

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fachbereich Sozialpädagogik

Kinder psychisch kranker Eltern

-

Leben zwischen Wahn und Normalität

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 10.04.2006

Vorgelegt von: Anette Wulf

Name, Vorname: Wulf, Anette

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Wolfgang R. Hantel- Quitmann

*DIE SEELE ERNÄHRT SICH VON DEM,
WORÜBER SIE SICH FREUT.*

(Alte Weisheit von Augustinus)

Inhalt

Vorwort	5
1. Einleitung	6
2. Störungsbilder der Eltern & Auswirkungen auf die Kinder	8
2.1. Schizophrenie	8
2.2. Affektive Störungen	9
2.2.1. Manie (unipolar)	10
2.2.2. Depression (unipolar)	11
2.2.3. Manisch- depressiv (bipolar)	12
2.3. Angst- und Panikstörungen	12
2.3.1. Generalisierte Angststörung	13
2.3.2. Phobien	14
2.3.3. Panikstörungen	16
2.4. Zwangsstörungen	17
3. Lebenswelten der Kinder psychisch kranker Eltern	18
3.1. Betroffene Kinder	18
3.2. Subjektives Erleben: Biographische Erfahrungen der Nadine E.	20
3.3. Qualitative Praxisforschung anhand eines Fragebogens: Sind die Kinder über die Erkrankung der Eltern informiert?	23
3.4. Auswertung und Zusammenfassung des Forschungsprojektes	26
4. Belastungs- und Schutzfaktoren	30
4.1. Was Kinder stärkt- was Kinder schwächt	30
4.2. High- risk (Risikogruppe)	31
4.3. Vulnerabilität	33
4.4. Schutzfaktoren und Resilienz	33
4.5. Coping- Strategien	35
5. Entwicklungsspezifische Auswirkungen	37
5.1. Bindungstheorie	37
5.2. Klassische Entwicklungstheorie	41
5.2.1. Orale Phase	42

5.2.2. Anale Phase	42
5.2.3. Phallische Phase	44
5.2.4. Latenzzeit und Pubertät	45
5.3. Entwicklungsbedürfnisse	46
6. Anlaufstellen und Hilfsinstitutionen in Hamburg	49
6.1. Pfiff e.V.	49
6.2. SeelenNot e.V. und Kinderprojekt Aurn	50
6.3. Wohnprojekt Margaretenhort & Kindergruppe Windlicht	52
6.4. Tagesklinik & Spezialambulanz	54
7. Kinder psychisch kranker Eltern – Kompendium	56
8. Fazit	57
9. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	59
10. Literaturverzeichnis	59
11. Weiterführende Literatur	64
12. Schriftliche Erklärung	65
Anhang	66

Vorwort

Im Rahmen meines Studiums an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg- Fachbereich Sozialpädagogik-, absolvierte ich ein eineinhalbjähriges Praktikum in einem sozialpsychiatrischen Dienst. Während dieser Zeit wurde ich erstmalig auf die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam. Der zentrale Blickwinkel lag immer bei der Betreuung des psychisch kranken Elternteils. Die Kinder wurden kaum beachtet oder nur dann, wenn sie selbst auffällig wurden. In diesem Fall wurde der jugendpsychiatrische Dienst eingeschaltet, der sich um die weitere Vorgehensweise kümmerte. Für Kinder, die nicht auffällig wurden, gab es keine Unterstützung. Dies lag wohl auch daran, dass es nur vereinzelt Projekte für Kinder psychisch kranker Eltern gibt und soziale Stellen in der Regel unterbesetzt sind und somit nicht genügend Zeit zur Verfügung steht. Der Mangel an Hilfsangeboten und der Bedarf der Kinder an Aufmerksamkeit veranlassten mich zum Verfassen der vorliegenden Diplomarbeit.

Ein besonderer Dank gilt den Kindern, die bereit waren, an einer Befragung teilzunehmen und natürlich deren psychisch kranken Eltern bzw. Sorgeberechtigten, die ihr Einverständnis zu der Befragung gaben.

Ein weiterer Dank gilt der interviewten Betroffenen, die den Mut aufbrachte, über ihre Kindheitserlebnisse zu sprechen.

Lesenhinweis:

Es wird im Allgemeinen von einer Erkrankung der Eltern bzw. des Elternteils gesprochen. Wird von der Erkrankung der Mutter gesprochen, ist auch spezifisch die Erkrankung der Mutter gemeint.

1. Einleitung

Die Erziehung eines Kindes ist keine leichte Aufgabe. Noch viel schwieriger wird diese, wenn Eltern psychisch krank sind.

Traumatische Milieuereignisse haben Einwirkungen auf die Charakterbildung des Kindes und erhöhen das Risiko, selbst psychisch zu erkranken.

Nicht nur die Eltern sind durch ihre psychische Erkrankung belastet sondern auch ihre Kinder. Sie müssen ihre Bedürfnisse oft zurückstecken; es kommt zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung.

Hilfe durch Psychiatrie oder sozialpädagogische Institutionen erfahren überwiegend die Eltern. Die Kinder bleiben außen vor, obwohl allein in Hamburg die Zahl der Kinder, mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil, bei 5000 liegt! Mit anderen Worten: „Jedes dreißigste Kind hat einen psychisch kranken Elternteil; beinahe eines pro Schulklasse“ (vgl. www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit-12360.html [Stand 10.03.06]).

Oft treten, aufgrund der psychischen Störung, soziale und familiäre Konflikte hinzu, die zusätzliche Belastungen darstellen. Trennung, Scheidung und Gewalt, ausgelöst durch emotionalen Stress und Überforderung, sind weitere Zusatzbelastungen. Es kommt oft zu Vernachlässigungen, die die Kinder in ihrer Entwicklung einschränken. Fachliche und professionelle Unterstützung sind selten und treten meist erst ein, wenn die Situation im Elternhaus bereits eskaliert ist.

Auch wenn es in den letzten Jahren einzelne Projekte gab und noch gibt, die sich direkt mit Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen, sind nur unzureichende Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten vorhanden, die den Handlungsbedarf nicht decken können. Weder in der Psychiatrie noch in der Sozialpädagogik werden betroffene Kinder als Zielgruppe ausreichend wahrgenommen.

In der vorliegenden Diplomarbeit wird auf die Lebenswelten der Kinder von psychisch erkrankten Eltern aufmerksam gemacht.

Zum besseren Verständnis der Situation der Kinder, werden folgend die häufigsten psychischen Störungsbilder der Eltern kurz dargestellt. Gleichzeitig wird aufgezeigt,

wie sich die Störungsbilder und das damit verbundene Verhalten auf die Kinder auswirken.

Eine Befragung von zwölf betroffenen Kindern und ein Interview mit einer Betroffenen, dokumentieren die Probleme, Wünsche und Erlebnisse der „kleinen Angehörigen“. Diese sollen beispielhaft für alle Kinder von psychisch kranken Eltern stehen. Die Befragung der Kinder fand zur direkten Zeit ihres Betroffenseins statt, was bei vorhandenen Studien kaum der Fall ist, da die meisten Interviews mit bereits erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern durchgeführt werden (vgl. Küchenhoff 2004, S. 109).

Nachfolgend wird die Frage bearbeitet, wie es Kindern möglich ist, trotz vorhandenen Belastungen, weitestgehend psychisch gesund zu bleiben. Hierzu werden Belastungs- und Schutzfaktoren dargestellt, die maßgeblich für die Entstehung oder Verhinderung einer psychischen Störung sind. Ergebnisse der High- risk- Forschung zeigen auf, welche psychischen Symptome sich bei den Kindern selbst entwickeln können. Es werden Coping- Strategien dargestellt, die zur Bewältigung von Belastungen eingesetzt werden.

Im Weiteren wird auf die Auswirkungen der elterlichen Erkrankung, auf die kindliche Entwicklung, im Hinblick auf die Bindungstheorie und der klassischen Entwicklungstheorie, eingegangen. Dies ist von besonderer Bedeutung, da Entwicklungsdefizite die Persönlichkeit eines Menschen prägen.

Anschließend werden beispielhafte Hilfsangebote in Hamburg aufgezeigt; die bundesweiten Hilfsangebote würden über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen. Im Anschluss folgt ein Kompendium psychisch kranker Eltern, um eine Übersicht der wichtigsten Erkenntnisse zu schaffen.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zu leisten, dass Kinder psychisch kranker Eltern Hilfe erfahren, bevor sie selbst psychisch auffällig werden.

Außerdem soll auf die Belastungen der Kinder und deren Folgen aufmerksam gemacht werden, damit diese nicht weiterhin als vergessene Zielgruppe existieren.

2. Störungsbilder der Eltern & Auswirkungen auf die Kinder

2.1. Schizophrenie

Die Schizophrenie wird zu der Hauptgruppe der endogenen Psychosen¹ gezählt. Es kommt zu Symptomen mit Wahn, Halluzinationen, Ich- Störungen, formalen Denkstörungen und Affektstörungen.

Auch psychomotorische Störungen können auftreten (vgl. Möller 1996, S.127).

Menschen mit Schizophrenie erscheinen der Außenwelt meist als verrückt, da sie Dinge tun, die für Außenstehende merkwürdig erscheinen. Doch „Menschliches Verhalten ist nicht deshalb schizophren, weil es merkwürdig, unverständlich, bizarr, unberechenbar, gewalttätig oder widersinnig erscheint“ (Finzen 1993, S. 34).

Schizophren meint vielmehr, dass das Verhalten für den Erkrankten einen Sinn hat. Halluzinationen und Wahn werden nicht als unreal sondern als wirklich wahrgenommen. Das Geschehene, Gehörte und Gefühlte sind Wirklichkeiten des Erkrankten. Wenn ein Mensch mit Schizophrenie sich, scheinbar ohne Grund, ängstlich in eine Ecke kauert oder schreiend davon läuft, mag es unverständlich oder verrückt erscheinen. Doch dieser Mensch hat möglicherweise etwas Angsteinflößendes gesehen, was für ihn Wirklichkeit ist.

Auf die Kinder psychisch kranker Eltern wirken solche Verhaltensweisen beängstigend. Sie verstehen nicht, warum die Mutter sich so verhält oder diese mit jemanden spricht, obwohl niemand im Raum ist.

Wie soll ein Kind verstehen, warum der erkrankte Elternteil sich immer weiter zurückzieht und kaum noch Interesse für das eigene Kind zeigt? „Dieses zumeist nicht begreifbare Fremdwerden eines Elternteils stellt für die Kinder eine bedrückende, verwirrende Belastung dar“ (Küchenhoff 2004, S. 110). Wenn Kinder in das Wahnsystem des Erkrankten einbezogen werden, ist dies für die Kinder besonders belastend. Je mehr das Kind in das Wahnsystem einbezogen wird, desto höher ist die Gefährdung des Wohls des Kindes (vgl. Wagenblaus 2001 a, S. 4 f.).

¹ Seelische Erkrankung, bei der biologische Anlagefaktoren eine relevante Bedeutung haben

Menschen mit Schizophrenien fallen meist auch durch äußerliche Veränderungen auf. Sie haben ein distanzloses oder enthemmtes Auftreten, die Bewegungen können steif, starr oder ruckartig sein. Schizophrene Menschen fallen nicht selten durch ihr äußeres Erscheinungsbild auf. Die Kleidung und das Make-up sind auffällig bis theatralisch. Auch die Sprache kann abstrakt sein. So kann es zu Wortneubildungen, Wortwiederholungen oder Satzabbruchungen kommen. Die Symptome sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich und können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Eine Vielzahl der Patienten erlebt ihre Erkrankung in akuten Phasen oder Schüben. Schizophrenien können einmalig oder chronisch sein. Etwa ein Drittel der Erkrankten gehen geheilt aus einer Schizophrenie, bei etwa zwei Drittel kommt es zu Rückfällen (vgl. Finzen 1993, S. 123).

2.2. Affektive Störungen

Affektive Störungen sind gekennzeichnet durch krankhafte Veränderungen der Stimmung und gehören zu der Gruppe der endogenen Psychosen. Zu den affektiven Störungen zählt die Depression, die am häufigsten auftritt, die manisch-depressive Erkrankung und die reine Manie, die aber eher selten vorkommt (vgl. Laux 1996, S. 62 f.).

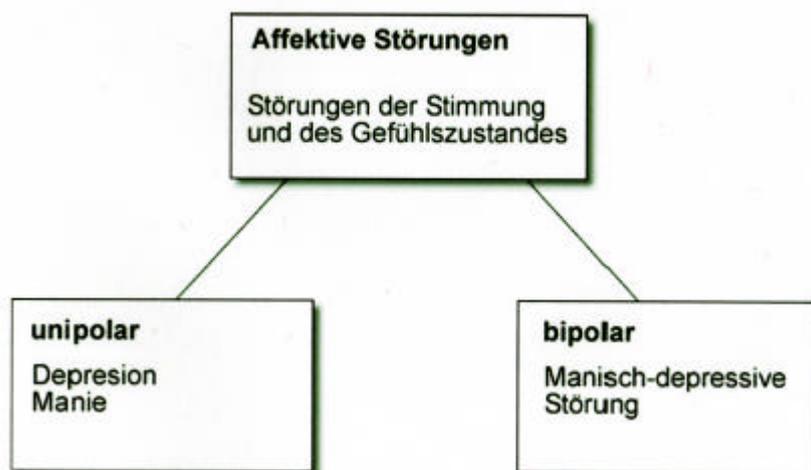


Abb. 1: Affektive Störungen (entnommen aus Schone/ Wagenblaus 2002, S.34)

2.2.1. Manie (unipolar)

Eine Manie ist gekennzeichnet durch eine übermäßige gehobene oder gereizte Stimmung (vgl. Dilling u.a. 1999, S. 132 ff.).

Bei Betroffenen ist die körperliche und psychische Aktivität erheblich gesteigert. Zu den weiteren Symptomen gehören Rededrang, Ideenflucht, Selbstüberschätzung, Ablenkbarkeit, motorische Unruhe, Euphorie, gemindertem Schlafbedürfnis, Distanzlosigkeit und Enthemmung. Die Selbstüberschätzung und Ideenflucht kann sich bis zum Größenwahn steigern. Nicht selten entstehen bei den Betroffenen Schulden, weil sie übermäßig viel Geld ausgeben, um alle ihre Ideen zu verwirklichen.

Menschen mit einer Manie fühlen sich nicht krank, sie fühlen sich stark und voller Elan. Ständig beginnen sie neue Aktivitäten, die meist nicht zu Ende geführt werden, weil es bereits wieder neue Ideen gibt.

Für Kinder manisch kranker Eltern ist es schwierig zu verstehen, warum ständig neue Aktivitäten angefangen und nicht beendet werden. Es gibt kaum noch Regeln, alles ist erlaubt. Die Kinder werden dadurch verwirrt; sie wissen nicht, was sie dürfen und was nicht. Das Verhalten des manisch kranken Elternteils überfordert auch die Kinder. Oft gefährdet der erkrankte Elternteil nicht nur sich sondern auch das Kind (vgl. Pretis/ Dimova 2004, S. 107). Diese Fremdgefährdung des Kindes ist überwiegend unbewusst. Eltern vergessen in ihrer Hektik, dem Kind essen zu bereiten oder sind stundenlang mit dem Kind in unangemessener Kleidung unterwegs. Für Eltern und Kind ist ein normales Leben kaum noch möglich, die Alltagsstrukturen chaotisch.

Kommt es zur Eigen- und/ oder Fremdgefährdung - ausgelöst durch fehlende Realitätseinschätzung - ist in den meisten Fällen eine Zwangseinweisung nötig, um die Sicherheit des Betroffenen oder Anderer zu gewährleisten.

2.2.2. Depression (unipolar)

Die Depression² ist das häufigste Krankheitsbild bei den affektiven Störungen (vgl. Laux 1996, S. 58 ff). Depressionen können von unterschiedlicher Intensität sein. Hauptsymptome sind traurige Verstimmung, Hemmung von Antrieb und Denken sowie Schlafstörungen. Weitere Symptome sind Interessenverlust an Freunden und Aktivitäten, Müdigkeit, Appetitmangel, Konzentrationsschwäche, Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken. Rund 15 Prozent der Betroffenen nehmen sich das Leben (vgl. ebd., S. 68).

Oft stehen belastende Lebensereignisse oder Krisen im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Depression (vgl. ebd., S. 66). Menschen mit Depressionen fühlen sich leer und vermeiden zunehmend soziale Kontakte.

Angehörige können helfen aus der Isolation zu kommen und Alltagsstrukturen aufrecht zu erhalten bzw. wieder aufzubauen. Ein stabiles Umfeld dient als Unterstützung, um aus der Krise heraus zu kommen (vgl. Faszination Seele II/2003, S.6).

Auch wenn Eltern versuchen, ihre Depression zu verbergen, spüren die Kinder die Traurigkeit. Das Kind kann die leise Stimme und langsamen Bewegungen des erkrankten Elternteils vernehmen. Es kann nicht verstehen, warum die Mutter oder der Vater den ganzen Tag schläft und nicht mit ihm spielt. Kinder Depressiver müssen oft für sich spielen (vgl. Schone/ Wagenblass 2002, S.20). Die Kinder leiden unter Schuldgefühlen und Ängsten. Sie befürchten, die Mutter oder der Vater könnte ernsthaft krank sein oder sogar sterben. Bei schweren Depressionen übernehmen die Kinder viele Arbeiten im Haushalt oder sie tragen für sich selber Sorge. Es wird dann von Parentifizierung gesprochen, d.h. die Kinder fühlen sich für den erkrankten Elternteil verantwortlich und übernehmen dessen elterlichen Aufgaben (vgl. Fischer/ Gerster 2005, S. 165). Die Kinder führen manchmal den kompletten Haushalt, sie kaufen ein, kochen, putzen und versorgen sogar Geschwisterkinder. Dabei beweisen sie enormes Organisationstalent, sind aber mit der übernommenen Aufgabe gänzlich überfordert.

² Ausführliche Information über Depression in der Broschüre: „Es ist als ob die Seele unwohl wäre...“
Hg: BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung), Referat Öffentlichkeitsarbeit, 53170 Bonn

2.2.3. Manisch- depressiv (bipolar)

Bei der manisch- depressiven Erkrankung handelt es sich um eine bipolare affektive Störung (vgl. Dilling u.a. 1999, S. 135 ff). Von einer solchen Störung spricht man, wenn manische und depressive Episoden sich wechselhaft ablösen. Die Häufigkeit des Wechsels zwischen Manie und Depression kann variieren. In der Regel dauert die depressive Phase länger als die manische.

Der periodische Stimmungswechsel ist besonders für das Kind schwer zu verstehen. Es muss sich immer wieder neu auf die Stimmung der Mutter oder des Vaters einstellen. Die wechselnde Gemütslage der Mutter wirkt auf das Kind verunsichernd und ängstigend, wodurch die Bindung des Kindes zur Mutter gestört wird. Durch die Stimmungsschwankungen wirkt die Mutter unglaubwürdig und unzuverlässig. Mal ist die Mutter mit dem Kind den ganzen Tag unterwegs und ist fröhlich, mal liegt die Mutter den ganzen Tag im Bett und reagiert nicht auf die Bedürfnisse des Kindes. Gerade in depressiven Phasen denken Kinder, dass sie etwas falsche gemacht hätten und Schuld am Zustand des depressiven Elternteils sind (vgl. Schone/ Wagenblass 2002, S. 16).

2.3. Angst- und Panikstörungen

Rund 25 Prozent der Gesamtbevölkerung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Angststörung. Bei den Deutschen beträgt die Zahl etwa 15 Prozent (www.panikattacken.at/angststoerung/angst.htm [Stand 30.01.2006]). Davon weisen ca. 10 Prozent eine behandlungsbedürftige Störung auf.

Die Betroffenen leiden unter seelischen Beschwerden, die von körperlichen Symptomen begleitet werden. Grundsätzlich ist Angst eine „natürliche Disposition des Menschen“ (Hoffmann/Hochapfel 1999, S. 93). Angst (Realangst) dient als Alarmfunktion auf eine gefährliche Situation. Krankhafte Angst dagegen ist, der

angstbezogenen Situation gegenüber, unangemessen oder übertrieben. Wenn die Angst zu keinem Verhältnis zu dem Auslöser steht oder chronisch ist, ist diese als krankhaft anzusehen. Unter dem Begriff Angststörungen werden Phobien, Panikstörungen und die generalisierte Angststörung zusammengefasst.

2.3.1. Generalisierte Angststörung

Die generalisierte Angststörung; damals Angstneurose genannt; wurde erstmals 1895 von Sigmund Freud³ beschrieben. Eine solche Störung dauert mindesten sechs Monate und kann im Extremfall Jahrzehnte andauern. Die Ängste werden nicht durch eine Situation, Person oder Gegenstand ausgelöst, vielmehr besteht eine Angst „vor allem und jedem“ (Hoffmann/ Hochapfel 1999, S. 101).

Die folgenden Symptome (vgl. Morschizky 2004, S. 66 ff) sind nahezu täglich vorhanden:

1. *Befürchtungen*: Es hält eine Sorge und Angst über zukünftiges Unglück an, insbesondere über das Wohlergehen der Familie
2. *Motorische Spannung*: Menschen mit einer generalisierten Angststörung leiden unter körperlicher Unruhe, Zittern und Spannungskopfschmerz. Hinzu kommt die Unfähigkeit, sich zu entspannen; es ist eine gesteigerte motorische Aktivität vorhanden.
3. *Vegetative Übererregbarkeit*: Durch die ständige Angst und Anspannung entstehen folgende Symptome: Schwindel, Herzrasen, Schwitzen, Mundtrockenheit, Hitzewallungen, Übelkeit, Beschwerden im Magen- Darm-Trakt, Einschlafstörungen etc.

Als Folgezustand der Symptomatik kommt es häufig zu Depressionen.

Medikamenten- und/ oder Alkoholmissbrauch, um Ängste zu „unterdrücken“ sind nicht selten.

³ Österreichischer Mediziner und Psychoanalytiker 1856- 1939; Begründer der Psychoanalyse

Kinder sind immer durch die Angst der Mutter betroffen, egal ob diese real oder krankhaft ist. Gerade bei der generalisierten Angststörung fällt es Kindern schwer, die Angst der Mutter nachzuvollziehen, da es keinen erkennbaren Auslöser gibt. Ängste der Mutter können sich auf das Kind übertragen. Daraus kann eine ängstliche Persönlichkeit resultieren. Mütter mit einer generalisierten Angststörung sind übertrieben besorgt um ihr Kind. Sie treffen überzogen viele Sicherheitsvorkehrungen, die das Kind oftmals einengen. Zum Beispiel darf das Kind nicht auf Bäume klettern oder wild herumrennen, aus Angst, es könnte etwas passieren. Übermäßig viele Vorsichtsmaßnahmen und Verbote können dazu führen, dass das Kind sich selbst nichts mehr zutraut und im Kindergarten oder in der Schule als „Angsthase“ beschimpft wird. Geringes Selbstvertrauen und ein instabiles Selbstwertgefühl können sich herausbilden.

Oft isolieren sich Betroffene. Aus Angst vor der Angst verlassen sie kaum noch das Haus. Davon betroffen sind besonders kleinere Kinder, da sie durch die Isolation der gestörten Eltern selbst von der Außenwelt isoliert werden.

2.3.2. Phobien

Als Phobien (vgl. Hoffmann/Hochapfel 1999, S. 106) werden Neurosen⁴ bezeichnet, welche Ängste beinhalten, die an einen Gegenstand oder eine Situation gebunden sind. Phobien entstehen durch einen äußeren Reiz. Die Angst ist begrenzt auf die angstausslösende Situation bzw. den angstausslösenden Gegenstand. Die Ängste sind unangemessen stark und in Bezug auf den Angstauslöser unrealistisch. Unter dem Begriff „Phobische Störung“ werden im ICD-10⁵ drei Arten von Phobien angeführt:

1. *Agoraphobie*: Die Angst vor öffentlichen Orten (Kaufhaus, öffentliche Verkehrsmittel, Kino etc.), Menschenansammlungen (Wochenmarkt, Konzert etc.) und allein auf Reisen zu sein, zeichnet die Agoraphobie aus. Starke und

⁴ Seelische Erkrankung ohne erkennbarer organische Ursache

⁵ Das ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation von Krankheiten. Als ICD-10 wird die aktuellste Ausgabe bezeichnet.

anhaltende Furcht; begleitet von körperlichen Symptomen; ist das Hauptmerkmal der Störung. Tritt eine Situation ein, die für den Agoraphobiker angstaussendend ist, kann es zu Herzrasen, Schweißausbrüche, Zittern, Hitzewallungen, Atembeschwerden, Übelkeit, Schwindel u.ä. kommen. Meist tritt die Angst zu sterben hinzu, die durch körperliche Symptome ausgelöst wird. Eine Agoraphobie kann mit oder ohne Panikattacken (s. 2.3.3.) auftreten.

2. *Soziale Phobie*: Menschen mit einer sozialen Phobie haben Angst vor kritischer Beurteilung durch andere. Es bestehen unangemessene Ängste in der Öffentlichkeit zu essen oder zu reden. Angst vor Scham oder im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, ist oft der Anlass zu sozialen Rückzug und Vermeidungsverhalten. Durch Angstsymptome wie Erröten, Zittern der Hände oder Stimme, Schweißausbrüche und Harndrang resultiert eine emotionale Belastung.
3. *Spezifische Phobien*: Ausgelöst werden spezifische Phobien durch bestimmte Gegenstände oder Situationen. Die Ängste sind unangemessen stark und unbegründet. Spezifische Phobien beinhalten u. a. Angst vorm Fliegen oder vor Höhe und Autofahren. Wird die Situation verlassen bzw. der Gegenstand entfernt, lässt auch die Angst wieder nach. Das soziale Leben wird nur geringfügig eingeschränkt, da sich bestimmte angstaussendende Situationen vermeiden lassen.

Die Phobie der Eltern wird oft von den Kindern übernommen. Eltern dienen als Vorbilder; das Verhalten wird von den Kindern nachgeahmt. Besonders bei Tierphobien ist zu beachten, dass Kinder deren Eltern eine Tierphobie haben, selbst später eine solche Phobie entwickeln. Nur allzu verständlich, wenn die Mutter ständig aufspringt und schreit, wenn sie eine Spinne oder Käfer sieht, dass das Kind die Angst der Mutter übernimmt. Wenn die Mutter Angst hat, hat auch das Kind Angst. Demzufolge erklärt sich, warum Tierphobien bereits im Kindesalter beginnen. Kinder können nicht lernen, die Gefahr von bestimmten Objekten angemessen einzuschätzen, wenn die Eltern dem Objekt gegenüber unangemessen reagieren.

Besonders schwierig haben es Kinder mit einem agoraphobischen Elternteil. Durch das elterliche Vermeidungsverhalten bestimmter Orte, sind auch sie betroffen. So zum Beispiel bleibt es Kindern oft aus, den richtigen Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erlernen, da diese vom Elternteil gemieden werden.

2.3.3. Panikstörung

Eine Panikstörung (vgl. Morschitzky 2004, S. 42 ff) zeichnet sich durch wiederholte Panikattacken, die innerhalb eines Monats mehrfach auftreten, aus. Eine Panikattacke- sie dauert zwischen 5 und 30 Minuten- ist unvorhersehbar. Ein plötzliches und spontanes Eintreten einer Panikattacke ist typisch.

Panikattacken sind weder mit einer bestimmten Situation noch mit einem bestimmten Gegenstand verbunden. Es tritt intensive Angst ein. Hinzu kommen körperliche und psychische Symptome: Herzrasen, Erstickungsgefühle, Schwindel, Benommenheit, Ohnmachtsgefühle, Stiche im Brustbereich und Angst zu sterben. Nach einer Panikattacke kommt es häufig zu der Angst, erneut eine Panikattacke zu erleiden. Diese Angst vor der Angst führt dazu, dass Betroffene auf kleinste körperliche Anzeichen reagieren und sich selbst in eine Panikattacke hineinsteigern.

Es kommt zu erheblichen Lebenseinschränkungen, da Menschen mit Panikstörungen es vermeiden das Haus zu verlassen. Sie befürchten, dass in fremder Umgebung eine Panikattacke auftreten könnte. Nicht selten wird eine Art „Selbstmedikation“ mit Beruhigungsmitteln oder Alkohol versucht, was schnell zur Abhängigkeit führen kann.

Auf Kinder wirken Panikattacken der Eltern extrem ängstigend. Sie befürchten, der Elternteil könnte sterben. Da eine Panikattacke unerwartet eintritt, hat das Kind keine Möglichkeit, sich auf die Situation vorzubereiten. Es gibt keinen ersichtlichen Grund, warum die Mutter oder der Vater plötzlich in Panik gerät, was bei dem Kind zur Verunsicherung führt.

2.4. Zwangsstörungen

Zwangsstörungen umfassen Zwangsphänomene, die sich einteilen in Zwangsgedanken, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen (vgl. Deister 1996, S.119 ff).

Zwangsgedanken: Im Mittelpunkt stehen Gedanken, die sich zwanghaft wiederholen. Der Betroffene empfindet diese Gedanken als unsinnig, dennoch lassen sie sich nicht unterdrücken. Zu den Zwangsgedanken zählt z.B. der immer wiederkehrende Gedanke an Verschmutzung oder gesundheitliche Schäden. Die Denkinhalte können den ganzen Alltag bestimmen. Oft sind Betroffene nicht in der Lage, ihren Beruf weiter auszuführen.

Zwangsimpulse: Es drängen sich Impulse auf, eine Handlung zu begehen. Betroffene haben Angst, sie könnten diese Impulse tatsächlich ausführen; in der Regel bleibt es aber bei dem Gedanken. Sich aufdrängende Zwangsimpulse können der Gedanke einen anderen zu verletzen oder zu töten sein.

Zwangshandlungen: Handlungen werden gegen den Willen wiederholt ausgeführt. Zwangshandlungen bilden eine Art Ritual und lassen sich nicht unterdrücken. Der Drang, die Handlung auszuführen ist stärker als die Vernunft. Die Handlung wird mehrmals hintereinander wiederholt und bestimmt den Alltag. Ein normales Leben ist kaum möglich. Die häufigste Zwangshandlung ist der Kontrollzwang; ein und dieselbe Sache wird ständig kontrolliert (z.B. ob der Herd ausgeschaltet ist, das Portemonnaie noch in der Tasche ist etc.). Weitere Zwangshandlungen sind der Waschzwang, Zählzwang, Sammelzwang, Ordnungszwang usw..

Bestimmte zwangsähnliche Symptome sind fast jedem gesunden Menschen schon begegnet. Krankhaft wird Zwang erst dann, wenn sich der Alltag nach den Zwängen richtet, von denen man nicht ablassen kann. Ein gesunder Mensch zum Beispiel kontrolliert, wenn überhaupt, einmal ob die Haustür abgeschlossen ist. Ein

zwangskranker Mensch kontrolliert die Haustür fünf bis sechs Mal oder öfters. Obwohl er genau weiß, dass die Haustür verschlossen ist, bleibt er unsicher und muss den Drang zu kontrollieren stets wiederholen.

Kinder von zwangskranken Eltern erleben deren Verhaltensweisen als unsinnig. Sie begreifen nicht, warum eine Handlung ständig wiederholt wird. Oft werden Kinder auch in die Zwangshandlungen der Eltern einbezogen. Leidet ein Elternteil unter Sauberkeitszwang, muss sich auch das Kind ständig die Hände waschen oder sich umziehen. Der Alltag richtet sich nach dem Zwang. Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken stehen im Vordergrund und nehmen viel Zeit in Anspruch. Es bleibt weniger Zeit für die Kinder. Der andauernde Druck des erkrankten Elternteils Zwänge auszuführen, führt zu einer gereizten Stimmung. Häufig wird mit dem Kind öfters geschimpft als vor der Erkrankung, weil die Mutter oder der Vater unter ständiger Anspannung steht und keine Geduld aufbringen kann. Manchmal wirken Zwangshandlungen und die gereizte Stimmung auf das Kind ängstigend. Es denkt, dass es etwas falsch gemacht hat und man auf ihn böse ist.

3. Lebenswelten der Kinder psychisch kranker Eltern

3.1. Betroffene Kinder

Die Kinder psychisch kranker Eltern sind in der heutigen Erwachsenenpsychiatrie noch immer eine Randgruppe. Obwohl die Zahl der betroffenen Kinder nach Angaben des Psychologen Fritz Mattejat⁶ bei ca. 500.000 in der Bundesrepublik Deutschland liegt (vgl. Löll, 2005, S.93). Die Dunkelziffer dürfte Wohl höher liegen,

⁶ Dr. Phil. Fritz Mattejat, Diplom- Psychologe und Leiter der Familienambulanz an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes - und Jugendalters an der Philipps - Universität Marburg. Einer seiner Schwerpunkte ist die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern.

wenn man bedenkt, wie viele psychisch kranke Eltern nicht in Behandlung sind und deren Kinder nicht erfasst werden können!

Erst im Jahr 1996 wurde auf die Kinder psychisch kranker Eltern öffentlich aufmerksam gemacht. Auf dem Kongress „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“⁷ wurde auf die Bedürfnisse und Lebenssituationen dieser Kinder eingegangen.

Nicht nur der erkrankte Elternteil ist von seiner psychischen Erkrankung betroffen sondern auch die Kinder, die mit der Krankheit überfordert sind.

Bei den Kindern entstehen unmittelbare Probleme wie Desorientierung, Schuldgefühle und Isolierung (vgl. Mattejat 2004, S. 72).

Betroffene Kinder haben Angst, weil sie das Verhalten des psychisch kranken Elternteils nicht verstehen. Sie geben sich die Schuld an der Erkrankung der Mutter oder des Vaters und fühlen sich allein gelassen, da niemand mit ihnen über die psychische Störung spricht und keine Hilfe zur Verfügung steht.

Ein weiteres Problem ist die Identifikation. „Kinder identifizieren sich immer mit ihren Eltern, egal wie diese sind und was sie ihnen vorleben“ (Hantel-Quitmann 1997, S. 164). Für die Entwicklung eines Kindes ist die Identifikation mit den Eltern wichtig. Sind Eltern psychisch krank, grenzt sich das Kind von der Identifikation mit den Eltern ab, um seine eigene Identität zu entwickeln (vgl. ebd., S.164).

Lange werden die Probleme der Kinder nicht erkannt und entsprechend therapiert. Dies liegt zumeist an der „unauffälligen Auffälligkeit“ (Pretis/Dimova 2004, S. 21 f).

Die Kinder sind ruhig, zurückgezogen und ``unauffällig``. Dennoch stammen Kinder mit psychischen Problemen, die Kontakt zu therapeutischen Institutionen haben, aus Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist (vgl. Wagenblass 2001 b, S. 514). Und „[...] rund ein Drittel der Kinder, die sich in stationärer Kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden, haben einen psychisch kranken, [...] Elternteil“ (Remschmidt/ Mattejat 1994, S. 15).

Es lässt sich somit feststellen, dass Kinder psychisch kranker Eltern erst Hilfe erfahren, wenn sie bereits psychisch auffällig geworden sind. Sinnvoll wäre es sicherlich, den Hilfebedarf der Kinder, die nach Außen hin ``unauffällig`` wirken ernst zu nehmen. Es ist wichtig, bereits mit therapeutischen Angeboten einzugreifen, um eine sich später entwickelnde psychische Auffälligkeit zu verhindern oder zumindest

⁷ Veranstaltet vom Dachverband psychosozialer Hilfevereinigungen und dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker

zu mildern. „Doch während Eltern kranker Kinder zahlreiche Therapie- und Beratungsangebote vorfinden, sind die Kinder kranker Eltern meist auf sich selbst gestellt. Nur wenige Vereine oder Projekte sind entstanden, die sich als Anlaufstellen für den notleidenden Nachwuchs verstehen, Verständnis und Betreuung bieten. In der Regel wissen nicht einmal Menschen in der unmittelbaren Umgebung, Verwandte oder Freunde, welches Leid die psychische Erkrankung eines Elternteils auch für die Kinder bedeutet. Die meisten müssen mit dieser Seelenqual allein fertig werden“ (Töll 2005, S. 93).

3.2. Subjektives Erleben: Biographische Erfahrungen der Nadine E.

Um einen konkreten Einblick in die Lebenswelten der betroffenen Kinder zu erhalten, wurde ein Interview mit einer Betroffenen geführt.

Das Interview wurde als narratives Interview (vgl. Mayring 2002, S. 72 f) durchgeführt. Bei dieser Methode wird der Interviewpartner zum freien Erzählen animiert. Der Interviewer bleibt Zuhörer. Er signalisiert sein Interesse durch zunicken oder durch kurze verbale Äußerungen (ah ja, ach so...). Das narrative Interview führt zu subjektiven Bedeutungsstrukturen, die es durch freies Erzählen und nicht durch „Abfragen“ zu erlangen gilt. Bei dem folgenden biographischen Erlebnissen eines Kindes einer psychisch kranken Mutter, handelt es sich um subjektive Erlebnisse, weshalb die narrative Technik des Interviews sinnvoll ist.

Die Lebensereignisse der Interviewten sollen stellvertretend für alle Kinder psychisch Kranker stehen, auch wenn diese individuell zu betrachten sind.

Die heute 18 jährige Nadine E.⁸ floh vor knapp zwei Jahren im Alter von 16 Jahren, aus der Wohnung ihrer Mutter Gerda E.⁹. Damals erhielt sie vom zuständigen Jugendamt die Erlaubnis allein zu wohnen, obwohl sie noch minderjährig war.

⁸ Der Name wurde datenschutzrechtlich verändert

⁹ Der Name wurde datenschutzrechtlich verändert

Als Nadine vier Jahre alt war, brach die Krankheit der Mutter - Schizophrenie – aus. „Ich erinnere mich noch genau an den Tag, an dem meine Mutter plötzlich im Kindergarten auftauchte. Ich sollte mich ganz schnell anziehen und sie sagte ständig: „Beeil’ dich, sie kommen uns holen.“ Ich wusste gar nicht, was meine Mutter damit meinte! – Sie -“.

Am nächsten Tag war Nadine nicht im Kindergarten und auch nicht an den folgenden. Die Erzieherinnen aus Nadines Gruppe, die das Verhalten der Mutter mitbekommen hatten, versuchten Frau E. telefonisch zu erreichen. Sie erhielten aber keinen Anschluss, da Frau E. den Stecker des Telefons aus der Leitung gezogen hatte. Die Erzieherinnen machten sich Sorgen und alarmierten die Polizei. Als die Beamten bei Frau E. klingelten, öffnete sie ihnen die Tür; mit einem Kochtopf auf dem Kopf. In der Wohnung bot sich den Beamten ein noch merkwürdigeres Bild: Die Fenster waren mit Decken abgehängt und überall hingen mit Alufolie umwickelte Kleiderbügel aus Draht von der Decke. Später erklärte Frau E., dass durch den Kochtopf die Signale des Implantates in ihrem Kopf abgeschwächt würden und die Bügel die Funkwellen von ``denen`` unterbrechen würden.

Im Kinderzimmer entdeckten die Polizisten ein verängstigtes kleines Mädchen – Nadine-. Die Beamten verständigten sofort das Jugendamt. Nadine kam in eine Pflegefamilie, Frau E. auf die psychiatrische Station eines Krankenhauses. In der Klinik berichtete Frau E. von einer ``geheimen Nation`` ausspioniert zu werden. Diese ``geheime Nation`` würde mit Außerirdischen zusammenarbeiten. Von ``denen`` hätte sie auch ein Implantat im Kopf. Der Grund dafür läge darin, dass ``die`` hinter ihrer Tochter her wären. Nadine sei auserwählt, bei den Außerirdischen auf einen fremden Planeten zu wohnen. Weiter berichtet sie, dass sie Vorsichtsmaßnahmen- der Kochtopf und die Bügel - getroffen hätte, um zu verhindern, dass ``die`` sie ausspionieren.

Die Ärzte stellten die Diagnose „Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis mit Wahnvorstellungen“.

Nach acht Wochen Klinikaufenthalt wurde Frau E. nach Hause entlassen. In der Klinik wurde sie auf ein Medikament- Haloperidol, ein Neuroleptikum - eingestellt, welches sie zu Hause weiter nehmen musste. Nadines Mutter durfte ihre Tochter wöchentlich an einem neutralen Ort, in Begleitung der Pflegemutter, treffen. Etwa

sechs Monate später kam, die inzwischen 5 jährige, Nadine nach hause zurück. „Meine Mutter hatte nun einen Freund- ich glaub Jochen hieß der- den sie ihren Beschützer nannte. Ich verstand mich ganz gut mit ihm, aber nach- ich denke das waren nicht ganz zwei Jahre- hat er meine Mutter -und damit auch mich- verlassen. Er sagte mir, dass er die Macken von meiner Mutter satt hätte. Und von da an war alles wieder anders“. Frau E. setzte ihre Medikamente ab, die Wahnvorstellungen kamen wieder! „Meine Mutter machte mir kein Mittagessen mehr und abends bekam ich nur einen Apfel. In der Schule gaben meine Klassenkameraden mir von ihren Schulbrotten was ab, das war mir so peinlich, ich hab immer gesagt, dass ich meins zu hause vergessen hätte. Und nach der Schule ging ich immer zu meiner Pflegefamilie. Eigentlich waren die offiziell gar nicht mehr meine Pflegeeltern, aber ich bin trotzdem jeden Tag dort gewesen, als ob ich da wohnen würde. Ich hab dort gegessen, Hausaufgaben gemacht und danach ging ich immer zum Bolzplatz Fußball spielen. Nach hause ging ich nur noch zum Schlafen. Ganz oft musste ich mich im Schrank verstecken, damit `die` mich nicht holen würden. Oft verbrachte ich die halbe Nacht dort. Anfangs, da hatte ich wirklich Angst, dass mich irgendwie Außerirdische holen würden. Ich hab das auch nicht meinen Pflegeeltern erzählt, ich dachte, die würden mich ausschimpfen. Aber als ich älter war, so mit 12, da war mir klar, dass meine Mutter sich das nur ausdachte. Ich versteckte mich zwar trotzdem im Schrank, aber nur, um meiner Mutter einen Gefallen zu tun und um zu vermeiden, dass sie ausflippte. Ich hatte eine Taschenlampe und ein Buch dort versteckt und las halt solange, bis sie mich wieder raus holte.“

Mehrere Jahre vergingen. Nadine war die meiste Zeit bei ihren Pflegeeltern, die sie als Familie ansah und kehrte nur zum Schlafengehen bei ihrer Mutter ein. In der Schule erzählte sie niemanden, dass ihre Mutter „verrückt“ sei. „Die hätten mich nur ausgelacht, deine Mutter is'n Psycho oder so“, erklärt Nadine. Sie pendelte zwischen Pflegefamilie und Mutter hin und her und alles lief seinen Weg.

Doch als Nadine 16 war, hatte ihre Mutter eine akute Krankheitsphase. Nadine wurde von ihrer Mutter Gerda mit einem Messer bedroht. „Sie hat behauptet, ich wäre nicht ihre Tochter sondern ein Außerirdischer, der meine Gestalt angenommen hätte, um sie zu täuschen. Sie hätte mich fast mit dem Messer erwischt. Ich hatte Todesangst und rannte sofort aus dem Haus und zu meinen Pflegeeltern.“

Diese verständigten sofort die Polizei. Frau E. wurde in die geschlossene Abteilung einer Psychiatrie eingewiesen und kam Monate später in eine therapeutische Wohngruppe. Nadine lebt seither, mit Genehmigung des Jugendamtes, in einer eigenen Wohnung. Ihre Pflegefamilie unterstützt sie wo sie kann. „Das ist meine richtige Familie! Bei denen bin ich ja praktisch aufgewachsen. Ich weiß nicht, was alles passiert wäre, wenn ich sie nicht gehabt hätte“.

Heute ist Nadine 18 Jahre alt und im letzten Jahr ihrer Ausbildung zur Tierpflegerin. Außerdem trainiert sie zwei mal wöchentlich eine Mädchen- Fußball- Mannschaft. Zu ihrer Mutter hat sie keinen Kontakt mehr, ihre Pflegeeltern besucht sie regelmäßig.

3.3. Qualitative Praxisforschung anhand eines Fragebogens: Sind die Kinder über die Erkrankung der Eltern informiert?

Um herauszufinden, ob und wie weit Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern informiert sind, wurde der nachstehende Fragebogen für Kinder psychisch kranker Eltern entwickelt.

Es nahmen zwölf Kinder von psychisch kranken Eltern an der Befragung teil. Die befragten Kinder waren zwischen sechs und vierzehn Jahren alt und lebten in Hamburg. Der erkrankte Elternteil wird durch einen sozialpsychiatrischen Dienst betreut, über den der Kontakt zu den Kindern zustande kam. Die Befragung der Kinder wurde mit dem Einverständnis der Eltern bzw. des Sorgeberechtigten im jeweiligen Wohnraum des Kindes durchgeführt. Die Fragen wurden, um spontane Antworten zu erzielen, vom Interviewer vorgelesen und auch von diesem auf dem Fragebogen schriftlich festgehalten.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt gibt es kaum Studien oder Interviews über Kinder psychisch Kranker zum Zeitpunkt ihrer direkten Betroffenheit. Die hier befragten Kinder waren während der Befragung direkt betroffen.

Im Fokus der Befragung stand die Frage:

~ Sind die Kinder über die Erkrankung ihrer Eltern informiert?

Eine weitere Frage, die in Betrachtung kam war:

~ Wie gestalten sich die Wohnformen der Kinder?

Ziel der Befragung ist die Erhebung der Lebenssituationen und die Ermittlung des Informationsstandes der Kinder über die elterliche Störung.

Die Auswertung erfolgt in 3.4..

Die ausgefüllten Fragebogen befinden sich im Anhang!

Fragebogen für Kinder psychisch kranker Eltern

Wer von Deinen Eltern ist psychisch krank?

Mutter Vater

Wie alt bist Du? _____ Jahre

Mit wem wohnst Du hier?

Mit meiner Mutter

Mit meinem Vater

Mit meinen Geschwistern (Anzahl in Kasten eintragen)

Mit einer anderen Person und zwar _____

Weißt Du welche psychische Krankheit Deine Mutter bzw. Dein Vater hat?

Ja Nein

Wenn ja, wie heißt die Erkrankung? _____

Macht Dir das Verhalten deiner psychisch kranken Mutter bzw. Vaters Angst?

Ja Nein Manchmal

Redest Du mit jemand über die Erkrankung deines Elternteils?

Ja Nein

Weißt Du was mit Deiner Mutter bzw. Deinem Vater bei der Erkrankung passiert und warum sie bzw. er sich so verhält?

Ja Nein

Wenn Dir eine Fee einen Wunsch erfüllen könnte, was würdest Du Dir wünschen und warum?

★ _____

_____ ★

3.4. Auswertung und Zusammenfassung des Forschungsprojektes

So wie es Nadine erging, ergeht es vielen Kindern psychisch kranker Eltern. Sie erleben Dinge, die sie nicht verarbeiten können, werden in das Wahnsystem integriert oder sie werden vernachlässigt. Nadine hatte das große Glück, dass die Erzieherinnen so aufmerksam waren und gehandelt haben; denn von allein können sich die meisten Kinder nicht helfen! Das Beispiel der Lebensgeschichte der Nadine E. soll einen Eindruck in die Lebenswelten der Kinder psychisch Kranker geben. Jede Geschichte ist anders, aber die Gefühle von Angst, Verwirrung und Verunsicherung kennt fast jedes Kind, das einen psychisch kranken Elternteil hat. Entscheidend ist nicht, dass die Mutter oder der Vater psychisch krank ist sondern wie die Eltern mit der Erkrankung umgehen. Nadine wuchs die meiste Zeit bei ihren Pflegeeltern auf, obwohl diese nicht mehr offiziell die Pflegeeltern waren. Hier konnte sie die Erfahrung machen, was eine richtige Familie ist. Sie hat Schutz und Geborgenheit gefunden, was sie bei ihrer Mutter vergeblich gesucht hat. Viele Kinder wohnen bei ihren psychisch kranken Eltern, ohne dass sie eine andere Person haben, mit der sie über die Erkrankung der Eltern sprechen können oder wo sie hingehen können, um der häuslichen Situation zu entkommen. Damit das Kind begreifen kann, warum die Mutter oder der Vater sich entsprechend verhält, ist eine kindgerechte Aufklärung der Situation besonders wichtig. Die Auswertung des Fragebogens wird verdeutlichen, dass nur wenige Kinder über die psychische Erkrankung der Eltern Bescheid wissen.

Bei der Befragung der zwölf Kinder lässt sich festhalten, dass bei ca. 83,3 Prozent die Mutter und bei ca. 16,7 Prozent der Vater psychisch erkrankt war.

Insgesamt lebten 10 der Kinder mit dem psychisch erkrankten Elternteil gemeinsam in einem Haushalt, 2 davon allein mit dem psychisch Kranken. Nur 2 Kinder lebten nicht mit dem psychisch kranken Elternteil in einem Haushalt.

Es lassen sich in nachstehender Tabelle folgende Wohnformen feststellen:

Vater und Mutter	3
Vater, Mutter und Geschwister	2
Mutter	2
Mutter und Geschwister	2
Vater und andere Person	1
Mutter und andere Person	1
Anderen Personen	1

Tab. 1: Wohnformen

Aus den Wohnformen lässt sich weiter schließen, dass acht Kinder Einzelkinder sind: fünf Kinder leben bei der allein erziehenden psychisch kranken Mutter, davon sind zwei Kinder Einzelkinder, bei eines der Kindern lebt zusätzlich die Oma mit im Haushalt. Für die Kinder entstehen weitere familiäre Belastungen, wenn sie mit der allein erziehenden psychisch kranken Mutter zusammenleben, sie sind dann auf sich allein gestellt, insbesondere wenn nicht einmal Geschwister zum sprachlichen Austausch vorhanden sind.

Von den fünf Kindern die mit beiden Elternteilen zusammen wohnen ist zweimal der Vater erkrankt und dreimal die Mutter. Drei Kinder, die mit beiden Elternteilen leben sind Einzelkinder.

Zwei Kinder leben nicht mit dem psychisch kranken Elternteil in einem Haushalt. Ein Kind lebt bei Onkel und Tante, die Mutter ist an Manie erkrankt und ist alkoholabhängig. Das andere Kind lebt bei seinem Vater und dessen Freundin, die Mutter ist an Schizophrenie erkrankt.

In keinem Fall lebt das Kind allein mit dem psychisch kranken Vater.

Keines der befragten Kinder war zum gegenwärtigen Zeitpunkt in einer Pflegefamilie untergebracht.

Die psychischen Störungsbilder (nach Angabe der Kinder) lassen sich wie folgt festhalten:

Elterliche psychische Störung	Nennungen
Schizophrenie/ schizophrene Psychose	3
Depression	2
Schizo- affektive Psychose	1
Psychose (ungenau Bezeichnung)	1
Manisch- depressiv	1
Manie u. Alkoholabhängigkeit	1
Wasch- und Putzzwang	1
Unbekannt	2

Tab. 2: Elterliche Störungen

Um den Informationsstand der Kinder über die elterliche Störung zu ermitteln, wurden drei Fragen gestellt:

1. Weißt du, welche psychische Krankheit Deine Mutter bzw. dein Vater hat?
- Wenn ja, wie heißt die Erkrankung?
2. Redest du mit jemand über die Erkrankung deines Elternteils?
3. Weißt Du, was mit Deiner Mutter bzw. Deinem Vater bei der Erkrankung passiert und warum sie bzw. er sich so verhält?

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse:

Antwort	Ja	Nein
Kind kennt den Namen der Erkrankung	10	2
Kind ist näher über die Folgen der Erkrankung informiert	4	8
Kind redet mit jemand über die Erkrankung	3	9

Tab. 3: Informationsstand über die elterliche Störung

Es ist erschreckend, wie wenig Kinder über die elterliche Störung wirklich informiert sind. Zwar kennen 10 von 12 Kindern den Namen der Erkrankung, aber nur 4 der befragten Kinder wissen, was wirklich während der Erkrankung passiert und warum sich der Erkrankte entsprechend verhält.

Die Kinder haben auch kaum jemanden zum Reden oder es ist ihnen verboten, über die Erkrankung der Eltern zu reden, da psychische Störungen in der heutigen Gesellschaft noch immer stigmatisiert werden. Nur 3 der Kinder gaben an, über die Erkrankung des Elternteils zu sprechen.

Bei den Kindern zwischen 6 und 10 Jahren (6 Nennungen) reden alle nicht über die elterliche Störung und sind auch nicht näher über die Erkrankung informiert. Dies liegt zumeist an der falsch angenommenen Schonung der Kinder.

Familienangehörige meinen oft, die Kinder von der psychischen Störung der Eltern fernzuhalten. Dies verstärkt aber meist die Wahrnehmung des Kindes, dass mit der Mutter oder dem Vater etwas nicht stimmt.

Die 11 bis 14 jährigen Kinder (6 Nennungen) sind da besser informiert. Vier Kinder wissen über die Folgen der Erkrankung und warum sich der Elternteil entsprechend verhält.

Die unzureichende Aufklärung über die psychische Erkrankung der Eltern führt dazu, dass Kinder Angst vor dem Verhalten der Eltern haben. So antworteten auf die Frage, ob ihnen das Verhalten der Eltern Angst macht, 5 Kinder mit ja, 4 mit manchmal und 3 mit nein.

Die Wünsche der Kinder zeigen deutlich, dass sich die Kinder sehr mit der psychischen Erkrankung der Eltern beschäftigen. Zehn der zwölf Wünsche haben mit den Eltern zu tun, z.B. „Das Mama wieder lacht und nicht mehr traurig ist“. Während Kinder gesunder Eltern sich eher ein Pferd, Handy oder einen Popstar treffen wünschen würden.

4. Belastungs- und Schutzfaktoren

4.1. Was Kinder stärkt- was Kinder schwächt

Wenn ein Elternteil psychisch krank ist, ist dies eine hohe Belastung für die Familienangehörigen, insbesondere für das Kind. Es steht sogar unter einem erhöhten Risiko (s. 4.2.), selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Ob das Kind später selbst erkrankt oder nicht, hängt von einer Vielzahl von verschiedenen Faktoren ab. Es kommt darauf an, wie empfindsam das Kind auf Belastungen reagiert, welche Schutzfaktoren vorhanden sind, die das Risiko selbst psychisch zu erkranken abschwächen und ob Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen. Ausschlaggebend für die Entstehung einer psychischen Störung des Kindes ist nicht primär die Tatsache, dass ein Elternteil psychisch erkrankt ist sondern wie das betroffene Kind mit der elterlichen Erkrankung umgeht. Vielmehr sind es demnach die Folgen der psychischen Störung der Mutter oder des Vaters, die das Kind zu einem Hoch- Risiko- Kind machen.

Meist kommen zu einer psychischen Erkrankung finanzielle Probleme, Belastungen durch Trennungen (z.B. Krankenhausaufenthalt des Elternteils) und soziale Beeinträchtigungen hinzu.

Emotionale Bedürfnisse des Kindes werden nur unzureichend bis gar nicht befriedigt. Von besonderer Bedeutung ist es, Kinder psychisch kranker Eltern früh zu fördern und zu betreuen. Durch rechtzeitige Aufklärung über die Erkrankung, kann das Kind gestärkt werden. Es ist wichtig, Kinder über die Störungen der Eltern zu informieren. Hilfreich können Bücher und Broschüren sein, die speziell für Kinder psychisch kranker Eltern geschrieben sind.

„Fufu und der grüne Mantel“¹⁰ ist eine Bilderbuchbroschüre, die bereits im Vorschulalter geeignet ist, um das Verhalten des psychisch erkrankten Elternteils zu erklären.

¹⁰ Kostenlos zu beziehen über: Astra Zeneca AG, Tinsdaler Weg 183, 22880 Wedel; Tel.: 04103-7083956

Für Kinder ab dem Grundschulalter lässt sich besonders das illustrierte Kinderfachbuch „Sonnige Traurigtage“¹¹ empfehlen. Die betroffenen Kinder können sich mit der Hauptperson Mona identifizieren. Im Buch finden sich auch konkrete Antworten auf Fragen, die sich Kinder immer wieder stellen.

Altersgerechte Aufklärung und Begleitung durch eine Bezugsperson, mit der das Kind über die psychische Erkrankung eines Elternteils sprechen kann, sind erste Schritte, um psychische Auffälligkeiten bei den Kindern zu verhindern.

Um aufzuzeigen, wie wichtig frühzeitige Unterstützung für die psychische Entwicklung der Kinder ist, werden im Folgenden Schutz- und Risikofaktoren beschrieben. Im nachfolgenden Kapitel wird auf die unterschiedlichen Entwicklungsstufen des Kindes und die Auswirkungen bei einer elterlichen psychischen Störung auf diese eingegangen.

4.2. High- risk (Risikogruppe)

Die High- risk- Forschung ist eine klassische Methode in der Forschungsarbeit mit Kindern von psychisch kranken Eltern. Durch die High- risk- Forschung werden Indikatoren untersucht, die zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko der betroffenen Kinder führen. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein höheres Risiko tragen, selber psychisch zu erkranken, als Kinder von gesunden Eltern.

Die High- risk- Forschung befasst sich mit genetischen und sozial- psychiatrischen Studien.

Bei Kindern psychisch kranker Eltern fallen häufiger, als bei Kindern aus Vergleichsgruppen, kognitive Störungen auf (vgl. Mattejat 2004, S.67).

Ist ein Elternteil schizophren erkrankt, liegt das Risiko für das Kind, selbst an Schizophrenie zu erkranken, bei 10- 15 Prozent. Sind beide Elternteile schizophren erkrankt, liegt das Risiko sogar bei bis zu 50 Prozent (vgl. Remschmidt/ Mattejat

¹¹ Homeier, Schirin 2006: Sonnige Traurigtage, Frankfurt: Marbuse Verlag

1994, S. 22)! Das Risiko in der Normalbevölkerung, an Schizophrenie zu erkranken, liegt hingegen lediglich bei 1 Prozent!

Bei Kindern depressiver Eltern(teile) fallen häufig emotionale Störungen und Entwicklungsverzögerungen auf. Oft wird auch Isolation und Rückzug von anderen Kindern beobachtet. Das Risiko der Kinder depressiver Eltern, selbst depressiv zu erkranken liegt bei 23- 38 Prozent (vgl. Remschmidt/ Mattejat 1994, S. 70). Weiter zeigen sich bei Kindern depressiver Eltern Entwicklungsauffälligkeiten in der Sprachentwicklung und in verschiedenen kognitiven Bereichen (vgl. Pretis/ Dimova 2004, S. 46).

Studien bestätigen, dass Kinder depressiv erkrankter Eltern häufiger psychologische Behandlungen in Anspruch nehmen, als Kinder gesunder Eltern. So zum Beispiel unterzogen sich nach einer Studie in Connecticut/USA (vgl. Gammon/ John/ Weissman 1984, S. 199) 25 Prozent der Kinder depressiver Eltern einer Behandlung wegen emotionalen Störungen; entsprechend zu 9,2 Prozent der Kinder von psychisch gesunden Eltern. Im Vergleich zu 0,0 Prozent der Kinder gesunder Eltern, suchten 7,5 Prozent der Kinder depressiver Eltern eine Erziehungsberatungsstelle auf, 4,7 Prozent einen Psychiater und gleichfalls 4,7 Prozent eine Familienberatungsstelle.

Als Risikofaktor wird auch die direkte Auswirkung, der elterlichen psychischen Störung, auf das Kind genannt: „ 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 Eltern)“ (Mattejat 2004, S. 69).

Obwohl Kinder psychisch kranker Eltern einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, selbst psychisch zu erkranken, ist es dennoch möglich, dass sich das Kind psychisch normal entwickelt. Dabei hilfreich sind individuelle Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien, sowie eine niedrige Vulnerabilität.

4.3. Vulnerabilität

„Vulnerabilität kennzeichnet als Begriff eine besondere Verletzlichkeit und Empfindsamkeit einer Person, die dazu führen kann, dass bei besonders belastenden und streßreichen Umweltbedingungen der Schutz der Person gegen diese Stressoren zusammenbricht und zu einer psychotischen Dekompensation führen kann“ (Hantel- Quitmann 1997, S. 97)

Der Begriff „Vulnerabilitäts- Stress- Modell“ bezeichnet ein Zusammenwirken von Erbfaktoren (z.B. angeborene Vulnerabilität) und Umweltfaktoren (z.B. Konflikte in der Familie), welches das Auslösen einer Schizophrenie erklärt (www.psychiatriegespraech.de/sb/schizophrenie/schizophrenie_aetiolo.php [Stand 28.02.2006]). Das „Vulnerabilitäts- Stress- Modell“ wird heute zur Erklärung der Entstehung aller psychischen Erkrankungen genutzt. Dieses Modell ist aber nicht alleinige Ursache der Entstehung einer psychischen Erkrankung sondern Teil eines multifaktoriellen Entstehungssystems. Denn nicht jeder vulnerable Mensch erkrankt an einer psychischen Störung (vgl. Hantel- Quitmann 1997, S. 98). Generell gilt je vulnerabler das Kind eines psychisch kranken Elternteils ist, desto höher ist das Risiko für das Kind, selbst psychisch zu erkranken. Ein vulnerables Kind reagiert auf emotionale Reize weniger robust als ein nicht vulnerables Kind. Es kann nicht adäquat gegen Stressoren ankämpfen und besitzt eine geringe psychische Belastbarkeit.

4.4. Schutzfaktoren und Resilienz

Als Resilienz bezeichnet man die „psychische Widerstandsfähigkeit“ eines Menschen (vgl. Oerter 1999, S. 4). Resilienz ist somit die Fähigkeit, trotz vorhandener Risiken und Belastungen, eine normale seelische Entwicklung zu durchlaufen (vgl. Csef 2004, S. 61).

Je resistenter ein Kind ist, desto mehr ist es vor Stress durch Belastungen geschützt. Die Resilienz lässt sich durch Schutzfaktoren aktivieren und stärken. Schutzfaktoren lassen sich in drei Hauptkategorien (in Anlehnung an Pretis/ Dimova 2004, S. 63) einteilen:

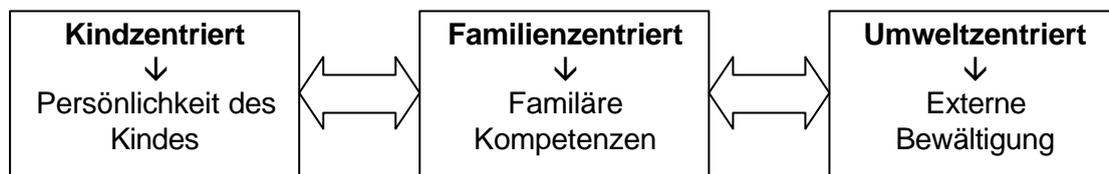


Abb. 2: Schutzfaktoren

Die nach Egle u. Hoffmann dokumentierten, wissenschaftlich gesicherten, Schutzfaktoren (vgl. Egle/ Hoffmann 2000, S. 21) lassen sich, gemäß der obigen Abbildung, folgendermaßen darin einteilen:

Kindzentriert

Als protektive Faktoren nennen Egle und Hoffmann eine überdurchschnittliche Intelligenz und ein kontaktfreudiges Temperament; ausgeglichene Kinder können mit Belastungen besser umgehen. Unter einem kontaktfreudigen (einfachen) Temperament versteht man die Offenheit für Neues, gute Anpassungsfähigkeit und eine ausgeglichene Affektivität.

Als Schutzfaktor gilt auch eine internale Kontrollüberzeugung; d.h. die Fähigkeit, Veränderungen der Umwelt mit eigenem Verhalten in Zusammenhang zu bringen. Die Tatsache, dass ein Kind von weiblichem Geschlecht ist, wird ebenso eine protektive Rolle zugeschrieben (vgl. Pretis/ Dimova 2004, S. 64).

Familienzentriert

Der wohl wichtigste Schutzfaktor ist eine sichere Bindung (s. 5.1.). „Einer sich im Säuglingsalter entwickelnden sicheren Bindungsqualität wird eine protektive Funktion für den Entwicklungsverlauf des Kindes zugeschrieben“ (Brisch 1999, S. 40).

Aber auch dauerhafte sozial gute Beziehungen zu Bezugspersonen (vgl. Hartmann, 2005, S. 17), kompensatorische Elternbeziehungen und ein gutes Ersatzmilieu nach frühen Trennungserlebnissen, werden als Schutzfaktoren genannt.

Umweltzentriert

Zur emotionalen Unterstützung tragen verlässliche Bezugspersonen im Erwachsenenalter, außerhalb der Familie (Sozialarbeiter, Tagesmütter, Lehrer etc.) bei.

Als schützende Rolle wird auch die soziale Förderung, zum Beispiel in der Schule oder Freizeit, angesehen. Durch die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder in einer Kinderspielgruppe, wird Verantwortung gefördert. Ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein fördert soziale Kompetenzen. Gute Leistungen in der Schule verschaffen dem Kind einen hohen Selbstwert.

Demzufolge brauchen Kinder psychisch kranker Eltern so früh wie möglich präventive Angebote, um zu verhindern, dass sie selbst psychisch auffällig werden.

4.5. Coping- Strategien

Als Coping- Strategien werden die Fähigkeiten einer Person bezeichnet, die zur Bewältigung von Krankheiten beitragen.

Kinder psychisch kranker Eltern nutzen Coping- Strategien zur Bewältigung von Belastungen.

Das ein Kind psychisch gesund bleibt, obwohl es vielen Stressoren ausgesetzt ist, liegt daran, welche Ressourcen ihm zur Verfügung stehen, um einen Widerstand gegen den Stress aufzubauen. Coping - Strategien bilden somit eine Schutzfunktion (vgl. Csef 2004, S. 60).

Um die psychische Erkrankung eines Elternteils zu bewältigen, nehmen Kinder verschiedene Rollen ein. Der Psychiater und Psychotherapeut Helmut Kolitzus¹² beschreibt folgende vier Rollen (vgl. Pretis/ Dimova 2004, S. 54):

1. *Der Held*: Er übernimmt den Ersatz für den psychisch kranken Elternteil und kümmert sich um dessen Aufgaben (z.B. einkaufen, essen kochen, Geschwister versorgen etc.).
2. *Der Sündenbock*: Er versucht alles, damit die Aufmerksamkeit auf ihn gelenkt wird (z.B. gewalttätiges aggressives Verhalten).
3. *Das verlorene Kind*: Es zieht sich in Einsamkeit zurück und träumt von glücklicheren Zeiten.
4. *Das Maskottchen*: Dieses Kind ist niedlich und lieb. Es versucht Probleme oder schwierige Situationen mit Witz und Albernheit zu überdecken.

Eine wichtige Rolle spielt auch die Hilfe und Unterstützung von Bezugspersonen, insbesondere durch den gesunden Elternteil. Die Kinder haben das Bedürfnis, zu erfahren, welche Erkrankung der Betroffene Elternteil hat. Nur 25 Prozent der Kinder im Alter von 6- 10 Jahren sind über die Erkrankung der Eltern informiert. Selbst bei den 11- 14 Jährigen ist nur die Hälfte über die Krankheit aufgeklärt (vgl. Pretis/ Dimova 2004, S. 42).

¹² Dr. Helmut Kolitzus leitet eine Psychotherapie- Praxis in München mit dem Schwerpunkt Suchtberatung; er ist Autor von mehreren Büchern

Besonders hilfreich sind Angehörigengruppen- auch Kinder sind Angehörige! -. Durch Angehörigengruppen können Schuldgefühle, durch Aufklärung über die psychische Störung, gemindert werden und Problemlösungsstrategien entwickelt werden. Allein das Reden über die Erkrankung stellt eine große Erleichterung dar.

„ Mit niemanden sprechen zu können, nichts erklärt zu bekommen, das – so berichten fast alle Kinder psychisch erkrankter Väter und/ oder Mütter – war das Allerschlimmste“ (Heim 2001, S. 75).

Leider gibt es in Deutschland nur sehr wenige Angehörigengruppen für Kinder psychisch kranker Eltern, die den Bedarf nicht decken können.

5. Entwicklungsspezifische Auswirkungen

5.1. Bindungstheorie

John Bowlby¹³ beschrieb die Bindung als ein „sich wechselseitig bedingendes und selbstregulierendes System“, in dem Mutter und Säugling die Teilnehmer sind (vgl. Brisch 1999, S. 35).

Die Bindungstheorie befasst sich mit den frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes. Bowlby stellte fest, dass frühe Verlust- und Trennungserlebnisse zu Traumatisierungen führen und das Entstehen von Verhaltensstörungen fördern (vgl. ebd., S. 31).

Die Mutter- Kind- Beziehung ist grundlegend für die emotionale Entwicklung des Kindes. Das Bindungssystem zwischen Mutter und Säugling hat eine überlebenssichernde Funktion. Es soll in Situationen, in denen sich der Säugling in Gefahr fühlt, zum Beispiel wenn er Durst hat oder Fremde sich nähern, den Schutz

¹³ John Bowlby (1907- 1990), englischer Psychoanalytiker; begründete die Bindungstheorie

durch die Mutter sichern (vgl. ebd., S. 35 f). Der Säugling muss sich auf den Schutz von der Mutter verlassen können. Die Mutter muss in der Lage sein, Verhaltensweisen des Säuglings (weinen, schreien, lächeln etc.) wahrzunehmen und zu interpretieren. Psychisch kranke Mütter sind oft nicht in der Lage, auf die Signale ihres Neugeborenen angemessen zu reagieren. Besonders depressive Mütter sind weniger einfühlsamer als gesunde Mütter.

Schizophrene Mütter reagieren oft gar nicht auf die Signale ihres Kindes, weil sie sich zu sehr auf eigene Wahrnehmungen konzentrieren (vgl. Schone/Wagenblaus 2002, S. 20).

Studien von Field¹⁴ (vgl. Field 1987, S. 972- 1005) belegen, dass psychische Störungen von Müttern die emotionale Entwicklung des Säuglings negativ beeinflussen. Es geht deutlich hervor, wie wichtig eine stabile Mutter- Kind- Beziehung ist.

Demnach ist es sinnvoll, psychisch kranken Müttern bereits unmittelbar nach der Geburt ihres Kindes Hilfe anzubieten, um eine positive Mutter- Kind Bindung zu unterstützen. So kann die emotionale Entwicklung des Kindes positiv gestärkt werden. Bedauerlicherweise gibt es in Deutschland nur wenige Kliniken, die sich um psychisch kranke Mütter und ihre Kleinkinder kümmern. Beispielhaft zu nennen ist das Charité Berlin¹⁵. Hier gibt es eine „Baby und Kleinkindersprechstunde“. Das Angebot richtet sich an Eltern mit Kleinkindern von 0 bis 5 Jahren. Zielgruppe sind Familien mit psychosozialen Belastungen, z.B. psychische Erkrankungen. Zu den Angeboten gehören präventive und therapeutische Maßnahmen wie Gesprächstherapie, Elterngruppen und Interaktionstraining.

Ziel ist die Unterstützung des Bindungsprozesses zwischen Mutter und Kind.

Erwähnenswert ist auch die Eltern- Baby- Tagesklinik (s. 6.4.) an der Uniklinik Hamburg- Eppendorf. In dieser Spezialambulanz steht ebenfalls die Herstellung einer positiven Mutter- Kind- Beziehung im Vordergrund.

¹⁴ Dr. Phil. Tiffany Field ,Psychologin mit dem Schwerpunkt Kinderheilkunde; leitet das „Touch Research Institut“ an der medizinischen Fakultät der Universität Miami/ USA, hat sehr viel Forschung in der Entwicklungspsychologie betrieben

¹⁵ Charité Universitätsmedizin Berlin- Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes - und Jugendalters, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Die Bindungsqualität ist das beziehungsspezifische Verhalten gegenüber einer Person (vgl. Spangler/ Zimmermann 1999, S. 171). Diese Qualität wurde durch den so genannten „Strange- Situation- Test“ (vgl. Ainsworth et al. 1969; S. 113 ff) untersucht. Der Test findet in einem Spielzimmer statt, dem weder Mutter noch Kind vertraut sind. Dies stellt eine „fremde Situation“ (strange situation) dar. Die Kinder sind zwischen 12 und 18 Monate alt. Der Test gliedert sich in folgende- kurz dargestellten- acht Episoden (vgl. Brisch 1999, S. 44 ff):

1. Episode: Mutter und Kind betreten den fremden Raum.
2. Episode: Das Kind erkundet den Raum und beginnt zu spielen.
3. Episode: Eine fremde Person betritt den Raum, nimmt erst Kontakt zur Mutter und dann zum Kind auf.
4. Episode: Die Mutter verlässt das Spielzimmer; das Kind ist nun allein mit der fremden Person.
5. Episode: Während die Mutter zurückkommt, verlässt die fremde Person den Raum.
6. Episode: Die Mutter verlässt den Raum, das Kind bleibt alleine. Bei dieser zweiten Trennung ist die Reaktion des Kindes meist stärker als bei der ersten Trennung.
7. Episode: Die fremde Person betritt den Raum erneut und versucht das Kind zu trösten.
8. Die Mutter kommt zurück.

Aus den Reaktionen der Kinder in den einzelnen Episoden, lassen sich drei verschiedene Muster der Bindungsqualität feststellen (vgl. ebd., S. 46 ff):

1. *Sicher gebundene („secure“) Kinder*
 - zeigen deutliches Bindungsverhalten
 - sind gestresst und weinen
 - reagieren mit Freude auf die Wiederkehr der Mutter
 - lassen sich schnell beruhigen und spielen weiter

2. *Unsicher- vermeidend gebundene („avoidant“) Kinder*

- zeigen kein deutliches Bindungsverhalten
- bleiben an ihrem Platz und spielen weiter, wenn die Mutter den Raum verlässt
- wollen nicht getröstet werden, wenn die Mutter zurückkommt

3. *Unsicher- ambivalent gebundene („ambivalent“) Kinder*

- zeigen deutlich Stress nach der Trennung von der Mutter
- weinen verheiment
- können kaum beruhigt werden
- zeigen ambivalentes Verhalten gegenüber der Mutter; wollen in den Arm genommen werden, zeigen aber gleichzeitig aggressives Verhalten
- kommen nicht zum Spiel zurück

Kinder, die sich nicht in eines der drei Muster einordnen lassen, werden als „desorganisiert“ beschrieben:

- Kinder laufen von der Mutter weg
- bleiben plötzlich stehen, als ob sie „einfrieren“

Ein unsicheres Bindungsverhalten zeigen insbesondere Kinder psychisch kranker Eltern.

Das Muster der desorganisierten Bindung wird häufig bei Kindern aus Risikogruppen, wie der Gruppe der psychisch kranken Mütter, beobachtet (vgl. Brisch 1999, S.48).

Bei Kindern von Müttern mit Angststörungen, ist bei 80 Prozent der Kinder eine unsichere Bindung zu beobachten, davon bei 65 Prozent vom unorganisierten bzw. desorganisierten Typ (vgl. Pretis/ Dimova 2004, S. 46).

Die Tatsache, dass Kinder psychisch kranker Eltern fast immer ein unsicheres Bindungsverhalten zeigen, sollte die psychiatrischen und geburtsklinischen Stationen der Krankenhäuser, die sozialpsychiatrischen Dienste und die Träger der Hilfen zur Erziehung zum Nachdenken und vor allem zum Handeln animieren. Es sollte ein

erster Schritt getan werden, um psychisch kranke Mütter besser beraten und unterstützen zu können. Denn ein sicheres Bindungsverhalten ist das Basiselement für ein stabiles Persönlichkeitsmuster!

Untersuchungen an Erwachsenen, die an Schizophrenie oder Depression erkrankt sind, belegen, dass fast alle der Probanden ein unsicher- vermeidendes Bindungsverhalten zeigen (vgl. Hartmann 2005, S. 25).

Wenn schon Kinder psychisch Kranker fast immer ein unsicheres Bindungsmuster aufzeigen und man bei schizophrenen und depressiven Erwachsenen dies ebenso feststellt, dann ist es unausweichlich hier anzusetzen! Durch frühzeitiges Eingreifen könnten viele, sich bei den Kindern später entwickelnde psychische Störungen, verhindert werden.

Es müssen unbedingt übergreifende Strukturen gebildet werden, die von der Begleitung der psychisch kranken Mutter während der Schwangerschaft bis zur Betreuung nach der Geburt reichen sollten.

5.2. Klassische Entwicklungstheorie

Die klassische Entwicklungstheorie von Sigmund Freud geht davon aus, dass triebhafte Bedürfnisse sich in verschiedenen Phasen entwickeln (Vgl. Hoffmann/Hochapfel 1999, S. 26 ff). In jeder Altersstufe bzw. Phase sind verschiedene Faktoren vorhanden, durch die der seelische Entwicklungsstand des Kindes eingeschätzt werden kann. Es handelt sich um die „normale“ seelische Entwicklung des Kindes.

Im Folgenden werden die verschiedenen Phasen zusammenfassend wiedergegeben. Anschließend wird zu jeder Entwicklungsstufe dargestellt, wie sich psychische Erkrankungen der Eltern auf die seelische Entwicklung des Kindes auswirken. Hierbei handelt es sich um eigene Einschätzungen, die als „Kommentar“ angrenzen.

5.2.1. Orale Phase

Die orale Phase (vgl. ebd., S. 26ff) bzw. das erste Lebensjahr weist die größte emotionale Bedeutung für das Baby auf; es erlebt das Gefühl der Abhängigkeit. Die orale Befriedigung- das Essen und Trinken- kann nur durch eine Bezugsperson (im besten Fall die Mutter) gestillt werden. Durch das kontinuierliche Dasein der Mutter- die wichtigste Bezugsperson- fühlt sich der Säugling geborgen und beschützt. Es entwickelt sich das so genannte „Ur- Vertrauen“ (vgl. Flammer 1996, S. 85). Der Säugling weiß, dass er sich auf die Mutter verlassen kann.

Wird der Säugling von der Mutter vernachlässigt oder ist die Mutter nicht präsent genug, bildet sich das „Ur- Misstrauen“ (vgl. ebd., S. 85). Das Kleinstkind kann sich nicht auf die Bezugsperson verlassen und reagiert zukünftig auf fremde Personen und Situationen stets mit Misstrauen.

In dieser Phase wird das Bindungsverhalten festgelegt.

Kommentar

Gerade psychisch kranke Mütter sind oft nicht in der Lage, sich adäquat um ihre Neugeborenen zu kümmern. Sie sind überfordert oder zu sehr mit sich selbst beschäftigt. Oft wechselt die Bezugsperson, weil die Mutter ins Krankenhaus muss oder Hilfe bei der Versorgung des Säuglings durch Familienmitglieder oder Bekannte benötigt. Für das Baby ist eine unzuverlässige Bezugsperson gefährdend, da das eigene Überleben nicht gesichert ist. Nur zu verständlich, dass Kinder psychisch kranker Mütter oft ängstlich und emotional gereizt reagieren. Als Folge stellt sich dann eine Bindungsunsicherheit mit mangelndem Selbstvertrauen heraus.

5.2.2. Anale Phase

Mit Beginn des zweiten Lebensjahres tritt das Kind in die anale Phase (vgl. Hoffmann/ Hochapfel 1999, S. 38 ff) ein. Es entsteht die Fähigkeit der Kontrolle und Macht. Durch das körperliche Erleben des Haltens und Loslassens des Stuhls oder

Urins, lernt das Kind, dass es durch eigenes Verhalten etwas kontrollieren kann und Macht über etwas besitzt.

In diesem Alter lernt das Kind auch, sich mit aggressiven Impulsen auseinander zu setzen. Es kann „Nein“ sagen und muss sich mit Wut und Ärger befassen. Die Motorik entwickelt sich und das Kind lernt Autonomie kennen. Es kann viele Dinge selbständig erledigen und testet sein Durchsetzungsvermögen. Dies kann auch durch aggressive Verhaltensweisen erprobt werden, wie zum Beispiel das Werfen von Bauklötzen, um sich dem Willen der Mutter zu entgegensetzen. Das Autonomie- Erlebnis stärkt das Selbstvertrauen des Kindes.

Kommentar

Dem psychisch kranken Elternteil fällt es schwer, Bedürfnisse und Wünsche des Kindes nachzuvollziehen. Oft bekommt das Kind weder Anerkennung noch Lob zu spüren, wenn es etwas allein geschafft hat. Besonders bei depressiven Müttern werden Kinder überhaupt wenig beachtet. Kinder verlieren schnell das Interesse an der Umwelt oder die Lust am Spiel, wenn sie für ihre Handlungen und Bemühungen keine Rückmeldung bekommen. Es kommt zu Rückzugsverhalten durch Verunsicherung.

Werden Autonomieversuche des Kindes ständig unterdrückt und ist das Kind den Eltern gegenüber machtlos, entsteht ein Gefühl des Nicht- Könnens. Besonders bei Eltern mit Waschzwang oder anderen zwanghaften Störungen, müssen die Kinder oft Handlungen gegen ihren eigenen Willen durchführen, wie zum Beispiel ständiges Händewaschen oder Umkleiden, da der kranke Elternteil das Kind mit in den Zwang einbindet. Beim Sauberkeitszwang wird das Kind meist zu früh gezwungen, „auf's Töpfchen“ zu gehen. Das Kind erkennt die eigene Machtlosigkeit, was zum Verlust des Selbstwertgefühls führen kann.

5.2.3. Phallische Phase

In der phallischen Phase (4. u.5. Lebensjahr) (vgl. Hoffmann/ Hochapfel 1999, S. 44 ff) identifiziert sich das Kind mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil. Von großer Bedeutung sind die Findung der eigenen Geschlechtsrolle und die Abgrenzung zum anderen Geschlecht. Freud definierte diesen Vorgang als „ödpale Phase“. Während des „Ödipus - Konflikts“ ist der Junge der Mutter zugeneigt, gegenüber dem Vater entwickelt er eine Eifersucht. Das Mädchen sucht Zuneigung beim Vater und ist eifersüchtig auf die Mutter, mit der es sich den Vater teilen muss. Das Kind befindet sich im Konflikt: Obwohl es beide Elternteile liebt, steht es zwischen Liebe und Hass. Der „Ödipus - Konflikt“ endet mit der Findung der eigenen Geschlechtsrolle.

In diesem Alter lernt das Kind zu begreifen, dass es ein „Ich“ ist. Es entwickelt soziale Ziele, hat Phantasien und Vorstellungen von der Zukunft.

Vor allem identifiziert es sich mit den Eltern und eifert ihnen nach.

Das Kind besitzt in diesem Alter noch das „magische Denken“. Es findet eine Verknüpfung von Ereignissen statt, die objektiv nichts miteinander zu tun haben. Das Kind bezieht alles was passiert auf sich. Phantasie und Realität, belebt und unbelebt, kann es noch nicht unterscheiden. Die Rutsche ist dann „blöd“, weil das Kind sich daran gestoßen hat. Und der sprechende Bagger aus der Fernsehserie ist genauso echt, wie man selbst.

Kommentar

Das „magische Denken“ spielt besonders bei Kindern psychisch kranker Eltern eine besondere Rolle. Weil das Kind wenig oder gar nicht über die Erkrankung des betroffenen Elternteils informiert ist, bezieht es die Schuld an der Erkrankung auf sich. Das Kind einer depressiven Mutter denkt, die Mutter ist wegen ihm traurig, weil es ungezogen war. Es gibt sich die Schuld für das Verhalten der Mutter oder des Vaters. Ein weiteres großes Problem ist die Identifikation mit den Eltern. Ein gestörtes Beziehungsverhalten zwischen den Eltern oder Trennung der Bezugsperson vom Kind, können dazu führen, dass das Kind eine fehlerhafte Identifikation durchläuft, wodurch der Ödipus - Konflikt nur unzureichend gelöst

werden kann. Dies kann zu Verwirrung und Verunsicherung führen und ein gestörtes Bindungsverhalten hervorrufen.

Kinder im vierten und fünften Lebensjahr imitieren ihre Eltern- die als Vorbilder dienen- um zu lernen (vgl. Tillmann, S. 81). Die Verhaltensweisen eines psychisch Kranken sind oft diffus und nicht nachvollziehbar. Kinder werden dadurch verwirrt. Es fehlen klare Strukturen. Oft ziehen sich die Kinder zurück oder reagieren dissoziativ oder aggressiv.

5.2.4. Latenzzeit und Pubertät

Auf die phallische Phase folgt die Latenzzeit (Grundschulalter) (vgl. Erikson 2000, S. 103 ff). Etwa vom 6. bis 11. Lebensjahr tritt das Interesse an Sexualität in den Hintergrund und die soziale Rolle verdeutlicht sich. Das Kind entfaltet kognitive Fähigkeiten und zeigt Interesse an Freunden und Freizeitaktivitäten.

Auf die Latenzzeit folgt die Pubertät. Sie bildet eine bedeutsame Phase in der Entwicklung. Die kindliche Sichtweise verliert sich und die erwachsene Denkweise verfestigt sich. Der Heranwachsende erreicht seine Ich- Identität (vgl. ebd., S.107 ff). Er begreift, dass er für sein eigenes Leben Verantwortung tragen muss und löst sich von den Eltern ab. Die soziale Rolle und die Persönlichkeit festigen sich; eine Normen- und Wertestruktur entsteht.

Kommentar

Kinder in der Latenzzeit spiegeln die Besorgnis der Eltern auf sich. Dies kann dazu führen, dass das Kind eigene Gefühle und Sorgen verheimlicht. Diese Unterdrückung von Emotionen äußert sich dann häufig in körperlichen Symptomen, wie Kopf- oder Bauchschmerzen.

Heranwachsende in der Pubertät wissen nicht, wie sie zu ihrem psychisch kranken Elternteil stehen sollen. Sie möchten einerseits unabhängig von den Eltern sein, möchten aber andererseits, aufgrund der Erkrankung der Eltern, diese nicht allein lassen. Ein hohes Verantwortungsgefühl gegenüber den psychisch kranken Eltern,

führt zu Loyalitätskonflikten. Aber auch Scham- und Schuldgefühle treten auf. Ein brüchiges Selbstbild und Minderwertigkeitsgefühle sind Folge von Verunsicherung. In diesem Alter machen sich die Teenager auch Gedanken über die Vererbung der elterlichen Störung. Massive Angstgefühle können soweit reichen, dass der Heranwachsende eine Erschütterung seines Selbstbildes erlebt.

5.3. Entwicklungsbedürfnisse

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass es –speziell bei Säuglingen- von besonderer Bedeutung ist, kindliche Entwicklungsbedürfnisse zu erfüllen. Die Erfüllung von kindlichen Entwicklungsbedürfnissen ist von unerlässlicher Relevanz, um kindliche Lebensbedingungen zu gewährleisten. Demnach sollte die Erfüllung von Entwicklungsbedürfnissen primäre Aufgabe der Eltern sein.

Diese Bedürfnisse lassen sich nach Hantel- Quitmann¹⁶ wie folgt zusammenführen (vgl. Hantel-Quitmann 1999, S. 306):

1. *Gewünscht zu sein und nicht abgelehnt zu werden; also das Gefühl, akzeptiert und geliebt zu werden*
2. *Sicherung des körperlichen Wohlergehens*
3. *Stabile und enge Bindungen zu mindestens einer Bezugsperson, im Idealfall zu der Mutter (Unterstützung durch Verlässlichkeit)*
4. *Bedürfnisse nach Autonomie auf der Basis stabiler Beziehungserfahrungen und Selbstbestimmung (Unterstützung der Selbständigkeit)*
5. *Emotionale Spiegelung (Wiedergabe von Selbstvertrauen und Ur- Vertrauen)*
6. *Förderung der kindlichen Entwicklung (Spiel, Sprache, soziale Kompetenzen etc.)*

¹⁶ Prof. Dr. Wolfgang Hantel- Quitmann, Professor für Klinische & Familien- Psychologie an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg; er ist Autor von mehreren Büchern und Fachbüchern, betreibt Studien und bietet Weiterbildungskurse an

Psychisch kranke Mütter können psychische Beeinträchtigungen ihrer Kinder, aufgrund ihrer eigenen psychischen Beeinträchtigung, meist nicht verhindern. Sie können Entwicklungsbedürfnisse der Kinder nicht adäquat erfüllen. Gerade bei psychischen Störungen kommt es, durch das Erleben der eigenen psychischen Störung, häufig zu Vernachlässigungen in der Ernährung, Pflege und seelischen Förderung des Kindes (vgl. Engfer, 1997, S. 25). Vernachlässigung ist einer der Hauptgründe, weshalb sorgerechtsentziehende Verfahren bei Kindern psychisch kranker Eltern eingeleitet werden.

Eine, aufgrund eines Forschungsprojektes¹⁷, durchgeführte Fallerhebung bei sechzehn Jugendämtern in der Bundesrepublik Deutschland, kam zu dem Ergebnis, dass bei 17,9 Prozent der Kinder, für die sorgerechtsentziehende Verfahren wegen Kindeswohlgefährdung eingeleitet wurden, psychisch kranke Eltern eine Rolle spielten (vgl. Münder/ Mutke/ Schone 2000, S. 95).

Wenn kindliche Entwicklungsbedürfnisse nicht erfüllt werden und eine Entwicklungsschädigung des Kindes vorliegt, spricht man von Kindeswohlgefährdung. Die Einleitung auf ein sorgerechtsentziehendes Verfahren beruht in der Regel auf der Grundlage des § 1666 (Abs. 1) BGB (Bürgerliches Gesetzbuch-Stand 2006):

„ Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübungen 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 in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen!“.

Meist ist es den psychisch kranken Eltern nicht bewusst, dass sie ihr Kind vernachlässigen. Aber gerade dies ist der Punkt, warum Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen frühzeitig einsetzen müssen. Stabile und enge Bindungen können gerade bei allein erziehenden psychisch kranken Müttern oder Vätern kaum entwickelt werden, da Kinder oft von diesen getrennt werden, wenn ein Klinikaufenthalt des betroffenen Elternteils bevorsteht. Ein psychiatrischer Klinikaufenthalt kann mehrere Wochen bis Monate dauern. Das Kind wird dann bei

¹⁷ Durchgeführt vom Institut für Sozialpädagogik an der technischen Universität Berlin; gefördert von der VW-Stiftung

den Großeltern, Verwandten oder bei einer Pflegefamilie untergebracht. Frühe Trennungserlebnisse und psychische Störungen der Eltern gelten als gesicherte Risikofaktoren mit Langzeitfolgen für die Entstehung einer psychischen Erkrankung (vgl. Csef 2004, S. 55). Hier gilt es zu Überlegen, wie die Trennung von Mutter und Kind bei einem Klinikaufenthalt der Mutter verhindert werden kann. Nur so kann eine stabile und enge Bindung gefördert und ein sicheres Bindungsverhalten entwickelt werden.

In Deutschland, u.a. in Hamburg (s. 6.4.), gibt es wenige Mutter- Kind- Kliniken, die sich mit dem Feld der Bindungstheorie beschäftigen.

6. Anlaufstellen und Hilfsinstitutionen in Hamburg

6.1. Pfiff e.V.

Pfiff e.V. – Pflegekinder und ihre Familien Förderverein Projekt Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern	
<u>Träger:</u>	Freier Träger der Jugendhilfe
<u>Kontakt:</u>	Pfiff e.V. Holsteinischer Kamp 80 22081 Hamburg Tel.: 040- 410984-60 Fax: 040- 410984-89 E- Mail: PfiffeV@Pfiff-Hamburg.de Internet: www.Pfiff-Hamburg.de
<u>Zielgruppe:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder psychisch kranker Mütter bzw. Väter - deren Mütter bzw. Väter - Menschen, die eine Patenschaft übernehmen wollen
<u>Angebote:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Patenschaften/ Bereitschaftspflege - Ausbildung und Begleitung der Paten - Flexible Hilfeformen - Aufnahme der Kinder in Krisensituationen (Tag & Nacht)
<u>Ziele:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Entlastung des psychisch kranken Elternteils - Entlastung der betroffenen Kinder - Verknüpfung eines sozialen Netzwerkes - Herstellung eines kontinuierlichen Beziehungsangebot für das Kind

Das Projekt „Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern“ ist besonders für allein erziehende psychisch kranke Mütter oder Väter geeignet. Gerade bei wiederholten stationären Klinikaufenthalten kommen die Kinder oft in wechselnde Bereitschaftspflegefamilien. Durch eine Patenschaft wird dem Kind eine stabile

Beziehung geboten; kommt es zur Bereitschaftspflege ist das Kind mit der Familie vertraut. Patenfamilien können die psychisch kranke Mutter in der Betreuung des Kindes entlasten, indem sie gemeinsame Freizeitaktivitäten mit dem Kind unternehmen oder eine Wochenend- bzw. Tagesbetreuung einrichten.

Für die Kinder bietet die Patenfamilie einen sicheren Raum. Treten hohe Belastungen auf, können sie sich – aufgrund der Flexibilität- an die Patenfamilien wenden. Dort erfahren sie Normalität und feste Alltagsstrukturen.

Patenschaften tragen dazu bei, kindliche Entwicklungsbedürfnisse zu erfüllen und eine gesunde seelische Entwicklung des Kindes zu fördern!

6.2. SeelenNot e.V. und Kinderprojekt Auryn

SeelenNot e.V. – Verein zur Unterstützung von Familien mit seelisch kranken Eltern e.V.	
<u>Träger:</u> SeelenNot e.V.	
<u>Kontakt:</u> → Dr. med. Chr. Deneke Universitätskrankenhaus Eppendorf Abt. f. Psychiatrie u. Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Martinistr. 52 20246 Hamburg Tel.: 040-42803-2215 o. - 4226	→ Gyöngyvér Sielaff Beratungsstelle Bahrenfelder Str. 169 22765 Hamburg Beratungstelefon: 040-39109050
<u>Zielgruppe:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kinder (bis 18) von psychisch kranken Eltern - deren Mütter bzw. Väter - Fachleute 	
<u>Angebote:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Beratung für Fachleute - Beratung (in der Beratungsstelle) für betroffene Familien - Aufklärung - Präventive Gruppenarbeit mit Kindern (Auryn) 	
<u>Ziele:</u> Durch präventive Angebote und Unterstützung sollen psychische Auffälligkeiten bei den Kindern verhindert werden.	

Kinderprojekt Auryn

Träger: SeelenNot e.V.

Kontakt: SeelenNot e.V.
siehe oben
Frau Dierks
Tel.: 040- 42803-2215 oder - 4361

Zielgruppe:

- Kinder (bis 18) von psychisch kranken Eltern

Angebote:

- Gruppentreffen, altersmäßig zueinander passender Kinder, 1x wöchentlich über 6 Monate
- Gespräche mit Eltern
- Kindgerechte Spiele und Rollenspiele, sowie kreatives Gestalten
- Familienaktivitäten
- Beratung (Einzelgespräche) von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern

Ziele:

- Förderung der Selbstreflexion
- Förderung von Bewältigungsstrategien
- Aufklärung
- Entlastung von Schuldgefühlen
- Austausch mit anderen Kindern
- Vorbeugung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern

SeelenNot e.V. und das Kinderprojekt Auryn tragen dazu bei, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine kindgerechte Aufklärung über die psychische Störung des Elternteils erhalten. In den Gruppen können sich die Kinder austauschen, sie machen die Erfahrung, dass andere Kinder dieselben Probleme haben. Die Kinder verlieren so Schamgefühle, Schwellenängste werden abgebaut und sie können über ihre Gefühle sprechen. In den Einzelgesprächen können Fragen der Kinder geklärt werden. Meist wird in den Familien nicht über die Erkrankung gesprochen, obwohl die Kinder viele Fragen haben. Durch Auryn finden sie Antworten!

6.3. Wohnprojekt Margaretenhort & Kindergruppe Windlicht

Margaretenhort- Jugendhilfezentrum des Ev.-luth. Gesamt-Verbandes Hamburg- Harburg	
Wohnprojekt	
<u>Träger:</u>	Kirchenkreis Hamburg- Harburg
<u>Kontakt:</u>	Margaretenhort Schlossmühlendamm 1 21072 Hamburg Tel.: 040- 790189-12 Fax: 040- 790189-99 E- Mail: franken@margaretenhort.de
<u>Zielgruppe:</u>	<ul style="list-style-type: none">- Psychisch kranke Mütter bzw. Väter oder Eltern mit ihren Kindern
<u>Angebote:</u>	<ul style="list-style-type: none">- Sozialpädagogische Betreuung im Wohnprojekt oder in der eigenen Wohnung- beratende Gespräche- Unterstützung und Begleitung bei Behördenangelegenheiten- Hilfestellung im Alltag- Rufbereitschaft
<u>Ziele:</u>	<ul style="list-style-type: none">- Entwicklung von stabilisierenden Außenkontakten- Ermöglichung eigenständigen Wohnens- Entlastung in der Kinderbetreuung

Der Margaretenhort ist leider am Randgebiet Hamburgs gelegen und nur auf den Stadtteil Harburg bzw. Wilhelmsburg bezogen. Die Arbeit ähnelt der Arbeitsweise eines sozialpsychiatrischen Dienstes (Beratung und Begleitung), allerdings intensiver und zentriert auf psychisch kranke Eltern und deren Kinder.

Windlicht – Sozialtherapeutisches Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern

Träger: Margaretenhort

Kontakt: siehe Margaretenhort

Zielgruppe:

- Kinder von psychisch kranken Eltern im Alter von 6-8 Jahren

Angebote:

- Ausdrucksfördernde Spiele (Rollenspiele, Handpuppen, Malen, Gestalten etc.)
- beratende Elterngespräche/ Elternarbeit

Ziele:

- Entwicklung eines sozialpädagogischen und therapeutischen Raumes, in dem die Kinder die Erfahrung machen können, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind
- Erleben von Gemeinschaftsgefühl
- Entlastung von Schuldgefühlen

Die Kinder können unbeschwert spielen und durch ausdrucks- und wahrnehmungsfördernde Spiele Problemlösungsstrategien entwickeln.

Durch altersangemessene Gespräche und Erfahrungsaustausch wird das Selbstbewusstsein gefördert. Die Kindergruppe ist ähnlich wie eine Gruppe im Kindergarten, nur kleiner und mit therapeutischen Effekt. Die Kinder brauchen sich nicht für ihre Eltern schämen, da alle Kinder psychisch kranke Eltern haben.

Solche „Spielgruppen“ sind äußerst effektiv und sollten in Zukunft vermehrt gebildet werden. Es handelt sich gewissermaßen um eine Angehörigengruppe, die entlastend wirkt und Hilfe und Unterstützung in Krisen bietet.

6.4. Tagesklinik und Spezialambulanz

Tagesklinik für psychisch kranke Mütter und ihre Babys

Träger: Universitätskrankenhaus Hamburg- Eppendorf (UKE)

Kontakt: Dr. med. Chr. Deneke
 Universitätskrankenhaus Eppendorf
 Abt. f. Psychiatrie u. Psychotherapie
 des Kindes- und Jugendalters
 Martinistr. 52
 20246 Hamburg
 Tel.: 040-42803-2215 o. - 4226

Zielgruppe:

- Mütter (oder Väter) mit psychischen Erkrankungen nach der Geburt

Angebote:

- Unterstützung der Mütter (oder Väter) im täglichen Umgang mit dem Säugling
- Eltern- Kind Psychotherapie
- Behandlung des Säuglings (Spieltherapie/Entwicklungsfördernde Maßnahmen)

Ziele:

- Stabilisierung der Beziehung von Mutter (oder Vater) und Kind
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Eltern
- Entwicklung von Perspektiven

Die Tagesklinik ist eine der wenigsten bestehenden Mutter- Kind- Angebote, die sich intensiv mit der Beziehung von Mutter und Kind beschäftigen und die sich auch um die Väter bemühen. Außerdem ist es Müttern in anderen Kliniken kaum möglich, ihre Kinder mit in die Klinik zu nehmen. Die Tagesklinik trägt dazu bei, dass eine Trennung von Mutter und Kind vermieden wird. Überforderung und emotionale Überlastung können so verhindert werden.

Spezialambulanz für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern

Träger: Universitätskrankenhaus Hamburg- Eppendorf (UKE)

Kontakt: Dr. med. Chr. Deneke
 Universitätskrankenhaus Eppendorf
 Abt. f. Psychiatrie u. Psychotherapie
 des Kindes- und Jugendalters
 Martinistr. 52
 20246 Hamburg
 Tel.: 040-42803-2215 o. - 4226

Zielgruppe:

- Psychisch kranke Eltern mit Säuglingen oder Kleinkinder von 0 bis 3 Jahren

Angebote:

- Beratung im Umgang mit dem Säugling
- Ambulante Gruppe für Mütter und Säuglinge
- Vätergruppe

Ziel:

- Unterstützung und Bewältigung des Lebensalltages

Wie die Tagesklinik bezieht sich die Spezialambulanz auf die frühe Bindung zwischen Mutter (oder Vater) und Säugling. Durch die Arbeit der Spezialambulanz können Überforderungen der Mütter oder Väter rechtzeitig erkannt und abgewendet werden. Die Vätergruppe ist eine der extrem wenig existierenden Präventionsgruppen in Deutschland, die sich mit der Beziehung zwischen psychisch kranken Vätern und ihren Kindern beschäftigen.

In der sozialpsychiatrischen Ambulanz des UKE existiert außerdem eine Angehörigengruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern. Hier können sich Betroffene über ihre Kindheitserlebnisse austauschen und über Hilfsangebote diskutieren.

7. Kinder psychisch kranker Eltern – Kompendium

Kinder psychisch kranker Eltern tragen ein erhöhtes Risiko, selbst psychisch zu erkranken

Es besteht ein Mangel an Hilfsangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern

Psychische Störungen der Eltern belasten auch die Kinder

Schutzfaktoren können die Entstehung einer psychischen Erkrankung verhindern

Coping- Strategien dienen zur Bewältigung von Belastungen

Psychische Störungen der Eltern haben Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung

Fast alle Kinder psychisch kranker Eltern zeigen ein unsicheres Bindungsmuster auf

Die meisten Kinder sind nicht über die psychische Störung der Eltern informiert oder aufgeklärt

8. Fazit

Kinder psychisch kranker Eltern sind von der elterlichen Erkrankung genauso betroffen, wie die Eltern selbst. Sie müssen sich mit der Krankheit auseinandersetzen, auch wenn sie nicht viel über die psychische Störung wissen. Sie kämpfen allein mit ihren Ängsten und Problemen und verbergen ihre eigenen Bedürfnisse und Gefühle. Meist haben die Kinder niemand, mit dem sie über die Erkrankung der Eltern(teile) reden können oder der sie über die Erkrankung informiert und aufklärt. Das Ergebnis der Befragung der Kinder zeigt dieses Defizit deutlich auf.

Durch das - meist merkwürdige- Verhalten der erkrankten Eltern werden die Kinder verunsichert und entwickeln Schuldgefühle. Von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung von Schutzfaktoren. Da Kinder psychisch kranker Eltern eine Risikogruppe darstellen, ist es sinnvoll, den Kindern bei der Aktivierung von Schutzfaktoren und bei der Entwicklung von Coping- Strategien zu unterstützen. Nur so kann es den Kindern gelingen, trotz vorhandener Belastungen, eine gesunde seelische Entwicklung zu durchlaufen. Entwicklungsdefizite beeinträchtigen die gesamte Persönlichkeitsstruktur des Menschen, mit deren Folgen noch bereits erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern zu kämpfen haben. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Entwicklungsbedürfnisse der Kinder erfüllt werden.

Wenn eine Mutter in einer psychiatrischen Klinik stationär aufgenommen werden muss, sollten auch die Kinder mit in die Behandlung einbezogen werden. Die Bindungsbeziehung ist grundlegend für die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes. Aus diesem Grund sollte die Psychiatrie mit bindungsspezifischen therapeutischen Methoden arbeiten. Selbst wenn die Kinder, während des stationären Klinikaufenthaltes der Mutter, gut bei Angehörigen untergebracht sind, müssen auch fachliche Gespräche mit den Kindern geführt werden. Nur wenn Mutter und Kind Unterstützung und Beratung erfahren, kann eine stabile Mutter- Kind- Beziehung erhalten bzw. entwickelt werden. Viele, sich später bei dem Kind entwickelnden, psychische Auffälligkeiten oder Störungen könnten vermieden werden.

Im Hinblick auf die Zahl von ca. 500.000 Kinder psychisch kranker Eltern und die Tatsache, dass jährlich in Deutschland, allein von Eltern mit manisch-depressiven und schizophrenen Erkrankungen, etwa 17.000 Kinder geboren werden (www.liga-kind.de/pages/pap198.htm [Stand 18.03.2006]), zeigt, dass diese Kinder keine marginale Gruppe sind. Dennoch zeigt sich wenig öffentliches Interesse an diesen Kindern. Sie werden außer Acht gelassen oder übersehen. Die wenige – zwar in den letzten Jahren zunehmenden – Hilfsprojekte decken nicht den Handlungsbedarf. Die Fachöffentlichkeit sollte aufgefordert werden, sich das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ anzunehmen. Betreuungsangebote sind dringend erforderlich. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen sozialpädagogischen, psychiatrischen und kinder- und jugendrechtlichen Multiplikatoren ist notwendig. Auch FrauenärztInnen, ErzieherInnen und LehrerInnen könnten Akteure in einem multiprofessionellen Helfersystems sein. Durch ihre Intervention könnten sie Eltern über Hilfsangebote und präventive Förderungsmaßnahmen informieren. Präventive Förderung zur Vermeidung von Auffälligkeiten bei den Kindern sollte im Vordergrund stehen.

Handeln, bevor Kinder psychisch kranker Eltern selbst psychisch erkranken oder fremduntergebracht werden müssen, sollte oberste Priorität sein. Dies wäre nicht nur vom ethischen sondern auch ökonomischen Wert!

9. Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

➤ Abb. 1 Affektive Störungen	9
➤ Abb. 2 Schutzfaktoren	34
➤ Tab. 1 Wohnformen	27
➤ Tab. 2 Elterliche Störungen	28
➤ Tab. 3 Informationsstand über die elterliche Störung	28

10. Literaturverzeichnis

Ainsworth, M.D.S./ Witting, B.A. 1969: Attachment and the exploratory behaviour of one- years- olds in a strange situation. In: Foss, B.M. (Hg.): Determinants of infant behaviour. New York: Basic Books, 113-130

Beck- Texte 2006: BBG Bürgerliches Gesetzbuch. 57. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Brisch, K.- H. 1999: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta

Csef, H. 2004: Protektive und pathogene Faktoren in der Kindheit psychisch kranker Erwachsener. In: Nissen, G. : Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose. Stuttgart: Schattauer, 51- 66

Deister, A. 1996: Zwangsstörungen. In: Möller, H.-J./ Laux, G./ Deister, A.: Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH, 117- 126

Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M.H. (Hg.) 1999: Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. Klinisch- diagnostische Leitlinien. 3. unveränd. Aufl. Göttingen: Hans Huber

Egle, U. T./ Hoffmann, S. O. 2000: Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In: Egle, U. T./ Joraschky, P. : Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 3- 22

Engfer, A. 1997: Gewalt gegen Kinder in der Familie. In: Egle, U. T./ Hoffmann, S.O./ Joraschky, P.: Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 23- 39

Erikson, E. H. 2000: Identität und Lebenszyklus. 18. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Faszination Seele 2003. Zeitschrift für Patienten und Angehörige. Köln: Biermann Verlag GmbH, II/ 2003, 4- 6

Field, T. 1987: Affective and interactive disturbances in infants. In: Osofsky, J. (Hg.): Handbook of Infants Development. New York, 972- 1005

Finzen, A. 1993: Schizophrenie. Die Krankheit verstehen. Bonn: Psychiatrie Verlag

Fischer, M./ Gerster, S. 2005: Vergessen und überfordert: Kinder von psychisch kranken Eltern. In: Neuropsychiatrie Band 19/ 4. Zeitschrift für Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Verlag, Dr. Karl Feistle OHG, 162- 167

Flammer, A. 1996: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 2. vollständig überarb. Aufl. Bern: Hans Huber

Gammon, D./ John, K./ Weissman, M. 1984: Psychopathologie bei Kindern depressiver Eltern. In: Steinhausen, H.- Ch. (Hg.): Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und – psychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 193- 208

Hantel- Quitmann, W. 1997: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lehrbuch Familienpsychologie und Familientherapie, Band 3 Gesundheit und Krankheit. Freiburg i. Breisgau: Lambertus

Hartmann, H. P. 2005: Die Bindungstheorie – wieder entdeckt: Umdenken in der Psychiatrie?. In: Urban, M./ Hartmann, H.- P. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 13- 31

Heim, S. 2001: ...und (k)einen Platz für Kinder?. Ein „blinder Fleck“ der Angehörigenarbeit in der Psychiatrie. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.) Soziale Praxis: Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Münster: Votum, 73- 76

Hoffmann S. O./ Hochapfel G. 1999: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. Compact Lehrbuch. 6. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Schattauer

Küchenhoff, B. 2004: Kinder psychotisch kranker Eltern. In: Nissen, G.: Psychische Störungen im Kindesalter und ihre Prognose. Stuttgart: Schattauer, 107- 113

Laux, G. 1996: Affektive Störungen. In: Möller, H.-J./ Laux, G./ Deister, A.: Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH, 58- 96

Löll, Chr. 2005: Mama, warum bist du so?. In: Stern Gesund Leben - Das Magazin für Körper, Geist und Seele, Nr.1, 92- 98

Mattejat, F. 1996: Kinder mit psychisch kranken Eltern - eine aktuelle Standortbestimmung. In: Bundesverband der angehörig psychisch Kranker e.V. (Hg.). Bonn, 9- 34

Mattejat, F. 2004: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: Mattejat, F./ Lisofsky, B. (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie- Verlag, 66- 78

Mayring, Ph. 2002: Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. überarb. Aufl. Weinheim & Basel: Beltz

Möller, H.- J. 1996: Schizophrenie. In: Möller, H.-J./ Laux, G./ Deister, A.: Psychiatrie. Stuttgart: Hippokrates Verlag GmbH, 127- 152

Morschitzky, h. 2004: Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. 3. Aufl. Wien New York: Springer

Münder, J./ Mutke, B./ Schone, R. 2000: Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum

Oerter, R. 1999: Klinische Entwicklungspsychologie: zur notwendigen Integration zweier Fächer. In: Oerter, R./ von Hagen, C./ Röper, G. u.a. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union Beltz, 1 - 10

Pretis, M./ Dimova, A. 2004: Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Reinhardt

Remschmidt, H./ Mattejat, F. 1994: Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe

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

Spangler, G./ Zimmermann, P. 1999: Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: Oerter, R./ von Hagen, C./ Röper, G. u.a. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union Beltz, 170- 194

Tillmann, H.- J. 2000: Sozialisationstheorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. 10. erw. u. überarb. Aufl. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Wagenblass, S. 2001 a: Kinder psychisch kranker Eltern – eine vernachlässigte Zielgruppe von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: info Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz. 8. Jahrgang, Aktion Jugendschutz Sachsen e.V., Ausgabe 01, 2- 5

Wagenblass, S. 2001 b: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 50. Jahrgang, Heft 7, 513- 524

Internet:

www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit-12360.html (Stand 10.03.2006)

www.liga-kind.de/pages/pap198.htm (Stand 18.03.2006)

www.panikattacken.at/angststoerung/angst/htm (Stand 30.01.2006)

www.psychiatriegespraech.de/sb/schizophrenie/schizophrenie_aetiol.php (Stand 28.02.2006)

11. Weiterführende Literatur

Bock.Th. 2002: Achterbahn der Gefühle. Mit Manie und Depression leben lernen.
Freiburg: Herder

Bock, Th./ Deranders, J. E./ Esterer, I. 2001: Stimmenreich. Mitteilungen über den
Wahnsinn. 7. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag

Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e.V. (Hg.): Wenn eine Mutter oder
ein Vater psychische Probleme hat...Wie geht es dann den Kindern? (Broschüre)

Forward, S. 1993: Vergiftete Kindheit. Elterliche Macht und ihre Folgen. München:
Goldmann Verlag

Homeier, Sch. 2006: Sonnige Traurigtage. Frankfurt: Marbuse

Mahler, M.S./ Pine, F./ Bergmann, A. 1993: Die psychische Geburt des Menschen.
Symbiose und Individuation. Frankfurt a. M.: Fischer

Richter, H.- E. 1969 : Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie.
31. Aufl. Reinbek: Rowohlt

Simon, F. B. 2004: Meine Psychose, mein Fahrrad und ich. Heidelberg: Carl- Auer

Weins, M. 2002: Goldener Reiter. Reinbek: Rowohlt

12. Schriftliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehende Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe und mich anderer als der im beigefügten Literaturverzeichnis angegebene Quellen nicht bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Wedel, April 2006

Anette Wulf

Anhang

- Fragebögen