



Leseprobe aus Schrappe, Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern,

ISBN 978-3-7799-3418-9

© 2018 Beltz Juventa in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel

[http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?](http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3418-9)

isbn=978-3-7799-3418-9

Einführung

Die vergessenen kleinen Angehörigen

„Papa ist ausgezogen, weil er so komische Sachen gemacht und nicht gearbeitet hat, sagt meine Mutter.“ – „Nachdem meine kleine Schwester auf die Welt kam, war Mama erst mal ganz lange in so ‘ner Klinik!“ – „Meine Psychiaterin hat mich zu Ihnen geschickt, damit ich erfahre, wie ich mit den Kindern darüber reden kann.“ – „Mein Sohn schaut den ganzen Tag fern, ich habe nicht die Kraft aufzustehen und ihn zum Lernen zu bewegen.“

In Beratungsstellen sind solche Aussagen inzwischen häufig zu hören. Vor allem dann, wenn die Ratsuchenden merken, dass sich die Beraterinnen und Berater mit psychischen Krisen und ihren Folgen für die Familie auskennen. Dies trifft in erster Linie auf die Erziehungs- und Familienberatungsstellen zu, aber auch auf die Angebote der Schwangerschaftsberatung, Ehe- und Lebensberatung, Schuldnerberatung, der Sozialpsychiatrischen Dienste, schulpsychologischen Beratung usw. Wenn im Folgenden von Beratungsstellen die Rede ist, dann ist die ganze Bandbreite von Beratung gemeint, wobei der Schwerpunkt auf der Erziehungs- und Familienberatung liegt

Erst Mitte der 1990er Jahre begann die Fachöffentlichkeit, die Kinder psychisch erkrankter Eltern in den Blick zu nehmen. „Auch Kinder sind Angehörige“, lautete das Thema eines Kongresses des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker im Jahr 1996. Dort, wie auch in dem 1998 erschienenen Klassiker von Mattejat und Lisofsky „... nicht von schlechten Eltern“, erhoben vor allem betroffene volljährige Kinder die Stimme und sprachen offen über ihr Aufwachsen bei einem psychisch erkrankten Elternteil. In ihren Schilderungen von einer unkonventionellen, oft belasteten und bedrohten Kindheit mischte sich spürbare Empörung. Der Vorwurf lautete, dass den Fachleuten ihr Los als bindungs- und schutzbedürftige Kinder manchmal

weniger wichtig gewesen zu sein schien als die Toleranz gegenüber den erkrankten Eltern. Im Bemühen, psychisch Kranke ja nicht (wieder) zu stigmatisieren und zu diskriminieren, habe man in der (sozial-)psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung die Situation der Kinder aus dem Blick verloren.

„Kinder psychisch erkrankter Eltern sind die vergessenen kleinen Angehörigen der Psychiatriereform“, so formulieren viele Fachleute bis heute, und diese Kritik war und ist nicht von der Hand zu weisen. Bei den Reformen der psychiatrischen Versorgung seit den 1970er Jahren hat sich vieles für die psychisch Erkrankten verbessert. Der Weg ging von den großen Nervenanstalten hin zu eingestreuten psychiatrischen Stationen, von den oft jahre- oder lebenslangen Hospitalisierungen hin zu kurzen Behandlungen und anschließenden gemeindenahen rehabilitativen Angeboten. Die psychiatrische Versorgung wie auch der sich neu entwickelnde komplementäre Bereich der Sozialpsychiatrie entdeckten die Bedeutung der Angehörigen. Aber sie dachten dabei vor allem an die Eltern und Partner der psychisch Erkrankten, nicht an deren Kinder.

Zur Psychiatriereform gehörte auch die Erkenntnis, wie wichtig die Wiedereingliederung der Erkrankten in das Arbeitsleben oder zumindest in Formen tagesstrukturierender Beschäftigung war, und man förderte dies z. B. mit der Einführung einer „Arbeitsassistentz“. Dass die Beschäftigung einer erkrankten Mutter bzw. eines Vaters jedoch in der tagesfüllenden Pflege, Versorgung und Erziehung von Kindern bestand und ebenfalls einer Förderung bedurfte, wurde damals nicht wahrgenommen. Das lag u. a. auch daran, dass die Kinder- und Jugendhilfe, die hierzu wichtige Beiträge hätte leisten können, bei der Psychiatriereform kaum beteiligt war. Noch zwanzig Jahre später, in der Diskussion um ein Bundesteilhabegesetz, müssen Verbände, die sich für die Belange von körper-, geistig-, sinnes- oder psychisch beeinträchtigten Eltern und ihren Kindern einsetzen, für die Etablierung einer „Elternassistentz“ als Teilhabeleistung kämpfen.

Auf den Pioniergeist der 1990er Jahre geht es zurück, dass aus diesen vereinzelt Anfängen heraus ein zunächst loses Netzwerk entstand. Im Zuge ihrer Forschungen am Institut für Soziale

Arbeit (isa) in Münster etablierte Sabine Wagenblaus ein jährliches Expertentreffen, bei dem sich die Fachkräfte austauschten über ihre Erfahrungen mit Kindern psychisch erkrankter Eltern. Die Veröffentlichung von Renschmidt & Matzejat, „Kinder psychotischer Eltern“ (1994), das Modell-Projekt in Freiburg mit den ersten Aurn-Kindergruppen, die Initiative „Netz und Boden“ von Katja Beck in Berlin, das Angebot von Dr. Christiane Deneke an der Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKE Hamburg – ihnen und vielen weiteren Personen, Initiativen und Projekten ist es zu verdanken, dass das Thema Kinder psychisch kranker Eltern nach und nach Verbreitung fand. Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang auch das Engagement des Dachverbands Gemeindepyschiatry e.V., der unter dem Motto „Kleine Held(inn)en in Not“ jahrelang gewichtige Fachtagungen durchführte und einen Atlas zur Projektfinanzierung beisteuerte.

Bemerkenswert daran ist, dass es zu keiner Zeit eine breit angelegte, bundesweite Förderung dieser Initiativen durch die öffentliche Hand oder das Gesundheitswesen gab. Einzelne Bundesländer oder Regionen entschlossen sich zur Finanzierung von befristeten Modellprojekten, hier und dort förderten Krankenkassen die Veröffentlichung von Infobroschüren. Mancherorts konnten Forschungsgelder eingeworben werden, um bestimmte Arbeitsansätze zu entwickeln und zu evaluieren. An vielen Orten mussten die engagierten Fachkräfte ihre Energie darauf verwenden, lokale Stiftungen und Charity-Clubs für eine Unterstützung zu gewinnen. Bezeichnenderweise ist an dieser Stelle eine Organisation zu nennen, die ihre Mittel aus dem Glückspiel bezieht und ohne deren Förderung die Hilfen für Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern nie so weit entwickelt worden wären. Die Rede ist von Aktion Mensch, die seit langem bis in die Gegenwart hinein Jahr für Jahr eine große Zahl von Projekten fördert.

Der Appell, für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil die erforderlichen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen zu entwickeln, geht bis heute stark von einer Art Graswurzelbewegung aus. Und diese ist relativ erfolgreich, denn die fachliche Notwendigkeit wird heute von keiner Berufsgruppe, keinem Verband, keiner Einrichtungsform mehr ernsthaft be-

stritten, auch wenn bis zur Realisierung und Finanzierung oft noch ein weiter Weg zurückzulegen ist. 2006 formierte sich aus dem einstigen Expertentreffen die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) „Kinder psychisch erkrankter Eltern“, mit einem ehrenamtlichen Sprecher/innen-Team, jährlichen Fachtagungen und gemeinsamem Internetauftritt (www.bag-kipe.de). Als die BAG im Frühjahr 2016 mit vielen langjährigen und neuen Aktiven ihr zehnjähriges Jubiläum feierte, durfte man mit Zufriedenheit auf das Erreichte schauen, um dann mit aller Kraft die vielen noch offenen Aufgaben anzugehen.

Zwanzig Jahre nach den ersten Anfängen haben sich psychiatrische Kliniken, Dienste der sozialpsychiatrischen Versorgung, Jugendhilfeeinrichtungen, Erwachsenenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychiater, Jugendämter und die Allgemeinen Sozialdienste auf die Bedarfe der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil eingestellt. Woher kamen die Impulse für diese Entwicklung? Warum entwickelte sich ab Mitte der 1990er Jahre ein Bewusstsein für die Situation und die Unterstützungsbedarfe von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil beziehungsweise – wenige Jahre zuvor – von Familien mit elterlicher Suchtbelastung?

- Seit den 1980er Jahren setzten sich in Psychotherapie, Psychiatrie und Sozialarbeit die familientherapeutischen, später systemisch erweiterten Modelle durch. Sie stellten die Basis dafür dar, in der Behandlung nicht mehr nur isoliert auf einzelne Erwachsene oder Kinder zu schauen, sondern ihre familiären Interaktionen zu fokussieren. Nicht mehr das Individuum allein, sondern gerade die Familie wurde als das relevante System angesehen, das mit seinen Mitgliedern konkrete Belastungen zu bewältigen und Kompetenzen zu entwickeln hat.
- Die erwachsenenpsychiatrische Forschung steuerte Zahlenmaterial über die Selbsterkrankungsrate von Kindern psychisch erkrankter Menschen bei, sowie Schätzungen über die Stärke genetischer Belastungen im Vergleich zu psychosozialen Belastungsfaktoren. Das Augenmerk war dabei weniger darauf gerichtet, die Kinder bei der Bewältigung der elterlichen Beeinträchtigungen zu unterstützen, als vielmehr zu ver-

stehen, wie es bei einem Erwachsenen zu einer psychischen Erkrankung kommt. In theoretischer Sicht hat vor allem das Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Entstehung und des Verlaufs psychischer Störungen einen großen Ertrag für das Arbeitsgebiet erbracht. Was die Versorgung der Patientinnen und Patienten in ihrer Elternrolle betrifft, begannen einige Kliniken mit der Aufklärung der betroffenen Familien und der Berücksichtigung der Kinder bei der Behandlung des Elternteils. In Einzelfällen etablierte sich eine Mutter-Kind-Behandlung.

- Die Impulse von kinder- und jugendpsychiatrischer Seite waren zweifach: Zum einen lieferte sie Belege, dass rund die Hälfte der Kinder in stationärer Behandlung ihrerseits einen Elternteil haben, der eine einschlägige psychische Störung aufweist (Kölch & Schmid 2014, S. 122), was ein starkes Argument für eine familienbezogene Herangehensweise war. Zum anderen verfügte die Kinder- und Jugendpsychiatrie über bewährte biopsychosoziale Modelle der Entwicklung von Auffälligkeiten und Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vgl. Mattejat 2008).
- Das 1990 eingeführte Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) war deutlich geprägt von der beschriebenen systemischen Wende, weshalb es oft als Elternhilfe- oder Familienhilfegesetz charakterisiert wurde. Für die Fachkräfte in der Jugendhilfe wurde es zum Standard, in den (teil-)stationären Einrichtungen oder ambulanten Angeboten sowohl die Kinder als auch ihre Eltern und die wechselseitige Bedingtheit des Verhaltens in den Blick zu nehmen. Neu für die Kinder- und Jugendhilfe war nicht so sehr, mit Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil zu arbeiten – diese befanden sich bereits zahlreich in ihren Einrichtungen, wenngleich sie oft noch nicht als solche erkannt wurden. Die Innovation bestand vielmehr darin, mit psychischen Störungen und dem erwachsenenpsychiatrischen Versorgungssystem vertraut zu werden und eine Zusammenarbeit zu etablieren.
- Die Erziehungs- und Familienberatungsstellen, die – trotz ihrer historischen Wurzeln im Gesundheits- und Bildungssys-

tem – seit jeher ihren Platz in der Jugendhilfe haben, standen bei der Entwicklung von Hilfen für betroffene Familien anfangs nicht an erster Stelle. Ihre Organisationsform und ihr Arbeitsansatz erlaubten es jedoch, ohne viel Aufhebens ihre Angebote auch für die Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern zu öffnen, und sie taten dies in breiter Linie. Grundsätzlich geübt zu kooperieren, bestand die Entwicklungsaufgabe für die Beratungsstellen vor allem darin, Kontakte zur erwachsenen- bzw. sozialpsychiatrischen Seite zu knüpfen und ihre Kompetenz hinsichtlich psychischer Erkrankungen auszubauen. Weitere Schritte zur Entwicklung von Beratungsstellen sind Inhalt dieses Buches.

- So bitter es ist, haben auch die Fälle von Kindesvernachlässigung und -misshandlung – zum Teil mit Todesfolge – dazu beigetragen, das Augenmerk auf die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern zu lenken. Dies anzuerkennen, darf jedoch nicht dazu verleiten, diese Eltern vor allem als potenzielle Gefährdung für ihre Kinder anzusehen. Psychisch erkrankte Eltern sind in erster Linie Eltern, die vor einer besonders großen Aufgabe stehen und daher Hilfe von der umgebenden Gemeinschaft benötigen. Je früher es den professionellen Diensten aus Psychiatrie und Jugendhilfe gelingt, zusammenzuarbeiten und diese Familien zu erreichen, desto besser wird eine Absicherung auch in eskalierenden Momenten erfolgen können.

Stress und Stressbewältigung

Es ist das Verdienst vor allem von Albert Lenz und seiner Arbeitsgruppe, das Stresskonzept der Psychologie und damit die Ansätze von Stressbewältigung und Resilienzförderung für das Arbeitsfeld der Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil fruchtbar gemacht zu haben (vgl. Lenz 2008; Lenz 2010; Kuhn, Lenz 2008; Kuhn, Lenz, Jungbauer 2011; Lenz, Kuhn 2011; Beyer, Lohaus 2011; Lenz, Brockmann 2013). Hierbei wird die psychische Erkrankung von Mutter oder Vater als eine Quelle von Stress gese-

hen, den das Kind möglichst gut zu bewältigen versucht. Die Strategien, die Kinder in der Bewältigung von Stressoren einsetzen können, lassen sich grob unterscheiden in solche zur

- aktiven Problemlösung: „Wenn meine Mama morgens nicht aufsteht, dann mache ich mir mein Schulbrot selbst.“
- Suche nach sozialer Unterstützung: „Wenn mein Vater wieder so komische Dinge tut, dann rufe ich meine Oma an, damit sie vorbeikommt.“
- Emotionsregulierung: „Ich tue etwas, damit ich nicht mehr so doofe Gefühle habe.“
- Meidung des Stressors: „An den schlechten Tagen verbringe ich meine Zeit vor allem im Sportverein.“

Die ersten beiden Bewältigungsstrategien zählen zu denen mit instrumenteller bzw. problemlösender Funktion (→ Kontrolle oder Veränderung stressauslösender Situationsmerkmale), die anderen beiden zu denen mit palliativer bzw. emotionsorientierter Funktion (→ Kontrolle der mit dem Stress einhergehenden negativen physischen und psychischen Wirkungen) (vgl. Lenz 2008).

Folgt man diesem Ansatz, wird die Fachkraft in der Einzel- und Familienberatung versuchen, die Stressbewältigungskapazitäten der Kinder zu stärken bzw. ihre Resilienz zu fördern. Dabei erhebt sich natürlich die Frage, welche der genannten Strategien nun die richtige ist. Die Antwort lautet: In solchen Familien ist keine Strategie immer in allen Situationen den anderen überlegen. Vielmehr muss das Kind angesichts der konkreten Schwierigkeiten und Anforderungen diejenige Vorgehensweise auswählen, die in dieser Situation am ehesten funktional bzw. protektiv ist. Diese *differentielle Stressbewältigungskapazität* ist es also, was sich Kinder und Jugendliche aneignen sollten, die mit psychisch erkrankten Eltern aufwachsen (Lenz 2010). Diese Aufgabe ist anspruchsvoll, zumal die Funktionalität von Bewältigungsstrategien mitunter variiert, je nachdem ob die kurz- oder die langfristigen Folgen betrachtet werden.

Favorit unter den vier genannten Strategien ist die *Suche nach sozialer Unterstützung*. Diese ist in der Realität allerdings dadurch erschwert, dass die Familien aufgrund von Ängsten oder

Ausgrenzung häufig sozial isoliert leben und die Kinder häufig das Tabu befolgen, sich keiner Person außerhalb der Familie anzuvertrauen. Für die Beratung bedeutet dies, mit dem Kind und den Eltern überhaupt erst die Erlaubnis zu erarbeiten, soziale Unterstützung einzubeziehen. Anschließend muss – falls bislang niemand dafür infrage kommt – nach einer geeigneten Bezugsperson gesucht werden, an die sich das Kind im erneuten Krisenfall mit Zustimmung der Eltern wenden kann.

Das *aktive Problemlösen*, das allgemein gerne als der Königsweg unter den Stressbewältigungsstrategien gehandelt wird, ist für Kinder angesichts einer elterlichen psychischen Erkrankung eine zwiespältige Angelegenheit. Aktives Problemlösen setzt voraus, dass die vorhandene Situation grundsätzlich verstanden und beeinflusst werden kann. Bei psychischen Störungen und ihren Auswirkungen im Familienleben ist dies oft nicht der Fall. Vielmehr machen die Kinder die Erfahrung, dass sie auf viele Prozesse nur geringen oder keinen Einfluss nehmen können. Ungeachtet dessen versuchen zwar viele Kinder mit großem Einsatz, in einer Kombination von Parentifizierung, kindlicher Allmachtsphantasie und praktischer Alternativlosigkeit das Familienleben zu stabilisieren. Sie beziehen daraus auch ein Gefühl von Wichtigkeit und Selbstwirksamkeit, jedoch können sie nur wenig ausrichten und überfordern sich vielmehr. Wenn sie sich nun in der Beratung mit ihren faktisch sehr beschränkten Möglichkeiten auseinandersetzen, ist es für sie zunächst eine Enttäuschung. Erst nach und nach erkennen sie die Entlastung, dass sie nicht alle familiären Probleme zu lösen versuchen müssen und sich vielmehr ihren eigenen kindlichen Bedürfnissen zuwenden können. Dies sollte natürlich unterstützt werden durch den Aufbau von Hilfen von anderen, erwachsenen Personen wie z. B. den stabilen zweiten Elternteil, Angehörige oder Helfer. Das aktive Problemlösen ist dann für Kinder eine funktionale Strategie, wenn es sich auf überschaubare, im eigenen Einflussbereich liegende Alltagsprobleme bezieht.

Wenn Kinder das elterliche Befinden und Verhalten als für sie unverständlich und unbeeinflussbar erleben, reagieren sie oft mit *Vermeidungsverhalten*. Sie gehen der Situation aus dem Weg,

ziehen sich zurück oder versuchen sich oft außerhalb der Familie aufzuhalten, also bei Freunden, in Schule oder Vereinen. Wenn die Kinder in Beratung sind und das Für und Wider dieser Problemlösestrategie betrachten, erkennen viele, wie vorteilhaft das Vermeidungsverhalten für sie selbst sein kann. Voraussetzung dafür ist für viele Kinder jedoch die Gewissheit, dass die Eltern ohne sie zurechtkommen und bei Krisen auf andere Hilfen zurückgreifen können. Diese reichen von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung über sozialpsychiatrische Unterstützung bis hin zu einem informellen Netzwerk von Angehörigen und Bekannten. Vorsicht ist bei der Problemmeidung jedoch dann geboten, wenn sie zu einer generalisierten Bewältigungsstrategie wird, da damit die Ausbildung einer depressiven Symptomatik begünstigt wird (vgl. Lenz 2008).

Als vierte Stressbewältigungsstrategie gilt die *emotionsregulierende Bewältigung*. In Situationen, die für das Kind im Grunde unbeeinflussbar sind, gelten sie als funktionale Vorgehensweise, jedoch nur in der konstruktiven Form, z. B. an etwas Schönes denken, sich entspannen, angenehme Musik hören usw. Die destruktive Variante der Emotionsregulierung, z. B. sich ausagieren, problematisches Verhalten zeigen, seinen Kummer oder Ärger an anderen auslassen usw., schafft dagegen neue Schwierigkeiten für das Kind.

Lenz folgert: „Für ein adaptives Coping ist nicht nur wichtig, über ein möglichst breites Bewältigungsrepertoire zu verfügen, sondern vor allem, es situationsgerecht einsetzen zu können, wobei sich die Kontrollierbarkeit der Situation als besonders relevanter Aspekt erweist“ (Lenz 2008, S. 50).

Verantwortung für eine „neue“ Zielgruppe übernehmen

So überschrieb Johann Brumm (1998) seinen Artikel über die Erfahrungen in der Würzburger Evangelischen Erziehungsberatungsstelle mit Kindern psychisch erkrankter Eltern. Diese Zielgruppe sei nur eingeschränkt als „neu“ zu bezeichnen, so der Psychologe, da diese Familien schon immer zur Klientel gehör-

ten, oft jedoch nicht als solche identifiziert und somit auch nicht spezifisch unterstützt worden seien. In der Unterstützung der bislang „vergessenen Kinder“ spielen Erziehungs- und Familienberatungsstellen mittlerweile eine sehr nachhaltige Rolle. Diese Beratungsstellen können etwas tun, was psychiatrischen Kliniken, sozialpsychiatrischen Einrichtungen, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxen usw. zum Teil verstellt ist: Sie können aufgrund ihrer Finanzierungsform und ihrer systemischen Orientierung auf Kinder und Eltern ohne weiteres mit dieser Zielgruppe systemisch zu arbeiten beginnen – zumindest wenn sie sich dafür qualifiziert haben.

An vielen Orten haben Erziehungs- und Familienberatungsstellen ihr Angebot auf diese besondere Zielgruppe hin verbreitert. Sie haben spezifische Gruppenangebote für die Kinder mit begleitender Elternarbeit entwickelt, oder eine Präsenz in psychiatrischen Einrichtungen in Form von Sprechstunden oder Konsiliardiensten aufgebaut (vgl. Schrappe 2008).

Wenn im Folgenden von psychischen Erkrankungen die Rede ist, geht es vor allem um folgende Störungsbilder:

- Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und wahnhaftige Störungen
- Affektive Störungen wie die Depression und die bipolare („manisch-depressive“) Erkrankung
- Abhängigkeitserkrankungen aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch
- Schwere Angst- und Zwangsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen, vor allem vom emotional instabilen oder dissozialen Typ.

Die Beschäftigung mit den Auswirkungen elterlicher Erkrankung auf die Kinder nahm ihren Ausgang bei den affektiven und kognitiven Psychosen, also den schizophrenen Psychosen, bipolaren Störungen und schweren Depressionen (vgl. Remschmidt & Mattejat 1994). Die Folgen der elterlichen Suchterkrankungen sind seit Anfang der 1990er Jahre in eigenen Forschungs- und Versorgungsnetzwerken thematisiert worden, wobei inzwischen