

Träger der theoretischen Studieninhalte:
Staatliche Studienakademie Breitenbrunn

Träger der praktischen Studieninhalte:
Boot e.V. Leipzig

KINDER PSYCHSISCH KRANKER ELTERN

**Eine vergessene Angehörigengruppe:
Lebenssituation – Forschung – mögliche und notwendige Hilfen
am Beispiel des Wege e.V. Leipzig**

Diplomarbeit

zur Erlangung des Grades Diplom- Sozialpädagogin (Berufsakademie)

in der Studienrichtung Arbeit mit behinderten Menschen

vorgelegt von:
Frau Juliane Straßberger
geboren am:
30.03.1976

bei:
Erstgutachter: Herr Dr. Ekkehard Rosch
Zweitgutachterin: Frau Inge M. Peitmann- Konrath

Themenübergabe: 07. Mai 2003
Einreichung: 21. August 2003

Danksagung

Spezieller Dank gilt Herrn Dr. E. Rosch für die fachliche Begleitung während der Entstehungszeit dieser Arbeit. Der Austausch und die konstruktive Kritik waren maßgebend für das Gelingen.

Außerdem danke ich dem Wege e.V. Leipzig, insbesondere D. Bialowons, für die gewinnbringende und dauerhafte Zusammenarbeit. Die Bereitstellung zum einen der konzeptionellen Daten, wie zum anderen die Weitergabe der fachspezifischen Erfahrungen waren für die Ausgestaltung der vorliegenden Diplomarbeit von besonderer Bedeutung.

Des Weiteren gilt besonderer Dank meiner praktischen Ausbildungsstätte, dem Boot e.V., für die dauerhafte Begleitung und Unterstützung über die Entstehungszeit dieser Arbeit, sowie für die flexiblen Arbeitszeiten wie auch der effektiven Beratung.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Zur Klärung verwendeter Begrifflichkeiten	4
3 Zur Lebenssituation Kinder psychisch kranker Eltern	6
3.1 Kindliche Problemlagen	6
3.1.1 Unmittelbare Probleme	6
3.1.2 Folgeprobleme.....	10
3.2 Entwicklungsfördernde Bewältigungsaspekte	14
3.3 Einflussfaktoren auf die Lebenssituation.....	15
3.4 Zusammenfassung	16
4 Zu aktuellen Forschungsansätzen und Forschungsergebnissen	18
4.1 High-risk-Forschung	18
4.1.1 Untersuchungen mit genetischen Fragestellungen	19
4.1.2 Sozialpsychiatrische und familientheoretische Studien	21
4.1.2.1 Direkte Auswirkungen der psychotischen Erkrankung	22
4.1.2.2 Indirekte Auswirkungen der psychotischen Erkrankung	24
4.1.2.3 Verstärkung der ungünstigen Effekte	26
4.2 Resilience- Forschung	27
4.3 Zusammenfassung	30
5 Mögliche Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern	33
5.1 Rechtliche Grundlagen	34
5.2 Ziele der Jugendhilfe	36
5.3 Leistungen und Aufgaben der Jugendhilfe.....	37
5.3.1 Förderung der Erziehung in der Familie.....	38
5.3.1.1 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie	39
5.3.1.2 Beratung infragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung ...	42
5.3.2 Hilfe zur Erziehung	45
5.3.2.1 Erziehungsberatung	47
5.3.3.2 Soziale Gruppenarbeit.....	48
5.4 Zusammenfassung	49
6 Notwendige Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern	52
6.1 Wege e.V. Leipzig	52
6.2 Kinder- und Jugendprojekt AURYN	53
6.2.1 Leistungen und Angebote	55
6.2.1.1 Einzelarbeit.....	55
6.2.1.2 Familienarbeit.....	60
6.2.1.3 Gruppenarbeit	63
6.2.1.4 Multiplikatorenarbeit	65
6.2.1.5 Krisenintervention.....	66
6.2.1.6 Kooperative Tätigkeiten	67

6.2.2 Erfahrungen bei der Umsetzung	68
6.3 Visionen	72
6.4 Zusammenfassung	74
7 Resümee	77
Literaturverzeichnis	82
Anhang	

Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
GG	Grundgesetz
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Annähernd drei Prozent der erwachsenen Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik, deren Lebensalter über 21 Jahren liegt, begeben sich nachweislich innerhalb eines Jahres in fachärztliche psychiatrische Behandlung (vgl. Wagenblaus 2001b, S. 1)

Grundsätzlich geben wenige Angaben, die oftmals undifferenziert, variabel und teilweise gegenläufig sind, Aufschluss über die Anzahl jener minderjähriger Kinder, die durch die Familienkonstellation in die psychischen Erkrankungen der Elternteile involviert sein können (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 11f). Schätzungen von Knuf (vgl. 2000, S. 34) zufolge hat jedes dreißigste Kind in der Bundesrepublik ein Elternteil mit einer psychischen Erkrankung. Durch diese Publikation und vergleichbare andere Erhebungen wird deutlich, dass die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ keine soziale Randerscheinung abhandelt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Kreis betroffener Kinder, von denen mindestens ein Elternteil durch eine psychische Erkrankung beeinträchtigt ist, erhebliches Ausmaß annimmt (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 12).

Aus verschiedenen Analysen (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. 2000, S. 3) geht hervor, dass eine psychische Erkrankung von mindestens einem Elternteil für die Kinder einen hohen Belastungs- und Risikofaktor darstellt. Sie sind in vielfacher Weise von der psychischen Erkrankung betroffen und leiden aufgrund ihrer Lebenssituation zum Teil unter Bedingungen, die ihre Entwicklungsperspektiven stark beeinflussen können (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 9ff).

Bisher fanden diese Kinder im Gegensatz zu den erwachsenen Angehörigen, auch wenn sich in der Fachöffentlichkeit ein Perspektivenwechsel andeutet, als Zielgruppe wenig Beachtung. Sie bleiben überwiegend eine vergessene Angehörigengruppe, deren Berücksichtigung in entsprechenden Handlungskonzepten nach wie vor gering ist. Es fehlt an ausreichenden und qualifizierten Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern. Ihnen kommen innerhalb der Bundesrepublik sowohl von Seiten der psychiatrischen Institutionen als auch von der Jugendhilfe kaum entsprechende bzw. angemessene Hilfen entgegen. Bezüglich der Psychiatrie ist festzuhalten, dass den Kindern häufig erst Aufmerksamkeit zuteil kommt, wenn sie selbst in ihrem Verhalten auffällig sind und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden müssen. Die Jugendhilfe widmet sich den Kindern wiederum bei Verhaltensauffälligkeiten oder wenn es um Fragen der

Fremdunterbringung geht (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. 2000, S. 4). Präventive Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern ist von beiden Seiten kaum zu verzeichnen. Bedingt durch ungenügende professionelle sozialpädagogische Unterstützung fanden mit den Kindern weder notwendige Beratungsgespräche über deren Lebenssituation statt, noch wurden die resultierenden Gefühle thematisiert. Außerdem wurden die Kinder kaum bzw. unzureichend über die Krankheit ihrer Eltern aufgeklärt, informiert oder in Behandlungsprozesse integriert.

Die Tatsache, dass Kinder psychisch kranker Eltern besonderen Belastungs- und Risikofaktoren ausgesetzt sind, die ihre Entwicklungsbedingungen negativ beeinträchtigen können und sie bisher in den bestehenden Unterstützungssystemen wenig Berücksichtigung fanden, verdeutlicht die Notwendigkeit einer kontinuierlichen professionellen sozialpädagogischen sowie therapeutischen Unterstützung, um möglichen Beeinträchtigungen entgegen zu wirken.

Das Ziel der Diplomarbeit ist es, anhand der Darstellung der besonderen Lebenssituation und der Auswertung verschiedener Forschungsergebnisse aufzuzeigen, dass es sich bei Kindern mit psychisch kranken Elternteilen um eine Angehörigengruppe handelt, die einen Bedarf unter anderem an sozialpädagogischer Hilfen hat. Dadurch sollen die LeserInnen, auf diese besondere Thematik aufmerksam und sensibilisiert werden. Zur Zielsetzung der Diplomarbeit gehört es des Weiteren aufzuzeigen, dass das Kinder- und Jugendhilfegesetz mögliche sozialpädagogische Hilfen für diese betreffenden Angehörigengruppen zur Verfügung stellt. Abschließend wird die Arbeit des Kinder- und Jugendprojekts AURYN des Wege e.V. Leipzig dargestellt, welcher bestrebt ist, die genannten theoretischen Erkenntnisse innerhalb seiner Konzeption in die praktische sozialpädagogische und therapeutische Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern einzubeziehen.

Innerhalb des zweiten Kapitels findet die Betrachtung spezifischer relevanter Begrifflichkeiten, die als fundamentale Grundlage der weiteren Darstellungen gelten, statt. Dabei ist zu bemerken, dass sich die Auswahl der differenzierten Begriffe auf grundlegende und für wesentlich erachtete Erklärungen beschränkt.

Im sich anschließenden dritten Kapitel steht die allgemeine Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern im Blickpunkt, um die Aufmerksamkeit auf diese spezifische Thematik zu lenken und damit Zugang zu den besonderen Problemlagen der betroffenen Kinder zu schaffen.

Das vierte Kapitel umreißt die Forschungsansätze und -ergebnisse, wobei durch unterschiedliche Zentrierung auf genetische, psychosoziale und familientheoretische Aspekte die Belastungs- und Risikofaktoren für die Kinder aufgezeigt werden. Des Weiteren steht ein Forschungsansatz mit gewonnenen Ergebnissen im Blickpunkt, dessen Hauptschwerpunkt in der Ressourcenermittlung liegt.

Im fünften Kapitel werden die rechtlichen Rahmenbedingungen herausgearbeitet, welche für die in der Diplomarbeit angesprochene Zielgruppe relevant sind, um einen Ausgangspunkt für die im sechsten Kapitel dargestellten notwendigen Hilfen zu legen. Darin steht die Konzeption des Kinder- und Jugendprojekts AURYN des Wege e.V. Leipzig im Blickpunkt. Die Ausarbeitung der Konzeption schließt die Darstellung der sozialpädagogischen Interventionsmöglichkeiten innerhalb der Angebote des Projektes AURYN ein.

Den Abschluss dieser Diplomarbeit bildet die Auswertung der gesetzten Zielsetzung, innerhalb des siebten Kapitels. Die Darstellung findet auf der Metaebene statt und ist demnach als Zusammenfassung der gesamten Ausführungen zu verstehen.

Die Diplomarbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es gibt eine Vielzahl von Erfahrungsberichten von Kindern psychisch kranker Eltern, zahlreiche Untersuchungen mit verschiedenen Ansätze und Ergebnissen sowie eine Vielzahl von Erscheinungen bezüglich der rechtlichen Belange, die hier nicht im vollen Umfang dargestellt werden können. Innerhalb der Ausführungen finden vielmehr für diese Diplomarbeit relevante sozialpädagogische Aspekte Erwähnung, die aus einer Vielzahl von Literatur über die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ ausgewählt wurden.

2 Zur Klärung verwendeter Begrifflichkeiten

Innerhalb der vorliegenden Ausführungen werden **psychisch kranke Menschen** in Anlehnung an den Zwischenbericht vom Institut für soziale Arbeit e.V. (vgl. 2000, S. 13) als jene Menschen verstanden, die sich in psychiatrischer, ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung und/oder Beratung befinden.

Es erfolgt keine direkte Unterscheidung zwischen **psychischen Krankheiten** und **psychischen Behinderungen**, d.h. bei der Darstellung von psychischen Erkrankung der Eltern, kann es sich durchaus um eine psychische Behinderung handeln, denn die angeführten Erfahrungsberichten zeigen auf, dass die Erkrankungen von längerer Dauer bzw. chronischem Verlauf sein können.

Des Weiteren ist anzumerken, dass die Begrifflichkeiten **psychische Erkrankungen** und **psychotische Erkrankungen** im Rahmen dieser Arbeit synonym verwendet werden.

Wenn nicht anders erwähnt, wird innerhalb dieser Diplomarbeit stets im allgemeinen von psychischen Erkrankungen gesprochen, ohne spezifische Untergliederungen und Differenzierungen vorzunehmen.

Bezüglich der psychischen Erkrankungen ist festzuhalten, dass diese innerhalb der **Familienerkrankungen** Eingliederung finden. Bei der psychischen Erkrankung mindestens eines Familienmitgliedes entstehen Auswirkungen auf das gesamte System Familie, auf die innerfamiliären sozialen Beziehungen sowie die Lebenssituation aller einzelnen Familienmitglieder (vgl. Schone und Wagenblass 2002, S. 11). Die Begrifflichkeit Familie umfasst dabei vergleichbar dem Zwischenbericht des Institut für soziale Arbeit e.V. (vgl. 2000, S. 14), einen erweiterten Familienbegriff, welcher u.a. auch Ein-Eltern-Familien, Stieffamilien und unverheiratete Paare mit Kindern beinhaltet.

Wird von **Kindern psychisch kranker Eltern** gesprochen, so bezieht sich dies allgemein auf die Kinder psychisch kranker Eltern, die sich durchaus bereits im Jugendalter bzw. im Erwachsenenalter befinden können. Die gesamten angeführten Hilfsformen konzentrieren sich dabei auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Auf einzelne spezielle Hilfsformen wie z.B. für Säuglinge und Kleinkinder wird verzichtet.

Des Weiteren wird hingewiesen, dass es keine explizite Unterscheidung gibt zwischen Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil und Kindern, deren beide Eltern psychisch erkrankt sind.

Als **mögliche Hilfen** für Kinder psychisch kranker Eltern werden in dieser Diplomarbeit, anlehnend an das KJHG, Hilfen bezeichnet, die sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten umreißen.

Notwendige Hilfen umfassen in diesen Ausführungen jene Hilfen, welche das Kinder- und Jugendprojekt AURYN des Wege e.V. Leipzig für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern als notwendig erachtet und diese in seiner Konzeption bzw. praktischen Arbeit umsetzt.

3 Zur Lebenssituation Kinder psychisch kranker Eltern

In diesem Kapitel soll den Fragen nachgegangen werden, wie sich die Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen psychisch kranker Eltern gestaltet. Dabei stehen anfänglich die Problemlagen der Kinder psychisch erkrankter Eltern im Blickpunkt, die anhand fallspezifischer Erfahrungsberichte untermauert werden sollen. Anschließend wird betrachtet, unter welchen Aspekten eine entwicklungsfördernde Bewältigung der besonderen Lebenssituation erfolgen kann und inwieweit eine Einflussnahme spezifischer Faktoren dies verhindert.

3.1 Kindliche Problemlagen

Im Lebensalltag mit einem psychisch erkrankten Elternteil zeigen sich für die Kinder verschiedene Probleme auf. Mattejat (vgl. 2001, S. 72f) definiert zehn Problemlagen der Kinder im alltäglichen Zusammenleben mit einem psychotischen Elternteil, welche im Folgenden benannt und durch das Einfügen von spezifischen Erfahrungsberichten praktisch unterlegt werden. Diese lebensnah orientierten Erfahrungsberichte dienen dieser Arbeit als maßgebende Ausgangspunkte und sollen den LeserInnen einen Zugang zu dieser schwierigen Lebenssituation ermöglichen. Dabei soll verdeutlicht werden, dass die psychische Erkrankung eines Elternteils nicht zwangsläufig und ausschließlich mit negativen Gefühlen und Verhaltensauffälligkeiten der Kinder verbunden sein muss. Vielmehr werden auch positive Entwicklungschancen der Kinder psychisch kranker Eltern aufgezeigt.

Die von Mattejat aufgestellten zehn Problemlagen lassen sich in Anlehnung an Schone und Wagenblass (vgl. 2002, S. 16) in vier unmittelbare Probleme und in sechs Folgeprobleme unterteilen. Die unmittelbaren Probleme lassen sich auf das Erleben der Erkrankung der Eltern zurück beziehen, während die Folgeprobleme durch die soziale Situation hervorgerufen werden.

3.1.1 Unmittelbare Probleme

Als ersten unmittelbaren Problempunkt im Alltagsleben von Kindern mit psychisch kranken Eltern nennt Mattejat (vgl. 2001, S. 72) die **Desorientierung**. Den Kindern fällt es schwer, die Probleme der Eltern einzuordnen und zu verstehen, sie sind verängstigt und verwirrt. Eine betroffene junge Frau berichtet:

„Ich habe damals nicht verstanden, wie ein Mensch sich so schnell verändern kann, manchmal von Stunde zu Stunde. Ich durfte, wenn es ihr schlecht ging, keine Freunde mit nach Hause bringen; ich hatte mich alleine zu beschäftigen oder mich mit den wenigen Freunden, die ich hatte, draußen, außerhalb ihrer Nähe zu verabreden. Wenn ich im Haus war, mußte ich Rücksicht nehmen und ganz besonders leise sein. Ich fand für nichts Erklärungen, ich fühlte mich nicht wirklich geliebt, fühlte mich mißbraucht von ihrer Krankheit und fühlte mich schuldig, nichts dagegen tun zu können, wenn es ihr schlechtging. Ich hatte den Verdacht, daß sie mich mit ihrer Krankheit bestrafen wollte, daß sie mir mit einer >>schlechten Zeit<< zeigen wolle, daß ich böse war und ihr nicht gehorchte, wenn ich doch einmal eine Freundin mit nach Hause brachte.“(Bathe 2001, S. 39f – im Original nicht kursiv geschrieben)

Eine weitere betroffene Frau berichtet Folgendes:

„Damals wußte ich noch gar nicht, was genau eine Nervenlinik ist bzw. wer dort alles hingbracht wird. Vor allem ahnte ich noch nicht, daß das, was meine Mutter tat und zu mir sagte, ihr im nachhinein teilweise gar nicht mehr bewußt war. Sie war krank, genauso krank wie wenn man eine Lungenentzündung hat, nur eben an den Nerven. Schlimm war jedoch für mich, daß eine Krankheit generell Mitgefühl auslöst, aber genau das löste diese Krankheit nicht bei mir aus. Ich haßte meine Mutter, wenn sie mich oder meine Oma in ihrer Krankheit ordinär beschimpfte, wenn sie uns als vom Teufel besessen titulierte oder mich Hure nannte. Ich hatte Angst vor ihr, wenn sie mich mit ihrem haßerfüllten diabolischen Blick anschaute und grundlos auf mich einschrie. Ich schämte mich für sie, wenn sie stundenlang laute Selbstgespräche führte, sich für Hitler oder andere Personen hielt, wirre Fragen stellte oder Worte erfand, die sie stotternd von irgendwelchen anderen Worten ableitete. Ich ekelte mich vor ihr, wenn sie stank, weil sie sich nicht mehr richtig pflegte.“ (Bern 2001, S. 15 – im Original nicht kursiv schreiben)

Kinder benötigen allgemein zuverlässige, stabile und berechenbare soziale Beziehungen, welche ihnen Unterstützung, Anregung sowie Versorgung für ihre persönliche Entwicklung gewähren. Aber wie die Erfahrungsberichte der zwei jungen Frauen zeigen, reagieren psychisch kranke Menschen häufig unangemessen auf ihre Umwelt, zeigen nicht nachvollziehbare Verhaltensweisen oder leiden unter Affekt- und Stimmungsschwankungen. Dies kann bei den Kindern zu Irritationen und Verunsicherungen führen, woraus eine völlige Desorientierung resultieren kann. Besonders belastend erleben die Kinder dabei ihre

Lebenssituation, wenn sie zusätzlich in die Wahnwelt des erkrankten Elternteils einbezogen werden (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. 2000, S. 30f). Dabei kann Angst für die Kinder zu einem ständigen Begleiter werden und nimmt in ihrem Leben in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen (wie Angst vor dem erkrankten Elternteil, Angst um das erkrankte Elternteil, Angst um die eigene Gesundheit und Angst um die Existenz) einen zentralen Stellenwert ein (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 190).

Mattejat (vgl. 2001, S. 72) verweist zweitens auf die **Schuldgefühle**, die Kinder psychisch kranker Eltern häufig unmittelbar entwickeln können. Sie glauben oft fest daran, dass sie an den psychischen Problemen der Eltern Schuld tragen. Dies macht folgender Erfahrungsbericht deutlich:

„Regelmäßig, jedes Jahr, ging meine Mutter in die Klinik. Ich gab mir die Schuld daran, daß es dazu kam, ich fühlte mich schuldig, sie nicht länger und besser umsorgt zu haben, wozu man doch eigentlich als Tochter die Pflicht hat. Ich habe besonders in diesen Zeiten versucht, meiner Mutter beizustehen, ihr eine Stütze zu sein. Natürlich habe ich durch Besuche und Telefonate versucht, alles wieder gutzumachen, mich zu rechtfertigen und zu beruhigen.“ (Bathe 2001, S. 41 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Die Kinder nehmen die Krankheitssymptome und die Beeinträchtigungen der Eltern wahr und erleben subjektiv die Folgen. Aufgrund fehlender Aufklärung können die Kinder weder Verständnis für die besondere Lebenslage der Eltern aufbringen, noch können sie das gezeigte Verhalten deuten oder einordnen. Bedingt durch das Verschweigen der Erkrankung und das häufige verschleiern der Symptome, denken die betroffenen Kinder häufig, dass die Krankheit eine Folge ihres eigenen Verhaltens ist. Das bestehende Erklärungsdefizit gibt den kindlichen und jugendlichen Phantasien Raum, welche mangels anderer Erklärungsmöglichkeiten das Unerklärliche sehr oft auf das eigene Sein und Verhalten zurückführen und so massive Schuldgefühle entwickeln (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. 2000, S. 30).

Das **Kommunikationsverbot** nennt Mattejat (vgl. 2001, S. 72) als dritten möglichen unmittelbaren Problempunkt. Seinen Ausführungen zufolge herrscht in den Familien psychisch Kranker meist ein Kommunikationsverbot, von welchem auch die Kinder betroffen sind. Dieses Verbot gilt für die externe Kommunikation. Die Kinder haben den Eindruck, dass sie mit niemandem über ihre Familienangelegenheiten und Probleme sprechen dürfen. Sie befürchten, ihre Eltern zu verraten, wenn sie die Tabuisierung durchbrechen. Das

Kommunikationsverbot wird ihnen unterschwellig suggeriert oder auch von Familienmitgliedern direkt auferlegt. Dies macht folgender Erfahrungsbericht deutlich:

„Dabei versuchte ich so normal wie möglich weiterzuleben und ging auch wie gewöhnlich zur Schule. Meine Oma bat mich immer, keinem von den Zuständen zu Hause zu erzählen, da fremde Menschen und vor allem meine Mitschüler das nichts angehe. Ich habe mich immer daran gehalten. Erst als ich älter war und aufs Gymnasium ging, habe ich mich einigen Lehrern anvertraut.“ (Bern 2001, S. 16 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Es ist anzunehmen, dass die psychische Erkrankung der Eltern zusätzlich auch innerfamiliär einer Tabuisierung unterliegt. Problemlagen, im Zusammenhang mit der Erkrankung stehen (z.B. Desorientierung der Gefühle), werden häufig zwischen den Familienmitgliedern nicht thematisiert.

Ein großes Problem bei der Tabuisierung psychischer Krankheiten ist, dass oftmals aus falsch verstandener Rücksichtnahme von den Eltern gegenüber den Kindern versucht wird, die psychische Erkrankung zu verschweigen. Die Begründung hierbei lautet häufig, dass es besser für die Kinder sei, alles vor ihnen geheim zu halten, um die Belastung nicht noch mehr zu steigern (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 186).

Bei Erkrankungen z.B. bei Krebsleiden leidet die Umwelt mit den Kindern und zeigt Verständnis und Empathie für die Kinder. Psychische Erkrankungen gelten heute immer noch als Stigma. Deshalb weigern sich viele betroffene Menschen, psychiatrische Hilfen in Anspruch zu nehmen oder schweigen über die Erkrankung. Dabei kann die Verleugnung und Tabuisierung auf verschiedenen Ebenen (subjektiv, intern, familienextern und gesellschaftlich) stattfinden und hat in ihrem Zusammenwirken folgenreiche Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem (vgl. ebda., S. 186ff).

Anderen Menschen die Familienprobleme mitzuteilen, käme einem Verrat der Familie gleich. Deshalb versuchen die Kinder sich meist streng an die Tabuisierungsregelungen zu halten und tun alles Mögliche, um das Tabu zu wahren. Infolgedessen wissen die Kinder nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können. Abweichendes Verhalten ist nicht selten eine Möglichkeit, dennoch Aufmerksamkeit einzufordern. Häufig werden die Kinder jedoch von ihrer Umwelt zu Unrecht für ihre Verhaltensweisen bestraft, statt Verständnis und Unterstützung zu erhalten. Die Symptome werden in der sozialen Umwelt wahrgenommen, aber die zugrunde liegenden Ursachen werden häufig nicht erkannt (vgl. ebda., S. 188).

In der **Isolierung** der Kinder psychisch kranker Eltern sieht Mattejat (vgl. 2001, S. 73) den vierten unmittelbaren Problempunkt. Kinder psychisch kranker Eltern fühlen sich sehr häufig isoliert. Kennzeichnend ist, dass die Kinder mit niemandem über ihre Probleme reden können bzw. keine außerfamiliären Unterstützungsmöglichkeiten kennen. Sie fühlen sich allein gelassen, isoliert.

Das Angebot formeller Hilfen wird umso notwendiger, da im sozialen Umfeld aufgrund des Kommunikationsverbotes für die betroffenen Kinder oft ein Redeverbot besteht, sie für die Aufarbeitung des Erlebten jedoch dringende Gesprächsangebote benötigen. Einige Betroffene berichten jedoch auch von professioneller Seite enttäuscht worden zu sein, was die Tabuisierung noch verschärft und Bewältigungsmöglichkeiten ausschließt. Eine bereits zitierte junge Frau berichtet:

„Seitdem ist meine Mutter noch neunmal in die Nervenklinik eingewiesen worden, dreimal davon mußte ich gegen ihren Willen eine Zwangseinweisung vornehmen lassen. Ich mußte mit ansehen, wie man meine Mutter in der Klinik ans Bett festband, wie sie sich dagegen wehrte und aus Leibeskräften schrie. Ihre behandelnden Ärzte haben sich nie um mich und meine Sorgen gekümmert. Als ich älter war, habe ich zweimal versucht, einen Arzt ohne Beisein meiner noch akut kranken Mutter zu sprechen, um mich über ihre Krankheit und die vorgenommene Behandlung zu informieren. Zuerst wurde ich auf die vormittägliche Sprechstunde verwiesen, obwohl ich vormittags zur Schule gehen mußte. Als ich trotzdem kam, sagte mir der Arzt, daß er mir ohne das Einverständnis meiner Mutter keine Auskunft geben dürfe. Meine Mutter war aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht wieder die alte und verweigerte mir deshalb ihr Einverständnis. Damit war die Sache für ihren behandelnden Arzt erledigt. Was ich für eine Meinung von den Ärzten dieser Klinik habe, in der meine Mutter insgesamt zehnmal war, kann sich wohl jeder denken.“ (Bern 2001, S. 17 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Dieser Erfahrungsbericht zeigt, dass die betroffenen Kinder, auch wenn sie Hilfe einfordern, oft keine angemessene Unterstützung erhalten. Vielmehr werden sie von der Umwelt eher als stabilisierende Faktoren für die betroffenen Eltern gesehen, als dass ihre eigene Gefährdung und Überforderung durch die Erkrankung der Eltern erkannt wird (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. 2000, S. 31).

3.1.2 Folgeprobleme

Laut Mattejat (vgl. 2001, S. 73) können Kinder psychisch kranker Eltern als erstes Folgeproblem ein **Betreuungsdefizit** erleiden. Durch die psychische Erkrankung sind die Eltern mit ihren eigenen Problemen beschäftigt und überfordert. Zu wenig Aufmerksamkeit, Zuwendung, elterliche Führung bzw. Anleitung sind häufig die Folgen. Eine bereits zitierte junge Frau erzählt:

„Manchmal war ich so wütend, daß ich, wenn es ihr gutging, extra schwierig und gemein zu ihr war, irgend etwas Böses zu ihr sagte, um sie zu verletzen. Ich bemerkte, daß ich meine Mutter damit traf, und ich empfand mich als ekelhaft, boshaft und schlecht, weil ich sie doch eigentlich so liebte. Warum konnte ich so etwas tun? Heute weiß ich, daß ich damit demonstrieren wollte: >>Hallo, halt, ich bin auch noch da! Habe mich lieb um meiner selbst willen, nutze mich nicht aus für deine Bestätigung, und beschneide mich nicht um meine Freiheit, die ich doch so brauche. Ich leide, Mama, und deine Krankheit belastet mich so sehr.<< Ich glaube, das war der Zeitpunkt, wo sich die Liebe für meine Mutter in eine Art Haßliebe verwandelt hat. Ich fühlte mich gefangen, ich konnte meine eigenen Bedürfnisse nicht wahrnehmen. Ich konnte nicht verstehen, warum meine Mutter mir so etwas antat.“(Bathe 2001, S. 40 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Das Betreuungsdefizit bezüglich jüngerer Kinder ist innerhalb dieser Problematik besonders gefährlich. Demzufolge ergaben Untersuchungen vom Institut für soziale Arbeit e.V. in den Untersuchungsregionen der Stadt Bielefeld und des Landkreises Warendorf, dass Kinder und Jugendliche zwar gleichermaßen von der psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen sind, der jeweilige Unterstützungsbedarf und die Bedürfnisse der Kinder entsprechend ihres Alter aber variiert. Je jünger die Kinder sind, umso mehr sind sie auf die elterliche Versorgungs- und Pflegeleistung angewiesen. Wird aufgrund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils die Versorgungsleistungen nicht bzw. unzureichend erbracht, so hat dies starke Auswirkungen auf das Wohl der Kinder. Dabei sind die Folgen der Vernachlässigung besonders im Säuglings- und Kleinkindalter gravierend und das Risiko bleibender körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen groß (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. 2000, S. 16f).

Zweitens sind Kinder psychisch erkrankter Eltern nach Mattejat (vgl. 2001, S. 73) einer **Zusatzbelastung** ausgesetzt. Sie müssen Aufgaben, wie die Haushaltsführung während der Klinikaufenthalte der Eltern übernehmen. Dabei bleiben ihre eigenen Bedürfnisse oft völlig

unberücksichtigt bzw. treten in den Hintergrund. Eine erwachsene Frau berichtet:

„>>Wir mussten uns ganz alleine fertig machen zur Schule und dann auch für Lebensmittel sorgen und und also das war so die Kindheitserinnerung. Das war ganz schlimm. Und sie war absolut hilflos ne. Aber damals habe ich das nicht empfunden, sie ist hilflos, sondern wirklich habe ich das so empfunden, sie kümmert sich nicht<< (Albert 2002, S. 170)

Die Zusatzbelastung für Kinder mit psychisch kranken Elternteilen ist oft mit dem dritten Folgeproblem der **Verantwortungsverschiebung** verbunden. Die Kinder fühlen sich für die Eltern bzw. für die gesamte Familie verantwortlich und übernehmen somit elterliche Funktionen, was oft eine Überforderung mit sich bringt (vgl. Mattejat 2001, S. 73). Der folgende Erfahrungsbericht macht dies deutlich:

„Meine Rolle in der Familie war folgendermaßen definiert: Ich fühlte mich für den Zusammenhalt der Familie zuständig, soweit ich mich zurückerinnern kann. Ich war die >>Gesunde<<, die immer Vernünftige, die Fröhliche, die >>Erwachsene<<. Ich war Puffer, Auffangnetz und Abfalleimer in einem. Ich hörte mir tage- und nächtelang die Redeergüsse und Selbstvorwürfe der Mutter sowie die Wahnvorstellungen und Ängste der Schwester an. Ich half im Haushalt mit, soviel es ging, und ich war Kontaktperson zur Außenwelt, da ich viele Freundinnen mit nach Hause brachte. Ich richtete meine gesamte Energie auf das >>Für-die-Familie-Dasein<<, das >>Helfen-Wollen<<.“ (W. 2001, S. 27 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Diese Verantwortungsverschiebung hinterlässt bei den Kindern ihre Spuren, was folgender Erfahrungsbericht verdeutlicht:

„Diese Verdrängungsmechanismen, die ständige Anspannung und die ausufernden Anforderungen, die ich an mich selbst stellte, bleiben nicht ohne Folgen. Ich war schon als Kind viel krank, je älter ich wurde, um so mehr Krankheiten, Allergien etc. kamen hinzu. Mit 24 Jahren kam der große Einschnitt. Ich erlitt einen Schlaganfall und verlor die Hälfte meines Sehvermögens.“ (ebda., S. 29 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Innerhalb der Familie ist eine Rollenumverteilung bis hin zur Auflösung des natürlichen Generationsverhältnisses möglich, wobei die Kinder unfreiwillig Verantwortung für jüngere Geschwister bzw. die Eltern tragen müssen, was bedingt durch den kindlichen Entwicklungsstand Überforderungen erzeugen kann (vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. 2000,

S. 29). Durch die Sorge um die Eltern im alltäglichen Bezug, werden die eigenen kindlichen Bedürfnisse vielmals in den Hintergrund gedrängt. Kinder psychisch kranker Eltern lernen, wie die Erfahrungsberichte zeigen, häufig sehr früh selbstständig zu werden und Verantwortung für andere zu übernehmen. Durch ihr Verhalten versuchen sie das Familienleben sowie das Familiengleichgewicht aufrecht zu erhalten, was als „Fremdzentrierung“ bezeichnet wird und die Fokussierung des Erlebens und Handelns auf die eigene Person verhindert (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 182).

In der Rolle der Verantwortlichen erfahren die Kinder auch Bestätigung. Dabei entwickeln sie häufig eine besondere Beobachtungsgabe für Stimmungen und Stimmungsschwankungen, d.h. sie reagieren sensibel auf die Bedürfnisse von anderen und sind es dabei gewohnt, sich auf sich selbst zu verlassen und Entscheidungen eigenständig zu treffen. Diese Verhaltensweisen entlasten die Familie und werden entsprechend anerkannt. Dies gibt bzw. kann den Kindern einerseits ein Gefühl der Stärke und Kompetenz geben, aber andererseits auch die Erfahrung vermitteln, nur dann anerkannt zu werden, wenn man für andere da ist und für sie sorgt (vgl. ebda., S. 183).

Nicht selten sind Kinder psychisch kranker Eltern als viertes Folgeproblem **Abwertungserlebnissen** ausgesetzt. Demzufolge müssen sie erleben, dass sie und ihre Eltern von außenstehenden Personen, wie von Freunden abgewertet und ausgeschlossen werden (vgl. Mattejat 2001, S. 73). Folgender Erfahrungsbericht untermauert dies:

„Seit dem Ausbruch der Krankheit hatte ich keine gleichaltrigen Freunde [...] Ich war einfach anders als die meisten Gleichaltrigen. So jemand wird natürlich gerne von einer Klasse in eine Außenseiterrolle gepreßt. Und so kam es dann auch. Seit meinem zwölften Lebensjahr bis zum Abitur war ich eine Außenseiterin. Ich wurde gehänselt und gepiesackt, wo es nur ging, und nie zu irgendwelchen Geburtstagen oder Treffen eingeladen. Oft kam ich nach der Schule nach Hause und habe geweint und mich mit Süßigkeiten getröstet.“(Bern 2001, S. 17f – im Original nicht kursiv geschrieben)

Als letzte Folgeprobleme zählen die **Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie und nach außen hin** (vgl. Mattejat 2001, S. 73).

Innerfamiliär werden die Kinder nicht selten in Konflikte zwischen den Eltern einbezogen, die ihnen den Eindruck vermitteln, sich für ein Elternteil entscheiden zu müssen. **Nach außen hin**, schämen sie sich für ihre Eltern vor Freunden und Bekannten und sind zwischen Loyalität und Distanzierung hin und her gerissen (vgl. ebda., S. 73). Dies wird deutlich durch die folgende Passage:

„Auch später habe ich stets zu vermeiden versucht, daß mein Partner oder meine Freunde meine erkrankte Mutter zu Gesicht bekamen. Wenn es schon mir als Tochter schwerfiel, mit dieser Krankheit umzugehen, wie schwer mußte es dann einem Fremden fallen?“ (Bern 2001, S. 19 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation Kinder psychisch kranker Eltern zeigt, dass jene Kinder mit einer Vielzahl von Problemen belastet sind, die ihre Lebenssituation stark beeinträchtigen kann. Dennoch findet man innerhalb der Fachliteratur durchaus Fälle, die zeigen, dass es Kinder bzw. junge Erwachsene gibt, die ihre Lebenssituation sehr gut gemeistert haben.

3.2 Entwicklungsfördernde Bewältigungsaspekte

Anhand der folgenden Erfahrungsberichte eines Geschwisterpaares soll verdeutlicht werden, unter welchen Bedingungen für die Betroffenen eine entwicklungsfördernde Bewältigung möglich war.

Anfangs ist von Bedeutung zu erwähnen, dass das Geschwisterpaar ebenfalls über Problembelastungen im Alltag mit einem psychisch erkrankten Elternteil berichtet, die sich in die Kategorisierung von Mattejat einreihen lassen. Das Geschwisterpaar benennt diesbezüglich Desorientierungserlebnisse und Verantwortungsverschiebungen, wobei das Auftreten von Schuldgefühlen bei beiden Kindern ausblieb (vgl. Familie H. 2001, S. 50ff). Trotz der bestehenden Lebenssituation ist eine entwicklungsfördernde Bewältigung möglich. Als entscheidende Aspekte werden dafür die Enttabuisierung der Krankheit sowie der innerfamiliärer Zusammenhalt hervor gehoben. Die Tochter erzählt:

„Geholfen hat mir Dein Tagebuch, das oft in der Küche lag und in dem wir auch lesen durften, konnten, sollten. Ich weiß nicht genau, wieviel ich eigentlich davon verstanden habe, und auch nicht, in welchem Jahr Du dieses Tagebuch geführt hast, aber es war gut, um einen kleinen Einblick in Dein Denken und Fühlen zu bekommen. [...] Gut waren unsere Gespräche >>danach<<, auch wenn sie emotional teilweise sehr heftig waren. Aber vielleicht hat sich mir dadurch doch ein kleiner Einblick in Dein Erleben eröffnet, der es leichter gemacht hat, ein wenig zu verstehen und danach zu handeln. [...] Entscheidend war, daß bei uns Krankheit, Klinik usw. keine Tabuthemen waren, sondern daß wir viel darüber geredet haben.“ (ebda., S. 50ff – im Original nicht kursiv geschrieben)

Hinzukommend schildert der Ehemann und Vater über den Umgang mit der Krankheit seiner

Frau Folgendes:

„Ich denke heute, daß das Wichtigste für Kinder - gerade in solchen Phasen – der Zusammenhalt der Familie ist, die auch in schwierigen Zeiten alles tun sollte, um das gemeinsame Leben positiv zu sehen und entsprechend zu gestalten. Dabei dürfen auch die persönlichen Hobbys wie Sport oder Musik nicht allzusehr leiden oder gänzlich aufgegeben werden.“ (ebda., S. 56 – im Original nicht kursiv geschrieben)

Dem Vater war ein offener Umgang mit der Krankheit gegenüber den Kindern wichtig, wobei er folgende Eckpunkte besonders hervorhebt:

- ☞ die Krankheit sollte nicht als Schicksal erlebt werden,
- ☞ es sollte keine Schuldzuweisungen geben,
- ☞ in schwierigen Phasen sollte Geduld aufgebracht werden,
- ☞ das Thema Krankheit sollte nicht übermäßig strapaziert werden, es ist keine „böse“ Krankheit, sondern es gibt auch gute und normale Zeiten,
- ☞ es sollte der totale Rückzug der Familie aus dem Kreis der Freunde und Verwandten verhindert werden und
- ☞ es sollte eine gemeinsame Krankheitsbewältigung statt finden (vgl. ebda., S. 55).

Die Darstellung dieser Familie zeigt, dass typische Problembelastungen wie Desorientierung und Verantwortungsverschiebung bestehen, dennoch die Verhinderung einer Potenzierung der Faktoren auf die Enttabuisierung und den innerfamiliären Zusammenhalt zurückzuführen ist.

3.3 Einflussfaktoren auf die Lebenssituation

Eine psychiatrische Diagnose eines Elternteils an sich gibt noch keine verbindliche Auskunft darüber, wie die individuellen Auswirkungen auf die Lebenssituation der betroffenen Kinder ist. Demnach kann die Frage nach den Belastungen für die betroffenen Kinder nicht vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung eines Elternteils als solche diskutiert werden. Es kommt vielmehr auf das Zusammenwirken von verschiedenen Einflussfaktoren an. Dabei sind die einzelnen Faktoren nicht isoliert zu sehen, vielmehr wirken sie zusammen und können sich gegenseitig verstärken. Die Auswirkungen der psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder sind weniger gravierend wenn:

1. ein gesunder Elternteil oder andere Bezugspersonen in der Lage sind, kompensatorische Funktionen zu übernehmen,

2. der Krankheitsverlauf umso weniger intensiv und chronisch ist,
3. eine Krankheitseinsicht des erkrankten Elternteils vorhanden ist und sich dieser Elternteil frühzeitig in eine psychiatrische Behandlung begibt bzw. selbst Anzeichen einer Krise wahrnehmen kann und entsprechende Hilfsressourcen mobilisiert,
4. die Kinder weniger in die Erkrankung involviert sind,
5. die Kinder altersgemäß über die Erkrankung informiert werden und entsprechende Unterstützungsangebote erfahren,
6. die Kinder wenig bzw. keine überfordernde Verantwortung in der Familie übernehmen müssen,
7. soziale und ökonomische Ressourcen in der Familie vorhanden sind und
8. der innerfamiliäre Zusammenhalt des familiären Systems stabil und tragfähig ist (vgl. Schone und Wagenblast 2002, S. 201f).

Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass zwangsläufig eine Gefährdungssituation für die Kinder vorliegt, wenn nicht alle aufgezeigten Punkte zutreffen. Das Vorhandensein einiger bzw. zahlreicher Einflussfaktoren besagt allerdings, dass die Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung und Krise umso größer wird (vgl. ebda., S. 202).

3.4 Zusammenfassung

Die besondere Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern lässt sich als belastend charakterisieren. Es können sich für die Kinder:

unmittelbare Probleme wie:

Desorientierung, Schuldgefühle, Kommunikationsverbot, Isolierung und

Folgeprobleme wie:

Betreuungsdefizit, Zusatzbelastungen, Verantwortungsverschiebung,

Abwertungserlebnissen und Loyalitätskonflikte innerhalb und außerhalb der Familie hin ergeben.

Es wurde verdeutlicht, dass die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern mit ambivalenten und belastenden Emotionen verbunden sein kann. Charakteristisch dafür ist die Ambivalenz aus Schuld- und Schamgefühle, Besorgnis, Einsamkeit gegenüber dem Aufkommen von Wut und Ängsten, wobei diese zentralen Lebensthemen nicht immer klar differenzierbar sind und ineinander übergreifen können. Diese gesamte Ambivalenz der Gefühlswelt kann bei den Kindern und Jugendlichen zu weiteren Verunsicherungen, Verwirrungen und Verhaltensauffälligkeiten führen.

Das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil stellt eine krisenhafte Situation dar und ist mit einem hohen Belastungsfaktor sowohl für die betroffenen Kinder als auch für das gesamte System Familie verbunden. Welche Reaktionsform jedoch auf eine psychische Erkrankung erfolgt, variiert entsprechend des Einzelfalls und ist von den vorhandenen bzw. mobilisierenden Ressourcen der Familie bzw. der Familienmitglieder abhängig.

Trotz verschiedener Problembelastungen im Alltag mit einem psychisch kranken Elternteil sind für die betroffenen Kinder entwicklungsfördernde Bewältigungsaspekte möglich. Wichtig dabei ist besonders, dass:

- ☞ die Krankheit nicht tabuisiert wird,
- ☞ die Kinder im Lebensalltag einen innerfamiliären Zusammenhalt erleben können und
- ☞ sie besonders durch kompensatorische Fähigkeiten eines gesunden Elternteils oder anderen Vertrauenspersonen unterstützt werden.

Durch die Anführung der Erfahrungsberichte der Familie H. wird die Notwendigkeit familiärer (informeller) Hilfen ersichtlich. Informelle Hilfen können nicht immer vorausgesetzt werden, demzufolge wird die Bedeutung externer Hilfssysteme zur Bewältigung der besonderen Lebenssituation schlussfolgernd ersichtlich.

Psychiatrische Diagnosen eines Elternteils geben jedoch keine verbindliche Auskunft über die individuellen Auswirkungen auf die Lebenssituationen der betroffenen Kinder. Vielmehr kommt es auf das Zusammenwirken von verschiedenen Einflussfaktoren an, z.B.:

- ☞ Intensität und Verlauf der psychischen Erkrankung des betroffenen Elternteils,
- ☞ soziale und ökonomische Ressourcen der Familie,
- ☞ kompensatorische Funktionen eines gesunden Elternteils oder anderer Bezugspersonen,
- ☞ innerfamiliärer Zusammenhalt,
- ☞ altersgemäße Aufklärung und
- ☞ Bereitstellung von Unterstützungsangeboten.

Die einzelnen Einflussfaktoren sind nicht isoliert voneinander zu betrachten, vielmehr wirken sie zusammen und verstärken sich gegenseitig.

4 Zu aktuellen Forschungsansätzen und Forschungsergebnissen

Psychiatrische Forschungen bezüglich der Thematik Kinder psychisch kranker Eltern sind seit ca. 1920 existent (vgl. Gundelfinger 2001, S. 120). Seit den 70-er Jahren beschäftigt sich diese Forschungsrichtung ausführlich mit dem Risiko der Kinder psychisch kranker Eltern, selbst psychisch zu erkranken (vgl. Deneke 1999, S. 149). Es wird demnach versucht, einen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und denen der jeweiligen Kinder herzustellen.

Ursprünglich war es die Absicht dieser Studien, das genetische Schizophrenie-Risiko und die Frühwarnzeichen für eine spätere schizophrene Erkrankung herauszufinden. Als Vergleichsgruppe galten Kinder affektiv psychotischer Eltern. Seit einiger Zeit werden Kinder affektiv psychotischer Eltern nicht mehr nur als Vergleichsgruppe betrachtet, sondern ihnen werden eigene Studien gewidmet. Seit jüngerer Zeit gilt das Interesse der Forschung auch den Kindern von angst- oder zwangskranken Eltern (vgl. ebda., S. 149).

Im Folgenden werden diese Forschungsansätze, die sich mit dem Risiko Kinder psychisch kranker Eltern beschäftigen, selbst einschlägig zu erkranken, mit ihren Ergebnissen beschrieben. Zu Beginn werden die Ziele bzw. Fragestellungen der High-risk-Forschung genannt, wobei der genetischen sowie der sozialpsychiatrischen und familientheoretischen Zentrierung der Fragestellung Rechnung getragen wird. Des Weiteren werden die Ansätze der bewältigungsorientierten Resilience-Forschung und ein eng mit ihr verknüpft präventives Konzept vorgestellt. Da neurotische Krankheiten bisher größtenteils keine Beachtung fanden, beziehen sich die Aussagen, die innerhalb dieser Diplomarbeit getroffen werden, auf schizophrene und endogen-depressive Erkrankungen.

4.1 High-risk-Forschung

Kinder psychisch kranker Eltern werden in der Fachliteratur als Risikogruppe beschrieben, selbst einmal psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen zu entwickeln. Das Anliegen der High-risk-Forschung ist es, Kennzeichen für das Auftreten einer Krankheit zu finden und so das Auftreten einer psychotischen Erkrankung vor der Manifestation vorauszusagen. Es wird dabei nach biologischen und sozialen bzw. psychologischen Kennzeichen gesucht (vgl. Renschmidt und Mattejat 1994, S. 16).

Dabei verfolgt die Forschung folgende Ziele bzw. Fragestellungen:

„1. Die Untersuchung des genetischen Risikos von Kindern psychotischer Eltern im Hinblick

- auf eine gleichsinnige Erkrankung;
2. psychogenetische Fragestellungen, die den unmittelbaren Auswirkungen der Erkrankung auf die Kinder nachgingen und den Umweltaspekt betonten;
 3. Untersuchungen, die zum Ziel hatten, für die jeweilige Erkrankung typische und charakteristische Marker zu objektivieren und Vorläufersymptome festzustellen, und
 4. Fragestellungen, die der Intervention und Prävention gewidmet waren.“ (ebda., S. 14)

Bei der Bemühung, spezifische Prädiktoren bzw. Risikofaktoren zu finden, die eine schizophrene Erkrankung voraussagen könnten, erlauben die zahlreichen Untersuchungen dennoch keine eindeutige Aussage. Remschmidt und Mattejat (vgl. ebda., S. 24) stellen fest:

„Möglicherweise ist erst die Häufung verschiedener interner Risikofaktoren das entscheidende „Vorläufer-Korrelat“, das im Zusammenwirken mit einer Häufung der entsprechenden Umweltfaktoren die Erkrankung auslöst.“ (ebda., S. 24)

4.1.1 Untersuchungen mit genetischen Fragestellungen

Bei genetischen Studien zentriert sich die Fragestellung auf die Rolle der Vererbung bei der Entstehung von psychotischen Erkrankungen (vgl. Mattejat 2001, S. 67).

Dieser Frage wurde in zahlreichen Untersuchungen zu schizophrenen und endogen-depressiven Erkrankungen nachgegangen, innerhalb dessen das genetische Risiko für die Nachkommen bzw. Angehörigen psychisch Erkrankter versucht wird zu erheben. Außerdem versuchen sie den genetischen Anteil und den Umweltanteil an der Manifestation psychischer Erkrankungen abzuschätzen (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994, S. 83).

Es gibt zur genetischen Fragestellung schizophrener und endogen-depressiver Erkrankungen **Familien-, Zwillings- und Adoptionsuntersuchungen** sowie andere Studien mit genetischer Fragestellung (vgl. ebda., S. 49ff).

Die genetischen **Familienuntersuchungen** vergleichen die empirisch beobachtete prozentuale Häufigkeit psychotischer Störungen in den Familien der betroffenen Patienten mit der Prävalenzrate derselben Störungen in Kontrollfamilien und in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Serbanescu 1993, S. 650). Das Ziel der genetischen Familienuntersuchung ist es demnach, die Häufigkeit psychotischer Erkrankungen bei Verwandten verschiedenen Grades möglichst über mehrere Generationen festzustellen. Die Grundlage dieser Untersuchungen bildet die oft belegte Tatsache, dass Schizophrenien und andere psychotische Erkrankungen familiär gehäuft auftreten (vgl. Remschmidt und Mattejat

1994, S. 49).

Bei den **Zwillingsuntersuchungen** zur Ätiologie der Schizophrenie und der affektiven Psychosen wurden eineiige und zweieiige Zwillingspaare hinsichtlich der Konkordanzrate für eine schizophrene oder affektive Erkrankung verglichen (vgl. ebda., S. 52ff), um so eine genetische Komponente festzustellen.

Adoptionsuntersuchungen haben die Aufgabe, die Bedeutung von Umweltereignissen für die Manifestation psychotischer Erkrankungen festzustellen. Dabei eignen sie sich eher als Zwillingsstudien, eine Aussage zum Anlage-Umwelt-Problem zu machen, besonders dann, wenn die Kinder psychisch kranker Eltern sehr früh adoptiert wurden und sie selbst, ihre biologischen Eltern und ihre Adoptiveltern nachuntersucht werden können (vgl. ebda., S. 84).

Zahlreiche **andere Untersuchungen** verfolgen anhand von Parametern, aus sehr verschiedenen Bereichen, ebenfalls eine genetische Fragestellung. Zu ihnen zählen beispielsweise neuropsychologische Untersuchungen zum EEG und psychologische Untersuchungen von Kommunikationsbesonderheiten (vgl. ebda., S. 57).

Da im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht auf alle Untersuchungen eingegangen werden kann, sollen im Folgenden einige Ergebnisse der genetische **Familienuntersuchung** zur Schizophrenie und der affektiven Psychosen genannt werden.

Bezogen auf die Schizophrenie konnte festgestellt werden, dass das Risiko für Verwandte von schizophrenen Menschen, selbst an dieser Erkrankung zu erkranken, weitaus höher liegt als das der Durchschnittsbevölkerung. Allerdings ist die Prozentzahl nicht so hoch, wie man es für eine überwiegend genetisch determinierte Erkrankung erwartet hätte (vgl. ebda., S. 50).

Untersuchungsergebnisse konnten zeigen, dass das Erkrankungsrisiko für eine Schizophrenie mit abnehmendem Verwandtschaftsgrad sinkt. Für Geschwister und für Kinder schizophrener Menschen ist das Risiko, ebenfalls an dieser Krankheit zu erkranken, in etwa gleich hoch (vgl. ebda., S. 50). So liegt bei Kindern, bei denen ein Elternteil an Schizophrenie erkrankt ist, die Wahrscheinlichkeit der Kinder, selbst an Schizophrenie zu erkranken, bei ca. 10-15%. Bei der Erkrankung beider Elternteile besteht die Wahrscheinlichkeit der Kinder, selbst an Schizophrenie zu erkranken, bei ca. 40%. Das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, ohne familiäre Vorbelastung, liegt bei ca. ein Prozent (vgl. Matzejat 2001, S. 67).

Studien zu affektiven Störungen konnten tendenziell ähnliche Ergebnisse erzielen. Serbanescu (vgl. 1993, S. 650) betont, dass die Krankheitshäufigkeit in Bezug auf affektive Krankheiten bei Verwandten ersten Grades höher ausfällt als in Kontrollfamilien. Remschmidt und Mattejat (vgl. 1994, S. 83) stellen fest, dass das Risiko für Verwandte ersten Grades, manisch-depressiv zu erkranken, um etwa das Zehnfache erhöht ist.

Das Wiederholungsrisiko für affektive Krankheiten liegt wenn ein Elternteil erkrankt ist, bei den Kindern im Durchschnitt um 27%. Das Risiko steigt, wenn beide Elternteile erkrankt sind, auf 57% an (vgl. Serbanescu 1993, S. 651). Dies entspricht auch etwa dem genetischen Risiko für die Schizophrenie, auch wenn die Prozentzahlen in diesen Ergebnissen etwas höher liegen.

4.1.2 Sozialpsychiatrische und familientheoretische Studien

Sozialpsychiatrische und familientheoretische Forschungsansätze gehen von einem psychoreaktiven Modell der Psychosenentstehung aus. Aspekte der Familiendynamik (Eltern-Kind-Beziehung, emotionales Klima in der Familie, Kommunikationsstörungen der Eltern bzw. der Familie) wurden besonders hervorgehoben. Dabei werden Psychosen beispielsweise als Ausdruck von pathologischen Interaktionsmustern verstanden (vgl. Mattejat 2001, S. 68).

Im Gegensatz zur genetischen Zentrierung wird bei familiendynamischen Ansätzen die Krankheitsentstehung nicht primär als intrapsychischer, sondern als intrafamiliärer Vorgang gesehen, der sich am schwächsten Glied der Familie als psychische Krankheit manifestiert (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994, S. 41).

Die Analyse der im Vorfeld beschriebenen Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern ergab, dass jene Kinder vermehrt psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, die ihre Entwicklung beeinträchtigen können. Mattejat (vgl. 2001, S. 69) betont, dass diese psychosoziale Belastungsfaktoren unterschiedliche Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder nehmen können. Er unterscheidet hierbei direkte Auswirkung der Erkrankung, indirekte Auswirkungen durch Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren und Verstärkung der ungünstigen Effekte bei multiplen psychosozialen Belastungen.

Im Folgenden sollen anhand dieser von Mattejat vorgenommenen Einteilung einige mögliche umweltbedingte Belastungsfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern aufgezeigt werden. Innerhalb wissenschaftlicher Untersuchungen wurde abwechselnd eine Vielzahl von Umweltfaktoren berücksichtigt. In diesem Kapitel sollen diejenigen psychosozialen

Belastungsfaktoren beschrieben werden, die im Zusammenhang mit der sozialpädagogischen Arbeit eine bedeutende Rolle spielen.

4.1.2.1 Direkte Auswirkungen der psychotischen Erkrankung

Mattejat (vgl. 2001, S. 69) sieht die direkten Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Kinder wie folgt:

„Die Tatsache, bei einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen, ist ein psychosozialer Risikofaktor im Hinblick auf die seelische Gesundheit des Kindes, da die elterliche Erkrankung direkt zu belastenden Auswirkungen für das Kind führen kann (z.B. Beeinträchtigung der Kinderbetreuung und des Erziehungsverhaltens, Trennung von den Eltern).“ (ebda., S. 69)

Eine psychische Erkrankung kann mit Beeinträchtigungen im kognitiven, emotionalen und Verhaltensbereich assoziiert sein (vgl. Mattejat, Wüthrich und Remschmidt 2000, S. 164). Demzufolge betonen Wynne und Singer (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994, S. 44), dass Kernsymptome der Schizophrenie, wie z.B. Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsstörungen, Sprachauffälligkeiten und Denkstörungen direkten Einfluss auf das Kommunikationsverhalten des erkrankten Elternteils haben können. Mattejat, Wüthrich und Remschmidt (vgl. 2000, S. 164f) untermauern, dass sich dies im Umgang des erkrankten Elternteils mit dem Kind manifestiert und erhöht dadurch das Risiko für eine psychische Störung des jeweiligen Kindes erheblich.

Die Interaktionsstörung zwischen Mutter bzw. Vater und Kind aufgrund der elterlichen Erkrankung, kann als direkte Auswirkung auf die kindliche Entwicklung angesehen werden. Durch diese eingeschränkte Interaktion ist es möglich, dass Signale und Bedürfnisse der Säuglinge und Kleinkinder durch die Mutter verzögert, verzerrt oder gar nicht wahrgenommen werden (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 20).

„Entsprechend erfolgen die Reaktionsweisen auf diese Signale verlangsamt, verzögert, abgeschwächt oder inadäquat.“ (ebda., S. 20)

Depressive Mütter lassen im Kontakt mit ihren Kindern weniger Interesse und Beteiligungen erkennen. Sie erweisen sich als weniger einfühlsam, äußern den Kindern gegenüber vermehrt negative Gefühle und Feindseligkeiten. Außerdem kommunizieren depressive Mütter sprachlich und körperlich weniger mit ihren Babys. Dabei reagieren die Säuglinge entweder mit einem ähnlich resignativen Verhalten wie ihre Mutter oder sie zeigen extreme

Unruhe (vgl. ebda., S. 20).

Mütter, die depressiv erkrankt sind, zeigen ihren älteren Kindern wenig affektive Reaktionen, ein niedriges Aktivitätsniveau, wenig kontingente Reaktionen oder einen Wechsel von fehlendem Engagement und Aufdringlichkeit. Dabei sind bei den betroffenen Kindern häufig Nervosität, verringerter physische Aktivität, Rückzug mit häufigem Wegschauen und reduziertem positiven Affekt markante Charakteristika (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994, S. 87).

Demzufolge betonen Remschmidt und Mattejat (vgl. ebda., S. 86), dass sich die direkte Auswirkung der elterlichen Erkrankung vor allem im Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind manifestiert.

„Viele Aspekte der Depression stehen im Widerspruch zu einem angemessenen elterlichen Verhalten, 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 dem 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.“ (ebda., S. 86f)

Auch Untersuchungen zur Interaktion schizophrener Mütter und ihrer Kinder zeigen ähnliche Tendenzen. Schizophrene Mütter können ebenfalls nicht angemessen auf die Signale und Bedürfnisse ihrer Kinder reagieren. Vielmehr reagieren sie auf die eigenen (Wahn-) Wahrnehmungen und inneren Stimmungen. Die Kinder werden häufig von ihren schizophrenen Müttern als Puppen ohne Eigenleben behandelt. (vgl. Schone und Wagenblass 2002, S. 20)

Aufgrund der Interaktionsstörung ist es für die Kinder erschwerend, die vom Elternteil ausgehenden Signale zu durchschauen und nachzuvollziehen. Schone und Wagenblass (vgl. ebda., S. 20) sehen darin eine Irritation der Kinder, die als Mangel an Verlässlichkeit der primären Bezugsperson gesehen wird und in der kindlichen Entwicklung zahlreiche Beeinträchtigungen, wie Störungen in der Bindung, der emotionalen Regulation, im Sozialverhalten und der Sprache hervorrufen kann. Die Interaktionsstörung zwischen Mutter und Kind bzw. Eltern und Kind führen vor allem im Kleinkindalter zu Auffälligkeiten in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung der Kinder (vgl. ebda., S. 19f).

Die gestörte Mutter-Kind-Interaktion kann, wie deutlich wurde, zu einer Beeinträchtigung der

Bedürfnisbefriedigung der Kinder führen. Schone und Wagenblast (vgl. ebda., S. 18) sehen in der Beeinträchtigung der Bedürfnisbefriedigung ein eklatantes Risiko für die Entwicklung der Kinder:

„Säuglinge und Kleinkinder sind in besonderer Weise auf das soziale Beziehungsgefüge von Eltern und/ oder anderen Bezugspersonen angewiesen. So brauchen sie neben der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse nach Pflege und Ernährung unterschiedlichste Anregungen und Herausforderungen für ihre (Weiter-) Entwicklung. Dazu zählt das Gefühl von Schutz, Sicherheit, Geborgenheit und Anerkennung, um neue Situationen und Erlebnisse nicht als Bedrohung und Überforderung, sondern als Anregung und Herausforderung bewerten zu können. Die erste erfahrbare Form von Anerkennung und Sicherheit ist die emotionale Zuwendung von anderen Menschen in ihrer Umwelt.“ (ebda., S. 18f)

Bislang wurde im Zusammenhang des beeinträchtigten Interaktionsverhaltens fast ausschließlich die Mutter-Kind-Beziehung untersucht. Die Mutter-Kind-Beziehung wird aber auch von dem Schweregrad der Erkrankung und der An- oder Abwesenheit eines gesunden Ehepartners beeinflusst. Die Auswirkung auf die kindliche Entwicklung kann von der Anwesenheit eines gesunden Ehepartners im positiven Maße beeinflusst werden (vgl. Kapitel 3.2 und 3.3), indem dieser kompensatorische Funktionen übernimmt (vgl. Renschmidt und Mattejat 1994, S. 40).

Es lässt sich feststellen, dass die krankheitsbedingte eingeschränkte Bedürfnisbefriedigung bei Kinder psychisch kranker Eltern Auffälligkeiten im Verhalten verursachen kann. Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung ist dabei eine wichtige Variable für die Vorhersage der Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern. Als wesentliche Determinante für die Verhaltensauffälligkeit der Kinder werden die familiäre Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen und das Ausmaß der Mutter-Kind-Interaktionsstörung genannt. Als Determinante im positiven Sinne, wird die Fähigkeit des Kindes zur Problembewältigung (Aktivitätsniveau und schulische Kompetenz) verstanden (vgl. ebda., S. 40).

4.1.2.2 Indirekte Auswirkungen der psychotischen Erkrankung

Neben direkten Einflussfaktoren der psychischen Krankheit kann die Erkrankung der Eltern auch indirekte Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder nehmen.

Mattejat (vgl. 2001, S. 69) beschreibt innerhalb seiner Dreiteilung der Auswirkungen der

psychischen Erkrankung, die indirekten Auswirkungen durch Häufung psychosozialer Belastungsfaktoren, wie folgt:

„In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil treten oft zusätzliche Faktoren auf, die das Risiko für eine psychische Störung bei Kindern erhöhen. Der Grund hierfür liegt darin, dass psychosoziale Belastungen miteinander in Wechselwirkung stehen: Das Vorkommen eines Faktors erhöht die Wahrscheinlichkeit für weitere Faktoren. So führen z.B. psychische Probleme eines Partners häufig zu Ehekonflikten, und umgekehrt werden diese Probleme durch Ehekonflikte verstärkt.“ (Mattejat 2001, S. 69)

Im Folgenden sollen in Anlehnung an Mattejat, Wüthrich und Remschmidt weitere indirekte Belastungsfaktoren genannt werden, die miteinander in Wechselwirkung treten und somit die psychosozialen Entwicklungsbedingungen für die Kinder beeinträchtigen können. Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann indirekt folgende Belastungsfaktoren hervorrufen:

- ∞ ökonomische Einschränkungen und sozialer Abstieg der Familie,
- ∞ familiärer Stress,
- ∞ eheliche Konflikte,
- ∞ Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung,
- ∞ langfristige Trennung der Kinder vom erkrankten Elternteil, aufgrund chronischer Krankheitsverläufe und
- ∞ Auseinanderfallen der Familien (vgl. Mattejat, Wüthrich und Remschmidt 2000, S. 165).

Es findet sich im Folgenden eine Ausführung der indirekten Belastungsfaktoren:

(1) Der chronische Krankheitsverlauf kann, so besteht der Verdacht, bei den betroffenen Eltern zum Arbeitsplatzverlust führen, welcher mit **ökonomischen Einschränkungen** und **sozialem Abstieg der Familie** verbunden sein kann. Familien psychisch Kranker können somit von Armut bedroht werden.

(2) Durch die Krankheit indirekt hervorgerufene Belastungsfaktoren wie **familiärer Stress**, **eheliche Konflikte** und **Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung** können das Familienklima maßgebend negativ beeinflussen. Davon ausgehend, dass harmonische Familienbeziehungen eine Grundlage für ein Gefühl von Geborgenheit der Kinder bilden, ist anzunehmen, dass ein durch Disharmonie geprägtes Familienklima die Entwicklung der Kinder negativ beeinflussen kann. Demgegenüber könnten harmonische Familienbeziehungen die Fähigkeit bei den Kindern verbessern, Affekte zu modellieren und

positive soziale Beziehungen einzugehen (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994, S.37).

In diesem Zusammenhang wird die wechselseitige Beeinflussung der indirekten Belastungsfaktoren deutlich. Mattejat und Remschmidt verweisen diesbezüglich darauf, dass **Ehekonflikte** bzw. **familiärer Stress** sowohl die Depression der Mutter verstärken, als auch Probleme der Kinder verursachen können. Sie zeigen damit, dass die Problemlagen der Kinder nicht nur direkt aus dem Zusammenleben mit einem depressiven Elternteil resultieren müssen (vgl. ebda., S. 64).

In Bezug auf das **Familienklima** ist es von großer Wichtigkeit die kompensatorische Funktion des gesunden Elternteils zu berücksichtigen. Der psychische Status des gesunden Elternteils hat somit einen wesentlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Steht ein gesunder Elternteil zur Verfügung, der kompensatorische Aufgaben (z.B. Reden über die Krankheit, Unterstützung im Alltag) übernehmen kann, so sind die Entwicklungschancen für diese Kinder günstiger. So konnte eine Untersuchung an Kindern von depressiven Müttern zeigen, dass bei der Berücksichtigung der Ehebeziehung und der väterlichen Psychopathologie die soziale und emotionale Kompetenz der Kinder besser prognostiziert werden kann (vgl. Mattejat, Wüthrich und Remschmidt 2000, S. 167f).

(3) Aufgrund der chronischen Krankheitsverläufe zählt die mögliche **langfristige Trennung der Kinder vom erkrankten Elternteil** zu den indirekten Belastungsfaktoren. Die Eltern-Kind-Trennungen können das Risiko für eine psychische Störung bei Kindern erhöhen. Neben der direkten Wirkung (z.B. Beeinträchtigung in der Kinderbetreuung) der elterlichen Abwesenheit, die bei den Kindern zur Institutionalisierung führen kann, verweisen einige Studien auf die indirekte Beeinflussung, über die Institutionalisierung vermittelten Wirkung, auf die Entwicklung der Kinder. Die Institutionalisierung kann in einem erhöhten Maße zu psychopathologischen Auffälligkeiten, vor allem zu Denkstörungen führen (vgl. Remschmidt und Mattejat 1994, S. 39).

(4) Die psychische Erkrankung eines Elternteils kann indirekt jedoch auch zum **Auseinanderfallen der Familie** führen, was die Entwicklung der Kinder zusätzlich negativ belasten kann. Kuyler et al. (vgl. ebda., S. 89) stellten fest, dass die Wahrscheinlichkeit für psychopathologische Auffälligkeiten bei Kindern zunahm, wenn die Eltern geschieden waren oder beide Eltern erkrankt waren.

4.1.2.3 Verstärkung der ungünstigen Effekte

Die psychosoziale Belastung bedingt, durch direkte und indirekte Auswirkungen, kann bei

Kindern hinzukommend durch generelle psychosoziale Risikofaktoren verstärkt werden. Mattejat, Wüthrich und Remschmidt führen dazu aus:

„Unabhängig von der elterlichen Erkrankung kann das Kind weiteren psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt sein.“ (Mattejat, Wüthrich und Remschmidt: S. 165)

Als wichtige Faktoren, die das Risiko für psychische Beeinträchtigungen bei Kindern generell erhöhen, können genannt werden:

- ☞ belastende Lebensereignisse,
- ☞ eingeschränkte objektive Lebensbedingungen,
- ☞ inadäquate soziale Unterstützung,
- ☞ soziale Isolierung (vgl. ebda., S. 165).

Hinzukommend werden eheliche Konflikte, Scheidung der Eltern, familiäre Disharmonie und andere Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung, welche in diesem Sinne nicht unmittelbar mit der elterlichen Erkrankung im Zusammenhang stehen, als Risikofaktoren benannt. Besonders schwerwiegend bezüglich der kindlichen Entwicklung wirkt sich die wechselseitige Verstärkung der verschiedenen Risikofaktoren aus. Dies bedeutet, dass in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, in denen zusätzliche Belastungsfaktoren auftreten, von einer besonderen Belastung der Kinder ausgegangen werden kann (vgl. ebda., S. 165).

„So konnte z. B. gezeigt werden, dass die Trennung von den Eltern sich bei Kindern mit einer hohen genetischen Schizophrenie-Belastung besonders gravierend (im Hinblick auf die Schizophrenie-Prognose) auswirkt.“(ebda., S. 165)

Es ist festzustellen, dass das Auftreten weiterer genereller psychosozialer Risikofaktoren eine besonders gravierende Wirkung auf die kindliche Entwicklung hat. Die Effekte dieser Risikofaktoren verstärken sich gegenseitig und stehen zusätzlich in Wechselbeziehung zu den Belastungsfaktoren, die sich direkt und indirekt aus der Erkrankung der Eltern ergeben. Man kann in diesem Falle von einer sehr hohen psychosozialen Belastung der Kinder psychisch kranker Eltern ausgehen (vgl. ebda., S. 165).

4.2 Resilience- Forschung

In den vorangegangenen Abhandlungen der Forschungsansätze und deren Ergebnisse wurde deutlich, dass Kinder psychisch kranker Eltern in vielfacher Weise von der Erkrankung eines

oder beider Elternteile betroffen sind. Die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern kann, wie im Kapitel 3.1 beschrieben, mit unmittelbaren Problemen und mit Folgeproblemen belastet sein. Diese können die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen.

„Wie stark sich die Probleme im Einzelfall als Belastung ausprägen, ist jedoch sehr unterschiedlich und hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren und Einflüsse ab.“ (Wagenblass 2001a, S. 2)

Wagenblass (vgl. ebda., S. 5) weist in ihrem Artikel daraufhin, dass nicht alle Kinder die Belastung durch die Erkrankung eines Elternteils in gleichem Ausmaße erleben. Vielmehr variieren die Belastungspotentiale vielseitig.

Die Resilience- Forschung fragt explizit danach, wie es den Kindern gelingt bzw. welches die unterstützenden Ressourcen sind, die sie befähigen und stärken, die mit der Krankheit eines Elternteils verbundenen Belastungen zu bewältigen (vgl. ebda., S. 5). Dabei geht sie der Frage nach, welche Faktoren im Kind oder in der Umwelt dazu führen, dem Kind trotz Beeinträchtigung eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen (vgl. Gundelfinger 2001, S. 120).

Wagenblass (vgl. 2001a, S. 5) verdeutlicht in ihrem Artikel, dass neben den objektiven Sozialisationsbedingungen vor allem die subjektiven Bewertungen und Deutungen der sozialen Umstände durch die Kinder, relevant für die weitere Entwicklung sind.

„Werden die familiären Erlebnisse von den Kindern primär als Herausforderung wahrgenommen, wirkt sich dies unterstützend auf die Bewältigung dieser Erfahrung aus und die Kinder zeigen in ihrer weiteren Entwicklung Stärken und Resilienzen. Werden die familiären Bedingungen jedoch in erster Linie als schädigend wahrgenommen, so zeigen sich eher Störungen in der weiteren Entwicklung.“ (ebda., S. 5)

Die bewältigungsorientierte Resilience- Forschung legt ihren Hauptschwerpunkt auf die Ermittlung von Ressourcen, die es den Kindern ermöglichen könnten, familiäre Erlebnisse als Herausforderung wahrzunehmen. Als einen wesentlichen Aspekt sehen Forscher, wie Beardslee, die Aufklärung und Ressourcenentwicklung der betroffenen Familien. Er entwickelte ein Programm, welches betroffene Eltern und Kinder für die krankheitsbedingten Probleme sensibilisieren und ihnen somit positive Bewältigungsstrategien und Ressourcen aufzeigen soll. Die Studien von Beardslee beschäftigen sich mit depressiven Eltern und ihren Kindern, wobei die innerfamiliäre Enttabuisierung der Krankheit einen wesentlichen Schritt, um Desorientierung bei den Kindern und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung zu

verhindern, darstellt (vgl. Gundelfinger 2001, S. 121ff).

Folgende Ziele und Aufgaben des Interventionsprogrammes für professionelle HelferInnen sind nach Beardslee zu benennen:

„- Bei allen Familienmitgliedern, Erwachsenen und Kindern, sollte das Wissen über und das Verständnis für die elterliche Depression vergrößert werden.

☞ Den Eltern sollte Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung vermittelt und für ihr Kind konkretisiert werden.

☞ Die Fachperson macht sich ein Bild über Stärken und Schwächen des Kindes und besprach mit ihm seine Lebenserfahrungen in einer Familie mit einem depressiven Elternteil.

☞ Die spezifischen Aspekte dieser Familie wurden mit ihren Mitgliedern besprochen und bedeutsame Ereignisse wie Klinikaufenthalte, Stellenverluste, Wohnungswechsel u.ä. ausführlich erörtert.

☞ Den Familienmitgliedern wurde vermittelt, daß sie einen Anspruch auf Unterstützung haben und daß sie sich in Krisensituationen jederzeit an die Fachperson wenden können.“ (ebda., S. 121f)

Spezifisch für die Kinder verfolgt Beardslee folgende Zielsetzungen:

„- Depressive Episoden der Kinder sollten vermieden werden.

☞ Die Eltern sollten Belastungssymptome der Kinder erkennen und falls nötig eine Behandlung veranlassen.

☞ Die Widerstandsfähigkeit der Kinder (resilience) sollte verbessert werden.

☞ Die Eltern sollten die Belastung, die aus ihrer Krankheit für die Kinder entsteht, besser verstehen und einschätzen können.

☞ Die Kinder sollten die Krankheit der Eltern besser verstehen, vor allem daß sie nicht daran schuld sind und daß sie ihr eigenes Leben weiterführen müssen.“ (ebda., S. 122f)

Wie in den aufgeführten Zielen deutlich wird, setzt Beardslees präventives Konzept bei der Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation an. Hierbei konnte bereits im Kapitel 3.2 darauf hingewiesen werden, wie die Enttabuisierung der Krankheit positive Entwicklungs- und Bewältigungschancen der Kinder ermöglichen kann. Entscheidend für diesen Ansatz ist, nach Aussage Gundelfingers, die Hypothese:

„[...], daß die vermittelten Informationen mit den individuellen Lebensaspekten der Familie in Verbindung gebracht werden müssen, damit sich die familiäre Situation über längere Zeit verbessert.“(ebda., S. 121)

Beardslee bezieht sich innerhalb seines Ansatzes nicht ausschließlich auf Wissensvermittlung, sondern diskutiert vielmehr wichtige krankheitsbedingte Probleme vor dem Hintergrund der spezifischen Familiensituation und entwickelt Ansätze für eine strukturierte familienpezifische Intervention (ebda., S. 121).

In seinem Programm bot Beardslee Sitzungen und Vorträge für die betroffenen Familien an. Dieses Präventionsprogramm konnte einen nachweisbaren Effekt erzielen und erweist sich demnach als ein entwicklungsfähiger Ansatz. Als Ergebnisse können festgehalten werden:

- ☞ dass die Interventionen eine positive Langzeitwirkung zeigte,
- ☞ beide Angebote von den Familien als hilfreich empfunden wurden,
- ☞ dass das Wissen der Familienmitglieder über die Depression sich verbesserte,
- ☞ eine verbesserte Kommunikation zwischen Eltern und Kindern festgestellt wurde und
- ☞ eine veränderte Einstellung gegenüber dem Kind oder dem Partner deutlich wurde (vgl. ebda., S.120ff).

Die professionelle bewältigungsorientierte Intervention muss an der Spezifik der jeweiligen Familie ansetzen. Die Resilience- Forschung deren Orientierung sich auf die bestehenden Ressourcen richtet, setzt ihr Hauptaugenmerk vielmehr auf die spezifischen Resilienzen der jeweiligen Familie und versucht, diese mit Hilfe professioneller Unterstützung auszubauen. Es gilt, die vorhandenen Ressourcen der Familie heraus zu arbeiten und weiter zu entwickeln, um u.a. die Selbstheilungskräfte zu stärken. Dies entspricht dem allgemein geltenden sozialpädagogischen Bewältigungsprinzip.

4.3 Zusammenfassung

Die Darstellung der Forschungsansätze mit ihren Ergebnissen konnte zeigen, dass die Kinder durch die Erkrankung des Elternteils besonderen Risikofaktoren bzw. Prädiktoren im Hinblick auf ihre seelische und körperliche Gesundheit ausgeliefert sein können. Sie haben ein erhöhtes Risiko, selbst psychische Störungen zu entwickeln.

Die Forschung untersucht abwechselnd eine Vielzahl dieser Risikofaktoren mit unterschiedlicher Zentrierung auf genetische, psychosoziale und familientheoretische Aspekte. Abschließend lässt sich feststellen, dass sich bezüglich der Forschungsergebnisse keine eindeutige Aussage treffen lässt, welcher dieser Aspekte als Hauptursache für eine eventuelle einschlägige Erkrankung der Kinder anzusehen ist. Die Ergebnisse der Forschung zeigen vielmehr, dass es ein Ursachenkorrelat in Bezug auf die psychische

Entwicklung der Kinder gibt.

Die folgende zusammenfassende Auflistung der Forschungsergebnisse zeigt mögliche Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Kinder. Sie nimmt keine chronologische Wichtigkeit der einzelnen Faktoren vor und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie soll vielmehr dabei behilflich sein, sozialpädagogisches Handeln an dem jeweiligen individuellen Zusammenspiel der Einflussfaktoren orientieren zu können.

Die Auswertung der Forschungsergebnisse lässt folgende Schlussfolgerungen zu:

- ☞ Kinder schizophrener und affektiv-psychotischer Eltern sind genetisch vorbelastet. Dennoch ist das Risiko einer psychotischen Erkrankung in Verbindung mit dem genetischen Faktor kleiner als ursprünglich erwartet. Die Ausprägung des genetischen Faktors ist wiederum von psychosozialen Bedingungen abhängig.
- ☞ Aufgrund der elterlichen Erkrankung kann es zu einer Interaktionsstörung zwischen Mutter und Kind bzw. Vater und Kind kommen. Diese Interaktionsstörung gilt als wesentliche Determinante für die Entwicklungsbeeinträchtigung der Kinder. Die Entwicklungsbeeinträchtigung ist in diesem Sinne abhängig vom Ausmaß der Interaktionsstörung und vom Alter des Kindes. Sie kann vor allem im Kleinkindalter zu Defiziten in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung der Kinder führen.
- ☞ Einhergehend mit der Interaktionsstörung kann es zu einer eingeschränkten Bedürfnissbefriedigung bei den Kindern kommen, welche sich in Verhaltensauffälligkeiten manifestiert.
- ☞ Als weitere Determinante für Entwicklungsstörungen bei den Kindern gilt die familiäre Belastung mit der psychiatrischen Erkrankung. Diesbezüglich besteht eine Abhängigkeit von dem familiären Zusammenhalt (Familienklima) und der kompensatorischen Fähigkeit eines gesunden Elternteils bzw. einer anderen Vertrauensperson. Entscheidend ist außerdem, inwieweit die affektiven Beziehungen innerhalb der Familie beeinträchtigt sind. Die Dauer, die Schwere, die Chronifizierung und der Verlaufstypus der elterlichen Erkrankung können ebenso wie die Symptomatik der Erkrankung Einfluss auf die kindliche Entwicklung nehmen. Entscheidend ist beispielsweise, inwieweit das Kind in den elterlichen Wahn einbezogen ist und/oder es schon als Kleinkind von der elterlichen Bezugsperson getrennt wird.
- ☞ Neben der spezifischen Diagnose des erkrankten Elternteils haben andere, mit der Krankheit verknüpfte Faktoren, Einfluss auf die kindliche Entwicklung (wie z.B. soziale Isolation, Armut, Arbeitslosigkeit, sozialer Abstieg, familiärer Stress, eheliche Konflikte, Auseinanderfallen der Familie und Erziehungsprobleme). Es ist davon auszugehen, dass

besonders eine Häufung dieser psychosozialen Risikofaktoren eine gravierende Wirkung auf die kindliche Entwicklung hat.

- ∞ Generelle psychosoziale Risikofaktoren können die krankheitsbedingten Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder hinzukommend verstärken (z.B. unvorhergesehene belastende Lebensereignisse, eingeschränkte Lebensbedingungen und soziale Benachteiligungen).
- ∞ Bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen müssen alle Risikofaktoren, sowohl genetische als auch psychosoziale, im Wechselspiel betrachtet werden.
- ∞ Die bewältigungsorientierte Resilience- Forschung umfasst die Mobilisierung der Eigeninitiative, um Selbstgestaltungsmöglichkeiten und um Ressourcen der betroffenen Familien. Sie setzt dabei auf Enttabuisierung der Krankheit, um Desorientierung bei den Kindern zu verhindern, auf Verbesserung der innerfamiliären Kommunikation und auf die Entwicklung der familiären Ressourcen.
- ∞ Die Forschungsergebnisse haben gezeigt, je besser eine psychische Erkrankung bewältigt werden kann, um so geringer sind die Auswirkungen auf die gesamte Familie und die Kinder. Es ist eine umfassende Spannbreite von Hilfsmaßnahmen notwendig, um die Familien bei der Bewältigung ihrer besonderen Lebenssituation zu unterstützen und somit die Folgen der elterlichen Erkrankung teilweise abzumildern, zu kompensieren und negative Auswirkungen auf die Kinder zu vermeiden bzw. zu begrenzen.

Abschließend lässt sich aus den Ergebnissen der Forschung wiederum hervorheben, dass ein Handlungsbedarf besteht, zu dessen Umsetzung im Folgenden die theoretischen rechtlichen Möglichkeiten angeführt werden.

5 Mögliche Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Wie aus vorhergehenden Kapiteln ersichtlich ist, kann die psychische Erkrankung eines bzw. zweier Elternteile mit umfassenden Einschränkungen in der Pflege, Versorgung und Erziehung der Kinder verbunden sein. In der überwiegenden Mehrzahl können Familien mit einem psychisch kranken Familienmitglied die Pflege und Erziehung der Kinder und Jugendlichen dennoch selbst und/oder mit Unterstützung von EhepartnerInnen und Verwandten sicherstellen. Familien, in denen die EhepartnerInnen und andere Angehörige, bedingt durch die psychische Erkrankung eines Angehörigen, selbst besonderen Belastungen und Erwartungen ausgesetzt sind, innerhalb dessen das familiäre und soziale Netzwerk instabil ausgeprägt ist und wo es lediglich eingeschränkte Kompensationsmöglichkeiten hinsichtlich der Betreuung und Versorgung der Kinder bestehen, wird es erforderlich Leistungen der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen. Nur so kann eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung und Entwicklung gewährleistet bzw. sichergestellt werden (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 41). Doch auch scheinbar gesunde und unauffällige Kinder psychisch kranker Eltern benötigen Unterstützung. Sie stellen eine Risikogruppe dar (vgl. Kapitel 4) und benötigen, demnach Angebote die ihre Lebenssituation entsprechen (vgl. Beck 2002, S. 28).

Im Folgenden sollen mögliche Hilfen, Betreuungsformen und Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche und deren Eltern nach dem Kinder- Jugendhilfegesetz (KJHG) vorgestellt und differenziert erklärt werden. Diesbezüglich ist zu bemerken, dass der Leistungs- und Aufgabenkatalog des KJHG sehr umfassend ist und eine explizite Darstellung der gesamten Leistungen und Aufgaben den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde. Demnach liegt die Konzentration vielmehr auf die Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§16-21 KJHG), insbesondere die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§16 KJHG) und die Beratung infragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17 KJHG) sowie auf die Hilfe zur Erziehung (§§ 27-35 KJHG), insbesondere die Erziehungsberatung (§28 KJHG) und die soziale Gruppenarbeit (§29 KJHG). Die Auswahl der genannten Hilfsangebote innerhalb des KJHG wurde im Ausblick auf die Ausführungen zum Kinder- und Jugendprojekt AURYN getroffen und erheben bezüglich der Allgemeingültigkeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Diese Angebote sind jedoch für die Tätigkeit des Projektes AURYN als rechtliche Grundlage maßgebend und finden aus diesem Grund ausführlich Erwähnung.

Eingangs sollen allgemeine rechtliche Aussagen zum KJHG, Ziele der Jugendhilfe sowie die

Leistungen und Aufgaben der Jugendhilfe genannt werden.

5.1 Rechtliche Grundlagen

Kinder- und Jugendrechte sind im weitesten Sinne geregelt im Grundgesetz (GG), im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 5).

Im Art.6 Abs.2 **Grundgesetz** wird festgehalten, dass Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern ist und die ihnen primär obliegende Pflicht. Über die Betätigung wacht dabei die staatliche Gemeinschaft (vgl. GG 1998, Art.6 Abs.2). Innerhalb dieses Gesetzes wird das Zusammenleben in der Gesellschaft geregelt, wobei der Staat die elterliche Pflichterfüllung beaufsichtigt. Beim Verdacht bzw. bei der Feststellung der Vernachlässigung der elterlichen Pflege- und Erziehungspflicht besteht die Gefahr der Kindeswohlgefährdung. In diesem Fall greift Art.6 Abs.2 GG als rechtliche Grundlage für den Anspruch der Kinder auf Pflege und Erziehung (vgl. Küchenhoff 2001, S. 110).

Aus dem Art.6 Abs.2 GG geht hervor, dass vorrangig den Eltern und nicht der staatlichen Instanz die Wahrung der Interessen der Minderjährigen anvertraut ist. Diese rechtliche Regelung wurden im §1 Abs.2 KJHG aufgenommen. Für die Praxis der Jugendhilfe ist demnach zu benennen, dass die Leistungen der Jugendhilfe den Kindern und Jugendlichen nur über die Unterstützung der Eltern zugute kommen können. Trotzdem ist die Jugendhilfe bei Konflikten zwischen Eltern und Kindern bzw. Jugendlichen gefordert (vgl. Proksch 1995, S. 34ff).

Im §1666 **Bürgerliches Gesetzbuch** wird ebenfalls die Kindeswohlgefährdung angesprochen und stellt die zentrale Eingriffsnorm in die elterliche Sorge dar (vgl. ebda., S. 35):

„Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch mißbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“(BGB 2000, §1666 Abs.1)

Stellt demnach der Staat fest, dass Eltern der Erziehungs- und Pflegepflicht nicht

entsprechend nachkommen und dadurch eine Gefährdung des Kindeswohl besteht, muss entsprechend dem §1666 BGB das Familiengericht erforderliche Maßnahmen einleiten.

Das KJHG sieht grundsätzlich keine Eingriffsbefugnisse in die Beziehung zwischen den Eltern und den Kindern vor (vgl. Proksch 1995, S. 35). Eingriffsbefugnisse der Jugendhilfe nach §§42-43 KJHG existieren nur, wenn es sich um eine Sicherung des Kindeswohls handelt (vgl. Münder 1998, S. 108). Die Rechtsstellung des Staates gegenüber den Eltern oder anderen Dritten im Bereich der Jugendhilfe knüpft demnach an das bürgerliche Gesetzbuch an.

Im engeren Sinne umfasst das **Kinder- und Jugendhilfegesetz** das gesamte Kinder- und Jugendhilferecht und ist im Achten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) geregelt (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 5).

Das KJHG bestimmt, ob und inwieweit Jugendhilfe bei gesellschaftlichen, sozialen und individuellen Problemlagen tätig wird (§10 KJHG), was zum Leistungs- und Aufgabenbereich der Jugendhilfe gehört (§2 KJHG) und wer Leistungen der Jugendhilfe erhalten kann (§§ 6-7 KJHG) (vgl. Münder 1998, S. 90).

Die genannten Rechtsstellungen erwecken den Anschein, dass den Kindern die Mündigkeit abgesprochen wird. Dieses Argument kann teilweise revidiert werden, beispielsweise räumt die Rechtsstellung an manchen Stellen den Kindern und Jugendlichen Teilmündigkeiten ein. Im Art.1 und Art.2 GG werden die Kinder und Jugendlichen als geschützte Persönlichkeiten aufgefasst, die nicht als Objekte fremden erzieherischen Handelns verstanden werden dürfen (vgl. Proksch 1995, S. 36f).

Das KJHG räumt ebenfalls den Kindern und Jugendlichen, wo es konkret um ihre Erziehung geht, an einigen Stellen eigene Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte ein. Es heißt im §5 KJHG, dass die Leistungsberechtigten generell ein Wunsch- und Wahlrecht haben. Sie können demnach zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen und ihre Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Hilfen äußern (vgl. KJHG 2000, §5 Abs.1). Die Betonung des Wunsch- und Wahlrechts macht einen sozialrechtlichen und sozialpädagogischen Grundsatz der Jugendhilfe deutlich. Die Betroffenen sind keine Objekte staatlichen Handelns, sondern Jugendhilfe ist die Unterstützungstätigkeit zur Selbstverwirklichung nach eigenen Vorstellungen. Der §5 KJHG ist dabei nicht ausschließlich bei der Äußerung von Wünschen relevant, sondern umfasst auch die Perspektive der Betroffenen und Beteiligten für die gesamte Gestaltung von Leistungen, Angeboten, Diensten und Einrichtungen (vgl. Münder 1998, S. 117).

Im §8 KJHG wird die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen bei zutreffenden Entscheidungen geregelt. Das Beteiligungsrecht verpflichtet die öffentliche Jugendhilfe, Minderjährige bei Entscheidungen der Jugendhilfe inhaltlich einzubeziehen. Dies gibt den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, aktiv auf die Gestaltung des Leistungsangebotes der Jugendhilfe Einfluss zu nehmen (vgl. ebda., S. 134f).

Der §8 Abs.3 KJHG sieht eine Beratungsmöglichkeit von Minderjährigen auch ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten vor. Diese Vorschrift kann als praktische Handlungsmöglichkeit im Konflikt zwischen den Personensorgeberechtigten und den Minderjährigen verstanden werden (vgl. Proksch 1995, S. 38).

Die Beratung der Kinder und Jugendlichen ohne elterliches Wissen ist von besonderer Bedeutung, wenn beispielsweise aufgrund einer elterlichen psychischen Erkrankung keine Krankheitseinsicht vorhanden ist und demzufolge die Eltern nicht zur Kooperation bereit sind, die Kinder jedoch Hilfe bedürfen. Demnach ist die Existenz dieses rechtlichen Rahmens wichtig, da sie den Kindern und Jugendlichen von Seiten der MitarbeiterInnen der Jugendämter oder kooperierender Kinderprojekte Beratung ermöglichen (vgl. Beeck 2002, S. 30).

5.2 Ziele der Jugendhilfe

Die Ziele der Jugendhilfe ergeben sich aus §1 Abs.1 und Abs.3 KJHG.

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ (KJHG 2000, §1 Abs.1)

Absatz 1 des ersten Paragraphen des KJHG umfasst demnach die Förderung und Erziehung. Förderung bezieht sich dabei vor allem auf junge Volljährige, die nicht mehr erzogen, aber in ihrer Entwicklung unterstützt werden sollen. Des Weiteren sind unterstützende Maßnahmen für Minderjährige möglich, die über die eigentliche Erziehung hinausgehen (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 6f).

§1 Abs.3 KJHG differenziert des Weiteren:

- „Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere
- 1.junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
 - 2.Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und

- unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
 4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“ (KJHG 2000, §1 Abs.3)

Es wird deutlich, dass als AdressatInnen nicht nur die jungen Menschen, sondern auch Eltern und Erziehungsberechtigte sowie das Gemeinwesen angesprochen werden. Jugendhilfe gibt demnach Sozialisationshilfen mit dem Ziel, junge Menschen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten herauszubilden (vgl. ebda., S. 7).

Es lässt sich festhalten, dass der §1 KJHG die Funktion einer **Generalklausel hat und als Auslegungsmaxime** für das gesamte KJHG gilt. Das bedeutet, dass die Interpretation und die Anwendung des Gesetzes bei den jeweils einzelnen Bestimmungen daraufhin zu orientieren ist, dass die im §1 KJHG verankerten Leitziele realisiert werden.“ (vgl. Münder 1998, S. 97).

Ein weiteres Ziel der Jugendhilfe geht aus §11 Abs.1 KJHG hervor.

„Jungen Menschen sind die zur Förderung ihrer Entwicklung erforderlichen Angebote der Jugendarbeit zur Verfügung zu stellen. Sie sollen an den Interessen junger Menschen anknüpfen und von ihnen mitbestimmt und mitgestaltet werden, sie zur Selbstbestimmung befähigen und zu gesellschaftlicher Mitverantwortung und zu sozialen Engagement anregen und hinführen.“ (KJHG 2000, §11 Abs.1)

Demnach sind als wesentliche Zielsetzungen zu betrachten Selbstbestimmung, gesellschaftliche Mitverantwortung und soziales Engagement. Als weitere Elemente werden dabei die Mitbestimmung und die Mitgestaltung der Angebote durch die jungen Menschen selbst bezeichnet (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 19). Aus diesen Zielen wird deutlich, dass das KJHG präventiven Schutz zu bieten, aber auch unterstützende, begleitende und beratende Maßnahmen umfasst.

5.3 Leistungen und Aufgaben der Jugendhilfe

Das KJHG stellt prinzipiell für alle Minderjährigen und jungen Erwachsenen eine Reihe von

möglichen Hilfen auf, die in Anspruch genommen werden können (vgl. Textor 1995, S. 13).

Nach §2 Abs.2 KJHG lassen sich folgende **Leistungen** der Jugendhilfe definieren:

1. „Angebote der Jugendarbeit, der Jugendsozialarbeit und des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes (§§ 11 bis 14),
2. Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie (§§ 16 bis 21),
3. Angebote zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege (§§ 22 bis 25),
4. Hilfe zur Erziehung und ergänzende Leistungen (§§ 27 bis 35, 36, 37, 39, 40),
5. Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und ergänzende Leistungen (§§ 35a bis 37, 39, 40),
6. Hilfe für junge Volljährige und Nachbetreuung (§ 41).“ (KJHG 2000, §2 Abs.2)

Die Leistungen der Jugendhilfe sind teilweise als Kann-, Soll- und Mussbestimmungen ausgestaltet (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 16).

Ergänzende **andere Aufgaben** der Jugendhilfe sind beispielsweise:

- ∞ Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen (§42),
- ∞ Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§43),
- ∞ Erteilung, Widerruf und Zurücknahme der Pflegeerlaubnis (§44),
- ∞ Mitwirkung in Verfahren vor den Vormundschafts- und Familiengerichten (§50),
- ∞ Beratung und Belehrung in Verfahren zur Annahme als Kind (§51) und
- ∞ Mitwirkung in Verfahren nach dem Jugendgerichtsgesetz (§52) (vgl. KJHG 2000, §2 Abs.3).

Bezüglich der anderen Aufgaben handelt es sich um hoheitliche Aufgaben, deren Inanspruchnahme nicht in das Belieben der Betroffenen selbst gestellt ist. Im Allgemeinen nehmen dabei die öffentlichen Träger der Jugendhilfe diese spezifischen Aufgaben wahr. Jedoch können auch Träger der freien Jugendhilfe diesen Aufgaben nachkommen oder mit ihrer Ausführung vertraut gemacht werden (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 16ff).

Aufgabe der Jugendhilfe ist es, Faktoren die für den Entwicklungsprozess hinderlich sind weitgehend zu minimieren (vgl. Münder 1998, S. 99). Dabei sollen Benachteiligungen vermieden, abgebaut oder reduziert werden, um die jungen Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern.

5.3.1 Förderung der Erziehung in der Familie

Der Abschnitt der Förderung der Erziehung innerhalb der Familie befasst sich mit einer Reihe von familiären Not- und Konfliktsituationen, welche die Kinder unmittelbar oder mittelbar betreffen und dabei insbesondere die Erziehungskraft der Eltern oder sonstigen Personensorgeberechtigten beeinträchtigen können. Herausragende Konflikte sind dabei u.a. Trennung und Scheidung (vgl. Münder 1998, S. 186), aber auch das Zusammenleben mit psychisch kranken Familienmitgliedern kann, wie unter Punkt 3 ausgeführt, besonders für die Kinder eine Not- und Konfliktsituation darstellen, von der sie unmittelbar oder mittelbar betroffen sein können. Deshalb ist es notwendig, dass Familien mit psychisch kranken Familienmitgliedern in der Erziehung gefördert und unterstützt werden, um so beizutragen, dass die Eltern ihre Erziehungskraft wiedererhalten bzw. herstellen und um so die Kinder und Jugendlichen vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen.

Angebote der familienbezogenen Leistungen richten sich mit Ausnahme des §16 KJHG (präventives Angebot) auf mögliche Krisen und bereits eingetretene Notlagen (vgl. ebda., S. 187) und umfassen:

- ∞ Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§16 KJHG),
- ∞ Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17 KJHG),
- ∞ Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge (§18 KJHG),
- ∞ Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (§19 KJHG),
- ∞ Beratung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§20 KJHG) und
- ∞ Unterstützung bei notwendiger Unterbringung zur Erfüllung der Schulpflicht (§21 KJHG) (vgl. KJHG 2000, §§16-21).

Im Folgenden stehen die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie und die Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung im Blickpunkt, um explizit eine Grundlage für die Ausführungen zum Kinder- und Jugendprojekt AURYN zu legen.

5.3.1.1 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie

§16 Abs.1 KJHG spricht als AdressatInnen alle erziehungsberechtigten Personen und die junge Menschen selbst an, denen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden sollen. Ziel hierbei ist es, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können (vgl. KJHG 2000, §16 Abs.1), wofür Leistungen nach §16 Abs.2 Nr.1-3 in Anspruch genommen

werden können.

Der §16 Abs.2 KJHG hebt durch den Begriff „insbesondere“ hervor, dass die folgenden vorgenommenen Aufzählungen (Nr. 1 bis 3) familienbezogener Leistungen nicht als abschließend zu bewerten sind, sondern vielmehr, dass durch neue Angebote die Leistungen erweitert werden können (vgl. Münder 1998, S. 189).

Die Leistungen nach §16 Abs.2 Nr.1 KJHG umfassen:

„Angebote der Familienbildung, die auf Bedürfnisse und Interessen sowie auf Erfahrungen von Familien in unterschiedlichen Lebenslagen und Erziehungssituationen eingehen, die Familie zur Mitarbeit in Erziehungseinrichtungen und in Formen der Selbst- und Nachbarschaftshilfe besser befähigen sowie junge Menschen auf Ehe, Partnerschaft und das Zusammenleben mit Kindern vorbereiten, [...]“ (KJHG 2000, §16 Abs.2 Nr.1)

Als traditionelle Familienbildungsstätten können beispielsweise Kindergruppen, Eltern-Kind-Gruppen und Mütterzentren genannt werden. Ziel der sozialpädagogischen Familienbildung kann sein, Eltern kontinuierlich und entsprechend ihrer aktuellen Interessenlagen in Bezug auf den Entwicklungsstand ihres Kindes Informationen anzubieten und mögliche Formen des Erziehungsverhaltens nahe zubringen. Erziehungskompetenz kann dadurch gestärkt und gegebenenfalls erweitert werden. Eltern können durch diese Maßnahme u.a. mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern, Vertrauen in ihr eigenes Erziehungsverhalten sowie Anregungen zur Reflexion über ihr eigenes Kind und das Verhalten ihres Kindes erhalten. Außerdem können Hinweise für notwendig werdende Beratungsmaßnahmen, wie z.B. Erziehungsberatung, gegeben werden (vgl. Eisenbraun und Schulz-Müllensiefen 1995, S. 94).

Neuere Formen der Familienbildung sollen sich stärker, wie Münder (vgl. 1998, S. 189f) betont, an besonders benachteiligten Wohngebieten und an besonderen AdressatInnengruppen, wie z.B. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil und an von Trennung und Scheidung betroffenen Familien orientieren und entsprechende Angebote zur Bearbeitung und Bewältigung der jeweiligen Lebenssituation entwickeln. Außerdem soll die Familienbildung stärker als bisher den Gedanken der Selbsthilfe in Form der Gruppenarbeit fördern und entsprechende Gruppen in ihrer Entwicklung beraten und begleiten. Das Einüben, Erproben und Weiterentwickeln eigener Kompetenzen stellt die nachhaltigste Wirkung erfolgreicher Familienarbeit dar.

AdressatInnen der sozialpädagogischen Familienbildung können psychisch kranke Elternteile und deren PartnerInnen darstellen, um diese in speziellen Elterngruppen über Auswirkungen der psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes auf den Entwicklungsstand des Kindes bzw. Jugendlichen und Möglichkeiten für entsprechendes Erziehungsverhalten aufzuklären. Dabei kann es zum einen als Kompetenzerweiterung bzw. -stärkung der erkrankten Elternteile und deren PartnerInnen verstanden werden, wenn sie aufgrund der Aufklärung die Einsicht erlangen, für das Kindeswohl weitere Angebote der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen (z.B., indem sie ihren Kindern die Teilnahme an Kinderprojekten für psychisch kranke Kinder ermöglichen) bzw. zum anderen ihr Erziehungsverhalten zu ändern, um den Bedürfnissen ihrer Kinder besser zu entsprechen. Es ist anzunehmen, dass sich durch die Kompetenzerweiterung bzw. -stärkung der psychisch erkrankten Elternteile die Qualität der Mutter bzw. Vater-Kind-Beziehung verbessern kann und somit Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern verringert werden können.

Außerdem können Leistungen nach §16 Abs.2 Nr.2 beansprucht werden:

„Angebote der Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung junger Menschen, [...] (KJHG 2000, §16 Abs.2 Nr.2)

Die rechtliche Regelung schreibt keine inhaltlichen Beratungsangebote bestimmter Konzepte und Methoden vor. Die Familie als spezieller Adressat der Beratung kommt diesbezüglich jedoch in Betracht, da neben den individuellen Beziehungen von Kindern und Erwachsenen auch soziale Zusammenhänge im Umfeld von Familien der Gegenstand von Beratung sein kann. Wichtig ist, dass diese Angebote Elemente der Erziehungs-, Familien- und Lebensberatung aufweisen (vgl. Münder u.a. 1998, S. 190).

Die Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung ist eine funktionale Beratung, in welcher die Fachkräfte in allgemeinen und spezialisierten sozialen Diensten und Tageseinrichtungen für Kinder und Jugendliche bei Bedarf Beratungsgespräche anbieten und demnach die Erziehungsverantwortlichen befähigen, ihre Erziehungsverantwortung besser wahrzunehmen und damit ihre Erziehungskompetenzen zu stärken und gegebenenfalls zu erweitern (vgl. Greese 1995, S. 97).

Durch die funktionale Beratung wird nicht therapeutisch in das Beziehungsgefüge von Eltern und Kindern eingegriffen. Diese Form der Beratung im Sinne des §16 Abs.2 Nr.2 KJHG meint vielmehr die Übermittlung von Informationen zur besseren Bewältigung des familialen Erziehungsalltag. Es geht bei dieser Beratungsform mehr um handlungsbezogene Ratschläge als um eine diagnostische Problemabklärung (vgl. ebda., S. 97).

Die sozialpädagogische Beratung kann sich bei Familien mit psychisch kranken Familienmitgliedern eignen, wobei beispielsweise psychisch kranke Mütter bzw. Väter und deren PartnerInnen in Beratungsstellen über die Notwendigkeit der Aufklärung der eigenen Kinder über die psychische Erkrankung und die damit verbundenen Verhaltensweisen durch die Enttabuisierung der Krankheit können für die Kinder günstigere Entwicklungsperspektiven prognostiziert werden und die Erkrankten und ihre PartnerInnen können lernen, ihre Kompetenzen als Eltern besser wahrzunehmen bzw. zu erweitern und damit den Erziehungsalltag als leichter empfinden und dementsprechend gestalten.

Leistungen nach §16 Abs.2 Nr.3 beinhalten außerdem:

„Angebote der Familienfreizeit und der Familienerholung, insbesondere in belastenden Familiensituationen, die bei Bedarf die erzieherische Betreuung der Kinder einschließen.“ (KJHG 2000, §16 Abs.2 Nr.3)

Mit der Begrifflichkeit „belastenden Familiensituation“ werden alle Situationen, wie Münder (vgl. 1998, S. 190) schreibt, z.B. Trennung und Scheidung und die Situation von Alleinerziehenden erfasst, welche zu einer Belastung der familiären Erziehungssituation führen können. Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt eine eigenständige belastende Familiensituation dar. Durch die erzieherische sozialpädagogische Betreuung soll erreicht werden, dass die Kinder sich beispielsweise von ihren Zusatzbelastungen und die betroffenen Eltern von ihrer Krankheit erholen und entspannen können. Ziel hierbei ist, außerdem, dass die Eltern gegenüber ihren Kindern die Erziehungsverantwortung verbessern können.

Die Inanspruchnahme der genannten Angebote der Jugendhilfe für Familien mit psychisch erkrankten Familienmitglieder setzt allerdings voraus, dass:

- ☞ die Pflege und Erziehung der Kinder noch ausreichend durch die erkrankten Eltern oder deren Partner sichergestellt werden kann,
- ☞ die psychische Erkrankung noch nicht sehr intensiv und/oder chronisch ist,
- ☞ bei den Erkrankten eine Krankheitseinsicht vorhanden ist,
- ☞ das familiäre und soziale Netzwerk stabil ist,
- ☞ die erkrankten Mütter und/oder Väter bzw. deren PartnerInnen bereit sind bzw. die Notwendigkeit sehen, diese Hilfeformen in Anspruch zu nehmen,
- ☞ die Belastungen aufgrund der psychischen Erkrankung noch nicht ein solches Ausmaß annehmen, dass dies als bedrohende Belastung von den Familienmitgliedern empfunden

wird und
ausreichend Kompensationsmöglichkeiten durch z.B. gesunde PartnerInnen vorhanden sind.

Es lässt sich bezüglich des §16 KJHG festhalten, dass diese Sozialleistung eine Soll-Leistung umfasst. Es besteht demnach die Pflicht der öffentlichen Jugendhilfe entsprechende Leistungen bereitzustellen. Inhalt und Ausmaß sind jedoch nicht festlegbar und offenbaren dadurch einen erheblichen Spielraum bei der Gestaltung der Leistungen (vgl. Münder 1998, S. 191). Außerdem soll durch den §16 KJHG dem ganzheitlichen Lebensbezug von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern Rechnung getragen werden. Dabei ist auf deren aktive Mitwirkung besonders großen Wert zu legen, da die jeweiligen Maßnahmen entsprechend der individuellen Situation der einzelnen Familie entwickelt und fortgeschrieben werden müssen (Lebensweltorientierung) (vgl. Eisenbraun und Schulz-Müllensiefen 1995, S. 93f).

5.3.1.2 Beratung infragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung

Befinden sich Familien in Trennung oder Scheidung, so bedeutet dies für die Kinder und Jugendlichen, in ihrer Entwicklung mit Trennung und Verlust konfrontiert zu sein, neue Beziehungen eingehen zu müssen und im sozialen Umfeld tiefgreifende Veränderungen zu erleben. Dabei können Gefühle wie Ohnmacht, Angst, Wut und Hilfslosigkeit auftauchen. Die Kinder haben bedingt durch die besonderen familiären Lebensumstände keine Möglichkeit, diese, in erster Linie negativen Gefühle, in einem adäquaten Rahmen zu äußern. Hinzukommend übernehmen die Kinder in Trennungs- und Scheidungsfamilien häufig Vermittlerfunktionen zwischen den Elternteilen, wobei ihre Loyalität ins Wanken geraten kann, wenn beide Elternteile versuchen, das Kind zu beeinflussen und für sich zu gewinnen (vgl. Schwärzler und Koller 1999, S. 226).

Diese und andere Problemlagen zeigen die schwierige Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen, wenn sich die Eltern in Trennung oder in Scheidung befinden. Die daraus resultierenden Gefühle wie Angst, Wut, Hilflosigkeit etc. wurden ebenfalls aus der Lebenssituation mit einem psychisch kranken Elternteil (vgl. Kapitel 3.1) deutlich. Diese Gefühle können sich verstärken bzw. ein anderes Ausmaß annehmen, wenn die Kinder in ihrer Familie kein partnerschaftliches Zusammenleben erfahren, wenn sie immer wiederkehrende Konflikte und Krisen in der Familie zwischen ihnen und den Elternteilen erleben bzw. sich die Eltern in Trennung oder Scheidung befinden und damit das Familiensystem auseinander zu brechen droht. Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern sind aufgrund der Erkrankung der Eltern und der damit verbundenen schwierigen

Lebenssituation an sich schon besonderen gesundheitlichen Belastungen und Risikofaktoren ausgesetzt.

Resultierend benötigen die betroffenen Kinder entsprechende Hilfsmaßnahmen, wenn sie zusätzlich der schwierigen Lebenssituation noch weiteren typischen psychosozialen Belastungsfaktoren wie familiären Stress, eheliche Konflikten und Trennung bzw. Scheidung ausgeliefert sind. Demnach ist die Jugendhilfe besonders in der Zusammenarbeit mit psychisch kranken Eltern beim Anbieten und Durchführen von Beratungsgesprächen in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung gefordert.

Die rechtliche Ausformulierung findet sich in §17 KJHG, welcher Mütter und Väter als vorrangig Verantwortliche für ihre Kinder sowie die minderjährigen Kinder selbst als Zielgruppe definiert (vgl. Münder 1998, S. 194).

Die Beratung nach §17 Abs.1 Nr.1 KJHG ist dabei präventiv orientiert, d.h., es den Eltern helfen soll, ein partnerschaftliches Zusammenleben zwischen ihnen und ihren Kindern zu erhalten und zu gestalten (vgl. Münder 1998, S. 194f). Dieser präventive Ansatz nach §17 Abs.1 Nr.1 KJHG kann besonders wichtig sein bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, wo weder gravierende Konflikte und Krisen bestehen noch der Wunsch nach Trennung und Scheidung vorliegt, aber das partnerschaftliche Zusammenleben gefährdet ist. Wie aus Punkt 4.1.2.2 deutlich wurde, kann die psychische Erkrankung das Familienklima und die Entwicklung des Kindes gefährden bzw. negativ beeinflussen. Harmonische Familienbeziehungen bilden hingegen die Grundlage für ein Gefühl von Geborgenheit der Kinder und einer allgemeinen Zufriedenheit der anderen Familienmitglieder. Indem die Beratung nach §17 Abs.1 Nr.1 KJHG versucht, das partnerschaftliche Zusammenleben aufzubauen bzw. wieder herzustellen, kann ein negatives Familienklima verhindert und die Entwicklung der Kinder positiv beeinflusst werden.

Die Beratung nach §17 Abs.1 Nr.2 KJHG soll Krisen- und Konfliktregulierungshilfe sein, d.h. sie soll helfen Konflikte zu vermeiden bzw. diese eigenverantwortlich und selbstständig zu bewältigen (vgl. Münder 1998, S. 195). Die Beratungsform nach dieser Rechtsregelung ist notwendig und hilfreich, falls bei psychischen Erkrankungen eines Partners Ehekonflikte entstehen oder die psychischen Probleme durch Ehekonflikte verstärkt werden (vgl. Kapitel 4.1.2.2.). Trennung bzw. Scheidung scheinen in diesen familiären Konstellationen vielmals der einzige Ausweg zu sein, wobei die Leidtragenden der gesamten Situation nicht ausschließlich die betroffenen Paare, sondern vor allem die Kinder sind (vgl. Münder 1998, S. 193). Durch diese Beratungsform kann den betroffenen Familien Unterstützung

zukommen, um mit Konflikten adäquat umzugehen bzw. diese als Herausforderung zu erleben und demnach den Ausweg der Trennung bzw. Scheidung anderer Handlungsmöglichkeiten gegenüber stellen.

Im Falle einer Trennung dient die Beratung nach §17 Abs.1 Nr.3 KJHG dem nahehelichen Erhalt beider Elternteile für ihre Kinder. Mit dieser Regelung und Ausübung des Umgangsrechts entstehen, wie Münder (vgl. ebda., S. 195) feststellt, oftmals elterliche Streitigkeiten, die des Öfteren zu Lasten der Kinder ausgetragen werden. Dabei soll die Beratung und Unterstützung entgegenwirken.

Bezüglich der Familien mit psychisch kranken Elternteilen treten sehr häufig Trennungen bzw. Scheidungen auf. Durch die Beratung gemäß §17 Abs.1 Nr.3 KJHG soll den Kindern und Jugendlichen auch nach der Trennung bzw. Scheidung der Zugang zu den Eltern gewährleistet sein.

Grundsätzlich können, so besteht die Annahme, diese Angebote überwiegend von Familien mit psychisch kranken Familienmitgliedern in Anspruch genommen werden, wenn:

- ∞ die Bereitschaft der einzelnen Familienmitglieder besteht, an ihrer Situation Veränderungen vorzunehmen,
- ∞ bei den erkrankten Personen selbst eine Krankheitseinsicht besteht,
- ∞ der Verlauf der Erkrankung weder intensiv noch chronisch ist, so dass die Pflege und Erziehung der Kinder weitgehend sicher gestellt werden kann und
- ∞ der gesunde Elternteil kompensatorische Funktionen übernehmen kann.

Zusammenfassend lässt sich zur Rechtsregelung des §17 KJHG festhalten, dass es die Pflichtaufgabe der Jugendhilfe ist, bei Familienproblemen Beratung anzubieten. Dies beinhaltet nicht nur die Durchführung von Beratungsterminen, sondern auch die Vermittlung konkreter Hilfen (u.a. Hilfearten nach §§27-35 KJHG), im Falle einer Notwendigkeit (vgl. Matthey 1995, S. 107). Dennoch sind keine rechtlichen Regelungen getroffen worden, die Methoden und Konzepte bei der Beratung gemäß §17 KJHG zu definieren. Grundsätzlich müssen die Beratungs- und Unterstützungsangebote den Vorrang vor Eingriffen von Seiten der Jugendhilfe enthalten und hinzukommend als Hilfe zur Selbsthilfe konzipiert und geleistet werden. Die Beratungshilfen sollten dabei systemisch, ressourcenorientiert, interdisziplinär, familientherapeutisch, verhaltenstherapeutisch und gruppenspezifisch orientiert sein (vgl. Münder 1998, S. 197f).

5.3.2 Hilfe zur Erziehung

Das KJHG bietet mit den Maßnahmen der Hilfe zur Erziehung, Möglichkeiten weitergehender Hilfen und Unterstützungen für Kinder und junge Volljährige an. Der §27 Abs.1 KJHG klärt die Voraussetzungen für die Gewährung der Hilfe zur Erziehung. Es heißt:

„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.“ (KJHG 2000, §27 Abs.1)

Ein Personensorgeberechtigter hat demnach einen Rechtsanspruch auf Hilfen, wenn in einem konkreten Fall festgestellt wird, dass ohne sozialpädagogische Hilfe, das Wohl und die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen nicht gewährleistet werden kann bzw. gefährdet ist. Damit entspricht der Jugendhilfeträger dem „Recht auf Erziehung“ durch die entsprechenden Erziehungshilfen (vgl. Münder 1998, S. 252).

Art und Umfang der Hilfe sollen sich dabei nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall richten und das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen mit einbeziehen. Hilfe zur Erziehung kann nach den §§28-35 gewährt werden (vgl. KJHG 2000 §27Abs.2).

Bei der Hilfe zur Erziehung handelt es sich um sozialpädagogische, erzieherische Hilfen (vgl. Münder 1998, S. 263) die des Weiteren nach §27Abs.3 KJHG hinzukommend therapeutische Leistungen umfassen. Außerdem soll Hilfe zur Erziehung bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten einschließen (vgl. KJHG 2000, §27 Abs.3).

Die Gründe für die Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung können sehr vielfältig sein. Dabei wird ein erheblicher Teil gewährleistet, wenn Elternteile psychisch erkrankt sind. Die psychisch erkrankten Sorgeberechtigten können sich aufgrund ihrer Erkrankung selbst nicht mehr in der Lage sehen bzw. sind nicht mehr in der Lage, ihren Kindern eine angemessene Versorgung und Erziehung zu organisieren und zu gewährleisten (vgl. Schone und Wagenblaus 2002, S. 43ff).

Hilfe zur Erziehung wird generell daran geknüpft, dass eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist. Der Blick wird von den „Verhaltensauffälligkeiten“ des Kindes und Jugendlichen auf das soziale Umfeld (z.B. Familie, Schule und Nachbarschaft) und die hier problemverursachenden Faktoren gelenkt. Dieser Blick begünstigt die umwelt- und lebensweltorientierten Ansätze in der

Sozialpädagogik (vgl. Münder 1998, S. 251) und ist besonders wichtig, bei der Arbeit mit Familien von psychisch Kranken. Es wurde erwähnt, dass von einer psychischen Erkrankung überwiegend die gesamte Familie betroffen ist und deshalb ist es gerade dabei sehr wichtig, den Blick auf das soziale Umfeld Familie und die problemverursachenden Faktoren zu lenken.

Die §§28-35 KJHG beschreiben die einzelnen zur Verfügung stehenden Hilfen, wobei diese eine Mischung aus der Benennung der AdressatInnen, der Beschreibung von Zielen und methodischer Hinweise ist (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 29f). Diesbezüglich lässt sich festhalten, dass die Hilfe zur Erziehung gewährleistet werden kann:

- ☞ ambulant in Form der Erziehungsberatung, der sozialen Gruppenarbeit, des Erziehungsbeistandes und der sozialpädagogischen Familienhilfe,
- ☞ teilstationär in Form einer Tagesgruppe/Familienpflege,
- ☞ stationär in Form einer Vollzeitpflege oder Heim und sonstige betreute Wohnformen und
- ☞ ambulant oder teilstationär in Form der intensiven sozialpädagogischen Betreuung (vgl. Oberloskamp und Adams 1996, S. 30f).

Abschließend ist zu bemerken, dass Hilfe zur Erziehung mit vielfältigen und zum Teil spezialisierten angebotenen Hilfsformen immer im Bezug zu den anderen Bereichen der Jugendhilfe steht. So bestehen sachliche Zusammenhänge im Bereich „Förderung der Erziehung in der Familie“ vor allem im Hinblick auf Angebote für Familien in belastenden Lebenssituationen. Wichtig für die Praxis ist, dass als Leistungen zur Hilfe zur Erziehung nicht nur die in den §§28-35 KJHG genannten Leistungen Anspruchcharakter haben, vielmehr auch Leistungen, die in anderen Abschnitten des KJHG aufgeführt werden, Anspruchcharakter wenn im Verfahren festgestellt wird, dass diese anderen Leistungen geeignete und notwendige Hilfsangebote sind (vgl. Münder, 1998 S. 254).

5.3.2.1 Erziehungsberatung

Erziehungsberatung nach §28 KJHG soll Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, sowie bei der Lösung von Erziehungsfragen und bei Trennungs- und Scheidungsfragen unterstützen. Wichtig hierbei ist, dass Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, welche mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind (vgl. KJHG 2000, §28).

Erziehungsberatung umfasst demzufolge präventive Maßnahmen, wie

Verhaltensauffälligkeiten, Erziehungs- und Lernschwierigkeiten sowie Entwicklungsstörungen vorzubeugen. Außerdem sollen, so Münder (vgl. ebda., S. 274), beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten diagnostiziert und behandelt werden. Durch das Einbeziehen von therapeutischen Maßnahmen unterscheidet sich die Erziehungsberatung als institutionelle Beratung (vgl. Greese 1995, S. 97) von der funktionalen Beratung nach § 16 KJHG.

Es lässt sich festhalten, dass die Erziehungsberatung auf die Familie als System gerichtet ist und demnach versucht, durch sozialpädagogische Interventionen bzw. durch sozialpädagogische, psychologische Beratung und therapeutische Begleitung, die Erziehungsfähigkeit der Eltern/Familie zu erhalten bzw. wieder herzustellen (vgl. Schone und Wagenblass 2002, S. 44). Dies spielt gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen oftmals eine Rolle denn wie verdeutlicht, ist beispielsweise die Erziehungsfähigkeit der psychisch kranken Eltern in einem sehr großem Maße eingeschränkt, so dass die Betroffenen Beratung nach §16 KJHG benötigen. Befindet sich die Familie aber bereits in einer solchen Krise aufgrund der psychischen Erkrankung, können Kriseninterventionen notwendig sein, die die Leistungen der präventiven funktionalen Beratung übersteigt und demnach §28 KJHG mit seinen Maßnahmen erforderlich wird, um den Betroffenen zusätzlich zur sozialpädagogischen sowie psychologischen Beratung therapeutische Begleitung anzubieten.

Innerhalb des §28 KJHG erfolgt keine ausschließliche Zuordnung der Aufgabenwahrnehmung. Somit können die Aufgaben von speziellen Einrichtungen (Erziehungsberatungsstellen) und anderen Diensten und Einrichtungen (z.B. Jugend-, Familien-, Lebensberatungsstelle) wahrgenommen werden, die gemäß §§27-28 KJHG bzw. §§16ff KJHG zuzuordnen sind (vgl. Münder 1998, S. 272).

Abschließend ist zu erwähnen, dass die Erziehungsberatungsstellen sich von den anderen Hilfen zur Erziehung (vgl. §§29-35 KJHG) dadurch unterscheiden, dass sich Rat suchende Eltern oder Jugendliche unmittelbar an den Beratungsdienst wenden können (vgl. Münder 1998, S. 277).

„Dieser **unmittelbare Zugang** entspricht dem Charakter der Erziehungsberatung. Sie ist damit im Vergleich zu den anderen HzE als ein niederschwelliges Angebot angelegt.“ (ebda., S. 277)

5.3.3.2 Soziale Gruppenarbeit

Die Hilfsmaßnahme der sozialen Gruppenarbeit richtet sich an ältere Kinder und Jugendliche, mit dem Ziel, diese bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen zu unterstützen und in ihrer Entwicklung zu fördern. Dabei geht es methodisch darum, dass gruppenpädagogische Konzepte entworfen werden, die unter anderem soziales Lernen in der Gruppe ermöglichen (vgl. KJHG 2000, §29).

Friske (vgl. 1995, S. 153) stellt fest, dass sich die soziale Gruppenarbeit besonders bei den Problemlagen im persönlichen Bereich (Freizeitgestaltung, Durchhaltevermögen, Beziehungsaufbau) und im familiären Bereich (Kommunikation mit Eltern und Geschwistern, gestörte Eltern-Kind-Beziehung) bewährt hat. Dies verdeutlicht, dass diese Hilfsmaßnahmen durchaus effektiv bei Kindern mit psychisch kranken Eltern sein können. Bei diesen Kindern konnten sowohl im persönlichen Bereich (z.B. Freizeitgestaltung) wie auch im familiären Bereich (z.B. Interaktionsstörungen zwischen Mutter-Kind und einer schlechten Mutter-Kind-Qualität) vielfältige Problemlagen festgestellt werden, die die Kinder in ihrer Entwicklung negativ beeinträchtigen können.

Bei der sozialen Gruppenarbeit wird eine Verbindung mit anderen Angeboten, z.B. der intensiven sozialpädagogischen Einzelbetreuung, angestrebt (vgl. Münder 1998, S. 281), wobei die Gruppenarbeit dabei im Vergleich zur Einzelarbeit den Vorteil hat, dass Kinder hier die Erfahrungen machen können, dass auch Gleichaltrige ähnliche Probleme aufweisen. Dadurch können die Kinder voneinander lernen, wie sie Probleme bewältigen. Hinzukommend können auch die Erwachsenen durch neu erlernte Bewältigungsstrategien von der Gruppenarbeit profitieren (vgl. Schwärzler und Koller 1999, S. 226f).

Wichtig bei der Gruppenarbeit ist die Prozessorientierung, d.h., dass für die Kinder und Erwachsenen die Gruppe der Ort ist, wo sie ihre Konflikte einbringen und austragen können. Dabei sollten ihnen keine Themen vorgegeben werden (vgl. ebda., S. 227). Weiterhin ist zu erwähnen, dass die soziale Gruppenarbeit generell zwischen offenen pädagogischen Angeboten (Jugendarbeit), beratenden Hilfen (z.B. Jugend- und Erziehungsberatung) und der Erziehung außerhalb der eigenen Familie angesiedelt werden kann. Durch soziale Gruppenarbeit können über die Vermittlung positiver Erlebnisse und Angebote sozialen Lernens Verhaltensveränderungen bei den betreuten Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen bewirkt werden (vgl. ebda., S. 281).

5.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ausgestaltung des Grundgesetzes (vgl. Art.6 Abs.2 GG) die rechtliche Grundlage für die Aussagen des Kinder- und Jugendhilfegesetz (vgl. §1 Abs.2 KJHG) zur Kindeswohlgefährdung, die den Anspruch der Kinder auf Pflege und Erziehung artikulieren, darstellen. Außerdem knüpft die Rechtsstellung der Minderjährigen bzw. Personensorgeberechtigten im Bereich der Jugendhilfe an die Grundrechte der Verfassung an. Das bedeutet, dass Leistungen der Jugendhilfe nur über die Unterstützung der jeweiligen Eltern zum Tragen kommen können. Rechtliche Regelungen zur Kindeswohlgefährdung werden ebenfalls im Bürgerlichen Gesetzbuch (vgl. §1666 Abs.1 BGB) angesprochen und gelten als zentrale Eingriffsnorm in die elterliche Sorge. Eingriffsbefugnisse der Jugendhilfe nach §§42-43 KJHG existieren ebenfalls lediglich im Falle der Kindeswohlgefährdung.

Parallel zu diesen Regelungen im weiteren Sinne fanden innerhalb des dargestellten Kapitels, Ausführungen zum Achten Buch des SGB, welche im engeren Sinne die Rechtsregelungen des Kinder- und Jugendrechts definieren, Erwähnung.

Das KJHG bestimmt, inwieweit Eingriffe bei gesellschaftlichen, sozialen und individuellen Problemlagen getätigt werden (§10 KJHG), welche Leistungs- und Aufgabenbereich die Jugendhilfe definieren (§2 KJHG) und welcher Personenkreis leistungsberechtigt ist (§§6-7 KJHG).

Innerhalb des KJHG sind Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte benannt, die den Kindern als Leistungsberechtigte nach §5 KJHG Wunsch- und Wahlrechte und Beteiligungsrechte gemäß §8 KJHG einräumen.

Aus den Ausführungen zu den Zielsetzungen der Jugendhilfe lässt sich hervorheben, dass die Jugendhilfe zum einen als Unterstützer der Familie und zum anderen als Schützer der Kinder und Jugendlichen agiert. Jugendhilfe soll die Erziehungsverantwortung der Eltern stärken und die Kinder präventiv unterstützen. Den jungen Menschen soll durch Sozialisationshilfen die Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit, charakterisiert durch Selbstbestimmung, gesellschaftlicher Mitverantwortung und sozialen Engagement, verholfen werden. Dabei steht der Abbau entwicklungshemmender und gegenläufiger Faktoren zusätzlich im Blickpunkt.

Wie bereits dargestellt, bildet §2 KJHG die Grundlage für die Ausgestaltung der einzelnen

Leistungen und Aufgaben der Jugendhilfe, der prinzipiell allen Minderjährigen und jungen Erwachsenen offen steht.

Zu den beschriebenen Leistungen der Jugendhilfe, die in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung teilweise miteinander in enger Verbindung stehen bzw. ineinander übergehen, gehören:

- ☞ Angebote zur Förderung der Erziehung in den Familien, insbesondere die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§16 KJHG) und die Beratung infragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17 KJHG) und
- ☞ Hilfe zur Erziehung, insbesondere die Erziehungsberatung (§28 KJHG) und die soziale Gruppenarbeit (§29 KJHG).

Die allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie unterstützt durch ihre verschiedenen Angebote Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte in ihrer Erziehungsverantwortung (§16 KJHG). Mit der Annahme der Einschränkung der Erziehungsfähigkeit psychisch erkrankter Sorgeberechtigter kann dabei die Notwendigkeit der Unterstützung bei allgemeinen Erziehungsfragen bestehen. Außerdem sind Beratungen zu erbringen im Fall familiärer Disharmonien, Konflikten, Trennungen und Scheidungen. Familien mit einem psychisch kranken Familienmitglied haben einen erhöhten Beratungsbedarf nach §17 KJHG, um diesen Tendenzen entgegenzuwirken und die Kinder trotz möglicher familiärer Not- und Konfliktlagen entwicklungsfördernd zu unterstützen.

Auf Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung, kann durch den bestehenden Rechtsanspruch auf weitere Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten mittels sozialpädagogischer und therapeutischer Maßnahmen zurückgegriffen werden. Dabei sind die Formen der Erziehungsberatung (vgl. §28 KJHG) und der sozialen Gruppenarbeit (vgl. §29 KJHG) bezüglich Kinder psychisch kranker Eltern von besonderer Relevanz. Innerhalb der Erziehungsberatung sollen u.a. individuelle und familienbezogene Probleme geklärt und bewältigt werden, um Entwicklungsverzögerungen und die Folgen der psychischen Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder möglichst einzudämmen. Durch die soziale Gruppenarbeit sollen Kinder und Jugendliche bei der Überwindung von möglichen Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen unterstützt und adäquate soziale Verhaltensweisen erfahren und erlernt werden.

Abschließend lässt sich fokussieren, dass Eltern, die, bedingt durch ihre Erkrankung, zu keiner angemessenen Pflege und Erziehung ihrer Kinder in der Lage sind, Anspruch auf Hilfe und Unterstützung haben. Die Existenz dieses rechtlichen Rahmens gestaltet sich als vorteilhaft, jedoch ist die Inanspruchnahme der zustehenden Leistungen vielfach fraglich.

Ein Problem bei der Inanspruchnahme der Rechte ist, dass besonders psychisch kranke Menschen Probleme haben, diese Rechte angemessen und umfassend wahrzunehmen. Psychisch kranke Menschen sind häufig aufgrund ihrer Krankheit in ihrer sozialen Kompetenz eingeschränkt, und so ist es für sie meist unmöglich, sich im, wie Schone (vgl. 2001, S. 109f) schreibt, Rechts- und Verwaltungsdschungel zurecht zu finden und die entsprechenden Hilfen für sich und ihre Kinder einzufordern. Deshalb ist es wichtig, dass die Jugendämter den betroffenen Eltern die Ansprüche und Rechte verständlich machen, erforderliche Hilfsangebote entwickeln und unterbreiten und die Träger, die Angebote für psychisch kranke Menschen und deren Angehörigen bereitstellen, zu unterstützen. Da diese Thematik im Folgenden nicht näher beleuchtet wird, bleibt an dieser Stelle nur der Verweis darauf.

6 Notwendige Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Ausführungen zur Lebenssituation, den Forschungsansätzen und Ergebnissen sowie den möglichen Hilfen gemäß KJHG untermauerten, die Notwendigkeit spezifischer Unterstützungsmaßnahmen für Kinder psychisch kranker Eltern sowie den daraus resultierenden Handlungsbedarf.

Der Wege e.V. Leipzig erkannte die Notwendigkeit und gründete in enger Kooperation, Vernetzung und räumlicher Anbindung an sein Gesamtprojekt „Lebensräume zur Bewältigung seelischer Krisen“ das Kinder- und Jugendprojekt AURYN für Kinder psychisch kranker Eltern, welches konkret Unterstützungen und Hilfen in kind- und jugendgerechter Ausrichtung anbietet (vgl. Wege e.V. 2002 S. 5).

Im Folgenden findet sich eine prägnante Einführung in die Ziele und Aufgaben des Wege e.V. Leipzig, um anschließend das Projekt AURYN mit seinen notwendigen Hilfsformen für Kinder psychisch kranker Eltern, den Eltern selbst und anderen Angehörigen explizit darzustellen. Dabei werden die einzelnen Leistungs- und Angebotsformen und deren Zielsetzungen benannt sowie die Tätigkeitsbereiche der Sozialpädagogin und ihre Interventionsmöglichkeiten ausgeführt. Hinzukommend werden zur praktischen Veranschaulichung die Erfahrungen bei der Umsetzung des Projektes angeführt. Dabei ist zu bemerken, dass sich das Kinder- und Jugendprojekt in der Aufbauarbeit befindet und demzufolge aufgrund unterschiedlicher Faktoren, welche herausgearbeitet werden, konzeptionelle Festlegungen noch in der Planung und noch teilweise vor der Realisierung stehen.

6.1 Wege e.V. Leipzig

Der Wege e.V. Leipzig gründete sich 1995 aus Eltern, v.a. Müttern von Psychiatrie Betroffenen, die sich zur Hilfe zur Selbsthilfe zusammen taten, um zunehmend ihre Erfahrungen und ihr Wissen an andere Angehörige weiterzugeben. 1999 entstand daraus die Idee des Projektes „Lebensräume zur Bewältigung seelischer Krisen“ (vgl. Bialowons, Anhang).

Ziel und Zweck dieses Projektes ist es, die Interessen seelisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Sozialleben individuell sowie in der Öffentlichkeit zu vertreten (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S.1). Dabei gehört zur allgemeinen Aufgabe, die Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörigen in die Arbeit

des Projektes einzubeziehen, ihnen Hilfen anzubieten und sie bei der Nutzung ihrer Ressourcen und Selbsthilfepotentialen zu unterstützen (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 5).

Der Verein strebt die Unterstützung der Betroffenen und Angehörigen bei geltend machenden rechtlichen Ansprüchen bzw. bei der Klärung anderer Belange der Betroffenen und deren Angehörigen (Ganzheitsprinzip), u.a. in den Bereichen Arbeitsrecht, Kündigungsschutz und Wohnrecht für psychisch behinderte Menschen an. Arbeit, Wohnen und Sozialleben deckt, nach Bialowons, die wesentlichen Bereichen des Lebens ab und steht demzufolge im Mittelpunkt der Arbeit des Projektes (vgl. Bialowons, Anhang).

Der Wege e.V. Leipzig möchte durch seine Arbeit die komplementär-psychiatrische Landschaft in Leipzig unterstützen bzw. vorantreiben und fördern. Das Konzept „Lebensräume zur Bewältigung seelischer Krisen“ wurde dabei in enger Zusammenarbeit von Angehörigen, Betroffenen und Mitarbeiterinnen der Universität Leipzig (Dialog: Betroffene-Angehörige-Fachleute) als überregionales, gemeindenahes psychiatrisches Zentrum entwickelt (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S.2).

Durch diesen Dialog besteht für alle involvierten Personen bzw. Institutionen die Möglichkeit zu Austausch, Abstimmung und Kooperation, wobei unterschiedliche Interessen und Wissensgrundlagen eingebracht und sinnvoll genutzt werden können. Der ganzheitliche Ansatz ist vor allem für die betroffenen Personen von besonderer Bedeutung (vgl. Bialowons, Anhang).

6.2 Kinder- und Jugendprojekt AURYN

Das Kinder- und Jugendprojekt AURYN wird als spezielles Präventions-, Beratungs- und Therapieprojekt für minderjährige Kinder und junge Volljährige verstanden. Es wendet sich dabei an Kinder, Jugendliche und junge Volljährige, die in Familien aufwachsen, in denen besondere seelische Krisen durchlebt werden oder in denen mindestens ein Elternteil von einer psychischen Krankheit betroffen ist (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S.1). Außerdem wird die Unterstützung jener AdressatInnen, die in ihrem Verhalten Auffälligkeiten zeigen, aber keinem psychiatrischen Krankheitsbild entsprechen und demzufolge keiner Behandlung unterliegen, angestrebt (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 4).

Grundsätzlich ist eine Unterstützung sinnvoll und erfolgsversprechend, wenn sie möglichst früh einsetzt und alle Betroffenen einbezogen werden. Demzufolge richtet sich das Angebot von AURYN gleichzeitig an die PartnerInnen, die erkrankten Menschen selbst und andere

wichtigen Bezugspersonen der Kinder (wie u.a. die Großeltern) (vgl. ebda., S. 4).

Des Weiteren richtet sich das Kinder- und Jugendprojekt auch an „nicht diagnostizierte Eltern“, d.h., AURYN fungiert als Präventionsprojekt für Familien, die aufgrund einer Gefährdung Unterstützung bedürfen. Dies kann u.a. bei drohender oder unmittelbarer Arbeitslosigkeit notwendig sein, da dieser Belastungsfaktor, wie im Kapitel 4.1.2.2 angesprochen, die gesamte Familie und besonders die Kinder betrifft. Es handelt sich innerhalb des Angebots, bedingt durch die Schwierigkeit Zugang zu den Menschen mit psychischen Erkrankungen zu finden, um eine theoretische Größe. Die Erfahrungen zeigten diesbezüglich, dass sich die AdressatInnen erst an das Kinder- und Jugendprojekt wenden, wenn sie bereits in der Psychiatrie behandelt werden bzw. behandelt wurden. Die Existenz des Angebotes ist dennoch von Bedeutung, da durch präventive Unterstützung die Chance besteht, den betroffenen Familien und insbesondere den Kindern entsprechende Unterstützungen anzubieten und demnach das Ausmaß der vielseitigen Beeinflussungen durch die psychischen Erkrankungen zu dämmen (vgl. Bialowons, Anhang).

Aus der Zusammenarbeit einer Diplom-Sozialpädagogin, einer Diplom-Psychologin mit familientherapeutischer Zusatzausbildung (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 12), einer Leiterin der Geschäftsstelle und einer Vielzahl ehrenamtlicher MitarbeiterInnen (z.B. Angehörige aus Selbsthilfegruppen oder Vereinsmitglieder) (vgl. Bialowons, Anhang) wird das interdisziplinäre Tätigkeitsfeld von AURYN deutlich, innerhalb dessen die MitarbeiterInnen einen differenzierten Zugang zur Situation der KlientInnen anstreben. Nach Ansicht der MitarbeiterInnen sind demzufolge eine multiprofessionelle Realisierung und ein fachlich breit gefächertes Angebot im Kinder- und Jugendprojekt möglich. Der besondere Vorteil liegt in den verschiedenen Kompetenzen und fachlichen Möglichkeiten dieses Projekts. Die unterschiedlichen Professionen ermöglichen durch die mannigfaltigen Blickwinkel den Kindern und deren Eltern eine breite Versorgung und Prävention (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 12). Dabei sind die gesamten Mitarbeiterinnen bemüht, im Sinne der ressourcenorientierten Arbeit, die Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken und Angehörige und Betroffene zur gegenseitigen Unterstützung und Stärkung anzuregen (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 1).

Die bestehende enge Kooperation, Vernetzung und räumliche Nähe an das Gesamtprojekt des Wege e.V. erachten die Mitarbeiterinnen als großen Vorteil.

„Zum einen zeigen Forschungsarbeiten in diesem Kontext, dass der Erfolg von Präventionsmaßnahmen für Kinder psychisch Kranker entscheidend vom

Problembewusstsein und der Kooperationsbereitschaft behandelnder ÄrztInnen und der Eltern abhängt (siehe Stand der Forschung). Zum anderen können vorhandene Kompetenzen von Angehörigen, Patienten und Fachleuten (Triadlog) genutzt und gewinnbringend eingebracht werden, denn die Arbeit wird vernetzt, die Wege sind kurz.“ (Konzeption, S. 5)

Demzufolge ist die Kooperation für den Verein mit Institutionen der Jugendhilfe, stationären Einrichtungen, niedergelassenen ÄrztInnen und TherapeutInnen oftmals von wesentlicher Bedeutung.

6.2.1 Leistungen und Angebote

Seit Januar 2003 ist das Kinder- und Jugendprojekt von Seiten des Jugendamtes als Angebot eines freien Trägers anerkannt und als Beratungsstelle AURYN zulässig (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 3). Spezifisch erfährt AURYN als Erziehungsberatungsstelle gemäß §28 KJHG Förderung, wobei innerhalb der Beratungstätigkeiten außerdem §§16-17 KJHG sowie §29 KJHG zuzuordnen sind, d.h., sie berühren bzw. bieten ebenfalls diese Leistungen an.

AURYN strebt durch das breite Spektrum an Leistungen und Angeboten nach einer effektiven Entwicklung der Kinder, Jugendlichen und junge Erwachsene psychisch kranker Eltern, um diese zu unterstützen, zu fördern und deren möglichen Auffälligkeiten zu lindern bzw. zu verringern.

6.2.1.1 Einzelarbeit

Bezüglich der Einzelarbeit lässt sich eine Untergliederung der AdressatInnen vornehmen. Zum einen richtet sich das Angebot von AURYN an die Kinder psychisch kranker Eltern, darüber hinaus auch an die Eltern selbst und andere betroffene Angehörige. Im Folgenden findet sich eine differenzierte Darstellung.

Einzelarbeit mit betroffenen Kindern

Psychische Erkrankungen können oftmals Fragen, besonders bei den Kindern, aufwerfen. Inhaltlich umreißen diese nach Beeck (vgl. 2002, S. 33) u.a. Art, Ursache, Entwicklung der Krankheit, sowie Schwierigkeiten im Umgang mit dem elterlichen Verhalten oder Abwesenheiten aus dem familiären Haushalt des psychisch erkrankten Elternteils.

Aufgrund der inner- und außerfamiliären Tabuisierungen psychischer Krankheiten, wie unter 3.1.1 angeführt, werden diese Fragen oftmals nicht adäquat beantwortet und die Kinder sind sich in ihrer besonderen Lebenssituation völlig selbst überlassen und desorientiert. Sie haben, wie die Erfahrungsberichte im Kapitel 3 zeigen, das Bedürfnis ihre Gefühle zu artikulieren und Informationen über die psychische Erkrankung zu beziehen bzw. Aufklärung zu erfahren. Eine geeignete Form erscheint dafür, das Einzelgespräch zu sein. Dabei können die Kinder ihre Problemlagen, Gefühle etc. leichter äußern, als sich im gesamt familiären Rahmen, denn aufgrund der inner- und außerfamiliären und gesellschaftlichen Tabuisierung bezüglich der psychischen Erkrankungen, können bei den Kindern Schamgefühlen verursacht werden, die eine Öffnung zum sozialen Umfeld hemmen.

AURYN eröffnet den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen innerhalb der Öffnungszeiten, sowie während der telefonischen Kontaktzeiten ein spezifisches Beratungsangebot, welches anonym oder mit konkreter Terminabsprache erfolgen kann (vgl. Bialowons, Anhang) Das niedrigschwellige Beratungsangebot macht die Kontaktaufnahme besonders für die Kinder einfach, wobei sie selbst entscheiden können, ob die Angebote ihren Bedürfnissen und ihren Wünschen entsprechen (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 5ff).

Die Einzelgespräche mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beinhaltet, wie bereits angedeutet, die Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und deren möglichen Auswirkungen, um ausgehend von der individuellen und familiären Situation u.a. mögliche Schuldgefühle bei den Kindern abzubauen. Wird durch die Mitarbeiterinnen festgestellt, dass die Übermittlung von Informationen für die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine Verbesserung bzw. keine Erleichterung bringt, kann weiterführend eine Familien- und Individualdiagnostik durchgeführt werden, wobei die Mitarbeiterinnen versuchen, den Kontext der Familie zu erschließen und bei besonderen Auffälligkeiten die behoben werden müssen, aus dem therapeutischen Spektrum therapeutische Prozesse einzuleiten. Diesbezüglich werden den individuellen Unterschieden der Kinder Rechnung getragen, wobei sich im Vorfeld keine verallgemeinernden Vorgehens- und Behandlungsmaßnahmen benennen lassen (vgl. Bialowons, Anhang).

Als bedeutende Zielsetzung von AURYN im Rahmen der Einzelarbeit mit den Kindern lässt sich das Vermeiden einer psychischen Erkrankung der Kinder psychisch kranker Eltern benennen. Die Umsetzung ist möglich, wenn präventive Maßnahmen früh einsetzen und dabei die Lebensbedingungen bzw. die individuellen Bedingungen gestützt werden, so dass eine psychische Erkrankung ausbleibt. Dabei rückt die Realisierung bereits über die

individuelle und öffentliche Aufklärung, die bestärkend bei der Krisenbewältigung wirkt bzw. das Bewusstsein über eine mögliche Beratung oder therapeutische Begleitung weckt, bedeutend näher (vgl. ebda.).

Es lässt sich festhalten, dass durch die Einzelarbeit von AURYN mit den Kindern psychisch kranker Eltern dazu beigetragen werden soll, dass sie ihre jeweilige Lebenssituation bewältigen können. Besonders wichtig erachten es die Mitarbeiterinnen, die Kinder in ihrer sozialen und emotionalen Wahrnehmung zu stärken, ihnen Verbindlichkeiten, Vertrauen und Sicherheit zur Ich-Stärkung, Stabilisierung und Förderung des Selbstvertrauens anzubieten (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002 S. 6). Aufgrund einer möglichen gestörten Interaktion zwischen Mutter und Kind, werden dem Kind in seiner Entwicklung und Erziehung häufig zu wenig Verbindlichkeiten, Sicherheiten und Stabilitäten angeboten und es kann zu einer eingeschränkten Bedürfnisbefriedigung kommen, dem will AURYN entgegen wirken.

Während der Einzelarbeit fungiert die Sozialpädagogin von AURYN als Co-Beraterin der Psychologin. Diese Zusammenarbeit erachten die Mitarbeiterinnen, bedingt durch die verschiedenen Perspektiven der unterschiedlichen Professionen, den fachspezifischen Austausch und die Abstimmung der Interventionsmaßnahmen als sehr hilfreich (vgl. Bialowons, Anhang).

Bei der gesamten Arbeit mit den Kindern ist das Tätigkeitsfeld der Sozialpädagogin deutlich vernetzter mit anderen Institutionen, mit den Betroffenen und anderen Angehörigen als das der Psychologin. Sie hat die Aufgabe u.a. bei existenten FamilienhelferInnen in einer Familie diese zu kontaktieren, einen Austausch über die Familie zu führen und mögliche Hilfsmöglichkeiten für die Kinder zu besprechen. Außerdem ist es wichtig, dass sie den Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen (EhepartnerInnen und Großeltern) unterstützt, um deren kompensatorischen Fähigkeiten zu fördern. Ihre Aufgabe ist es demnach, ein Netz zu schaffen, zu knüpfen und zu erhalten, um die Kinder entsprechend zu unterstützen, in ihrer Situation zu stabilisieren und in ihrer sozialen Not aufzufangen (vgl. ebda.). Zu ihren weiteren Interventionsmaßnahmen gehören außerdem:

- ☞ Freizeitgestaltung gemeinsam mit den Kindern,
- ☞ die Durchführung verschiedener Entspannungsprogramme,
- ☞ das Lenken der Aufmerksamkeit auf die vorhandenen Gruppenangebote von AURYN sowie
- ☞ das Durchführen von Aufklärungs- und Beratungsgespräche mit den Kindern (vgl. ebda.)

Wichtig bei ihrer gesamten Arbeit ist, dass der Blick auf das soziale Umfeld (Umweltorientierung) und die einzelnen Kinder in ihrer konkreten Lebenswelt (Lebensweltorientierung) gerichtet wird, um so die Kinder wirkungsvoll im Alltag zu unterstützen (vgl. ebda.).

Häufig haben psychisch kranke Eltern keine Krankheitseinsicht und sehen keinen Bedarf, dass für die Unterstützung ihrer Kinder, um Entwicklungsverzögerungen vorzubeugen bzw. entgegenzuwirken, Handlungsbedarf besteht. Möchten jedoch Kinder und Jugendliche Hilfe in Anspruch nehmen, haben sie nach §8 Abs.3 KJHG das Recht, unabhängig vom elterlichen Wissen eine Beratung zu erfahren (vgl. Kapitel 5.1). Dabei bieten die Öffnungszeiten und die telefonischen Kontaktzeiten für Beratungsgespräche für die Kinder aufgrund des unmittelbaren Zugangs zu dem Kinder- und Jugendprojekt, die Möglichkeit, dies in Anspruch zu nehmen.

Einzelarbeit mit den erkrankten Elternteilen

Ebenfalls können die erkrankten Eltern von den Mitarbeiterinnen des AURYN Projektes Beratungen, hinsichtlich der Erziehung und Entwicklung ihrer Kinder, einholen (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 4).

Anfänglich geht es in der Einzelarbeit mit den Eltern darum, erste Kontakte zu knüpfen, die jeweilige spezifische Situation insgesamt zu erfassen und offen für die elterlichen Fragen zu sein. Die MitarbeiterInnen stellen den Eltern das Konzept und die Angebote des Projektes vor, verbunden mit verschiedenen Anbindungsmöglichkeiten.

Wird aufgrund der Einzelgespräche mit den Eltern festgestellt, dass viele Faktoren (beispielsweise die Überforderung beider Elternteile mit der Erziehung, ein negatives Familienklima, drohende Trennung bzw. Scheidung, drohende Vernachlässigung, unzureichende Bedürfnisbefriedigung, Mangel an Verlässlichkeit, etc.) für eine negative Entwicklungsrichtung der Kinder spricht, wird die Einleitung therapeutischer Maßnahmen mit den Eltern angestrebt. Darunter versteht Bialowons (vgl. Anhang), dass beispielsweise die Mutter konkret auf die Höhe des Risikos, bezüglich der Erkrankung des Kindes hingewiesen wird, wenn sich im Bezug auf ihr Verhalten oder ihrer Erziehung keine Veränderungen ergeben. Die therapeutische Arbeit mit Müttern, die sich an familientheoretischen Maßnahmen orientiert bzw. ausrichtet umfasst u.a.:

☞ Aufstellen von Genogrammen,

☞ das Erproben von Konfliktbewältigung bzw. Konfliktstrategien,

- ☞ besprechen differenzierter Interaktionsmodelle,
- ☞ Leistungen einer Erziehungsberatung im herkömmlichen Sinne, um die Ursachen von bestimmten Verhaltensweisen aufzuschlüsseln
- ☞ die Mütter befähigen und sensibilisieren den eigenen Kindern eine normale Entwicklung zuzugestehen, ohne überbehütet einzugreifen bzw. die Kinder zu vernachlässigen (vgl. ebda.).

Aus dieser Auflistung wird ersichtlich, dass die therapeutische Arbeit hauptsächlich mit Müttern im Hinblick auf die Erziehung der Kinder statt findet ohne die eigene therapeutische Bewältigung in den Mittelpunkt zu rücken (vgl. ebda.)

Ziel der Einzelarbeit mit den Eltern ist, die häufig eingeschränkte Erziehungsverantwortung zu erhöhen, um dadurch das Risiko für eine einschlägige Erkrankung bei den Kindern möglichst einzudämmen. Dabei werden sie konkret auf die Risiken hingewiesen, wenn ihr eigenes Verhalten keiner Veränderung unterliegt (vgl. ebda.).

Die Einzelarbeit richtet sich ebenfalls an Eltern, die bei ihren eigenen Kindern einen Handlungsbedarf sehen (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 9). Sie können sich hier Informationen über Verhaltensauffälligkeiten und, wenn notwendig, entsprechende Hilfen (z.B. Vermittlung an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst) einholen. Demnach kann als Ziel hier verstanden werden, auf verhaltensauffällige Kinder aufmerksam zu werden und ihnen entsprechende Hilfen anzubieten.

Die Sozialpädagogin fungiert während der Einzelgespräche mit den Eltern ebenfalls als Co-Beraterin. Weiterführend werden die Eltern konkret in ihrem Erziehungsalltag unterstützt, auf konkrete Alltagshilfen hingewiesen und bei der Kontaktaufnahme u.a. zu FamilienhelferInnen unterstützt. Außerdem motiviert die Sozialpädagogin die Eltern, zur dauerhaften Kontaktierung des Vereins, um entsprechend unterstützt zu werden und um die eigenen Ressourcen bzw. die Selbsthilfekräfte zu aktivieren (vgl. Bialowons, Anhang).

Einzelarbeit mit anderen Angehörigen

Des Weiteren bietet AURYN Einzelgespräche mit anderen Angehörigen, wie z.B. Großeltern oder gesunden EhepartnerInnen an. Dabei werden überwiegend Themen wie Aufklärung, Einfühlungsvermögen und Kommunikation behandelt. Außerdem erhalten die Ratsuchenden in den Gesprächen Vorschläge und Möglichkeiten, für ihr weiteres Vorgehen und Handeln (vgl. ebda.). Als wesentliche Zielsetzung der Einzelgespräche mit anderen Angehörigen oder

PartnerInnen wird die Stress- bzw. Belastungsreduktion für die Kinder verstanden. Dies kann durch Aufklärung des gesunden Elternteils, der Großeltern etc. geschehen, um sie für ihre kompensatorischen Fähigkeiten zu sensibilisieren und zu stärken (vgl. ebda.). Diese sind besonders wichtig für die Kinder zur Bewältigung der elterlichen Erkrankung (vgl. Kapitel 4.1.2.2) und deshalb in der Angehörigenarbeit für die Mitarbeiterinnen von AURYN notwendig und selbstverständlich.

Zusammenfassend wird aus den Formen der Einzelarbeit ersichtlich, dass dieses Angebot von AURYN sehr vielfältig einsetzbar ist (z.B. zur Aufklärung der Kinder, zur Verbesserung des Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind und bei Erziehungsfragen der Eltern) und an vielen Stellen effektiv wirken kann. Dennoch ist eine eindeutige Differenzierung der Einzelarbeit von der Familienarbeit teilweise mit Schwierigkeiten verbunden. Demnach können nach einigen Einzelgesprächsterminen mit Kindern gemeinsame Gesprächen mit den Eltern geführt werden bzw. kann die Familienarbeit für einzelne Stunden in Einzelarbeit mit Müttern und Kindern übergehen (vgl. Bialowons, Anhang).

Aus den allgemeinen Zielen der Jugendhilfe (vgl. Kapitel 5.2) geht hervor, dass die Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung unterstützt werden müssen, wobei durch die Einzelberatung und die einzeltherapeutischen Maßnahmen von AURYN den Kindern Sozialisationshilfen gegeben werden können, um den Aufbau entwicklungshemmender Faktoren entgegen zu wirken.

Durch die eben beschriebene Einzelarbeit wird AURYN dem Auftrag der Jugendhilfe gerecht. Sie unterstützen durch den unmittelbaren und niedrigschwelligen Zugang als Erziehungsberatungsstelle nach §28 KJHG Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern, deren Eltern selbst und andere Angehörige. Dazu werden Unterstützungsmaßnahmen bei der Klärung (z.B. Aufklärungsgespräche) und Bewältigung (beispielsweise durch therapeutische Maßnahmen) individueller (u.a. Störungen der emotionalen Bindungsfähigkeit) und familienbezogener Probleme (z.B. Bestehen eines negativen Familienklimas) und der zugrunde liegenden Faktoren angeboten. Außerdem unterstützen sie Eltern bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennungs- und Scheidungsfragen (gemäß §§16-17 KJHG).

Die Inanspruchnahme dieser verschiedenen Maßnahmen setzt jedoch voraus, dass die einzelnen Familienmitglieder auch bereit sind, an ihrer Situation etwas zu ändern und bei den erkrankten Personen eine Krankheitseinsicht besteht, wie bereits bei den möglichen Hilfen darauf hingewiesen wurde.

6.2.1.2 Familienarbeit

Psychische Erkrankungen eines Familienmitgliedes zählen zu den Familienerkrankungen (vgl. Kapitel 2). Sie haben auf das gesamte System Familie, auf die innerfamiliären sozialen Beziehungen und die Lebenssituation Auswirkungen, wobei hier besonders die Kinder betroffen sind, wie in den Kapiteln 3 und 4 dargestellt. Aufgrund dieser Tatsache stellt es sich oftmals als notwendig und sinnvoll heraus, gemeinsam mit allen nahen Angehörigen der Familie die Ursachen für die Problemlagen zu bearbeiten, um beispielsweise eine Verbesserung des Familienklimas zu erreichen, was positive Auswirkungen auf die Kinder hat, auch wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist.

AURYN bietet demzufolge Familiengespräche (gemäß §17 Abs.1 Nr.2 KJHG) an, wenn sich während der Einzelgespräche schwerwiegende familiäre Konfliktpunkte (u.a. widersprüchliches Erziehungsverhalten der Eltern, Krisen und Konflikte in den Familien) herausstellen, die im Rahmen der Einzelarbeit nicht bearbeitet bzw. bewältigt werden können, aber dennoch keine therapeutische Notwendigkeit besteht (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 11).

Die Zielsetzung der Familiengespräche umfasst u.a., den betroffenen Familienmitgliedern aufzuzeigen, inwieweit ein partnerschaftliches Zusammenleben wieder aufbaubar ist (gemäß §17 Abs.1 Nr.1 KJHG) bzw. wie Konflikte und Krisen in der Familie (gemäß §17 Abs.1 Nr.2 KJHG) bewältigt werden können, um damit eine Trennung oder Scheidung zu verhindern. Des Weiteren wird als Ziel der Familiengespräche verstanden, Schwellenängste und eventuell vorhandenes Misstrauen bei den Betroffenen abzubauen. So sollen und können die Familien auf diese Weise in ihren eigenen Kompetenzen gefördert werden (vgl. ebda., S. 6).

Die Mitarbeiterinnen von AURYN schätzen von fachlicher Seite weiterführend ein, ob wenige Beratungsgespräche ausreichen oder familientherapeutische Interventionen über einen festgelegten Zeitraum für die Bewältigung der gesamten familiären Situation anzusetzen sind (vgl. ebda., S. 11).

Die Familientherapie kann von einem beeinträchtigten Interaktionsverhalten ausgehen um dieses zu bearbeiten, z.B. durch Genogrammarbeit oder dem Gesprächs-Konflikt-Modell, bearbeitet. Durch diese Intervention wird versucht, die Interaktionsformen innerhalb der Familie zu verbessern, um dadurch u.a. eine entsprechende Bedürfnisbefriedigung bei den Kindern sicherzustellen bzw. wieder herzustellen. Dabei werden die vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen der Familienmitglieder gefördert (vgl. ebda., S. 6).

AURYN versucht durch die Familienarbeit das gesamte familiäre System bei der Klärung sowie Bewältigung der individuellen und besonders der familiären Problemlagen in Bezug zur psychischen Erkrankung und den zugrunde liegenden Faktoren zu unterstützen (gemäß §28 KJHG). Es geht darum, mögliche Übertragungen, z.B. der Ängste und Zwänge der Mutter auf das Kind, zu vermeiden. Die Familien sollen diesbezüglich gestärkt werden, um bei Krisensituationen das Wissen um die Beratungsstellen und mögliche therapeutische Begleitung zu haben, um diese in Anspruch nehmen zu können (vgl. Bialowons, Anhang).

Es lässt sich resultierend fest halten, dass die Familiengespräche sowie die Familientherapie die erziehungsberechtigten Personen primär in ihrer Erziehungsverantwortung zu bestärken versucht. Ein wesentlicher Aspekt bei den geleisteten Maßnahmen ist, der Einbezug der Kinder. Demnach stehen bei AURYN die Kinder mit ihren Fragen im Mittelpunkt der Familienarbeit, wobei Konflikte bzw. Interaktionsformen bearbeitet werden sollen. Bezüglich des Strebens nach der Stützung des Familiensystems ist es von Bedeutung, die Eltern über die Arbeit mit den Kindern zu informieren und einzubeziehen. Außerdem soll von den Eltern das Problembewusstsein von der schwierigen Lebenssituation der Kinder geschärft werden, um so für ihre Kooperation zu werben (vgl. Wege e.V. 2002, S. 10f).

Durch die Ressourcenorientierung von AURYN wird deutlich, dass sie, wie auch die Programme von Beardslee (vgl. Kapitel 4.2) versuchen, in ihrer Familienarbeit die Resilienzen der Familie zu stärken. Die Mitarbeiterinnen von AURYN sind bedacht, Eigeninitiative, Selbstgestaltungsmöglichkeiten und Ressourcen der Familie zu beachten bzw. zu ermitteln (Umwelt- und Lebensweltorientierung). Die Aufklärung, Bearbeitung von Interaktionsformen und Ressourcenentwicklung steht im Mittelpunkt, um die innerfamiliäre Tabuisierung aufzuheben und damit in der Schuldfrage und den Phantasien der Kinder Klarheit zu schaffen. Die Aufklärung, Bearbeitung von Interaktionsformen und die Ressourcenentwicklung kann die kindliche Entwicklung positiv beeinflussen, so dass die familiären Erlebnisse als Herausforderung wahrgenommen werden können (vgl. Kapitel 3.2 und 4.2).

Das Einbeziehen anderer wichtiger Bezugspersonen erachtet AURYN bei ihrer gesamten Familienarbeit als sehr wichtig (vgl. Bialowons, Anhang), denn informelle Hilfen (u.a. kompensatorische Fähigkeiten) können zur positiven Bewältigung der besonderen Lebenssituation für Kinder psychisch kranker Eltern, wie unter Kapitel 3.2 ausgeführt, beitragen. Informelle Hilfen können jedoch nicht immer vorausgesetzt werden, deshalb müssen diese durch sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten der Familiengespräche

und Familientherapie gestützt und ausgebaut werden.

Es geht, wie deutlich wurde sowohl in der Familienarbeit von AURYN als auch aus den Zielen der Jugendhilfe, darum, Benachteiligungen zu vermeiden, abzubauen oder zu reduzieren und die Kinder und die anderen Familienmitglieder in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, um so für positive Lebensbedingungen der jungen Menschen und deren Familien beizutragen (vgl. Kapitel 5.2)

Die Sozialpädagogin übernimmt dabei die gleichen Aufgaben wie bei der Einzelarbeit/ Einzelgesprächen. Demzufolge arbeitet sie als Co-Beraterin, d.h., sie ist in den Gesprächen und Therapien anwesend und tauscht sich mit der Familientherapeutin über die Familien und weiteres Vorgehen aus (reflektierendes Team). Des Weiteren versucht sie auch, die Kontakte mit der erkrankten Person, den Angehörigen und insbesondere mit den Kindern zu knüpfen und zu intensivieren, um den entsprechenden Hilfebedarf feststellen zu können (vgl. Bialowons, Anhang).

6.2.1.3 Gruppenarbeit

AURYN bietet im Rahmen ihrer Erziehungsberatung gemäß §29 KJHG soziale Gruppenarbeit für Kinder psychisch kranker Eltern, deren Eltern und anderen Angehörigen (z.B Großeltern) an.

Zu den Gruppenangeboten von AURYN gehören die offene Eltern-Kind-Gruppe und das freie offene Gruppenangebot für Kinder.

Die **offene Eltern-Kind-Gruppe** existiert seit November 2002 und findet im Parkkrankenhaus Leipzig Durchführung. Es lassen sich folgende AdressatInnen aufschlüsseln:

- ☞ sich in stationärer Behandlung befindende Elternteile,
- ☞ deren betroffene Kinder sowie
- ☞ andere Angehörige und vertraute Personen der Familie (vgl. Bialowons, Anhang).

Die Eltern-Kind-Gruppe umfasst einen pädagogisch unterstützten Nachmittag, innerhalb dessen Kinder, Eltern sowie Angehörige durch spielerische und Gestaltungstätigkeiten gemeinsam aktiv werden (vgl. ebda.). Damit können möglichen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder, wie Nervosität und Rückzug resultierend aus dem niedrigen Aktivitätsniveau der

Mutter bzw. elterlicher Vernachlässigung, kompensiert werden.

Des Weiteren können parallel zu den gemeinsamen Aktivitäten innerhalb der Gruppentätigkeit vertraute Gespräche hinzukommen, die je nach Bedarf auch im Rahmen einer Beratung Fortsetzung finden können und demnach Elemente der Familienbildung gemäß §16 Abs.2 Nr.1 KJHG beinhalten. Dabei werden Eltern und andere Angehörige innerhalb dieses Gruppenangebotes von den Mitarbeiterinnen über mögliche Fehlentwicklungen der Kinder informiert und aufgeklärt, um ihnen eine Verbesserung der Erziehungsverantwortung zu ermöglichen und demzufolge der Bedürfnisbefriedigung Folge zu leisten (vgl. Bialowons, Anhang).

Dieses Angebot kann demnach zur Bearbeitung und Bewältigung der jeweiligen Lebenssituation dienen, die Selbsthilfe fördern und durch das Erproben, Einüben und Weiterentwickeln der Kompetenzen eine nachhaltige Wirkung für die gesamte Familie darstellen.

Des Weiteren beinhaltet dieses Gruppenangebot durch die erzieherische sozialpädagogische Betreuung nach §16 Abs.2 Nr.3 KJHG Elemente der Familienfreizeit und der Familienerholung. Bedingt durch die gemeinsame Aktivität erhalten die Eltern zum einen Erholung von der belastenden Familiensituation, wohingegen die Kinder ebenfalls Erholung von der belastenden familiären Rollenumverteilung finden sollen und des Weiteren nonverbale Ausdrucksmöglichkeiten für ihre Erlebnisse, Gedanken und Gefühle bezüglich der psychischen Erkrankung der Eltern erlernen sollen. Alle Familienmitglieder bekommen Möglichkeiten aufgezeigt, die Freizeit sinnvoll zu gestalten und zu nutzen (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 10), was in zahlreichen Fällen positive Entwicklungen der Kinder und des gesamten Familiensystems mit sich bringt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das wesentliche Ziel dieses Gruppenangebotes den Eltern und Kindern auf einfache und niedrighschwellige Weise den Kontakt zum Kinder- und Jugendprojekt ermöglichen will, wobei die Inhalte sich nicht auf therapeutische Maßnahmen beziehen. Vielmehr geht es um das gemeinsame Tätigwerden und dem daraus resultierenden sozialen Lernen innerhalb der Gruppe (vgl. Bialowons, Anhang).

Dabei umfasst das Aufgabengebiet der Sozialpädagogin folgende Aspekte:

- ☞ Herstellung und Erhaltung einer auf Offenheit und Vertrauen basierenden Bezugsbasis, um grundsätzlich das Gelingen der Hilfsmaßnahmen zu gewährleisten,
- ☞ Leitung und Ausgestaltung der gestalterischen Arbeiten,
- ☞ Herstellung eines empathischen Zugangs zu den spezifischen Familiensituationen und Offenheit für Fragen und Problemlagen sowie

☞den Familienmitgliedern Motivation zu geben, den Kontakt zu AURYN aufrecht zu erhalten bzw. auszubauen (vgl. ebda.).

Als Vorteil dieses Gruppenangebotes gegenüber der Einzelarbeit, lässt sich abschließend herausstellen, dass innerhalb dessen die Kinder stetigen Austausch mit Gleichaltrigen aus vergleichbaren Lebenssituation erfahren können (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 10) und die Eltern bzw. Angehörigen ebenfalls von Erfahrungen anderer betroffener Personen profitieren können.

Als weiteres Gruppenangebot von AURYN ist das **freie offene Gruppenangebot für Kinder** zu benennen, welches seit Juli 2003 in den Räumen von AURYN existiert. Alle vierzehn Tage bekommen die Kinder während eines Treffens die Möglichkeit über ihre Probleme zu reden bzw. den Nachmittag durch gemeinsame Aktivitäten sinnvoll zu gestalten. Dieses Gruppenangebot ist ebenfalls unverbindlich, welches keinen fortlaufenden oder zusammenhängenden Inhalt annimmt (vgl. Bialowons, Anhang), so dass demzufolge ein Einstieg nach Bedarf darin leicht möglich wird.

Infolgedessen können die Kinder auf einfache und niedrighschwellige Weise Kontakt zum Kinder- und Jugendprojekt aufnehmen und einen Nachmittag ohne Gedanken an die erkrankten Eltern und ihre Lebenssituation verbringen.

Innerhalb dieses Gruppenangebotes beläuft sich die Aufgabe der Sozialpädagogin auf:

- ☞die Vorbereitungen für gemeinsame Aktivität,
- ☞das Zuhören und Erfassen von kindlichen Problemlagen,
- ☞die Kontaktierung und Aufklärung der wichtigen Bezugspersonen sowie
- ☞die Einleitung notwendiger unterstützender Maßnahmen (vgl. ebda.)

Durch die aufgeführten sozialpädagogischen Interventionsmöglichkeiten sollen die Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten entwicklungsfördernd überwunden bzw. die soziale Isolation der Kinder psychisch kranker Eltern eingedämmt werden (vgl. Kapitel 5.3.3.2).

6.2.1.4 Multiplikatorenarbeit

Es stellt sich vielmals die Frage, inwieweit ein Zugang zu jenen Kindern und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Elternteilen, die sich nicht in psychiatrischer Behandlung befinden bzw. befanden, möglich ist. Nach Schone und Wagenblass (vgl. 2002, S. 17) stellen

Kindergärten oder Schulen ansprechende Kontaktorte dar, um auf die Notlagen von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam zu machen, bevor sie selbst auffälliges Verhalten entwickeln und gegebenenfalls weiterer Hilfsprozesse bedürfen.

Demzufolge wurde mit SchulsozialarbeiterInnen und LehrerInnen aus Leipziger Schulen von Seiten AURYN eine Zusammenarbeit aufgebaut, um Aufschluss über bestehende familiärer Probleme und Verhaltensauffälligkeiten der SchülerInnen zu bekommen (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 2). Zu Beginn war es notwendig, aufgrund der bestehenden Tabuisierung der psychischen Krankheiten, die SchulsozialarbeiterInnen und LehrerInnen grundsätzlich auf die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ aufmerksam zu machen und sie entsprechend weiter zu bilden (vgl. Bialowons, Anhang).

Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, dass der Verein im entsprechenden notwendigen Fall eingreifen kann, d.h., Hilfen u.a. in Form von Einzelgesprächen mit den Kindern und/oder Eltern anbietet (vgl. ebda.).

AURYN bietet als weitere Form der Multiplikatorenarbeit an Leipziger Schulen und in den eigenen Räumlichkeiten Projektstage für SchülerInnen, LehrerInnen und SchulsozialarbeiterInnen zum Kennenlernen der Arbeit des Kinder- und Jugendprojektes an (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 2). Dabei lassen sich als Ziele benennen:

- ∞ Sensibilisierung aller AdressatInnen,
- ∞ Motivation der betroffene Kinder zur Kontaktierung des Vereins sowie, der LehrerInnen und SchulsozialarbeiterInnen zur Aufdeckung spezifischer Auffälligkeiten und familiärer Problemlagen ihrer SchülerInnen sowie
- ∞ Verbreitung der Arbeit des Vereins.

Die Multiplikatorenarbeit kann durch die Projektstage Elemente der sozialen Gruppenarbeit (gemäß §29 KJHG) beinhalten, wobei die Kinder und Jugendlichen demnach Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensprobleme überwinden sollen. Dem kann der Wege e.V. Leipzig durch die Angebote der Multiplikatorenarbeit entsprechend gerecht werden, wenn bestehende familiäre Probleme, Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensprobleme Kinder psychisch kranker Eltern aufgrund der Gruppenarbeit rechtzeitig erkannt werden und demzufolge ein sozialpädagogisches Intervenieren möglich ist.

Die Aufgaben der Sozialpädagogin umfassen:

- ∞ Aufklärung, Vermittlung und Sensibilisierung der SchülerInnen, LehrerInnen und

- SchulsozialarbeiterInnen über die Risikogruppe Kinder psychische kranker Eltern,
- ☞ Weiterbildung der SchulsozialarbeiterInnen (Schulsozialarbeiterkonferenz), um explizit auf dieses Problem aufmerksam zu machen sowie
 - ☞ Aufklärung mittels Informationsmaterial zu psychischen Krankheiten und Aktivitäten von AURYN (vgl. Bialowons, Anhang).

6.2.1.5 Krisenintervention

Ein weiteres Angebot der Unterstützungsmaßnahmen des Kinder- und Jugendprojektes ist die Krisenintervention, worin AURYN Kindern, erziehungsberechtigten Personen und Angehörigen Klärungs- und Bewältigungshilfen, u.a. bei krankheitsbedingten Zuspitzungen der familiären Situation (gemäß §17 Abs.1 Nr.2), bei massiven oder gewalttätigen Auseinandersetzungen innerhalb der Familie oder während stationären Aufenthalten, wo die Unterbringung des Kindes ungeklärt ist, anbieten (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 11).

Es geht grundsätzlich darum, die Krise aufzufangen und den akuten Stand zu entschärfen, um Kurzschlusshandlungen zu vermeiden, wobei eine Kontaktierung hauptsächlich per Telefon erfolgt (vgl. Bialowons, Anhang).

Um schnell und unmittelbar auftretenden Krisensituation adäquat begegnen zu können, ist in der Konzeption das Streben nach schnellen und unbürokratischen Hilfen erfasst. Dazu sollen Kriseninterventionsgespräche am Telefon durchgeführt sowie mögliche Kooperation mit Stellen wie Kinderschutzdienst etc. aufgebaut werden, um passende, langfristige und sinnvolle Hilfsmaßnahmen zu finden (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 11).

Innerhalb der beschriebenen Maßnahme umfassen die Aufgaben der Sozialpädagogin folgende Punkte:

- ☞ Durchführung der Krisenintervention am Telefon,
- ☞ Aufzeigen weiterer Handlungsmöglichkeiten für die betroffenen Personen sowie
- ☞ Leisten der Krisenbewältigungshilfe und Suche nach gemeinsamen mittelfristigen Lösungen (vgl. Bialowons, Anhang).

6.2.1.6 Kooperative Tätigkeiten

Zu weiteren Leistungen bzw. Angeboten von AURYN gehört die Kooperation mit anderen Institutionen (Gesamtprojekt Wege e.V. Leipzig, Gremienarbeit, etc.) und Personen (ÄrztInnen und TherapeutInnen), welche, wie bereits erwähnt, eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern ist .

Folgende Kooperationsformen bestehen:

- ∞ Kooperation mit dem Verein „Irrsinnig Menschlich“, welcher für die Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie der Stadt Leipzig verantwortlich ist. Es finden beispielsweise gemeinsame Angebote (z.B. Aufklärung der Öffentlichkeit über das Thema Kinder psychisch kranker Eltern) in der städtischen Volkshochschule von Leipzig statt,
- ∞ Teilnahme an der Arbeitsgemeinschaften „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und „Suchtprävention“,
- ∞ Teilnahme an der Facharbeitsgemeinschaft „Beratungsangebote des Jugendamtes“,
- ∞ Berichte über das Kinder- und Jugendprojekt in in der Leipziger Volkszeitung sowie
- ∞ Berichte in der Beratungsstellenübersicht (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 2f).

Ziel der kooperativen Tätigkeiten ist es, für Sachsen und insbesondere für Leipzig das völlig neue Angebot von AURYN in der „psychosozialen Beratungslandschaft“ bekannt zu machen (vgl. ebda., S. 1), um damit auf die Risikogruppe hinzuweisen. AURYN versucht Kooperationen voranzutreiben, den fachlichen Austausch zu gewährleisten und sich an der Gremienarbeit zu beteiligen.

Dabei nimmt die Sozialpädagogin an verschiedenen Arbeitsgemeinschaften, wie z.B. „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ teil, um den genannten Zielen gerecht zu werden bzw. diese umzusetzen (vgl. Bialowons, Anhang)

6.2.2 Erfahrungen bei der Umsetzung

Zur besseren Verständlichkeit finden sich die Ausführungen zu den Erfahrungen in den Punkten Entwicklung, Finanzierung, Hilfebedarf und Angebotsformen kategorisiert.

Entwicklung

Nach zweimaliger Verschiebung des Projektbeginns nahm der Wege e.V. im Juli 2002 noch ohne Anerkennung und Förderung des Jugendamtes, die Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen psychisch kranker Eltern, deren Eltern selbst und anderen Angehörigen auf (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 1).

Besonders im ersten halben Jahr des Projektbeginns lag der Schwerpunkt der Arbeit von AURYN parallel bei der Anbahnung von Kooperation mit verschiedenen Stellen (z.B. Jugendamt, stationäre Einrichtungen, allgemeiner sozialer Dienst, und anderen städtischen

Beratungsangeboten bzw. freien Trägern der Jugendhilfe) und der Öffentlichkeitsarbeit, um auf das Projekt und seine Angebote innerhalb der Stadt Leipzig aufmerksam zu machen. Dies stellte einen enormen Zeitaufwand dar, der sich letztendlich dennoch rentiert hat: verschiedene Stellen (u.a. Jugendämter) tätigen häufig Nachfragen über die Angebote des Projektes, kontaktieren den Verein, wenn sie mit entsprechendem Klientel in Berührung kommen, geben Informationen von AURYN an Klienten und Fachleuten weiter, vermitteln KlientInnen, in einigen Fällen gab es Co-Beratungen mit anderen Institutionen etc. (vgl. ebda., S. 1ff).

Aufgrund der positiven Kooperation mit dem Dezernenten für Jugend, Gesundheit und Soziales der Stadt Leipzig erfolgte im Januar 2003 die Anerkennung der Beratungsarbeit von AURYN durch das Jugendamt (vgl. ebda., S. 3).

Des Weiteren ist eine positive Entwicklung innerhalb der Kooperation mit dem Parkkrankenhaus Leipzig, innerhalb dessen die Eltern-Kind-Gruppe stattfindet, zu verzeichnen, wobei die Kooperation mit anderen Kliniken weiterhin verbessert werden soll (vgl. ebda.)

Finanzierung

Die momentane sozialpolitische Situation in der Bundesrepublik und den damit verbundenen Finanzierungsschwierigkeiten für soziale Projekte erschwerte bzw. erschwert die gesamte Arbeit von AURYN im erhöhten Maße. Trotz günstiger Kooperation mit dem Jugendamt kommt es aufgrund der Finanznöte zu Konkurrenzkämpfen verschiedener Beratungsstellen, was sich durchaus als hemmend für die Effektivität der Arbeit benennen lässt (vgl. Bialowons, Anhang).

Die dauerhafte Finanzierung stellte bzw. stellt sich bei der Umsetzung der Konzeption als Problem schlechthin dar. Daher konnte AURYN, obwohl bei der Erarbeitung der Konzeption gleich anfänglich die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit erkannt wurde, die Stelle einer ErgotherapeutIn bisher nicht und die Stelle einer Sozialpädagogin erst im Oktober 2002 besetzen. Die gesamten anfallenden Arbeiten wurden bzw. werden, durch die angestellte Dipl.-Psychologin (halber Stellenumfang) und vielen ehrenamtlich tätigen Vereinsmitgliedern geleistet (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 1). Demzufolge fanden verschiedene konzeptionelle Ideen bislang keine Realisierung.

Aufgrund dieser Finanzierungsprobleme müssen sich die Mitarbeiterinnen von AURYN vielmals unter erhöhtem Zeitaufwand mit dem Weiterbestehen des Projektes auseinander

setzen. Bedingt durch den geringen Stellenumfang genügt die Arbeitszeit häufig nicht, um alle Arbeiten (z.B. zusätzlich zu den Beratungen noch Anträge für Gelder stellen) zufrieden stellend zu erledigen, was für die Mitarbeiterinnen einen besonderen Belastungsfaktor darstellt (vgl. Bialowons, Anhang).

Hilfebedarf

Zu Beginn der Projektarbeit wurden die Einzel- und Familiensprechstunden von AURYN nur eingeschränkt genutzt. Nach fortlaufendem Bestehen des Angebotes zeichneten sich, u.a. bedingt durch die Öffentlichkeitsarbeit, zunehmend mehr Beratungsgespräche, sowohl in der Einzelarbeit als auch in der Familienarbeit ab. Der Beratungsumfang erhöhte sich bisher erheblich (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 2) und beläuft sich, nach Bialowons, zum momentanen Zeitpunkt auf ca. 300 Prozent. Diesbezüglich ist festzustellen, dass der konkrete prozentuale Zuwachs jedoch schwer zu erfassen ist, da das Projekt im Entstehen und demzufolge die Effektivität erst in einigen Jahren konkret zu benennen ist (vgl. Bialowons, Anhang).

Die genannte Prozentzahl des Beratungsumfanges ist allerdings im Vergleich zu anderen Beratungsstellen relativ gering. Das liegt zum einen in der geringen personellen Besetzung sowie zum anderen in dem noch immer mangelnden Bekanntheitsgrad von AURYN begründet (vgl. ebda.).

Die Dauer der Kontakte mit den Kindern, Eltern und anderen Angehörigen ist individuell geprägt, denn, nach Bialowons, (vgl. ebda.) ist es entscheidend ob eine Einzelberatung Abhilfe schaffen kann oder ob eine Situation entschärft werden muss und danach einen längerer therapeutischer Beratungsprozess notwendig wird. Die Spannweite der Kontaktzeiten liegt demnach bei ein- bis zweimaligen Kontakten bis hin zur Begleitung über mehrere Monate.

Angebotsformen

Als positiv in der Einzelarbeit, den Einzelgesprächen, als auch in den Einzeltherapien mit Kindern, Jugendlichen, deren Eltern sowie anderer Angehöriger lässt sich hervorheben, dass in verschiedenen Fällen Entlastungen (z.B. hinsichtlich des Erziehungsalltages, partnerschaftliches Zusammenleben und/oder Verringerung der Schuldgefühle bei den Kindern und anderen Angehörigen) festgestellt wurden (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 2).

Besonders die Kinder legten durch das niedrigschwellige Angebot Schwellenängste ab, was die Arbeit während der Einzelgespräche mit ihnen erheblich erleichterte. Sie begannen sich zu öffnen, stellten zunehmend mehr Fragen hinsichtlich der Erkrankung und der Verhaltensweisen ihrer Eltern, erlebten es als angenehm, mit ihren Fragen und Wesen wichtig zu sein und vor allem, ernst genommen zu werden (vgl. Bialowons, Anhang).

Weiterhin ist als positiv zu bewerten, dass einige Eltern aufgrund einer hohen Sensibilität und Selbstreflexion Einzelgespräche in Anspruch nahmen. Ihnen war dabei bewusst, dass sich ihr Verhalten nicht entwicklungsfördernd auf die Kinder auswirkt und sie dementsprechende Verhaltensweisen ändern wollten, damit ihre Kinder nicht ihnen gleiche Krankheitserfahrungen machen. Durch diese Einzelgespräche bekamen sie von den Mitarbeiterinnen Möglichkeiten aufgezeigt, welche Veränderung ihr Verhalten unterliegen muss, um eine Erkrankung ihrer Kinder zu vermeiden und insgesamt die Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen zu können (vgl. ebda.).

Als negativ und schwierig in den Einzelgesprächen mit den Eltern stellte sich heraus, dass Einige die Beratung lediglich aus der Befürchtung vor einer Fremdunterbringung ihrer Kinder in Anspruch nahmen. Mit der Inanspruchnahme der Beratung vertraten sie der Überzeugung, eine Art Mindeststandard zu erfüllen und erhalten zu können. Die Hintergründe der Kontaktaufnahme machten den Mitarbeiterinnen deutlich, dass diese Motivation nicht als hilfreich für die Verbesserung der kindlichen Lebenssituation zu betrachten ist (vgl. ebda.).

Durch die Familiengespräche und Familientherapie, in denen Konflikte und/oder Interaktionsformen bearbeitet wurden, konnten ebenfalls Entlastungen der erkrankten Personen (z.B. Stabilisierung des gesamten Familiensystems und den Erziehungsalltag als angenehmer und leichter zu empfinden), der Kinder (z.B. Abbau von Schuldgefühlen und Loyalitätskonflikten) und anderer Familienangehöriger (z.B. Abbau von Schuldgefühlen) festgestellt werden (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 2).

Die Familienberatung bzw. Familientherapie hat mittlerweile erheblichen Zulauf, so dass die Mitarbeiterinnen bereits Termine mit Abständen von ca. drei Monaten vergeben müssen, obwohl die Weiterfinanzierung aufgrund der genannten Schwierigkeiten noch nicht ersichtlich ist (vgl. Bialowons, Anhang).

Als Schwierigkeit innerhalb der Familiengespräche ist das Fehlen des erkrankten Familienmitgliedes zu benennen. In solchen Situationen wird distanziert über den erkrankten Elternteil gesprochen, wobei den Mitarbeiterinnen von AURYN das Wissen über die Diagnose und das tatsächliche Verhalten fehlt. Vielmehr wird aus subjektiver Sicht der

anwesenden Familienmitglieder berichtet, was die Arbeit mit den Familien erheblich erschwert und nicht dem Sinn der familientherapeutischen Sicht entspricht (vgl. ebda.).

Anfänglich hatten die Mitarbeiterinnen die Idee, wie aus der Konzeption hervorgeht, mehr Gruppenangebote, u.a. Freizeitgruppen und sozialtherapeutische Gruppenarbeit, zu leisten. Dies ist bisher aufgrund der Personalbesetzung, der finanziellen Sparlage des Bundes sowie der Kommunen und der geringen Anzahl an KlientInnen einer Altersgruppe nicht umsetzbar. Bezüglich der Eltern-Kind-Gruppe ist bedingt durch die langwierige Anlaufphase und der geringen KlientInnenzahl das Gelingen dieses Gruppenangebotes nicht vorhersehbar.

Dennoch können die positiven Rücklaufquoten der involvierten Kinder bezüglich der gemeinsamen Tätigkeiten verzeichnet werden (vgl. Bialowons, Anhang). Das Angebot wird mittlerweile dementsprechend genutzt, dass der umfangreiche Gesprächs- und Hilfebedarf der erkrankten Elternteile und der Kinder ersichtlich ist (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 2).

Dennoch bestehen Schwierigkeiten in der konzeptgetreuen Realisierung des Gruppenangebotes. Es wurde die Erfahrung gemacht, dass die erkrankten Personen gleich zu Beginn den Kontakt zur Psychologin suchten, um Beratung zu erfahren und weniger der Wunsch nach dem gemeinsamen Agieren mit ihren Kindern bestand. Die Kinder hingegen suchten überwiegend den Kontakt zur Sozialpädagogin, um gemeinsam mit ihr und anderen Angehörigen verschiedenen Aktivitäten nachzugehen. Diese Trennung entspricht nicht dem Sinn des Gruppenangebotes, so dass die Mitarbeiterinnen daraus die Konsequenz zogen, den erkrankten Personen eine „Klinikprechstunde“ anzubieten (vgl. Bialowons, Anhang).

Weiterhin konnte in der Eltern-Kind-Gruppe die Erfahrung gemacht werden, dass die Kinder Schwierigkeiten haben, wenn es um Fragen der psychischen Erkrankung der Eltern oder des eigenen Empfindens ging. Erst auf einer stabilisierenden Vertrauensbasis können sich die Kinder öffnen und ihre Problemlagen etc. benennen. Um diese Basis zu schaffen agieren die Mitarbeiterinnen entsprechend u.a. mit gruppodynamischen Angeboten (vgl. ebda.).

Die Resonanz des offenen, freien Gruppenangebotes für Kinder ist gering. Dieses Angebot wurde bisher nur von einem Kind in Anspruch genommen, was, so die Vermutung der Mitarbeiterinnen, am Beginn der Sommerzeit liegt (vgl. ebda.) Diesbezüglich lassen sich an dieser Stelle explizit keine Erfahrungen beschreiben.

In der Multiplikatorenarbeit gibt es bisher ebenfalls wenige Erfahrungen. AURYN hat sich zu Beginn der Projektarbeit SchulsozialarbeiterInnen und LehrerInnen vorgestellt, wobei hierbei festgestellt wird, dass der Kontakt primär über die SchulsozialarbeiterInnen erfolgt (vgl. ebda.).

Dennoch gab es mit Schulen bisher zu wenige Kontakte. Konkret belaufen sich die Erfahrungen auf zwei Kinder, die den Schulbesuch verweigerten, wobei es darum ging den Kindern den Zugang zu dem Schulstoff zu ermöglichen ohne jedoch die spezifischen Probleme zu bearbeiten (vgl. ebda.).

Ziel der Projektstage in und mit Leipziger Schulen ist u.a. die Sensibilisierung von SchülerInnen, LehrerInnen und SchulsozialarbeiterInnen, was nach Bialowons jedoch zu wenig realisiert wurde. Verdeutlicht wird dies besonders, dass bisher keine LehrerInnen motiviert werden konnten den Verein zu kontaktieren, wobei häufig Auffälligkeiten bei SchülerInnen festgestellt wurden, ohne diese in den familiären Zusammenhang einzuordnen (vgl. ebda.). Dies zeigt die Notwendigkeit, die LehrerInnen weiterhin zu schulen, zu sensibilisieren, aufzuklären und zu motivieren, mit dem Verein in Kontakt zu treten, um auf auffällige Kinder aufmerksam zu werden.

Zu der Angebotsform Krisenintervention kann festgehalten werden, dass diese Hilfsmaßnahme überwiegend durch telefonische Kontakte in Anspruch genommen wurde, um erst einmal die Krise zu entschärfen. Es wurde festgestellt, dass der Verein dem Anspruch der unbürokratischen schnellen Hilfe kaum gerecht werden kann. Im Falle einer akuten Krise, ist keine unbürokratische und schnelle Hilfe möglich, denn es müssen Möglichkeiten in Betracht gezogen werden, die dauerhaft Erfolg versprechen. Die Mitarbeiterinnen räumen diesbezüglich ein, dass die schnelle Krisenintervention anfänglich anders beurteilt wurde und zum jetzigen Zeitpunkt eine langfristige Begleitung angestrebt wird (vgl. ebda.)

6.3 Visionen

Im Folgenden werden stichpunktartig die Visionen für ein weiteres Engagement und die Erweiterung des Angebotes von AURYN dargestellt, wobei diese chronologisch nach kurz-, mittel- und langfristige Visionen kategorisiert sind.

Kurzfristige Visionen

- ∞ Vorantreiben der Kooperation mit anderen Kliniken innerhalb Leipzigs, um Angebote für psychisch kranke Menschen und deren minderjährigen Kindern zu etablieren (vgl. Wege e.V. Leipzig 2003, S. 3);
- ∞ Erweiterung der Aufklärungs- und Präventionsarbeit als Workshops oder Projektstage in

Schulen und Kindergärten (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 13), um über psychische Krankheiten aufzuklären und auffällige Kinder rechtzeitig „aufzufangen“;

- ∞ Informationen im klinischen Bereich, zum Aufbau und zur weiteren Verbreitung kombinierter Mutter-Kind Behandlungsplätze (vgl. ebda., S. 13);
- ∞ Kliniksprechstunden im Parkkrankenhaus Leipzig aufbauen, um den häufig erhöhten Gesprächsbedarf bei den erkrankten Personen gerecht zu werden und damit die Eltern-Kind-Gruppe für gemeinsame Aktivitäten zu nutzen (vgl. Bialowons, Anhang);
- ∞ Kontaktierung zu AURYN für die erkrankten Personen einfacher, niedrigschwelliger und unkomplizierter durch die Präsenz der MitarbeiterInnen innerhalb der Kliniken gestalten (vgl. ebda.);
- ∞ Aufsuchende Arbeit, um den familiären Kontext zu erfassen und die Familien durch einen beratenden Umgang zu betreuen, d.h., Förderung des Kontaktes zwischen den vorhandenen gesunden Elternteilen, den psychisch kranken Elternteilen und den Kindern (vgl. ebda.).

Mittelfristige Visionen

- ∞ Freizeitgruppen anbieten zum Abbau sozialer Isolation, Entwicklung eines Freizeitverhaltens und allgemeine Entlastungen u.a. von starker häuslicher Beanspruchung und Verantwortung der Kinder (vgl. Wege e.V. Leipzig 2002, S. 10);
- ∞ Workshops für Fachleute, Eltern, andere Angehörige sowie Interessierte (vgl. ebda., S. 13), um weiterhin auf das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ aufmerksam zu machen und besonders Fachleute zu schulen;
- ∞ Sozialtherapeutische Gruppenarbeit anbieten zur Stärkung der sozialen Kompetenzen, Erarbeitung von Bewältigungsstrategien und Reden über Gefühle (vgl. ebda., S. 10);
- ∞ Durchführung von Ausflügen und Ferienlagern zur Intensivierung der Gruppenarbeit und Entlastung der Kinder und Familien (vgl. ebda., S. 13);
- ∞ Elterngruppen aufbauen, um zu zeigen, wie Erziehung trotz und mit psychischer Erkrankung möglich ist (vgl. Bialowons, Anhang).

Langfristige Visionen

- ∞ Gruppe erwachsener Kinder etablieren (vgl. ebda.) als Gesprächsforum zum Austausch von Erlebnisse und Erfahrungen;
- ∞ Anstreben eines begleitenden Forschungsprojektes (vgl. ebda., S. XXVI), um den professionellen und fachlichen Austausch zu gewährleisten.

6.4 Zusammenfassung

Das Kinder- und Jugendprojekt AURYN, welches an den Wege e.V. mit seinem Projekt „Lebensräume zur Bewältigung seelischer Krisen“ angegliedert ist, wird vom Jugendamt nach dem §28 KJHG gefördert, wobei die Beratungstätigkeiten auch den §§16-17 KJHG und §29 KJHG zuzuordnen sind.

AURYN bietet als spezielles Präventions-, Beratungs- und Therapieprojekt Kindern und Jugendlichen psychisch kranker Eltern, deren Eltern selbst, anderen Erziehungsberechtigten und Angehörigen bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und den zugrunde liegenden Faktoren sowie bei der Lösung von Erziehungsfragen und bei Trennungs- und Scheidungsfragen Unterstützungen an.

Zu den beschriebenen Leistungen und Angeboten von AURYN gehören:

1. **Einzelarbeit** in Form von Einzelgesprächen und/oder Einzeltherapie,
2. **Familienarbeit** in Form von Familiengesprächen und/oder Familientherapie,
3. **Gruppenarbeit** in Form der offenen Eltern-Kind-Gruppe und/oder dem freien offenen Gruppenangebot für Kinder,
4. **Multiplikatorenarbeit** in Form der Schulung von LehrerInnen und SchulsozialarbeiterInnen und Projekttagen mit LehrerInnen, SchulsozialarbeiterInnen und SchülerInnen,
5. **Hilfe in akuten Krisen** vor Ort oder am Telefon,
6. **Kooperation** mit anderen Institutionen und Personen.

Mit den genannten Leistungen und Angeboten verfolgt AURYN unter anderem folgende Ziele, die sich an den Zielen der Jugendhilfe orientieren:

- ☞ Unterstützung und Förderung Kinder psychisch kranker Eltern in ihrer Entwicklung,
- ☞ Vermeiden, Abbauen und Reduzieren von Benachteiligungen,
- ☞ Vermeiden pathologischer Auffälligkeiten,
- ☞ Schaffen und Erhalten positiver Lebensbedingungen für Kinder und deren Eltern,
- ☞ Stärken der Erziehungsverantwortung von Eltern und anderen Erziehungsberechtigten,
- ☞ kindgerechte Aufklärung und Information,
- ☞ Unterstützung der Kinder in ihrer emotionalen und sozialen Wahrnehmung,
- ☞ Stärkung von Selbstvertrauen und Bewältigungsmöglichkeiten,
- ☞ Entlastung der Familien sowie
- ☞ Förderung der Eltern-Kind-Beziehung.

Zu den Tätigkeitsbereichen und den Interventionsmöglichkeiten der Sozialpädagogin gehören u.a.:

- ☞ Durchführung von Aufklärungsgesprächen,
- ☞ Co-Beratung in Beratungs- und Therapiegesprächen,
- ☞ Kooperation mit Ämtern sowie wichtigen Kontaktpersonen der Kinder,
- ☞ Unterstützung der Kinder, Eltern und anderer Angehörige im Alltag,
- ☞ Betreuung und Leitung der Gruppenangebote,
- ☞ Schulung von LehrerInnen und SchulsozialarbeiterInnen,
- ☞ Aufklärung von LehrerInnen, SchulsozialarbeiterInnen und SchülerInnen sowie
- ☞ Krisenintervention.

Die Mitarbeiterinnen von AURYN, welche den Dialog als sehr wichtig erachten, sind in ihrer gesamten ressourcenorientierten Arbeit bemüht, bei den betroffenen Personen die Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken und sie zur gegenseitigen Unterstützung bzw. Stärkung anzuregen. Dabei orientieren sie sich an dem umwelt- und lebensweltorientierten Ansatz der Jugendhilfe und sind außerdem bedacht, theoretisches Wissen in ihrer Arbeit mit einzubeziehen bzw. zu beachten. Die Kinder stehen in der gesamten Arbeit mit ihren Problemen im Mittelpunkt.

Die genannten Kooperationen und die gesamte Öffentlichkeitsarbeit haben sich während der bisherigen Projektzeit überwiegend als positiv herausgestellt und ausgezahlt gemacht. Die Angebote werden effektiv genutzt und der Beratungsumfang erhöhte sich erheblich. Sowohl in der Einzelarbeit als auch in der Familienarbeit stellten sich in verschiedenen Einzelfällen Entlastungen heraus, beispielsweise hinsichtlich des Erziehungsalltages, der Verringerung der Schuldgefühle bei den Kinder und der Stabilisierung des gesamten Familiensystems. Auch in der Gruppenarbeit gibt es ähnlich positive Erfahrungen.

Unzufrieden stellend stellte sich bisher u.a. der Kontakt zu SchulsozialarbeiterInnen und LehrerInnen heraus sowie die finanzielle Sparlage der Kommunen. Durch diese Finanzierungsschwierigkeiten und den daraus resultierenden personellen Einschränkungen konnten durchaus erfolgversprechende Ideen von AURYN nicht realisiert werden. Dies schränkte bzw. schränkt die gesamte Arbeit und die Mitarbeiterinnen in ihrem Tätigkeitsfeld maßgebend ein. Demzufolge kann festgestellt werden, dass im bisherigen Bestehungszeitraum nur ein Bruchteil dessen realisiert wurde, was im konzeptionellen Rahmen des Vereins als Zielsetzung erfasst war.

Die gesammelten Erfahrungen von AURYN sowie die gesamte Abhandlung zeigen die

Notwendigkeit der Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern. Demzufolge bedarf es einer größeren Zeitspanne und vor allem angemessenen finanziellen Mitteln zur effektiven Realisierung der gesetzten Visionen.

7 Resümee

„In Zeiten, wo das soziale Netzwerk abgebaut und noch mehr Verantwortung auf die Angehörigen abgewälzt wird, ist die Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern besonders wichtig. Kinder sind die Schwächsten im System. Kinder sind Hoffnung und Zukunft. Kinder sind aber auch unsere Zukunft.“ (Beeck, 2002, S. 41)

Ziel dieser Arbeit war es, Kinder psychisch kranker Eltern in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen, um das sozialpädagogische Interesse an dieser Angehörigengruppe zu wecken und um Fachleute, Öffentlichkeit, betroffene Familien etc. für die besondere Lebenssituation und deren möglichen Auswirkungen auf die kindliche seelische Gesundheit zu sensibilisieren sowie den notwendigen Hilfebedarf der betroffenen Kinder zu verdeutlichen. Das Kinder- und Jugendprojekt AURYN, angegliedert an den Wege e.V. Leipzig, dessen Darstellung einen maßgebenden Anteil der vorliegenden Arbeit annimmt, ist eines der wenigen Projekte auf diesem Gebiet innerhalb der Bundesrepublik. Die Ausführungen umfassen Erkenntnisse aus Analyse der Lebensverhältnisse und wissenschaftlichen Forschungsergebnissen über Kinder psychisch kranker Eltern unter Einbeziehung der rechtlichen Rahmbedingungen aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz in die Konzeption. Außerdem sollten die sich ergebenden Probleme bei der praktischen Umsetzung des Projektes sowie Grenzen und Barrieren die Projektarbeit aufgezeigt werden.

Die aufgezeigte Lebenssituation Kinder psychisch kranker Eltern innerhalb des dritten Kapitels brachte die Erkenntnis, dass das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil für die betreffenden Kinder und Jugendlichen Risiken in Bezug auf ihre Entwicklung in sich birgt. Aus der alltäglichen Lebenssituation können sich unmittelbare Probleme und Folgeprobleme für die Kinder und Jugendlichen ergeben, mit deren Bewältigung sie nicht selten überfordert sind.

Es kann dennoch nicht grundsätzlich die Annahme bestehen, dass sich aus jener familiären Konstellation zwangsläufig Probleme ergeben. Vielmehr ist auch eine positive Situationsbewältigung der betroffenen Kinder möglich, wobei besonders die Eigeninitiative und die Selbstgestaltungsmöglichkeiten der betreffenden Familie ausschlaggebend sind. Weiterhin wird als entscheidendes Moment für die positive Bewältigung Enttabuisierung der Krankheit und der innerfamiliäre Zusammenhalt angeführt.

Demnach gibt eine psychiatrische Diagnose eines Elternteils keine verbindliche Auskunft über die individuellen Auswirkungen auf die Lebenssituation der Kinder. Die Belastungen der

betroffenen Kinder hängen vom Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren ab, wobei diese nicht isoliert gesehen werden können. Dabei wurde herausgearbeitet, dass die Auswirkungen auf die Lebenssituation der Kinder weniger folgenreich sind, wenn diese u.a. keine überfordernde Verantwortung in der Familie übernehmen müssen, wenn entsprechende Hilfsressourcen mobilisiert werden und ein gesunder Elternteil negative krankheitsbedingte Einflüsse kompensieren kann.

Die im vierten Kapitel dargestellten Forschungsansätze und -ergebnisse geben Aufschluss über die Risiken einer eigenen psychischen Erkrankung der Kinder sowie die Folgen der elterlichen Erkrankung.

Innerhalb der High-risk-Forschung mit genetischer, sozialpsychiatrischer und familientheoretischer Zentrierung wurden Risikofaktoren aufgeschlüsselt. Dabei ist als Ergebnis festzuhalten, dass Kinder psychisch kranker Eltern aufgrund der familiären genetischen Vorbelastung ein erhöhtes Risiko in sich tragen, selbst psychisch zu erkranken. Dennoch ist die Ausprägung des bestehenden genetischen Risikofaktors abhängig von direkten, indirekten und generellen psychosozialen Bedingungen, die innerhalb sozialpsychiatrischer und familientheoretischer Untersuchungen aufgeschlüsselt wurden.

Bei einem psychisch kranken Elternteil aufzuwachsen, kann direkte Folgen auf ein Kind im Hinblick auf ihre eigene seelische Gesundheit haben. Als wichtiger Faktor, der das Risiko einer psychischen Erkrankung bei den Kindern erhöht, wurde in dieser Diplomarbeit eine gestörte Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson hervorgehoben, welche zu einer eingeschränkten Bedürfnisbefriedigung bei den Kindern führen kann. Dies kann bei Kindern Beeinträchtigungen in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung hervorrufen und auffälliges Verhalten mit sich bringen.

Neben diesen direkten Risikofaktoren kann die psychische Erkrankung der Eltern indirekte Belastungsfaktoren auf die kindliche Entwicklung haben. Dabei ist vor allem der familiäre Zusammenhalt (Familienklima) bzw. die familiäre Belastung mit der psychischen Erkrankung von Bedeutung. Indirekte psychosoziale Risikofaktoren, wie familiärer Stress, eheliche Konflikte, Erziehungsprobleme, Arbeitslosigkeit, etc. bedingen sich gegenseitig in ihrem Einfluss auf die kindliche Entwicklung und können sich weiterhin im Zusammenspiel mit generellen ungünstigen psychosozialen Risikofaktoren negativ verstärken.

Die Diplomarbeit konnte deutlich machen, dass die Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung abhängig vom Wechselspiel der Einfluss- bzw. Risikofaktoren, die nicht direkt und einseitig auf die kindliche Entwicklung wirken, ist. Sie stehen im kontinuierlichen

Austausch mit schützenden (protektiven) Faktoren, wie die kompensatorische Fähigkeit eines gesunden Ehepartners.

Die Bedeutung dieser protektiven und individuellen Faktoren wurde innerhalb der bewältigungsorientierten Resilience- Forschung angesprochen und hervorgehoben. Dabei liegt der Hauptschwerpunkt auf der Ermittlung von Ressourcen, die den Kindern ermöglichen, die familiären Erlebnisse als Herausforderung wahrzunehmen. Wichtiges Element dabei ist die Aufklärung und Ressourcenentwicklung der Familie, wobei die innerfamiliäre Enttabuisierung der Krankheit, um Desorientierung bei den Kindern und Risikofaktoren für ihre Entwicklung zu verhindern, von besonderer Bedeutung ist.

Die Erkenntnisse der Resilience- Forschung ist aus sozialpädagogischer Sicht bedeutsam, da die Sozialpädagogik an der Ressourcenförderung, der Stärkung der Bewältigungskompetenzen und der Mobilisierung der Eigeninitiative und Selbstgestaltungsmöglichkeiten der betroffenen Kinder und deren Familien ansetzt. Es gilt daher, die Palette der schützenden Faktoren zu erhöhen und positive Entwicklungsimpulse zu geben.

Im Rahmen des fünften Kapitels wurde verdeutlicht, dass das Kinder- und Jugendhilfegesetz eine Vielzahl von möglichen sozialpädagogischen Interventionsmaßnahmen bereitstellt, welche für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Familien relevant sein können. Demzufolge sind Unterstützungsmaßnahmen für diese Zielgruppe:

- ☞ allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§16 KJHG),
- ☞ Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17 KJHG),
- ☞ Erziehungsberatung (§28 KJHG) und
- ☞ soziale Gruppenarbeit (§29 KJHG).

Die Darstellung der einzelnen Angebote und Leistungen der Jugendhilfe im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit unterlag vielfach Schwierigkeiten, diese explizit getrennt voneinander darzustellen, da sie in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung teilweise bzw. überwiegend eng in Verbindung zueinander stehen bzw. ineinander übergehen.

Die Ausführungen zeigen des Öfteren, dass innerhalb der Bundesrepublik ungenügend professionelle sozialpädagogische Unterstützungen für diese Zielgruppe existent sind. Diesbezüglich erkannte der Wege e.V. Leipzig die Notwendigkeit und stellt spezielle Angebote für diese Zielgruppe in dem Kinder- und Jugendprojekt AURYN unter Berücksichtigung der Lebenssituation, der Forschungsergebnisse und der rechtlichen Rahmenbedingungen des KJHG bereit, welche im sechsten Kapitel Darstellung fanden.

Innerhalb dessen bestanden Schwierigkeiten Konzeption, Interventionsmöglichkeiten und sozialpädagogischen Aufgaben des Kinder- und Jugendprojektes AURYN differenziert und übersichtlich, bedingt durch die erst kurzzeitige Existenz des Projektes und den daraus resultierenden geringen Erfahrungsschatz der Mitarbeiterinnen, zu beschreiben.

Als Erziehungsberatungsstelle nach §28 KJHG bietet AURYN, wobei sie während ihrer Angebote Elemente der §§16-17 KJHG und §29 KJHG berühren bzw. anbieten, folgende Leistungen und Angebote an:

Einzelarbeit, um:

- ☞ die Betroffenen über die Erkrankung und deren möglichen Auswirkungen aufzuklären,
- ☞ zu vermeiden, dass die Kinder selbst psychisch erkranken,
- ☞ positive Lebensbedingungen bei den Betroffenen zu erschaffen bzw. zu erhalten,
- ☞ die Eltern zu befähigen ihre Erziehungsverantwortung besser wahrzunehmen,
- ☞ die PartnerInnen und anderen Bezugspersonen der Kinder für kompensatorische Fähigkeiten zu sensibilisieren sowie
- ☞ Schuldgefühle bei den Betroffenen abzubauen.

Familienarbeit, um:

- ☞ eine Enttabuisierung der Krankheit in der Familie zu fördern,
- ☞ Interaktionsstörungen zu bearbeiten,
- ☞ Desorientierung bei Kindern entgegenzuwirken,
- ☞ die Bereitschaft zu stärken, außerfamiliäre Hilfsangebote und Hilfsmöglichkeiten anzunehmen und zu mobilisieren,
- ☞ Krisen und Konflikte zu bearbeiten,
- ☞ Betreuungsdefizite der Kinder zu vermeiden und ihnen eine entsprechende Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten sowie
- ☞ Ressourcen zu erhalten und auszubauen.

Gruppenarbeit, um:

- ☞ gemeinsame Aktivitäten voranzutreiben, aufzuklären und zu informieren,
- ☞ den Kindern von den Zusatzbelastungen Erholung anzubieten,
- ☞ den Kindern Freizeitverhalten aufzuzeigen,
- ☞ die Eltern zu befähigen ihre Erziehungsverantwortung besser wahrzunehmen,
- ☞ Selbsthilfekräfte zu stärken und zu aktivieren sowie
- ☞ Isolierung der Kinder und Familien zu vermeiden und einzudämmen.

Multiplikatorenarbeit, um:

- ☞ auf die Notlage von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam zu werden bzw. zu machen sowie
- ☞ Multiplikatoren zu schulen, zu sensibilisieren und aufzuklären.

Krisenintervention, um:

- ☞ Krisen aufzufangen und den akuten Stand zu entschärfen sowie
- ☞ Kurzschlusshandlungen zu vermeiden und nach mittelfristigen Lösungen zu suchen.

Kooperative Tätigkeiten, um :

- ☞ Öffentlichkeit und Fachwelt auf das Thema „Kinder psychische kranker Eltern“ aufmerksam zu machen,
- ☞ das Projekt bekannt zu machen sowie
- ☞ den fachlichen Austausch zu gewährleisten und sich an der Gremienarbeit zu beteiligen.

Bei der Umsetzung der praktischen Arbeit von AURYN konnte bisher festgestellt werden, dass die Angebote überwiegend gut genutzt werden und sich positive Entwicklungschancen für die Kinder und deren Familien herausgestellt haben. Der Erfolg der Interventionsmaßnahmen verdeutlicht die Notwendigkeit des Weiteren Bestehens dieses jungen Projektes.

AURYN stößt aufgrund der Finanzierungsschwierigkeiten für soziale Projekte und der weiterhin bestehenden Tabuisierung psychischer Krankheiten von Öffentlichkeit und Fachwelt auf Grenzen und Barrieren bei der Umsetzung der Angebote, Leistungen und Visionen.

Demzufolge sollte es die Aufgabe des öffentlichen Trägers der Jugendhilfe sein, die Entwicklung von AURYN durch mehr finanzielle Mittel zu fördern und zu unterstützen sowie dem Projekt Zeit bei der Umsetzung der Leistungen, Angebote und Visionen zu lassen.

Dadurch kann eine Enttabuisierung der psychischen Krankheiten und eine angemessene professionelle Unterstützung, die den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Kinder psychisch kranker Eltern entspricht, erreicht werden.

Literaturverzeichnis

Albert, M.: >>Ich wollte so gern mal behütet sein als Kind<<. In: Schone, R. und Wagenblass, S.: Wenn Eltern psychisch krank sind ... - Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster: 2002.

Bathe, S.: Die einzige Vertraute. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Beeck, K.: Ohne Netz und ohne Boden – Kinder psychisch kranker Eltern. 7. Aufl., Berlin: 2002.

Bern, K.: Eine beängstigende Krankheit. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 10. Aufl., Berlin: Stand Dezember 2000.

Deneke, C.: Präventive Arbeit mit psychisch kranken Müttern und ihren Säuglingen. In: Romeike, G. und Imelmann, H. (Hrsg.): Hilfen für Kinder – Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie. Weinheim und München: 1999.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) – herausgegeben vom Deutschen Bundestag. Bonn: Stand Juli 1998.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) – herausgegeben vom Deutschen Taschenbuch Verlag. 47. Aufl., München: Stand Juli 2000.

Eisenbraun, L. und Schulz-Müllensiefen E.: Familienbildung - § 16 Abs. 2 Ziffer 1 KJHG. In: In: Textor, M. R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. 2. aktualisierte Aufl., Weinheim und Basel: 1995.

Familie H.: Familienbande. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): .. nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Friske, H.-W.: Soziale Gruppenarbeit - § 29 KJHG. In: Textor, M. R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. 2., aktualisierte Aufl., Weinheim und Basel: 1995.

Greese, D.: Beratung in allgemeinen Fragen der Erziehung und Entwicklung - § 16 Abs. 2 Ziffer 2 KJHG. In: Textor, M. R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. 2., aktualisierte Aufl., Weinheim und Basel: 1995.

Gundelfinger, R.: Die Widerstandskraft der Familien stärken – Der Präventionsansatz von William Beardslee und seinen Mitarbeitern. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): .. nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Zwischenbericht – Methodischer Zugang. Münster: 2000.

Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): „Weggehen um heimzukommen“. Frankfurt: 2001.

Knuf, A.: „Mit meiner Mutter stimmt etwas nicht“ - Die vergessenen Kinder psychisch Kranker. Psychologie Heute, 27. Jahrgang (2000) 6, S. 34-38.

Küchenhoff, B.: Welche Hilfen werden gewünscht? - Eine Befragung von Eltern, Kindern und Bezugspersonen. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): .. nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Markefka, M. und Nauck, B. (Hrsg.): Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied; Kriftel und Berlin: 1993.

Mattejat, F.: Kinder mit psychisch kranken Eltern – Was wir wissen, und was zu tun ist. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Mattejat, F.; Wüthrich, C und Remschmidt, H.: Kinder psychisch kranker Eltern –

Forsschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. Der Nervenarzt, (2000) 3 , S. 164-172.

Matthey, H.: Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung - § 17 KJHG. In: Textor, M. R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. 2., aktualisierte Aufl., Weinheim und Basel: 1995.

Münder, J. u.a.: Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG/SGB VIII. 3. völlig überarbeitete Aufl., Münster: 1998.

Oberloskamp H. und Adams, U.: Jugendhilfe – rechtliche Fälle für Studium und Praxis. 9., überarbeitete Aufl., Neuwied; Kriftel und Berlin: 1996.

Proksch, R.: Allgemeine rechtliche Regelungen im KJHG. In: Textor, M. R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. 2. aktualisierte Aufl., Weinheim und Basel: 1995.

Remschmidt, H. und Mattejat, F.: Kinder psychotischer Eltern. Göttingen; Bern; Toronto und Seattle: 1994.

Romeike, G. und Imelmann, H. (Hrsg.): Hilfen für Kinder – Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie. Weinheim und München: 1999.

Schone, R.: Die Unterstützung der Familie hat Vorrang – Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch Kranke. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

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

Schwärzler, B. und Koller, R.: Gruppenarbeit mit Kindern aus Trennungs-, Scheidungs- und Stieffamilien. In: Romeike, G. und Imelmann, H. (Hrsg.): Hilfen für Kinder – Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie. Weinheim und München: 1999.

Serbanescu, M. G.: Kinder psychisch kranker Eltern. In: Markefka, M. und Nauck, B. (Hrsg.): Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied; Kriftel und Berlin: 1993.

Textor, M. R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. 2. aktualisierte Aufl., Weinheim und Basel: 1995.

Textor, M. R.: Kindheit, Jugend und Familie. In: Textor, M. R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe – Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. 2. aktualisierte Aufl., Weinheim und Basel: 1995.

W., S.: Rollenwechsel. In: Mattejat, F. und Lisofsky, B. (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl., Bonn: 2001.

Wagenblass, S.: Kinder psychisch kranker Eltern – eine vernachlässigte Zielgruppe von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz, 8. Jahrgang (2001a) 1, S. 2-6.

Wagenblass, S.: Workshop 2 „Kinder psychisch kranker Eltern“. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): „Weggehen um heimzukommen“. Frankfurt: 2001b.

Wege e.V. Leipzig (Hrsg.): Lebensräume zur Bewältigung seelischer Krisen – Kinder- und Jugendprojekt AURYN. Leipzig: 2002.

Wege e.V. Leipzig (Hrsg.): Zwischenbericht des Wege e.V. Leipzig zum Kinder- und Jugendprojekt AURYN. Leipzig: 2003.

Anhang

Interview mit dem Kinder- und Jugendprojekt AURYN des Wege e.V. Leipzig

Richtigkeits- und Einverständniserklärung

Interview mit dem Kinder- und Jugendprojekt AURYN des Wege e.V. Leipzig

- durchgeführt mit Frau Bialowons, Diplom-Psychologin am 29. 07 03

Juliane Straßberger: Wann gründete sich der Wege e.V.?

Frau Bialowons: 1995 ähm taten sich Eltern, vor allem Mütter von Psychiatrie Betroffenen, zusammen, um zur Hilfe zur Selbsthilfe zunehmend ihre Erfahrungen und ihr Wissen an andere Angehörige weiterzugeben. Daraus entstand dann 1999 die Idee des Projektes „Lebensräume zur Bewältigung seelischer Krisen“.

J. S.: Worum ging es in der Arbeit von 1995 bis 1999?

Fr. B.: In dieser Zeit ging es um Hilfe zur Selbsthilfe. Dass die Betroffenen zum Beispiel in Krankenhäusern auf sich aufmerksam gemacht haben, auf ihre Probleme usw.. Ähm und sich vor allem selber bemüht haben, diese Informationen zusammen zu tragen und dann gesagt haben: „Hey, dass ist auch wichtig für Andere.“ Deshalb ist ein Verein daraus entstanden. Ja, und außerdem haben sie versucht, sich mit dem PsychKG auseinander zu setzen, um sich über ihre Rechte zu informieren.

J.S.: Was ist wichtig an diesem Dialog?

Fr. B.: Zunächst ging es darum, etwas nur oder ausschließlich für die Angehörigen zu tun. Der Dialog betrifft alle drei Bereiche, also die Angehörigen, die Betroffenen selbst psychisch Kranker und die Fachleute auch. Ja, und zunehmend erkannten viele Fachleute, dass sie, wenn sie sich auf diesen Dialog einlassen, selber davon profitieren. Dass sie also auch etwas davon lernen können. Ähm schaut man den Menschen einfach medizinisch an, ist irgendwie klar, Diagnose. Man guckt, was für Symptome sind vorhanden. Lässt man sich aber auf den Menschen ein, steht auch immer hinter jeder Diagnose eine ganze Lebensgeschichte und ein jeweils individueller Zusammenhang. Das ist der Bereich, wo ich denke, wo auch Fachleute profitieren, wenn sie sich darauf einlassen. Und was ganz neu ist, wir haben ja am Anfang nur Angehörigenarbeit gemacht, also die Angehörigen beraten und versucht aufzuklären, was die Krankheiten betrifft und was das Rechtliche drum herum ist. Das es das „Distel“ gibt, also Beschäftigung für die Betroffenen selbst oder das es diese Wohnprojekte geben soll. Da geht es ja auch darum, die Angehörigen zu entlasten, indem es

für die psychisch Kranken eben was zu tun gibt. Was also deren Tag strukturiert, wo die ein bisschen Taschengeld verdienen können und wo die sich untereinander sehen und das Gefühl haben, etwas Sinnvolles tun zu können. Und das ist eben dieser Teil, der die Betroffenen selber berührt und das hat es am Anfang nicht gegeben. Da war es wirklich reine Angehörigenarbeit. Ja, und ich sag mal, so als Stichwort Dialog, das ist schon ein Modernes. Ich glaube, in der Psychiatrie und in der Medizin gibt es immer so Schlagworte, die so in einer gewissen Zeit immer wichtig sind. Im Moment ist der Dialog wichtig, um zu sagen: „Wir wollen alle miteinander an einem Tisch sitzen und gucken, wie die Interessen und das Wissen ist.“ Das ist besonders wichtig für die Betroffenen selber, so dass sie von allen Seiten beleuchtet werden.

J.S.:Wie sieht die Vertretung in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Sozialleben sowie in der Öffentlichkeit aus? Also wie sehen die Tätigkeiten des Gesamtprojektes praktisch aus?

Fr. B.: Praktisch sieht es so aus. Ähm wir sind neben der alltäglichen Arbeit, die hier stattfindet, also dass uns Menschen aufsuchen und mit konkreten Fragen und Anliegen kommen, manche kommen auch einfach nur, um sich mal auszuweinen oder ja, ihre Seele baumeln zu lassen, ähm bemüht sind und dabei ist auch unsere Chefin immer ganz arg bemüht, das Thema psychische Erkrankungen und die Not der Betroffenen und Angehörigen selber auch in die Öffentlichkeit zu bringen. Das heißt, sie läuft wirklich zu Stadtbeauftragten und zum Dezernenten für Gesundheit, Jugend, Kultur und Soziales, also der quasi für den Bereich zuständig ist, und macht auf das aufmerksam, was da ist. Es gibt ja immer noch ein sehr großes Tabu, was die Öffentlichkeit über psychisch Kranke denkt. Da ist es immer noch so, dass gedacht wird, das sind entweder Gewalttätige oder Verbrecher oder die sind so verrückt. Ja, und dass man die am Besten irgendwie wegsperrt, sag ich mal. Ganz so krass ist es vielleicht nicht mehr, aber es ist ganz doll wichtig, so auch zu gucken, das sind eigentlich Menschen wie Du und ich, die haben Bedürfnisse, die haben einen ganz normalen Alltag und darauf immer wieder aufmerksam zu machen. Ja, und das besonders dort, wo es wichtig ist, also da, wo es auch die Aufgaben im städtischen Leben betreffen, die diese Menschen mit einbeziehen müssen. Das ist z.B. am Sozialamt in der Behindertenkoordination und das ist eben beim Dezernat für Jugend und Soziales ähm der Fall. Also es gibt eben diese Psychiatriekoordination, wo das Ganze miteinander verbunden und koordiniert wird und da einfach zu sagen: „Hey, wir als Angehörige sind auch da, wir haben auch Interessen, wir haben auch Fragen und auch Sorgen.“ Naja, und ich denke, daraus besteht so das, was der Verein macht. Sich also überall einmischen, sag ich mal so,

und auf die Rechte und Fragen auch zu pochen. Wir gucken, dass wir da auch alles an Veränderungen mitbekommen, also über den Bundesverband. Die gucken eigentlich ständig, wenn sich Gesetzesgrundlagen verändern oder neue Gesetze rauskommen oder gesetzliche Erweiterungen stattfinden, werden wir informiert. Wir haben oben eine Sammlung an Literatur und Broschüren, da geht es um Arbeitsrecht, Kündigungsschutz, Wohnrecht mit psychischer Behinderung, und da auch zu gucken, dass wir auf dem aktuellen Stand bleiben. Ähm da muss man immer auch schon Internetrecherche machen. Ja, und darum eben Arbeit, Wohnen und Sozialleben. Ich denk eigentlich, dass deckt so die wesentlichen Bereiche des Lebens ab, eben das, was für uns gesunde Menschen selbstverständlich ist, da macht man sich vielleicht keine Gedanken drum. Für psychisch Kranke ist es aber nicht selbstverständlich, eine Wohnung zu haben, zum Beispiel. Die haben oft keine Arbeit, und ohne Arbeit hat man kein regelmäßiges Einkommen. Ohne Einkommen eine Wohnung zu mieten, ist oft, ähm, das schließt sich fast aus. Darum sind ganz viele schon erwachsen und leben immer noch bei den Eltern und sind überhaupt nicht selbstständig.

J.S.: Und die Einbeziehung in das Projekt bedeutet, dass man sich zusammensetzt mit den Angehörigen, mit den Betroffenen selbst und in diesen Bereichen aufklärt oder zusammen eben aufs Sozialamt geht, etc.?

Fr.B.: Ja, und für uns ist auch ganz wichtig neben dem Stichwort Dialog auch Ganzheitlichkeit und nicht nur zu sagen, wir beraten Angehörige. Viele kommen ja immer wieder und sagen: „Ah, unser Sohn sitzt immer nur zu Hause, wir wissen ja gar nicht, wie wir ihn beschäftigen sollen.“ Daraus haben wir eben gesehen, es macht auch Sinn, für die Betroffenen selber was zu machen und das an einem Ort zu haben, wo wir eng miteinander vernetzt sind, ähm, im Team kooperieren, voneinander wissen. Klar, jeder hat seine Schwerpunkte, aber, ähm, was weiß ich, wenn eine Familie hierher kommt, wegen der Kinder und die Mutter sitzt allein zu Hause, da sag ich: „Haben sie vielleicht nicht auch Lust bei „Distel“ mitzuarbeiten?“ Die Wege sind dann eben auch kürzer und die Leute können sich direkt vorstellen. Ja, und so guckt man eben aus allen Blickwinkeln. Aus allen, weiß ich nicht, aber eben aus vielen Blickwinkeln, was die Menschen betrifft. Das sind die Hilfen.

J.S.: Wie erfolgt die Unterstützung in den Ressourcen und Selbsthilfepotentialen?

Fr. B.: Also, ich denke, am Konkretesten ist das schon noch bei dem „Distelprojekt“ und bei uns hier in der Beratungsarbeit. Auf dem freien Arbeitsmarkt muss man entweder einen acht Stunden Tag aushalten, man muss die wirtschaftliche Konkurrenz, den Arbeitsmarkt und

Mobbing und so weiter durchstehen. Entweder ist man dem gewachsen oder nicht. Da gibt es oft keine Abstufungen. Hier in dem Arbeitsprojekt „Distel“ ist es wirklich so, dass jeder so arbeitet in dem Umfang und der Belastung, die er oder sie auch jeweils aushalten kann. Also, ich denke, dass ist schon sehr sehr individueller. Wir versuchen auch immer, dazu haben wir zwar keine Geldmittel, aber die Leute auch manchmal in andere Sachen einzubinden. Also wir haben so viele Botengänge oder wir versuchen, wie am Tag der offenen Tür, die psychisch Kranken mit einzubinden, wie zum Beispiel am Informationstand. Es geht wirklich darum zu gucken: „Wer kann was gut, wer macht auch was gerne?“ Und die fühlen sich einfach Klasse dabei, wenn sie eben nicht nur zu Hause sitzen. Wie gesagt, einen normalen Job halten sie nicht durch, aber gar nichts zu tun, ist ja auch furchtbar, und es sind ja oft junge Menschen, die dann mit 35 oder 40 eben daheim sitzen. Ja, und da fallen mir überwiegend Mütter ein, die dann da sitzen und irgendwie sagen: „Ich merk das selber, dass ich mit meinen Depressionen meinen Kindern nicht gut tue.“ Trotz alledem sind die bemüht und wollen auch natürlich zu Hause sein und dort auch bleiben, aber wissen ganz oft nicht wie. Und sie darin zu unterstützen, zu stärken und Mut zu machen, vielleicht auch manchmal im Konkreten auf die Sprünge zu helfen, woher kriegen sie bestimmte Unterstützungen, die wir hier vor Ort nicht leisten können. Äh, ja, und das ist unsere Aufgabe, ihnen zu zeigen, was sie im Grunde schon können und da auch darauf hinzuweisen. Vieles davon ist ja auch vorhanden, nur verschüttet, oder das geht eben so in der Erkrankung einfach auch unter.

J.S.:Gibt es noch weitere Adressaten für das Kinder- und Jugendprojekt, die bisher nicht so explizit in der Konzeption erscheinen?

Fr. B.: Ja, das Projekt richtet sich auch an „nicht diagnostizierte Eltern“, das heißt, als Präventionsprojekt möchten wir natürlich, dass wir einfach, wenn Gefährdung in der Familie vorliegt, auch da sind. Sei es dadurch, dass ein Familienmitglied zum Beispiel ähm, gerade von Arbeitslosigkeit bedroht ist oder aber frisch arbeitslos ist. Da ist es tatsächlich so, dass es die ganze Familie betrifft. Fakt ist natürlich, dass auch Leute, wenn sie merken, dass es langsam bergab gehen könnte und eigentlich Hilfe gebrauchen, sie natürlich niemanden aufsuchen. Sie waren bisher auch noch nicht in der Psychiatrie oder in psychiatrischer oder neurologischer Behandlung. Dieses Angebot ist vielmehr eine theoretische Größe. Aber ich denke, das sind Familien, die hier richtig sind und auch sein sollten und wo ich glaube, wo man da schon was machen könnte, wenn man sehr früh eingreifen und auch wirklich präventiv sein könnte. Es gibt ja die Unterscheidung mit primärer, sekundärer und tertiäre Prävention. Ja, und die Primäre ist schon lange, bevor etwas passiert, sowohl bei den Eltern

als auch bei den Kindern. Da glaub ich, hat man die größten Chancen auch langfristig und erfolgreich etwas zu machen. Aber da ranzukommen, ist natürlich am Schwierigsten. Also Fakt ist, dass tatsächlich die Leute erst zu uns kommen, wenn sie schon in der Psychiatrie sind oder waren. Aber ansprechen möchten wir gerne die, wo wir einfach sagen, da sind einfach Auffälligkeiten da.

J.S.: Wer gehört neben der Diplom-Psychologin und der Diplom-Sozialpädagogin außerdem noch zum Team von AURYN?

Fr.B.: Ja, dazu gehören noch viele ehrenamtliche Mitarbeiter, ähm, wie Angehörige aus Selbsthilfegruppen oder Vereinsmitglieder und noch unsere Leiterin der Geschäftsstelle.

J.S.: Wie wird die Beratungsstelle AURYN durch das Jugendamt gefördert?

Fr.B.: Nach § 28 KJHG, wobei wie auch inhaltlich in unserer Arbeit, ähm die §§ 16 und 17 und 29 berühren bzw. eben auch Leistungen erbringen. Der Verein hat außerdem einen Rahmenversorgungsvertrag mit der Stadt.

J.S.: Was versteht man unter einem Rahmenversorgungsvertrag?

Fr.B.: Ich glaube, dass das alle freien Träger oder Vereine irgendwie in der Art haben. Da steht einfach drin, dass die Stadt damit auch uns gewisse Zuständigkeiten delegieren kann. Also, wenn wir in dieser Gesamtlandschaft, sag ich jetzt mal, vertreten sind und so eine öffentliche städtische Anerkennung genießen, verschafft das uns quasi Rechte und Pflichten. Also, wir haben das Recht, uns so zu nennen, wir haben das Recht so aufzutreten und uns einzumischen und sagen: „Hey, achtet darauf und wir wollen auch das und jenes mit einbeziehen.“ Aber das verpflichtet uns auch, Angebote zu schaffen. Also, das heißt, die Stadt könnte sagen: „Hey, wie sieht es aus, Ihr habt schon seit drei Monaten keinen Abend mehr angeboten oder die Selbsthilfegruppen treffen sich ja gar nicht mehr bei Euch.“ Also würde jemand darauf achten, ich weiß nicht, ob das im Einzelfall jemand wirklich tun kann, aber das ist, sag ich mal, so das Beidseitige. „Ihr seid anerkannt.“, sagt die Stadt und das verpflichtet uns auch, Menschen der Stadt quasi abzunehmen und sie entsprechend fachlich und situativ zu begleiten. Und das ist eben in diesem Rahmenversorgungsvertrag festgelegt. Da steht drin, wir müssen die und die Angebote schaffen und das auch so und so oft tun und mit dem Umfang und mit der öffentlichen Resonanz auch.

J.S.: Wie erfolgt die Arbeit von AURYN?

Fr.B.: Ja, ähm, sie erfolgt, so sag ich mal, über drei Wege. Also über die Arbeit mit dem

ganzen Helfersystem, mit den Eltern bzw. Elternteilen und den erweiterten Familiensystem, ähm also z.B. Großeltern und mit den Kindern eben.

J.S.: Was bietet AURYN speziell für Kinder und Jugendliche in der Einzelarbeit an?

Fr.B.: Es gibt ganz allgemeine Öffnungszeiten und telefonische Kontaktzeiten, wo jeder, der eine Frage hat, sei es anonym oder auch schon konkret oder einen Terminwunsch hat, sich bei uns melden kann und dann einen Termin bekommt. Wir sind vom Jugendamt verpflichtet, 16 Stunden Öffnungszeiten zu bieten. Also diese müssen wir immer gewährleisten. Ja.

J.S.: Was sind die Inhalte für die Sprechstunde der Kinder und worum geht es weiterführend?

Fr.B.: Am Anfang steht ganz klar das Informieren und dabei, ähm, gibt es individuelle Unterschiede zwischen den Kindern. Weiterführend machen wir so was wie eine Art Familien- und Individualdiagnostik. Das heißt, wir versuchen uns erst mal in den gesamten Kontext einzufragen oder einzufühlen: „Was ist da eigentlich angesagt?“ Dazu braucht auch jedes Kind etwas anderes. Also, ein Kind ist zum Beispiel sehr unruhig, hat aber keine tatsächliche Hyperaktivität, es ist nichts organisch begründet. Vielmehr hat es eher was mit seinem Kontext zu tun und mit der Unruhe, die zu Hause ist, mit wenig Konstanz und Vernachlässigung durch die Mutter. Ähm, mit dem Kind spiel ich oder mache so was wie, ähm, autogenes Training. Also, es ist wirklich sehr individuell ausgerichtet. Ähm, mit älteren Kindern kann man wirklich schon ganz eigene therapeutische Prozesse machen, wo es häufig um die Schuldfrage geht: „Bin ich daran beteiligt oder hat Mama das nur, wenn ich das so und so mache?“ Es geht also auch um das Aufklären. Da ist wirklich jeder Fall unterschiedlich. Bei manchen Kindern geht es so darum, sie eigentlich zurück zu ihren Gefühlen zu führen. Das ist was, was durch die Situation oft arg zu kurz gekommen ist. Ja, und mit denen wird dann daran gearbeitet, zum Beispiel wie fühlen sich Dinge an, haben Gefühle Farben. Mit denen malen wir und spielen, um sie wieder darauf hinzubringen. Also, da gibt es keine klare Vorgehensweise. Da gibt es ein breites therapeutisches Spektrum, und das füllen wir eben so, wie der Bedarf auch ist. Manchmal gibt es dann auch gemeinsame Gespräche, also vereinzelt jedes dritte oder vierte Mal wird geguckt, was ist jetzt. Bei manchen Kindern gibt es den Wunsch, den nicht vorhandenen Elternteil zu sehen: „Sollen wir da mal Kontakt aufnehmen, sollen wir zusammen einen Brief schreiben an den Vater, der schon seit fünf Jahren nicht mehr kontaktiert wurde?“ Ganz unterschiedlich. Eine weitere Maßnahme war einmal eine Kurmaßnahme. Da haben wir so eine Art Gutachten oder

Befürwortung geschrieben. Oder wir haben eine Befürwortung geschrieben, dass ein Kind in einen Integrationskindergarten kommen sollte, da es da und da Defizit gibt, und so macht es Sinn, ihn in einem Integrationskindergarten zu betreuen. Da ist es besser aufgehoben, als in einem normalen Kindergarten. Ja. Außerdem gucken wir in dem Stadtteil, aus dem die Familie herkommt, welche Unterstützungsmaßnahmen es da gibt. Bieten andere Stellen oder Jugendhäuser irgendetwas an? Wir gucken einfach: „Was gibt es da und wo könnte man die Kinder da integrieren?“

J.S.: Ziel der Sprechstunde für Kinder und Jugendliche sind Schwellenängste abzubauen. Welche weiteren Ziele gibt es?

Fr. B.: Also, letztlich ist das größte Ziel natürlich zu vermeiden, dass Kinder selber psychisch krank werden. Also das würd ich jetzt mal so, als unser größtes Ziel nennen. Und ich hatte anfangs auch mal gesagt, dass es natürlich um so besser möglich ist, wenn früher Prävention einsetzt. So arbeite ich stark mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Dass ich immer denke, es gibt eine gewisse Disposition und es gibt dann entsprechende Umstände, die dann letztendlich der ausschlaggebende Punkt sind. Es geht also um die Frage, ob was über ein Maß hinaus geht, was dann krankhaft oder auffällig wird oder kann man die Lebensbedingungen oder die individuellen Bedingungen so stützen, dass letztlich eine psychische Erkrankung nicht dabei rauskommt. Das ist ein sehr hoch gestecktes Ziel, und ich weiß, dass es in Fällen nicht möglich ist, insbesondere da wir eben in diese primäre Prävention häufig nicht rein kommen. Das können wir eher über die Aufklärung tun, in Schulen und Kindergärten, da, wo wir eben kooperativ arbeiten. Weil, letztlich ist das eigentlich für mich so das Ziel, die Familie und die Kinder selber so stark zu machen, dass sie zumindest, wenn sie in Krisen geraten wissen: „Hey, so und so hab ich damals schon mit jemandem drüber geredet.“ Es geht einfach darum, dass bevor sie selber psychiatrisch werden, sich vielleicht schon selber in die Beratungsstelle begeben. Das wäre gut, wenn sie das daraus ziehen und lernen: „Es macht Sinn, sich in Beratung oder therapeutische Begleitung zu begeben, bevor es zu spät ist.“

J.S.: Welche Aufgaben übernimmt explizit die Sozialpädagogin in dieser Sprechstunde für die Kinder und Jugendlichen bzw. welche Interventionsmöglichkeiten hat sie?

Fr. B.: Vieles versuchen wir, miteinander zu machen, also quasi in Co-Beratung. So kann der sozialpädagogische Fokus und der therapeutische und psychologische Fokus sich gut ergänzen. Das find ich, ist eine Superergänzung, wo ich vieles natürlich anders sehe und auch anders weiß und viele Sachen nicht weiß, so wie meine Kollegin das weiß. Es gibt immer diesen Fokus, und es stellt sich aber häufig die Frage: „Ist so was noch gerechtfertigt,

kann man so was leisten, ist so was finanzierbar oder bezahlbar?“ Das muss man immer auch im Kopf behalten, weil, manchmal denke ich, könnte man auch sonst was für Ideen bekommen, die aber sich gar nicht rechtfertigen lassen. Die Aufgaben, besonders der Sozialpädagogin, sind sehr viel so dieses an Kooperation drum herum. Zum Beispiel nochmal zurück zu telefonieren, wie wenn es Familienhelfer gibt, sich mit diesen kurz zu schließen oder mit dem sozialen allgemeinen Dienst. Ich glaube, da sind Sozialpädagogen auch deutlich vernetzter. Dieses Netz schaffen, knüpfen und erhalten, das ist eine pädagogische Aufgabe.

J.S.: Gibt es noch weitere Aufgaben der Sozialpädagogin?

Fr.B.: Ja, sie versucht, ähm, die Kinder z.B. auf Gruppenangebote aufmerksam zu machen oder führt Aufklärungsgespräche durch. Wichtig ist immer, dass wir Kollegen uns beraten, wie es weiter gehen soll und dabei ist die Sozialpädagogin ganz doll gefragt.

J.S.: An welche Altersgruppen richtet sich diese Sprechstunde für Kinder und Jugendliche überwiegend und von wem wird sie überwiegend wahrgenommen?

Fr.B.: Spricht alle Kinder und Jugendlichen an und wird von diesen auch in Anspruch genommen. Ja, also wir haben diesen Anspruch und wir haben auch eine Altersspanne von 5 Jahren bis ins Erwachsenenalter.

J.S.: Was ist das Ziel der Einzelarbeit mit den Eltern?

Fr.B.: Ja also es geht darum, dass die Eltern lernen, ähm, ja ihre Erziehungsverantwortung wieder besser wahrzunehmen, was ja letztendlich auch für die Kinder gut ist. Sie aber auch auf die Risiken ihrer Kinder hinzuweisen, ist uns wichtig.

J.S.: Welche Aufgaben übernimmt während der Einzelarbeit mit den Eltern die Sozialpädagogin? Geht es hier auch um Co-Beratung?

Fr.B.: Ja, Co-Beratung macht sie auf jeden Fall. Außerdem begleitet und unterstützt sie die Eltern in ihrem Alltag und versucht, ähm, ja, sie zu motivieren mit dem Verein weiterhin in Kontakt zu treten. Es geht hier auch ganz klar darum, ihre Selbsthilfe zu aktivieren.

J.S.: Wie wird therapeutisch in die Einzelarbeit mit den Eltern eingegriffen?

Fr.B.: Je nachdem, wie wir das Risiko abschätzen, und dies ist abhängig von Faktoren, die dafür sprechen, dass es eine negative Entwicklungsrichtung gibt. Also, je höher ich diese Risiken selber einschätze oder bewerte, um so eher sage ich: „Da ist etwas therapeutisch notwendig.“ Therapeutisch heißt für mich, dass wir die Eltern oder die Mütter ganz konkret darauf hinweisen, wie hoch das Risiko ist, wenn sie das, was sie tun, so weiter läuft, ohne dass sich Veränderungen ergeben. Äh, also, dass wir ganz klar die Mütter darauf hinweisen, dass wir sie zur Mitarbeit auch animieren und dass wir dann, na, ich sag mal, so in diesen familientherapeutischen Sinne arbeiten. Also, wir machen mit den Familien ein Genogramm, gucken, woher kommen diese bestimmten Verhaltensweisen und diese krankmachenden Anteile auch. Und daran arbeiten wir, diese aufzuheben. Und in vielen, vielen Fällen, also ich kann das prozentual nicht benennen, ist es dann tatsächlich so, dass wir fast mehrheitlich mit den Müttern arbeiten und wirklich so gucken, was für Ursachen hat das und gucken, wie sie aufgrund ihrer eigenen Geschichte und ihrer Erkrankung, dahingehend ihrem Kind auch eine normale Entwicklung zugestehen. Das ist insbesondere bei depressiven und angstkranken Müttern so. Ja, die so eine Glocke auf ihre Kinder drauf setzten, wo ich so glaube, das Kind soll lernen, sich selber zu entfalten und das, was es an Empfindungen hat, wieder wahrzunehmen und wachzurufen. Aber es geht vor allem manchmal auch darum, die Kinder vor dieser Überbehütung oder was manchmal bei den Müttern zu wenig ist, davor zu schützen. Ähm, ja, und da ist die therapeutische Arbeit mit Müttern in Hinblick auf Erziehung, nicht auf die eigene therapeutische Bewältigung auch notwendig. Das ist ganz eindeutig eine therapeutische Aufgabe. Dabei wird mit Genogrammen, mit Familienskulpturen, mit Konfliktbewältigung und mit Konfliktstrategien gearbeitet, wobei ich manchmal die Kinder mit einbeziehe. Das geht aber auch nur mit Jugendlichen. Das mach ich nicht mit einem Achtjährigen.

J.S.: Wie kann man sich eine solche Risikoeinschätzung vorstellen? Gibt es da gewisse Formulare?

Fr.B.: Wir benutzen paar offizielle Diagnostika. Also standardisierte Fragebögen, Stresserhebungsfragebogen für Kinder und Depressionsinventar und solche Sachen, die mir erstmal so eine Grobabschätzung ermöglichen: „Ist das eventuell schon hart an der Grenze oder ist da sogar schon eine psychische Erkrankung?“ Ähm, und ansonsten gibt es so eine Checkliste, die im Grunde aus der Risikoforschung hervorgegangen ist. Da gibt es sogenannte begünstigende Faktoren, wo man so gucken kann, gibt es andere gute Bezugspersonen, und das ist dann wieder Aufgabe der Sozialpädagogin, den Kontakt eigentlich zu unterstützen. So zum Beispiel zu einer Großmutter oder einem anderen

Elternteil oder so, wo man positive Faktoren stützen und fördern kann und da wo eher risikobehaftete Faktoren da sind. Ähm, es ist dann immer so die Frage, wie stark jetzt therapeutisches Eingreifen gefragt ist, und da muss man einfach so im Grunde abschätzen: „Das und das ist an Risiken vorhanden, und da würde es, ähm, Sinn machen, sich einzubringen.“ Wobei ich diese Risiken diesen Familien nicht öffentlich mache, also ich sag denen nicht: „Von 15 möglichen Risiken haben sie 9. Wenn sie jetzt nichts machen, dann ist ihr Kind garantiert eins von denen, die in fünf Jahren in der Psychiatrie sitzen.“ So nicht. Es ist für uns im Grunde, ein Maßstab, um ungefähr einzuschätzen, wie intensiv wir arbeiten müssen. Also z.B. nur einmal im Monat oder nur, wenn Bedarf da ist. Und dann gibt es welche, wo wir sagen, hier muss es am besten wöchentliche Kontakte geben. Dadurch hat man auch vielmehr die Chance sich einzumischen. Und das machen wir, wie gesagt, vom wöchentlichen Kontakt bis zum vierwöchentlichen oder auch mit Kontakt nach Bedarf. Dabei ist alles vertreten.

J.S.: Wurde bisher eine Beratung ohne elterliches Wissen durchgeführt?

Fr.B.: In einem Fall, wobei die Mutter es inzwischen weiß und das Mädchen auch überlegt, die Mutter mal mit hierher zu bringen. Aber die Mutter hat gesagt, dass sie das im Moment noch nicht will. Wir haben häufig auch schon Anfragen von Großeltern gehabt, wo es einfach darum so geht: „Wie gehe ich als Großmutter im Bezug auf meine kranke Tochter mit meinem Enkel um?“ Da kennen wir die Kinder gar nicht.

J.S.: Gibt es Einzelgespräche mit anderen Angehörigen, zum Beispiel Großeltern?

Fr.B.: Ja ja, es gibt Fälle, wo wir die Eltern gar nicht gesehen haben. So gibt es einen Fall, wo die Mutter noch stationär war und die Großmutter sich um die Familie gekümmert hat. Ähm, im Moment arbeite ich mit einem Partner einer psychisch kranken Frau, die sich von ihm getrennt hat und das Kind mitgenommen hat. Er fragt einfach: „Welche Möglichkeiten hab ich noch, mit meiner Tochter zusammen zu sein als nichtehelicher Vater?“ Oft geht es auch darum: „Ist das, was meine Frau tut, krankhaft und wie soll ich damit umgehen?“ Es geht da um ganz viele Tipps und Möglichkeiten, um Kommunikation, um Einfühlungsvermögen oder auch um Aufklärung. Also zum Beispiel „Wie äußert sich oder kann sich eine solche Krankheit überhaupt äußern?“

J.S.: Welche Ziele werden bei den Einzelgesprächen mit den Partnern oder anderen Angehörigen verfolgt?

Fr.B.: Immer dieses große Ziel, den Stress oder die Belastungen für die Kinder so gut wie möglich zu reduzieren. Wenn nicht therapeutische Arbeit notwendig ist, geht es um pädagogischen Mittel. Ähm, wirklich so zu gucken, wo kann man da eine Entlastung herbeiführen und aufklären. Es geht also darum, um zu wissen: „Was ist hier los, warum ist das und dieses so?“ Wichtig ist einfach, das man nur da ist und dass dann auch außerhalb von feststehenden Terminen, wenn z.B. auch nochmal eine telefonische Anfrage statt findet.

J.S.: Was gibt es an Gruppenangeboten?

Fr.B.: Das, was wir machen, ist die sogenannte offene Eltern-Kind-Gruppe. Es gibt diesen Termin und diejenigen, die wollen und einen Bedarf oder Sinn sehen, können zum Basteln und Spielen kommen, um also gemeinsam was zu tun. Es ist ja für niemanden verpflichtend. Und das ist für Eltern, andere Angehörige und Vertraute, ja, und für Kinder.

J.S.: Welche Aufgaben übernimmt dabei die Sozialpädagogin bei diesen Gruppenangebot?

Fr.B.: Sie versucht, mit den Kindern zu spielen und einfühlsam auch einige Informationen zu erhalten und Fragen der Kinder zu beantworten.

J.S.: Wie erfolgt die Arbeit mit den Erkrankten und anderen Angehörigen bei diesen Eltern-Kind-Nachmittagen?

Fr.B.: Wir haben festgestellt, dass es so ist, dass die Erkrankten, die mit ihren Kindern in die Gruppe kommen, gleich das Gespräch bei mir suchen, da sie einen sehr großen Bedarf haben. Daraus haben wir uns jetzt überlegt, eigentlich eine Konsequenz zu ziehen. Wenn wir sagen, wir wollen ja, dass Eltern und Kinder mal miteinander was machen, wie sie es oft sonst nicht tun, dass wir dabei auch bleiben und dass es so auch ein pädagogisch unterstützter Nachmittag wird. So haben wir uns überlegt, so was wie eine Klinikprechzeit anzubieten. Also, die Eltern können ja oft nicht weg, in der Zeit, wo sie da sind, und wenn wir vor Ort sind, wäre der Kontakt noch einfacher, noch niedrigschwelliger, noch unkomplizierter. Also, wenn so ein richtiger Gesprächsbedarf besteht, eben eine Klinikprechzeit anzubieten. Die Eltern-Kind-Nachmittage sind aber wirklich nur dazu da, dass die Kinder mit den Eltern bzw. umgedreht etwas zusammen tun. Aber Fakt war, dass an diesen Nachmittagen es bisher immer so war, dass ich meist mit den Erkrankten geredet, beraten und informiert habe, ähm, über die Entwicklung ihrer Kinder zum Beispiel. Da haben wir aber festgestellt, dass ist ja gar nicht unser Wunsch, dass wir diese Trennung haben wollen zwischen Kindern

und Eltern. Es geht nicht darum, dass die Sozialpädagogin etwas nur mit den Kindern macht und ich die Eltern berate und eine harte Anfrage, sag ich jetzt mal so, auffange, sondern, dass wir an diesen Nachmittag wollen, dass die Eltern und Kinder gemeinsam was tun, und wenn es Gesprächsbedarf gibt, möchten wir lieber nochmal gucken, dass wir anders irgendwie dafür da sein können. Weil, klar, sobald das akute Problem vorbei ist, machen die sich nicht mehr unbedingt auf den Weg hierher. Wenn wir aber vor Ort wären, könnten wir, glaub ich, auch viel da was tun. Das ist eher so eine Konsequenz, die wir daraus gelernt haben. Das war ja für uns auch neu, wir wollten mal gucken, wie wird das angenommen, und da haben wir das festgestellt. Ich sitzte in der einen Ecke und führe schon schwere Gespräche und die Kinder spielen in der anderen Ecke mit der Sozialpädagogin. Und das ist das, was wir eigentlich nicht wollen.

J.S.: Beinhaltet diese Arbeit in dieser Kind-Eltern-Gruppe Elemente der Familienbildung?

Fr.B.: Ja denn es geht ja darum, dass was zusammen gemacht wird. Vielmals können Gespräche mit der erkrankten Person und deren Kindern dazu führen, dass über Erziehung und Probleme und Konflikte in Familien gesprochen wird.

J.S.: Was sind die Ziele der Eltern-Kind-Nachmittage?

Fr.B.: Ja, da geht es uns schon darum, dass die auf einfachste Art, nämlich vor Ort, wo die Kinder ihre Eltern auch besuchen, zu uns Kontakt herstellen können. Ähm, weil wir eben festgestellt haben, dass das so schwierig ist. Dass wir erstmal so einen Klientenstamm aufbauen müssen, mussten und immer noch müssen, sag ich mal. Das ist so die Idee dabei, das möglichst niedrigschwellig zu tun und dieses Anliegen, den Kontakt dort auch noch nicht so therapeutisch zu machen. Vielmehr miteinander basteln und spielen. Also das, was die Familien oft einfach nicht mehr können. Denn viele Kontakte sind belastet und diese sollten möglichst unbelastet sein, dass es einfach ein schöner Nachmittag wird.

J.S.: Was ist nun nochmal speziell die Rolle der Sozialpädagogin mit ihren Interventionsmöglichkeiten?

Fr.B.: Ja, also sich speziell auf die Kinder zu konzentrieren, aber eben auch die anderen Angehörigen zu motivieren, mit dem Verein in Kontakt zu treten und eine Beziehung herzustellen. Ohne so eine Beziehung ist es für die Kinder nicht gut und vor allem auch nicht wichtig, irgendetwas zu machen. Und viele Kinder sehen dann darin auch den Sinn. So haben wir an einem Nachmittag mal von einem Kind die Rückmeldung bekommen: „Mensch prima, da kann man mal was sagen oder fragen, was ich sonst nicht fragen darf“. Also

eigentlich auch das, was die Theorie immer bringt, und da hat es ein Kind konkret gesagt.

J.S.: Welche Gruppenangebote gibt es speziell jetzt in den Räumen des Wege e.V.?

Fr.B.: Also, wir haben dann geguckt, welche Kinder würden zusammen passen. Im Moment haben wir aber noch nicht fünf oder sechs Kinder aus einer Altersgruppe zusammen, wo wir sagen können, so, die passen jetzt zusammen. Was wir jetzt machen, ist ein freies Angebot, nur für die Kinder, wo einfach so jeden zweiten Donnerstag Nachmittag die Kinder kommen können. Da wird was von der Sozialpädagogin vorbereitet, z.B. kann gebacken werden oder es kann das getan werden, was die Kinder möchten. Ähm, wobei aber hier auch über die Probleme geredet werden kann. Dies ist erstmal eine offene Gruppe, wo man weder angemeldet sein muss, noch wo, es einen fortlaufenden oder zusammenhängenden Inhalt gibt, sondern, es wird jedes Mal irgendetwas vorbereitet. Das ist im Moment aber auch das Einzige, was hier in den Räumen stattfindet. Die Resonanz ist bisher leider jedoch nicht so gut, denn es ist bisher nur ein Kind da gewesen, das liegt aber vielleicht auch daran, dass wir es in der Sommerzeit begonnen haben.

J.S.: Gibt es während des Angebotes weitere Aufgaben, die die Sozialpädagogin übernimmt?

Fr.B.: Ja also, es kann auch um Aufklärung gehen, dass sie sich außerdem mit wichtigen Bezugspersonen in Verbindung setzt und weitere mögliche Maßnahmen einleitet.

J.S.: Was erachten Sie als wichtig in den Familiengesprächen und der Familientherapie?

Fr.B.: Ja, die ganze Familie soll unterstützt werden. Also, ich sag mal so, dass alle Mitglieder ihre Ressourcen ausbauen können oder eben aber auch erhalten können. Uns geht es dabei darum, die Angebote entsprechend der Familien auch zu machen.

J.S.: Was wollen sie durch die Familienarbeit erreichen?

Fr.B.: Also, ich sag mal, es geht uns um eine Verbesserung der Kommunikation in den Familien. Wir haben festgestellt, ähm, was ja aber auch die Forschung sagt, dass häufig in den Familien keine Gespräche laufen und dies einiges bei den Kindern bewirken kann. Wichtig ist uns immer, den gesunden Elternteil dabei mit einzubeziehen oder aber eben auch die Großmutter. Ja, also überhaupt so die ganzen familiären Ressourcen einzubeziehen.

J.S.: Wie sehen die familientherapeutischen Interventionsmöglichkeiten aus?

Fr.B.: Mit den klassischen familientherapeutischen Mitteln, sag ich jetzt mal. Von der Genogrammarbeit bis zur Skulpturarbeit über Gespräch-Konflikt-Modelle. So die ganze Bandbreite.

J.S.: Welche Aufgaben übernimmt die Sozialpädagogin in den Familiengesprächen und in der Familientherapie?

Fr.B.: Ja, das sind so die gleichen Aufgaben wie bei der Einzelarbeit. Sie arbeitet als Co-Beraterin mit, sitzt in diesen Gesprächen dabei und tauscht sich mit mir aus. Desweiteren versucht sie, die Kontakte mit der erkrankten Person und den Angehörigen und insbesondere mit den Kindern weiterhin zu knüpfen.

J.S.: An welchen Erkenntnissen haben sie ihre Arbeit in den Familiengesprächen und der Familientherapie aufgebaut?

Fr.B.: Wir haben im Grunde so diese beiden Schienen. Es geht ganz klar darum, dass wir am individuellen Einzelfall arbeiten wollen, um zu sehen, was ist da für ein konkreter Bedarf. Neben dem Bedarf geht es auch immer darum zu sehen, wo gehen die Leute auch mit. Ich kann ruhig einen Bedarf sehen, dass die Mutter sich in ihrem Interaktionsverhalten ändern muss, damit das Kind eine Chance hat. Aber wenn die Frau sagt: „Mach ich nicht mit!“ Dann ist immer so die Frage, wenn wir da zu massiv sind oder sein wollen, dass sie da eventuell auch dicht macht und nicht mehr herkommt. Damit hat das Kind dann auch verloren und insofern ist das immer ein „Eiertanz“. Also, man muss das unbedingt immer im Kopf behalten und sich immer wieder auf die konkreten Risiken und Resilienzen beziehen. Und dennoch gucke ich auch immer so nach dem, was wo gehen die Leute mit, sind die bereit, wo ist auch deren eigene Einsicht nach der Beratung. Dass sie sagen: „Oh ja, das sehe ich jetzt auch so und das ist auch wichtig.“ Ja, dass man sich dann daran lang hangelt. Also in einem Fall, den ich mir jetzt gerade nochmal so vor Augen halte, habe ich eine ganze Weile mit Mutter und Kind zusammen gearbeitet. Jetzt aber erst, nach dem fünften Gespräch, habe ich verstanden, um was es bei der Mutter eigentlich geht. Ähm, also was da letztlich der Grund ist, weshalb sie sich so und so mit ihrem Kind verhält. Und da haben wir gesagt: „So, jetzt machen wir drei mal eine Einzelarbeit mit der Mutter.“ Ja, um eigentlich so auch die Frau klarer zu bringen, woran das letztlich hängt. Es ist so schwer zu formulieren, inwiefern halte ich mich da an so ein Wissen auch. Also ganz oft setzt ich mich dann auch hin und sag:

„Ich brauch jetzt nochmal eine Idee, ich muss mir jetzt nochmal auch so ein Buch ran holen und gucken, wie kriegt man das in den Griff.“ So riesig sind da meine Erfahrungen auch noch nicht. Also wir tasten uns da jetzt immer wieder so ran. Ist schwierig.

J.S.: Welche Themen werden weiterhin in den Familiengesprächen und der Familientherapie bearbeitet?

Fr.B.: Also, was ich feststelle, ist, ich würd jetzt nicht sagen, dass es was spezifisches nach Krankheitsbild gibt, aber dennoch hab ich den Eindruck, dass es häufig verschiedene Themen gibt. Bei ängstlichen Müttern ist es zum Beispiel so, dass die Kinder begrenzt sind in ihren Entfaltungsmöglichkeiten. Bei psychotischen Müttern ist es eher so, dass die Kinder vernachlässigt sind. Also sag ich jetzt mal, das stimmt nie generell und auch da muss man wieder genau gucken. Aber damit verschiebt sich auch das, was ich mit denen tue. Werden die Kinder zu sehr eingeschränkt, da geht es darum: „Wie kann ich den Kindern Entfaltungsmöglichkeiten anbieten.“ Sie haben nicht dieselben Ängste wie ihre Mutter. Wenn sie Angst hat, raus zu gehen, das sind nicht dieselben Ängste, die die Kinder haben, aber dies bekommen kann, weil die Mutter sich nicht getraut, das Kind rauszulassen. Ja, da müsste ich fast jeden einzelnen Fall nochmal so aufrollen, um das so klar zu machen. Also letztlich geht es darum zu schauen, ja im Grunde geht es wieder um die Abklärung der jeweiligen Risiken und dann um die Reduktion dieser Risiken. Wenn das Risiko da ist, dass das Kind zu wenig Entfaltungsmöglichkeiten hat, es also ganz klar entwicklungsverzögert ist, aber nicht weil es eine Art Behinderung hat, sondern weil die Mutter es nicht hat sich frei entwickeln lassen. Ja, da gucken wir dann. Also, das ist auch Aufgabe der Sozialpädagogin, das Kind z.B. in den Kindergarten zu bringen, denn die Mutter hat Angst, das Kind dahin zu bringen. Sie kann außerdem nicht alleine sein. Sie benutzt ihn da auch so als, ähm: „Hol mich aus meiner Depression raus“. Es ist aber wichtig, dass das Kind Kontakt zu Gleichaltrigen kriegt und dass es lernt zu klettern, zu toben, zu basteln, zu spielen und zu puzzeln und was auch immer, also ganz ganz einfache Dinge. Es geht also darum, dass das Kind gestärkt wird und eine mögliche Übertragung der Ängste und Zwänge der Mutter auf das Kind vermieden wird. Bei der Mutter geht es dann darum, dass sie lernt, das Kind loszulassen.

J.S.: Es wird deutlich, dass die Familiengespräche und die Familientherapie auch Elemente der Einzelarbeit beinhaltet. Ist das so richtig?

Fr.B.: Ja, es gibt einzelne Stunden nur mit den Kindern, Stunden, wo die Mutter mit den

Kindern kommen und Stunden, wo noch eine Helferin zum Beispiel dabei war. Ich mach das im Grunde immer so in Sequenzen. Dass ich in einer Sitzung beschließe, so, ich mach jetzt drei Termine für das Kind, wo ich einfach nur nochmal Spielverhalten, Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit Gefühlen angucke, ähm, wie denkt das Kind über die Situation etc.. Das geht ganz oft nicht, wenn die betroffene Person anwesend ist, denn das ist ja auch immer ein Loyalitätsproblem. Und nach diesen drei Sitzungen oder in der dritten Sitzung sag ich, dass ich die Mutter zum Beispiel beim nächsten Mal gerne wieder mit dabei hätte. Dass wir uns einfach alle nochmal sehen und so eine Art Resümeesitzung machen oder nochmal eine Skulptur machen oder je nachdem, was dabei auch ansteht. Oder in einem Fall mit einem Jungen, der paar mal da war, sind die Großeltern beide wieder da gewesen und ich merke, inzwischen sind die Großeltern in einem massiven Partnerschaftskonflikt. Weil es da um die Kinder der Frau aus der vorherigen Ehe geht. Also um die psychisch kranke Mutter und der Mann das inzwischen nicht mehr mitmacht. Das Kind ist momentan relativ gut versorgt. Im Moment geht es immer wieder nur um die finanziellen Probleme der Tochter, wo ich wenig mich zuständig sehe und fühle. Aber jetzt geht es auch darum, dass, wenn die Großeltern in eine Krise kommen, dass das Kind vielleicht eventuell in ein Heim muss. Im Moment hab ich das Gefühl, man muss diese Paarebene der Großeltern wieder stärken und da eine Konfliktbearbeitung machen und dass ist das Setting der nächsten Sitzung und das vereinbare ich wirklich mit den Großeltern. So haben wir jetzt gesagt, drei Stunden kommen jetzt beide Großeltern. Also innerhalb der Familienarbeit ist Einzelarbeit häufig zwingend notwendig. Ja, denn die systemische Sichtweise, ähm sagt ja auch, dass, wenn sich ein Teil des Systems verändert, verändern sich alle anderen mit. Da hat man ganz viele Bausteine, die die Lebenssituation beeinflussen, sag ich jetzt mal so.

J.S.:Was sind die Ziele der Familiengespräche und der Familientherapie?

Fr.B.: Ja, die Ziele sind allen Angehörigen und den Erkrankten Sozialisationshilfen zu geben. Außerdem halte ich es immer erst mal für gut, das Kind in seiner Familie zu behalten und Kontakte zu den Eltern auch zu ermöglichen, was aber nicht immer geht. Es gibt Situationen, wo es sogar besser ist, wenn das Kind anders irgendwie untergebracht ist. Das haben wir auch in zwei Fällen, wo es dann aber darum geht, den Kontakt zur Herkunftsfamilie zu unterstützen. Das ist wichtig und notwendig. Da gucken wir, dass es auch so die Möglichkeit der Betreuung gibt. Und das soll in Form des betreuten Umgangs bald umgesetzt werden, wo wir auch noch die Eltern mit einbeziehen, auch wenn das Kind im Heim oder in einer Pflegefamilie ist. Ähm, ja und wo ich auch schon das Ziel sehe, dass manchmal ein

gesunder distanzierter Kontakt besser ist als ein krankmachender vor Ort. Also, wenn das eigentlich überhaupt nicht klappt mit Mutter und Kind, da kann es manchmal besser sein, dass das Kind woanders untergebracht ist. Wir gucken dann, dass sie sich hier auf einer ganz anderen Ebene begegnen können. Das finde ich sehr wertvoll, also für die beiden auch. Das ist irre. Also letztlich, unser Konzept war ja und ist auch Einzelarbeit zu machen, und inzwischen sehe ich erst, wie vielfältig das ist. Dass man an vielen Stellen eigentlich was machen kann, oder wo wir jetzt auch die Idee haben, familienaufsuchende Arbeit zu machen. Was wieder in einem ganz anderen Kontext steht. Also, wo ich immer so sehe, man wächst auch mit diesem Einblick, in das, was eigentlich dahinter steht.

J.S.: Was war bzw. ist bei der Multiplikatorenarbeit wichtig?

Fr.B.: Ja, erstmal die Multiplikatoren aufmerksam auf das Thema zu machen und sie so zu schulen, denn das ist immer noch ein Tabu. Es geht also im Endeffekt darum, dass wir im entsprechenden Fall Hilfe anbieten können, ich sag mal z.B. Einzelgespräche.

J.S.: Was sind die Aufgaben des Sozialpädagogen und die Interventionsmöglichkeiten bei der Multiplikatorenarbeit?

Fr.B.: Ja, dazu gehört die Aufklärung in den Schulen, dass sie was vermittelt über diese Risikogruppe. Sie redet mit den Kindern und Lehrern über psychische Erkrankungen, sie geht zu Schulsozialarbeitern und macht auf das Problem aufmerksam bzw. schult diese. Es ist immer noch viel zu wenig bekannt. Ich vergleiche das immer mit diesen Trennungs- und Scheidungsfamilien. Vor 15 Jahren, da hat man darüber nicht gesprochen. So was wie die Scheidung war echt ein Tabu und dass die Kinder darunter eine enorme Beeinträchtigung erfahren, darüber sprach man nicht. Heute ist das selbstverständlich. Jede Kontakt- und Beratungsstelle hat Scheidungsgruppen und macht Scheidungs- und Trennungsbewältigungsarbeit für die Paare als auch für die Kinder. Und damit vergleiche ich das so gerne, weil das so meine Vision ist, da mal hinzukommen, dass das Thema Familien mit einem psychisch kranken Familienmitglied genauso ein Thema wird. Dass einfach jeder weiß, klar, das ist ein großes Risiko, das ist eine Beeinträchtigung für alle Familienmitglieder, und wenn man das mit einbezieht in Familienberatung, dann kann man da präventiv ne Menge tun. Ja, also dass es zu einem selbstverständlichen Umgang kommt, da eben, wo Kinder und Jugendliche sind, aufzuklären, und dies macht viel die Sozialpädagogin. Weil, dazu fehlt mir auch die Zeit.

J.S.: Gibt es noch weitere Inhalte bei dieser Multiplikatorenarbeit?

Fr.B.: Was wir noch machen ist, so regelmäßig die Schulen mal wieder mit Informationen zu bestücken. Ähm, aufgrund der Tatsache, dass wir so wenige sind, können wir das gar nicht alles leisten. Wir können niemals in allen Schulen eine Stunde machen. Das geht gar nicht, und daher macht die Sozialpädagogin auch viel über diesen schriftlichen Weg. So in Form von Rundbriefen, von allgemeiner Information, wo manche dann oft zurückgreifen und sagen: „Hey, könnt ihr nicht mal hierher kommen und das vorstellen?“ Aber das sind immer noch wenige.

J.S.: Welche speziellen Unterstützungen werden in den Hilfen in akuten Krisen angeboten?

Fr.B.: Ähm, erst die Krise auffangen, wenn die Leute sich mit ihrer Krise melden. Das ist oft telefonisch, die haben dann gar kein Termin, sondern dann „klapperts“ mal wieder zu Hause und die brauchen Unterstützung. Also, das ist oft so eine Krisenannahme am Telefon, sag ich jetzt mal so oder Begleitung, um den akuten Stand zu entschärfen. Und dann geht es eher darum zu gucken, mit ein bisschen Ruhe und Muße, was ist jetzt an Hilfen angezeigt. Und das heißt, wenn Unterbringung notwendig ist, wie ist das am besten möglich? Gibt es in der Familie jemanden, der die Krise abfangen kann? Das ist auch die pädagogische Arbeit, so zu gucken, was ist der beste Weg, damit umzugehen. Viele Krisen entschärfen sich dann auch, wenn man so eine Art Krisenbewältigung macht, sag ich jetzt mal so und verhindert, dass ein Kurzschluss erfolgt.

J.S.: Was sind innerhalb der Krisenintervention noch weitere Aufgaben der Sozialpädagogin?

Fr.B.: Ja, das ist im Endeffekt diese Krisenintervention am Telefon durchzuführen, sich die Probleme der Menschen anzuhören, Möglichkeiten, ähm, ja, für weiteres Handeln aufzuzeigen und eher nach mittelfristigen Lösungen zu suchen, sag ich jetzt mal.

J.S.: Was sind so die Ziele der Kooperationen mit den einzelnen Institutionen?

Fr.B.: Es geht darum, aufmerksam auf diese Risikogruppe zu machen und andere Stellen

auf das Projekt aufmerksam zu machen. Also, wenn andere Beratungsstellen an die Grenzen ihrer Arbeit kommen, dass die wissen, dass es uns gibt und uns Klienten weiter vermitteln bzw. uns auch anfragen. Wir wollen dabei helfen, das Tabu abzubauen und zu sagen: „Schaut auch da drauf, was in diesen Familien Sache ist.“ Ja, und denen im Grunde auch Möglichkeiten und Mittel an die Hand geben, wie sie mit solchen Fällen auch arbeiten sollten und könnten. Es geht auch darum, einfach zu vertreten und auch präsent zu sein, dass es eben öffentlich verbreitet wird.

J.S.: Welche Arbeiten führt dabei die Sozialpädagogin aus? Gibt es da was Spezielles, was nur sie macht?

Fr.B.: Ähm, ja, sie nimmt an diesen Arbeitsgruppen teil. Wir haben das dabei aufgeteilt, denn das ist wieder ein zeitliches Problem. Ich könnte nicht zu allen Fachgremien gehen. Ich mach zum Beispiel dabei die Facharbeitsgemeinschaft „Beratungsangebote des Jugendamtes“, die Sozialpädagogin die Arbeitsgemeinschaft „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und die „Suchtprävention“.

J.S.: Können sie mir prozentual sagen, wie sich der Beratungsumfang erhöhte?

Fr.B.: Ja, am Anfang haben wir die Sprechstunden z.B. einmal in der Woche gemacht, und da hab ich mindestens ein Monaten dagesessen und da ist noch niemand gekommen. Nur Fachleute haben angefragt und keine Familie. Inzwischen haben wir einen Zuwachs erlebt, so vielleicht ungefähr um 300 Prozent. Das ist von der Personenzahl, glaub ich, immer noch wenig im Gegensatz zu anderen Beratungsstellen. Ja, aber an anderen Arbeitsstellen saßen drei bis fünf Arbeiter, und wir sind eineinhalb und naja, wie gesagt, es ist auch immer noch nicht so bekannt. Also, ich denke, da müssen wir immer noch was tun. Ich glaube, nach zwei oder drei Jahren kann man dann nochmal gucken, wie verhält sich das inzwischen. Wenn man aber bei Null anfängt, da ist schon eine dreihundertprozentige Erweiterung da. Das ist schwer zu sagen.

J.S.: Welche Erfahrungen gibt es zusätzlich zur Entlastung in der Einzelarbeit mit den Betroffenen, den Kindern und den anderen Angehörigen?

F.B.: Ja, die Kinder legten mit der Zeit Schwellenängste ab, sie begannen sich zu öffnen, stellten zunehmend mehr Fragen, erlebten, ähm, es als angenehm, mit ihren Fragen und

ihrem Wesen wichtig zu sein und ernst genommen zu werden. Ich denke, sie erfahren auch eine Menge über sich selber. Das wird ein Kind glaub ich, nicht so reflektieren, das ist jetzt eher eine Sicht, ähm, ähm, eine entwicklungspsychologische Sicht darauf. Wenn man aufgrund einer Familiensituation nur begrenzte Möglichkeiten hat zu reflektieren, ähm, ist das, was ein Kind hier durchaus lernt. Also es geht ja darum, unterschiedliche Standpunkte und Ansichten zu wissen, und das ist auch, was mir ganz wichtig ist. den Kindern zu vermitteln. Aber gut, würde man ein Kind fragen, glaub ich, würde es das nicht sagen.

J.S.: Was kam bei den Gesprächen heraus? Gibt es Klienten, wo man sagen kann, dass ein längerer Kontakt besteht und wo bereits weitere Schritte erfolgt sind, die vielleicht mit einem positiven Ausgang sind?

Fr.B.: Auch da haben wir alles. Von ein bis zweimaligen Kontakten, die dann einfach schon erledigt waren und die zum Teil auch abgebrochen wurden und wo ich nicht genau den Hintergrund weiß. Es gibt in einigen Fällen Kontakte, die fast seit Beginn unserer Beratungsarbeit bestehen und die bis jetzt noch fortbestehen. Wo wir eine Familie seit einem Dreivierteljahr betreuen, das würde ich schon Multiproblemfamilie nennen, wo auch insbesondere durch die Erweiterung des Kontextes, ähm, ganz viel passiert ist. Also, so haben wir zum Beispiel dann einen Kontakt zwischen der betroffenen psychisch kranken Frau und deren Mutter wieder herstellen konnten. Und das ist im Grunde eine familientherapeutische Intervention auf der Mutter-Tochter-Ebene geworden, und das ist schon ein ganz ganz langer Beratungsprozess. Aber das kommt auf den Einzelfall an, ob eben schon eine Einzelberatung Abhilfe schafft oder eine Situation erst einmal damit entschärft werden muss oder ob es ein langer therapeutischer Beratungsprozess notwendig ist.

J.S.: Welche weiteren Erfahrungen gibt es in den Familiengesprächen und in der Familientherapie?

Fr.B.: Schwierig ist, wenn der betroffene Elternteil nicht zur Beratung kommt, nicht kommen kann oder vor allem nicht will. Das halte ich immer noch für die schwierigsten Situationen. Weil man dann natürlich viel über diesen kranken Elternteil spricht, aber das alles aus der Distanz passiert. Also, wo ich nichts über Diagnose, über tatsächliches Verhalten weiß, sondern dass das mit der Färbung desjenigen, der herkommt, passiert und das finde ich eine ganz schwierige Arbeit, die auch eigentlich meiner familientherapeutischen Sicht

widerspricht. Also im Grunde, höre ich mir immer von der oder demjenigen die Probleme an, der den Kontakt aufnimmt und lade dann alle anderen auch mit ein und die können dann entscheiden, ob sie mit hierher kommen oder nicht. Wenn es gar nicht gewollt ist, finde ich es eine ganz schwierige Sache und Konstellation, die aber trotzdem was bringt, glaube ich, für diejenige Person, die kommt. Aber das finde ich die schwierigste Form. Und nach wie vor ist es für mich immer noch so ein bisschen ein Fragezeichen, wie gehen wir da mit dieser Gruppenarbeit weiter. Ähm, das so aufzubauen. Ja, wo wir einfach festgestellt haben, wenn wir sagen, Mittwoch nachmittags ist die Gruppe und wir haben jetzt noch nicht fünf Kinder einer Altersgruppe, ob wir die langsam aufbauen sollen und mit zwei oder drei Kindern anfangen, das sind einfach noch so Fragezeichen, wo, wir noch mehr Erfahrungen brauchen und gucken müssen, wie wir damit umgehen.

J.S.: Welche Fälle mit welchem Hintergrund bzw. welcher Motivation besuchten bislang die Sprechstunde?

Fr.B.: Na, wenn Sensibilität bei den Eltern vorhanden ist, geht es immer so darum: „Ich will nicht, dass meinen Kindern dasSelbe passiert.“ Das ist so ganz, ganz grob der Kontext. Ähm, oder: „Ich will lernen, mich anders zu verhalten, weil ich merke, das tut meinen Kindern nicht gut, aber ich kann das gar nicht.“ Das ist auch eine Äußerung, die ich von Müttern so kenne und das sind so, sag ich jetzt mal so, die Sachen, wo ich es auch unglaublich finde, was die da so an Selbstreflexion auch mitbringen. Das ist unheimlich schwer für Mütter, dann so eine Äußerung zu machen. Ähm, die andere Motivation ist, ähm, manchmal auch, dass die Angst haben, dass ihnen das Kind weggenommen wird. Also, wenn die kommen, sorgen sie ja quasi dafür, dass der Mindeststandard erhalten bleibt und das ist was, was ich auch immer etwas kritisch finde. Wo ich einfach dann auch sagen muss, also, wenn ich merke, dass so gewisse Sachen nicht gehen, dann können wir das nicht aufrecht erhalten.

J.S.: Es wird bisher deutlich, dass AURYN mit dem Jugendamt gut kooperiert. Gibt es aber trotzdem Probleme, Schwierigkeiten oder Unzufriedenheiten in dieser Kooperation?

Fr.B.: Also, dass wir feststellen neben einer guten Kooperation und einem Netzwerk gibt es auch Konkurrenz. Das ist immer so eine Frage, die wir immer auch in dieser Facharbeitsgemeinschaft diskutieren. Also, wenn wir uns über Statistik definieren und sie überhaupt führen, kommt es irgendwann soweit, dass wir vielleicht hören: „Ihr macht gar

nicht genug Fälle oder ihr macht weniger und wir machen mehr.“ Da hat es jetzt einmal auch eine kritische Anmerkung zu uns gegeben, mit der wir uns auseinander setzen müssen. Das ist eher so der unerfreuliche Teil. Ja, und dass ich so denke, ähm, das hab ich im Grunde auch schon erwähnt, ich will, dass das selbstverständlich wird, dass es eine Risikogruppe ist oder eine Gruppe, die unbedingt Beratung, Unterstützung und Förderung auch braucht. Ähm, ja, und dass ich da so einfach merke, da muss man noch eine Menge tun. Aber ich glaube, dass es einfach so ist, wenn etwas neu ist. Dass also es auch eine Weile braucht, um aufgebaut zu werden, wenn wir, wie ich auch sagte, vieles umgeworfen haben. Wo ich dachte: „Ach, das muss so und so laufen.“ Es läuft aber gar nicht so. Da sind wir auch noch sehr sehr flexibel, sag ich jetzt mal, um so uns so den Bedingungen und Gegebenheiten anzupassen.

J.S.: Seit wann gibt es die Gruppenarbeit in der Klinik?

Fr.B.: Seit November 2002.

J.S.: Seit wann gibt es die offene Gruppe?

Fr.B.: Ganz neu, also seit Juli 2003.

J.S.: Was für Probleme sehen sie bei der Umsetzung ihrer Konzeption?

Fr.B.: Ja, ein weiteres Problem ist die Finanzierung. Wir haben immer das Problem: „Können wir weiter bestehen?“ Ja, und da fließt natürlich ganz viel Zeit und Energie hin. Also, die Zeit reicht ja von vorne bis hinten nicht und dann müssen wir uns immer noch ganz, ganz viel Zeit damit befassen, diese Anträge zu stellen und gucken, können wir überhaupt weiter existieren. Inzwischen bin ich jetzt bald an der Stelle, dass ich Termine für Familien schon für den Herbst geben müsste. Ja, und das ich jetzt einfach denke, ich kann jetzt einfach noch gar nicht so weit gehen, da ich noch gar nicht weiß, was im Oktober ist. Also, wir wissen nicht, was dann weiter passieren wird, was die Arbeit und uns natürlich sehr belastet. Also immer wieder: „Wie kann man das finanzieren, was eigentlich wichtig, notwendig und auch gut ist?“ Aber wo wir immer noch auf ganz wackligen Beinen stehen.

J.S.: Welche weiteren positiven oder negativen Erfahrungen wurden in der

Gruppenarbeit gemacht?

Fr.B.: Positiv ist, dass den Kindern das auch Spaß macht. Die toben da wie die Wilden rum, haben Freude und empfinden das auch als sehr entlastend. Damit haben Kinder eh kein Problem, sag ich mal so. Also, einfach irgendwo zu sein und wenn sie dann dort auch sein dürfen, das zu machen, worauf sie Lust haben. Schwierig wird es dann, wenn es so an heikle Themen geht, wenn man auch mal so Fragen stellt. Die Kinder brauchen erst auch Vertrauen untereinander, damit sie sich zu einem gewissen Punkt öffnen können. Und da hab ich eben gemerkt, eine offene Gruppe mit Eltern und Kindern sollte auf der Ebene vielmehr immer erst mal was miteinander tun und Spaß haben. Und das, was uns noch vorschwebt, dass die Kinder auch noch voneinander profitieren. Das bräuchte viel mehr Vorarbeit. Ähm, also die Kinder müssten sich dazu drei bis viermal gesehen haben, um auch untereinander Vertrauen zu haben und so weit waren wir eigentlich noch gar nicht und ich glaube aber, dass das wichtig ist. Für viele sieht das vielleicht sehr oberflächlich, aus: „Das ist ja nur eine Bastel- und Tobegruppe.“ Aber das braucht es erst mal, um dass man dann überhaupt an Inhalte rangehen kann.

J.S.: Welche Erfahrungen gibt es bei den Gesprächen mit Lehrkräften bzw. Schulsozialarbeiter?

Fr.B.: Bisher gibt es wenig Erfahrungen. Wir haben uns den Schulsozialarbeiterkreis zu Beginn vorgestellt, also dass die von uns wissen. Der Kontakt ist eher über die Schulsozialarbeiter als über die Lehrkräfte. Aber das ist ganz schwierig. Bisher gibt es zwei Kontakte, die vermittelt wurden mit Schulverweigerern. Da geht es darum, gäbe es Zwischenformen, dass sie nur stundenweise kommen können oder kann der Lehrer ihnen Aufgaben geben, dass sie trotzdem im Schulstoff bleiben.

J.S.: Welche Erfahrungen gibt es bei den Projekttagen, wurde Sensibilisierung von Schüler und Lehrer festgestellt?

Fr.B.: Sensibilisierung fand noch zu wenig statt, es müsste vielmehr sein, finde ich.

J.S.: Wurden betroffene Kinder motiviert mit dem Verein in Kontakt zu treten ?

Fr.B.: Aus Schulkontakten ist so was noch gar nicht hervorgegangen. Doch, nur in einem Fall, aber das ist noch sehr wenig. Ja, das ist vielmehr aus den Gruppen in der Klinik hervorgegangen.

J.S.: Konnten Lehrer motiviert werden, mit dem Verein in Kontakt zu treten?

Fr.B.: Nein, bislang nicht, wie ich schon gesagt habe, wenn, dann die Schulsozialarbeiter. Lehrer sind zwar häufig mit Auffälligkeiten bei Schülern konfrontiert, kennen aber häufig gar nicht den familiären Hintergrund und setzen so auch nicht das Verhalten der Schüler in Bezug zu familiären Gegebenheiten und Krisen. Ein solches Gefühl hat man zumindest.

J.S.: Wurde die Hilfe in akuten Krisen in Anspruch genommen und war dabei wirklich eine unbürokratische und schnelle Hilfe möglich?

Fr.B.: Nein, eine schnelle und unbürokratische Hilfe war nicht möglich. Wir haben dabei auch zwei Konsequenzen erfahren. Was immer gut möglich war, war erstmal die Krise zu entschärfen, wo ich so merke, da hilft einfach der schnelle telefonische Kontakt schon. Eine Konsequenz, die wir daraus gezogen haben, ist, auch das, was anderes notwendig wäre. Darum unserer Wunsch, aufsuchende Arbeit zu machen, um dass so die Sozialpädagogin auch die Möglichkeit hat in die Familien zu gehen. Ansonsten, unbürokratisch ist es nie. Weil, wenn eine akute Krise besteht, die auch in eine Katastrophe oder in eine ernst zu nehmende Krise sich ergibt, dann gehen gar nicht schnelle Hilfen. Dann ist es eher wichtig zu gucken, was macht jetzt auf Dauer Sinn. Also, das Kind eben schnell in irgendein Heim zu stecken, find ich totalen Quatsch. Da sollte man gucken: „Ist das die Dauerlösung?“ Ja und dann auch eine passende Unterbringung für ein Kind zu suchen. Das hab ich am Anfang, glaub ich, auch anders beurteilt, was eine schnelle Krisenintervention bedeutet. Das heißt erstmal nur, jemanden mit seiner akuten emotionalen Situation aufzufangen und dann lieber in diesen beratenden Kontext eine passende Hilfe zu suchen.

J.S.: Würden sie die Kooperation mit den Kliniken als gut beurteilen?

Fr.B.: Noch zu wenig, würde ich sagen. Super klappt es mit der Parkklinik. Mit der Uni und mit Altscherbitz sind wir jetzt auch dabei, die Kooperation zu verbessern. Was gut klappt, dass viele einzelne Personen aus der Klinik sagen: „Hey, das ist prima, was ihr da macht.“

Ja, und uns so Leute vermitteln. Von daher ist sie schon viel besser als zum Beispiel mit Schulen oder manch anderen Institutionen, aber ich finde, es muss mehr noch laufen.

J.S.: Welche Grenzen des Projektes sind zu nennen?

Fr.B.: Finanzen und mit den Finanzen hängen auch unsere Stellen. Also das, was wir gerne alles tun würden, könnten wir auch drei und vier Leute sein. Also allein sowas wie die Kooperation, da ist einfach ein ganzer Tag weg. Wenn ich einen Tag weg bin, dann heißt das, ich hab fünf Beratungsgespräche nicht gemacht, ich hab keinen neuen Antrag für Geld angefangen. So was braucht zwei Wochen meiner Arbeitszeit und so weiter und so fort. Und wenn ich so dachte, in einem Jahr kriegen wir das alles schon auf die Beine gestellt, so und das erste Jahr ist jetzt um, und wir haben nen Bruchteil dessen realisiert. Ja, wo ich glaube, wir müssen uns drei oder vier Jahre Zeit geben, um das überhaupt hinzubringen, was so meine Anfangsvision war oder wir müssen uns personell so gut erweitern, dass dann einfach auch mehr gehen wird. Mit eins komma fünf Menschen kann man verdammt wenig nur machen. Und wir sind beide über das hinaus engagiert, was unsere Arbeitszeit eigentlich betrifft.

J.S.: Gibt es weitere Grenzen hinsichtlich der theoretischen Konzeption und den bisherigen Erfahrungen?

Fr.B.: Ja, das sind die Gruppenangebote, dass wir anfangs vielmehr anbieten wollten und dass das aber gar nicht zu realisieren ist aufgrund der Personalbesetzung. Ich glaub, es bringt auch nichts zu sagen, wir machen die und die Gruppe und dann ist niemand da, der das nutzt. Meine Idee ist jetzt einfach zu sagen, also inzwischen haben wir so viel Kinder, dass ich sage, mit den beiden mache ich jetzt erstmal was zusammen und gucke dann, dass sie Vertrauen zueinander bekommen. Ja, und dann nehm ich mal ein drittes dazu. Also Gruppenarbeit erstmal auf dem Wege aufzubauen.

J.S.: Welche Visionen gibt es noch?

Fr.B.: Ja, was ich schon sagte, diese Klinikprechzeit im Parkkrankenhaus aufzubauen und außerdem aufsuchende Arbeit zu machen. Ja, denn dies macht gerade aus sozialpädagogischer Sicht Sinn, in den familiären Kontext auch bei den Krisen zu gucken und dieser betreute Umgang. Das ist jetzt nichts Großartiges. Das ist auch Aufgabe der Jugendhilfe, aber die hat da auch zu wenig Kohle, und es gibt kaum eine Stelle in Leipzig,

die so was macht. Aber wir wollen den Kontakt zwischen den vorhandenen gesunde Elternteilen, den psychisch Kranken und den Kindern auch fördern in Betreuung. Ja und außerdem wollen wir eine Elterngruppe aufbauen, ähm, um denen zu zeigen, dass auch Erziehung trotz und mit psychischen Erkrankungen möglich ist. Ja, und wir wollen noch eine Gruppe erwachsener Kinder, denn sie müssen sich auch über ihre Erlebnisse austauschen, denn es gibt bisher keine Gruppen. Naja, und in ganz ferner Zukunft wollen wir noch ein Forschungsprojekt begleiten. Ja.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form weder veröffentlicht noch einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Breitenbrunn, 21.08.03 _____