die sich bisher kein öffentlicher Kostenträger (z.B. Gesundheitsamt oder Jugendamt) finden konnte. Es muss also ständig Ausschau nach neuen Sponsoren gehalten werden, und es müssen die bestehenden Kontakte entsprechend gepflegt werden.

Als Sponsoren konnten bisher gewonnen werden: Der Rotarier-Club Witten, die AWD-Stiftung Kinderhilfe und die Firma Janssen - Cilag AG aus Neuss. Die Gesamtsumme der Spendengelder betrug bis Ende 2001 ca. 15 000DM.

0.0.0 Fördermöglichkeiten durch die Jugendhilfe

Die jüngste Entwicklung hat zumindest eine teilweise Verantwortungsübernahme der Jugendhilfe für die Belange der Kinder psychisch kranker Eltern ergeben, indem durch die Amtsleitung des Jugendamtes eine offizielle Kostenzusage für die Einzelfallförderung nach **§35a SGB VIII Wiedereingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder** in voller Höhe zugesagt (ca. 250 –270 €pro Kurs/Kind) wurde. Da jedoch nur einzelne Kinder bzw. Familien die Voraussetzungen für diese Förderung durch die Jugendhilfe erfüllen, kann so die Gruppenarbeit nicht abgedeckt werden. Das Jugendamt ist jedoch mittlerweile ca. zur Hälfte an der Finanzierung der Gruppenarbeit beteiligt. Eine andere Fördermöglichkeit durch die Jugendhilfe ist die Finanzierung einer sozialpädagogischen Einzelbetreuung (§35 KJHG), die ebenfalls von einer FLIPS-Mitarbeiterin übernommen werden kann. Entsprechend werden die Eltern durch die Mitarbeiter von FLIPS und das Gesundheitsamt (sozialpsychiatrischer Dienst) auf die Fördermöglichkeit durch den Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung bzw. auf Wiedereingliederungshilfe hingewiesen, und darin unterstützt den entsprechenden Antrag (formlos) beim Jugendamt zu stellen.

Zum Teil werden die Kosten auch vom Sozialamt getragen, z.B. im Falle zweier Kinder deren Familie sich in einem laufenden Asylverfahren befindet.

Die Finanzierung einer sozialen Gruppenarbeit im Sinne einer präventiven Maßnahme lehnt das JA zur Zeit ab.

0.0.0 Fördermöglichkeit durch die Krankenkassen

Auch die Krankenkassen zahlen nur für die Einzeltherapien der entsprechend schon auffälligen Kinder, aber unterstützen nicht die präventive Arbeit. Da die Finanzierung der Einzeltherapien über die entsprechende Krankenkasse an den jeweiligen Therapeuten fließt, bleibt davon nichts im Projekt. Hier soll jedoch eine neue Regelung gefunden werden.

Da Frau Dr. Frinken im Rahmen ihres Aufgabenbereiches beim sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes zwar Kinder an das Projekt empfehlen kann, aber bisher offiziell keine Aufgaben für FLIPS übernehmen darf, und ihr Engagement ehrenamtlicher Natur bleiben muss, ist bisher leider von dieser öffentlichen Seite keine finanzielle Entlastung bzw. Förderung erkennbar.

0.0.0 Eigenanteil/ Selbsthilfe

Die Eigenbeteiligung der Eltern an den Kursgebühren kann nicht von allen Elternhäusern erbracht werden, nur ein kleiner Teil der Elternhäuser ist finanziell in der Lage einen Eigenanteil zu leisten, dieser beträgt zur Zeit 48 €pro Kurs.

Es ist jedoch durchaus wünschenswert, dass die Eltern an den Kosten sowie an der Organisation oder auch an der Öffentlichkeitsarbeit beteiligt werden, um so die Selbsthilfe zu motivieren und Beteiligung zu fördern. Die Selbsthilfefähigkeiten der Eltern sollen schrittweise gefördert werden und können z.B. durch die Einbeziehung in kleinere Aufgaben und die Betonung der Eigenverantwortlichkeit unterstützt werden. Die Planung und Organisation eines Festes oder Elterngesprächsgruppen könnten z.B. solche Selbsthilfeinitiativen sein.

Um neue Ideen und Erfahrungen zum Thema soziales Sponsoring bzw. Finanzierung des Projektes zu erhalten, ist besonders der Kontakt zu anderen Projekten mit ähnlicher Zielsetzung interessant, wie er z.B. im persönlichen Austausch mit Frau Staets vom Projekt KIPKEL stattfindet.

Das Projekt KIPKEL ist in seiner Entwicklung schon sehr beispielhaft vorangekommen, da besonders Frau Staets durch ihren vollen Einsatz und ihre finanzielle Unabhängigkeit (sie war bereits in Pension, als sie das Projekt aufbaute) den Aufbau des Projektes betreiben konnte. Besonders konsequent und entsprechend erfolgreich war sie im Aufbau von Kooperationsverträgen, was die Existenzsicherung des Projektes vorantrieb. So ist Frau Staets z.B. die Integration des Projektes in die psychiatrische Klinik des Sektors hervorragend gelungen, sowie die feste Zusammenarbeit mit den umliegenden Jugendämtern und Gesundheitsämtern bzw. sozialpsychiatrischen Diensten. Sie hat außerdem eine sehr erfolgreiche Konzeption für die Umsetzung von kulturellen Sponsoring-Veranstaltungen (auch in der psychiatrischen Klinik Rheinfelden) entwickelt, indem sie bekannte Persönlichkeiten aus Film, Musik und Kunst einlädt und für die Unterstützung verschiedenartiger Benefizveranstaltungen für das Projektes KIPKEL gewinnen konnte. Beispiele hierfür sind Lesungen mit Matthieu Carrière, oder Konzerte der Düsseldorfer Symphoniker, deren Einnahmen dem Projekt zugute kamen.

Auch der Bedarf an speziellen Aus- und Weiterbildungsangeboten bzw. Informationsveranstaltungen z.B. für Fachhochschulen, Jugendämter, Beratungsstellen, Pädagogen oder Mitarbeiter der psychosozialen Dienste werden, neben dem Interesse der Aufklärung über den Unterstützungsbedarf der Kinder psychisch kranker Eltern, auch mit der entsprechenden finanziellen Honorierung verbunden.

0.0 Zwischen Prävention und Krisenintervention: Die Arbeit mit den Kindern und Familien mit psychisch kranken Eltern

Das Unterstützungsangebot von FLIPS richtet sich in erster Linie an Kinder zwischen sechs und 16 Jahren, die mit einem oder zwei psychisch kranken Elternteilen aufwachsen. Das bestehende Kurskonzept ist bisher stark therapeutisch orientiert, was auch daran liegt, dass viele Kinder, die

durch das JA zu FLIPS kommen schon auffällig geworden sind, und die Zugangsmöglichkeiten für möglichst alle Kinder offen gehalten werden sollen, auch für diejenige, die schon therapeutischen Bedarf haben.

Um die Zugangsschwelle so niedrig wie möglich zu halten wird auch die Krankheitseinsicht oder die aktive Mitarbeit der Eltern nicht als Voraussetzung für die Teilnahme der Kinder angenommen. Es wird jedoch begrüßt, dass beim psychisch erkrankten Elternteil eine psychiatrische Diagnose vorliegt, was auch bedeutet, dass davon ausgegangen werden kann, dass die Akzeptanz der Unterstützung für die Kinder, auch mit einer gewissen Einsicht des eigenen Hilfebedarfs verbunden ist, und eine entsprechende Krankheitseinsicht besteht.

Da versucht wird, die Eltern eng in die Arbeit mit den Kindern einzubeziehen, und die psychische Erkrankung der Eltern auch thematisiert wird, bleibt die Form der Krankheitsbewältigung der Eltern ein wichtiger Einflussfaktor für den Erfolg des Kurses für die Kinder. Es werden jedoch auch Kinder in das Projekt aufgenommen, deren erkrankter Elternteil noch nicht krankheitseinsichtig ist, und die z.B. aufgrund einer Trennung der Eltern beim gesunden Elternteil leben.

Zu der präventiven Arbeit gehört es in der Öffentlichkeit, sowie in der Fachöffentlichkeit auf die Situation der Kinder mit psychisch kranken Eltern aufmerksam zu machen, und an der Vernetzung der unterschiedlichen bestehenden Hilfsstrukturen beizutragen, um die Zugangswege zu einer angemessenen, und bedarfsgerechten Unterstützung der Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern zu ebnen.

0.0.0 Zugang zur Hilfe

Die Erfahrungen von FLIPS zeigen, dass die betroffenen Familien nur in den seltensten Fällen aus eigenem Antrieb Hilfen für ihre Kinder suchen, und so von selbst auf das Projekt stoßen. Die Wahrnehmung der Eltern und der Öffentlichkeit für die Belastungen und den entsprechenden Hilfebedarf der Kinder mit psychisch kranken Eltern ist nur gering ausgeprägt, und es wird allgemein erst reagiert, wenn die Ressourcen der Kinder bereits aufgebraucht sind und sie durch ungeeignete Bewältigungsstrategien selbst Verhaltensauffällig werden.

Das Problem der Tabuisierung psychischer Krankheiten schränkt die Hilfesuche der Eltern erkennbar ein. Meistens werden die Erstkontakte über Dritte gemacht (Jugendamt, Gesundheitsamt), starke Verunsicherungen und Ängsten halten die Eltern meistens davon ab, selbst nach Hilfen zu suchen. Gemäß der §§ 61ff SGB VIII zum Schutz von Sozialdaten muss dann entsprechend der Datenschutz gewährleistet sein, was einen fallbezogenen Austausch mit anderen Institutionen nur ermöglicht, wenn das Einverständnis der Sorgeberechtigten vorliegt. Dies setzt die Akzeptanz des Hilfebedarfes durch den Klienten voraus.

Die elterliche Wahrnehmung für den Hilfebedarf der Kinder ist jedoch teilweise sehr gering, und wird von der Angst vor der Veröffentlichung der Krankheit in den Hintergrund gedrängt.

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin des sozialpsychiatrischen Dienstes in Witten erklärte dazu:

>>Ich habe einige Eltern , wo ich es für sehr glücklich halten würde, und mir dann die Mütter sagen: "Um Gottes Willen, dann kriegen ja die Nachbarn mit, oder die anderen mit, dass ich psychisch krank bin!" – und das kann ich verstehn – wenn ich denke, wenn ich psychisch krank wäre wüsst ich nicht unbedingt, ob ich meine Kinder zu so einer Gruppe selber bringen würde. Ich habe in Wetter eine Familie, wo das Kind dringend so einer Hilfe bedarf – aber selbst, wenn die Mutter zu mir kommt, fragt sie schon: Wer kommt vor mir? Wer kommt nach mir? ich möchte nicht haben, dass mich wer sieht, dass ich zu ihnen komme. (114-127,)

Nein- das sind leider die wenigsten, die - es sind auch Eltern die selber kommen, aber der größere Teil sind , - dass wir auf die Eltern zugehen , dass und sagen unserem sozialpsychiatrischen Dienst- sie sind krank, und wir haben hier ein Projekt für ihre Kinder, denken sie wir wollen ihren Kindern helfen. Wo sie manchmal sagen: – Wieso? Meine Kinder sind nicht auffällig! - Sie sind auch vordergründig nicht auffällig, auf der anderen Seite- wenn man ihnen erklärt, dass nicht in die Kinder gewaltsam eingedrungen wird, und dass es sehr spielerisch gemacht wird - erlauben sie, dann soll'n sie sich die Kinder halt mal anschauen. Die Notwendigkeit wirklich hier etwas zu tun, sehen die meisten Eltern am Anfang noch nicht ein. Erst wenn die Kinder gerne hingehen, und auch etwas berichten, und dann durch die Elterngespräche, wird ihnen klar, wie wichtig das für die Kinder ist ...

... und würden sie auch nicht in Anspruch nehmen, weil sie sich ja nicht eingestehen wollen, für die Kinder nicht ausreichend, ausreichend da sein zu können. Denn es ist schon schlimm genug, zu sehen, dass man krank ist. Und man neigt dann zu Überschätzung: Aber ich kann trotzdem noch alles regeln! Und wenn sie so krank sind, dass sie das nicht mehr mitkriegen, sich um ihre Kinder kümmern zu können, dann wird ihnen auch nicht bewusst, dass sie einen Rechtsanspruch darauf (Hilfen zur Erziehung) haben.

Interviewerin: Bisher ist es den Eltern dann nicht möglich, sich wirklich Entlastung zu schaffen, also sich Hilfen zu suchen?

Nein ! - Das ist der Grund, warum wir hoffen, dass dieses Projekt auf festeren Beinen steht, dass es keine Schande ist , dort hin zu gehen – dass die Eltern wissen, hier bekomme ich Entlastung. Aber so weit sind wir noch nicht!

<< (Interview 2, 257-297,)

Das JA nimmt ebenfalls wahr, dass Familien und Kinder mit psychisch kranken Eltern so gut wie nie von selber nach Hilfen durch die Jugendhilfe suchen, und der Zugang zu den entsprechenden Familien sehr schwer ist. Meistens führt der öffentliche Druck und die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder dazu, dass Hilfen angenommen werden.

>>Also, die Eltern melden sich so gut wie nie persönlich, oder die Erstkontakte laufen nicht über die Eltern. Die laufen in den Fällen, die wir jetzt ganz brisant hatten eben, über Schule, Verwandte und – sei denn sie entbinden jetzt einen Arzt von der Schweigepflicht, wie Frau Dr. W. , d.h. dann über die Ärzte... (26-35)

Das ist manchmal ein Problem, die Eltern sind ja nicht krankheitseinsichtig, so dass, also, wenn dann der öffentliche Druck oft dafür sorgt, wie Schule, wie Nachbarschaft, dass dann da ´ne Einsicht bei den Eltern- weniger durch Überzeugungsarbeit, aber eben vielleicht auch instinktiv handelnd, dass die dann sagen: wir sind damit einverstanden, wenn du – Jugendamt- irgend ´ne Maßnahme einleitest – ambulante um die Kinder in irgendeiner Form zu stützen.<< (Interview 4, 74-85)

Aus dem Wissen über die Gründe für die Zurückhaltung der Eltern nach Hilfen zu suchen, muss versucht werden, die Zugangsschwelle zum Projekt so niedrig wie möglich zu halten und keine allzu hohen Ansprüche an die Eltern zu stellen. Es sollte ihnen aber dennoch immer wieder die Gelegenheit gegeben werden sich in die Arbeit mit den Kindern einzubringen.

Ein Großteil der Kinder, die zu FLIPS stoßen sind bereits entsprechend auffällig, und es bedarf schon der therapeutischen Kompetenzen der Gruppenleiter und der entsprechenden fachlichen Qualifikation, um die diagnostische Klärung des Hilfebedarfs vornehmen zu können, und den Kindern die geeignete Hilfe geben oder vermitteln zu können. Kinder die nicht gruppenfähig sind, oder schon deutliche Störungen zeigen, können dann auch in die Einzeltherapie des Psychologen aufgenommen werden, oder an andere therapeutische Hilfen vermittelt werden.

Die ersten Kinder, die bei FLIPS Unterstützung fanden, waren Kinder der Patienten von Frau Dr. Wietfeld, und Kinder die durch das Jugendamt geschickt worden waren (Problemkinder). Hinzu kamen Kinder, die Frau Dr. Frinken über den sozialpsychiatrischen Dienst an FLIPS vermittelte.

Die Entwicklung geht aktuell in die Richtung, dass sich über den wachsenden Bekanntheitsgrad von FLIPS, auch Eltern selbst im Projekt melden. Auch vom Jugendamt Hattingen, sowie von Erziehungsberatungsstellen aus Herdecke und Bochum gab es bereits Anfragen für deren Klienten.

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie, sowie andere psychosoziale Hilfsanbieter im regionalen Umfeld geben das Angebot offensichtlich noch nicht an ihre Patienten weiter. Ebenso haben noch keine Kinder von Patienten der anderen niedergelassenen Psychiater in Witten durch diese Zugang zum Projekt bekommen können.

Es ist immer als großer und wichtiger Erfolg zu sehen, wenn Eltern selbst den Kontakt zu FLIPS suchen, was leider eine Ausnahme darstellt, in letzter Zeit aber häufiger vorkommt.

Ein Ziel der Öffentlichkeitsarbeit über lokale Presse, Plakate usw. ist es ja auch die Tabuisierung zu durchbrechen, und auf diesem Weg die Wahrnehmung der Eltern und der Öffentlichkeit für die Bedürfnisse und Belastungen der Kinder zu sensibilisieren und die Entscheidung für die Annahme von Hilfe zu erleichtern.

Die Erfahrung im Projekt FLIPS zeigt, dass fast immer der gesunde Elternteil, oder eine andere sorgeberechtigte Person (z.B. Oma), derjenige ist, der das Kind dann anmeldet.

>> ...Wir haben auch Eltern, die selber kommen – auch aus umliegenden Städten - die sagen: „Ich hab das gelesen, das find ich gut. Ich hab ´ mich von meinem Mann getrennt, mein Mann ist – hat schizophrene Schübe, und ich weiß gar nicht, wie ich mit meinen Kindern drüber reden soll.“ – Es ist auch leichter zu sagen, mein Mann ist krank, und ich will den Kindern helfen, als zu sagen ich bin krank und will den Kindern helfen.<< (Interview 2, 147-151)

Um die Zugangsmöglichkeit über den erkrankten Elternteil zu erreichen, und dessen Akzeptanz für das Angebot an die Kinder zu erhöhen, sind entsprechend niedrigschwellige Angebote notwendig, die zur Zeit noch nicht ausreichend geschaffen worden sind. Dies zeigt sich darin, dass die Anmeldung, sowie die aktive Mitarbeit meistens vom gesunden Elternteil aus geht. Die Akzeptanz für das Unterstützungsangebot sollte jedoch von beiden Elternteilen da sein, und der erkrankte Elternteil sollte auch die Möglichkeit haben sich aktiv in die Elternarbeit einzubringen. Um die Bereitschaft zur Hilfesuche bzw. die Zugangsmöglichkeit des psychisch erkrankten Elternteils für seine Kinder zu erhöhen, müsste die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten, sowie den Kliniken verstärkt werden. Gerade hier könnte die engere Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder der Klinik von größter Wichtigkeit sein, und entsprechende Überzeugungsarbeit und Aktivierung von Selbsthilfe vorbereitet werden. Letztendlich hängt der Grad des Erfolges durch das Unterstützungsangebot für die Kinder, auch von der Art der Auseinandersetzung mit der Krankheit, wie sie vom Erkrankten selbst betrieben wird, und dem entsprechenden Einfluss auf die Belastung der Kinder ab. Wird die Unterstützung des Kindes nicht aktiv, und nach den Möglichkeiten des psychisch erkrankten Elternteils von diesem mit getragen, ist die Gefahr groß, dass die Kinder immer wieder in Loyalitätskonflikte zum erkrankten Elternteil kommen, und Veränderungs- oder Bewältigungsansätze des Kindes und der Familie blockiert werden.

Natürlich können Kinder auch in das Projekt aufgenommen werden, wenn der erkrankte Elternteil noch nicht krankheitseinsichtig, und/oder nicht zur Zusammenarbeit mit FLIPS bereit ist, jedoch ist dann die Gefahr von zunehmenden Loyalitätskonflikten gegenüber den Eltern groß. Es besteht die Gefahr, als „Verräter“ vom erkrankten Elternteil angesehen zu werden, und dadurch entsprechende Spannungen in der Eltern-Kind-Beziehung zur Eskalation kommen. Hier wird dann die Belastbarkeit des Kindes auf eine harte Probe gestellt, was eher kontraproduktiv zum Ziel der Gruppenarbeit wirken kann. Die Gefahr ist groß, dass das Kind so in die Rolle eines Therapeuten gebracht wird, und zur Gewinnung von Krankheitseinsicht instrumentalisiert wird (meist durch den gesunden Elternteil).

Die Konzeption des Angebotes geht in die Richtung, die Krankheitseinsicht der Eltern als wichtigen Bestandteil für den Besuch des Kindes bei FLIPS einzuräumen, zumal die Zusammenarbeit mit den Eltern einen wichtigen Teil des Angebotes ausmacht, und die Kompetenz der Mitarbeiter/Therapeuten auf den Umgang mit psychisch Erkrankten spezifiziert ist. Die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter kann die adäquate Integration des erkrankten

Elternteils in die Arbeit mit den Kindern fördern, und so auch die manchmal gestörte Eltern-Kind-Beziehung wieder in Gang bringen.

Die Ausrichtung des Angebotes soll sich aber nicht auf Kinder von psychiatrischen Patienten mit entsprechender Diagnose beschränken, was möglicherweise die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt einschränken würde. Die Kinder, die durch das JA geschickt werden, sind zum Teil selber schon stark psychisch belastet und entsprechend auffällig, gerade weil die Eltern keine Krankheitseinsicht entwickelt haben. Für diese Kinder müssen Zugangsmöglichkeiten für Angebote im Sinne einer sekundären Prävention offengehalten werden.

Finden Eltern und Kinder über die Empfehlung anderer Institutionen bzw. deren Mitarbeiter Zugang zu der Unterstützung durch FLIPS, so haben sie meistens schon eine gewisse akzeptierende Haltung für die Unterstützung ihrer Kinder, sind aber nicht immer darauf eingestellt, selber aktiv mit zu arbeiten. Da die Einbindung der Eltern in die Arbeit mit den Kindern ein fester Bestandteil des Konzeptes von FLIPS ist, muss die Verantwortungsübernahme und aktive Mitarbeit der Eltern durch entsprechende Arbeit mit den Eltern begleitet werden.

0.0.0 Arbeit mit den Eltern

Nachdem die Eltern von dem Unterstützungsangebot durch FLIPS erfahren haben (z.B. über sozialpsychiatrischen Dienst oder Jugendamt) wird nach einer ersten Einladung zu einer Eltern-Informationsrunde die Gelegenheit gegeben, die Kinder verbindlich für einen Kurs anzumelden. Die Gründe dafür ihre Kinder bei FLIPS anzumelden sind unterschiedlich, und hängen stark von der Art und Intensität der eigenen Krankheitsbewältigung der Eltern ab.

Jene Eltern, die sich sehr intensiv und aktiv mit der Bewältigung der Erkrankung und ihrer Folgen auseinandersetzen, sind meistens auch in der Lage nach Entlastung zu suchen, und wünschen sich entsprechende Unterstützung. Ihre Wahrnehmung für die Belastungen der Kinder sind sensibler als bei Eltern die sich ihre Krankheit nicht eingestehen und das Thema entsprechend tabuisieren. Sie sind sich der Belastungen für die Kinder eher bewusst, und wünschen sich dann z.B. Entlastung von der Sorge, ihren Kindern keine guten Eltern sein zu können und ihnen zu viele Belastungen zu zumuten, und sind entsprechend froh darüber eine Chance zur Wiedergutmachung von vergangenen Belastungen nutzen zu können. Sie haben die Hoffnung, dass ihre Kinder keinen Schaden durch die Belastungen in der Familie nehmen, und wünschen sich zur Sicherheit eine therapeutische Abklärung.

Ein Vater von zwei Mädchen, die bei FLIPS Unterstützung fanden, drückt es so aus:

>>Wir haben die auch zu FLIPS geschickt, um für uns selbst die Sicherheit, oder die Beruhigung zu haben, dass die Kinder nicht all zu sehr belastet sind dadurch (die Krankheit)...und dass sie lernen auch mit uns darüber zu sprechen, wenn sie sich schlecht fühlen...(Interview 5, 430-433)

Die Entlastungsmöglichkeiten für die Kinder sind entsprechend effektiv, wenn die Bewältigungsstrategien der Eltern erfolgreich sind und den Kindern eine gewisse Offenheit im Umgang mit der psychischen Erkrankung vorgelebt wird.

>>Zuerst hat meine Frau dieses Seminar mitgemacht für die Kranken, die Betroffenen. Ich hab dann so 'n Angehörigenseminar mitgemacht, und danach die Kinder, dadurch konnt'ma' die Kinder vielleicht auch gut dazu überreden, denn wir haben gesagt: „Mama hat's gemacht, Papa hat's gemacht, jetzt macht ihr's noch und dann is' gut!“ - Und bei der ganz Kleinen hat man eben gesehen, dass sie da eben sehr gut mit klar kam, vor allem also mit der Musiktherapeutin. Sie hat ja mehrere Kurse besucht, und ist auch gerne immer wieder hingegangen, und das hat sie auch locker gemacht...<<(Interview 5, 496-503)

Zum Teil kann jedoch nur im eingeschränkten Maße eine Mitarbeit der Eltern geleistet werden, wenn beispielsweise noch große Scham und Ängste vor der Veröffentlichung der Krankheit bestehen, oder eine akute Krisensituation die Eltern besonders fordert.

Genauso kann aber auch die mangelnde Einsicht für die Notwendigkeit und mangelndes Interesse die Mitarbeit blockieren und dann auch entsprechend bewirken, dass die Teilnahme des Kindes an der Gruppe von den Eltern in Frage gestellt wird. Dies kann z.B. der Fall sein wenn sich der Gesundheitszustand des erkrankten Elternteils zwischenzeitlich so verbessert hat, dass keine Unterstützung mehr für erforderlich gehalten wird.

>> ... und es gibt also eine Familie die einen ausgesprochen hohen Bedarf hatte, - und letztendlich auch mitverantwortlich dafür ist, dass ich das überhaupt gemacht habe -, aber sowas von abblockt, und zwar nicht von der betroffenen Frau aus, sondern von dem Ehemann, der nur eine intakte, heile Welt haben möchte. Und wenn die Welt wieder in Ordnung ist, wird sofort alles wieder gekappt, will er nichts mehr damit zu tun haben! (Interview 3, 405-411)

Die Eltern dürfen keinesfalls für die Beteiligung am Kurs unter Druck geraten, daher wird seitens FLIPS viel Wert darauf gelegt, die Freiwilligkeit für die Inanspruchnahme der Elternangebote zu betonen, aber auch den Nutzen für die Kinder und das Familienklima und die Eltern-Kind-Beziehung zu erläutern. Wichtig und hilfreich ist es die Erwartungen der Eltern zu erfragen und entsprechende Informationen über die Möglichkeiten und Ziele, aber auch über die Grenzen von FLIPS zu vermitteln. Seitens FLIPS wird deshalb viel Wert darauf gelegt, dass die Eltern ihre Kinder persönlich im Projekt anmelden, um vermitteln zu können, dass die Akzeptanz und die Mitarbeit der Eltern wichtige Bestandteile des Angebotes sind und sie für den Erfolg des Unterstützungsangebotes mitverantwortlich bleiben.

Es besteht generell das Angebot an die Eltern nach Terminabsprache ein Gespräch mit den Therapeuten führen zu können, um z.B. Veränderungen in der Familie, im Bezug auf den Gesundheitszustand des erkrankten Elternteils oder im Verhalten des Kindes mitzuteilen.

Da die Eltern sich zunächst meistens nur mit größter Vorsicht und Zurückhaltung auf das Angebot einlassen können, wird nach und nach versucht sie in die Arbeit einzubeziehen und es wird immer wieder die Gelegenheit zu Gesprächsmöglichkeiten und aktiven Beteiligung

gegeben Dies aktiviert und verbessert die Wahrnehmung der Eltern für die Kinder, und fördert die häusliche Kommunikation und Auseinandersetzung mit auftretenden Belastungen und belastenden Gefühlen, nicht nur im Bezug auf die Krankheit

Den Eltern wird angeboten außer der Einführungsrunde auch den ersten Gruppentermin gemeinsam mit den Kindern wahrzunehmen. In gemeinsamen Kennenlern-Spielen (in denen es aber hauptsächlich um die Kinder gehen soll) kann der erste Informationsaustausch z.B. über die Familienstruktur stattfinden, und so die Erlaubnis zur Enttabuisierung der häuslichen Probleme durch die Eltern signalisiert werden. Die deutlichen Signale der Eltern für die Akzeptanz des Angebotes verringern die Gefahr der Loyalitätskonflikte für die Kinder, wenn es zur Thematisierung der Belastungen kommt.

Einen Teil der gemeinsamen Gruppenstunde verbringen die Eltern mit dem Ausfüllen eines Fragebogens der die Wahrnehmung der Eltern für die Belastungen ihrer Kinder abfragt (Fragebogen Eltern s. Anhang).

Im aktuellen überarbeiteten Konzept werden die Eltern zusätzlich in der Mitte des Kurses zu einer Gruppenstunde mit den Kindern eingeladen, um die Kommunikation über die Erkrankung in Gang zu bringen, bzw. den aufklärenden Teil über die Erkrankungen der Eltern vorzubereiten. Nach einem gemeinsamen Teil mit Eltern und Kindern haben die Eltern dann die Gelegenheit im Nebenraum mit dem Psychologen und Psychotherapeuten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene über die Möglichkeiten der Thematisierung der Krankheit in der Familie zu reden, und sich auf eventuelle Fragen von den Kindern vorzubereiten, die durch die Arbeit in der Gruppe erwartet werden können.

Generell wird die letzte Stunde des Kurses als Eltern-Abschlussrunde genutzt, um zusammenfassend, eventuelle Veränderungen an den Kindern oder in der Familie besprechen zu können und auf den möglichen weiteren Bedarf an Hilfen eingehen zu können.

0.0.0 Diagnostik und Klärung des Hilfebedarfs

Die Belastungen und Bewältigungsversuche der Kinder sind sehr unterschiedlich, und es bedarf einer entsprechenden Diagnostik, um den tatsächlichen Hilfebedarf der Kinder feststellen zu können. Durch die hohe fachliche Qualifikation der Mitarbeiter im Projekt (Ärztinnen, Psychologe, Musiktherapeutin) ist eine Diagnostik auf entsprechend hohem Niveau gewährleistet.

Um die Belastungen der Kinder und ihr Verhalten besser einschätzen zu können wird vor allem auch der Fragebogen den die Eltern am Anfang ausfüllen diagnostisch genutzt. Die Informationen aus den Fragebögen geben Hinweise darauf:

- Wie stark die Tabuisierung der Erkrankung in der Familie ist.
- Wie die Wahrnehmung der Eltern für ihre Kinder ist.

- Ob das Kind schon deutliche Verhaltensauffälligkeiten zeigt.
- Wie das Kind auf die Belastungen reagiert.

Manchmal verhalten sich die Kinder im Kurs ganz anders, als sie es zu Hause oder in der Schule tun, wodurch die ergänzenden Angaben der Eltern als Information zur Ergänzung des Gesamteindrucks durch die Therapeuten beitragen.

Zusätzlich steht ein Fragebogen für die Kinder zur Verfügung (Fragebogen Kinder s. Anhang), der von der Musiktherapeutin des Projektes entwickelt wurde, und der die Sicht der Kinder über ihre Erfahrungen und Belastungen durch die Erkrankung eines Elternteils wiedergeben kann. Der Einsatz dieses Fragebogens wurde aber bisher nur vereinzelt eingesetzt es liegen daher keine Erfahrungen vor.

Zum Teil werden die Kinder, die bereits durch Verhaltensauffälligkeiten wahrgenommen worden sind, durch das Jugendamt an das Projekt vermittelt. Wird die Kursteilnahme im Rahmen der Hilfen zur Erziehung oder der Wiedereingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder (oder von einer solchen Behinderung bedrohten Kinder) gefördert, geht zunächst ein Hilfeplanverfahren (§ 36 SGB VIII Mitwirkung, Hilfeplan) durch das Jugendamt voraus, in dessen Rahmen der entsprechende Therapeut des Projektes zu einem Hilfeplangespräch mit Mitarbeitern der Jugendhilfe, den Eltern und eventuell dem Kind ins Jugendamt eingeladen wird und entsprechende Informationen über das Kind und die Familiensituation so für ihn zugänglich werden. Für den Nachweis, dass eine entsprechende Hilfe zur Erziehung notwendig ist, benötigt das Jugendamt ein psychologisches oder ärztliches Gutachten, das belegt, dass diese Fördermaßnahme für die Entwicklung des Kindes erforderlich und geeignet ist. Dieses Gutachten kann auch von dem Psychologen des Projektes oder vom sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes erstellt, oder eingesehen werden. In diesem Fall kann dann darauf aufbauend pädagogisch/therapeutisch mit dem Kind gearbeitet werden.

Der Verlauf der Gruppenstunden wird über den gesamten Kurszeitraum protokolliert (Kursprotokolle s. Anhang) und da immer zwei Mitarbeiter in einer Gruppe zusammenarbeiten, können die Beobachtungen und Einschätzungen der Therapeuten / (Sozial-)Pädagogen entsprechend zu zweit reflektiert werden, was einen hohen fachlichen Standard sichert.

Die Ableitung des Unterstützungs- oder Hilfebedarfs der einzelnen Kinder ergibt sich aus den jeweiligen Ressourcen und vorhandenen Bewältigungsfähigkeiten, und kann daher sehr unterschiedlich sein. Die Schwerpunkte der Beobachtungen liegen auf den direkten und indirekten Äußerungen der Gefühle durch die Kinder, die sich z.B. in der Wahl der Instrumente, oder dem Ausdruck des Spiels auf und mit dem jeweiligen Instrument zeigen, außerdem werden die Vorlieben und Abneigungen der Kinder genau betrachtet, sowie ihre Interaktion mit den anderen Gruppenmitgliedern.

Für die Unterstützungsmöglichkeiten von FLIPS ist wichtig zu betrachten:

- Wie stark sind Ängste und Verunsicherungen bei dem Kind ausgeprägt? Wie ist die Gefühlslage des Kindes, welche Gefühle und Verhaltensweisen überwiegen?
- Wie gut kann es seine Gefühle selber wahrnehmen und differenzieren?
- Wie gut kann es seine Gefühle äußern? Wie gut kann es sich Gehör verschaffen, sich mit seinen Problemen bemerkbar machen? Kann es Ärger und Wut zeigen? Wie stark sind die Schuldgefühle (gegenüber den Eltern)?
- Welche Bewältigungsstrategien hat es entwickelt?
- Was kann es besonders gut, worin ist es sicher? Was macht ihm besondere Freude?
- Hat es eigene Interessen und Hobbies? Wie viel Zeit hat es für die eigenen Interessen?
- Hat es Freunde und Spielkameraden, soziale Kontakte?
- Wie stark ist der Rückhalt in der Familie? Wer sind die Vertrauenspersonen des Kindes?

Die Unterstützung des Gruppenleiters kann dann entsprechend dahin gehen, die erkennbaren individuellen psychischen Ressourcen der Kinder durch die Angebote von Selbsterfahrungsräumen und Reflexionsmöglichkeiten zu stärken, um so erfolgreiche Bewältigungs- und Kommunikationsfähigkeiten zu entwickeln. Über die Auseinandersetzung mit eigenen Stärken und Schwächen können die eigenen Belastungen durch die Erkrankung der Eltern und den Folgen der Erkrankung thematisiert und in Bezug zu sich selbst gesetzt werden, d.h. in das Selbstbild integriert werden und das Selbstbewusstsein stärken.

0.0.0 Die Gruppenarbeit mit den Kindern

Die Arbeit mit den Kindern ist auf folgende Ziele gerichtet:

- ? Vertrauen und Sicherheit aufbauen
- ? Sicherheit in der eigenen Wahrnehmungsfähigkeit bestärken
- ? Die Kinder dazu ermutigen eigene Gefühle zu erleben und auszudrücken
- ? Durch den Kontakt mit anderen Kindern Austausch über Ähnlichkeiten der Schicksale erleben können, nicht alleine bleiben mit den Sorgen
- ? Kindgerechte Aufklärung und Beratung über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern
- ? Entlastung der Kinder von dem Gefühl daran Schuld zu sein, dass die Eltern krank sind
- ? Entlastung der Kinder von der Elternfunktion
- ? Erleben von Unbeschwertheit und Kind sein dürfen
- ? Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen fördern, eigene Stärken erkennen lernen
- ? Eigenständigkeit und Abgrenzungsfähigkeit fördern
- ? „Normalität“ im Umgang mit der Erkrankung lernen

Das Gruppenangebot richtet sich an Kinder im Schulalter, und umfasst nun 12 Kurseinheiten, wobei zwei Kurseinheiten für die Eingangs- und Abschlussrunde mit den Eltern reserviert ist.

Der didaktisch/methodische Aufbau des Kurskonzeptes und der einzelnen Gruppenstunden (Protokolle s. Anhang) ist entsprechend den klassischen Regeln der Gruppenarbeit in der ersten Phase auf das Kennenlernen und den Aufbau eines Wir-Gefühls gerichtet. Der Aufbau von Vertrauen und Nähe, schafft die Grundvoraussetzungen für eine offene Kommunikation über Gefühle und verborgene Wünsche.

Als Medium soll dabei nicht nur die verbale Kommunikation, also die Sprache eingesetzt werden, sondern es wird den Kindern die Gelegenheit gegeben, sich über andere Medien wie Musik, Rollenspiele, Malen und Zeichnen auszudrücken. Diese kreativen Medien können da wo Sprache nicht möglich ist oder es Blockaden gibt, wie z.B. durch die Tabuisierung der elterlichen psychischen Erkrankung und Schuldgefühlen der Kinder, eingesetzt werden, und als Alternative zum sprachlichen Ausdrucksvermögen Gefühle freisetzen und diese dann erkennbar, sowie reflektierbar machen. Hierzu wurde z.B. über eine Tieridentifikation das Thema „Tiere im Dschungel“ zeichnerisch umgesetzt (s. Protokolle im Anhang), indem die Kinder dazu angeregt wurden ihre Familie als Tierfamilie darzustellen und dann den anderen die Familienmitglieder vorzustellen.

Die Erfahrungsangebote für die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und den Gefühlen der anderen in der Gruppe, sollen einen neuen Raum für den Austausch über möglicherweise verdrängte und unangenehme Erfahrungen und Gefühle eröffnen.

Eigene Stärken können neu erfasst werden und in das Selbstbild integriert werden, was zu einer Stabilisierung des Selbstbewusstseins und der Ich-Stärke (Selbstwertgefühl) genutzt werden kann.

Die konkrete Thematisierung der elterlichen Erkrankung wird besonders gut vorbereitet, indem die Eltern zu Beginn dieser Phase mit in die Gruppe kommen, um den Kindern die Enttabuisierung des Themas „psychische Krankheit“ signalisieren zu können (Elternbrief s. Anhang). Die Eltern können dann in einem begleitenden Gespräch mit dem Psychologen des Projektes auf die „Nachwirkungen“ der Gruppenstunden vorbereitet werden, und Fragen stellen oder Tipps bekommen, wie man auf entsprechende Fragen der Kinder antworten kann. Dies soll die nötige Sicherheit und Offenheit für die Auseinandersetzung mit der Erkrankung in der Familie schaffen.

Das Ziel ist eine Normalität im Umgang mit dem Thema der Erkrankung finden zu können, ohne Tabuisierung, aber auch ohne die Kinder mit der Auseinandersetzung zu überfordern oder zu einer Auseinandersetzung zu zwingen. Den Kindern soll die Möglichkeit offen stehen zu einem selbstgewählten Zeitpunkt eine Auseinandersetzung mit dem Thema zu betreiben, und eigene Fragen zu stellen, wenn sie denn kommen sollten.

Möglicherweise zeigt sich in dieser Phase auch, dass den Kindern andere Themen wichtiger sind, und die Belastungen durch die Erkrankung nicht im Vordergrund stehen. Manchmal ist es für die Kinder eine völlig neue Erfahrung mit ihren eigenen Sorgen und Interessen bei den

Eltern wahrgenommen werden zu können, und selbst im Mittelpunkt stehen zu können ohne Schuldgefühle gegenüber den Eltern haben zu müssen.

In der Abschlussphase soll das Selbstwertgefühl durch die Betonung der eigenen Kompetenzen gestärkt werden und die Ablösung von der Unterstützung durch die Gruppe vorbereitet werden. Mit dem Abschied sollen die Kinder ihre erlernten und weiterentwickelten sozialen, kommunikativen und psychischen Kompetenzen für die Stabilisierung ihrer Bewältigungs- und Abgrenzungsfähigkeiten einsetzen können und sich auch selber entsprechende Hilfe suchen können, wenn sie diese brauchen.

0.0.0.0 Die Elemente der Musiktherapie mit Kindern

In der Arbeit mit den Kindern bei FLIPS wird nicht rein musiktherapeutisch gearbeitet, sondern eine eigene Ausrichtung im Sinne einer Kindermusiktherapie umgesetzt. Dies bedeutet, dass es eine klar umrissene Kindermusiktherapie bisher nicht gibt, sondern die Musiktherapeutin Elemente der Kinderpsychotherapie, der Spieltherapie und der Musiktherapie für die Arbeit mit den Kindern bei FLIPS verflechtet.

Für die Arbeit mit Kindern ist es wichtig, über ein nichtverbales Medium Zugang zu den Gefühlen und psychischen Ressourcen gelangen zu können, da Kinder in ihren Fähigkeiten zur Selbstreflexion noch nicht so weit entwickelt sind, dass sie sich allein über Sprache ausdrücken können. Musiktherapeutische Elemente können hier einen wichtigen Raum bereitstellen, in dem Platz und Möglichkeit zum Spielen und Verstehen ist, ein Raum, in dem Zwischenwelten ausprobiert und Beziehungen hergestellt und verändert werden können. (vgl. Mahns 1997)

>> Musik wird in der therapeutischen Beziehung immer weiter auf überraschende Weise neu definiert, umgeformt und angereichert, durch Spiel, Worte und Zeichnungen...Oberste Priorität ist die therapeutische Hilfeleistung, eine Anbahnung von Kontakt und Dialog, und nicht ein starres Festhalten an Musik.<< (Bernius 1997, S. III)

Wie wirkt Musiktherapie?

Rhythmus, Klang, Melodie, Dynamik und Form sind die Kategorien, in denen Musik erfasst und produziert werden kann. Am Beispiel des Rhythmus kann die Übersetzungsarbeit durch diese Elemente der Musik erklärt werden:

>>Alle lebendigen Abläufe haben ihre eigenen rhythmischen Muster.<< (Hegi 1993, S.32)

Es kann sehr aufschlussreich sein, wenn wir unsere alltäglichen Tätigkeiten einmal unter dem Aspekt des Rhythmus betrachten: Da ist der Zweiertakt von Herzschlag und Gehen, und der Dreiertakt des Atmens, aber auch der individuell unterschiedliche Rhythmus von Wachsein und Schlafen, von Spannung und Entspannung haben ein entsprechendes Muster. Vielleicht gibt es auch einen Rhythmus für das wechselnde Bedürfnis nach Nähe und Distanz zu Partnern oder engen Bezugspersonen, oder für den Wechsel von Auseinandersetzung und Rückzug in Beziehungen oder dem günstigen Ausgleich von Geben und Nehmen.

>>Ein Bewusstsein über solche persönlichen Rhythmen gibt Sicherheit oder Selbstbewusstsein und charakterisiert die Persönlichkeit. << (Hegi 1993, S.33)

Musik und ihr Rhythmus sind somit auch ein Spiegel oder Abbild unserer Persönlichkeit und unseres Lebensgefühls. Hier können z.B. innere Beweglichkeit, Verbundenheit zur Umgebung, unsere Offenheit oder Schutzbedürfnis, Hemmungen, Wut, Schmerz, Freude und Ausgelassenheit ihren Ausdruck im Rhythmus finden.

Besonders zum Einstieg in die therapeutische Gruppenarbeit kann das musikalische Spiel mit der Standardfrage „Wie geht es dir?“ hilfreich sein um die wahren Stimmungen und Gefühle der Gruppenmitglieder zum Ausdruck zu bringen.

In der Umsetzung des Spiels mit Kindern ist es wichtig, dass die Kinder nicht direkt über sich erzählen müssen, sondern die eigenen Gefühle und Eigenschaften spielerisch auf das Instrument übertragen dürfen. Im Instrument als „HILFS-ICH“ können die Kinder spielerisch variieren, ohne sich mit den Konsequenzen befassen zu müssen, sie dürfen mit ihren Ausdrucksmöglichkeiten spielen. Das Spiel heißt dann für die Kinder „Gefühlsbarometer“.

Jedes Kind darf sich sein Instrument selbst aussuchen, und es zunächst ganz für sich erklingen lassen und experimentieren. Hier mobilisiert die Musik die Gefühle, setzt sie frei und macht sie so reflektierbar. Jeder kann in seiner Musik das fühlen, was er selber fühlen kann und möchte, und so kann das Musikgeschehen zunächst für eine Affektabfuhr, aber auch als kommunikative Brücke eingesetzt werden. (vgl. Haas 2000)

Die Kinder können dann ihr Instrument den anderen vorstellen, und selbst beschreiben, wie es dem „Instrument“ geht, welche erkennbaren Eigenschaften es vielleicht hat.

Über die Reflexion der Eigenschaften und Gefühle des Instrumentes können Parallelen zu sich selbst gezogen werden, dies muss aber nicht direkt ausgesprochen werden, sondern kann spielerisch hinter dem Instrument versteckt werden oder einfacher über Hand-/Daumenzeichen signalisiert werden.

In der so eingeleiteten Kommunikation können sich die Kinder nun auch über das Spiel der Instrumente verständigen, und sich „musikalisch unterhalten“. Später kann dann reflektiert werden, wer mit wem Kontakt aufgenommen hat, oder welche Stimmung unter den „Gesprächspartnern“ vorherrschte. Besonders bei der Wahrnehmung der anderen zeigt sich, wie sensibilisiert die Kinder psychisch kranker Eltern im Bezug auf die Stimmungen der anderen sind: Sie scheinen besonders feine Antennen für die Gefühle anderer zu benötigen, haben aber oft große Schwierigkeiten die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Hier zeigt sich oft eine große Zurückhaltung bevor es dann zu einer plötzlichen ungeheuren Affektabfuhr kommt, indem sich z.B. nachdem mit der kleinen Rassel eher leise und dezent gespielt wurde, auf einmal zum großen Gong gewechselt wird, und mit einem großen Schlegel darauf eingeschlagen werden kann.. Das Erlebnis der eigenen Steigerungsfähigkeit und das „Zulassen

können“ der eigenen starken Gefühle wirkt dann entsprechend befreiend, und bringt besonders zurückgezogene schwingungsarme Kinder wieder in Schwung.

Die Kinder reden erst dann, wenn sie sich entsprechend angenommen, verstanden und sicher fühlen können. Es ist daher nötig, dass der Therapeut oder Gruppenleiter in der Lage ist, einen Schutzraum für die Kinder aufbauen zu können, was z.B. durch das Spiel „Das musikalische Dorf“ gefördert werden kann:

Die Kinder können zunächst auf einem gemeinsamen großen Papier (ca. 1,5m x 1,5m) das Haus für ihre Familie aufmalen. Danach wird mittels eines Balles Kontakt zu den anderen Gruppenmitgliedern hergestellt, indem der Ball über das Papier zu einer Person der freien Wahl hingeworfen wird. Der Weg des Balles ergibt eine Straße zum Haus dieser Person und wird entsprechend ausgemalt usw. bis alle Gruppenmitglieder durch ein Straßennetz verbunden sind. Dann wird eine Stadtmauer oder ein Schutzwall um das Dorf gezogen, und mit dem Hinweiß versehen, dass die Gruppe nun eine geschlossene Gemeinschaft darstellt, und nichts über die Gruppenmitglieder nach außen dringen soll, außer das was jeder über sich selbst mitzuteilen hat. Zum Schluss wird ein gemeinsamer Dorfplatz in der Mitte des Dorfes gemalt und musikalisch eingeweiht, indem alle Kinder zusammen ein musikalisches Stück improvisieren, das dann auch einen Namen bekommen soll.

Die Kinder können auch direkt aufgefordert werden bestimmte Gefühle zu vertonen, was zu einer Sensibilisierung und Erweiterung des eigenen Gefühlsrepertoires führen kann, und so die Flexibilität erhöht. Die Regelmäßigkeit des Rhythmus, oder die Lautstärke, die Tonlage usw. können spielerisch variiert und ausprobiert werden, und auf andere Bereiche übertragbar gemacht werden.

Ein anders Element der Gruppengestaltung mit Musik ist das gemeinsame Singen am Anfang und am Schluss der Stunde. Mit einem speziellen FLIPS- Begrüßungs- bzw. Abschlusslied werden die Kinder in die richtige Gruppenstimmung gebracht, um sich möglichst schnell ihren Raum innerhalb der Gruppe erschließen zu können, um mit einem Wir-Gefühl möglichst offen aufeinander zugehen zu können.

0.0 Ausblick

Wünsche und Planungen im Projekt gehen in die Richtung, das Kursangebot für die Kinder und Eltern aufgrund einer zunehmenden Nachfrage erweitern zu können, und somit ein festes Fundament für die Weiterentwicklung schaffen zu können.

Die neueste Entwicklung in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gibt Anlaß zur Hoffnung darauf, dass die Kooperation eine Signalwirkung für andere Institutionen hat, und die Akzeptanz für die Initiative dadurch allgemein erhöht wird. Die kontinuierliche

Öffentlichkeitsarbeit trägt allmählich Früchte und führt zu einem wachsendem Bekanntheitsgrad des Angebotes.

Besonders die Resonanz der teilnehmenden Kinder und Eltern ist sehr gut, was sich besonders an einem Jungen zeigt, der nun auf eigenen Wunsch, über die Förderung des Jugendamtes schon den dritten Kurs besucht. Womöglich ausgelöst durch die Fortschritte in der Krankheitsbewältigung der Mutter, war er zwischenzeitlich wieder auffälliger geworden, weshalb ihm der Einstieg in den laufenden Kurs gewährt wurde, um ihn wieder stabilisieren zu können. Er zeigte eine große Freude und Erleichterung darüber, dass er nun wieder „dabei“ sein darf. Zusammen mit der sich erfreulich entwickelnden Krankheitsbewältigung der Mutter, könnte die Chance durch die Begleitung bei FLIPS entscheidende Entwicklungen ermöglichen. Das Jugendamt ist sehr daran interessiert, auch den Bruder des Jungen im Projekt „unterzubringen“, was jedoch z.Zt. nicht möglich ist, da nur ein Kurs läuft, der schon sechs Kinder aufgenommen hat. Da es jedoch z.Zt. schon Anmeldungen für den nächsten Kurs gibt, und der jetzige Kurs parallel weiterlaufen wird, wird auch der Bruder bald aufgenommen werden können.

Anregungen und Ideen durch meine eigene Mitarbeit im Projekt sind auf ergänzende sozialpädagogische Angebote für die gemeinsame Freizeitgestaltung und die Intensivierung der Elternarbeit gerichtet.

Meine konkreten Vorschläge sind zum einen, dass ergänzend zu den therapeutisch ausgerichteten Gruppenstunden zusätzliche Termine angeboten werden, an denen gemeinsame Freizeitaktivitäten für Eltern und Kinder stattfinden, wie z.B.: Spielenachmittage, Basteln oder gemeinsame Ausflüge. Eine Förderung durch die Jugendhilfe scheint für solche Angebote aufgrund der prekären öffentlichen Haushaltslage aussichtslos zu sein. Für die Realisierung wäre somit ein größeres Spendenaufkommen oder die Eigenbeteiligung durch die Eltern notwendig. Dem Verein stehen zur Zeit noch nicht genügend Mittel für solche Angebote zur Verfügung.

Eine andere Idee richtet sich auf die Anregung und Gründung einer Elterninitiative, die sich an der Unterstützung und Förderung der Elternarbeit beteiligt. Der Aufbau von Elterngesprächskreisen bei FLIPS könnte so durch Selbsthilfe der Eltern zustande kommen, und die Öffentlichkeitsarbeit könnte so durch die Eltern selbst intensiviert werden.

Es wäre auch wünschenswert den Eltern Hausbesuche anbieten zu können, oder auch eine feste Sprechstunde einzurichten, was jedoch aus personellen, wie auch finanziellen Gründen noch nicht möglich ist.

Die Kooperationsbestrebungen in Richtung Erwachsenen-Psychiatrie und niedergelassene Ärzte, sowie Gesundheitsamt bleiben zunächst zweitrangig, da an der dortigen Akzeptanz für

das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ noch gearbeitet werden muss, wofür sich aber keiner der Mitarbeiter zum gegenwärtigen Zeitpunkt einsetzen kann oder möchte.

Die organisatorisch/verwaltungstechnische Basis des Projektes, sowie die räumliche Situation hat sich durch die Angliederung an den Angehörigenverein ProPat verbessert, und ist entsprechend noch entwicklungsfähig.

Insgesamt befindet sich das Projekt z. Zt. in einer entscheidenden Entwicklungsphase und startet mit viel Hoffnung und Zuversicht in das neue Jahr.

69 LITERATURVERZEICHNIS

- Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M. c.; Waters, E. & Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of Strange Situation. Erlbaum, Hillsdale.
- Beck-Texte (1999): Jugendrecht. 23. überarbeitete Auflage, Deutscher Taschenbuch Verlag, München .
- Bernius, Volker (1997): Vorwort des Herausgebers. In: Mahns (1997).
- Bierhoff, Hans-Werner (1999): Sozialpsychologie / Ein Lehrbuch. 4. Überarb. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Bourne, Lyle E., Ekstrand, Bruce R. (1997): Einführung in die Psychologie. 2. Auflage, Klotz Verlag, Eschborn bei Frankfurt a. M. .
- Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst (1999): Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie/ Lehrbuch. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Bowlby, J. (1984): Bindung. Fischer Verlag, Frankfurt/M. (orig. 1969).
- Brüderl, Leokadia (Hg.) (1988): Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Bundesminister für Gesundheit (Hg.) (1993): Modellprojekt „Schizophrenie in der Familie“: im Modellverbund „Psychiatrie“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit;Bd.17. Nomos Verlag Ges., Baden-Baden.
- Bünder, Peter (2002): Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit, 8/2002, S. 297-303.
- Brockhaus Enzyklopädie (1992), Bd. 19. F.A. Brockhaus, Mannheim.
- Christmann, Rainer M. & Tschentscher, A. (2002): BverfGE 32, 373 – Ärztliche Schweigepflicht, Internet: <http://wjuda7.jura.uni-wuerzburg.de> , 15.11.02
- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V. (Hg.) (1996/97 a) Informationsbroschüre für Eltern: Wenn eine Mutter oder ein Vater psychische Probleme hat...wie geht es dann den Kindern?
- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V. (Hg.) (1996/97 b): Informationsbroschüre für Kinder: Wenn deine Mutter oder Dein Vater in psychiatrische Behandlung muss...Mit wem kannst Du dann eigentlich reden?
- Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hg.) (1996/97 c) Informationsbroschüre für Jugendliche: Wenn Deine Mutter oder Dein Vater psychische Probleme hat...
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (1999): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, klinisch –diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber.
- Erikson, Erik-H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp verlag, Frankfurt/M..

- Fabianek, Birgit-Sara (2002): Kasse bietet Schülern Kurs gegen Streß.
In: Westfälische Rundschau vom 14.10.02, Dortmund.
- Fegert, Jörg M. (1996): Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach §35a KJHG. Votum Verlag GmbH, Münster.
- Franken, Sibille (2000): Konzeptionelle Vorstellungen und bisherige Erfahrungen des Margaretenhortes in der Betreuung psychisch kranker Eltern und deren Kinder. Manuskript im Eigenverlag.
- Fisher, S. & Reason, J. (1988): Handbook of life stress, cognition and health. Chichester, Wiley, Kap. 1.
- Gaspar, Markus (2002): Depressionen, In: Westfälische Rundschau, Gesund und Fit 4/02.
- Gattas, Gerlinde (2001): psychisch kranke Mütter und ihre Kinder im Mutter-Kind-Bereich der Marie-Christian-Heime. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (2001).
- Gernert, W. (Hg.) (1993): Das Kinder- und Jugendhilfegesetz 1993. Anspruch und praktische Umsetzung. Booberg Verlag, Stuttgart.
- Gundelfinger, Ronnie (1997): Welche Hilfen brauchen Kinder psychisch kranker Eltern?
In: Kindheit und Entwicklung, 97/6; Hogrefe, Göttingen.
- Günder, Richard (1999): Hilfen zur Erziehung: eine Orientierung über die Erziehungshilfen im SGB VIII. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Haas, Gudrun, 2000: Musiktherapeutische Arbeit bei FLIPS. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hartmann, H.-P. (1997a): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil I: Übersicht über bisherige Erfahrungen. Psychiatrische Praxis, Band 24, S.56-60.
- Hartmann, H.P. (2001): Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern und ihren Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 7/01, S. 537-551.
- Heim, Susanne (2001): ...und (k)ein Platz für die Kinder? Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Institut für soziale Arbeit (2001)
- Hegi, Fritz (1993): Improvisation und Musiktherapie – Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik. Junfermann Verlag, Paderborn.
- Hipp, Michael & Staets, Susanna (2001): Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern KIPKEL –Erfahrungen aus der Praxis- In: Institut für soziale Arbeit (2001)
- Institut für soziale Arbeit e.V. (2001): Soziale Praxis Heft 21– Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Votum Verlag GmbH Münster.
- Kügler, Katrin-Johanna & Wietfeld, Rita (2002): Wir dreh´n am Rad. Veranstaltungsfaltblatt zur Fachtagung in Witten, 02.11.02. Herausgeber: Gesundheitsamt Ennepe-Ruhr-Kreis & ProPat.
- Kreismann, Jerold J. & Straus, Hal (2002): Die schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. 13. Aufl., Kösel, München.

- Küchenhoff, Bernhard (1998): Welche Hilfen werden gewünscht? Eine Befragung von Eltern, Kindern und Bezugspersonen. In: Mattejat & Lisofsky, 2000: ... nicht von schlechten Eltern. S. 103-106.
- Laucht, Manfred und Esser, Günter und Schmidt, Martin H. (1992): Psychisch auffällige Eltern; Risiken für kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? Zeitschrift für Familienforschung, 4/92, S. 22 – 48.
- Laucht, Manfred und Esser, Günter und Schmidt, Martin H. (2000): Mannheimer Risikokinderstudie, Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 29 (4), 246-262, Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Mahns, Beate (1997): Musiktherapie bei verhaltensauffälligen Kindern: Praxisberichte, Bestandsaufnahme und Versuch einer Neuorientierung. Praxis der Musiktherapie Bd. 14. Fischer Verlag, Stuttgart.
- Mauthe, Jürgen-H.(Hg.)(1999): Krankheit & Geschlecht. Konzepte & Kontroversen. Verlag Wissenschaft & Praxis, Sternenfels.
- Mattejat, Fritz (2001): Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit – Eine Einführung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 7/01.
- Mattejat, Fritz & Lisofsky, Beate (Hg.) (2000):... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker. 2. ergänzte Auflage, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Meyer,C.,Mattejat, F., König, U.; Wehmeyer, P.M. & Remschmidt, H. (2001): Psychische Erkrankungen unter mehrgenerationaler Perspektive. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 7/01.
- Münder, J. (1995): Probleme des Sorgerechts – bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern – exemplarisch für den Kinderschutzbund. Familie und Recht, Heft 2.
- Münder, J. u.a. (1998): Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG/SGB VIII. 3. vollst. überarb. Aufl., Münster.
- Mehrmann, Elisabeth (1995): Vom Konzept zum Interview, Informationsgespräche richtig planen und führen. ECON Taschenbuch Verlag GmbH, Düsseldorf.
- Moser, Hans (1998): Instrumentenkoffer für den Praxisforscher. 2. Auflage, Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Oerter, Rolf, Montada, Leo (Hg.) (1998): Entwicklungspsychologie. 4. Auflage, Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Preston, G.H.; Antin, R. (1933): A study of Children of Psychotic Parents. Amer. J. Orthopsychiat. 2, S.231-241.
- Remschmidt, Helmut; Strunk, Peter; Methner, Christian; Tegeler, E. (1973): Kinder endogen-depressiver Eltern – Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstruktur. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 41, S. 328-340.

- Remschmidt, Helmut & Matzejat, Fritz (1994a): Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- Remschmidt, Helmut & Matzejat, Fritz (1994b): Kinder psychotischer Eltern. Eine vernachlässigte Risikogruppe. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43, S. 295-299.
- Rutter, M. (1966): Children of sich parents. An environmental and psychiatric study. Oxford Univ. Press, London
- Schmidtchen, Stefan (1999): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Beltz- Verlag, Weinheim.
- Schneewind, Klaus A. (1994): Erziehung und Sozialisation in der Familie. In: Enzyklopädie der Psychologie. Bd. 1, Kap. 3, S. 435 – 464. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Schneewind, Klaus A. (1998): Familienentwicklung. In: Oerter & Montada, 1998: Entwicklungspsychologie, 3. Kapitel.
- Schone, R./Wagenblass, S. (2002): Wenn Eltern psychisch Krank sind - Lebenswelten von Kindern und professionelle Handlungsstrategien. Votum Verlag GmbH Münster.
- Schwarzer, Wolfgang (Hg.) (1998): Lehrbuch der Sozialmedizin. Borgmann Publishing GmbH, Dortmund.
- Staets, Susanna (2002): Was Peter erzählte. Internet: <http://www.kipkel.de>, vom 22.11.02.
- Stöger, Peter und Mückstein, Eva (1995): Die Kinder der Patienten – Versuch einer Prävention. Sozialpsychiatrische Informationen 2/95, S. 27-31.
- Stöger, Peter (1996): Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern. Psychosoziale Umschau, 2/96, S. 8 – 10.
- Szyliowicki, Alexandra (2001): Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (2001)
- Trautmann-Sponsel, Rolf-Dieter, 1988: Definition und Abgrenzung des Begriffs Bewältigung. In: Brüderl, Leokadia, 1988: Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung.
- Trenckmann U., Bandelow B., 1999: Psychiatrie und Psychotherapie. Steinkopff Verlag, Darmstadt.
- Turmes, Luc (1998): Konzeptentwurf für eine Mutter-Kind-Station der Abteilung Allgemeine Psychiatrie III des Westf. Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dortmund. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Van den Boom, D. & Hoeksma, J.D. (1998): „Entwicklungsschicksal“ irritabler Neugeborener. (Org. 1994)
- In: Oerter, Rolf, Montada, Leo (Hg.) (1998): Entwicklungspsychologie. Kap. 4.4.
- Van der Kolk, Bessel A., 1998: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 47/98, S. 19-35.

- Verdegaal, Irene (1995): Präventive Betreuungsangebote in den Niederlanden. In: pro juventute, Heft 1/95, S. 10-13.
- Wietfeld, Rita (1999): FLIPS ; Ein Aufklärungsprogramm für Kinder psychotischer Eltern. Unveröffentlichtes Manuskript. Witten.
- Wolfersdorf, Manfred; Grünewald, Iris; Heß, Helga; Rupperecht, Ulrike (1999): Unterschiede in der Therapie depressiver Männer und Frauen. In: Mauthe, Jürgen-H.(Hg.): Krankheit & Geschlecht. Konzepte & Kontroversen.

70 Anhang