

Verein  
für  
Kommunalwissenschaften e.V.



Aktuelle Beiträge  
zur Kinder- und Jugendhilfe 49

**Die Verantwortung  
der Jugendhilfe  
für Kinder von Eltern  
mit chronischen  
Belastungen**

Dokumentation der Fachtagung  
in Kooperation mit der  
Deutschen Liga für das Kind e.V.  
am 17. und 18. Juni 2004 in Berlin

Diese Tagung wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Herausgeber:

Verein für Kommunalwissenschaften e. V.

Ernst-Reuter-Haus · Straße des 17. Juni 112 · 10623 Berlin

Postfach 12 03 21 · 10593 Berlin

Redaktion, Layout und Satz:

Roland Kühne

Fritz-Kirsch-Zeile 24

12459 Berlin

Fotos:

Rita Rabe, Deutsches Institut für Urbanistik, Berlin

Herstellung:

Verein für Kommunalwissenschaften e. V.

Berlin 2005

**Hinweise zur Download-Ausgabe:**

**Der vorliegende Tagungsband wird vom Verein für Kommunalwissenschaften e.V. nicht mehr als Druckfassung aufgelegt. Es besteht die Möglichkeit, die Fachbeiträge und Diskussionen aus dem Internet herunter zu laden. Die Texte sind schreibgeschützt.**

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>Vorwort</b>	7
<p>KERSTIN LANDUA  <i>Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe,  Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin,</i>  und  DR. JÖRG MAYWALD  <i>Geschäftsführer der Deutschen Liga für das Kind e.V., Berlin</i></p>	
<b><u>Fachreferate:</u></b>	
<b>Ohne Netz und ohne Boden – Lebenssituationen von Kindern psychisch kranker Eltern: Reflexion und Perspektiven aus fachlicher Sicht und persönlichen Erfahrungen</b>	13
<p>KATJA BEECK  <i>Diplom-Medienberaterin, Gründerin von „Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern“, Berlin</i></p>	
<b>Spezifische Störungsbilder chronisch belasteter Eltern und deren Auswirkungen auf ihre Erziehungsfähigkeit</b>	32
<p>PROF. DR. MED. ULRIKE LEHMKUHL  <i>Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum</i></p>	
<b>Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren</b>	40
<p>PROF. DR. JÜRGEN KÖRNER  <i>Psychoanalytiker, Professor für Sozialpädagogik an der Freien Universität Berlin</i></p>	
<b>Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe: Vorstellung von Forschungsergebnissen des Projektes KAFKA</b>	48
<p>DR. SABINE WAGENBLASS  <i>Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Soziale Arbeit e.V. (ISA), Münster</i></p>	
<b>Kinder aus suchtblasteten Familien: Risiken, Resilienzen, Lösungen und Hilfen</b>	62
<p>PROF. DR. MICHAEL KLEIN  <i>Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln, Forschungsschwerpunkt Sucht</i></p>	

**Impulsreferate in Arbeitsgruppen – Praxisbeispiele und Spezialangebote aus der Jugendhilfe**

- Arbeitsgruppe 1: Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – das Präventionsprojekt KIPKEL e.V. im Kreis Mettmann** 83  
DR. MED. MICHAEL HIPPE  
*Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,  
Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Hilden, Nordrhein-Westfalen,  
Vorsitzender von KIPKEL e.V.,*  
und  
SUSANNA STAETS  
*Kindertherapeutin, Praxis für Kunst- und Kinderpsychotherapie, Haan,  
Nordrhein-Westfalen, Initiatorin des KIPKEL-Projektes*
- Arbeitsgruppe 2: Neue Ansätze der Pflegekinderarbeit – Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern** 91  
ALEXANDRA SZYLOWICKI  
*Diplompädagogin, Supervisorin, Leiterin des PFIFF e.V.,  
Pflegekinder und ihre Familien Förderverein, Hamburg*
- Arbeitsgruppe 3: Präventiv gedacht: Das Kinderprojekt AURYN** 103  
KARIN SCHUHMAN  
*Heilpädagogin im Kinderprojekt AURYN, Bad Homburg, Hessen*
- Arbeitsgruppe 4: Hilfeangebote für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen** 115  
DR. ELISABETH AUTHMANN  
*Kinderärztin im Gesundheitsamt der Stadt Köln,  
Beratungsstelle für entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche,  
Mitglied des Sprecherkreises der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)*
- Arbeitsgruppe 5: Elternsüchte – Kindernöte, MAKS – ein Modellprojekt für die Arbeit mit Kindern von Suchtkranken** 120  
HELGA DILGER  
*Leiterin des Projektes MAKS, Freiburg i. Br.,*  
und  
KATRIN BRÄNDLE  
*Mitarbeiterin des Projektes MAKS, Freiburg i. Br.*
- Arbeitsgruppe 6: Aufsuchende systemische Familientherapie in Leipzig – auch eine Jugendhilfemaßnahme für chronisch belastete Familien** 133  
SYLVIA HEUMANN  
*Sozialbezirksleiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes Leipzig-Nord,  
Jugendamt Leipzig*

<b>Arbeitsgruppe 7: Leben auf dem Trapez: Hörende Kinder gehörloser Eltern</b>	143
LISA EIDENS <i>Familientherapeutin im Verein „Erziehungshilfe“ e.V., Hamburg, und</i>	
ASTRID MÜLLER <i>Rehabilitations- und Heilpädagogin für Hörgeschädigte, Deutsche Gesellschaft für grenzübergreifende Gehörlosen- und Hörbehindertenhilfe e.V., Flensburg</i>	
 <b><u>Fachreferate:</u></b>	
<b>Gefährdung und Gewährleistung des Kindeswohls – ein juristischer Blick auf Schutz, Hilfe und Kooperation</b>	151
DR. THOMAS MEYSEN <i>Fachlicher Leiter des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF), Heidelberg</i>	
<b>Vernetzte Angebote für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen: Auxilium Hamm – eine Facheinrichtung für drogengefährdete Jugendliche</b>	164
RALF WILCZEK <i>Stellvertretender Leiter der Therapeutischen Wohngruppen Auxilium, Malteser Werke gGmbH, Hamm, Nordrhein-Westfalen</i>	
<b>Vernetzte Angebote für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen: Präventive Hilfen für jugendliche Mütter</b>	179
DR. UTE ZIEGENHAIN <i>Pädagogische Leiterin und Forschungs Koordinatorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm</i>	
<b>Zum Umgang mit Kindern aus Hochrisikofamilien in den USA</b>	191
TERESA JACOBSEN, PH. D. <i>Professorin für Psychologie, Universität von Illinois in Urbana-Champaign, School of Social Work, Bundesstaat Illinois, USA</i>	
<b>Literaturhinweise</b>	203

## Vorwort

Diese Fachtagung wurde in Kooperation mit der Deutschen Liga für das Kind e.V. veranstaltet und widmete sich den speziellen Entwicklungsbedürfnissen von Kindern, deren Eltern chronisch belastet sind. Die große Resonanz von Fachkräften aus der Jugendhilfe auf diese Tagung machte schon vorab deutlich, dass das Thema „chronisch belastete Eltern“ ein sehr aktuelles ist. Es besteht ein großer Austauschbedarf, wie bundesweit in den unterschiedlichen Institutionen in der Jugendhilfe damit umgegangen wird, welches Wissen und welche Erfahrungswerte darüber existieren. Im Folgenden werden wesentliche Inhalte der auf dieser Tagung gehaltenen Fachreferate blitzlichtartig wiedergegeben.

Ein sehr emotionaler und zugleich fachlicher Einstieg in das Tagungsthema war der Vortrag von **Katja Beeck** als Tochter einer psychotisch erkrankten Mutter und mittlerweile auch professionell an dieser Problematik Arbeitende. Sie sprach über die Lebensumstände solcher Kinder, welche Folgen diese für sie haben, und analysierte, warum Unterstützung oft zu spät kommt. Als Gründe, warum diese Kinder meist keine rechtzeitige Unterstützung erhalten, nannte sie unter anderem ein zu geringes Problembewusstsein in Fachkreisen und in den Familien, sowohl beim kranken als auch beim gesunden Elternteil, der selbst in der Krise ist und sich um den Kranken kümmert, die unzureichende Formulierung eines speziellen Unterstützungsbedarfs, Probleme bei der Etablierung spezieller Unterstützung sowie der schwierige Zugang der Kinder zur Unterstützung.

In ihrem Referat setzte sich **Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl**, Charité Berlin, mit spezifischen Aspekten der Störungsbilder insbesondere psychisch erkrankter Eltern auseinander. Sie verwies in ihrem Referat auch darauf, dass Kinder chronisch belasteter Eltern selbst ein hohes Erkrankungsrisiko haben und deshalb unbedingt wenigstens eine feste Bezugsperson brauchten, um sich positiv entwickeln zu können. Professionelle Helfer sollten deshalb eine schwere Erkrankung der Eltern auch immer aus der Perspektive des Kindes betrachten und Kinder in ihren eigenen Entwicklungsbedürfnissen unterstützen. Unterstützungssysteme durch die Jugendhilfe für diese Kinder sollten gewährleistet sein, zum Beispiel Pflegefamilien mit einer „sicheren Umgebung“.

**Prof. Dr. Jürgen Körner**, Freie Universität Berlin, verwies in seinem Vortrag darauf, dass es für psychische Erkrankungen immer eine „Disposition“ und einen „Auslöser“ gebe und dass jede psychische Fehlentwicklung als Bewältigungsversuch verstanden werden müsse. Wenn der Versuch, sich an die Umwelt anzupassen, immer wieder nicht hinreichend gelinge, bestehe die Gefahr einer Chronifizierung. Therapeutisches/pädagogisches Handeln brauche in diesem Zusammenhang immer eine Begründung: keine Intervention ohne Indikation, keine Indikation ohne Diagnostik.

**Dr. Sabine Wagenblass** vom Institut für Soziale Arbeit (ISA) in Münster stellte im Plenum Forschungsergebnisse des Projektes KAFKA vor und konzentrierte sich dabei auf die Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und auf die Anforderungen an sozialpädagogisches Handeln. In ihrem Vortrag sagte sie, dass Fa-

milien, in denen ein Elternteil erkrankt ist, überdurchschnittlich häufig durch Trennungen und Beziehungsabbrüche belastet seien. Als besonders problematisch sei die Schere zwischen dem steigenden Unterstützungsbedarf der Kinder und der sinkenden Unterstützungsfähigkeit der Eltern anzusehen. Das Leiden der Kinder beginne nicht erst mit der Diagnose. Gerade die auffällig unauffälligen Kinder brauchten Hilfe. Ihre Möglichkeit, sich anderen Menschen mitzuteilen und hierbei Unterstützung zu erfahren, ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren für die Kinder, da oft vielfache Ängste ihren Alltag begleiten. Deshalb sollten Hilfen die ganze Familie in den Blick nehmen und diese Unterstützung muss frühzeitig gewährt werden. Und der komplexe Hilfebedarf erfordert die Kooperation verschiedener Hilfesysteme.

**Prof. Dr. Michael Klein**, Fachhochschule Köln, referierte über Kinder aus suchtbelasteten Familien und ihre Risiken und Resilienzen in Bezug auf ihre Entwicklungsverläufe. Er machte eingangs deutlich, dass in Deutschland 2,65 Millionen Kinder leben, bei denen mindestens ein Elternteil alkoholabhängig sei, 40.000 Kinder lebten bei drogenabhängigen Eltern. Die Zeitspanne, die die Eltern brauchten, um von ihrer Sucht zu genesen, sei in aller Regel zu lang, damit Kinder nicht psychisch erkranken. Die kindliche Wahrnehmung des elterlichen Suchtverhaltens sei der Schlüssel zur psychischen Gesundheit der Kinder. Aber leider seien Kinder suchtbelasteter Eltern noch weitgehend ein blinder Fleck in der Jugendhilfe. Was fehlt, seien detailliertere Informationen, Wissen und damit einhergehend Handlungskompetenz. Viele Kinder seien unauffällig beziehungsweise überangepasst. Gebraucht werden anonyme niedrigschwellige Arbeits- und neue Präventionsformen, damit Elternrechte nicht die Kinderbedürfnisse dominieren.

**Dr. Thomas Meysen**, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht Heidelberg, referierte über die rechtlichen Grundlagen im Zusammenhang mit dem Tagungsthema. In den Mittelpunkt seines Referates stellt er die Kindeswohlgefährdung, die im Paragraphen 1666 BGB ihre gesetzliche Verankerung findet. Er empfahl bei festgestellter Kindeswohlgefährdung zu prüfen, ob stets ein Sorgerechtsentzug notwendig ist oder das Ruhen der elterlichen Sorge angeordnet werden kann, da diese Form für die erkrankten Eltern oft eine weniger diskriminierende Belastung sei. Schwierig in diesem Zusammenhang sei die „Risikoabschätzung“. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit der Mitarbeiter der verschiedenen Institutionen ohne Vermischung ihrer jeweiligen Rollen sei wichtig, um dem Kind schnell helfen zu können. Was die Gewährung von Hilfen angeht, so gelte es, Flexibilität und Kontinuität trotz schwankendem Hilfebedarf zu gewährleisten – eine der momentanen Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe.

**Dr. Ute Ziegenhain** vom Universitätsklinikum Ulm stellte Forschungsergebnisse und Erfahrungen im Bereich der präventiven Hilfen für jugendliche Mütter vor. Sie verwies darauf, dass jugendliche Mütter und ihre Kinder als Hochrisikogruppe gelten, da sie häufig allein erziehend sind, in psychosozial belasteten Verhältnissen leben, erhebliche finanzielle Belastungen und häufig keinen abgeschlossenen Schul- oder Berufsabschluss haben, der sie in die Lage versetzen würde, die Verantwortung für ein Kind adäquat zu übernehmen und eine dauerhafte ökonomische Absicherung zu erlangen. Verglichen mit Jugendlichen ohne Kinder seien jugendliche Mütter diffuser in ihrer

Identität, weniger autonom und misstrauischer. Sie haben ein geringeres Selbstwertgefühl und zeigten, verstärkt im Jahr nach der Geburt des Kindes, eine depressive Symptomatik. Als eine effektive Form der Hilfe und Unterstützung jugendlicher Mütter stellte sie das Projekt der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie „Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ vor, das ein Beratungsmodell zur Prävention von Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern ist.

**Ralf Wilczek** von Auxilium Hamm referierte über die seit 1997 dort existierenden Wohngruppen für minderjährige drogenabhängige beziehungsweise drogengefährdete Jugendliche und junge Erwachsene. Seiner Erfahrung nach seien mindestens zehn Prozent der Eltern der im Projekt betreuten Jugendlichen selbst suchtselastet. Erfahrene Sozialarbeiter und Therapeuten stehen den Jugendlichen im täglichen Leben und in der schulischen oder beruflichen Arbeit zur Seite. In der Wohngruppe bestimme vor allem die pädagogische Arbeit den Alltag. Schwerpunkte liegen in der individuellen Förderung der Jugendlichen und dem Miteinander in der Gruppe. Gemeinsam mit den Jugendlichen werden schulische und berufliche Perspektiven entwickelt.

**Prof. Dr. Teresa Jacobsen**, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität von Illinois, stellte abschließend ihre Erfahrungen zum Umgang mit Kindern aus Hochrisikofamilien in den USA anhand vieler Fallbeispiele vor. Sie bemerkte zu Beginn ihres Vortrages, dass 40 Prozent der Kinder depressiver Eltern vor ihrem 17. Lebensjahr selbst erkranken. Viele Kinder chronisch belasteter Eltern haben leider nur eine kurze Kindheit, ein Drittel dieser betroffenen Kinder werde psychiatrische Störungen oder Symptome entwickeln. Schwierig bei psychischen Erkrankungen der Eltern sei, dass diese oftmals keine Krankheitseinsicht haben und sich für die Kinder daraus das Problem ergebe, erkennen zu können, was die „Realität“ ist. In diesen Familien komme es oft zu „Rollentausch“ und/oder „Rollenverwirrung“. Hilfreich seien eine feste Bindungsperson, Aktivitäten der Kinder außerhalb der Familie sowie positive Freundschaften.

Von den an der Fachtagung teilnehmenden Fachkräften aus der Kinder- und Jugendhilfe wurde vielfach der Wunsch nach einer weiterführenden, vertiefenden Veranstaltung geäußert. Dies ist auch den Veranstaltern ein wichtiges Anliegen.

Wir danken allen Referentinnen und Referenten an dieser Stelle noch einmal herzlich für ihre engagierte Mitwirkung an dieser Tagung, in der Hoffnung, dass diese Dokumentation viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Jugendhilfe praxisnah informiert und ihnen weiterhilft.

KERSTIN LANDUA

*Leiterin der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe,  
Verein für Kommunalwissenschaften e.V., Berlin, und*

DR. JÖRG MAYWALD

*Geschäftsführer der Deutschen Liga für das Kind e.V., Berlin*

# Ohne Netz und ohne Boden – Lebenssituationen von Kindern psychisch kranker Eltern: Reflexion und Perspektiven aus fachlicher Sicht und persönlichen Erfahrungen

KATJA BEECK

*Diplom-Medienberaterin, Gründerin und Leiterin von „Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern“, Berlin<sup>1</sup>*

## 1. Einleitung

Sie zu bewegen, Kinder psychisch kranker Eltern zu unterstützen und sich nachhaltig für die Verbesserung ihrer Situation einzusetzen, ist Ziel meines Beitrages. *„Ohne Emotionen kann man Dunkelheit nicht in Licht und Apathie nicht in Bewegung verwandeln“*, erkannte bereits der Psychologe und Psychiater Carl Gustav Jung. Deshalb werde ich Sie nicht nur sachlich informieren, sondern aus dem Leben betroffener Kinder berichten und diese in Form von Zitaten zu Wort kommen lassen. Auch werde ich heute nicht nur als studierte Öffentlichkeitsarbeiterin sprechen, die sich seit vielen Jahren mit der Thematik von Kindern psychisch kranker Eltern fachlich auseinandersetzt, sondern auch als Tochter, die mit einer psychotischen Mutter aufgewachsen ist.

### 1. 1. Wie das Thema zu mir kam

Seit meinem zwölften Lebensjahr habe ich ein Dutzend Psychosen meiner allein erziehenden Mutter miterlebt, die zusätzlich immer wieder Alkoholprobleme hatte. Als Jugendliche hatte ich nach anderen Kindern psychisch kranker Eltern und entsprechender Literatur gesucht. Doch ich suchte vergebens. Kinder psychisch kranker Eltern schienen offiziell nicht zu existieren. Bis Ende der neunziger Jahre wusste ich nicht, dass es andere Kinder – minderjährige oder erwachsene – in Deutschland gibt, die ansatzweise Ähnliches mit ihren Eltern erlebt hatten oder derzeit noch erleben. Doch einem Buchbeitrag, in dem ich zum ersten Mal etwas über mein Aufwachsen berichtete, folgten erste Rückmeldungen anderer betroffener, heute erwachsener Kinder. Mir wurde bewusst, dass mein Schicksal kein Einzelfall war und dass es noch viel zu tun gibt, um die Situation von Kindern schwer psychisch kranker Eltern in Deutschland grundlegend zu verbessern.

Mit 20 Jahren reflektierte ich meine eigene Kindheit und Jugend, recherchierte nach Fachliteratur und begann 1999, vor Fachleuten Vorträge zur Situation und zu Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern und deren Familien zu halten sowie Material in Form einer Broschüre zu erstellen.

---

<sup>1</sup> Kontakt: Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern c/o Katja Beeck Akazienallee 3a, 14050 Berlin, E-Mail: [Kontakt@Netz-und-Boden.de](mailto:Kontakt@Netz-und-Boden.de), [www.Netz-und-Boden.de](http://www.Netz-und-Boden.de)

2001 konzipierte ich erste Projekte zur Unterstützung für betroffene Kinder und gründete die deutschlandweit erste Selbsthilfegruppe erwachsener Kinder psychisch kranker Eltern beim Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. in Berlin. Diese Gruppe hat sich übrigens in diesem Jahr aufgelöst und wird sich wahrscheinlich neu gründen. Selbsthilfe funktioniert bei diesen überwiegend weiterhin hochgradig belasteten Angehörigen nur in seltenen Fällen. Diese Gruppen sollten fachlich angeleitet und begleitet werden, um einzelne Mitglieder nicht erneut zu überfordern. Das aber heute nur als Bemerkung am Rande.

Sehr erfolgreich hingegen läuft die von mir 2002 ins Leben gerufene Mailingliste für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern. Diese Liste ist eine Art virtuelle Selbsthilfegruppe, über die sich betroffene erwachsene Kinder deutschlandweit austauschen und organisieren. Für viele ist das nur ein Strohalm, an den sie sich klammern, da es bis heute nur eine Hand voll Angebote für erwachsene Kinder in Deutschland gibt.

Mein Engagement stieß bei Fachleuten und betroffenen Kindern und zum Teil auch bei deren Familien auf eine große Resonanz, so dass es nach und nach immer umfangreicher wurde. Ich entschloss mich 2002, ihm endlich einen Namen zu geben, auch um ihm mehr Nachdruck zu verleihen: „Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern“ war geboren. Der Name verdeutlicht meine Ziele, betroffenen Kindern ein Netz zu knüpfen, das sie auffängt, und dazu beizutragen, dass betroffene Kinder Boden unter die Füße bekommen. Diesen Kindern soll nicht mehr der Boden unter den Füßen weggezogen werden und sie sollen nicht länger das Gefühl haben, „ohne Netz und ohne Boden“ leben zu müssen. Schwerpunkte meiner Initiative sind deshalb

- die Weiterbildung von Fachleuten,
- die Erstellung und Bekanntmachung von Informationen und Material,<sup>1</sup>
- die Konzeption, Initiierung und Bekanntmachung von Unterstützungsangeboten für betroffene Kinder und deren Familien,
- der Aufbau von Netzwerken sowie
- die Beratung betroffener Familien und deren Unterstützer.

Um die Situation minderjähriger Kinder psychisch kranker Eltern in Berlin zu verbessern, kooperiere ich beispielsweise mit dem Jugendhilfeträger AMSOC e.V. (Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg). Neben der Entwicklung eines speziellen Konzeptes für Familienhilfe in Familien mit psychisch erkrankten Eltern wird dort voraussichtlich im März 2005 zusätzlich ein Patenschaftsprojekt für betroffene Familien als Modellprojekt starten. Für dieses Projekt habe ich ein entsprechendes Konzept erarbeitet und die notwendigen Gelder für drei Jahre eingeworben.

---

<sup>1</sup> verschiedene Broschüren und die Info-Website unter [www.Netz-und-Boden.de](http://www.Netz-und-Boden.de)

## 1. 2. Merkmale von Kindern, über deren Erfahrungen ich berichte

Wenn ich in meinem Vortrag von „Kindern psychisch kranker Eltern“ spreche, sollten Sie wissen, welche Kinder ich genau meine. Diese Bezeichnung ist eigentlich viel zu pauschal, handhabt sich aber sprachlich besser. Mir ist dabei bewusst, dass es nicht **die** Kinder psychisch kranker Eltern mit **den** Lebenssituationen und **dem** Unterstützungsbedarf gibt.

Ein gemeinsames Merkmal der Kinder, von deren Erfahrungen ich Ihnen berichten werde, ist, dass sie in erster Linie chronisch an Psychosen erkrankte Mütter haben. Das hatte zur Folge, dass fast alle diese Kinder zusätzlich eine Trennung oder Scheidung miterlebt haben. Die Ausnahme liegt nach meinen Schätzungen bei etwa fünf Prozent. Diese Kinder sind bei ihren kranken Müttern aufgewachsen und haben deren Erkrankung seit ihrer Kindheit, teilweise seit ihrer Geburt, miterlebt. Sie sind nicht oder nur kurzzeitig fremd untergebracht worden und haben weder durch ihre Väter noch durch Fachleute Unterstützung im Kindesalter erfahren. Es sind zu rund 95 Prozent Frauen, mit denen ich Kontakt habe, die fast alle weit überdurchschnittlich intelligent sind und über einen hohen Bildungsgrad verfügen. Viele haben studiert und „Helfer-Berufe“ ergriffen. Sie sind Sozialpädagoginnen, Kindertherapeutinnen oder Polizistinnen geworden. Ich bin sicher, dass sich der eine oder andere von ihnen jetzt auch persönlich angesprochen fühlt.

Alle haben zusätzlich gemeinsam, dass sie als Erwachsene ihre Situation reflektieren. Nach meinen Erfahrungen haben sie die Überlebensstrategie „Held“ oder „stilles Kind“ verfolgt. Dementsprechend waren sie bei oberflächlicher Betrachtung unauffällig. Sie „funktionieren“ bis heute gut und haben selbst keine Psychosen entwickelt. Doch viele leiden unter psychosomatischen Beschwerden, autoaggressivem Verhalten und kämpfen gegen Depressionen unterschiedlichsten Schweregrades an. Von Fachleuten und anderen Außenstehenden werden sie aber fast ausnahmslos als gesund wahrgenommen.

Sie entsprechen der Gruppe der Kinder, die in den Resilienz-Studien als „unverletzbar“ oder „stressresistent“ bezeichnet werden. Meines Erachtens ist diese Bezeichnung irreführend. Kein Kind mit diesen Belastungen übersteht eine solche Kindheit schadlos. Auch die von Emmy Werner in ihrer Kauai-Studie<sup>1</sup> zunächst als gesund eingestuft Kinder zeigen im Erwachsenenalter überdurchschnittlich häufig Gesundheitsprobleme wie Magengeschwüre und Rückenschmerzen, die oftmals als psychosomatischer Ausdruck innerer Anspannung interpretiert werden. Auch haben diese Kinder Probleme beim Eingehen von langfristigen Bindungen.<sup>2</sup> Das wird leicht überlesen oder oftmals nicht zitiert.

Nach meinen Erfahrungen gibt es lediglich Kinder, die über gewisse persönliche Ressourcen wie Intelligenz und ein nach außen gekehrtes Temperament verfügen, so

---

<sup>1</sup> siehe Werner, Emmy E.: Die Kauai-Studie, In: Göppel, Rolf: Ursprünge seelischer Gesundheit. Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung, Würzburg: Blindeninstitutsstiftung (1997), S. 240-247

<sup>2</sup> ebenda S. 244

dass ihnen die schulische und später berufliche Leistungsschiene als Bewältigungsstrategie zur Verfügung steht. Sie nutzen sie, um Aufmerksamkeit und Bestätigung zu bekommen und brauchen nicht delinquent zu werden. Diese Kinder werden mehr oder minder „Workaholics“. Sie verfügen über einen scharfen Verstand, können aber häufig ihren Körper nicht hinreichend wahrnehmen - dieser setzt ihrem Leistungszwang irgendwann Grenzen und er reagiert psychosomatisch.

Aus meiner Sicht gibt es daher weder „stressresistente“ noch „unverletzliche“ Menschen, sondern nur Menschen mit unterschiedlichen persönlichen Ressourcen, die dadurch zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien tendieren. Manche Bewältigungsstrategien wie „Leistungsverhalten“ sind sozial anerkannter, so dass dadurch leicht der trügerische Eindruck entsteht, dass der Betroffene gesund ist. Dabei können der persönliche Leidensdruck und die gesundheitlichen Auswirkungen für den Betroffenen genauso dramatisch sein.

## **2. Lebensumstände – Wie geht es diesen Kindern?**

Nun möchte ich Ihnen einen kleinen Einblick in die Welt dieser Kinder ermöglichen: Was bedeutet es für ein Kind, wenn seine Mutter psychotisch wird?

Eine Tochter sagt: *„Meine Eltern leben in einer konstruierten Welt, in die man ganz schwer eindringen kann, in der man nur so bruchstückhaft irgendetwas mitbekommt. Ich als Kind habe da keinen Platz mehr.“* Das heißt, der Erkrankte steht erst einmal überhaupt nicht zur Verfügung. Die Bedürfnisse des Kindes werden nicht mehr wahrgenommen und es bleibt sich selbst überlassen. Wenn ein Kind alt genug ist, kann es sich wenigstens anziehen und sich etwas zu Trinken und zum Essen nehmen. Doch Säuglinge und Kleinkinder haben diese Möglichkeiten altersbedingt nicht. Hier kann es binnen Stunden zu lebensbedrohlichen Zuständen kommen, wenn eine allein erziehende Mutter krankheitsbedingt ausfällt und nicht wahrnimmt, dass sie und ihr Kind Unterstützung benötigen.

Ein Auszug aus dem Tagebuch einer Tochter mit schizophrener Mutter: *„Heute sollte es leckeres Hähnchen mit Pommes geben, doch das Hähnchen war außen schon gut, aber innen noch voll roh. Dann sagte Mama, sie könne das heute nicht und ich sollte sehen, wo ich etwas zu essen herbekomme.“*

*Dezember 95: Heute war sie zum Mittag nicht da, ich weiß nicht, wo sie ist. Der Strom war abgestellt und ich wusste nicht einmal, wie spät es war. Der Herd ging nicht, Sachen waren angehängt. Die Heizungsventile waren mit Schals verhängt. Die Stereoanlage und der Wecker waren umgedreht.*

*3. Januar 96: Das neue Jahr ist beschissen. Mama hat schon wieder einen völligen Tiefpunkt. Ich habe kein Bett mehr. Mama hatte nach dem Urlaub zu viel Energie und hat es abgebaut. Außerdem ist ständig der Strom abgestellt. Morgens kommt sie herein, obwohl ich Ferien habe. Die Heizung stellt sie auch immer ab. Es ist arschkalt*

*hier. Ich könnte heulen und schreien. Abhauen? Aber wohin? Ach ja, viel Geld hat Mama von meinem Konto auch noch abgehoben.“<sup>1</sup>*

Betroffene Kinder erleben zumindest phasenweise keine Alltagsroutine. Sie sehnen sich nach Normalität. Ihnen fehlen Anleitung und eine Identifikationsmöglichkeit. Ein Vorbild, einfach jemand, an dem sie sich orientieren können. Außerdem fehlen ihnen Aufmerksamkeit und Geborgenheit.

Betroffenen Kindern fehlen Kontinuität, Berechenbarkeit und Verlässlichkeit. Sie erleben einen völlig unberechenbaren Wechsel des elterlichen Verhaltens und der elterlichen Gefühlswelt. Um die Unberechenbarkeit ein bisschen nachvollziehen zu können, mit der diese Kinder leben, stellen Sie sich bitte Folgendes vor: Ich gehe davon aus, Sie leben in einer Wohnung zusammen mit ihrem Partner. Nun haben Sie heute morgen ihre Wohnung verlassen. Wenn Sie im Anschluss an diese Tagung nach Hause kommen, hat sich dort alles verändert: Ihre Wohnung ist verwüstet, Ihr Partner schreit sie an und meint, Sie seien vom Teufel besessen. Er fordert Sie auf, ihre Koffer zu packen. Schwer vorstellbar, oder? Solche oder ähnliche Szenarien haben betroffene Kinder erlebt. Sie sind beispielhaft für die völlige Unberechenbarkeit, mit der diese Kinder leben.

Diese Unberechenbarkeit ist ähnlich wie bei den Kindern von Alkoholikern: Das einzig Berechenbare ist die Unberechenbarkeit. Aber bei Kindern mit psychisch kranken Eltern gibt es für das Kind kein sichtbares Suchtmittel, welches das Kind als Auslöser des elterlichen Verhaltens wahrnehmen kann. Der Auslöser psychischer Krankheiten ist unsichtbar. Es gibt auch keine Kausalkette zwischen einem bestimmten elterlichen Verhalten und den auftretenden Krankheitssymptomen. Damit ist die Gefahr, dass ein Kind die Ursache für das krankhafte elterliche Verhalten bei sich sucht, noch höher als bei Suchtmittelmissbrauch der Eltern und es ist noch schwieriger, dem Erkrankten die Verantwortung für sein Verhalten zurückzugeben. Eine Flasche führt noch jeder selbst an den Mund, aber was macht jemand, dass er Wahnvorstellungen bekommt? Ursachen psychischer Erkrankungen sind weder abschließend erforscht noch sind bekannte Faktoren sichtbar.

Einige Kinder erleben zusätzlich zur psychischen Erkrankung ihrer Eltern auch noch einen Suchtmittelmissbrauch ihrer Eltern. Manchmal lösen auch Drogen erst Psychosen aus oder umgekehrt oder der psychisch Erkrankte versucht sich durch die Einnahme von Drogen selbst zu therapieren.

Erkrankt eine Mutter schubweise, wird sie stationär behandelt und stehen keine Angehörigen zur Verfügung, die sich um das Kind kümmern, müssen viele Kinder eine „Pflegefamilienkarriere“ erleben. Denn nach der Genesung der Mutter ist das Kindeswohl häufig nicht mehr gefährdet, so dass das Kind zurück zur Mutter kommt. Beim nächsten Schub der Mutter muss es dann erneut kurzfristig in einer Pflegefamilie

---

<sup>1</sup> siehe G., Wiebke: Der stille Schrei nach Liebe und Geborgenheit, In: Beeck, Katja: Ohne Netz und ohne Boden. Situation von Kindern psychisch kranker Eltern, Berlin: Selbstverlag (2004), S. 38 f.

untergebracht werden, die es vorher oftmals noch nie kennen gelernt hat. Permanente Beziehungsabbrüche prägen diese Kinder nachhaltig und führen zu unsicherem Bindungsverhalten. Das bereits erwähnte Patenschaftsprojekt will übrigens genau dem entgegenwirken und ist deshalb besonders sinnvoll.

Haben die Eltern Wahnvorstellungen, werden die Kinder zusätzlich mit Realitätsverschiebungen konfrontiert. Je jünger ein Kind ist, desto weniger Chancen hat es, zu erkennen, was real ist und was nicht. Ein kleiner Junge, von dem ich gehört habe, hatte beispielsweise die Wahnvorstellungen seiner Mutter übernommen und blutige Hände aus der Wand kommen sehen. Teilweise werden betroffene Kinder auch in die Wahnvorstellungen einbezogen: Einer Tochter wurden beispielsweise die Hände verbrannt, weil ihre psychotische Mutter diese als strahlenverseucht eingestuft hatte. Eine andere Tochter wurde geschlagen, weil sie ihre Mutter mit angeblich vergiftetem Saft umbringen wollte. Diese Beispiele verdeutlichen auch, dass es insbesondere bei Psychosen zu körperlichen Misshandlungen der Kinder kommen kann. Wenn der psychisch erkrankte Elternteil durch seinen Überantrieb beispielsweise nicht mehr schlafen kann, haben die Kinder ihrerseits keine Ruhe zum Schlafen oder werden mitunter sogar nachts geweckt, um vermeintlich wichtige Fragen beantworten zu müssen.

Viel häufiger kommen allerdings verbale Misshandlungen wie die Abwertung des Kindes oder die Projektion der eigenen Krankheit auf das Kind vor. Eine Tochter hatte beispielsweise von ihren kranken Eltern den Spitznamen „Koki“ bekommen, der für „Komisches Kind“ steht.

Häufig erleben betroffene Kinder zusätzlich die Trennung oder Scheidung der Eltern – vor allem, wenn der erkrankte Elternteil die Mutter ist und die Erkrankung chronisch verläuft. Doch selbst wenn ein gesunder Vater in der Familie lebt, verhindert das nicht immer eine Rollenumkehrung, die zwischen Elternteil oder Eltern und Kind oder Kindern stattfindet: Die Eltern werden zu hilfsbedürftigen Kindern und die Kinder übernehmen die Pflichten und Aufgaben eines Erwachsenen. Sie müssen den Haushalt führen: Wäsche waschen, aufräumen, putzen, einkaufen und kochen. Außerdem müssen sie gegebenenfalls jüngere Geschwister versorgen und sich um den erkrankten Elternteil kümmern, oftmals ohne dabei selbst Unterstützung zu bekommen. Sie können nicht Kind sein, haben weniger Freizeit als Gleichaltrige und keine Zeit für Hobbys.

Zusätzlich wird das Kind häufig zum Partnerersatz – für den gesunden Elternteil, dem ein gesunder Gesprächspartner fehlt, oder für den erkrankten, wenn dieser vom gesunden Partner verlassen wurde.

Hinzu kommt, dass sie sich für den Erkrankten und dessen Gesundheit verantwortlich fühlen und sogar oftmals für ihren kranken Elternteil verantwortlich gemacht werden. Eine Tochter schilderte ihre Gedanken: *„Aber sie ist doch meine Mutter und sie ist krank. Eine unwiderstehliche Kombination. Weil sie meine Mutter ist, muss ich mich um sie kümmern. Das sagt mein Gewissen, das sagen und denken die anderen. Weil sie krank ist, muss ich mich für sie entscheiden. Das sagt mein Gewissen,*

*das sagen und denken die anderen. Wie ich mich drehe und wende, ich fühle mich in die Pflicht genommen. Wie ich mich drehe und wende, ich denke, ich müsse Verantwortung tragen.“*

Durch die Verantwortungsübernahme der Kinder für ihren kranken Elternteil können auch extrem starke Loyalitätskonflikte auftreten. Beispielsweise, wenn das Kind Hilfe für sich oder – was häufiger der Fall ist – für den Erkrankten holen will. Einerseits sehnt sich das Kind nach Hilfe und andererseits will es sein „Kind“ schützen und nicht verraten. Und ein Erkrankter kann es in seinem akuten Zustand als Verrat empfinden, wenn sich ein Kind nach außen wendet, um Hilfe für sich und den Erkrankten zu holen. Hilfe kann eben auch darin bestehen, eine Zwangseinweisung einzuleiten. Und das haben viele der Kinder und auch ich schon im Kindesalter machen müssen.

Ebenfalls als sehr belastend wird das „Schweigegebot“ von betroffenen Kindern empfunden, das in den meisten Familien herrscht: Die Kinder dürfen nicht über die Erkrankung innerhalb und außerhalb der Familie sprechen. Teilweise haben die Eltern auch Angst, dass sie ihre Kinder zu sehr belasten, wenn sie diese über die Erkrankung aufklären. Außerdem bedeutet darüber zu sprechen auch, dass sich der Erkrankte seiner Krankheit stellt, Krankheitseinsicht hat – und das haben leider viele nicht. Manche Kinder wissen daher selbst im Erwachsenenalter immer noch nicht, was für eine Krankheit ihr Elternteil hatte oder noch hat. Sie haben auch keinen Anspruch auf Auskunft vom Arzt, der den Erkrankten behandelt (hat). Verläuft die Erkrankung in Schüben, wollen die Kinder oder andere Familienangehörige manchmal auch nicht über die Krankheit sprechen, weil sie hoffen, dass sich das Ganze nicht wiederholen wird und das Darüber-Reden die Krankheit präsenter machen würde.

Eine Tabuisierung nach außen entsteht auch, weil die Kinder Angst haben, dass irgendetwas mit ihnen oder den Eltern geschieht. Manchmal wird diese Angst von den Eltern sogar mit der Drohung *„Wenn du irgendjemand etwas sagst, dann kommst du ins Heim“* gezielt verstärkt. Ein weiterer Grund zu schweigen ist die Angst der Kinder vor der Reaktion ihres Umfelds. Diese Angst ist leider oftmals sehr berechtigt. Viele Kinder haben erleben müssen, dass sich ihre Mitschüler zurückzogen haben, als sie erfuhren, dass ein Elternteil psychisch krank ist, dass Mitschüler über psychisch Kranke Witze machen oder sie als *„genauso verrückt wie deine Mutter“* bezeichnet werden. Es bestehen noch zu viel Unkenntnis und Unverständnis hinsichtlich psychischer Krankheiten und deren Auswirkungen auf betroffene Familien. Deshalb werden diese Familien häufig sozial ausgegrenzt: Bekannte und Freunde der Familie, aber auch Verwandte distanzieren sich mehr oder minder vom Erkrankten, vor allem, wenn die Erkrankung chronisch verläuft. Manchmal sind es nur noch die Kinder, die sich um den Erkrankten kümmern und die haben sogar Verständnis für den Rückzug der anderen. Auch sie würden manchmal gerne gehen: *„Ich hatte Verständnis, dass die Freundin meiner Mutter den Kontakt zu ihr abbrach. Ich war darüber sehr traurig, aber ich glaube, dass ich an ihrer Stelle genauso reagiert hätte.“*

Auch in der Schule oder im Kindergarten werden betroffene Kinder isoliert. Sie sind anders als andere, manchmal auch äußerlich, wenn sie zum Beispiel verwahrlosen,

vielleicht auch stinken, weil ihnen keine saubere Kleidung zur Verfügung steht. Sie beschäftigen sich mit anderen Themen als Gleichaltrige. Ihre Gedankenwelt entspricht eher der eines Erwachsenen, zumal diese Kinder mit Problemen konfrontiert werden, mit denen selbst viele Erwachsene nicht umgehen können. Betroffene Familien ziehen sich auch von sich aus von der Außenwelt zurück und leben isoliert. Manche Kinder haben nur Kontakt zur Außenwelt, wenn sie sich beispielsweise durch die Schulpflicht nicht umgehen lässt.

Ein chronischer Verlauf einer psychischen Erkrankung führt nahezu immer zu einer langfristigen Arbeitslosigkeit. Diese wiederum und/oder ein Kaufrausch des Erkrankten führt zur Verarmung der betroffenen Familie, wenn keine anderen Angehörigen die Familie finanziell unterstützen (können). Durch die Armut werden betroffene Kinder noch stärker vom normalen Leben ausgegrenzt und ihre Gesundheit gefährdet.

Wichtig ist mir noch festzuhalten, dass es sich hierbei um keine Milieuproblematik handelt. Schizophrenie und affektive Erkrankungen sind in allen sozialen Schichten relativ gleichmäßig verteilt. Auch Kinder aus so genannten „guten Verhältnissen“ mit an sich liebevollen Eltern können dringend Unterstützung benötigen.

## **2. 1. Gefühle betroffener Kinder**

Das war noch alles relativ abstrakt. Doch wie fühlt man sich als Kind, wenn Mutter oder Vater psychisch erkranken? Vergegenwärtigen Sie sich bitte noch einmal, dass bereits erwachsene Angehörige und sogar Fachleute Schwierigkeiten haben, mit schwer psychisch erkrankten Menschen umzugehen. Wie groß ist dann die Hilflosigkeit und Verzweiflung von Kindern? Diese sehnen sich nach Hilfe, wollen, dass sie jemand unterstützt und ihnen sagt, wie sie mit den Symptomen des Erkrankten umgehen können – falls sie diese überhaupt als solche einordnen können. Es ist sehr traurig, dass ich kein Kind kenne – und ich kenne etwa 150 erwachsene Kinder –, das irgendwann einmal eine solche Unterstützung von Fachleuten erfahren hat. Seitens des Jugendamtes wurde, wenn überhaupt, nur mit einer Herausnahme des Kindes reagiert. Auch Mitarbeiter der Erwachsenenpsychiatrie haben betroffene Kinder nicht unterstützt. Sie haben sie überhaupt nicht oder nur als „Unterstützungsmöglichkeit des Erkrankten“ wahrgenommen.

Angst ist ein sehr präsentenes Gefühl betroffener Kinder. Angst ist fast immer ihr ständiger Begleiter: Angst vor dem Erkrankten und dessen unberechenbaren Handlungen, Angst um den Erkrankten und Angst vor eigener Erkrankung. Bereits jemanden in Selbstgespräche vertieft zu sehen, ist nicht nachvollziehbar und daher sehr beängstigend. Betroffene Kinder haben aber auch Angst, selber zusammenzubrechen: „*Wenn ich krank werde, wer kümmert sich dann um meine jüngere Schwester und um meine erkrankte Mutter?*“ Was würde passieren, wenn sie auch noch zusammenbrechen? Betroffene Kinder wissen meist aus ihren Erfahrungen, dass kaum ein Mensch zur Hilfe bereit ist. Um ihrer Angst entgegenzuwirken, setzen sich unter einen enormen Druck, weiterhin gut zu funktionieren.

Die Kinder fühlen sich für die Erkrankung beziehungsweise deren Symptome schuldig. Jüngere Kinder können das krankhafte elterliche Verhalten nicht einordnen und beziehen es deshalb auf sich. Ältere Kinder, denen erklärt wurde, dass das Verhalten krankhaft ist, fühlen sich meist für negative Gefühle schuldig, die sie dem Erkrankten gegenüber empfinden: *„Und wenn ich lange genug wütend, traurig oder selbstmitleidig war, meldete sich mein schlechtes Gewissen. Es wies mich darauf hin, dass erstens meine Mutter nichts dafür kann, denn sie ist krank, und dass es ihr zweitens noch viel schlechter geht als mir.“* Die Kinder werden oftmals in ihren Schuldgefühlen von außen bestärkt, wenn das krankhafte Verhalten des Elternteils entschuldigt wird, weil es durch eine Krankheit entstanden ist. So treten Schuldgefühle an die Stelle von Wut, die manche Kinder anfangs noch empfunden haben, wenn sie beispielsweise misshandelt wurden. Dabei ist Wut bei Grenzüberschreitungen die gesündeste Form der Abwehr. Deshalb ist es ganz wichtig, den Kindern zu sagen, dass sie auch auf den Erkrankten wütend sein dürfen. Ich ermutige erwachsene Kinder immer, die Wut gegenüber dem Erkrankten herauszulassen und sie nicht gegen sich selbst oder an unbeteiligten Dritten auszulassen.

Traurigkeit und Verzweiflung sind ebenfalls sehr ausgeprägte Gefühle betroffener Kinder. In dem Tagebuch eines Mädchens mit schizophrener Mutter ist Folgendes zu lesen: *„Ich kann mich erinnern, dass ich einmal auf dem Fensterbrett stand und auf den Asphalt geschaut hatte, der unter meinem Fenster war. Der Gedanke, der mich vom Springen abhielt, war: Ich bin im zweiten Stock und wenn ich dort hinunterspringe, breche ich mir lediglich die Beine. Wollte ich damals wirklich sterben? Ich weiß es bis heute nicht; vielleicht war es ein Hilfeschrei. Ich wollte meiner Mutter zeigen, was ich fühlte und dachte, und es war der Versuch, von anderen Menschen gesehen zu werden.“*<sup>1</sup>

Fast alle Kinder, die ich kenne, hatten solche Gedanken. Einige haben sogar Selbstmordversuche hinter sich – ein letzter verzweifelter Versuch, Hilfe zu bekommen und gesehen zu werden, Selbstmordgedanken als Zeichen für ihre extreme Verzweiflung und das Gefühl der Ausweglosigkeit.

Resignation ist auch ein Gefühl, das ich bei mittlerweile erwachsenen Kindern wahrgenommen habe. Ich denke dabei an junge Menschen, die ich vereinzelt getroffen habe, deren Gesichter durch die versteinert wirkenden Gesichtszüge maskenartig erscheinen. Ihr emotionaler Zustand ist kaum noch von außen wahrzunehmen, Gefühle scheinen nicht mehr vorhanden zu sein. Mich hat vor allem die tiefe Traurigkeit, die sie ausstrahlten, sehr berührt.

Schamgefühle sind ebenfalls prägnante Gefühle betroffener Kinder. Stellen Sie sich einmal vor, Ihre Mutter würde nackt auf der Straße herumrennen und allen erzählen, sie sei auf göttlicher Mission unterwegs, Ihr Vater würde Einrichtungsgegenstände aus dem Fenster werfen und alle Nachbarn mit seltsamen Wörtern beschimpfen oder Ihre

---

<sup>1</sup> siehe Claudia: Regentage, In: Beeck, Katja (Hrsg.): Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern, Berlin: Selbstverlag 2004), S. 18

Mutter würde Ihren Vorgesetzten anrufen und ihm erzählen, dass Sie ein Stasi-Spitzel seien und Sie in die Psychiatrie einliefern lassen wollen. Ich bin sicher, das wäre jedem von Ihnen schrecklich peinlich, oder?

Neid ist ebenfalls ein Gefühl, das ich vor allem bei betroffenen Kindern, die keinen gesunden Angehörigen mehr haben, immer wieder wahrnehme. Auch ein tiefes Unrechtsgefühl und damit einhergehend die Frage: „*Warum ausgerechnet meine Mutter? Viele andere wissen gar nicht, wie gut sie es haben.*“

Das war nur ein kleiner Ausschnitt aus den Lebensumständen und Gefühlen betroffener Kinder. Um einen besseren Einblick in die Einzelschicksale zu bekommen, möchte ich Ihnen empfehlen, die Berichte betroffener Kinder zu lesen, aus denen ich auch zitiert habe.<sup>1</sup>

## **2. 2. Trend: Verschlechterung der Situation betroffener Kinder**

Zu Beginn meines Vortrages hatte ich gesagt, dass es nicht **die** Situation betroffener Kinder gibt. Trotzdem ist ein Entwicklungstrend eindeutig erkennbar: Die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern hat sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten verschlechtert und wird sich weiterhin verschlechtern. Dafür gibt es verschiedene Gründe:

Ein ausschlaggebender Grund, der die Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern verschlechtert hat, ist die stetige Abnahme der Familiengröße und des Zusammenhalts in der Familie. Früher gab es viele Geschwister, Onkel und Tanten. Die Lasten und Aufgaben, die mit der Betreuung eines psychisch Kranken verbunden sind, haben sich auf viele Schultern verteilt und man hat sich gegenseitig gestützt. Die gesamte Großfamilie war mit dem Problem konfrontiert, die häufig sogar unter einem Dach wohnte, zumindest aber im sozialen Nahraum. Das ist heute nur noch in Ausnahmefällen gegeben.

Ein weiterer wesentlicher Grund ist, dass die Autonomierechte psychisch kranker Menschen zugenommen haben. Seit den siebziger Jahren, als die Psychiatrie-Reform einsetzte und die Anti-Psychiatrie-Bewegung aufkam, haben psychisch erkrankte Menschen weitestgehende Freiheitsrechte eingeräumt bekommen. Das ist aus meiner Sicht ein grundsätzlich positiver Gedanke, der allerdings zu weit gedacht wurde und nun betroffenen Familien zum Verhängnis wird. Denn damit einher ging die sehr restriktive Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Klinikeinweisung gegen den Willen von akut psychotischen Eltern erfolgen derzeit entweder überhaupt nicht oder erst nach Monaten, wenn der Erkrankte seine eigene Gesundheit und die seiner Angehörigen völlig ruiniert hat oder sich oder andere gefährdet. Jemandem in einem Zustand, in dem sein freier Wille krankheitsbedingt eingeschränkt ist, seine Freiheitsrechte und

---

<sup>1</sup> siehe Beeck, Katja (Hrsg.): Ohne Netz und ohne Boden. Situation von Kindern psychisch kranker Eltern, Berlin: Selbstverlag (2004)

damit auch die Verantwortung für sich und seine Kinder zu lassen, halte ich für einen Skandal und unterlassene Hilfeleistung gegenüber dem Erkrankten und dessen Kindern. Das hat zur Folge, dass sich Familien gesundheitlich und finanziell völlig ruinieren. Meine Familie hat mangels rechtzeitiger Zwangsmaßnahmen alles verloren und meine Mutter sagt selbst, dass sie es gesundheitlich nicht mehr überleben wird, wenn man sie noch einmal neun Monate in einer Psychose lässt. Auch kenne ich erwachsene Kinder, deren Eltern nunmehr obdachlos sind, weil ihnen in psychotischen Zuständen, die für die Nachbarn verständlicherweise untragbar waren, die Wohnung gekündigt worden war. Es liegt nun an den Kindern, damit fertig zu werden, dass ihre kranken Eltern obdachlos vor ihrer Haustür stehen und sie diese abweisen müssen, um selbst gesund zu bleiben.

Außerdem wurde damit begonnen, die stationäre Behandlung in den ambulanten Bereich auszulagern, Stichwort „Enthospitalisierung“. Einsparungen im Klinikbereich führen ebenfalls dazu, dass psychisch erkrankte Menschen frühzeitig und zum Teil noch akut erkrankt entlassen werden.

In Elternrechte wird derzeit ebenfalls erst sehr spät eingegriffen. Viele Kinder müssen erst hochgradig geschädigt sein, bevor sie Hilfe bekommen. Hilfe, die dann meist in einer Fremdunterbringung besteht. Prävention ist zwar in aller Munde, aber Prävention erfahren betroffene Kinder leider immer noch nur in Ausnahmefällen.

Zunehmende Sparmaßnahmen in der Jugendhilfe führen ebenfalls zu einer Verschlechterung der Situation betroffener Kinder.

### **2. 3. Auswirkungen des Trends auf die Kinder**

Welche Auswirkungen hat das auf die Kinder und ihre Familie? Sie sind teilweise die einzigen Angehörigen oder die einzigen, die sich noch um den Erkrankten kümmern. Das bedeutet dann auch, dass niemand in der Familie ist, der die Kinder versorgt und gegebenenfalls vor dem Erkrankten schützen kann. Bei Krankheiten, in denen der Betroffene keine Krankheitseinsicht hat, muss die familiäre Situation erst völlig eskalieren, bis von außen eingegriffen wird. Das bedeutet beispielsweise, dass einem Kind zugemutet wird zu erleben, dass sein erkrankter Elternteil einen beabsichtigten oder unbeabsichtigten Selbstmordversuch durchführt, der Erkrankte sich hoch verschuldet oder dessen Wohnung völlig verwahrlost, wobei letzteres übrigens nach meinen Erfahrungen immer noch nicht für eine behördliche Intervention reicht. Dadurch, dass psychische Erkrankte erst spät in Behandlung kommen – manchmal erst nach Jahren – nimmt auch deren Rekonvaleszenzphase zu. Damit fällt der psychisch kranke Elternteil immer länger für seine Kinder aus und die Kinder müssen oftmals längere Zeit fremd untergebracht werden sowie vorher den Erkrankten längere Zeit versorgen, ohne selbst versorgt zu werden.

Erwachsen gewordenen Kindern versucht man immer häufiger, die Betreuung des kranken Elternteils aufzubürden. Wenn die kranken Eltern verarmen, gilt „Sippenhaft“

und es wird seitens des Sozialamtes versucht, die erwachsenen Kinder als Angehörigen ersten Grades heranzuziehen, ihre Eltern finanziell zu unterstützen. Das heißt, egal wie man es wendet – auch ich hatte versucht, mich vollkommen aus der Betreuung meiner Mutter herauszuziehen –, man wird immer wieder hineingezogen. Der Sozialpsychiatrische Dienst rief beispielsweise immer wieder bei mir an, fragte und forderte: *„Frau Beeck, was sollen wir mit ihrer Mutter tun? Regen Sie eine Betreuung beim Gericht an. Jede Nacht rufen uns die Nachbarn an, die durch die laute Musik und das Geschrei Ihrer Mutter nicht schlafen können.“*

Mein daraufhin gestellter Betreuungsantrag wurde übrigens abgelehnt. Keine Zwangseinweisung, keine Betreuung – stattdessen der völlige gesundheitliche und finanzielle Ruin meiner Mutter und Hassattacken auf mich, die böse Tochter, die ihre Mutter „entmündigen“ wollte. Nach neun Monate Akutpsychose wurde endlich vom Sozialpsychiatrischen Dienst eingegriffen. Nach einem nun monatelangen notwendigen Klinikaufenthalt folgten noch zu Hause zwei Jahre Depression. In dieser Zeit habe natürlich wieder nur ich mich um meine Mutter gekümmert. Heute hat meine Mutter ihren Willen sogar in einer Vorsorgevollmacht schriftlich fixiert. Wahrscheinlich wird dieser nicht durchsetzbar sein, denn man kann wohl nicht präventiv seine Freiheitsrechte einschränken. So wird im nächsten Schub eine Einweisung gegen ihren Willen wieder nicht schneller stattfinden und die Vermutung meiner Mutter, die auch ich teile, wird sich irgendwann bewahrheiten: *„Wenn ich noch einmal so lange in einer Manie gelassen werde, überlebe ich das nicht noch einmal.“*

Von solchen oder ähnlichen Schicksalen wie dem meiner Familie höre ich immer wieder. War das das Ziel der Anti-Psychiatrie-Bewegung? Ist das zum Wohl psychisch Erkrankter? Auf keinen Fall ist es zum Wohle der Kinder, die durch diese belastenden Lebensumstände prädestiniert sind, selbst psychisch zu erkranken.

### **3. Auswirkungen<sup>1</sup>**

Es gibt nicht **die** Auswirkungen. Welche konkreten Auswirkungen eine psychische Krankheit eines Elternteils oder beider Eltern auf ein Kind hat, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab. Diese liegen beim erkrankten Elternteil, beim Kind und in dessen sozialem Umfeld. Teilweise sind die Faktoren gut zu beeinflussen und teilweise überhaupt nicht. Gut beeinflussen lässt sich beispielsweise, ob dem Kind eine kontinuierliche erwachsene Bezugsperson zur Verfügung steht oder die Möglichkeit des Kindes, eigenen Interessen nachzugehen. Nicht abänderbar hingegen sind Faktoren wie das Alter des Kindes bei Krankheitsausbruch oder das Geschlecht des erkrankten Elternteils.

Für ein Kind ist es letztendlich egal, warum es vernachlässigt oder misshandelt wurde. Die Bandbreite der Auswirkungen auf Kinder mit psychisch kranken Eltern ähnelt

---

<sup>1</sup> Die genauen Erkrankungswahrscheinlichkeiten, die Auswirkungen im Detail und die einzelnen Faktoren, die die Auswirkungen beeinflussen, siehe Beeck, Katja (Hrsg.): Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern, Berlin: Selbstverlag (2004) – Welche Folgen hat das für diese Kinder?, S. 6-15

deshalb denen von Kindern, die bei alkoholkranken Eltern aufgewachsen sind, die sexuell missbraucht wurden oder mit anderweitigen traumatischen Lebensumständen konfrontiert wurden.

Allen Kindern psychisch kranker Eltern ist gemeinsam, dass sie ihre Unbeschwertheit verloren haben. Viele Kinder zeigen unsicheres Bindungsverhalten und ein gestörtes Sozialverhalten, so dass es ihnen selbst als Erwachsene schwer fällt, sich in die Gesellschaft sowie in soziale Gruppen zu integrieren. Oft werden sie zu Einzelgängern.

Da die durchschnittliche Stressbelastung von Angehörigen psychisch Kranker der eines Menschen entspricht, der kurz vor seiner Examensprüfung steht,<sup>1</sup> sind vor allem alle Auswirkungen möglich, die durch Stress entstehen können. Dies sind beispielsweise Schlaf- und Konzentrationsstörungen, psychosomatische Beschwerden, aber auch Herzinfarkt und Schlaganfall. Dass Konzentrationsstörungen zu den typischen Folgen gehören, verdeutlicht Ihnen vielleicht folgendes Beispiel: Stellen Sie sich vor, sie müssten während ihrer Arbeit daran denken, ob Ihre Mutter noch lebt oder nicht, wenn sie zurück nach Hause kommen. In solch einer dramatischen Situation kann man sich nicht auf andere Dinge konzentrieren. Daher fallen auch die schulischen Leistungen mancher Kinder rapide ab. Letzteres muss aber nicht zwangsläufig sein. Manche Kinder versuchen gerade durch ihre schulischen Leistungen, die mangelnde Anerkennung von zu Hause zu kompensieren. Der Druck, unter den sie sich damit stellen, ist aber immens und führt meiner Ansicht nach meist zu psychosomatischen Beschwerden.

Alle Gedanken betroffener Kinder kreisen um den Erkrankten, der die gesamte Familie „in Atem hält“. Sich selbst wahrzunehmen, sich vom Erkrankten abzugrenzen und eine eigene Identität aufzubauen, ist dabei sehr schwer. Das merke ich auch bei erwachsenen Kindern. Immer wieder stoßen sie bei der Suche nach Hilfe für ihre Eltern eher zufällig auf meine Internet-Seite. Auch in bestehenden Gruppen ist es typisch, dass bei Neueinsteigern noch der Erkrankte im Mittelpunkt steht, was mit zunehmender Selbstwahrnehmung aber abnimmt. Viele betroffene Kinder leiden unter Identitätsstörungen. Sie können eigene Gefühle und ihren Körper überhaupt nicht mehr wahrnehmen und haben nur ein geringes Selbstwertgefühl. Durch die mangelnde Selbstwahrnehmung sind außerdem viele extrem von der Bestätigung von außen abhängig. Bleibt diese aus, droht ein Zusammenbruch. Viele von ihnen finden nur sehr schwer eine Antwort auf die Frage „*Wer bin ich?*“. Deshalb ist Biographie-Arbeit eine sehr gute Methode, betroffene Kinder zu unterstützen.

Durch die unsicheren Bindungserfahrungen mit den kranken Eltern fällt es vielen betroffenen Kindern schwer, ein gesundes Nähe-Distanz-Verhältnis zu anderen Menschen aufzubauen. Damit eng verbunden sind auch Schwierigkeiten, eigene Grenzen zu setzen und die von anderen Menschen zu akzeptieren. Die oftmals unterdrückte Wut gegenüber dem Erkrankten führt dazu, dass überwiegend Jungen anderen gegenüber aggressiv werden und Mädchen ihre Aggressionen überwiegend in Form von

---

<sup>1</sup> siehe Gießener Angehörigenstudie 2003 von Prof. Franz

Selbstverletzungsverhalten an sich auslassen. Auch Selbstmordgedanken können auftreten, wenn man sich selbst und eigene Grenzen überhaupt nicht mehr wahrnimmt und diese permanent überschritten werden.

Wichtig zu wissen ist, dass durch eine genetische Disposition die Wahrscheinlichkeit für ein Kind mit psychisch krankem Elternteil signifikant erhöht ist, an derselben Krankheit wie sein Elternteil zu erkranken. Insgesamt tritt bei rund 60 Prozent betroffener Kinder irgendeine Form von psychiatrischer Störung auf.<sup>1</sup> Nach meiner Einschätzung ist beispielsweise der Anteil der Kinder, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ausbilden, extrem hoch, auch die Zahl der Kinder, die unter massiven Angst- oder Zwangsstörungen oder Depressionen leiden.

### **3. 1. Auswirkungen – ein Leben lang!**

Eine elterliche Erkrankung und ihre Auswirkungen können das ganze Leben eines Menschen nachhaltig prägen. Viele gesundheitlichen Folgen und emotionale Defizite bleiben lebenslang. Viele von ihnen suchen sich später Partner und Freunde, die ähnlich wie die erkrankte Mutter oder der erkrankte Vater mit ihnen umgehen. Dieses Verhalten ist ihnen schließlich vertraut. Es treten daher häufig diese „Wiedererlebensphänomene“ auf.

Auch ist die Verantwortung für den erkrankten Elternteil abzugeben ein meist lebenslanger Konflikt. Denn wer kümmert sich um den Erkrankten, wenn das Kind das Haus verlässt? Wie bereits erwähnt, wird auch von Behörden versucht, die Kinder als Erwachsene weiterhin für die Betreuung des erkrankten Elternteils in Anspruch zu nehmen. Ich kenne einige erwachsene Frauen, die auch noch die gesetzliche Betreuung ihrer erkrankten Eltern übernommen haben, obwohl ich ihnen aus eigenen Erfahrungen davon abraten würde. Trotz ihrer Inanspruchnahme stehen auch erwachsenen Kindern keine Auskunftsrechte zu. Wenn sie in der Psychiatrie nachfragen, wie es ihren erkrankten Eltern geht, die Erkrankten ihr Kind aber als Bedrohung wahrnehmen, bekommt das Kind keine Auskunft von den Fachkräften. Selbst bei einer Klinikentlassung des Erkrankten, muss sein Kind darüber nicht informiert werden. Trotzdem darf es sich anschließend um ihn kümmern!

### **4. Mangelnde rechtzeitige Unterstützung – Warum werden diese Kinder meist zu spät unterstützt?**

Wenn man sich diese Auswirkungen auf betroffene Kinder vergegenwärtigt, sollte es selbstverständlich und auch im Sinne einer Kosteneindämmung sein, diese Kinder rechtzeitig zu unterstützen und nicht zu warten, bis sie schwerwiegend gestört sind.

---

<sup>1</sup> siehe Kindler, Heinz: Welcher Zusammenhang besteht zwischen psychischen Erkrankungen der Eltern und der Entwicklung von Kindern? In: Kindler, Heinz; Lillig, Susanna; Blüml, Herbert; Werner, Annegret; Rummel, Carsten (Hrsg.): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Entwurfsfassung vom September 2004, S. 2

Das gilt aber nicht nur für minderjährige Kinder, sondern auch für bereits erwachsen gewordene. Mir ist es sehr wichtig, das hier im Kreis von Fachkräften der Jugendhilfe anzusprechen, denn für die erwachsenen Kinder fühlt sich derzeit keiner zuständig. Die Erwachsenenpsychiatrie nicht, weil diese Menschen noch nicht krank genug sind, und die Jugendhilfe nicht, weil man dort meint, dass diese Kinder alt genug sind, um für sich zu sorgen. Dabei sind junge Erwachsene oftmals immer noch finanziell von ihren Eltern abhängig. Ich denke dabei beispielsweise an die Kinder, die kein BAFÖG und keinen Unterhalt von ihren Eltern bekommen haben, weil ein Elternteil in seinen Wahnvorstellungen nicht bereit war, den Behörenden Auskunft zu geben. Auch sollte bedacht werden, dass diese Kinder ihrerseits potenzielle Eltern sind. Und wie sollen sie ihrerseits ihren Kindern etwas geben können, was sie nie erfahren haben? Ich würde mir deshalb wünschen, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe auch um die erwachsenen Kinder kümmern, ihnen angeleitete Gruppen anbieten, denn aus dem Umgang mit ihnen können sie viel für die Arbeit mit den minderjährigen Kindern lernen.

Doch warum wurden und werden diese Kinder immer noch selten unterstützt, bevor sie schwerwiegend auffällig werden?

#### **4. 1. Geringes Problembewusstsein**

Zum einen besteht immer noch ein geringes Problembewusstsein in betroffenen Familien und in Fachkreisen. Letzteres gilt natürlich nicht für die hier versammelten Fachkräfte. Von einer flächendeckenden Sensibilisierung der Fachleute aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Erwachsenenpsychiatrie, Familien- und Vormundschaftsgericht usw. kann noch nicht gesprochen werden. Da lohnt es sich, der Frage nachzugehen: Wer hat denn die Fachleute bei anderen Kindern, die aus schwierigen Lebenssituationen kommen, auf deren Bedürfnisse aufmerksam gemacht?

Bei sexuell missbrauchten Kindern waren es die betroffenen erwachsenen Frauen, die sich für ihre Bedürfnisse und die der noch minderjährigen Kinder eingesetzt haben. Doch da durch die Pflege eines psychisch kranken Angehörigen die aktuellen Belastungen der erwachsenen Kinder mit psychisch kranken Elternteil immer noch aktuell gravierend sind, haben diese dafür nur in den seltensten Fällen für ein solches Engagement noch Ressourcen übrig.

Wie verhielt es sich bei Kindern alkoholkranker Eltern? Dort waren es die Mütter, deren Partner Alkoholiker war, die für die Kinder Unterstützung organisierten. Da mehr Väter als Mütter davon betroffen waren, gab es ein paar Mütter, die den Unterstützungsbedarf ihrer Kinder erkannten. Doch bei Kindern psychisch kranker Eltern sind mehr Mütter als Väter betroffen. Viele Väter sind auch als Partner eines psychisch kranken Menschen mit der Gesamtsituation vollkommen überfordert. Wenn überhaupt, nimmt ein Vater die Situation des eigenen Kindes wahr. Leider kenne ich keinen Elternteil, der sich darüber hinaus dafür einsetzt, die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern grundlegend zu verbessern.

Im Unterschied zu sexuellem Missbrauch und zu Alkoholismus sind auch Täter- und Opferrolle bei einer psychischen Krankheit nicht auf Antrieb erkennbar. Das verdeutlicht beispielsweise folgende typische Bitte eines eine psychisch kranke Mutter behandelnden Arztes: „*Nun nehmen Sie der Frau nicht auch noch das Kind weg. Es ist doch alles, was sie noch hat.*“ Bei einem Alkoholiker oder einem sexuell missbrauchenden Vater würde das wohl niemand sagen. Hinzu kommt, dass zu wenig Wissen in der Bevölkerung über psychische Krankheiten vorhanden ist. Das erschwert es zusätzlich, den dringenden Bedarf von Unterstützungsangeboten für betroffene Kinder zu verdeutlichen.

Um betroffene Kinder zu unterstützen, ist deshalb Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit ausgesprochen wichtig. Die Eltern der Kinder, ihre Großeltern und andere Angehörige sowie die Ärzte der Eltern, die Jugendamtsmitarbeiter und vor allem die Richter, die oft das letzte Wort haben, müssen für die Probleme dieser Kinder sensibilisiert werden. Weiterbildungen und Tagungen wie diese sollten immer wieder angeboten werden.

#### **4. 2. Mangelnde Formulierung eines speziellen Unterstützungsbedarfs**

Doch selbst in den Fällen, in denen ein Problembewusstsein bereits besteht, wird ein spezieller Unterstützungsbedarf oftmals nicht formuliert. Nehmen wir einmal an, dass Eltern erkennen, dass ihr Kind mit der psychischen Erkrankung und deren Auswirkungen Probleme hat. Dann wenden sie sich meist nicht ans Jugendamt, weil sie Angst haben, dass ihnen die Kinder weggenommen werden könnten. Viele Eltern wissen nämlich gar nicht, dass die Jugendhilfe sie unterstützen kann, indem ihnen beispielsweise ein Familienhelfer an die Seite gestellt wird.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes ihrerseits sorgen sich häufig, dass ein neuer Bedarf geweckt wird, wenn die Angebote der Hilfen zur Erziehung bekannter gemacht werden. Doch der Bedarf von Familien mit psychisch kranken Eltern existiert schon längst. Familienhelfer arbeiten bereits mit betroffenen Familien. Das dies nicht so bekannt ist, liegt meist daran, dass im Hilfeplangespräch das Zugrundeliegen einer psychischen Erkrankung eines Elternteils oftmals nicht festgehalten wird. Das geschieht meist aus Angst, dass die Hilfe von betroffenen Eltern nicht angenommen werden würde, wenn ihre Krankheit offen angesprochen und als Grund für die Hilfebeantragung festgehalten würde.

Damit steigen die Fachkräfte der Jugendhilfe in das in den Familien herrschende Schweigegebot ein. Stattdessen sollten sie den erkrankten Eltern verdeutlichen, welche Gefahren für ihre Kinder bestehen und welche Konsequenzen eine Ablehnung der Hilfe für die Kinder, aber auch ihre Eltern und die Familie insgesamt haben kann. In diesem Zusammenhang halte ich es für eine wichtige Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes, schwer psychisch erkrankten Eltern klare Grenzen zu setzen und ihnen das Gefühl zu vermitteln, dass man „am Fall dran bleibt“.

Durch eine deutliche Grenzsetzung und das klare Formulieren von Bedingungen, bei deren Erfüllung das Kindeswohl gewährleistet ist, können teilweise erstaunliche Fortschritte beim Erkrankten erzielt werden. Auch meine Mutter war erst bereit, in ihrem Leben etwas zu ändern, als ihr Leidensdruck anstieg. Dem voraus gegangen war, dass ich ihr deutlich gesagt hatte, dass ich keinen Kontakt mehr zu ihr haben werde und sie ihren Weg alleine gehen muss, wenn sie nicht mit mir über ihre Krankheit und deren Auswirkungen auf mich spricht, sich nicht um einen Therapieplatz bemüht und Vorsorgevorkehrungen für einen erneuten Schub für sich und mich trifft, um unsere kleine Familie vor ihren Krankheitsausbrüchen zu schützen. Es begann ein rund zwei Jahre andauernder Prozess, an dessen Ende sogar die Krankheitseinsicht meiner Mutter stand. Nach vielen Jahren schwerer Krankheit ist sie heute auf einem guten Weg zur Gesundheit.

Um den speziellen Unterstützungsbedarf von Kindern als Angehörige psychisch Kranker zu erkennen, sollte außerdem differenziert werden, wenn von Angehörigen psychisch kranker Menschen gesprochen wird. Leider werden in der vorhandenen Fachliteratur zur Angehörigenarbeit unter „Angehörigen“ immer noch nur Eltern und Partner verstanden.

#### **4. 3. Probleme beim Angebot von Unterstützung durch die Jugendhilfe**

Doch selbst wenn ein Unterstützungsbedarf von betroffenen Kindern erkannt wird, ist es schwierig, den Familien Unterstützung anzubieten, die sich an ihrem konkreten Bedarf orientiert.

Im SGB VIII sind Angebote wie Soziale Gruppenarbeit und Familienhilfe vorgesehen, die grundsätzlich für betroffene Familien geeignet sind. Allerdings sollten spezielle Konzepte entwickelt werden und die eingesetzten Familienhelfer weitergebildet werden. Bei chronischem Krankheitsverlauf muss sich allerdings von staatlicher Seite darauf eingestellt werden, dass der konkrete Unterstützungsbedarf oftmals langfristig besteht. Eine dauerhafte Unterstützung wird jedoch derzeit vom Jugendamt nicht gewährt, Familienhilfe oft nur noch für maximal zwei Jahre gewährt. Dabei ist eine langfristige Unterstützung durch eine Fachkraft für Familienhilfe immer noch preiswerter als eine Fremdunterbringung des Kindes oder die Folgekosten, die durch bleibende Schäden eines Kindes entstehen! Andererseits darf es nicht dazu kommen, dass aus Kostengründen Kinder aus Prinzip nicht mehr aus den Familien genommen werden – unabhängig davon, ob eine Kindeswohlgefährdung vorlag oder nicht.

In der Familienhilfe ist es aus meiner Sicht übrigens erstrebenswert, als interdisziplinäres Team in betroffene Familien zu gehen: eine Fachkraft für Einzelfallhilfe, die in erster Linie für den erkrankten Elternteil zuständig ist und nach BSHG finanziert wird, und eine für Familienhilfe, die in erster Linie dann für das Kind zuständig ist. Neben Synergieeffekten durch das unterschiedliche fachliche Know-how beider Helfer kann dadurch beispielsweise erreicht werden, dass sowohl Kind als auch erkrankter Elternteil genügend Aufmerksamkeit bekommen.

Innovative Projekte wie das Patenschaftsprojekt, das Ihnen in der Arbeitsgruppe 2 vorgestellt wird und das sich am konkreten Bedarf betroffener Familien orientiert, aber so nicht im SGB VIII vorgesehen sind, scheitern häufig mangels Finanzierung. Auch das Berliner Landesjugendamt befürwortet übrigens das Patenschaftsprojekt und hält es für sinnvoll und notwendig, doch stellt keine finanziellen Mittel zu dessen Umsetzung zur Verfügung. Da wird an der falschen Stelle gespart.

#### **4. 4. Schwierigkeiten, betroffene Kinder zu erreichen**

Doch selbst wenn Angebote bestehen, ist es im Einzelfall schwierig, Kontakt zu betroffenen Kindern zu bekommen. Dieser entsteht nämlich in erster Linie über deren Eltern. Mit ihnen muss auf jeden Fall Kontakt aufgenommen werden, da sie einer Unterstützung ihres Kindes nicht nur aus rechtlichen Gründen zustimmen müssen, sondern auch, damit ihr Kind in keinen Loyalitätskonflikt bei der Teilnahme an einem Angebot kommt.

Der Kontakt zu psychisch kranken Eltern wird am leichtesten über deren ambulant beziehungsweise stationär behandelnden Ärzte zustande kommen. Das erfordert eine enge Vernetzung und gute Kooperation zwischen Mitarbeitern der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe. Leider funktioniert das bislang nur in Einzelfällen, dann aber sehr erfolgreich. Wichtig ist deshalb, dass die behandelnden Ärzte der Eltern ihre Patienten in deren Elternrolle wahrnehmen und sie kurz vor deren Entlassung über die Angebote der Jugendhilfe informieren. Auf der anderen Seite ist eine regelmäßige Präsenz von Mitarbeitern der Jugendhilfe (des Jugendamtes oder eines freien Trägers) auf der jeweiligen Station notwendig. Als zweckmäßig hat sich dabei ein offenes Informationsangebot auf der Station erwiesen.

Letzteres deutet schon darauf hin, dass wahrscheinlich neue Zugangswege zum Jugendamt für psychisch erkrankte Eltern geschaffen werden müssen, damit deren Kinder rechtzeitig unterstützt werden. Psychisch kranke Eltern werden nicht ins Jugendamt kommen, nach Hilfen fragen, diese beantragen und gegebenenfalls um eine Gewährung oder Verlängerung der Hilfe kämpfen. Stattdessen sollten sie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe über Hilfeangebote informiert und bei einer Antragstellung unterstützt werden. Das ist keine Bedarfsschaffung, sondern notwendig, um betroffene Kinder rechtzeitig zu unterstützen!<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Eine ausführliche Problemanalyse und Anregungen, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe, der Erwachsenenpsychiatrie, der Krankenkassen, aber auch Lehrer, Erzieher und Familienangehörige die Situation betroffener Kinder verbessern können, finden Sie in der Broschüre „Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern“ und speziell für Lehrer in „Kinder psychisch kranker Eltern – Ein Thema für die Schule!“ und für Erzieher in „Kinder psychisch kranker Eltern – Ein Thema für die Kita!“. Diese und weitere Broschüren werden mit einer aktuellen Preisliste auf der Website der Initiative angeboten unter: [www.Netz-und-Boden.de](http://www.Netz-und-Boden.de), Rubrik „Material“ => „Katja Beeck“. Sie können per E-Mail bestellen unter: [Broschuerenbestellung@Netz-und-Boden.de](mailto:Broschuerenbestellung@Netz-und-Boden.de) oder auf dem Postweg: Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern c/o Katja Beeck, Akazienallee 3 a, 14050 Berlin

## **5. Zu guter Letzt**

Nun bin ich am Ende meines heutigen Beitrages angelangt und hoffe, dass dieser ein paar Emotionen bei Ihnen hervorgerufen hat, die Sie nicht lähmen, sondern Sie zum Handeln bewegen. Im Namen der betroffenen Kinder bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit und möchte abschließend noch jeden von Ihnen bitten: Schauen Sie nicht weg, sondern schauen Sie genau hin, damit Sie betroffene Kinder nicht übersehen. Setzen Sie sich in Ihrem Umfeld für Kinder ein, deren Eltern psychisch schwer erkrankt sind. Spannen Sie für diese Kinder ein Netz und schaffen Sie ihnen einen Boden.

# Spezifische Störungsbilder chronisch belasteter Eltern und deren Auswirkungen auf ihre Erziehungsfähigkeit

PROF. DR. MED. ULRIKE LEHMKUHL

*Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters, Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Campus Virchow-Klinikum*

## **Zum Verständnis des Problems**

Immer wieder lesen wir in der Zeitung oder erfahren wir über Nachrichtensendungen, dass Eltern ihre Kinder allein ließen, die Tür hinter sich zuzogen, abgeschlossen hatten und oft nur durch die Aufmerksamkeit der Nachbarn oder durch den puren Zufall das Schlimmste verhütet werden konnte ... Leider nicht immer. Oft ist die Rede von allein erziehenden Müttern in schwierigen Situationen, manchmal sind sie noch sehr jung und in ihrer eigenen Entwicklung noch gar nicht in der Lage, die Verantwortung für ein Kind zu übernehmen. Oder: In Notfallambulanzen werden Kinder mit schweren Verletzungen oder in unklaren komatösen Zuständen vorgestellt und die dazu gehörenden Anamnesen klären in keinem Fall das Krankheitsbild oder gar seine Ursache.

Dies sind nur einige Beispiele für Lebenssituationen von chronisch belasteten Eltern, in denen die Kinder, häufig sind sie noch sehr jung, die Folgen ertragen müssen. Eltern können aus sehr unterschiedlichen Gründen chronisch belastet sein; wesentlicher erscheint mir eine eigene chronische körperliche oder psychische Erkrankung. Auf diese beiden Situationen lege ich im Folgenden mein Hauptaugenmerk.

## **Zur Situation von Familien mit einem chronisch kranken Elternteil**

Etwa seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts ist epidemiologisch belegt, dass Kinder schwerkranker Eltern eine Risikogruppe für die Entwicklung späterer kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen darstellen. Nach den Daten des US National Centre of Health Statistics sind etwa fünf bis 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen im Lauf ihrer Entwicklung von einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung eines Elternteils betroffen. Ist die Familie insgesamt psychisch sehr belastet, ist es Eltern und Kindern mitunter nicht möglich, miteinander offen über Ängste und Sorgen zu sprechen. Außerdem neigen schwerkranke Eltern dazu, die seelische Belastung ihrer Kinder zu unterschätzen, denn Kinder kranker Eltern versuchen ihrerseits in der Regel ihre Ängste vor den Eltern zu verbergen, um ihnen keine zusätzlichen Sorgen zu bereiten (Romer u. a. 2004). Kinder kranker Eltern benötigen daher unter anderem Ansprechpartner von außen, damit sie sich mitteilen können, ohne dabei ihre Eltern zu belasten.

Frau Beeck hat in ihrem Beitrag die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern beeindruckend dargestellt.

## **Bei der Beschäftigung mit Kindern von psychisch kranken Eltern fließen zwei Linien des Interesses zusammen:**

1. Da Kinder von psychisch kranken Eltern ein erhöhtes Risiko für eigene psychische Erkrankungen aufweisen, können wir unter wissenschaftlichen Aspekten durch Längsschnittuntersuchungen von diesen Kindern etwas über den Entwicklungsverlauf von psychischen Erkrankungen lernen. Wir können zum Beispiel versuchen, Vorläufersymptome psychischer Erkrankungen zu identifizieren oder wir können danach fragen, welche dieser Kinder psychisch gesund bleiben und welche Faktoren es sind, die eine psychische Stabilität bei diesen Kinder fördern.
2. In praktischer Hinsicht richtet sich ein genuines Interesse auf die Kinder selbst und auf ihre Lebenssituation. Die Kinder sind in besonderer Weise belastet und die Gefahr, dass diese Belastungen sich auf die kindliche Entwicklung schädigend auswirken können, liegt auf der Hand. Es ist deshalb unsere Aufgabe, der Frage nachzugehen, ob wir in präventiver Hinsicht etwas Sinnvolles für die Kinder und mit den Kindern und ihren Familien tun können. Antworten kommen zum einen von den Betroffenen selbst, die uns sagen können, welche Hilfe sie sich wünschen. Diese Antworten wiederum können zum Beispiel mit Erkenntnissen aus der Forschung zusammengefügt werden, um zu guten präventiven Konzepten zu gelangen (vgl. Mattejat 2001).

## **Familiäre Anpassungsprozesse**

Rost (1992) wertete mehrere Studien über familiäre Anpassungsprozesse aus. In den Familien war ein erwachsenes Familienmitglied an einer schweren körperlichen Krankheit erkrankt. Das typische familiäre Reaktionsmuster beschreibt er wie folgt:

- starker Kohäsionsdruck,
- Isolation gegenüber der sozialen Umwelt,
- geringe Flexibilität und
- Konfliktvermeidung.

Gemeinsam können diese Reaktionen dazu beitragen, dass in Familien mit einem schwerkranken Elternteil Kinder und Jugendliche verstärkt in das Familiensystem eingebunden sind und so indirekt in ihren entwicklungsgerechten Versuchen der Ablösung und eigenen Identitätssuche gehemmt werden. Ferner scheinen bei einer schweren elterlichen Erkrankung folgende drei Mechanismen von besonderer Bedeutung für die Eltern-Kind-Beziehung: *„Das Ausmaß der Parentifizierung des Kindes durch seine Eltern kann durch vermehrte Übertragung von Verantwortung geschehen oder durch erhöhte emotionale Bedürfnisse an das Kind. Außerdem können erhöhte Autonomieanforderungen an das Kind, die für die Eltern-Kind-Beziehung bedeutsam sind, gestellt werden: Mehr Alltagsprobleme müssen ohne elterliche Unterstützung vom*

*Kind bewältigt werden. Schließlich die Entstehung von Delegationen. Durch die Krankheit müssen bedeutende Lebensziele der Eltern unerfüllt bleiben, die in der Wunschvorstellung der Eltern von ihren Kindern stellvertretend erreicht werden sollen.“<sup>1</sup>*

In einer Untersuchung stellte Titze (2004) bei den Kindern von Müttern, die an Epilepsie erkrankt waren, fest, dass dort das Verantwortungsbewusstsein insbesondere der Mädchen deutlich größer war als in einer Vergleichsgruppe. Bisher unbeantwortet ist die nahe liegende Frage, ob die Verantwortung und Unterstützung, die die Jugendlichen für ihre epilepsiekranken Mütter übernahmen, ihre konkrete Ablösung aus der Familie beeinflussen. Simon, Clement und Stierlin (1999) wiesen daraufhin, dass in der Adoleszenz die Bewältigung des Ablösungsprozesses von der Familie erschwert sein könnte, wenn die Eltern die Jugendlichen brauchen oder der Jugendliche sein Gefühl von Kompetenz und Selbstwert von der Erfüllung wichtiger Aufgaben oder von Funktionen im Zusammenhang mit der Erkrankung der Mutter abhängig gemacht hat. Das Gelingen dieses Prozesses ist eine wesentliche Voraussetzung für gute Startbedingungen in Bezug auf die nächste Familiengründung und damit für das Gedeihen der Kinder.

Romer und Haagen (2004) führten aus, dass in jedem Fall entwicklungspsychologische Aspekte berücksichtigt werden müssen, will man die seelischen Reaktionen von Kindern und Jugendlichen verstehen. Abhängig von ihrer kognitiven Reife haben Kinder unterschiedliche Konzepte von Krankheit, ihrer Entstehung und vom Tod. Jüngere Kinder erkennen Krankheit eher anhand von konkret beobachtbaren Merkmalen wie „im Bett liegen“. Jugendliche dagegen versuchen sich reflektiert mit ihrer Entstehung auseinander zu setzen und beschäftigen sich mit den Risiken infektiöser und genetischer Übertragung der Krankheit. Wenn Eltern ernsthaft erkrankt sind, haben Kinder und Jugendliche eine komplexe Belastungssituation zu bewältigen. Für das Denken und Handeln professioneller Helfer sollte es daher selbstverständlich werden, eine schwere elterliche Erkrankung auch aus der Erlebnisperspektive des Kindes zu betrachten.

### **Hilfe für belastete Familien**

Aus den Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte in der psychosozialen Betreuung von Scheidungsfamilien lassen sich einige übertragbare Lehren ziehen: Kinder kommen umso besser mit einer ohnehin belasteten und nicht vor ihnen zu verbergenden schwierigen Situation zurecht, je mehr sie die Möglichkeit haben, die Geschehnisse um sie herum zu verstehen und einzuordnen, ihre Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen und sich somit auf stressreiche Ereignisse rechtzeitig einstellen zu können. Auch Klarstellungen, dass sie selbst nicht Schuld sind an dem, was passiert ist, und dass sie selbst nichts tun können, um etwas an der Situation zu ändern, sei es die Tren-

---

<sup>1</sup> Romer, Georg; Haagen, Miriam: Kinder körperlich kranker Eltern, In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind 7(2004), Nr. 2, S. 9-15

nung der Eltern oder eine elterliche Krankheit, sind für die Kinder ebenso wichtig wie entlastend.

Auch dabei sollten Verarbeitungshilfen möglichst früh einsetzen. Da ernsthaft erkrankte Eltern, die selbst durch die Situation meist voll beansprucht sind, in ihrer Elternrolle oftmals verunsichert sind, werden niedrigschwellige professionelle Hilfen gebraucht, die Eltern dabei unterstützen, ihre Kinder im Grundsatz so in ihre Krankheitsverarbeitung einzubeziehen wie andere nahe Angehörige, jedoch gleichzeitig mit ihren eigenen Entwicklungsbedürfnissen zu unterstützen. Wenn Kindern dabei geholfen werden kann, eine schwierige Situation nicht traumatisch, sondern vielleicht sogar kreativ zu verarbeiten, steht ihnen diese Erfahrung auch in ihrer weiteren Entwicklung bei neu auftretenden Krisensituationen als inneres Arbeitsmodell der Stressbewältigung zur Verfügung.

Belastete Eltern können unter Umständen als zuverlässige Bezugspersonen nicht kontinuierlich zur Verfügung stehen. Deshalb muss besondere Aufmerksamkeit der gestörten Beziehung zwischen Mutter und Säugling gelten, da in dieser Zeit erlebte Trennungen – auch im übertragenen Sinn – als existentielle Bedrohung von den Kindern erlebt wird, da diese eine Wiederkehr ihrer Bezugsperson nicht antizipieren können. Die Auswirkungen abweichenden psychischen Verhaltens auf den jungen Säugling sind ausführlich untersucht worden. In einem so genannten „Depressionsmodell“ ließen Forscher die Mutter eine Zeit lang jede Interaktion mit dem Kind aussetzen. Sie haben dies zu Untersuchungszwecken als so genannte Maximalvariante depressiver Verhaltensmerkmale bezeichnet: verminderte Mimik und Motorik, eingeschränkter Sprachgebrauch, herabgesetzte Affektivität. Gesunde Kinder reagieren darauf genauso, als ob sie tatsächlich verlassen werden. Sie protestieren, suchen den Kontakt zurückzugewinnen, geben schließlich auf und ziehen sich in sich selbst zurück. Diese Beobachtung führte zum Begriff der „Anwesenden Abwesenheit“. Eine psychische Trennung bei physischer Anwesenheit der Bezugsperson hat die gleichen Konsequenzen wie deren reale Abwesenheit.

Der häufigste Fall sind kranke Mütter mit psychotischer oder depressiver Erkrankung. Es gibt Verlaufsformen, die erst postpartal beginnen, und diejenigen mit erneutem oder verstärktem Krankheitsschub nach der Geburt. Über kranke Väter gibt es bislang wenige Informationen. Ihr direkter Einfluss auf das Bindungsverhalten des Kindes ist im Gegensatz zu ihrer Bedeutung als stützender Partner kaum erforscht. Es ist jedoch bekannt, dass in Familien mit einer psychisch erkrankten Mutter die Väter häufiger ebenfalls psychisch erkranken als in Familien mit gesunden Müttern.

Allgemeine Gefahren sind mangelnde Kontinuität in der Sensitivität mit Folgen für das Lernmuster des Kindes sowie insensitives Verhalten als möglicher Wegbereiter für Aufmerksamkeitsstörungen. Intrusives und feindseliges Verhalten kann zu Entwicklungsstörungen, auch der Gedächtnisfunktion, führen und schließlich kann – zumindest theoretisch – mangelnde affektive Spiegelung Probleme in der Selbstwahrnehmung des jungen Säuglings und späteren Kleinkindes verursachen. Im Besonderen zeigen Mütter mit einer depressiven Erkrankung eine verminderte allgemeine Qualität der Interaktion und sind weniger sensitiv. Sie beenden zum Beispiel das Stillen früh-

zeitiger und haben mehr Schwierigkeiten beim Beruhigen des Kindes. Mütter mit Schizophrenie zeigen einen insgesamt weniger funktionalen Umgang mit dem Kind. Typisch ist bizarres Elternverhalten: Die Handlungen sind unvorhersehbar, wechselhaft, manchmal sogar feindselig. Dies führt im späteren Lebensalter zu mehr desorganisierten Bindungsmustern bei den Kindern (vgl. Wiefel und Lehmkuhl 2004).

### **Mögliche Folge: Bindungsstörung**

Tragischerweise fühlen sich und sind Eltern, die aus gesundheitlichen Gründen sehr belastet sind, häufig von den Kindern überfordert und gelangen an die Grenzen ihrer Kräfte. Nicht wenige berichten, dass sie, ganz gegen ihre eigentliche Absicht und gegen ihren eigenen Willen, es nicht schaffen, ihre Kinder gewaltfrei zu erziehen. Aber auch sonst berichten Eltern, die Gewalt gegen ihre Kinder angewendet haben, immer wieder von ähnlichen Konstellationen. Die soziale Situation ist schwierig, möglicherweise ist einer oder sind beide Elternteile arbeitslos, das Geld ist knapp, die an die Kinder gestellten Erwartungen werden von diesen nicht erfüllt. Es ist jede Kombination vorstellbar, die rasch zu einem Szenario eskalieren kann, in dem chronisch belastete Eltern in pädagogischen Fragen überfordert sind und damit ihre Erziehungsfähigkeit eingeschränkt wird. Damit erhöht sich die Gefahr, dass Kinder traumatischen Situationen ausgesetzt sind, wie sie nicht nur durch schwere körperliche oder psychische Erkrankungen der Eltern bedingt sind, sondern auch durch deren Verletzung oder Tod hervorgerufen werden können, sowie durch kriminelle Angriffe, politische Verfolgung oder Krieg.

Abhängig vom Entwicklungsalter kann für das Kind eine unauflösbare maligne Verlötung von Innen- und Außenwelt entstehen und so seine psychische und soziale Entwicklung massiv beschädigt werden, weil durch die traumatische Situation phasenspezifische Phantasieinhalte als aktualisiert erlebt werden und die Realität mit der phasenspezifischen Phantasiewelt verknüpft wird. Die Kinder reagieren mit elementaren Alarmreaktionen und verzweifelten Bewältigungsversuchen. Sie sind sehr misstrauisch, haben Rachegefühle und Phantasien, können nur schwer zwischen Phantasie und Realität unterscheiden. Sie zerstören Erinnerungen an die Vergangenheit und haben keine Vorstellungen für die Zukunft. Sie können mit verminderter, aber auch mit vermehrter Impulskontrolle reagieren, mit erhöhter Anpassung, in der Hoffnung, damit besser in der Zukunft geschützt zu sein, oder auch dazu neigen, sich möglichst klein zu machen, sich regressiv zu verhalten in der Hoffnung, dass ihnen dann nicht so viel Verantwortung zugeschoben wird.

Ein typischer Ausdruck von früh gestörter Interaktion zwischen Eltern und Kind sind die Bindungsstörungen, ein Begriff, der erst in den vergangenen zwei Jahrzehnten eingeführt wurde. Bisher liegt wenig empirisch gesichertes Wissen über diese Störung vor, bei der in besonderer Weise entwicklungspsychiatrische Aspekte berührt sind. Das Krankheitsbild wird durch unzureichende oder traumatisierende Beziehungen in den ersten Lebensjahren verursacht, die Symptomatik ist an das Kleinkind- und Vorschulalter gebunden, die Betroffenen sind Hochrisikopatienten für die Entwicklung anderer psychiatrischer Störungen im Langzeitverlauf.

In nosologischer Hinsicht nehmen Bindungsstörungen eine einzigartige Stellung unter den kinderpsychiatrischen Krankheitsbildern ein, weil nicht nur intrapersonale Symptomatik, sondern auch interpersonales Beziehungsverhalten als Diagnosekriterium gilt und explizit oder implizit pathogene psychosoziale Umstände zur Diagnosestellung gefordert werden. Dies hat zu vielfältiger theoretischer und methodologischer Kritik geführt. Es herrscht jedoch Übereinstimmung in der Unterscheidung von zwei Grundformen: eine gehemmte Form mit Vermeidung, Rückzug, Hypervigilanz und eine ungehemmte Form mit vorwiegend nicht selektiven, distanzlosem, diffusem Kontaktverhalten.

Ergebnisse epidemiologischer Forschung über die Häufigkeit von Bindungsstörungen liegen nicht vor, Inzidenz und Prävalenz sind deshalb unbekannt. Extrapolierte Schätzung auf der Basis von Zahlen über Häufigkeit von Misshandlung und Vernachlässigung gehen von einer Prävalenz von etwa einem Prozent aus. Die Prävalenz in Risikogruppen (Kinder aus Institutionen, misshandelte Kinder, Kinder mit Gedeihstörung) wird als bedeutsam eingeschätzt, auch hier fehlen empirische Daten. Die Prävalenz von desorganisiertem Bindungsverhalten als möglichem Vorläufer einer Bindungsstörung wird mit zehn bis 15 Prozent in normalen Mittelklassestichproben und 80 Prozent in Risikopopulationen (misshandelte Kinder) angegeben.

Die englische Studie an rumänischen Adoptivkindern mit unterschiedlich langer Deprivationsdauer (O'Connor 1999) kommt zu folgenden Ergebnissen: Unter den rumänischen Kindern mit einer Deprivationsdauer von über zwei Jahren vor Adoption hatten im Alter von sechs Jahren 30 Prozent eine ausgeprägte Bindungsstörung, dagegen lag die Häufigkeit an Bindungsstörungen nach einer Deprivationsdauer von unter sechs Monaten vor Adoption nur bei sieben Prozent. In der Inanspruchnahme der Berliner Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters lag die prozentuale Häufigkeit bei etwa vier Prozent und einem mittleren Alter von sechs Jahren. Auf Achse 5 des multiaxialen Klassifikationsschemas fanden wir bei diesen Kindern eine ausgeprägte Häufung abnormer psychosozialer Umstände, wobei besonders die Merkmale „unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung“, Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung „vermittelt“ und „psychische Störungen/abweichendes Verhalten eines Elternteils“ herausragten (Remschmidt u. a. 2001).

Trotz des wiederholt beklagten Mangels an systematischen Studien herrscht weitgehend Einigkeit, dass Kinder mit Bindungsstörungen ein spezifisches klinisches Bild zeigen, das durch andere Diagnosen nicht ausreichend abgebildet wird. Die wenigen vorliegenden Studien über klinische Symptomatik beschränken sich jedoch auf Fallberichte. Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch ein abnormes Beziehungsmuster mit Störungen der sozialen Funktionen und emotionalen Auffälligkeiten, die in der sozialen Interaktion besonders deutlich hervortreten. Kinder mit reaktiver Bindungsstörung reagieren auf Zuspruch mit einer eigenartigen Mischung aus Annäherung, Vermeidung oder Widerstand, zeigen eine abnorme Unsicherheit. Es besteht ein Mangel an sozialer Reagibilität und eine eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen. Zusätzlich bestehen emotionale Symptome wie Furchtsamkeit, beobachtende Übervorsichtigkeit, Unglücklichsein oder Apathie, die durch Zuwendung nicht beeinflussbar sind.

Dagegen reagieren Kinder mit ungehemmter Bindungsstörung in der frühen Kindheit auf Zuspruch mit Anklammerung und diffusem Bindungsverhalten, im Vorschulalter zeigen sie Aufmerksamkeit suchendes, distanzloses, wahllos-freundliches Kontaktverhalten ohne Situationsspezifität. Die Interaktion mit Gleichaltrigen ist meist wenig moduliert, gewöhnlich bestehen Schwierigkeiten beim Aufbau enger, vertrauensvoller Beziehungen. Aggressive Verhaltensweisen gegen sich selbst und andere sind häufig, während andere emotionale Auffälligkeiten weniger im Vordergrund stehen.

Wegen der engen Assoziation mit Misshandlungssyndromen finden sich häufig bisher nicht ausreichend diagnostizierte und behandelte somatische Erkrankungen und Beeinträchtigungen. Mit dem gesamten Spektrum von Folgen der körperlichen Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung ist zu rechnen. Besonders bei **Kindern mit reaktiven Bindungsstörungen** ist an **folgende spezielle Krankheitsbilder** zu denken:

1. Die wahrscheinlich häufige frühkindliche nicht organische Gedeihstörung des Säuglings und frühen Kleinkindalters ist gekennzeichnet durch somatisch nicht ausreichend erklärbares Untergewicht und Entwicklungsverzögerungen. Die Kinder werden typischerweise wiederholt in Kinderkliniken stationär behandelt, viele zeigen häufiges Erbrechen, Essstörungen, rezidivierende respiratorische Infekte, manche ruminieren, das heißt, sie würgen die Nahrung wieder hoch, um sie erneut zu kauen.
2. Deutlich seltener ist der psychosoziale Kleinwuchs, ein spezifisches Syndrom, das mit psychosozialer Deprivation eng assoziiert ist. Es finden sich ein ausgeprägter Kleinwuchs ohne Untergewicht mit Verminderung der Wachstumshormonsekretion, Schlafstörungen, Polydipsie und Polyphagie, Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, psychopathologisches Symptom und Entwicklungsverzögerung. Beweisend für die Diagnose ist ein Aufholwachstum mit Normalisierung und Wachstumshormonsekretion nach einer Beendigung der deprivierenden Bedingungen.

Als Ursache werden heute der Mangel an verlässlicher Beziehung und Erziehung als wichtigster Faktor bei Bindungsproblemen verstanden. Die Entwicklung einer stabilen Bindung stellt eine Voraussetzung für psychische Gesundheit dar. Je länger die belastende Situation andauert, desto höher liegt der Anteil der Bindungsstörungen. Der Einfluss der Umwelt ist entscheidend, doch sind heute auch biologische Faktoren von Belang.

In der Hirnforschung wurde festgestellt, dass verschiedene sensorische Systeme beim Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen beteiligt sind. Werden diese Systeme nicht ausreichend stimuliert, etwa weil die Bindungsperson psychisch krank ist, stockt auch die neuronale Entwicklung, was wiederum das Auftreten von Verhaltensstörungen begünstigen kann. Kinder, die sozial isoliert und vernachlässigt aufwachsen, entwickeln die unterschiedlichsten Symptome. Sie können zum Teil extrem aggressiv, sowohl gegen sich selbst als auch gegen andere sein. Der Kontakt zu Gleichaltrigen ist oftmals gestört. Gemeinsames Spielen klappt nur selten.

## Perspektiven für Kinder mit Bindungsstörungen

Das oberste Ziel ist die Herstellung und Sicherung einer stabilen Umgebung, in der das Kind zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen und sich möglichst ungestört entwickeln kann. Dies kann bei gravierender Gefährdung des Kindeswohls auch die Herausnahme aus dem belastenden Umfeld einschließen. In jedem Fall muss genau überprüft werden, wie schwer die familiären Störungen sind, und es muss geklärt werden, ob der Umgang mit den leiblichen Eltern dem Wohle des Kindes dient oder nicht. Mindestens zeitweise ist deshalb die Einschränkung des elterlichen Sorgerechtes notwendig, um das Kind kinderpsychiatrisch behandeln zu können oder auch in einer sonderpädagogischen Pflegefamilie betreuen zu lassen.

Es ist absolut wichtig, dass die Betreuung langfristig geplant und abgesichert ist und die Entwicklung der Kinder nicht durch erneute Beziehungsabbrüche gefährdet ist. Bisweilen ist eine unterstützende Psychotherapie oder auch eine medikamentöse Behandlung schon im Kindesalter erforderlich. Nach heutigem Wissensstand muss man davon ausgehen, dass Kinder mit frühkindlich gestörtem Bindungsverhalten vor allem nach Misshandlungen und bei Kindern aus sozial schwachen Familien mit einem hohen Risiko für spätere psychische Auffälligkeiten behaftet sind.

### Literatur

- Mattejat, Fritz: Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – eine Einführung, In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 50 (2001), S. 491-497
- O'Connor, T. F.; Bredenkamp, D.; Rutter, M. and the English and Romanian Adoption Adoptees Study Team: Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation, In: Infant Mental Health Journal, New York: Wiley 20 (1999), S. 10-29
- Pfeiffer, Ernst; Lehmkuhl, Ulrike: Bindungsstörungen. In: Herpertz-Dahlmann, Beate u. a.: Entwicklungspsychiatrie, Stuttgart: Schattauer (2004), S. 541-547
- Remschmidt, Helmut; Schmidt, Martin; Poustka, Fritz (Hrsg.) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, Bern, Berlin: Huber (2001)
- Romer, Georg; Haagen, Miriam: Kinder körperlich kranker Eltern, In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind 7 (2004), Nr. 2, S. 9-15
- Rost, R.: Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern – ein Literaturüberblick. Medizinische Dissertation, Freiburg i. Br.: Albrecht-Ludwigs-Universität (1992)
- Simon Fritz B.; Clement, Ulrich; Stierlin, Helm: Die Sprache der Familientherapie, Stuttgart: Klett-Cotta (1999)
- Titze, Karl: Epilepsie der Mutter – ein Risiko? Hamburg: Verlag Dr. Kova (2004)
- Wiefel, Andreas; Lehmkuhl, Ulrike: „Schau mich bitte nicht so an ...“ In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind 7 (2004), Nr. 2, S. 29-32

# Die Entstehung seelischer Erkrankungen: Risiko- und Schutzfaktoren

PROF. DR. JÜRGEN KÖRNER

*Psychoanalytiker, Professor für Sozialpädagogik an der Freien Universität Berlin*

Es ist ganz unmöglich, das weitläufige Thema der Entstehung seelischer Erkrankungen auf wenigen Seiten abzuhandeln. Die folgende Darstellung muss sich daher auf eine Übersicht beschränken; sie soll nur dort ausführlicher werden, wo mir die Gegenstände besonders wichtig oder umstritten erscheinen.

Risiko- und Schutzfaktoren bilden ein sehr komplexes Ineinander von Einflüssen, die sich wechselseitig unterstützen oder auch hemmen können. In jedem einzelnen Fall wirken zahlreiche Faktoren und die alte, stark vereinfachende Vorstellung von einigen ganz wenigen Einflussgrößen hat sich empirisch nicht halten lassen. Die Forschung hat vielmehr zahlreiche Risikofaktoren identifiziert; jeder einzelne mag in seinem Einfluss begrenzt sein und erst in der kumulativen Häufung bilden sie eine hinreichende Bedingung für eine pathologische seelische Entwicklung.

## **Grundsätzlich kann man unterscheiden:**

- genetische und dispositionelle Faktoren,
- soziale Faktoren, insbesondere
- familiäre Einflüsse und
- schulische Einflüsse.

Zu den **genetisch/dispositionellen Faktoren** zählt die „Ausstattung“ des Kindes mit individuellen Entwicklungs- und Verhaltensbereitschaften, sein Temperament, seine affektive Reaktionsbereitschaft und seine kognitive „Grundausrüstung“. Dabei ist zu bedenken, dass das zentrale Nervensystem, also gewissermaßen die „Hardware“ der Persönlichkeit, keineswegs bereitliegt – etwa wie das Betriebssystem und die Festplatte eines neuen Computers. Vielmehr entwickelt sich diese „hardware“ je nach den Umwelteinflüssen günstig oder ungünstig, progressiv oder regressiv (Hüther 2004).

Dieser Sachverhalt ist durch die jüngere neurobiologische Forschung eindrucksvoll belegt worden, die den Verdacht begründet, dass beispielsweise eine extrem anrengungsarme Umgebung die Entwicklung des zentralen Nervensystems beim Säugling so weit behindern kann, dass eine spätere Korrektur nicht mehr oder nur unter sehr großem Aufwand noch möglich sein wird. Insoweit geht der Einfluss der frühen Erfahrung, den die Psychoanalyse immer schon mit Nachdruck betonte, sehr viel weiter als dies in der Mainstream-Entwicklungspsychologie lange Zeit gesehen wurde.

Zu den **sozialen Faktoren** zählt, das ist allgemein bekannt, das Klima in der Familie. Risikofaktoren sind krisenhafte Situationen, psychische Störungen oder Behinderungen in der Familie, aber auch Überfürsorge oder unzureichende Aufsicht und Steuerung. Wir können annehmen, dass nicht so sehr die Vollständigkeit der Primärfamilie, sondern eher das familiäre Klima von Bedeutung ist. Anders gesagt: Eine allein erziehende Mutter kann ihrem Kind eine bessere Entwicklungschance bieten als dies ein Ehepaar vermag, das chronisch zerstritten ist. Weitere Risikofaktoren liegen in akuten, belastenden Lebensereignissen, ferner in der Außenseiterrolle des Kindes oder der Familie, zum Beispiel aufgrund einer Migration.

Kinder, die mit einer seelischen Störung – zum Beispiel einer unsicheren Bindung – dann in die Schule kommen, fühlen sich auch dort sehr häufig belastet, oft erfahren sie negative Rückmeldungen bei schwachen Leistungen oder aufgrund einer erkennbaren Verhaltensstörung. Zu den schulischen Risikofaktoren zählen aber auch schlecht ausgebildete Lehrer, die die Selbstverantwortung der Schüler zu wenig fördern, sie zu wenig anerkennen, aber auch solche Lehrer, die zu wenig Leistung fordern. Auf der anderen Seite müssen die Ziele, die von der Schule gesteckt werden, für das Kind erreichbar sein.

Die **Schutzfaktoren** lassen sich einteilen in

- individuelle (soziale Kompetenzen, kognitive Fähigkeiten, Interesse),
- sichere Bindungen (Familie, Freunde),
- soziale Unterstützung und
- positive, erreichbare Ziele.

Zu den **individuellen Schutzfaktoren** zählen die Fähigkeit zur Selbstberuhigung, das Selbstvertrauen des Kindes, seine Handlungskontrolle und sein soziales Interesse. Die sicheren Bindungen gewährleisten soziale Unterstützung auch durch Freunde, so dass ein Kind oder ein Jugendlicher eine erfahrene Belastung innerhalb einer solchen Beziehung verarbeiten kann. Ähnliches gilt für die soziale Unterstützung: Eine Integration in soziale Netzwerke schützt, während – umgekehrt – die Mitgliedschaft in einer devianten Gruppe einen sehr starken Risikofaktor darstellt, insbesondere für delinquentes Verhalten.

### **Vulnerabilität, Resilienz und Risikokonstellationen**

Die Entwicklung seelischer Störungen kann lange Zeit unauffällig verlaufen. Zunächst führt sie vielleicht nur zu einer erhöhten **Vulnerabilität**, also einer Empfindlichkeit oder Anfälligkeit, einer Labilisierung, die in schwierigen Lebenslagen oder bei pathogenen Einflüssen dann zu auffälligen Fehlentwicklungen und Krankheitssymptomen führen kann. Vulnerabilität ist also selbst schon das Ergebnis eines Zusammenspiels von genetischen Risikofaktoren, von biologischen und psychosozialen Einflüssen. Ob diese Vulnerabilität dann in eine erkennbare Fehlentwicklung umschlägt, hängt von der Schwere auslösender Ereignisse ab.

Demgegenüber beschreibt der Begriff der **Resilienz** (oder Resistenz) den Sachverhalt, dass sich zahlreiche Kinder oder Jugendliche trotz ungünstiger Einflüsse doch sehr zufriedenstellend entwickeln. Beispielsweise war die so genannte Wochenkrippe, in der zu Zeiten der DDR auch Säuglinge von montags bis freitags aufbewahrt wurden, eine für die Bindungsentwicklung höchst ungünstige Bedingung. Trotzdem haben sich sehr viele dieser Kinder gut entwickelt. Im Einzelfall lässt sich zum Beispiel denken, dass ein Säugling die Fähigkeit besaß, eine Erzieherin für sich zu gewinnen, so dass diese sich ihm häufiger und vor allem konstant zuwandte, so dass sich zwischen den beiden ein emotionaler Dialog mit einem „affect attunement“ entwickeln konnte.

Wir können aufgrund der vorliegenden Forschungsergebnisse zahlreicher **Risikokonstellationen** unterscheiden. Einige verdienen vielleicht besondere Hervorhebung: Trennungen von den Eltern sind ungünstige Faktoren und zwar deswegen, weil ihnen in der Regel schwere Konflikte vorangingen. Jede Scheidung stellt eine Belastung dar, der gänzliche Verlust der Eltern ist nur mit großem Aufwand zu verarbeiten. Bei Fremdunterbringung sollte daher der Kontakt zur Primärfamilie aufrechterhalten werden, sofern dem nicht schwerwiegende Gründe entgegenstehen.

Auch die psychotische Erkrankung eines Elternteils gehört zu den gut untersuchten Risikokonstellationen. Das Risiko des Kindes, selbst psychotisch zu werden, liegt im Fall eines psychotischen Elternteils bei 13 Prozent. Wenn beide Elternteile psychotisch sind, steigt das Risiko auf 46 Prozent. Trotzdem ist auch hier immer das Zusammenspiel unterschiedlicher Einflussfaktoren zu beobachten; auch wirken Schutzfaktoren, die ein scheinbar ungünstiges Schicksal abwenden können.

Eine depressive Erkrankung der Mutter zählt zu den am häufigsten untersuchten Risikokonstellationen. Depressive Mütter zeigen häufig eine negative Haltung gegenüber ihrem Kind (und gegenüber anderen Menschen), häufig können sie sich nur wenig für ihr Kind engagieren, so dass es ihm an Unterstützung in konflikthafter Situationen fehlt. Sie sind oft nachgiebig und es fällt ihnen schwer, Grenzen zu setzen. Sie sind andererseits oft überprotektiv, desorganisiert und unglücklich. Video-Aufnahmen von Dialogen zwischen einer depressiven Mutter und ihrem Säugling zeigen, dass diese Mütter trotz allerbesten Absichten im emotionalen Kontakt „verhangen“ wirken und auf die dialogischen Beiträge des Säuglings nur wenig differenziert eingehen. Der Säugling gerät unter Stress, weil ihm die Reaktion der Mutter fehlt, er wirkt zunehmend hoffnungslos und neigt dazu, sich nur noch mit Spielgegenständen zu beschäftigen.

Auch der sexuelle Missbrauch ist als Risikokonstellation schon häufig untersucht worden. Eine derartige Erfahrung wirkt in den meisten Fällen traumatisierend, dennoch ist es für die Folge von großer Bedeutung, ob es weitere belastende oder unterstützende Einflüsse gibt. Es ist zu erkennen, dass sich ein sexueller Missbrauch vor allem dann anhaltend pathogen auswirkt, wenn das Kind keine Möglichkeit hat, in einer sicheren Bindung zu einer Person innerhalb oder außerhalb der Familie Unterstützung zu suchen. Es ist oft nachgewiesen worden, dass missbrauchende Erwachsene oft auch selbst missbraucht worden sind und dass missbrauchte Kinder später überzufällig häufig Opfer weiterer sexueller Übergriffe werden.

## Verläufe abweichender Entwicklung

Die **Krankheitsentwicklung** verläuft über einige, oft gut unterscheidbare Stadien. Am Anfang steht das komplexe Zusammenspiel von einer Disposition beziehungsweise einer Vulnerabilität und einem belastenden Ereignis (oder einer anhaltenden Ereignisfolge). Das Kind versucht, diese Belastungen zu bewältigen, und oft treten erste Verhaltensauffälligkeiten auf, die aber bei genauem Hinsehen als Ergebnisse angestrebter Bewältigungsversuche verstanden werden können. Da diese Auffälligkeiten – beispielsweise in der Schule – zu Entwertungen oder Stigmatisierungen führen können, stellen sich sekundäre und tertiäre Folgen ein: Das Kind oder der Jugendliche entwickelt möglicherweise ein negatives „Selbst“, es/er stilisiert selbst eine Außenseiterrolle, so dass er weitere Ausgrenzungen eher als Bestätigung seiner Selbstwahrnehmung versteht. Im weiteren Verlauf könnte der Jugendliche Anschluss an deviante Gruppen suchen, die zum Beispiel dissoziale Normen in das Wertesystem der Gruppe einbauen.

Diese etwas schematisch dargestellte Entwicklung lässt sich bei vielen Jugendlichen nachweisen. Dort ist es insbesondere die Bindung an eine deviante Gruppe, die eine ungünstige Entwicklung verfestigt und fortschreibt. Dann kann es sein, dass der Jugendliche den Auftritt vor einem Jugendrichter etwa als Mutprobe versteht, bei der die Freunde im Zuschauerraum sitzen und jede freche Bemerkung des Jugendlichen „cool“ finden. Manch ein Jugendlicher zählt die Verurteilung zu einem Jugendarrest zu den Mutproben, die ein bewundernswerter junger Mann durchgestanden haben sollte.

Bei dieser Sachlage ist es nicht verwunderlich, dass eine pädagogische Arbeit mit delinquenten Jugendlichen dort auf enge Grenzen stößt, wo der Jugendliche in eine delinquente Peer-Group eingebunden ist. Insbesondere Gruppenmethoden in der Arbeit mit Delinquenten zeigen oft geringe oder gar negative Ergebnisse (Dishion et al. 2000), wenn die Gruppenmethodik wenig strukturiert ist, so dass sich die Gruppenteilnehmer mehr oder weniger offen über ihre delinquenten Normen verständigen können.

Die folgende Aufzählung soll **die typische Abfolge primärer, sekundärer und tertiärer Folgen am Beispiel der Störung des Sozialverhaltens** darstellen:

- Der Säugling zeigt möglicherweise eine vergleichsweise große motorische Unruhe, er wirkt impulsiv und ist belastet durch Aufmerksamkeitsstörungen.
- Die Eltern streiten viel untereinander, sie sind in der Erziehung ihrer Kinder überfordert und vernachlässigen das etwas „schwierige“ Kind.
- Das Kind zeigt im sekundären sozialen Feld, im Kindergarten und in der Schule Anpassungsprobleme, in einzelnen Teilleistungen wirkt es im Ergebnis schwächer als die anderen.
- Es neigt zur Entwicklung eines negativen Selbstbildes, wählt häufiger als andere riskante Verhaltensweisen, oft mit negativen Folgen, die aber als Verstärkung wirken.
- Das Kind oder der Jugendliche schließt sich an deviante Gruppen an; es gelingt ihm also eine „alloplastische“ Anpassung an die Umwelt. Diese Gruppen bestätigen sei-

ne Selbstwahrnehmung, weil sie sich als Außenseiter und von der Gesellschaft entwertet definieren.

Eine ähnliche **schematische Entwicklung von Hochrisikokindern** lässt sich nach Resch u. a. (1999) wie folgt darstellen:

- Das Kleinkind zeigt ein neuromotorisches Defizit und eine Sprachentwicklungsstörung.
- Das Schulkind lässt eine Aufmerksamkeitsstörung erkennen, es wirkt vielleicht passiv und irritierbar.
- In der Präadoleszenz ist möglicherweise eine Denkstörung und eine Sozialisierungsstörung zu erkennen.
- In der Adoleszenz wirkt der Jugendliche sozial wenig kompetent, möglicherweise in seinem Affekt vergleichsweise flach und in seinem Denkablauf beeinträchtigt.

### **Diagnostik: psychologisch oder pädagogisch?**

Dieser etwas kursorische Überblick sollte an einigen Beispielen illustrieren, dass wir über die Entwicklung seelischer Erkrankungen, über Risiko- und Schutzfaktoren ein inzwischen fundiertes empirisches Wissen angesammelt haben. Es handelt sich um ein klinisch-psychologisches beispielsweise psychiatrisch-medizinisches Wissen, das eine Grundlage für vielfältige therapeutische Interventionsstrategien abgeben könnte. Schwieriger ist schon die Frage, wie der Pädagoge, der zum Beispiel in der Jugendhilfe arbeitet, mit diesem Wissen umgehen kann und welche Möglichkeiten er hat, pädagogisches – nicht therapeutisches! – Handeln zu begründen. Hierbei stellt sich zum einen die Frage nach der Abgrenzung unterschiedlicher professioneller Kompetenzen:

Auf der einen Seite die klinischen Psychologen mit ihrem fundierten Wissen in Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik und Persönlichkeitsdiagnostik, mit ausgefeilten psychometrischen, (halb)standardisierten und projektiven Verfahren, auf der anderen Seite die Pädagogen, die versuchen, den einzelnen Fall in seinem lebensweltlichen Kontext zu erfassen und insbesondere seine Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Diese unterschiedlichen Perspektiven lassen sich nicht einfach mischen; hinzu treten aber auch wechselseitige Ressentiments der Berufsgruppen, die den Dialog zwischen ihnen und eine methodische Integration professioneller Kompetenzen erschweren.

Auf Seiten der Pädagogen ist häufig ein tiefes Misstrauen gegenüber psychologischer Diagnostik zu erkennen. Trotzdem muss betont werden, dass keine, auch keine pädagogische Intervention ohne eine Indikationsstellung möglich ist und dass jede Indikationsstellung eine Diagnostik voraussetzt.

Aber welche Art der Diagnostik? Die **Kritik an der klassischen psychologischen Diagnostik** wiegt so schwer, dass sie nicht übersehen werden darf:

- Sie setzt über die zu messenden Merkmale in der Regel eine Normalverteilung voraus, jedoch trifft diese Voraussetzung in seltenen Fällen zu.
- Sie operiert mit einem problematischen Normalitätsbegriff, weil sie stillschweigend voraussetzt, dass diejenige Merkmalsausprägung, die bei den meisten Menschen anzutreffen ist, auch die Normalität widerspiegelt.
- Jede Diagnostik enthält mindestens implizit einen Vergleich zu einer Stichprobe; immer geht es darum, den Einzelnen in Bezug zu einer (mehr oder weniger großen) Gruppe zu beurteilen. Dabei ist die Auswahl dieser Bezugsgruppe sehr folgenreich. Bezieht man zum Beispiel die Delinquenz bei ausländischen Jugendlichen auf die Grundgesamtheit aller Jugendlichen in Deutschland, so erscheint diese Delinquenz exorbitant hoch. Bezieht man sie jedoch auf die Gruppe derjenigen Jugendlichen, die in ähnlichen unterprivilegierten sozialen Situationen leben, so erscheint sie weniger ausgeprägt.
- Die Validität, die Gültigkeit psychologischer Messverfahren ist häufig umstritten. Aktuelles Beispiel: Die Versuche „Empathie“ zu messen, sind bislang daran gescheitert, dass erstens unklar blieb, wie dieses „Merkmal“ zu definieren sei, und zweitens um so fraglicher bleiben musste, wie, das heißt mit welchen Fragen eines Fragebogens, dieses Merkmal zu messen sein könnte.
- Jede psychologische Diagnostik kann zur Diskriminierung von Klienten führen. Freilich liegt dieses Problem weniger in der diagnostischen Methodik selbst, sondern eher dort, wo handelnde Psychologen oder Pädagogen mit diagnostischen Befunden umgehen. Ein negatives Beispiel: Die diagnostische Kategorie „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ wird häufig in einem sehr abwertenden Sinne gebraucht, wenn vor allem bei schwierigen, provokanten Klienten von „dem Borderliner“ gesprochen wird.

**Psychoanalytiker** teilen die hier aufgezählten kritischen Einwände gegen die klassische psychologische Diagnostik. Ihre **Diagnostik**, die gänzlich auf standardisierte Verfahren verzichtet und die sich bemüht, die subjektive Gewordenheit eines Klienten aus seiner Biographie heraus zu verstehen, könnte wie folgt charakterisiert werden:

- Es geht um das Verständnis einer Biographie als einer auch unbewusst gestalteten Lebensgeschichte; „harte Daten“ spielen eine relativ geringe Rolle. Vielmehr kommt es darauf an zu erfassen, wie das Subjekt seine Erfahrungen erlebt und bewertet hat.
- Psychoanalytiker glauben, dass frühe Beziehungserfahrungen als Schemata gespeichert und im weiteren Leben als Entwürfe für die zu erwartenden sozialen Erfahrungen verwendet werden. Insofern finden sich zum Beispiel in den konflikthaften Beziehungen eines Klienten die internalisierten früheren Beziehungserfahrungen wieder, ohne dass dieser Zusammenhang dem Subjekt selbst bewusst sein muss.

Die Idee von der Externalisierung unbewusster Beziehungsphantasien führt zu der Annahme, dass ein Klient auch im diagnostischen Gespräch eine Beziehung nach dem

Muster seiner internalisierten Beziehungserfahrungen gestaltet; Psychoanalytiker sprechen hier von der „Übertragung“. Daher ist es von großer Bedeutung, diese Übertragung möglichst schon im initialen Gespräch zu identifizieren, weil der Klient mit ihr zu verstehen gibt, welche (unbewussten) Vorstellungen von Beziehungen er hat und auf welche Erfahrungen er dabei zurückgreift.

Es ist sehr schwierig, zwischen diesen beiden Paradigmata, dem der klassischen psychologischen Diagnostik einerseits und der psychoanalytischen Einzelfallbetrachtung andererseits einen Mittelweg zu finden. In jüngster Zeit bemühen sich Pädagogen, eine eigenständige pädagogische Diagnostik zu entwickeln (Schrappner 2004), die einerseits die Nachteile psychologischer Diagnostik, also psychometrische Fixierung zu vermeiden sucht, andererseits aber doch zu Ergebnissen gelangen möchte, die über eine intensive Einzelfallbetrachtung hinausweisen könnte. Denn wenn auf der einen Seite die psychologische Diagnostik den einzelnen Fall zu einem Punkt in einem (möglicherweise gar nicht relevanten) Koordinatensystem reduziert, kann es auf der anderen Seite geschehen, dass sich der Psychoanalytiker im Verstehen des Einzelfalles verliert und das Typische dieses besonderen Schicksals im Vergleich oder im Kontrast zu anderen nicht erfasst. Die Grundfrage bleibt vorläufig offen: Wie lässt sich der Einzelfall verstehen, so dass seine Besonderheit erfasst, aber doch auch im Bezug zu anderen vergleichbar werden kann?

Dass die Bemühungen um eine Eigenständigkeit der pädagogischen Diagnostik noch nicht sehr weit gediehen sind, hängt wohl auch damit zusammen, dass es – wie schon erwähnt – auf Seiten der Pädagogen durchaus Vorbehalte, wenn nicht Ressentiments gegen (psychologische) Diagnostik gibt. Verbreitet ist die Furcht, den Klienten zu „stigmatisieren“, die Neigung, sich sehr stark auf die Ressourcen zu konzentrieren und dabei möglicherweise die Defizite zu verharmlosen.

Nicht selten werden dissoziale Karrieren, die doch auch die Schädigung anderer Menschen in Kauf nehmen, romantisiert zu besonders gelungenen Versuchen, sich in einer herzlosen Umwelt zu behaupten. Die hier erkennbar werdenden Identifikationen mit den Benachteiligten, Ausgegrenzten und Stigmatisierten verstellt aber den Blick auf die Notwendigkeit, delinquente Jugendliche/Heranwachsende für ihr Handeln verantwortlich zu machen und – bei aller Benachteiligung in der Vergangenheit – ihnen die Verantwortung für ihr zukünftiges Leben zuzuschreiben.

## **Ausblick**

Abschließend möchte ich ein Beispiel für eine derartige identifikatorische Betrachtungsweise darstellen: Es handelt sich um Empfehlungen, wie der Pädagoge diskriminierende, „defizitorientierte“ Begriffe vermeiden und durch „ressourcenorientierte“ Begrifflichkeiten ersetzen kann.<sup>1</sup> Der Pädagoge möge

---

<sup>1</sup> Es handelt sich um Text-Zitate aus einer vom Landesjugendamt Berlin finanzierten Fortbildung für Sozialpädagogen vom Mai 2004.

- statt „konzentrationsschwach“ besser diagnostizieren: „kann gleichzeitig mehrere Dinge fokussieren, vielseitiges Interesse, ist vielen gegenüber aufmerksam“;
- statt einen Klienten „aggressiv“ zu nennen, sollte man formulieren: „nimmt Konflikte an, lebt seine Energie aus, ist offen für soziale Kontakte“;
- anstelle der Diagnose „isoliert in der Gruppe“ könnte es heißen: „nimmt sich seinen eigenen Raum, eigenständige Persönlichkeit“.

Diese Umwertungen, die sich wie eine Karikatur lesen, verharmlosen auch die Not, in der sich der oder andere Jugendliche befinden könnten. Es hilft niemandem, ein aggressives Handeln, welches zweifellos auch aggressiv gemeint ist, in dieser Weise umzudeuten, und es mag im Einzelfall sehr schädlich sein, einen Jugendlichen, der möglicherweise mit einer schweren Kontaktstörung in der Gruppe isoliert wird, mit dem Prädikat „er nimmt sich seinen eigenen Raum“ zu benennen. Das wäre eine Missachtung seiner verzweifelten Situation und seiner Hilflosigkeit.

Der selbstbewusste Pädagoge nutzt die psychologische Diagnostik und auch das psychiatrische Wissen für seine pädagogisch-diagnostischen Annäherungen an den Klienten. Er verharmlost nicht die krank machenden Einflüsse seiner Lebenswelt, aber er romantisiert auch nicht die Devianz; er weiß um die unvermeidlichen Konflikte, die jedes Individuum in seiner Entwicklung durchstehen muss, aber er weiß auch, dass er in diesem Konflikt nur vermittelt – lösen kann er sie nicht.

#### **Literatur**

Hüther, Gerald: Die Macht der inneren Bilder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (2004)

Resch, Franz: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Weinheim: PsychologieVerlagsUnion (1999)

Schrappner, Christian: Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen, In: Kreft, Dieter; Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit, Weinheim: Beltz (im Druck)

Dishion, T. J.; Poulin, F.; McCord, J.: When Interventions Harm: Peer Groups and Problem Behavior, In: American Psychologist, Washington DC: APA 54 (2000)

# Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe: Vorstellung von Forschungsergebnissen des Projektes KAFKA

DR. SABINE WAGENBLASS

*Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für soziale Arbeit e.V. (ISA), Münster*

## 1. Einführung

Die Angehörigen psychisch kranker Menschen galten lange Zeit als mitverursachende Faktoren einer psychischen Erkrankung. Erst mit der Psychiatriereform und dem Ausbau der Gemeindepsychiatrie wurden die Familien als unterstützende Ressourcen wahrgenommen. Aufgrund der immer kürzer werdenden stationären Unterbringungszeiten findet ein Großteil des Gesundungsprozesses in den eigenen Familien oder den Herkunftsfamilien statt. Neben der psychiatrischen Versorgung stellen die Angehörigen heutzutage ein zweites wichtiges Hilfesystem in der Betreuung psychisch kranker Menschen dar.

Obwohl also mit der Psychiatriereform die Bedeutung der Angehörigen für die Versorgung psychisch kranker Menschen erheblich zugenommen hat, war zu Beginn unseres Forschungsprojektes im September 1999 das Wissen um die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern in Deutschland sehr gering. Denn die Angehörigenarbeit konzentrierte sich in erster Linie auf die Lebenssituation von erwachsenen Angehörigen, das heißt auf Partner und Partnerinnen psychisch kranker Menschen beziehungsweise auf Eltern psychisch kranker Kinder, dass auch Kinder betroffene Angehörige sein können, war lange Zeit nicht im Blick.

1996 wurde zum ersten Mal auf einem Fachkongress zum Thema „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“ öffentlich auf die Belange und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam gemacht. **Zusammenfassend zeigte sich dabei, dass die Kinder immer auch – und häufig sogar sehr tiefgreifend – von der Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind und zum Teil unter extremen Belastungen leben.**

Auch wenn dieser Kongress 1996 einen ersten grundlegenden Einblick in die Lebenswelten der betroffenen Kinder gab, so blieb dennoch offen, wie die Kinder die Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters subjektiv bewältigen und welche Unterstützung sie dabei brauchen.

Vor dem Hintergrund dieser Fragen wurde am Institut für soziale Arbeit e.V. in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund von August 1999 bis Januar 2002 – finanziert durch die Stiftung Deutsche Jugendmarke e.V., die Friedrich und Louise Hermann-Stiftung Hamburg und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen – ein Forschungsprojekt zum Thema „Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und Anforderungen an sozialpädagogisches

Handeln“ (kurz KAFKA, das heißt Kinder aus Familien mit kranken Angehörigen) durchgeführt.

Wir verfolgten dabei insbesondere folgende **Ziele**:

- Bestimmung der Größenordnung des Problems,
- Analyse der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern,
- Analyse der fachlichen Handlungs- und Kooperationsmuster von Psychiatrie und Jugendhilfe.

## **2. Das Forschungsprojekt**

### **2. 1. Psychiatrie**

Im Hinblick auf die quantitative Dimension fragten wir in allen psychiatrischen Einrichtungen der beiden Untersuchungsregionen (Bielefeld und Kreis Warendorf), wie viele der behandelten Patienten Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren haben.<sup>1</sup> Insgesamt nahmen mehr als 40 psychiatrische Institutionen an der Untersuchung teil.

Dabei haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Frage, ob die Patientinnen und Patienten Kinder haben, für die psychiatrischen Einrichtungen nicht immer ohne weiteres zu beantworten ist, da diese Angaben in den jeweiligen Akten nicht gezielt erfasst werden. Die Elternschaft wird im Rahmen der psychiatrischen Behandlung meist erst dann offensichtlich, wenn es in einer akuten Phase unter Umständen ein Betreuungsproblem für die Kinder gibt.

### **2. 2. Jugendhilfe**

In den Jugendämtern der beiden Untersuchungsregionen fragten wir parallel dazu, bei wie vielen der im Rahmen der Hilfen zur Erziehung betreuten Familien eine (diagnostizierte) psychische Erkrankung vorliegt.

Dort machten wir die Erfahrung, dass die Jugendhilfe nicht über umfassende Kenntnisse in Bezug auf eine mögliche psychische Erkrankung eines Elternteils verfügt. So wurde der Begriff „psychisch krank“ in der Jugendhilfe zum Teil sehr weit gefasst. Um empirisch vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, baten wir die Jugendämter, uns nur die Elternteile anzugeben, bei denen eine diagnostizierte psychische Erkrankung vorlag. Wohl wissend, dass wir damit einen zentralen Problembereich in der Arbeit der Jugendhilfe, nämlich die psychisch auffälligen Eltern, die sich nicht in psychiatrische Behandlung begeben, vernachlässigen, haben wir uns auf die enge Definition begrenzt.

---

<sup>1</sup> vgl. ausführlicher, Institut für soziale Arbeit: Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Zwischenbericht – methodischer Zugang, Münster: Selbstverlag (2000)

In den Jugendämtern ist zum Teil zwar bekannt, dass eine psychische Erkrankung vorliegt, aber weder Art der Erkrankung (Diagnose), noch der aktuelle Stand der Behandlung sind den Mitarbeiterinnen bekannt. Begründet wurde dies damit, dass die Jugendhilfe aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen häufig keinen Zugang zu den Informationen hat.

### **2. 3. Die Ergebnisse im Überblick**

Insgesamt wurden im Mai 2000 in den psychiatrischen Einrichtungen der beiden Untersuchungsregionen **2.700 Menschen** betreut. Davon hatten **331 (12,2 Prozent)** Kinder im Alter von 0 bis unter 18 Jahren – **siehe Abbildung 1**. Bei einer durchschnittlichen Kinderzahl von 1,5 sind wir insgesamt auf 476 Kinder getroffen, das heißt, obwohl die Erwachsenenpsychiatrie lange Zeit das Thema „Kinder psychisch Kranker“ vernachlässigt hat, ist die Arbeit mit psychisch kranken Eltern bereits Alltag in den psychiatrischen Einrichtungen.

Differenziert nach einzelnen Einrichtungen zeigt sich, dass der Anteil der Eltern, insbesondere in der stationären Psychiatrie, der Tagesklinik und der Institutsambulanz sehr hoch ist. Rund 20 Prozent, das heißt, jeder fünfte Patient ist dort Vater oder Mutter eines minderjährigen Kindes.

Etwa **in jedem zehnten Fall**, bei dem eine **Hilfe zur Erziehung** durch das Jugendamt gewährt wird, liegt **eine diagnostizierte psychische Erkrankung eines Elternteils** vor – **siehe Abbildung 2**. Berücksichtigt man den Graubereich der Eltern, die deutliche psychische Auffälligkeiten zeigen, aber nicht diagnostiziert sind, weil sie sich weigern, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben, dann kann man davon ausgehen, dass die Dunkelfeldziffer weitaus höher ist.

**Als erstes Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Arbeit mit psychisch kranken Eltern und ihren Kindern kein Rand-, sondern ein Alltagsphänomen in den psychiatrischen Einrichtungen und in der Jugendhilfe darstellt.**

Neben der Größenordnung des Problems haben wir auch nach der Lebenssituation des erkrankten Elternteils und ihrer Kinder gefragt. Dabei zeigte sich, dass psychische Erkrankungen das ganze Familiensystem und alle Familienmitglieder belasten. Trennungen und Beziehungsabbrüche – sowohl in Bezug auf die Eltern-Kind-Beziehung, als auch in Bezug auf die Partnerbeziehung – treffen diese Familien in einem überdurchschnittlich hohen Maße. 35 Prozent der psychisch erkrankten Eltern leben von ihren minderjährigen Kindern dauerhaft getrennt. Rund 50 Prozent der psychisch erkrankten Eltern leben vom Vater beziehungsweise der Mutter ihrer Kinder dauerhaft getrennt.

In dieser kurzen Skizzierung deutet sich bereits an, dass die Kinder nicht nur die psychische Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters, sondern oftmals auch Folgeprobleme wie Trennungen und Beziehungsabbrüche bewältigen müssen.

Anteil der Eltern in psychiatrischen Einrichtungen

N = 331

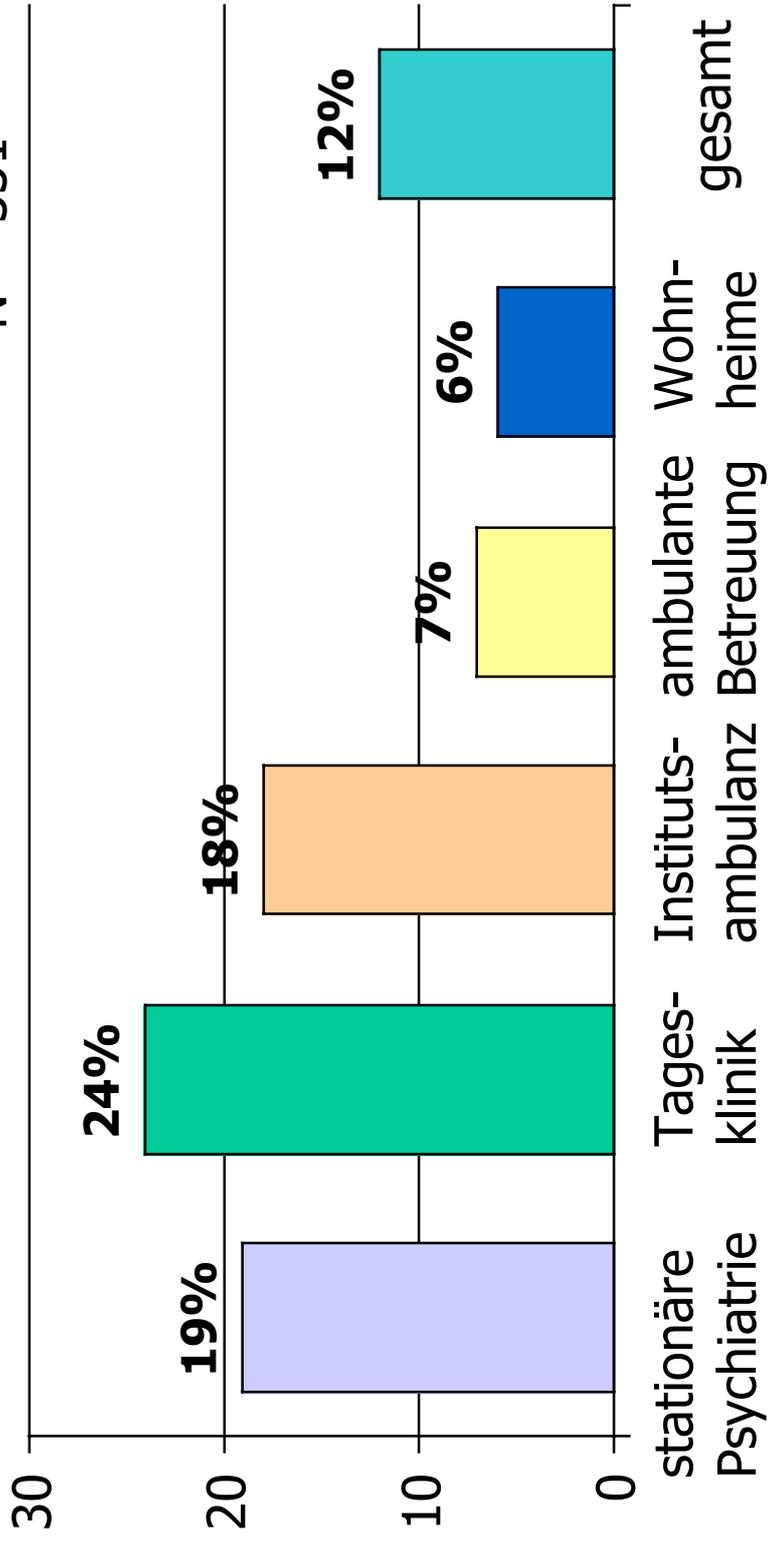


Abbildung 1

Anteil der Kinder mit psychisch kranken Eltern im Bereich der Hilfen zur Erziehung

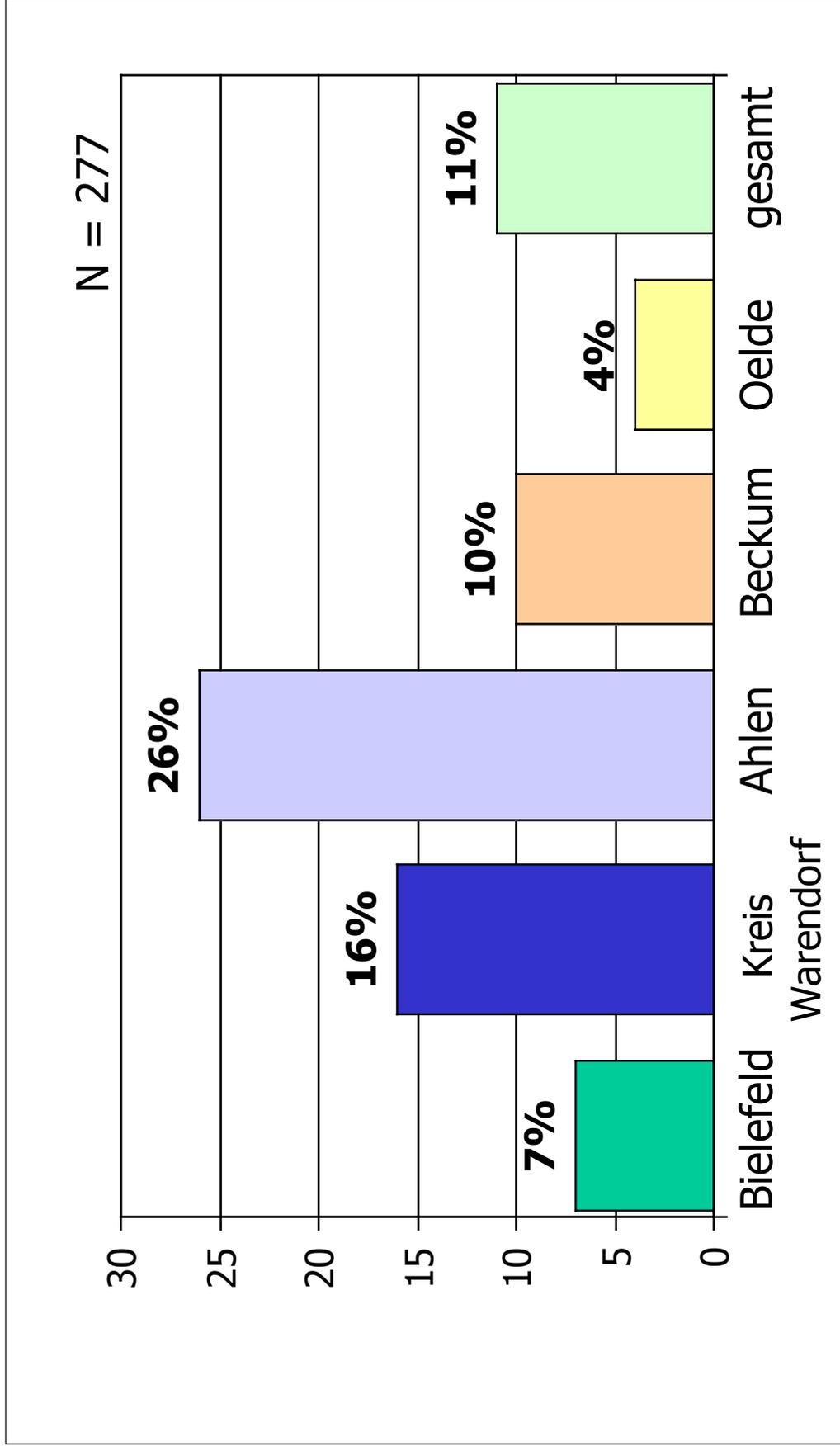


Abbildung 2

**Fazit: Oftmals tut sich in diesen Situationen eine Schere auf; auf der einen Seite ist eine sinkende Unterstützungsfähigkeit der Eltern aufgrund der Erkrankung und auf der anderen Seite ein steigender Bedarf der Kinder an elterlicher Unterstützung zu beobachten.** Im Idealfall kann die Familie auf ein soziales Netz oder familiäre Unterstützung zurückgreifen, so dass diese Stresssituation bewältigt werden kann. Aber nicht immer tritt dieser Idealfall in der Realität auch ein. In diesen Fällen, in denen familiäre Ressourcen überfordert sind, bedarf es dann professioneller Hilfe und Unterstützung.

Um die Lebenssituation der Kinder in solchen Krisenzeiten besser verstehen zu können, haben wir im Rahmen des Projektes **biographische Interviews mit erwachsenen Kindern psychisch kranker Eltern** geführt.

Psychische Erkrankungen sind tabuisierte Erkrankungen; oftmals wird weder in den Familien noch mit anderen Menschen über die Erkrankung des Elternteils gesprochen. Dieses Schweigen wird auch später im Erwachsenenalter aufrecht gehalten. Insofern war es sehr schwierig, Zugang zu den betroffenen erwachsenen Kindern zu finden. Wir suchten deshalb den Kontakt zu den erwachsenen Kindern über Schlüsselpersonen aus dem Bereich der Selbsthilfegruppen und dem psychiatrischen Versorgungsnetz. Schließlich haben sich sieben erwachsene Kinder im Alter von 24 bis 47 bereit erklärt, uns ihre Lebensgeschichte zu erzählen. Auch wenn die Erinnerungen durch den aktuellen Blickwinkel des erwachsenen Erzählenden beeinflusst sind, so können nach Schütze durch den Prozess des Erzählens vergangene Gefühle, Enttäuschungen, Hoffnungen und Orientierungen wieder lebendig werden.

Wir haben die Befragten gebeten, sich an ihre Kindheit zu erinnern und die Dinge zu erzählen, die ihnen wichtig waren. Als Beispiel möchte ich Ihnen kurz die Geschichte von Georg<sup>1</sup> vorstellen:

**Georg Baumann (24 Jahre):**

*„Da ist immer noch so ne ganz unterbewusste Angst“*

Georg ist 13 Jahre alt, als sein manisch erkrankter Vater in einer Akutsituation in die Klinik eingewiesen wird. Der Ausbruch der Erkrankung kommt für ihn überraschend und er erlebt diesen Tag als sehr prägend für seine weitere Lebensgeschichte: *„Weil es halt eskaliert ist an einem Tag, wo also keiner von uns da irgendwie damit rechnen konnte oder damit gerechnet hat. Und ähm ich halt das Unglück hatte, dies dann halt mitzubekommen irgendwie, wie das passiert ist. Ich habe noch ne jüngere Schwester, die ist drei Jahre jünger als ich. Die ähm hat diesen Abend explizit dann nicht mitbekommen, und die hat die ganze Geschichte dann halt auch besser verarbeitet, irgendwo auch für sich“ (93-98).*

---

<sup>1</sup> aus Schone, Reinhold; Wagenblass, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster, Münster: Votum (2002), S. 177-179; vgl. auch Wagenblass, Sabine: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern, In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 50 (2001), Nr. 7, S. 513-524

Im Nachhinein erfährt Georg, dass sein Vater bereits früher, vor Georgs Geburt, einen manischen Schub hatte. Darüber wurde jedoch in der Familie nie gesprochen. Die Erkrankung seines Vaters beschreibt er als *„das Negativste, was dann so kam“* (15). Auf der Suche nach dem eigenen Mann-Sein ist der Vater bis dahin sein Vorbild und seine engste Bezugsperson. Seinen einzigen Besuch in der geschlossenen Abteilung der Psychiatrie erlebt er als *„schlimmstes Erlebnis“* (110).

Sein Vater- und Selbstbild gerät völlig durcheinander. *„Ja und dann gab’s ne völlige Rollenveränderung, weil mein Vater nicht mehr mein Vater gewesen ist, der immer alles konnte und immer alles wusste oder ähnliches, sondern äh durch die Medikamente, die er bekommen hat, ist er halt über nen langen Zeitraum auch nach dem Klinikaufenthalt hinaus hat er nen ziemliches Kleinkindverhalten an den Tag gelegt und äh ja, das ist natürlich schwierig irgendwo dann ne Autorität dann noch bei ihm anzuerkennen oder ähnliches ne“* (109-116).

Georg hat insgeheim große Angst, selbst psychisch zu erkranken. Er spricht jedoch nicht darüber, denn er will die Familienprobleme nicht nach außen tragen und die Mutter nicht noch zusätzlich mit seinen Ängsten belasten. Er schämt sich. Über die Reaktion seines sozialen Umfeldes ist Georg enttäuscht. Dort erfährt er nur wenig echte positive Unterstützung. Redeangebote von Verwandten erlebt er als halbherzig. Mitschüler und Bekannte fördern, bedingt durch unreflektierte Vorurteile über psychische Erkrankungen, unbewusst die Ängste von Georg. Auf die diskreditierende Abwertung eines Mitschülers, in dem dieser ihn als „Spinner“ bezeichnet, zeigt Georg eine typische Reaktion für Kinder psychisch kranker Eltern, er zieht sich von der Außenwelt zurück und schweigt. Er will nicht auffallen und seiner Mutter keine Schwierigkeiten machen: *„Und das war natürlich was, wo ich nicht zu meiner Mutter gegangen bin und sagen konnte, was mir heute passiert ist. Weil ich nicht wollte, dass meine Mutter da irgendwie ... Ähm die hatte zu dem Zeitpunkt da genug Schwierigkeiten irgendwo und ich wollte vermeiden, dass ich noch weitere Schwierigkeiten dazu produziere“* (151-157).

Die Mutter versucht zwar, Georg zu unterstützen, ist aber selbst zu sehr durch die Erkrankung ihres Mannes gefordert, als dass sie die Kraft dazu gehabt hätte. Der Vater schließt sich nach seiner Entlassung aus der Psychiatrie einer Selbsthilfegruppe für Psychiatrieerfahrene an. Für Georg wird nun öffentlich, was er gerne geheim gehalten hätte.

Die zweite Akutkrise des Vaters folgt im ersten gemeinsamen Urlaub mit Freunden und Verwandten der Familie. Georg ist 15 Jahre. *„Und da ist das Ganze wieder ausgebrochen und da bin ich auch wieder derjenige gewesen, der ihn dann nach Hause geholt hat und dann is er in die Klinik gebracht worden“* (246-248). Keiner spricht über den Vorfall. Dieses Schweigen der Umwelt über die Erkrankung zieht sich durch Georgs Biographie: *„Ja und das finde ich schon*

*sehr nachteilig, dass da halt keiner irgendwie auch mal versucht hat, so da die Situation da mit mir äh halt aufzuarbeiten oder ähnliches“ (270-272).*

### **Bewältigungsstrategien**

Georg versucht zunächst, alles mit sich selbst zu vereinbaren, da er nicht der Typ ist, „*der von sich aus auf Leute zugeht und dann um Hilfe bittet*“ (58). Er versucht, die Erkrankung des Vaters zu verdrängen: „*Ich kann den Zeitraum, wo das ganze passiert ist, also kaum einordnen. Ich hab's verdrängt und vergessen, was da äh gewesen ist. Also ich weiß, dass das zwischen 6 Wochen und 6 Monaten gewesen is, aber ich wüsste nicht genau, wie lange das gewesen ist und ab welchen Punkt er dann irgendwie ... . Das ist auch ne Sache, die mich daran stört zum Teil halt, dass ich soviel dahingehend halt verdrängt habe ne.*“ (72-86).

Als Georg an der nach innen gekehrten Konfliktbearbeitung und seinem eigenen Schweigen fast zerbricht – er bezeichnet es als Scheitern –, entschließt er sich mit 21 Jahren für eine freiwillige stationäre Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der negativen Erfahrungen mit dem System Psychiatrie im Zuge der väterlichen Erkrankung kostet es ihn eine große Überwindung, diese Hilfe in Anspruch zu nehmen. Im Nachhinein ist seine Einstellung immer noch kritisch, dennoch sieht er auch die Entwicklungsschritte, die er in dieser Zeit macht. Im Zusammenhang mit seiner eigenen depressiven Erkrankung setzt er sich dort zum ersten Mal mit der manischen Erkrankung seines Vaters auseinander.

Als seine biographische Bilanz fasst er abschließend zusammen: „*So im letzten Jahr war ich von ziemlichen Suizidgedanken ähm geprägt, das hat etwas nachgelassen. Aber es hat aber eigentlich auch nur so getauscht mit dem Gedanken eben, ja jetzt bin ich 24 geworden, nen Drittel hab ich rum, den Rest schaffe ich auch irgendwie noch. Also ich bin kein sehr lebensbejahender oder lebensfroher Mensch. Also ich nehm das mehr so zur Kenntnis oder weiß ich nicht. Also ich lauf nicht den ganzen Tag mit ner negativen Einstellung durch die Gegend, aber ich empfinde selten irgendwo Glück oder Zufriedenheit. Das ist also was, was mir sehr schwer fällt. Das ist halt so ein Fazit quasi aus der Zeit in Psychiatrie, das ich dann gezogen habe. Aus den Gesprächen, die ich dann da hatte, dass einfach mein Charakter oder meine Persönlichkeit versucht, nen Teil dessen, was bei meinem Vater dann falsch gelaufen ist oder bei seiner Krankheit sich entwickelt hat, dass ich versucht habe, das zu kompensieren. Ein manischer Mensch ist jemand, der 100 Prozent immer energiegeladen und von sich selber überzeugt ist und alles hinkriegt und ich bin genau das Gegenteil* (455-468).

Georgs Geschichte steht exemplarisch für andere Erzählungen. Jede Lebensgeschichte ist individuell und verschieden, dennoch lassen sich trotz der Unterschiedlichkeit Gemeinsamkeiten in den Erzählungen der erwachsenen Kinder feststellen. Wir haben diese als Lebensthemen zusammengefasst.

### **3. Biographische Erfahrungen erwachsener Kinder psychisch kranker Eltern – Lebensthemen der betroffenen Kinder**

#### **3. 1. Der Tag X – Die Krankheit bekommt ein Gesicht**

Schwere psychische Erkrankungen sind in der Regel keine Erkrankungen, die von einem auf den anderen Tag auftreten. Sie entwickeln sich in Schüben, sind Schwankungen unterworfen und vom ersten Anzeichen der Symptome bis zur Diagnose vergehen oftmals viele Monate oder gar Jahre. Dieser Graubereich der psychischen Störungen ist eine besonders schwere Zeit für die Kinder. Einerseits nehmen sie wohl wahr, dass das Verhalten des Elternteils anders, zum Teil beängstigend oder gar bedrohlich ist. Andererseits stehen ihnen dafür keine rationalen Erklärungen zur Verfügung. Den befreienden Satz: „*Das ist eine Krankheit*“, hören die Betroffenen oftmals erst Jahre später.

Wie sensibel die Kinder in der Wahrnehmung der Krankheitssymptome sind, zeigen die Interviews deutlich. Nahezu alle Befragten können im Zusammenhang mit der Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters Schlüsselsituationen – den Tag X – benennen, die für sie subjektiv prägend waren und eine gravierende Veränderung in ihrem Leben darstellten.

*„Meine erste dramatische Kindheitserinnerung war dann, wie meine Mutter reagiert hat, als sie erfahren hat, dass ihre Mutter gestorben ist. Sie ist also richtig hysterisch geworden. Sie hat aufm Boden gelegen und hysterisch geweint ne. Das war erst mal so ne ganz beklommene Situation ne. Und das ist über Monate so gegangen. Aber von dem Augenblick an, ... war unsere Kindheit zu Ende ne.“* (Maria, 98-103, zu diesem Zeitpunkt 9 Jahre alt)

An diesen Aussage wird deutlich, wie einschneidend diese ersten Erinnerungen an die Erkrankung der Mutter beziehungsweise des Vaters sind: Einbruch, Ende der Kindheit oder Schock sind Kategorien, mit denen die betroffenen Kinder ihre Gefühle zum Ausdruck bringen. Die Selbstverständlichkeit des bisherigen Lebens wird aufgebrochen. Dennoch gibt es häufig keine Erklärung für all die verstörenden Erlebnisse, denn nicht immer sind diese Schlüsselsituationen identisch mit der Benennung der Erkrankung durch einen Arzt oder der Einweisung in die Psychiatrie. Zwischen der kindlichen Wahrnehmung der ersten Symptome der Erkrankung – die Krankheit bekommt ein Gesicht – und der ärztlichen Diagnose – die Krankheit bekommt einen Namen – liegen oftmals Jahre, zum Teil auch Jahrzehnte. Wenn die Eltern sich in psychiatrische Behandlung begeben, dann haben die Kinder bereits vielfältige und zum Teil auch lang andauernde Belastungen hinter sich.

#### **3. 2. Eine Familie – verschiedene Kindheiten**

Aus der subjektiven Sicht von Geschwistern können – selbst wenn diese gemeinsam in einer Familie aufwachsen – ganz unterschiedliche Erinnerungen an ihre Kindheit existieren. Mit der Erkrankung eines Elternteils können sich die Beziehungen und Rollen-

verteilungen innerhalb einer Familie grundlegend verändern. In der normalen Entwicklung eines Kindes übernehmen die Eltern zu Anfang die vollständige Fürsorge des Säuglings, im Laufe der Jahre gewinnen die Kinder dann zunehmend an Autonomie, bis sie die Selbstständigkeit so weit erreicht haben, dass eine innere und äußere Lösung von der Familie erfolgen kann.<sup>1</sup> Wenn ein Elternteil psychisch erkrankt, kann es innerhalb der Familien zu Rollenumverteilungen und zur Auflösung des natürlichen Generationenverhältnisses kommen (Parentifizierung). Wie die Interviews zeigen, bekommt beim Ausfall eines Elternteils meist ein Kind in der Familie die Rolle des Verantwortlichen zugesprochen.

*„Ja und funktioniert hat dann der Alltag dann im Grunde nur durch mich. Also weil ich hatte die Rolle derer, die ähm // gesund war so, ich hatte die Rolle derer, die irgendwie immer fröhlich ist, die funktioniert, ja, die ähm // den Familienalltag so aufrecht erhält.“ (Silke, 291-294)*

*„Die größte Stütze in ihrem Leben war ich dann. Da bin ich also auch felsenfest davon überzeugt, dass meine Zwillingsschwester das anders empfunden hat, anders wahrgenommen hat ... Das weiß ich heute. Da gibt es auch zig Beispiele für, dass ich diejenige war. Ich kann mich daran erinnern, dass meine Mutter sich ständig darauf berufen hat: Du bist die Ältere, ich bin 10 Minuten eher geboren als meine Zwillingsschwester (lacht) und du bist die Schlauere.“ (Ella, 93-100)*

Die Sorge um die Eltern bestimmt den Alltag dieser Kinder, während ihre eigenen Bedürfnisse dabei häufig in den Hintergrund treten. Sie verzichten auf alterstypische, kindgerechte Beschäftigungen und sind in ihrem Verhalten und ihren Äußerungen bereits kleine Erwachsene und wirken dabei ungewöhnlich vernünftig und ernst. Die eigenen Bedürfnisse treten in der Hintergrund, die Kinder wirken reifer, kompetenter, ernsthafter und vernünftiger als ihre Geschwister und gleichaltrigen Freunde.

### **3. 3. Unterstützung – geteiltes Leid ist halbes Leid**

Das Vorhandensein von Vertrauenspersonen wird in den Interviews immer im Zusammenhang mit positiven Assoziationen wie Glück, Rettung oder ‚Gott sei Dank‘ hervorgehoben.

*„Ich hab da großes Glück gehabt. Also ich hab mit ähm mit 13 dann meine Wahlverwandten, die ersten getroffen ne. So zwei Freunde, die ich da auch seitdem habe, also die sind auch geblieben. Ich denke dass ich, war wat ganz Gesundes weil da bin ich so, wie ich war eben so auch angenommen worden. Da musste ich nicht anders sein. Also das hat so ne unheimliche Wertigkeit und das in der Pubertät das war // das war enormes Glück.“ (Birgit, 175-178)*

---

<sup>1</sup> vgl. Deneke, Christiane: Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern, In: pro familia magazin – Sexualpädagogik und Familienplanung, Frankfurt/Main: Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung 23 (1995), Nr. 4, S. 5.

Die angeführten Zitate belegen nachdrücklich, welche zentrale Bedeutung den Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld zugesprochen werden muss. Solche Bezugspersonen sind deshalb wichtig, weil sie zum einen den erlebten Mangel an Sicherheit und Unterstützung kompensieren können, zum anderen können sie die Kinder in ihrer Wahrnehmung bestätigen und ihnen damit das Gefühl geben, dass es die familiären Verhältnisse sind, die schwierig und „verquer“ sind und nicht sie als Person.

*„Ich glaube, es geht nur darum, dass es jemand im Außen gibt, der sagt, du bist o. k. so. Also diese Versicherung zu kriegen, dass man das nicht nur alleine machen muss. Also ich glaube, das ist für das Überleben ganz wichtig ist. Is so.“ (Birgit 515-519)*

Leider stehen nicht immer solche Bezugspersonen und Räume für die Kinder zur Verfügung, denn oftmals ist die Umwelt entweder nicht über die familiäre Situation informiert oder verunsichert und hilflos im Umgang mit den betroffenen Kindern.

### **3. 4. Schweigen – darüber spricht man nicht!**

Ein großes Problem ist deshalb bei alledem die Tendenz zur Tabuisierung psychischer Krankheit. Insbesondere bei den Kindern wird oftmals aus falsch verstandener Rücksichtnahme versucht, die Erkrankung mit der Begründung zu verschweigen, es sei besser für sie, alles vor ihnen geheim zu halten, denn sie sind schon genug durch die Erkrankung belastet. Während bei anderen Erkrankungen – zum Beispiel Krebsleiden – die Umwelt mit den Kindern leidet, Verständnis und Empathie zeigt, gelten psychische Erkrankungen heute immer noch als Stigma. Viele Betroffene weigern sich deshalb, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen oder mobilisieren Abwehrmechanismen, die verhindern, dass das Verhalten als psychisch krank aufgefasst werden muss.

Es finden Umbenennungen der Erkrankung in den Familien statt, beispielsweise Kreislaufzusammenbruch. Offene Strategien der Auseinandersetzung mit der Erkrankung können dann kaum stattfinden.

*„Ich wusste immer, dass meine Mutter anders ist als andere Mütter, sofern man schon mal in andere Familien kam. Aber ich wär nie auf den Gedanken gekommen, dass meine Mutter krank ist.“ (Ella, 132-133)*

Dies führt zur paradoxen Situation, dass die Kinder auf der einen Seite sehr intensiv mit der Erkrankung konfrontiert werden und auch erkennen, dass im Verhalten der Mutter oder des Vaters etwas nicht stimmt, jedoch selten nachvollziehbare Erklärungen von ihrer Umwelt dafür erfahren. Wo nachvollziehbare Erklärungen fehlen, schafft oft die kindliche Phantasie Erklärungen, die schlimmer sind als die Realität selbst.<sup>1</sup> Solche innerfamilialen Verheimlichungsstrukturen können bei den Kindern zu Desorientierungen und Schuldgefühlen führen, die dadurch hervorgerufen werden,

---

<sup>1</sup> vgl. Stöger, Peter: Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern, In: Psychosoziale Umschau, Bonn: Psychiatrie-Verlag 11 (1996), Nr. 2, S. 8-10

dass Kinder und Jugendliche die Krankheitssymptome und die Probleme der Eltern zwar wahrnehmen und subjektiv die Folgen erleben, sie aber aufgrund fehlender Aufklärung die Verhaltensweisen der Eltern weder verstehen noch einordnen können.

Oftmals entwickeln sich innerhalb der Familien eigene Regeln, welche die einzelnen Familienmitglieder zum Schweigen und Verleugnen der Krankheit anhalten. Mitunter wird dies den Kindern auch direkt auferlegt.

*„Also wir waren so Jugendliche und dann ging es nur noch drum hm, // ja, retten, was zu retten ist ne. Also gucken, wie die Mutter, die da völlig durchdreht und wie durch den Alltag schleusen, die abwechselnd bewachen, aus der Schule bleiben und gucken, dass das vor der Kundschaft verborgen bleibt, dass sie nicht ans Telefon geht, dass die Monteure, die ein- und ausgehen, das nicht mitkriegen (tiefes Einatmen), das war dann über Wochen manchmal sehr katastrophal.“ (Beate 128-141)*

Die Probleme anderen Menschen außerhalb der Familie mitzuteilen, käme einem Verrat an der Familie gleich.<sup>1</sup> Die Kinder halten sich streng an solche Regelungen und versuchen alles, um das Tabu zu wahren.

### 3. 5. Angst als Begleiter

Das Erleben einer psychischen Erkrankung eines Elternteils ist für Kinder mit vielfältigen Gefühlen verbunden. In den biographischen Erzählungen nimmt das Thema „Angst“ in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen einen zentralen Stellenwert ein. Hierbei können zunächst **vier unterschiedliche Formen der Angst** unterschieden werden:

- **Die Angst vor dem Elternteil:** Wenn der Vater oder die Mutter psychisch erkranken, ist es besonders belastend, wenn die Kinder dabei selbst in die Wahnwelt des kranken Elternteils einbezogen werden. Sie erleben dann nicht nur das für sie unerklärliche „wirre“ Tun des Vaters oder der Mutter, sondern werden darüber hinaus zum angstbesetzten Objekt.
- **Die Angst um das erkrankte Elternteil:** Die Konfrontation mit Suizidhandlungen oder Suizidandrohungen ist bei psychischen Erkrankungen nicht selten. Die latente Gefahr einer Suizidhandlung wird von den Kindern unbewusst wahrgenommen. Oftmals wird versucht, das eigene Verhalten darauf auszurichten, den Suizid zu vermeiden. Natürlich kann dies nicht gelingen, was für die betroffenen Kinder zu traumatischen Situationen führen kann, wenn der Suizid vollzogen wird. *„Was ich ganz schlimm fand war, die hatte sich immer eingeschlossen zum Meditieren. Jeden Tag eine Stunde ungefähr und wenn die dann nicht raus kam, oder wenn wir von der Schule kamen und wir wussten nicht, wo die war, und es war still, und sie war nicht*

---

<sup>1</sup> vgl. Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern- eine aktuelle Standortbestimmung, In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.), Bonn (1996), S. 22

*da. Ich habe sie jahrelang an dem Seil hängen sehen, in den Balken. Immer wenn ich von der Schule kam, wenn ich nicht sofort wusste, wo die ist, dachte ich, jetzt, heute ist es passiert.“ (Beate, 841-848)*

- **Die Angst, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken – Existenzangst:** Wenn Vater oder Mutter psychisch erkranken, erfahren die Kinder häufig noch zu dem familiäre Umbrüche, Trennungen, Scheidungen und wirtschaftliche Krisensituationen. Diese zusätzlichen Familienstressoren können bei den Kinder zu existenziellen Ängsten führen.

### **3. 6. Erwachsen sein und das emotionale Erbe**

Der Erwerb biographischer Identität ist ein lebenslanger und offener Prozess, in dessen Verlauf die Subjekte ständig alte und neue Erfahrungen in Beziehung setzen müssen. Erfahrungen, die für die Biographie bedeutend sind und zu biographischen Wissensbeständen werden, prägen den Verlauf der Lebensgeschichte. Auch als Erwachsene sind die Betroffenen nach wie vor Kinder psychisch kranker Eltern. Ihnen stehen heute völlig andere Bewältigungsstrategien als in ihrer Kindheit und Jugend zur Verfügung. Dennoch bedarf es manchmal vieler anstrengender Jahre, bis diese Erfahrungen auf- und verarbeitet sind.

*„Ich war bis Ende 20 oder ich weiß nicht, wie lange ich gebraucht habe, also ich hatte nachher auch drei Kinder schon, bis ich dann endlich durch ne Therapeutin und die Unterstützung von meinem damaligen Mann dann geschafft habe, mich den Diskussionen nicht mehr auszusetzen, mir das nicht mehr mit anzuhören und mich davon frei zu machen, egal, wie beeindruckend das jetzt alles wieder war ne.“ (Beate, 334-338)*

### **4. Aus biographischen Erfahrungen der Kinder lernen**

Aus den Erfahrungen betroffener Kinder und Jugendlicher können wir Folgendes lernen:

- Das Leiden der Kinder beginnt nicht erst mit der Diagnose. Dieser Graubereich stellt eine besondere Herausforderung für das soziale Umfeld und die professionellen Helfersysteme dar. Sie müssen sensibel auf die Verunsicherungen der Kinder reagieren, ohne selbst eine Vergewisserung über die elterliche Erkrankung beziehungsweise Problematik zu haben.
- Gerade aber das stille Leid der „unauffälligen“ Kinder fordert die professionellen Hilfesysteme heraus, geeignete Zugangswege und Unterstützungsmöglichkeiten zu finden, um sensibler auf die (meist schwachen) verbalen und non-verbalen Signale der Kinder reagieren zu können.
- Die Möglichkeit, sich anderen Menschen mitzuteilen und dabei Unterstützung zu erfahren, ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren für die Kinder, um die Erkrankung eines Elternteils bewältigen zu können.

- Die Folge der Tabuisierung ist, dass die Kinder nicht wissen, an wen sie sich mit ihren eigenen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit der Eltern wenden können.
- Vielfache Ängste begleiten den Alltag dieser Kinder.
- Nicht nur Kindheit, sondern auch das Erwachsen-Werden und das Erwachsen-Sein sind von der psychischen Erkrankung eines Elternteils geprägt. Die Belastungen schwinden nicht zwangsläufig mit zunehmenden Alter der Kinder, sie verändern sich.

Kinder psychisch kranker Eltern erfahren nach wie vor eine viel zu geringe Aufmerksamkeit durch die verschiedenen Institutionen sozialer Arbeit und medizinischer Versorgung. Kinder und Jugendliche erhalten meist erst dann die notwendige Hilfe und Unterstützung, wenn die persönlichen und sozialen Folgen der psychischen Erkrankung ihrer Eltern für sie so groß sind, dass sie sie in extremen Verhaltensauffälligkeiten ausagieren, so dass entweder intensive (reaktive) Angebote der Jugendhilfe (Hilfen zur Erziehung), oder aber – wenn die Symptome des Minderjährigen Krankheitswert erlangen – eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich wird. Bis dahin fallen die Kinder und Jugendlichen noch viel zu oft durch alle sozialen und medizinischen Netze.

Im Sinne eines präventiven Fokus ist es deshalb dringend erforderlich, sich den Problemlagen dieser Kinder offensiver als bisher anzunehmen und eine entsprechende, niedrighschwellige und flexible Infrastruktur an geeigneten Hilfs- und Unterstützungsangeboten aufzubauen. Diese Angebote müssen die ganze Familie in den Blick nehmen, frühzeitig gewährt und in Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme erbracht werden.

# Kinder aus suchtbelasteten Familien: Risiken, Resilienzen, Lösungen und Hilfen

PROF. DR. MICHAEL KLEIN

*Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie  
an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln,  
Forschungsschwerpunkt Sucht*

## 1. Einleitung

Lange Zeit wurde in der Praxis der Jugendhilfe genauso wie in der professionellen Suchthilfe übersehen, dass Suchtkranke häufig Kinder haben und dass Suchtkranke als Kinder selbst vielfach in suchtbelasteten Familien lebten. Dies gilt sowohl für Alkoholabhängige als auch für Drogenabhängige, die durch ihr niedriges Durchschnittsalter fast ausnahmslos im zeugungs- und gebärfähigen Alter sind. Dass Suchterkrankungen in der Familie – besonders in Form von Alkoholstörungen – ein Risiko für die nächste Generation darstellen, ist jedoch schon seit langem bekannt. Schon bei den alten Griechen galt der Satz „Trinker zeugen Trinker“. Dennoch wurde dieses Problem überwiegend ignoriert, geleugnet oder verdrängt, so dass erst allmählich eine fundierte Forschung hierzu<sup>1</sup> entstand.

In der Bundesrepublik Deutschland sind, sicherlich auch durch die rassehygienischen Perversionen der Nazi-Zeit, die auch vor Alkoholikern keinen Halt machten,<sup>2</sup> diesbezügliche Forschungen im Vergleich zu den USA und Skandinavien noch stark unterentwickelt. Dies ist besonders bemerkenswert angesichts der Tatsache, dass der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol hierzulande nach wie vor in der internationalen Spitzengruppe liegt.

In der internationalen Forschung zu Fragen des Kindeswohls und der Entwicklungspsychopathologie gilt eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit, speziell Alkoholabhängigkeit, seit langem als eine der gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die im Umfeld leben. Insbesondere amerikanische und skandinavische Forschungen haben das hohe Risiko der Kinder, die alkoholabhängigen Eltern oder Elternteilen exponiert sind, wiederholt und eindrucksvoll gezeigt.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> siehe Sher, K. J.: Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research, Chicago: University of Chicago Press (1991)

<sup>2</sup> vgl. Hauschildt, E.: „Auf den richtigen Weg zwingen ...“ Trinkerfürsorge 1922-1945, Freiburg i. Br.: Lambertus (1995)

<sup>3</sup> siehe zusammenfassend Sher, K. J.: Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research, Chicago: University of Chicago Press (1991); Windle, M.; Searles J. S. (eds.): Children of alcoholics: Critical perspectives, New York: Guilford Press (1990); Velleman, R.; Orford J.: Risk and resilience. Adults who were the children of problem drinkers, Amsterdam: Harwood Academic Publishers (1999); Klein, M.: Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtbelasteten Familien - eine Bestandsaufnahme, In: psychomed, Zeitschrift für Psychologie und Medizin, München: Ernst Reinhardt 8 (1996), S. 154-158

Es gibt eine klare Evidenz dafür, dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits Vater beziehungsweise Mutter oder beide Elternteile abhängig waren. Im Falle allein erziehender suchtkranker Eltern oder zweier suchtkranker Elternteile ist von einem nochmals erhöhten Risiko der Kinder auszugehen. Kinder von Suchtkranken gelten daher insgesamt zu Recht als die größte Risikogruppe hinsichtlich der Entwicklung von Suchtstörungen. Zusätzlich sind sie im Hinblick auf psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter stark auffällig. Ihre Lebenssituation ist von vielfältigen Stressfaktoren gekennzeichnet. Hinzu kommt für eine Subgruppe der Söhne von Alkoholabhängigen ein erhöhtes genetisches Risiko. All dies macht sie in der ärztlichen Praxis zu einer besonders relevanten Gruppe, speziell was die fachgerechte Behandlung und Frühintervention angeht.

## 2. Überblick

Kinder von Suchtkranken wurden in der Forschung wiederholt als eine hochgradig gefährdete biopsychosoziale Risikogruppe identifiziert und mit ihren Risikomerkmale ausführlich beschrieben.<sup>1</sup> Der Großteil dieser internationalen Forschung wurde jedoch in Bezug auf Kinder von Alkoholabhängigen durchgeführt. Nur wenige Studien beschäftigten sich bislang mit der Langzeitentwicklung der Kinder drogenabhängiger Eltern. Daher werden im Folgenden schwerpunktmäßig Ergebnisse in Bezug auf die erste, zahlenmäßig größere Gruppe berichtet. Soweit möglich und vorhanden, werden Resultate und Fakten in Bezug auf die zweite, nicht minder relevante Gruppe erwähnt.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ gliedert sich in **Risiko- und Resilienzstudien**. Unter Resilienz wird die Widerstandskraft gegen besonders ungünstige Umweltbedingungen und hohen psychosozialen Stress verstanden.<sup>2</sup>

Zu den besonders relevanten **Risikomerkmale** auf Seiten der **Eltern** zählen vor allem: eine längere Zeit andauernder Alkoholabhängigkeit eines Elternteils; eine häufigere und schwerwiegendere Exposition gegenüber dem intoxikierten Elternteil; die Tatsache, dass der suchtkranke Elternteil unbehandelt bleibt, er sich weigert, in Behandlung zu gehen oder dass die Behandlung erfolglos bleibt.

Auf Seiten der **Kinder** zählen zu den **Risikomerkmale**: frühe, ebenfalls unbehandelt bleibende Verhaltensauffälligkeiten, zum Beispiel Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, Ängste, sozialer Rückzug, extreme Schüchternheit; keine verlässliche Bezugs-

---

<sup>1</sup> siehe Sher, K. J.: Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research, Chicago: University of Chicago Press (1991); Windle, M.; Searles J. S. (eds.): Children of alcoholics: Critical perspectives, New York: Guilford Press (1990); Velleman, R.; Orford J.: Risk and resilience. Adults who were the children of problem drinkers, Amsterdam: Harwood Academic Publishers (1999); Klein, M.: Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtbelasteten Familien - eine Bestandsaufnahme, In: psychomed, Zeitschrift für Psychologie und Medizin, München: Ernst Reinhardt 8 (1996), S 154-158

<sup>2</sup> siehe Werner, E. E.: Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 47 (1986), S. 34-40

person oder häufiger Wechsel der Bezugspersonen; direkte Gewalterfahrungen (Viktimisierungen) oder häufige Zeugenschaft bei Gewalthandlungen (zum Beispiel gegen die Mutter).

Das Zusammenleben mit einem alkoholabhängigen Elternteil wird von den meisten Kindern als chronisch stresshafter Zustand empfunden.<sup>1</sup> Für die Familie als Ganzes besteht eine stärkere Exposition gegenüber Stressoren. Dies gilt besonders für Kinder und Jugendliche. Wenn dieser Stress dauerhaft vorherrscht und als nicht veränderbar wahrgenommen wird, ist von Duldungsstress, wenn es zu krisenhaften, bisweilen traumatischen Ereignissen kommt, von Katastrophenstress auszugehen.<sup>2</sup>

In einer inzwischen klassischen Überblicksarbeit hatte der berühmte amerikanische Psychiater und Suchtforscher Goodwin<sup>3</sup> analysiert, dass 25 Prozent der Väter und Brüder alkoholabhängiger Patienten ebenfalls alkoholabhängig sind. 80 Prozent der engen biologischen Verwandten klinisch behandelter Alkoholiker weisen demnach eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholprobleme auf. Diese Konstellation, die als hohe familiäre Dichte von Suchtstörungen beschrieben wird, kann als ein besonders relevanter Risikofaktor für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung des Kindes in der betroffenen Familie verstanden werden

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass Kinder von Alkoholikern als größte Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit angesehen werden müssen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass diese Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu sechsfach höheres Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen.<sup>4</sup>

Wie die Forscher Lachner und Wittchen<sup>5</sup> vom Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie zeigen konnten, entwickeln Kinder von Eltern mit einer alkoholbezogenen Diagnose im Alter zwischen 14 und 24 Jahren außerordentlich häufig Störungen mit klinischer Relevanz. Im Falle einer elterlichen Alkoholdiagnose, die sich in der Lebenszeitprävalenz für 15,1 Prozent der Stichprobe ergab, wiesen Söhne wie Töchter signifikant erhöhte Risiken für Alkoholstörungen auf. Im Falle einer väterlichen Alkoholdiagnose hatten die

---

<sup>1</sup> vgl. Cork, M. R.: *The forgotten children: A study of children with alcoholic parents*, Toronto: Addiction Research Foundation (1969); Black, C.: *Mir kann das nicht passieren*, Wildberg: Bögner-Kaufmann (1988), deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1982; Klein, M.; Zobel, M.: *Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchbelasteten Familien – Ergebnisse einer Modellstudie*, In: Zobel, M. (Hrsg.): *Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder*, Bonn: Psychiatrie-Verlag (2001), S. 90-104

<sup>2</sup> vgl. Schneewind, K. A.: *Familienpsychologie*, Stuttgart: Kohlhammer (1991)

<sup>3</sup> siehe Goodwin, D. W.: *Alcoholism and heredity*, In: *Archives of General Psychiatry*, New York, NY, USA: Ovid 36 (1979), S. 57-61

<sup>4</sup> vgl. Klein, M.: *Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven*, In: *Suchttherapie*, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 118-124

<sup>5</sup> siehe Lachner, G.; Wittchen, H. U.: *Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit*, In: Watzl, H.; Rockstroh B. (Hrsg.): *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*, Göttingen: Hogrefe (1997), S. 43-89

Söhne ein um das 2,01-fache, die Töchter ein um das 8,69-fache erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit. Im Falle einer mütterlichen Alkoholdiagnose erhöhte sich bei den Söhnen das Risiko um das 3,29-fache und bei den Töchtern um das 15,94-fache. Dass die Risikoerhöhung (relatives Risiko) bei den Söhnen nicht so deutlich wie bei den Töchtern ausfällt, hängt unter anderem mit der größeren absoluten Zahl (absolutes Risiko) junger Männer zusammen, die ungeachtet ihrer familialen Vorbelastung Alkoholprobleme entwickeln. Im Falle einer Alkoholdiagnose für beide Elternteile ist das Risiko einer eigenen Alkoholabhängigkeit bei den Söhnen um das 18,77-fache, bei den Töchtern um das 28-fache erhöht. Im Falle elterlicher Komorbidität, also dem Vorhandensein weiterer psychischer Störungen neben der Alkoholstörung (wie beispielsweise Depressionen, Ängsten, Persönlichkeitsstörungen), sind diese Risiken noch höher.

In einer Langzeitstudie von der Geburt der Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr<sup>1</sup> wurde festgestellt, dass die Söhne aus suchtbelasteten Familien mehr psychologische Probleme aufwiesen als die Töchter und dass im Falle mütterlicher Abhängigkeit stärkere Probleme entstanden als im Falle väterlicher Abhängigkeit. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen vieler anderer Studien. Klar ist auch, dass für Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien das Risiko für Erkrankungen an anderen psychischen Störungen (neben den bereits erwähnten Angststörungen insbesondere affektive Störungen und späterhin Persönlichkeitsstörungen) deutlich – wenn auch nicht so stark wie für Abhängigkeitserkrankungen – erhöht ist. Jedoch ist ausdrücklich nicht davon auszugehen, dass **alle** Kinder von Alkoholikern eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störungen entwickeln müssen. Vielmehr gibt es eine Untergruppe innerhalb der Kinder alkoholkranker Eltern, die trotz großer Belastungen psychisch gesund, weitgehend stabil und belastbar bleiben. Dieses Phänomen wurde wiederholt als Stressresistenz oder auch Resilienz beschrieben und bietet gute Ansatzpunkte für Prävention und Frühintervention.<sup>2</sup>

### 3. Zahl der Betroffenen

Es ist in der Bundesrepublik Deutschland nach neueren Untersuchungen von 2.65 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren auszugehen, die von elterlicher Alkoholstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit) betroffen sind.<sup>3</sup> Nach den Schätzungen einer finnischen Arbeitsgruppe leben 7,7 Millionen Kinder bis 15 Jahren in den alten 15 EU-Staaten mit einem alkoholabhängigen Elternteil, davon 1,57 Millionen in der Bundesrepublik Deutschland.<sup>4</sup> Die bereits erwähnte Studie

---

<sup>1</sup> siehe Werner, E. E.: Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 47 (1986), S. 34-40

<sup>2</sup> vgl. Klein, M.; Zobel, M.: Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien – Ergebnisse einer Modellstudie, In: Zobel, M. (Hrsg.): Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder, Bonn: Psychiatrie-Verlag (2001), S. 90-104

<sup>3</sup> siehe Klein, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven, In: Suchttherapie, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 118-124

<sup>4</sup> vgl. McNeill, A.: Alcohol problems in the family. A report to the European Union, London: Eurocare (1998)

des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie<sup>1</sup> in München ergab, dass bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 3.021 Jugendlichen und Jungerwachsenen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren der Anteil der Eltern mit einer alkoholbezogenen Diagnose recht hoch ist. In 11,9 Prozent der Fälle wiesen die Väter, in 4,7 Prozent die Mütter und in 1,5 Prozent beide Elternteile einen Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit auf. Bei 16,58 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter von 18 Jahren, die im Jahre 1999 nach den Ergebnissen des Mikrozensus in der Bundesrepublik Deutschland lebten, sind demnach 2,65 Millionen im Laufe ihres Lebens dauerhaft oder wenigstens zeitweise von einer elterlichen Alkoholstörung betroffen.

Somit sind Kinder aus jeder siebten Familie zeitweise oder dauerhaft von der Alkoholabhängigkeit oder dem Alkoholmissbrauch wenigstens eines Elternteils betroffen. In jeder zwanzigsten Familie betreiben beide Elternteile Alkoholmissbrauch oder sind alkoholabhängig.

Bei den Jugendlichen und Jungerwachsenen wurde in Abhängigkeit vom Suchtstatus der Eltern nach komorbiden Störungen geforscht:<sup>2</sup> Am häufigsten waren phobische Störungen, depressive Episoden, manische oder hypomanische Episoden, Panikattacken, Essstörungen, Drogenmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und generalisierte Angststörungen zu finden.

Die Aufzählung macht deutlich, dass sich die Auswirkungen elterlicher Alkoholprobleme auf die gesamte Psychopathologie der nachfolgenden Generation beziehen. Generell ergab sich die höchste komorbide Belastung, wenn für beide Eltern eine DSM-IV Diagnose für Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit vorlag. So zeigten sich die klinischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung in solchen Fällen 14,77-mal häufiger als in der Normalbevölkerung.

Wenn nur **ein** Elternteil Suchtprobleme hatte, betrug das entsprechende relative Risiko 5,53 (Vater Suchtprobleme) beziehungsweise 5,15 (Mutter Suchtprobleme). Bei den meisten Störungen ist ein linearer Anstieg zu finden mit den niedrigsten Belastungen, wenn nur der Vater Suchtprobleme aufweist, gefolgt von der Gruppe, in der nur die Mutter Suchtprobleme berichtet, bis hin zu der schon erwähnten, am stärksten belasteten Gruppe mit zwei Elternteilen, die Suchtprobleme zeigen.

Der Zusammenhang zwischen **phobischen Störungen und Substanzabhängigkeiten** wird auch retrospektiv deutlich. In einer Untersuchung von Hesselbrock et al.<sup>3</sup> hatten 44 Prozent der weiblichen und 20 Prozent der männlichen stationär behandelten Alkoholiker unter einer Phobie in der Vorgeschichte gelitten. Wenn ein sexueller Missbrauch

---

<sup>1</sup> siehe Lachner, G.; Wittchen, H. U.: Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, In: Watzl, H.; Rockstroh B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe (1997), S. 43-89

<sup>2</sup> ebenda

<sup>3</sup> siehe Hesselbrock, V. M.; Hesselbrock, M. N.; Stabenau, M. D.: Alcoholism in men patients subtyped by family history, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 46 (1985), S. 59-64

vor dem 13. Lebensjahr stattfand, berichten Spak et al.<sup>1</sup> einen sehr starken Zusammenhang zwischen einer frühen Angststörung und einem späteren Alkoholmissbrauch.

Eine weitere, gehäuft auftretende kritische Lebenserfahrung von Kindern suchtkranker Eltern ist die **Disharmonie** und **Instabilität** der elterlichen Partnerschaft. Trennungen und Scheidungen steigen in der Gesamtbevölkerung mit steigenden Pro-Kopf-Konsumquoten für Alkohol an. Eine Zunahme der Pro-Kopf-Konsumquote um einen Liter führte nach entsprechenden Untersuchungen zu einer Zunahme der Scheidungsquote von 20 Prozent.<sup>2</sup>

Die Zahl der Kinder, die im Laufe ihrer Entwicklung einer elterlichen Alkoholstörung exponiert sind, ist in den modernen Gesellschaften außerordentlich hoch. In dem National Longitudinal Alcohol Epidemiology Sample, einer amerikanischen Studie zur public health, in der die Daten von 42.862 repräsentativ ausgewählten Personen im Alter von mehr als 18 Jahren verarbeitet wurden,<sup>3</sup> zeigte sich, dass jedes 2,3. Kind in einer Familie aufwächst, in der ein Elternteil eine Lebenszeitdiagnose für eine Alkoholstörung aufweist. Jedes 6,6. Kind wächst in einer Familie auf, in der ein Elternteil im letzten Jahr eine alkoholbezogene Diagnose aufwies.

Als konservativen Schätzwert weist die Studie aus, dass etwa jedes vierte Kind (genauer 28,6 Prozent aller Kinder) in seiner Bezugsfamilie elterlichem Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit ausgesetzt ist.<sup>4</sup> Da epidemiologische Studien für die Bundesrepublik höhere Pro-Kopf-Verbrauchsquoten liefern, ist davon auszugehen, dass die Verhältnisse hierzulande mindestens denen der USA entsprechen.

Die Zahl der Kinder drogenabhängiger Eltern wird für die Bundesrepublik Deutschland auf 30.000 geschätzt.<sup>5</sup> Von Alkoholembryopathie, einer durch Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft erworbenen Schädigung des Embryos, ist nach Schätzungen der Universitäts-Kinderklinik in Münster jedes 300. Neugeborene betroffen.<sup>6</sup> Dies wären etwa 2.200 Neugeborene in Deutschland jährlich. Die Zahl der erwachsenen Kinder aus suchtbelasteten Familien beläuft sich auf fünf bis sechs Millionen. Viele leiden unter psychischen Beeinträchtigungen oder Störungen. Mehr als 30 Prozent der Kinder aus suchtbelasteten Familien werden selbst suchtkrank, meistens sehr früh in ihrer Leben.<sup>7</sup> Bei Jugendalkoholikern (Alkoholabhängigkeit ab dem

---

<sup>1</sup> siehe Spak, L.; Spak, F.; Allebeck, P.: Sexual abuse and alcoholism in a female population, In: Addiction, Oxford UK: Blackwell 93 (1998), S. 1365-1373

<sup>2</sup> vgl. FeCaces, M.; Harford, T. C.; Williams, G. D.; Hanna, E. Z.: Alcohol consumption and divorce in the United States, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 60 (1999), S. 647-652

<sup>3</sup> vgl. Grant, B. F.: Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family, In: American Journal of Public Health, Washington DC, USA: 90 (2000), S. 112-115

<sup>4</sup> ebenda

<sup>5</sup> vgl. Englert, E.; Ziegler, M.: Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick, In: Suchttherapie, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 143-151

<sup>6</sup> vgl. Löser, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte, Stuttgart: G. Fischer (1995)

<sup>7</sup> siehe Klein, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven, In: Suchttherapie, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 118-124

14. bis zum 21. Lebensjahr) und anderen besonders beeinträchtigten Personengruppen (zum Beispiel im Jugendstrafvollzug oder in Jugendheimen) stammen mehr als 50 Prozent aus einer Familie mit alkoholkranken Vätern und/oder Müttern.

Eine klassische amerikanische Übersichtsstudie<sup>1</sup> zeigte, dass von knapp 4.000 alkoholabhängigen Personen 30,8 Prozent einen abhängigen Elternteil aufwiesen. Eine Langzeitstudie über einen Zeitraum von 33 Jahren<sup>2</sup> brachte für erwachsene Kinder aus Suchtfamilien in 28 Prozent der Fälle eine Diagnose für Alkoholabhängigkeit. Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit als Männer ohne abhängigen Vater.

Nun ist die Anzahl der Kinder von Suchtkranken nicht automatisch identisch mit der Anzahl der Kinder, die aktuell mit einem suchtkranken Elternteil in einem Haushalt zusammenleben oder dies jemals taten. Bei älteren Alkoholkranken mögen die Kinder bis zum Ausbruch der Störung den elterlichen Haushalt bereits verlassen haben. Außerdem kann es zu einer freiwilligen oder amtlich angeordneten Fremdplatzierung, zum Beispiel in eine Pflegefamilie, kommen. Die Zahl der Fremdplatzierungen ist bei Kindern von Alkoholabhängigen mit 13,3 Prozent deutlich geringer als bei Kindern drogenabhängiger Eltern, wo meist Quoten über 50 Prozent erreicht werden.

Deshalb interessiert besonders die Zahl der real mit suchtkranken Eltern zusammenlebenden Kinder und Jugendlichen. Der Anteil der suchtkranken Eltern, die mit Kindern in einem Haushalt zusammenleben, beträgt nach den Ergebnissen der Statistik der ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland<sup>3</sup> für das Jahr 1998 je nach Abhängigkeitssubstanz zwischen 13 Prozent (Cannabis) und 45 Prozent (Alkohol) bei Frauen und zwischen 7 Prozent (Cannabis) und 32 Prozent (Alkohol) bei Männern.

Sehr viel höher sind die Zahlen der Abhängigen, die jemals Kinder hatten. 75 Prozent der alkoholabhängigen Frauen, 63 Prozent der alkoholabhängigen Männer, 46 Prozent der opiatabhängigen Frauen und 30 Prozent der opiatabhängigen Männer sind wenigstens in einem Fall Mutter beziehungsweise Vater eines Kindes.

Ein besonders kritischer Punkt bezüglich der Situation der von familialen Suchtstörungen betroffenen Kinder besteht darin, dass von den alkoholabhängigen Klientinnen 11 Prozent allein mit einem Kind leben.<sup>4</sup> Hier dürfte die Überforderungsschwelle für die Mütter und Kinder sehr schnell erreicht sein und für die Kinder besteht ein besonderes

---

<sup>1</sup> siehe Cotton, N. S.: The familial incidence of alcoholism, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 40 (1979), S. 89-116

<sup>2</sup> siehe Drake, R. E.; Vaillant, G. E.: Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics, In: British Journal of Addiction, Oxford UK: AA 83 (1988), S. 799-807

<sup>3</sup> vgl. Simon, R.; Palazzetti, M.: Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 1998, In: Sucht, Geesthacht, Neuland 45 (1999), Sonderheft 1

<sup>4</sup> ebenda

Risiko, wenn die unvollständige Familie nicht adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung erfährt. Die aus der Entwicklungspsychopathologie bekannte Kompensation der malignen Effekte eines Elternteils („Buffering-Effekt“) kann durch das Fehlen eines nicht betroffenen Elternteils nicht geschehen.

Während die Zahl der Kinder alkoholabhängiger Eltern und die daraus resultierenden Probleme international inzwischen gut erforscht sind, besteht über Zahl und Auswirkung der Kinder alkoholmissbrauchender Eltern noch große Uneinigkeit. Gleiches gilt für die Kinder von Eltern mit anderen Suchtproblemen (Spielsucht, Internetsucht u. Ä.). Hier dürfte in Zukunft eine größere Zahl von Kindern in ihrer seelischen Entwicklung potenziell betroffen sein.

#### **4. Risiken und Resilienzen**

Wie bereits ausgeführt, sind die Entwicklungsverläufe von Kindern suchtkranker Eltern das Ergebnis komplexer pathogener und protektiver Faktoren. Diese sind im Folgenden näher erläutert.

##### **4. 1. Globale Risiken**

Die internationale Forschung zu den Entwicklungsrisiken der Kinder alkoholkranker Eltern liefert wiederholt eine Reihe von Hauptrisiken,<sup>1</sup> die in der **Tabelle 1** zusammengestellt sind.

Je nach Ausprägung dieser Merkmale erhöht sich das globale Risiko einer kindlichen Verhaltensstörung und einer späteren Suchtmittelabhängigkeit beziehungsweise schwächt sich ab. Auch können komplexe Interaktionen zwischen diesen Merkmalen auftreten. Die gezielte, positive Beeinflussung der genannten Merkmale bietet die Chance der Minderung beziehungsweise Kompensation besonders negativer Einflussfaktoren. So kann sich zum Beispiel der Rückzug des alkoholkranken Elternteils aus dem abendlichen Familienleben<sup>2</sup> oder die Aufrechterhaltung alkoholfreier Familienrituale,<sup>3</sup> etwa anlässlich von Weihnachten, Geburtstagen oder anderen Familienfeiern, positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken.

---

<sup>1</sup> vgl. Sher, K. J.: Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research, Chicago: University of Chicago Press (1991); Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen, Göttingen: Hogrefe (2000) (= Klinische Kinderpsychologie, Bd. 2); Klein, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven, In: Suchttherapie, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 118-124

<sup>2</sup> siehe Seilhammer, R. A.; Jacob, T.; Dunn, N. J.: The impact of alcohol consumption on parent-child relationships in families of alcoholics, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 54 (1993), S. 189-198

<sup>3</sup> siehe Bennett, L. A.; Wolin, S. J.: Familienkultur und Alkoholismus-Weitergabe, In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung, Freiburg i. Br.: Lambertus (1994), S. 15-44

## Globale Risiken elterlicher Alkoholstörungen für die Entwicklung von Kindern

### Die Auswirkungen problematischen elterlichen Trinkens auf die Kinder hängen im Allgemeinen davon ab:

- wer trinkt (Mutter, Vater oder beide);
- wer im Umfeld noch trinkt (Großeltern, Onkel usw.);
- wann die Abhängigkeit in ihrem Leben aufgetreten ist;
- wie lange schon getrunken wird;
- welchen Verlauf die Abhängigkeit hat;
- welchen Typus die Abhängigkeit aufweist;
- welchen Schweregrad die Abhängigkeit hat;
- wie alt sie waren, als die Suchterkrankung des Vaters oder der Mutter chronisch wurde;
- wie lange die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt haben (quantitative Exposition);
- wie die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt haben (qualitative Exposition);
- ob es noch weitere Störungen bei den Eltern gab (Komorbidität);
- ob es noch weitere kritische Lebenslagen gab (Trennung, Scheidung, Unfälle, Todesfälle, finanzielle Probleme).

Tabelle 1

© M. Klein

### 4. 2. Differenzielle Risiken

Eine genauere Betrachtung der genannten globalen Risiken liefert tiefere Einsichten in die Transmissionsrisiken elterlicher Suchterkrankungen. Da nicht alle betroffenen Kinder Störungen entwickeln, ist von differenziellen Transmissionsmustern auszugehen. Zahlreiche pathogene und protektive Faktoren spielen bei der Transmission von Störungen, also der Weitergabe einer Krankheit von der Elterngeneration auf die Kinder, eine wichtige abschwächende oder verstärkende Rolle. Auch ist bekannt, dass mütterliche Abhängigkeit im Vergleich zu väterlicher Abhängigkeit oder eine komorbide Erkrankung eines Elternteils (gleichzeitiges Vorhandensein einer Suchtdiagnose und einer weiteren psychiatrischen Diagnose) ein größeres Risiko einer späteren Suchterkrankung oder anderen psychischen Störung des Kindes in sich birgt.<sup>1</sup>

Dennoch lassen sich verschiedene Muster differenzieller Risiken in wiederholt durchgeführten Studien feststellen, die in der **Tabelle 2** aufgelistet sind. Dabei wird zwischen alkoholspezifischen und alkoholunspezifischen Familieneinflüssen unterschieden.

---

<sup>1</sup> siehe Sher, K. J.: Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research, Chicago: University of Chicago Press (1991); Klein, M.; Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung, In: Kindheit und Entwicklung, Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, Göttingen: Hogrefe 6 (1997), S. 133-140; Velleman, R.; Orford J.: Risk and resilience. Adults who were the children of problem drinkers, Amsterdam: Harwood Academic Publishers (1999)

**Familiale Risikofaktoren, die die psychopathologische Entwicklung bei Kindern von Alkoholikern (KvA) beeinflussen im Vergleich zu Kindern von Nicht-Alkoholikern<sup>1</sup>**

<b>Risikofaktor</b>	<b>Forschungsergebnisse</b>
<b>Alkoholspezifische Familieneinflüsse</b>	
1. Nachahmung elterlichen Trinkverhaltens	KvA sind genauer mit einer großen Breite alkoholischer Getränke in einem jüngeren Alter vertraut und entwickeln früher entsprechende Alkoholgebrauchs-Schemata, das heißt erfahrungsbasierte „beliefs“.
2. Alkoholwirkungserwartungen	KvA haben mehr positive Alkoholwirkungserwartungen, das heißt, sie glauben eher, dass sich Alkoholgenuss positiv auf ihre Befindlichkeit auswirkt.
3. Ethnizität und Trinkgewohnheiten	KvA von bestimmten ethnischen Gruppen haben ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch aufgrund der Interaktion zwischen Alkoholwirkungserwartungen und Ethnizität.
<b>Alkoholunspezifische Familieneinflüsse</b>	
1. Elterliche Psychopathologie und Komorbidität	Einzelne Subgruppen von KvA wachsen in Familien mit elterlicher Psychopathologie auf, wie zum Beispiel Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Depression, Angststörungen als komorbide Störungen.
2. Sozioökonomischer Status (SES)	KvA kommen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit aus Familien mit niedrigem SES, in denen die Familien größerem finanziellem Stress ausgesetzt sind (Armut, Sozialhilfe, Langzeitarbeitslosigkeit, schlechte Wohnqualität).
3. Allgemeine familiäre Dysfunktionalität	Familien mit substanzbezogenen Störungen sind durch niedrige Kohäsion, hohes Konfliktniveau und schlechte Problemlösungsfähigkeiten charakterisiert. Es entstehen häufiger Broken-home-Konstellationen.
4. Familiäre Gewalt, Aggression	KvA haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, Opfer und/oder Zeuge familialer Gewalt zu werden.
5. Kognitive Probleme der Eltern	KvA haben eine größere Wahrscheinlichkeit, von Eltern mit schlechteren kognitiven Fähigkeiten erzogen und damit zu wenig positiv stimuliert zu werden.

Tabelle 2

© M. Klein

<sup>1</sup> nach Ellis, D. A.; Zucker, R. A.; Fitzgerald, H. E.: The role of family influences in development and risk, In: Alcohol Health & Research World, Bethesda, Maryland, USA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 21 (1997), S. 218-226

Alkoholspezifische Familieneinflüsse sind solche, die direkt mit dem problematischen Trinken der Eltern zu tun haben. Alkoholunspezifische Familieneinflüsse umfassen Risikofaktoren, die unabhängig vom Alkoholmissbrauch (zum Beispiel prämorbid psychische Störungen der Eltern) oder von diesem vermittelt (zum Beispiel sozialer Abstieg; Gewalterfahrungen) auf die Kinder einwirken.

#### 4. 3. Genetische Risiken

Neuere Studien belegen,<sup>1</sup> dass vor allem Söhne von Alkoholabhängigen aufgrund genetischer Besonderheiten auf Alkohol oft anders reagieren als Vergleichspersonen, und zwar sowohl subjektiv (das heißt in ihrem eigenen Empfinden) als auch objektiv (das heißt mit physiologischen Parametern). Dies bedeutet ab dem Jugendalter eine Gefahr hinsichtlich der Entwicklung eines Missbrauchs- oder Abhängigkeitsmusters in Bezug auf Alkohol. Im Einzelnen ergab sich, dass sie einerseits die berauschenden Effekte des Alkohols erst bei einer höheren Konzentration wahrnahmen – also mehr trinken mussten, um den gleichen berauschenden Effekt zu spüren wie Vergleichspersonen. Die später einsetzenden unangenehmen Effekte (Kater, Hangover usw.) nahmen sie ebenfalls in geringerem Maße wahr.

Andererseits wurde für Söhne von Abhängigen eine erhöhte Stressdämpfung nach Alkoholkonsum nachgewiesen.<sup>2</sup> Dies hat zur Folge, dass Alkoholtrinken positiv erlebt wird, da es das subjektive Stresserleben verringert. Für Töchter wurden diese Effekte bislang nicht bestätigt. Aus diesen Ergebnissen folgt, dass eine besonders sensible Alkoholerziehung bei den Söhnen aus alkoholbelasteten Familien erfolgen sollte, die verhindert, dass diese frühzeitige Erfahrungen mit übermäßigem Trinken und Alkoholintoxikationen sammeln.

Die genetische Forschung in Bezug auf das Transmissionsrisiko von Suchtstörungen hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte zu verzeichnen.<sup>3</sup> Es handelt sich dabei vor allem um Zwillings-, Adoptions- und Geschwisterstudien,<sup>4</sup> die insbesondere für Söhne alkoholabhängiger Väter wiederholt ein genetisches Transmissionsrisiko erbrachten. Hinzu kommen in wachsender Zahl Studien mit genetischen Markern und Tierstudien. Zwillingsstudien zur Heredität des Alkoholismus, die üblicherweise den Umwelteinfluss ausschalten, indem nur Zwillingspaare untersucht werden, die nach der Geburt getrennt aufgewachsen sind, kommen zu Konkordanzraten bezüglich Alkohol-

---

1 vgl. Pollock, V. E.: Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics, In: The American Journal of Psychiatry, Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association 149 (1992), S. 1534-1538

2 vgl. Levenson, R. W.; Oyama, O. N.; Meek, P. S.: Greater reinforcement from alcohol for those at risk: Parental risk, personality risk, and sex, In: Journal of Abnormal Psychology, Washington DC, USA: APA 96 (1987), S. 242-253

3 siehe Maier, W.: Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus, In: Watzl, H.; Rockstroh, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe (1997), S. 91-109

4 siehe zum Beispiel Searles, J. S.: The role of genetics in the pathogenesis of alcoholism, In: Journal of Abnormal Psychology, Washington DC, USA: APA 97 (1988), S. 153-167; Merikangas, K. R.: The genetic epidemiology of alcoholism, In: Psychological Medicine, Cambridge UK: Cambridge University Press 20 (1990), S. 11-22

abhängigkeit zwischen 26 Prozent und 59 Prozent bei männlichen monozygoten Probanden und zwischen 12 Prozent und 36 Prozent bei männlichen dizygoten Probanden. Bei den weiblichen Probanden ergeben sich Werte zwischen 8 Prozent und 26 Prozent für monozygote Probandinnen und zwischen 5 Prozent und 13 Prozent für dizygoten Probandinnen, so dass von einer stärkeren Gefährdung der Söhne auszugehen ist.

Bei Töchtern alkoholabhängiger Eltern besteht **im Falle der Weitergabe der Suchterkrankung ein erhöhtes genetisches Risiko**. Kendler et al.<sup>1</sup> konnten zeigen, dass bei 1.030 weiblichen Zwillingspärchen im Falle einer Weitergabe der Störung 51 Prozent bis 59 Prozent der Anfälligkeit genetische Ursachen hat. Die genetische Vulnerabilität wurde sowohl von den Vätern als auch von den Müttern an die Töchter weitergegeben. Zwillinge nicht suchtkranker Eltern wiesen eine Quote für Alkoholabhängigkeit von 6,2 Prozent auf, Töchter alkoholabhängiger Mütter eine Quote von 9,1 Prozent, alkoholabhängiger Väter von 10,4 Prozent. Von den monozygoten Zwillingsschwestern suchtkranker Töchter waren 26,2 Prozent ebenfalls erkrankt, bei den dizygoten waren es dagegen lediglich 11,9 Prozent. Auch wenn sich in dieser Untersuchung insgesamt keine höhere Transmissionsquote für Töchter nachweisen ließ, ist die zwischen den Zwillingsschwestern im Falle einer Alkoholabhängigkeit festzustellende Co-Evolution einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung, die sich nach Meinung der Autoren am ehesten mit genetischen Ursachen erklären lässt.

Ein interessantes, zusätzlich bemerkenswertes Ergebnis der neueren Adoptionsstudien wird von McGue et al.<sup>2</sup> berichtet: Sie fanden, dass die wegadoptierten Kinder von Alkoholabhängigen signifikant häufiger Alkohol tranken, wenn ein Geschwisterkind in der Adoptivfamilie, das genetisch nicht verwandt war, starken Alkoholgebrauch zeigte. Der Effekt war am stärksten bei Geschwistern gleichen Geschlechts und einigermassen gleichen Alters.

Während bei männlichen Probanden ein genetischer Verursachungsanteil als gesichert gilt, schätzt Maier<sup>3</sup> die Datenlage für genetisch bedingten Alkoholismus bei Frauen für weiterhin klärungsbedürftig ein. Zu ähnlichen Einschätzungen kommen die durchgeführten Adoptionsstudien. Auch hier ist die Datenlage für männliche Probanden eindeutiger als bei weiblichen Probandinnen. Alle genetischen Studien zeigen jedoch, dass die Verursachung familial übertragenen Alkoholismus nicht durch eine einzige Variable, genetische Belastung, familiäre Umwelt oder individuumsspezifische Entwicklungsfaktoren, erklärbar ist. Vielmehr liegen komplexe und sicherlich in vielen Fällen mehrfach interagierende Faktoren vor (Mediatoreffekte), die zum Verständnis

---

<sup>1</sup> siehe Kendler, K. S.; Neale, M. C.; Heath, A. C.; Kessler, R. C.; Eaves, L. J.: A twin-family study of alcoholism in women, In: The American Journal of Psychiatry, Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association 151 (1994), S. 707-715

<sup>2</sup> siehe McGue, M.; Sharma, A.; Benson, P.: Parent and sibling influences on adolescent alcohol use and misuse: Evidence from a U.S. adoption cohort, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 57 (1996), S. 8-18

<sup>3</sup> siehe Maier, W.: Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus, In: Watzl, H.; Rockstroh, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe (1997), S. 91-109

und zur Erklärung von Transmissions- und Nicht-Transmissionseffekten herangezogen werden müssen.

#### 4. 4. Psychosoziale Risiken

Ein zweiter wesentlicher Risikofaktor, neben den biologischen Anlagen, ist in der Familienumwelt der Kinder suchtkranker Eltern zu sehen. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten anzutreffende Familienkonstellation, bestehend aus einem alkoholabhängigen Vater und einer nicht suchtkranken, aber co-abhängigen Mutter, bringt entscheidende Veränderungen und Gefahren in der Dynamik der betroffenen Familien mit sich. Die Eltern können oft ihren Pflichten als Erzieher der Kinder nicht mehr in genügendem Maße nachkommen, da der Abhängige stark auf das Suchtmittel fixiert ist und daher die Kinder kaum mehr wahrnimmt. Die Mutter braucht ihre Kräfte meist für das grundlegende Funktionieren der Familie und die Wahrung einer vermeintlich intakten Fassade nach außen hin. All diese suchtbedingten intrafamilialen Veränderungen zeigen Wirkungen hinsichtlich einer negativeren Familienatmosphäre, einer deutlich schwächeren oder stärkeren, das heißt extremeren, Familienkohäsion sowie in Bezug auf die Frustration kindlicher Bedürfnisbefriedigungen (zum Beispiel nach Sicherheit, Verlässlichkeit, Geborgenheit) und die Qualität der Eltern-Kind-Bindungen. Als besondere Veränderungen in der Familienatmosphäre konnten das Vorherrschen von Instabilität, Unberechenbarkeit, Disharmonie und Anspannung festgestellt werden.<sup>1</sup> Hinzu kommen häufig auch Auffälligkeiten im Bereich emotionaler, physischer oder sexueller Gewalt.

Auch die Grenzen in der Familie ändern sich oft dramatisch: Einer schärferen, oft rigiden Abgrenzung nach außen, zur Umwelt, entsprechen diffuse, unklare Grenzen innerhalb der Familie. Kinder übernehmen bisweilen Eltern- oder Partnerrollen, das System gerät in seiner ursprünglichen Ordnung durcheinander, wird im Extremfall auf den Kopf gestellt.

Die Familienatmosphäre bringt es meist mit sich, dass die Kinder sich oft selbst überlassen sind und Aufgaben übernehmen müssen, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes noch nicht gewachsen sind. Außerdem werden eine mangelhafte elterliche Beaufsichtigung („parental monitoring“), weniger Eltern-Kind-Interaktionen und eine chronisch stresshafte Familienatmosphäre als wichtige Risikovariablen für die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen berichtet. Von Klinikern wird oft unterstrichen, dass diese Kinder frühreifes, erwachsenes und somit altersunangemessenes Verhalten zeigen,<sup>2</sup> indem sie in ihren Familien übermäßig viel Verantwortung für zahlreiche tägliche Abläufe übernehmen.

---

<sup>1</sup> siehe Klein, M.; Zobel, M.: Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Familien – Ergebnisse einer Modellstudie, In: Zobel, M. (Hrsg.): Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder, Bonn: Psychiatrie-Verlag (2001), S. 90-104

<sup>2</sup> vgl. Black, C.: Mir kann das nicht passieren, Wildberg: Bögner-Kaufmann (1988), deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1982; siehe auch Weititz, J. G.: Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken, München: Kösel (1990)

In diesem Zusammenhang haben eine Reihe von Autorinnen Konzepte entwickelt, die die Situation der Kinder anschaulich vor Augen führen sollen. Am bekanntesten sind die so genannten Rollenmodelle nach Black<sup>1</sup> und Wegscheider<sup>2</sup> geworden. Nach diesen Modellen sind Kinder alkoholabhängiger Eltern gefährdet, bestimmte Rollen in fixierter und rigider Form zu lernen und auszuführen, so dass sie selbst im Erwachsenenalter noch dysfunktionales Rollenverhalten zeigen können. Zu den beschriebenen Rollen zählen unter anderem der „Familienheld“, der „Sündenbock“, das „unauffällige Kind“ und der „Clown“.

#### 4. 5. Haupterfahrungen und Hauptsymptome

Am häufigsten werden bei Kindern von Suchtkranken die Symptomgruppen Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, Intelligenzminderungen, somatische Probleme und Misshandlungen sowie Angst und depressive Symptome<sup>3</sup> gefunden.

Zu den von Kindern selbst in Interviews am häufigsten genannten Erfahrungen<sup>4</sup> gehört die der **Unberechenbarkeit** des elterlichen Verhaltens. Dies bezieht sich verstärkt auf den Alkohol trinkenden, aber auch auf den jeweils anderen (meist als co-abhängig bezeichneten) Elternteil. Versprechungen, Vorsätze, Ankündigungen usw. werden oft nicht eingehalten, aber auch inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten herrscht vor.

Generell werden sehr viele **Ambivalenzerfahrungen** und **Loyalitätskonflikte** berichtet (zum Beispiel manchmal übermäßig verwöhnt und manchmal übermäßig bestraft zu werden; den alkoholabhängigen Elternteil extrem zu verachten und zu hassen, ihn aber auch sehr zu mögen und zu umsorgen; den alkoholabhängigen Elternteil auch im Erwachsenenalter noch kontrollieren zu müssen). In manchen Fällen wurde deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern auf sich selbst attribuierten, zum Beispiel wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer bloßen Existenz.

Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, zum Beispiel, dass Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen<sup>5</sup> sind. Es herrschen auch oft extreme Belastungssituationen vor.

---

1 siehe Black, C.: Mir kann das nicht passieren, Wildberg: Bögner-Kaufmann (1988), deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1982

2 siehe Wegscheider, S.: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie, Wildberg: Bögner-Kaufmann (1988), deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1981

3 siehe Elpers, M.; Lenz, K.: Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heidelberg, Berlin: Springer 22 (1994), S. 107-113

4 vgl. Cork, M. R.: The forgotten children: A study of children with alcoholic parents, Toronto: Addiction Research Foundation (1969)

5 siehe Wegscheider, S.: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie, Wildberg: Bögner-Kaufmann (1988), deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1981

Diese sind zusammenfassend dadurch gekennzeichnet, dass

- sie mehr Streit, konflikthafte Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen den Eltern erleben als andere Kinder;
- sie extremeren Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt sind;
- sie häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Elternteilen gebracht werden; Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf weniger gegeben sind sowie Versprechungen eher gebrochen werden;
- sie häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell) werden;
- Vernachlässigung und Verwahrlosung der Kinder häufiger vorkommen.

Es wäre wünschenswert, in Zukunft stärker die subjektiven Sichtweisen und kognitiven Konstrukte der betroffenen Kinder in Bezug auf das elterliche Problemverhalten zu erforschen. Dies könnte auch dem ärztlichen Praktiker den Zugang zum inneren Erleben des betroffenen Kindes erheblich erleichtern und im Rahmen von Interventions- und Präventionsprogrammen verstärkten Nutzen einbringen.

West und Prinz<sup>1</sup> benennen in ihrer klassischen Überblicksarbeit aus dem Jahre 1987, in der sie 46 empirische Studien aus den Jahren 1975 bis 1985 auswerteten, Auswirkungen in den folgenden Bereichen:

1. Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten,
2. Substanzmissbrauch, Delinquenz und Schuleschwänzen,
3. kognitive Funktionsstörungen,
4. soziale Interaktionsprobleme,
5. körperliche Probleme,
6. Angst und Depressionen,
7. körperliche Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung,
8. dysfunktionale Familieninteraktionen.

Zu den drohenden Konsequenzen sind insbesondere solche Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen zu zählen, die aus der sozialpsychologischen Forschung bekannt wurden, wenn Personen keine ausreichende Kontrolle über die eigenen Handlungsfolgen und die Umwelt ausüben können. Dazu zählen insbesondere negative Selbstwirksamkeitserwartung und erlernte Hilflosigkeit. Beide Phänomene treten auf, wenn ein

---

<sup>1</sup> siehe West, M. O.; Prinz, R. J.: Parental alcoholism and childhood psychopathology, In: Psychological Bulletin, Washington DC, USA: APA 102 (1987), S. 204-218

Individuum zu wenige Erfahrungen erfolgreicher Interaktionen mit seinem Umfeld macht und es seine Handlungsziele überwiegend nicht durchsetzen kann.

Es ist jedoch anzumerken, dass viele Symptome für Kinder aus Suchtfamilien nicht spezifisch sind, sondern dass einerseits bei Kindern aus anderen dysfunktionalen Familien ähnliche Konsequenzen möglich sind und dass andererseits die direkt alkoholbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren (zum Beispiel genetisches Risiko) stark mit anderen Variablen (zum Beispiel familiäre Gewalt) kovariieren.

#### **4. 6. Resilienzen**

Gerade in jüngster Zeit fokussiert die Forschung auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind.<sup>1</sup> Gemäß dem vorherrschenden pathologieorientierten Forschungsparadigma war bislang bei erwachsenen Kindern aus Familien mit einem Abhängigen meist die psychopathologische und weniger die salutogenetische Entwicklung untersucht worden. Dem gängigen Störungsmodell, das Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig ansieht, wird das Resilienz- und Stressresistenzmodell gegenüber gestellt, das Raum für positive Entwicklung lässt. Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können.

Wolin und Wolin<sup>2</sup> identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt sieben Resilienzen, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können. Unter Resilienz wird eine besonders hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität verstanden. Es handelt sich also um Kinder, die auf der einen Seite eine hohe Toleranz für stressreiche, widrige Ökologien und auf der anderen Seite eine gute Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Lebensbedingungen aufweisen.

1. Einsicht, zum Beispiel dass mit dem alkoholabhängigen Vater etwas nicht stimmt;
2. Unabhängigkeit, zum Beispiel sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen;
3. Beziehungsfähigkeit, zum Beispiel in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen;
4. Initiative, zum Beispiel in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten;

---

<sup>1</sup> vgl. Velleman, R.; Orford J.: Risk and resilience. Adults who were the children of problem drinkers, Amsterdam: Harwood Academic Publishers (1999); siehe auch Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen, Göttingen: Hogrefe (2000) (= Klinische Kinderpsychologie, Bd. 2); vgl. Klein, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven, In: Suchttherapie, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 118-124

<sup>2</sup> siehe Wolin, S.; Wolin, S.: Resilience among youth growing up in substance-abusing families, In: Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, Binghamton, NY, USA: Haworth Press 42 (1995), S. 415-429

5. Kreativität, zum Beispiel in Form von künstlerischem Ausdruck;
6. Humor, zum Beispiel in Form von Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung;
7. Moral, zum Beispiel in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Bereits wesentlich früher war eine erste Langzeitstudie zur psychischen Entwicklung der Kinder alkoholkranker Eltern unter dem Resilienz Aspekt durchgeführt worden.<sup>1</sup> Diese Langzeitstudie aus Hawaii lieferte differenzierte Ergebnisse zu Resilienzen und protektiven Faktoren für Kinder aus Alkoholismusfamilien. Im Einzelnen ergaben sich folgende, individuell wichtige protektive Faktoren:

- ein Temperament des Kindes, das positive Aufmerksamkeit hervorruft;
- durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, auch im Schreiben;
- stärkere allgemeine Leistungsorientierung;
- eine verantwortliche, sorgende Einstellung;
- positives Selbstwertgefühl;
- internale Kontrollüberzeugung (internal locus of control);
- Glaube an die Möglichkeit, sich selbst helfen zu können (positive Selbstwirksamkeitserwartung).

Als protektive Faktoren aus dem interaktionalen Bereich kommen hinzu:

- ein hohes Ausmaß an Aufmerksamkeit und
- keine längeren Trennungen während des Kleinkindalters;
- keine weiteren Geburten in den beiden ersten Lebensjahren;
- keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr.

Resiliente Kinder haben ein Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Die steht in scharfem Widerspruch zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die bei vielen anderen betroffenen Kindern vorherrschen. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass das Kind versteht, dass Schmerz und Leiden in der Familie ungerecht sind und dass es in keinem Falle daran schuld ist.<sup>2</sup> Häufig bringt diese Befreiung vom familiären Denken und Fühlen eine innerfami-

---

<sup>1</sup> Werner, E. E.: Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 47 (1986), S. 34-40

<sup>2</sup> siehe Robinson, B. E.; Rhoden, J. L.: Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook, 2nd Edition, Thousand Oaks: Sage (1998)

läre Isolation mit sich, die am besten durch Helfer außerhalb der Familie zu überwinden ist.

Ganz allgemein wird die schwierige Situation der Kinder in suchtblasteten Familien bisweilen auch unter dem Blickwinkel einer Entwicklungs herausforderung („challenge-Modell“) betrachtet.<sup>1</sup> Darunter ist zu verstehen, dass die schwierige psychosoziale Ökologie der Suchtfamilie für manche Kinder offenbar eine besonders starke Stimulation darstellt, welche sie unter geeigneten intrapsychischen und interaktionalen Bedingungen zu stabilen, belastbaren und anpassungsfähigen Menschen heranreifen lässt.

## 5. Besonderheiten bei Kindern Drogenabhängiger

Die Entwicklung der Drogenforschung zeigt eine interessante Parallele zur Alkoholforschung. In beiden Feldern spielten die Kinder der Konsumenten und Abhängigen jahrzehntelang keine Rolle, waren sozusagen nicht existent. Dann setzte ein Wandel ein, beginnend in den USA, der nach mehr als 15 Jahren dann auch Deutschland erreichte. Zunächst entstand so in den USA ab 1969 ein Fokus auf die Kinder alkoholabhängiger Eltern, dem ab etwa 1979 ein Fokus auf die Kinder drogenabhängiger Eltern folgte. Dementsprechend überrascht es nicht, dass in den vergangenen Jahren erste Langzeitstudien zur Entwicklung dieser Kinder in den USA erschienen.<sup>2</sup> In der Bundesrepublik Deutschland begann eine ernsthafte Beschäftigung mit den Kindern alkoholkranker Eltern um das Jahr 1990. Kinder drogenabhängiger Eltern sind (von einigen sehr lobenswerten Ausnahmen abgesehen) gerade erst dabei, von der Fachwelt als eigenständiges, relevantes Thema wahrgenommen zu werden.

In ihrem Review zur Forschung über die postnatale Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern kommt Hogan<sup>3</sup> zu dem wenig erfreulichen Schluss, dass es nur wenig Forschung zur postnatalen Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern gibt, es an einer klaren Forschungsrichtung und einer gemeinsamen Linie und theoretischen Basis mangelt. Die Ergebnisse seien bestenfalls nicht zusammenfassbar, schlimmstenfalls völlig widersprüchlich.

Die Mehrzahl der Forschungsbeiträge fokussiert bislang auf die prä- und perinatale Phase oder auf die Zeit des ersten Drogenkonsums in der frühen Jugend. In der Folge

---

<sup>1</sup> vgl. Wolin, S.; Wolin, S.: Resilience among youth growing up in substance-abusing families, In: Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, Binghamton, NY, USA: Haworth Press 42 (1995), S. 415-429

<sup>2</sup> vgl. Nurco, D. N.; Blatchley, R. J.; Hanlon, T. E.; O'Grady, K. E.: Early deviance and related risk factors in the children of narcotic addicts, In: American Journal of Drug and Alcohol Abuse, New York, NJ, USA: Dekker 25 (1999), S. 25-45; siehe auch Nunes, E. V.; Weissman, M. M.; Goldstein, R. B.; McAvay, G.; Seracini, A. A.; Verdelli, H.; Wickramaratne, P. J.: Psychopathology in children of parents with opiate dependence and/or major depression, In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago, IL, USA: Lippincott Williams & Wilkins 37 (1998), S. 1142-1151

<sup>3</sup> siehe Hogan D. M.: Annotation: The psychological development and welfare of children of opiate and cocaine users: Review and research needs, In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Oxford UK: Blackwell 39 (1998), S. 609-620

ist zu konstatieren, dass über die Kinder drogenabhängiger Eltern im Alter zwischen vier und 14 Jahren besonders wenig bekannt ist. Dass dann der frühe Einstieg von Kindern und Jugendlichen in den Drogenkonsum ohne ihren familiengeschichtlichen Hintergrund gesehen wird, ist nur eine Folge dieser beklagenswerten Forschungslücke. Eine weitere Konsequenz dürfte in einem Mangel geeigneter Praxiskonzepte im Bereich der zielgruppenorientierten Prävention und Frühintervention liegen.

Die Globalhypothese, die hinter den Forschungsbemühungen um Kinder drogenabhängiger Eltern steht, beinhaltet die Vorstellung, dass elterlicher Drogengebrauch einen starken negativen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung der exponierten Kinder haben kann. Dieser Einfluss bezieht sich vor allem auf die drei folgenden Aspekte:

- Den Kindern wird die notwendige körperliche Versorgung und Zuwendung vorenthalten.
- Die sozio-emotionale und kognitive Entwicklung wird verzögert, behindert oder gar dauerhaft zerstört.
- Die Kinder werden insgesamt in einer Weise beeinflusst und erzogen, dass sie selbst Drogenkonsumenten werden.

Selbstmordversuche bei Drogenabhängigen sind kein seltenes Ereignis. Daher besteht die Möglichkeit, dass Kinder dadurch negativ beeinflusst, traumatisiert, im Extremfall Zeuge vollendeter Suizide werden. In der niedersächsischen Methadonstudie<sup>1</sup> waren es 30,3 Prozent der betreuten Klienten, die vor Betreuungsbeginn einen Suizidversuch unternommen hatten, 18,0 Prozent mehrfach. 39,6 Prozent der Betreuten wurden als suizidgefährdet, 63,7 Prozent als depressiv eingeschätzt.

Wie die Forschung zu Kindern von alkoholabhängigen Eltern bereits gezeigt hat, ist das Aufwachsen bei zwei alkoholabhängigen Elternteilen riskanter als bei nur einem. Entsprechendes ist hypothetisch – weil bislang empirisch nicht bestätigt – auch für drogenabhängige Eltern anzunehmen. Hier liefert die niedersächsische Methadonstudie<sup>2</sup> eine Zahl von 20,8 Prozent der betreuten 259 Klienten, die mit einem abhängigen Partner zusammenleben. Viele Praktiker berichten von noch höheren Quoten. Während bei alkoholabhängigen Eltern Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch häufiger vorkommen als in der Normalbevölkerung, ist es bei drogenabhängigen Eltern Kindesvernachlässigung, die von allen Formen der Kindesmisshandlung am häufigsten zu beobachten ist. Dies bedeutet, dass auch der Arzt, der Drogenabhängige etwa im Bereich der Substitution betreut, ein besonderes und kontinuierliches Augenmerk auf das Wohlergehen der Kinder der betreuten Patienten haben sollte. Regelmäßige Sprechstundenbesuche zusammen mit dem Kind sollten eher die Regel als die Ausnahme sein.

---

<sup>1</sup> siehe Schulzke, M.: Methadongestützte Psycho-/Soziotherapie für Heroinabhängige. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium. Berichte zur Suchtkrankenhilfe (1994)

<sup>2</sup> ebenda

Die von Klinikern berichteten Schädigungen bei Kindern von nicht substituierten drogenabhängigen Eltern erscheinen in mehreren Bereichen gravierender als bei den Kindern Alkoholabhängiger. Dies resultiert aus folgenden Gründen:

- Die Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen, da bei Drogenabhängigen ein entsprechendes Partnerwahlverhalten viel üblicher ist als bei Alkoholabhängigen. Dadurch können die negativen Effekte des drogenabhängigen Elternteils nicht in ausreichendem Maß kompensiert werden.
- Die Kinder sind häufiger von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger bei nur einem Elternteil, in der Regel bei der Mutter, auf.
- Die Kinder erleben im Zusammenhang mit der Beschaffungskriminalität mehr traumatische Situationen, zum Beispiel Prostitution der Mutter, Verhaftung des Vaters u. Ä.
- Die Kinder sind meist in ihren frühen Lebensjahren von der Abhängigkeit eines Elternteils betroffen, was nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychopathologie ein stärkeres Entwicklungsrisiko mit sich bringt.
- Die Kinder erleben stärkere soziale Isolation und Ächtung, lernen weniger sozial förderliche Verhaltensweisen und erleben sich dadurch insgesamt in ihrem Selbstwertgefühl als instabiler und gefährdeter.
- Die Kinder leiden stärker unter sozialer Marginalisierung der Familie, zum Beispiel in Form von Armut, Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen.
- Durch die im Vergleich mit Alkoholabhängigen höhere Komorbidität laufen die Kinder Gefahr, häufiger eine doppelte Schädigung aufgrund des komplexeren Störungsbildes ihrer Eltern zu erleiden.
- In Einzelfällen, die klinisch durchaus bekannt und dokumentiert sind, werden an die Kinder und Jugendlichen früh psychotrope Substanzen, die im Lebensumfeld der Eltern gewöhnlich den Status der Normalität besitzen, verabreicht.
- Aufgrund einer größeren Zahl von Frühgeburten kann es zu verstärkten Problemen beim Beziehungsaufbau („bonding“) zwischen Mutter und Kind kommen.
- Die Kinder weisen häufiger ein schwieriges Temperament auf, was bei den Eltern zu Überforderungs- und Insuffizienzgefühlen führen kann.

## **6. Hilfen**

Neben den schon erwähnten vielfältigen Möglichkeiten für Hilfen, die insbesondere eine Stärkung der protektiven Faktoren des betroffenen Kindes verfolgen sollten, ist insbesondere die Systematik und Koordination der Hilfen von entscheidender Bedeutung. Dafür bieten Kooperationsformen mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sucht- und Erziehungsberatungsstellen, Kinderschutzdiensten, Frauenhäusern und

etlichen anderen Institutionen gute Möglichkeiten. In vielen Städten und Kreisen haben sich psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gebildet, die für den fachlichen und persönlichen Austausch sorgen. In der ärztlichen Weiterbildung sollte dem Thema familialer Suchtbelastungen und den möglichen Interventionsformen, wie zum Beispiel dem Motivational Interviewing, größere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Innerhalb der medizinischen Modelle sind insbesondere familienmedizinische Ansätze zu stärken. Erste Erfahrungen in der nachgehenden Sozialarbeit haben gezeigt, dass eine enge Kooperation im Rahmen des Case-Management Erfolg versprechende Resultate erbringen kann.

Unter präventiven Aspekten erscheint es ratsam, Kindern von Alkoholikern möglichst früh Hilfen bereitzustellen, um eine optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen beziehungsweise erste auftretende Störungen schnell zu behandeln. Daher bewegen sich Frühinterventionen für Kinder aus suchtblasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Diese Frühinterventionen umfassen meist die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die bereits vorhandenen Ressourcen genau erfasst werden, um beide Bereiche in Präventionsplanung und effektive Frühintervention einfließen zu lassen.

Auch die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen.<sup>1</sup> Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil (in der Regel der Angehörige) bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –, wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten. Im Einzelnen ist bei den Hilfeleistungen für Kinder von Suchtkranken zwischen Einzel- und Gruppenarbeit mit den Kindern, begleitender Elternarbeit und freizeitpädagogischen Angeboten zu unterscheiden. Diese geschieht in der Regel im ambulanten pädagogischen oder psychotherapeutischen Kontext, kann aber auch in komplexeren Fällen halb- oder vollstationär, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen.

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in **der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen** in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen.

---

<sup>1</sup> siehe Robinson, B. E.; Rhoden, J. L.: Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook, 2nd Edition, Thousand Oaks: SAGE (1998)

# **Arbeitsgruppe 1: Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern – das Präventionsprojekt KIPKEL e.V. im Kreis Mettmann**

DR. MED. MICHAEL HIPPE

*Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie,  
Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Hilden, Nordrhein-Westfalen,  
Vorsitzender von KIPKEL e.V.,  
und*

SUSANNA STAETS

*Kindertherapeutin, Praxis für Kunst- und Kinderpsychotherapie, Haan,  
Nordrhein-Westfalen, Initiatorin des KIPKEL-Projektes*

## **1. Einleitung**

Die Empfehlungen der Psychiatrieenquete von 1975 sind in den meisten Kommunen im Sinne des Aufbaus eines leistungsfähigen sozialpsychiatrischen Versorgungsnetzes umgesetzt worden. Die Kinder psychisch kranker Eltern blieben dabei meist unberücksichtigt. Vorbeugende Hilfen zur Milderung negativer Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder und zur Förderung deren Bewältigungsmöglichkeiten fehlen bisher weitgehend.

Die verleugnende Haltung der Institutionen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe gegenüber dieser Thematik kontrastiert auffällig mit der empirisch gesicherten Erkenntnis, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. So ist beispielsweise im Falle der Schizophrenie das Risiko für die betroffenen Kinder im Vergleich zu der Durchschnittsbevölkerung mindestens um das Zehnfache erhöht. Wie Studien an eineiigen Zwillingen erwiesen haben, ist dies nur zu etwa 50 Prozent auf eine genetische Prädisposition, zu der anderen Hälfte auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen. Und genau hier können präventive Maßnahmen wirksam werden.

## **2. Problembeschreibung im Kontext der Familie**

Kinder psychisch kranker Eltern wachsen meist in einem sozialen Umfeld auf, in dem das Thema der psychischen Erkrankung tabuisiert ist. Nicht selten besteht ein absolutes Kommunikationsverbot innerhalb und außerhalb der Familie. Krankheitssymptome werden mit somatischen Befindlichkeitsstörungen erklärt oder auf „Überlastung“, „Spannungen“ etc. zurückgeführt. Jedes Sprechen über das „Familiengeheimnis“ bedeutet einen „Verrat“ am kranken Elternteil. Die Kinder entwickeln dadurch sehr früh ein Gespür für das Stigma der psychischen Störung. Sie schämen sich für den kranken Elternteil gegenüber den Gleichaltrigen. Daraus können emotionaler Rückzug und soziale Isolation folgen. Die Gelegenheiten, außerhalb ihrer Familien korrigierende Erfahrungen zu sammeln, werden seltener.

Die von der psychischen Erkrankung bestimmten Verhaltensweisen ihrer Eltern können Kinder meist nicht verstehen. Sie reagieren mit Desorientierung und Angst. Besonders bei kleinen Kindern besteht eine Tendenz, äußere Ereignisse auf sich zu beziehen. Sie fühlen sich verantwortlich für das Wohlergehen ihrer Eltern und entwickeln Schuldgefühle, wenn sie ihrer Hilflosigkeit gewahr werden.

Der Kranke wird aufgrund der mangelhaften Konsistenz und Kontinuität im Denken, Fühlen und Handeln aus der Sicht der Kinder in seiner Persönlichkeit als instabil, unzuverlässig und zweifelhaft erfahren. Der damit einhergehende Autonomie- und Autoritätsverlust erschwert es den Kindern, sich bei der Suche nach der eigenen Rolle und Identität an den betroffenen Eltern zu orientieren.

Krankenhausaufenthalte ihrer Eltern sind für Kinder gleichbedeutend mit abrupten Beziehungsabbrüchen, die sie ohne erklärende Hintergrundinformationen nicht einordnen können. Auf den psychiatrischen Akutstationen gibt es meist keine Rückzugsmöglichkeiten für eine geschützte Begegnung zwischen den Patienten und ihren Kindern, so dass lange Kontaktpausen unvermeidlich werden. Die daraus entstehenden Verlustängste, Abhängigkeitswünsche und Gefühle der Hilflosigkeit drohen die zukünftige Beziehungsfähigkeit der Kinder zu beeinträchtigen.

Die immer wiederkehrenden Erfahrungen der Kinder, äußeren Ereignissen ohne eigene Einflussmöglichkeiten ausgeliefert zu sein, führen zu einem Verlust des Vertrauens in die Fähigkeit, durch das eigene Verhalten etwas Vorhersehbares bewirken zu können. Die Überzeugungen der Selbstwirksamkeit und Realitätskontrolle werden dauerhaft beeinträchtigt. Die Haltung der Hilflosigkeit und Abhängigkeit verweist dann auf die Disposition zu einer depressiven Entwicklung.

Vor allem die älteren Kinder einer Geschwisterreihe müssen in Familien mit einem kranken Elternteil schon sehr früh Verantwortung für die Alltagsbewältigung übernehmen. Im Rahmen dieser „Parentifizierung“ werden sie nicht selten zum Partnerersatz für den gesunden Elternteil. Gegenüber dem kranken Elternteil kommt es zu einer Rollenumkehr. Obwohl einige Kinder diesen Zuwachs an familiären Einfluss auch positiv erleben, sind sie durch den frühen Verlust ihres Kinderstatus’ deutlich überfordert. Der sich in der Pubertät manifestierende Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt wird zu einem fast unlösbaren Problem, wenn der Heranwachsende die Frage beantworten muss, ob er weiterhin für das Wohlergehen seiner Eltern verantwortlich sein oder das Recht auf ein eigenes selbstbestimmtes Leben realisieren will.

Viele Kinder leben in einer Atmosphäre eines permanenten „Alarmismus“. Sie müssen immer wachsam sein, dürfen nie Kontrolle oder Verantwortung abgeben und müssen jederzeit auf krisenhafte Ereignisse deeskalierend reagieren können. Ihre eigene Befindlichkeit, ihre Bedürfnisse und ihre eigenen Grenzen bleiben dabei meist unbeachtet. Und so bleibt es auch für die späteren Erwachsenen schwierig, Unbeschwertheit, Entspannung und Genuss erleben zu können. Die fehlende Respektierung der Belastungsgrenzen führt zu häufiger Überforderung mit der Gefahr entsprechender psychophysischer Folgeerkrankungen.

Die große Mehrheit der Kinder geht dennoch unbeschadet aus den schwierigen familiären Kontextbedingungen hervor. Auf der Grundlage einer hohen Selbstständigkeit und eines ausgeprägten Verantwortungsbewusstseins entwickeln sie eine große Problemlösungskompetenz mit einer überdurchschnittlichen Fähigkeit zum Krisenmanagement. Angesichts ihres großen Einfühlungsvermögens in andere Menschen ist eine besondere Affinität zu Helferberufen zu beobachten. Die frühe Reifung vieler Kinder und ihre manchmal „hoch normale“ Entwicklung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie nicht in einem kindgerechten Umfeld aufwachsen und daher einer ständigen Gefährdung ihrer psychischen Gesundheit ausgesetzt sind. Gerade deshalb muss in der Fachöffentlichkeit neben dem Aspekt der Prävention auch das humanitäre Anliegen vertreten werden, durch rechtzeitige Hilfestellung das Leiden der Kinder zu vermindern und die Herausbildung einer positiven Identität zu bestärken.

### **3. Annäherung an die betroffenen Familien**

Voraussetzung für die Akzeptanz eines Präventionsangebotes durch die betroffenen Familien ist eine niedrige Eingangsschwelle. Hierfür müssen Ängste und Bedenken ernst genommen werden. An vorderster Stelle steht die Angst vor der Veröffentlichung der stigmatisierenden Erkrankung. Meist erhalten selbst engere Bezugspersonen keine eindeutigen Informationen. Mit der Enttabuisierung drohen die Bloßstellung familiärer Defizite, die Infragestellung des Sorgerechtes für die Kinder und damit ein umfassender Selbstwertverlust. Hinzu kommen Befürchtungen vor einer Überforderung und einer Pathologisierung der Kinder.

Um diese Vorbehalte zu entkräften, müssen Hilfeangebote darauf ausgerichtet sein, die familiären Ressourcen zu identifizieren und zu stärken. Dies betrifft vor allem die Erziehungskompetenz der Eltern, so dass die Sorgerechtsfrage erst gar nicht thematisiert werden muss. Das Ergebnis entsprechender Bemühungen zielt auf die Stärkung der Familienautonomie gerade vor dem Hintergrund vielleicht gegenteiliger Erfahrungen mit anderen Hilfesystemen. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind uneingeschränkt zu beachten.

Das Jugendamt wird von den betroffenen Familien meist ausschließlich in seiner Kontroll- und kaum in seiner Unterstützungsfunktion wahrgenommen. Um Bedrohungsphantasien zu widerlegen und die vom Jugendamt vorgehaltenen Hilfen zur Erziehung den Familien zugänglich zu machen, müssen Vorurteile abgebaut und positive Kontakt Erfahrungen ermöglicht werden. Dabei können „neutrale“ Präventionsprojekte eine wichtige Vermittlerfunktion übernehmen.

Die Kontaktaufnahme mit den betroffenen Familien sollte über wichtige Bezugspersonen erfolgen. Häufig sind die Institutionen des psychosozialen Versorgungssystems, wie zum Beispiel sozialpsychiatrische Dienste, sozialpsychiatrische Zentren, Betreuungsvereine, psychologische Beratungsstellen und niedergelassene Ärzte beteiligt. Eine herausragende Bedeutung gewinnt dabei das psychiatrische Krankenhaus. Fast alle Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung werden mindestens einmal in

ihrem Leben in einer Fachklinik behandelt. Erfahrungsgemäß ist die Bereitschaft zur Annahme von Hilfeangeboten in der Krise am größten. Nach der Entlassung aus der Klinik dominieren meist wieder Verleugnung oder Bagatellisierung. Die Patienten sind erleichtert, den demütigenden Zustand der Hilflosigkeit überwunden zu haben, und empfinden spätere Kontaktversuche als unliebsame Erinnerung an eigene Defizite oder Versäumnisse. Durch eine erfolgreiche Beziehungsarbeit in der Klinik kann eine solch stabile Vertrauensbasis aufgebaut werden, dass die spätere Überleitung in den ambulanten Bereich problemlos möglich ist. Die aufsuchende Tätigkeit wird somit zur unabdingbaren Voraussetzung für die stabile Einbindung der betroffenen Familien in die präventive Arbeit mit den Kindern.

Bei Menschen mit einer Tendenz zu einer paranoiden Erlebnisverarbeitung ist mit einer misstrauischen Grundhaltung bei der Beziehungsgestaltung zu rechnen. Dies erschwert den Aufbau eines eindeutigen und zeitstabilen Arbeitsbündnisses. Dennoch muss gerade vom kranken Elternteil die ausdrückliche Erlaubnis zur Teilnahme des Kindes an einer Präventionsmaßnahme eingeholt werden. Andernfalls gerät das Kind in einen Loyalitätskonflikt, der es in einen unerträglichen Gegensatz zum kranken Elternteil bringt. Die entlastende Zielsetzung des Hilfeangebotes wäre dann nicht realisierbar.

#### **4. Präventionsarbeit am Beispiel des KIPKEL-Projektes**

##### **4. 1. Gründung und Finanzierung**

Das Projekt KIPKEL – Prävention für **K**inder **p**sychisch **k**ranker **E**ltern – wurde 1998 als interinstitutionelles und multidisziplinäres Kooperationsmodell konzipiert. Ausgangspunkt war die Erkenntnis, dass eine ganzheitliche Wahrnehmung und Unterstützung der betroffenen Familien nur durch eine enge Zusammenarbeit der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe gewährleistet werden kann. Zur Durchführung der praktischen Arbeit der beteiligten Kindertherapeutinnen wurden entsprechend ausgerüstete Räumlichkeiten in einer Kunst- und Kinderpsychotherapiepraxis in Haan angemietet. Die begleitende Elternbetreuung wurde von den Sozialpsychiatrischen Diensten in Mettmann und Hilden übernommen. Angesprochen werden sollten Familien mit minderjährigen Kindern (fünf bis siebzehn Jahre), in denen ein oder beide Elternteile an einer endogenen Psychose (manisch-depressive Erkrankung oder Schizophrenie) oder an einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden.

In der Vorbereitungsphase galt es zunächst, das Thema in der Fachöffentlichkeit zu enttabuisieren, um bei den Verantwortlichen im regionalen psychosozialen Versorgungssystem ein Problembewusstsein für die Belastungen und inneren Nöte der Kinder zu erzeugen.

Zur finanziellen Absicherung wurde ein Förderverein gegründet. Die rechtliche Anerkennung der Gemeinnützigkeit ermöglichte die Entgegennahme von Spendengeldern. Über die Einzelfallarbeit erfolgte die Kontaktaufnahme mit den Jugendämtern. An-

fängliche Vorbehalte bezüglich des Bedarfs und der Kosten konnten in der praktischen Kooperation rasch entkräftet werden. Allzu bedrückend waren die teilweise traumatischen Erlebnisse der betroffenen Kinder, als dass die Notwendigkeit konkreter Hilfestellung hätte in Zweifel gezogen werden können. Zudem wurde anerkannt, dass das Angebot die Lücke schließen konnte zwischen abwartender Inaktivität und aufwändigen Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung. Das Angebot leistete also einen Beitrag zur Ausdifferenzierung des vom Jugendamt bereitgehaltenen Interventionsinstrumentariums.

Eine neue Qualität der öffentlichen Förderung wurde erreicht, als einige Städte im mittleren und südlichen Kreis Mettmann ein Jahresbudget für das KIPKEL-Projekt bewilligten. Die größere Planungssicherheit ermöglichte die Einstellung einer weiteren Kindertherapeutin auf Honorarbasis.

Von Anfang an wurde darauf verzichtet, die gesetzlichen Krankenkassen in die Überlegungen zur Finanzierung des Projektes einzubeziehen. Eine Pathologisierung der Kinder sollte vermieden, der präventive Charakter der Arbeit bewahrt werden.

#### **4. 2. Kontaktaufnahme mit den betroffenen Familien**

Als Zugangswege zum Projekt fungieren neben den sozialpsychiatrischen Diensten die sozialpsychiatrischen Zentren, die psychologischen Beratungsstellen, die Betreuungsvereine und die niedergelassenen Ärzte. Mit der zuständigen Sektorabteilung der Rheinischen Kliniken Langenfeld wurden Gespräche mit dem Ziel geführt, möglichst frühzeitig von der Aufnahme einer oder eines psychisch Kranken mit minderjährigen Kindern zu erfahren, um noch während der stationären Therapie das Projekt anbieten und die Beziehungsarbeit beginnen zu können.

Das Konzept erwies sich dabei als sinnvolle Ergänzung des sozialpsychiatrischen Behandlungsansatzes der Klinik, bei dem der familiäre Kontext auch unter der rückfallprophylaktischen Perspektive eine große Rolle spielt. Die Klinik ermöglicht seither einer Kindertherapeutin des Projektes, auf einer Station regelmäßig im Rahmen einer offenen Sprechstunde mit den in Frage kommenden Patienten in Kontakt zu treten. Dieses persönliche, aber noch unverbindliche Gesprächsangebot trägt dazu bei, Schwellenängste abzubauen und garantiert die Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Inzwischen wurde auch eine Väter- und Müttergruppe gegründet, die vom zuständigen Stationsarzt und der Kindertherapeutin des Projektes moderiert wird.

#### **4. 3. Arbeit mit den Kindern und Familien**

**Diagnostik:** Ist der Kontrakt mit den Eltern geschlossen, kommt das Kind zur Diagnostik in die Praxis. Es muss geklärt werden, ob das bestehende Angebot für das Kind ausreicht oder ob bereits eine intensivere psychotherapeutische Arbeit erforderlich ist.

Die genannten Themen der Kinder können sehr unterschiedlich sein, zum Beispiel die bevorstehende oder bereits erfolgte Trennung der Eltern, Probleme in der Schule, Streit mit den Geschwistern, Wunsch nach Kontakten mit Gleichaltrigen etc. Erst wenn eine Atmosphäre des Vertrauens aufgebaut ist, können Kinder auch über die Krankheit von Vater und Mutter sprechen. In einer Gruppenkonstellation wäre dies nur unvollständig oder sehr verzögert möglich.

**Einzelbetreuung der Kinder:** In der anschließenden Einzelbetreuung ist spielerisches Tun oder künstlerisches Gestalten eine hilfreiche Möglichkeit, innere Bilder und verdrängte Gefühle nach außen zu tragen, das heißt, sie ohne Worte zu artikulieren. Die entstandenen Objekte können zum Dialog zwischen Kind und Therapeutin führen. Sie haben sowohl darstellenden, entlastenden als auch schon heilenden Charakter. So können Kinder über Bilder der Seele ihre Ausdruckssprache finden. Sie sprechen über ihre Ängste und Sorgen um den kranken Elternteil, ihre Angst selbst zu erkranken, ihre Hilflosigkeit, ihre Scham- und Schuldgefühle, aber auch ihren Ärger und ihre Wut. Sehr oft geht es um das Thema „Entlastung“ und das Finden einer kindgemäßen Rolle in der Familie.

**Familiengespräch:** Vor dem Abschluss des Betreuungsprozesses findet ein Familiengespräch unter der Moderation des Arztes im zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst statt. Die Einladung ergeht an die ganze Familie. Neben allen Geschwistern und dem kranken Elternteil soll auch ein getrennt lebender oder geschiedener Elternteil anwesend sein. Die Kinder erhalten in diesem Gespräch vom Arzt Antworten auf ihre Fragen zu Entstehung und Verlauf der psychischen Erkrankung von Vater oder Mutter, zu Behandlungsmöglichkeiten und zu ihren Ängsten bezüglich einer Vererbung der Krankheit.

Der offene Umgang mit der psychischen Erkrankung im Gespräch führt zur unwiderstehlichen Enttabuisierung des Themas innerhalb der Familie. Die Kinder lernen, dass sie die Erkrankung weder bewirken noch heilen können. Die Überwindung ihrer Schuldgefühle befähigt sie, sich besser abzugrenzen und freier für eine kindgemäße Entwicklung zu werden. Sie werden kompetenter im Umgang mit Gleichaltrigen, fühlen sich sicherer und finden unter Umständen auf Fragen nach dem auffälligen Verhalten des kranken Elternteils eine Antwort.

Die dialogische Moderation des Gesprächs befördert das gegenseitige Verständnis und trägt auch zum Abbau von Angst- und Schuldgefühlen bei den Eltern bei. Positive Problemlösungsansätze aus der Vergangenheit und die dabei zu Tage tretenden Anteile und Stärken der einzelnen Familienmitglieder werden während der Gespräche herausgearbeitet. Sie spielen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Zukunftsperspektiven.

Im Gespräch geht es auch um praktische Lösungen für die familiären Probleme, wie zum Beispiel die Aufnahme des kranken Elternteils in eine Tagesstätte, Hilfen im Haushalt, Unterstützung bei den Schulproblemen der Kinder und Vermittlung von Hilfen zur Erziehung durch das Jugendamt.

**Benennung einer Vertrauensperson:** In der letzten Phase der Betreuung benennt das Kind eine Vertrauensperson aus dem Umfeld der Familie, an die es sich in Krisensituationen wenden kann. Diese Person ist bei einem weiteren Familiengespräch dabei, in dem gemeinsam mit allen Familienmitgliedern festgelegt wird, wann und in welcher Form sie unterstützende Hilfe für die Kinder leisten kann. Viele Kinder haben sich schon vorher im Stillen eine solche Vertrauensperson gewählt, können diese also sofort benennen.

In einigen Fällen ist die vom Kind bestimmte Bezugsperson über die psychische Erkrankung in der Familie noch nicht informiert oder es bestehen Konflikte mit dem erkrankten Elternteil. Um spätere Komplikationen zu vermeiden, müssen diese Probleme rechtzeitig erkannt und in gemeinsamen Gesprächen ausgeräumt werden.

**Die offene Sprechstunde:** Nach intensiver mehrmonatiger Betreuung im Präventionsprojekt werden einige Kinder von einer raschen, vollständigen Ablösung überfordert. Zudem sind die Nachhaltigkeit der geleisteten Verarbeitungs- und Informationsprozesse sowie die Belastbarkeit der getroffenen Arrangements im Krisenfall höchst unterschiedlich.

Um einen plötzlichen Kontaktabbruch zu vermeiden und für die Kinder ein weiteres Sicherheitsnetz zu erhalten, bieten die Kindertherapeutinnen einmal im Monat zu einem festliegenden Zeitpunkt eine offene Sprechstunde an. Die Kinder können sich dort ohne Voranmeldung einfinden und entsprechende Beratung und Hilfestellung erhalten. Sollte die Sprechstunde regelmäßig von vielen Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen werden, könnten diese miteinander in Kontakt gebracht und die Bildung einer betreuten Selbsthilfegruppe in Erwägung gezogen werden.

**Gesprächsgruppe für psychisch kranke Mütter:** Kinder leiden nicht nur unter der psychischen Erkrankung ihrer Eltern, sondern sie nutzen diese auch zur Durchsetzung ihrer Interessen aus. Besonders psychisch kranken Müttern fällt es schwer, ihrer Erziehungsverantwortung gerecht zu werden. Sie werden durch funktionelle Defizite, noch mehr aber durch diesbezügliche Schuldgefühle in ihrer Handlungsfähigkeit beeinträchtigt.

In Zusammenarbeit mit dem Verein für psychosoziale Dienste Langenfeld wird für die betroffenen Mütter eine Gesprächsgruppe angeboten. Im gegenseitigen Erfahrungsaustausch über ihre Schwierigkeiten beim Umgang mit ihren Kindern können die Mütter das Gefühl der Isolation überwinden, Schuld- und Schamgefühle bearbeiten und ihre Erziehungskompetenz stärken.

**Gesprächsgruppe für die gesunden Ehepartner:** Die gesunden Ehepartner psychisch kranker Menschen sind erheblichen Belastungen ausgesetzt. Sie müssen ihren beruflichen Verpflichtungen nachkommen und gleichzeitig zusätzliche Aufgaben bei der Organisation des Haushaltes und der Kindererziehung übernehmen. Viele Väter sind dieser Verantwortung nicht gewachsen. Im Umgang mit der psychischen Erkrankung ihrer Partner oder Partnerinnen reagieren sie entweder überängstlich oder ver-

leugnend. Sie delegieren Aufgaben an ihre Kinder, womit diese überfordert sind. Nicht selten wird die Ehe in Frage gestellt.

Während die psychisch kranken Menschen meist auf therapeutische Hilfen zurückgreifen können, fehlen den gesunden Ehepartnern entsprechende Anlaufstellen. Zur Erhaltung der psychischen Stabilität und zur Stärkung der Sozial- und Erziehungskompetenz ist die Bildung einer Gesprächsgruppe der gesunden Ehepartner zur Ergänzung der anderen Projektangebote geplant.

## Arbeitsgruppe 2: Neue Ansätze der Pflegekinderarbeit – Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern<sup>1,2</sup>

ALEXANDRA SZYLOWICKI

*Diplompädagogin, Supervisorin, Leiterin des PFIFF e.V.,  
Pflegekinder und ihre Familien Förderverein, Hamburg*

Der Verein „SeelenNot“ e.V. schätzt, dass allein in Hamburg rund 5.000 Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen. Dieser Faktor stellt ein hohes Risiko für die Kinder dar, selbst psychisch krank zu werden. Die Schätzungen bezüglich der Wahrscheinlichkeit der Erkrankung der Kinder liegen, je nach Diagnose und Schwere der Erkrankung der Eltern, zwischen zehn und 50 Prozent. Dr. Christiane Deneke, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin der Universitäts-Klinik Hamburg-Eppendorf weist in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass die Diagnose allein nicht das Risiko abbildet, sondern dieses erst in der Verknüpfung mit sozialen Faktoren, allen voran soziale Isolation und fehlende emotionale Unterstützung, zu gefährdenden Faktoren für die Kinder werden. Sie fordert eine dauerhafte, psychosoziale Begleitung, die das Entwicklungsrisiko der Kinder im Auge behält. Dafür sind Patenschaften ein wirkungsvolles Angebot.

Psychisch kranke Mütter haben die Entscheidung für ihr Kind oft gegen den Willen ihrer Umwelt gefällt. Sie sind vielfältigen Anforderungen und Erwartungen bezüglich der Bewältigung ihrer Mutterrolle ausgesetzt. Sozial isoliert, oftmals vom Vater des Kindes getrennt, können sie ihre Lebenssituation nur unter großer Anstrengung bewältigen. *„In den Interviews wurde erkennbar, dass den Probanden oftmals soziale Netze fehlen, die alltagspraktische Unterstützung und lebenserfahrenen und entlastenden Rat bieten, wie er – auch bedingt durch die heute geforderte Mobilität – in generationsübergreifender familiärer und/oder langjähriger nachbarschaftlicher Einbindung oft nicht mehr verfügbar ist. Netze, die diese Funktion zumindest partiell übernehmen können, zu initiieren, könnte ein wichtiger Strang in den Überlegungen um eine präventiv ausgerichtete Jugendhilfe sein.“<sup>3</sup>*

Zum überwiegenden Teil befinden sich diese Frauen bereits in Betreuung, sei es – sofern sie selbst jugendlich sind – in Hilfen zur Erziehung, sei es in psychiatrischen Betreuungs- beziehungsweise Nachsorgeeinrichtungen. Diese Hilfeangebote fokussieren je-

---

<sup>1</sup> Bei diesem Beitrag handelt es sich um eine aktualisierte und ergänzte Fassung eines bereits erschienenen Beitrages, In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Beltz 9 (2003), Nr. 3, S. 142-148

<sup>2</sup> Der Abschlussbericht zu vier Modelljahren Patenschaften liegt mittlerweile vor; dieser kann in der Geschäftsstelle des PFIFF e.V. bestellt werden: Holsteinischer Kamp 80, 22081 Hamburg, Telefon: 040-41098460, E-Mail: pfiffe.V@pfiff-hamburg.de

<sup>3</sup> siehe Bürger, Ulrich: Erziehungshilfen im Vorfeld von Heimerziehung, In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand 28 (1998), Nr. 3

doch einseitig den Hilfebedarf der Erwachsenen. „Zwar finden die Eltern Hilfe, ihr Status als Eltern und die Folgen für ihre Kinder bleiben aber zumeist unberücksichtigt.“<sup>1</sup>

Diese Hilfestellung geht in der Regel einher mit einer fast zwangsläufigen Fokussierung ihrer erzieherischen Unzulänglichkeiten als Mütter, ohne diese hinreichend zu thematisieren, geschweige denn zu bearbeiten. Das „Versagen“ der Mütter wird wie unter einem Brennglas sichtbar. Und dies, obwohl die psychisch kranken Mütter in der Regel eine positiv konnotierte Beziehung zu ihrem Kind haben, dessen kontinuierliche emotionale und physische Versorgung aber nicht durchgehend zuverlässig gewährleisten können. Entlastung und Unterstützung wird ihnen erst zuteil, wenn sich ihre Überforderung bereits in massiven Verhaltensauffälligkeiten des Kindes manifestiert hat. Das ist die Krux der Kinder psychisch kranker Eltern: So lange sie unauffällig sind, werden sie nicht wahrgenommen. Wird ihr Leid unübersehbar, so scheint eine Trennung von Mutter und Kind auf Dauer unvermeidbar.

„Häufig geraten die Kinder jedoch erst ins Blickfeld, wenn es um die Frage geht, ob sie bei den Eltern bleiben können oder eine Unterbringung in Pflegefamilie oder Heimen erzwungen werden soll. Viele solcher Situationen könnten vermieden werden, wenn den Familien vorher Hilfen angeboten würden.“<sup>2</sup>

Die Sorge um ihre Kinder veranlasst psychisch kranke Frauen, ihre eigene gesundheitliche Versorgung zu vernachlässigen. Aus Angst davor, die Kinder auf Dauer zu verlieren, wenn sie die benötigte Hilfe einfordern, überfordern sie sich und damit nicht zuletzt die Kinder. Häufig wechselnde Aufmerksamkeits- und Anforderungssituationen sind für diese eine spürbare Folge der psychischen Krankheit der Mütter, die die Notituation der Kinder oft drastisch verstärkt. Auch sie müssen länger „funktionieren“, indem sie Verantwortung übernehmen, sich unauffällig verhalten, keine eigenen Ansprüche formulieren. Sie spüren die sich anbahnende Katastrophe der krankheitsbedingten Eskalation, der sie in ihrer Verzweiflung oft nichts als ihre Anpassbarkeit, ihr „Liebsein“ entgegenhalten können.

Hilfe für diese Kinder bedeutet längst nicht immer hochschwellige, professionelle und intensive Hilfe am Eskalationspunkt, sondern eher früh einsetzende niederschwellige, im Alltag entlastende Präsenz: „Präventive Konzepte haben – im Gegensatz zu vielen anderen Bereichen – hier durchaus Erfolgsaussichten, denn sie richten sich an eine klar umschriebene Zielgruppe mit bekannten Risiken; sie können deshalb gezielt und gut geplant durchgeführt werden.“<sup>3</sup> Die (Re-)Integration in soziale Bezüge durch eine Patenfamilie, die sozialräumlich im Nahfeld angesiedelt ist, stärkt das Potenzial der Mütter und sichert den Kindern gleichermaßen einen kontinuierlichen Beziehungspunkt im aktuellen Krisenfall.

---

<sup>1</sup> siehe Deutscher Bundestag: Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland, Bonn (1998)

<sup>2</sup> siehe: Mattejat, Fritz; Lisofski, Beate (Hrsg.): ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, Bonn: Psychiatrie (2001), 3. Aufl.

<sup>3</sup> siehe Remschmidt, Helmut; Mattejat, Fritz: Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, Göttingen: Hogrefe (1994)

## 1. Zum Konzept der Patenschaften

Eigentlich ist es ganz einfach: Das Setting orientiert sich modellhaft an einem gut funktionierenden, nachbarschaftlichen oder verwandtschaftlichen Verhältnis. Die Paten sind für die Sorgen und Nöte der Kinder und ihrer Mütter da. Die Patenschaft wird vorsichtig und langsam in vielen Gesprächen angebahnt. Eine Anbahnung in Zeiten einer Akutkrise ist ausgeschlossen.

In einem verbindlichen Kontrakt wird ein Betreuungsrahmen für die Kinder durch die Patenfamilien festgelegt. Dieser kann im Einzelfall zwischen zehn und 30 Stunden pro Woche umfassen; Nachmittage, Abende, Wochenenden können in die Abmachung eingeschlossen werden. Alle Beteiligten verpflichten sich zur Kooperation und zur Einhaltung der festgelegten Betreuungszeiten. In diesem Kontrakt werden außerdem die Ziele der Vereinbarung festgehalten und die geplante Zeitdauer umrissen, in der Regel ein bis drei Jahre. Die Überprüfung der vereinbarten Regelungen erfolgt im Abstand von drei Monaten im Beisein aller Beteiligten. Im Bedarfsfall wird entweder der Kontrakt ergänzt beziehungsweise erweitert oder aber eine vorzeitige Beendigung in Betracht gezogen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich die Mutter nicht an die vereinbarten Abmachungen hält, beispielsweise den Kontakt zu ihrer Therapeutin abbricht oder ohne Vorankündigung nicht mehr reagiert.

Die Patenfamilien sind in allererster Linie für die Kinder da. Die Mutter muss in einem anderen Kontext fachlich und/oder psychiatrisch eingebunden sein, wo sie sowohl an ihren Problemen als auch an der Erreichung der vereinbarten Ziele arbeiten kann. Trotzdem ist die Mutter integrativer Bestandteil der Patenschaft, sie ist als Person auf verschiedene Weise mit eingebunden. Der Kontakt zwischen den Familien ist im Einzelfall sehr unterschiedlich. Er reicht von gelegentlichen Telefonaten über Einladungen zum Kaffeetrinken bis hin zu gemeinsamen Ausflügen und Unternehmungen.

Für die Mütter bedeutet eine Patenschaft also neben der praktischen Entlastung vor allem soziale Einbindung, das Erlebnis subjektiver Bedeutung. Für die Kinder ist neben dem Entlastungsfaktor, der sich auf ihre psychische Stabilität auswirkt, auch wichtig, dass die Patenfamilien einen Beitrag zur Stabilisierung und Normalität leisten. Selbst im Krisenfall, also wenn die Mutter zum Beispiel aufgrund eines akuten Krankheitschubs ausfällt, müssen die Kinder nicht fremd untergebracht werden. Die Patenfamilien decken diesen Ausfall so lange durch Kurzzeitpflege ab, bis die Mutter wieder belastbar ist. Dies ist regelhaft Teil des Kontraktes.

Eine qualifizierte professionelle (Vor-) Auswahl sowie eine intensive persönliche Anbahnung sind unverzichtbare Komponenten für das Gelingen des Betreuungssettings. Jede Patenschaft muss intensiv vorbereitet, geschult und begleitet werden – **siehe Abbildung 1**. Jede Patenfamilie erhält eine Aufwandsentschädigung für ihre Bereitschaft sowie einen geringen Betrag für die Betreuungsleistung. Im Schnitt erhält eine Patenfamilie rund 315 Euro im Monat.

## Das Patenschaftsdreieck

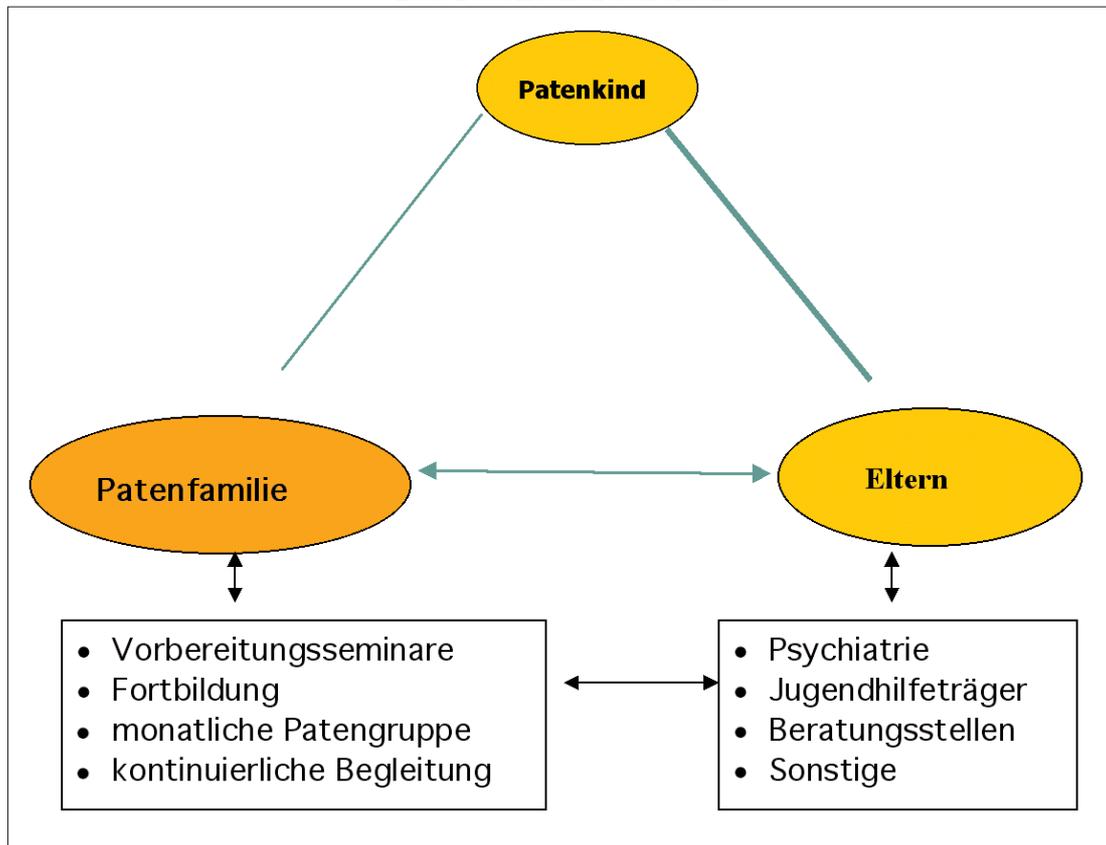


Abbildung 1

© PFIFF e.V., Hamburg

## 2. Die Grundprinzipien

### 2. 1. Entlastung der Kinder durch Beziehungsangebote

Die Belastung der Kinder psychisch kranker Eltern ist sehr vielschichtig; es lassen sich dabei primäre und sekundäre Probleme beobachten, also solche, die sich direkt aus der Krankheit beziehungsweise die sich als Folge aus dem Erleben der Krankheit ergeben. Diese Probleme – um nur einige zu nennen: Schuldgefühle, Isolation, Parentifizierung, Abwertung, zumindest zeitweise mangelhafte Versorgung, Loyalitätskonflikte, Tabuisierung der psychischen Krankheit – können durch die Patenfamilien entschärft werden.

Diese bieten dem Kind eine reale Möglichkeit, regelmäßig Entlastung und Schutz zu erfahren. *„Alle Kinder sind ihren Eltern loyal verbunden und versuchen schon in frühem Alter, ihnen zu helfen. Das gilt für Kinder kranker Eltern noch mehr als für Kinder gesunder Eltern. So zeigen sie eher zu wenig als zu viel von ihren Problemen nach außen. Helfende Personen müssen erst das Vertrauen der Kinder darin gewinnen, dass sie es auch gut mit den kranken Eltern meinen, bevor die Kinder sich ihnen öffnen können.“*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Deneke, Christiane: Auswirkungen elterlicher psychischer Krankheit auf die Kinder, Vortrag

## 2. 2. Flexibilität und Kontinuität durch unspektakuläre Bedarfsanpassung

Die Starrheit von Hilfesettings und Abrechnungsmodalitäten (Fachleistungsstunden) ist für wirksame Hilfekonstruktionen im Einzelfall nicht ausreichend flexibel und gestaltungsfähig. Jugendhilfeangebote greifen dort zu kurz, wo sie auf eine kurzfristige, intensive Hilfestellung während einer Krise angelegt sind. Patenschaften hingegen stabilisieren langfristig in oft schon chronifizierten Prozessen der Eskalation und Deeskalation. Sie begleiten über längere Zeiträume in unterschiedlichen Intensitäten bis hin zur akuten Krisenintervention. Andererseits sorgen sie durch ihre Verankerung in sozialen Bezügen des Stadtteils für eine langfristige Normalisierung und Stabilisierung familiärer Bezüge.

## 2. 3. Akzeptanz durch Freiwilligkeit

Ein Kontrakt – **siehe Abbildung 2** – kommt nur dann zu Stande, wenn alle Beteiligten dies wollen. Dabei suchen sich Patenfamilie und Mütter wechselseitig aus. Ulrich Bürger untersuchte die Zufriedenheit der Adressaten mit den Leistungen der Jugendhilfe und kam unter anderem zu dem Ergebnis, dass Betroffene durchaus dazu bereit sind, konstruktive Kritik und Einmischung von bekannten und vertrauten Personen anzunehmen, während sie „verordneten“ Sozialarbeitern abweisend und skeptisch gegenüberstehen. In einem „vermittelten“ Verhältnis, das Sympathie als Entstehungsfaktor zulässt, liegen demnach große Chancen. Nicht unterschätzt werden darf die Rolle „... der subjektiven Akzeptanz der Person, die ihnen in der professionellen Rolle des ‚Helfers‘ gegenübersteht.“<sup>1</sup>

### Die Kontrakte

- **Situationsbeschreibung**
- **Zielbestimmung**  
(einzeln für alle vier Kontraktparteien definiert)
- **Leistungsumfang**
- **Bezahlung**
- **Kommunikationsdichte**  
(zuerst nach vier Wochen, danach einmal im Quartal)
- **voraussichtliche Dauer der Maßnahme**
- **Unterzeichnung durch alle Beteiligten**

Abbildung 2

© PFIFF e.V., Hamburg

<sup>1</sup> siehe Bürger, Ulrich: Erziehungshilfen im Vorfeld von Heimerziehung, In: Neue Praxis, Neuwied: Luchterhand 28 (1998), Nr. 3

Dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass Lernen im Sinne der Erprobung neuen Handelns stattfindet. Nur dann, wenn sich Patenfamilie, Mutter und Kinder mögen und sympathisch finden, kann das Konstrukt funktionieren.

#### **2. 4. Kontinuität und Stabilität durch Verankerung im Stadtteil**

Ein wichtiger Aspekt der Wirkung von Patenfamilie beruht in der sozialen Verankerung im Stadtteil. Beim „Matching“ der Patenfamilie mit den Kindern psychisch kranker Mütter spielt nicht nur die persönliche Sympathie eine Rolle, sondern auch die sozialräumliche Nähe. Durch diese soll sichergestellt werden, dass sich sowohl die Kinder als auch deren Mütter langfristig sozial und regional einbinden werden. Dies geschieht zum Beispiel durch das regelmäßige Fußballtraining eines Patenvaters mit dem leiblichen und dem Patensohn, es vollzieht sich aber auch durch gemeinsame Besuche von Spielplätzen, Kulturzentren, Müttertreffs, Spielgruppen oder ähnlichem.

#### **2. 5. Vernetzung durch Kooperation**

Es gibt bislang wenig erprobte Kooperation zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe, gleichwohl ist sie für das Gelingen einer Patenschaft unerlässlich. Während die Erwachsenenpsychiatrie die Krankheit der Mütter behandelt, werden die Kinder schlicht vergessen: „ ... *psychische Erkrankung wird in der Regel erst dann thematisiert, wenn Eltern oder andere Erwachsene gegen Kinder bereits gewalttätig geworden sind oder sie in anderer Weise sichtbar geschädigt haben.*“<sup>1</sup>

Damit das Patenschaftsmodell funktionieren kann, ist neben der Kooperation – **siehe Abbildung 3** – ein hohes Maß an Transparenz und Informationsfluss zwischen allen Beteiligten vonnöten. Ebenso bedarf es der möglichst klaren Festlegung von Zielvereinbarungen, Kompetenzen und Zuständigkeiten.

#### **2. 6. Verbindlichkeit durch Kontrakte**

Zu Beginn einer Patenschaft ist ein verbindlicher Kontrakt schriftlich zu vereinbaren. Dieser Kontrakt wird von allen vier beteiligten Parteien unterzeichnet: Der Hilfeempfängerin, der Patenfamilie, der die Mutter betreuenden und/oder begleitenden Institution sowie von PFIFF e.V. Er ist Grundlage der Zusammenarbeit und muss fortlaufend ergänzt und den Entwicklungen angepasst werden. Er ist das Regelwerk, auf das sich alle Beteiligten im Anbahnungsprozess verbindlich verständigt haben und bildet die Grundlage der Kooperation.

---

<sup>1</sup> siehe Deutscher Bundestag: Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland, Bonn (1998)

### Das Kooperationsviereck

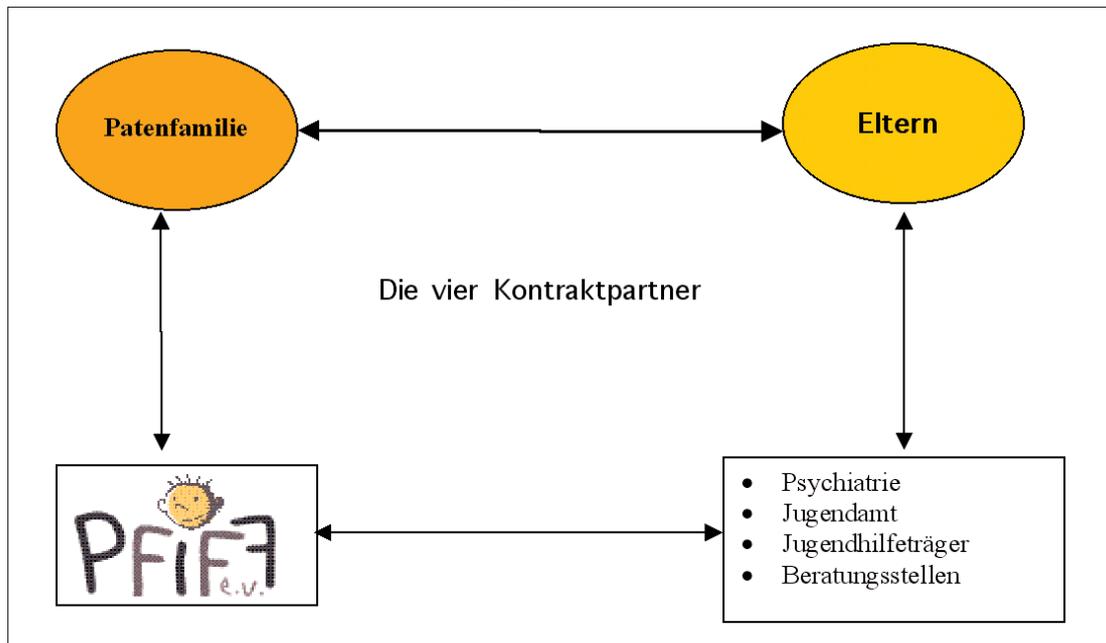


Abbildung 3

© PFIFF e.V., Hamburg

### 3. Praktische Erfahrungen

Das Projekt Patenschaften des PFIFF e.V. (Pflegekinder und ihre Familien Förderverein) in Hamburg läuft seit dem 1. März 2000 und befindet sich mittlerweile, nach drei Modellverlängerungen, in der Zuwendungsfinanzierung des Trägers.

Die folgende Auswertung berücksichtigt den Zeitraum vom 1. März 2000 bis 29. Februar 2004, also vier Jahre. In dieser Zeit zählten wir 243 Anfragen für 357 Kinder, also im Schnitt 61 Anfragen für 89 Kinder pro Jahr. Gemessen daran konnten wir nur einen kleinen Bruchteil bedienen, nämlich zirka 14 Prozent der Anfragen. Im selben Zeitraum erreichten uns 70 Patenbewerbungen. Von insgesamt 33 Kontrakten für 40 Kinder seit Modellbeginn bestanden zum Stichtag 29. Februar 2004 elf Patenschaften für elf Kinder. Die Einschränkung auf elf parallel laufende Kontrakte ist den beschränkten Finanzmitteln des Projektes geschuldet. Es stehen monatliche Honorarmittel für lediglich durchschnittlich elf Patenschaften sowie eine volle SozialpädagogInnen-Stelle der Begleitung zur Verfügung.

#### 3. 1. Die Anfragen

**Indikation:** Rund zwei Drittel aller eingehenden Anfragen beziehen sich auf psychisch kranke Eltern. In vielen Fällen waren die Mütter zusätzlich wegen eigener akuter körperlicher Erkrankung oder Behinderung oder wegen der Behinderung des Kindes völlig überlastet. Zirka sechs Prozent der Mütter gehören in die Zielgruppe der jungen Mütter unter 18 Jahren, bei ihnen tritt häufig eine Koppelung mit psychischer Erkrankung auf.

Rund ein Viertel der Anfragen beziehen sich auf Familien außerhalb unseres gewählten Indikationsspektrums: Es sind Multiproblemfamilien, allein erziehende Mütter mit körperlichen Erkrankungen und/oder Suchterkrankung; Frauen, die unter den Auswirkungen von Trennungskrisen – oft gekoppelt mit Erwerbslosigkeit und/oder finanziellen Zwangslagen – zu leiden haben; Frauen mit geringem Bildungsstand und/oder geistiger Beeinträchtigung. In all diesen Fällen schließen wir die Installation einer Patenschaft aus, obwohl sie nicht per se kontraindiziert ist. Ganz im Gegenteil. Die Erweiterung des Indikationsrahmens würde derzeit unsere ohnehin schon sehr eingeschränkten Kapazitäten sprengen.

**Anfragende Institutionen** waren 92-mal der Allgemeine Soziale Dienst, 64-mal Jugendhilfeträger, 48-mal die Eltern, 22-mal offene Einrichtungen (Beratungsstellen, Stadtteiltreffs), 15-mal die Psychiatrie und zweimal die Justizbehörde – **siehe Abbildung 4.**

**Alter der Kinder:** Die insgesamt 243 Anfragen wurden für 357 Kinder (Geschwisterkonstellationen) gestellt, davon waren 123 Kinder bis zu drei Jahren alt, 72 Kinder zwischen vier und sechs Jahren alt, 85 Kinder zwischen sieben und zehn Jahren und 51 Kinder zwischen elf und 13 Jahren sowie 25 Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren alt.

### 3. 2. Die Patenfamilien

Von den während der ersten zweieinhalb Jahre insgesamt 70 eingegangenen Bewerbungen – **siehe Abbildung 5** – für die Übernahme einer Patenschaft sind inzwischen

243 Anfragen für 357 Kinder

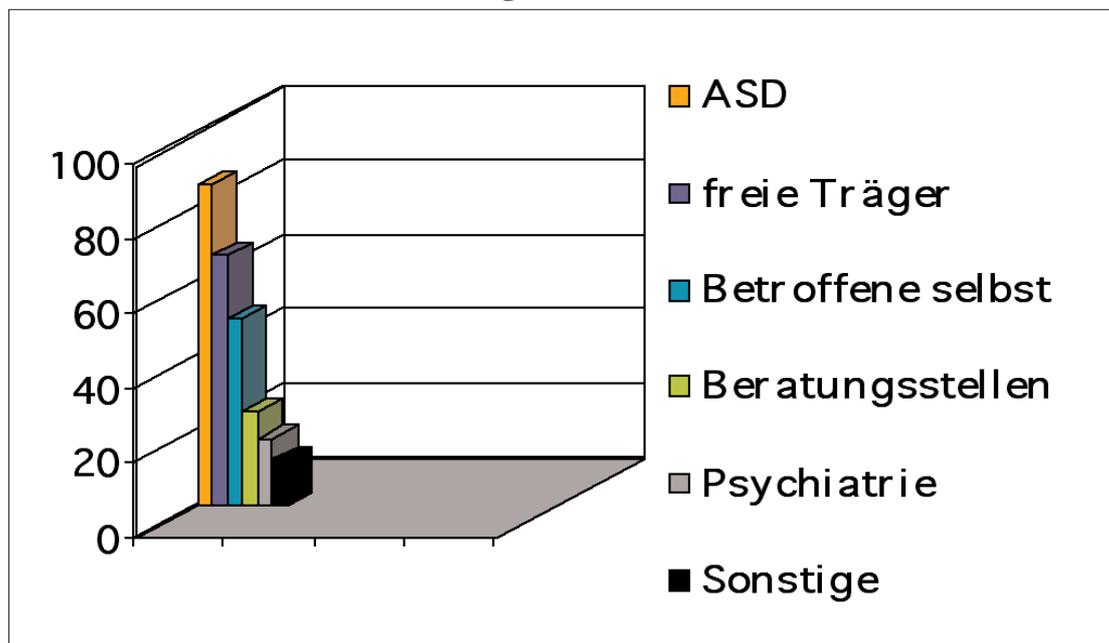


Abbildung 4

© PFIFF e.V., Hamburg

## Familienstruktur der Patenbewerberinnen und Patenbewerber

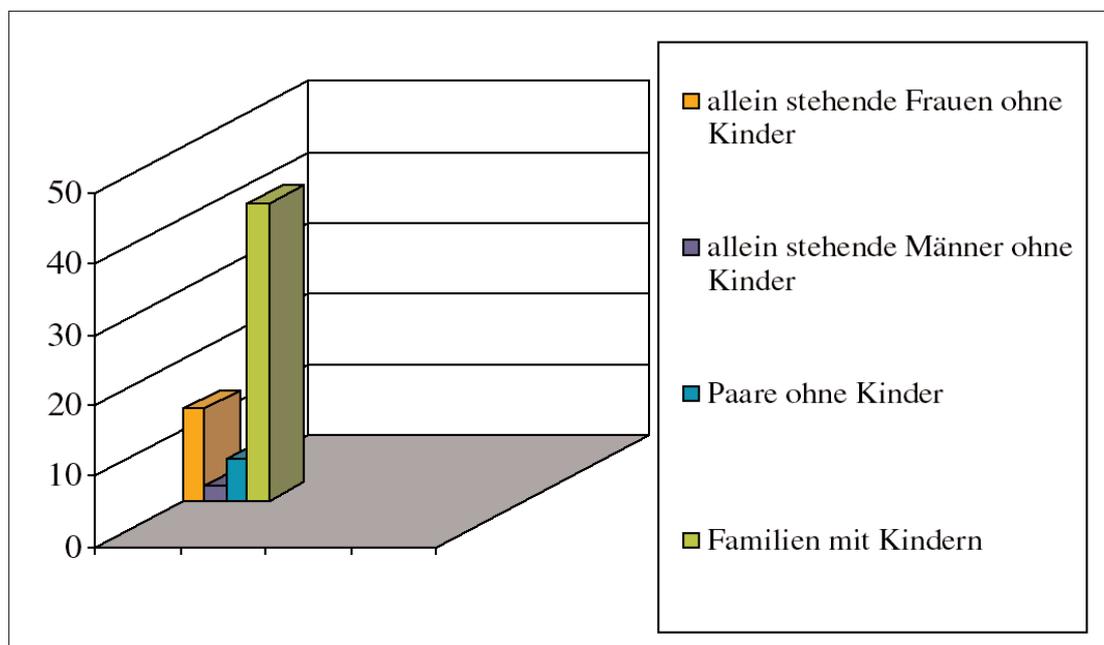


Abbildung 5

© PFIFF e.V., Hamburg

23 ausgeschieden. Entweder wurden sie im Verlaufe der Eignungsfeststellung zurückgezogen oder abgelehnt, oder sie entschieden sich während der Vorbereitungsphase dafür, in Bereitschaftspflege oder Dauerpflege zu wechseln. Einige wenige Patenfamilien entschieden sich nach der Beendigung einer Patenschaft dafür, keine neue wieder anzunehmen. In zwei Fällen entschlossen sich die Patenfamilien zur Aufnahme des Patenkindes als Dauerpflegekind. Zum Stichtag sind elf Patenfamilien an Kontrakte gebunden und 29 BewerberInnen warten auf die Einrichtung einer Patenschaft.

Die Bewerbungen kamen von 39 Paaren und 31 allein Stehenden – 29 Frauen und zwei Männern. Nur 16 Familien leben ohne Kinder in ihrem Haushalt. Entweder haben die Kinder beziehungsweise Pflegekinder das Elternhaus schon verlassen oder die PatenbewerberInnen verfügen über berufliche Erfahrungen im Umgang mit Kindern. Die übrigen BewerberInnen leben mit mindestens einem bis maximal sechs Kindern in einem Haushalt; darunter befinden sich häufig auch Pflegekinder. Alle Paten nahmen an Informationsabenden sowie einem Vorbereitungsseminar teil. Dieser Gruppenvorbereitung folgte eine individuelle Eignungsfeststellung.

### 3. 3. Die Kontrakte

Von den insgesamt 33 Kontrakten wurden 22 während der ersten vier Modelljahre beendet. In vier Fällen wurden die Kinder in Pflege gegeben, einmal nach einer Inobhutnahme aus der leiblichen Familie während der Laufzeit der Patenschaft. Zweimal nahmen die Patenfamilien die Kinder in Vollzeitpflege auf. In zwei Fällen musste PFIFF e.V. den Kontrakt beenden, nachdem deutlich geworden war, dass die Störung der Mutter erheblich tiefgreifender war als bis dahin bekannt. Diese Fälle waren therapeu-

tisch und psychiatrisch nicht ausreichend versorgt und daher für die Patenfamilien eine Überforderung. Auch Beendigungen durch die Mütter deuteten auf bisher unbekannte Aspekte der mütterlichen Störung hin. Bis auf einen Fall, wo sich die Mutter durch Umzug in ein anderes Bundesland der weiteren Zusammenarbeit mit dem Jugendamt entzog, konnten durch die Patenschaft wertvolle Informationen vor allem über die Kinder gewonnen werden, die eine sinnvolle weitere Arbeit mit der betreffenden Familie ermöglichte.

Die durchschnittliche Dauer der bisher eingerichteten Patenschaften beträgt 14,5 Monate. Die durchschnittlich durch eine Patenschaft verursachten Kosten liegen zwischen 9.000 und 10.000 Euro im Jahr – **siehe Abbildung 6.**

**Hintergründe der 33 abgeschlossenen Kontrakte bezogen auf das psychiatrische Krankheitsbild der Mutter:** siebenmal neurotische Störung, sechsmal Persönlichkeitsstörung, viermal wahnhaftige Störung, dreimal affektive Störung, neunmal keine klare Diagnose, dreimal junge Mutter, einmal Besuchspatenschaft für ein Kind in einer Wohngruppe ohne Kontakt zu den leiblichen Eltern.

**Kooperationspartner:** 15mal freie Träger der Jugendhilfe, viermal ASD, viermal Psychiatrie, viermal Erziehungsberatungsstellen, sechsmal sonstige Beratungsstellen.

#### 4. Forderungen

**Das Projekt Patenschaften sollte ein Regelangebot der Jugendhilfe sein.** Das Angebot schafft eine wirksame Verbindung zwischen Prävention und Krisenintervention,

#### Finanzierung

##### ■ des Trägers

- 100 Prozent über Zuwendung, perspektivisch ab 2006 Tagessatzfinanzierung (rund 16 Euro/Tag)

##### ■ der Paten

- Sockelbetrag 210 Euro pro Monat
- Aufwandsentschädigung für eine Betreuung bis zu 10 Stunden pro Woche = 55 Euro monatlich
- Aufwandsentschädigung für eine Betreuung bis zu 20 Stunden pro Woche = 105 Euro monatlich
- Aufwandsentschädigung für eine Betreuung bis zu 30 Stunden pro Woche = 155 Euro monatlich

Abbildung 6

fest verankert in der Lebenswelt der Kinder. Dadurch bietet die Situation ein hohes Maß an Normalität und Kontinuität im Erhalt von Beziehungen, was wiederum protektiv im Sinne der Kinder wirksam ist, wie die Resilienzforschung beweist: „*Einen Beitrag zu einer größeren Resilienz des Kindes leisteten auch Kontakte und Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Lehrern, Pfarrern und anderen Mentoren.*“<sup>1</sup>

**Eine Patenschaft ist ein eigenständiges Angebot, kein Ersatz für eine andere HzE-Maßnahme.** In der Praxis erwiesen sich viele Anfragen als Versuch, eine längst notwendige Fremdplatzierung noch hinauszuzögern oder aber eine teurere Maßnahme, zum Beispiel Sozialpädagogische Familienhilfe, durch eine Patenschaft zu ersetzen. Für beide Ziele ist eine Patenschaft nicht geeignet. Eine sorgfältige Abwägung im Vorfeld ist deshalb unumgänglich.

**Die Kombination von Hilfekonstruktionen sollte ermöglicht werden.** Wiewohl es in Krisenzeiten sinnvoll sein kann, weitere Hilfen zeitlich begrenzt unterstützend zu installieren – zum Beispiel Sozialpädagogische Familienhilfe – kann die Initiierung einer Patenschaft im Verlauf der Unterbringung eines Kindes in Bereitschaftspflege beziehungsweise einer vorübergehenden Dauerpflege die Rückkehr in seine Herkunftsfamilie erleichtern und deren Bestand absichern. In Einzelfällen kann die Überleitung einer Bereitschaftspflege in eine Patenschaft die geeignete Hilfe sein, ebenso wie eine Patenschaft in eine Dauerpflege münden kann, so bei schwerer Erkrankung der Eltern.

**Eine Patenschaft braucht vielfältige Zugangswege.** Die Niederschwelligkeit der Hilfe verbunden mit ihrer Normalität schafft positive Bedingungen für ihre Wirksamkeit und Akzeptanz. Die frühzeitige Intervention durch eine Patenschaft verhindert mögliche Eskalationen und die Notwendigkeit der Intervention durch Jugendhilfe.

**Pateneltern brauchen eine wirksame, intensive Vorbereitung sowie ausreichend fachliche Begleitung und Unterstützung.** Die Dynamik der elterlichen psychischen Störung kann die gesamte Patenfamilie erfassen und sie heillos verstricken. Eine intensive Vorbereitung und Begleitung ist deshalb oberstes fachliches Gebot, um vor allem die Kinder der Patenfamilie zu schützen. Die Fähigkeit zu selbstreflexiver Kommunikation muss andererseits bei den PatenbewerberInnen vorhanden sein und bereits im Vorfeld erfasst werden. Darüber hinaus brauchen die PatInnen die Einbindung in ein professionelles System, das ihnen Fortbildung, Supervision und die Teilnahme an einer Gruppe bietet.

**Eine Ausweitung des Angebotes auf andere Zielgruppen bietet sich an.** Während der Projektlaufzeit erreichten uns Anfragen, die zwar außerhalb unserer definierten Zielgruppe angesiedelt sind, aber durchaus von einer Patenschaft profitieren würden.

---

<sup>1</sup> siehe Rutter 1987; Werner & Smith 1992; zitiert nach Conen, Marie-Luise (Hrsg.): „Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden.“ Aufsuchende Familientherapie, Heidelberg: Carl Auer (2002)

Dies sind zum Beispiel

- Besuchspatenschaften für Kinder und Jugendliche, die ohne Elternkontakte in Wohngruppen der öffentlichen Erziehung untergebracht sind;
- Patenschaften für psychisch kranke Kinder oder Jugendliche;
- Patenschaften für Kinder aus alkoholkranken Familien;
- Übergangspatenschaften, die perspektivisch in eine Dauerpflege münden, beispielsweise im Falle von progressiven, chronischen Erkrankungen der Mütter.

Die Patinnen und Paten könnten auch Verwandtenpflegeverhältnisse unterstützen, wenn Großmütter oder Urgroßmütter aus Altersgründen ausfallen oder aufgrund von pubertären Konflikten überfordert sind. Diese flexible Kombination verschiedener Pflegeformen ist im Sinne der Kinder sinnvoll und aufgrund des Aufgabenspektrums des Trägers auch zu leisten; eine solche flexible Kombination erfordert aber neue Konzepte der Vorbereitung und Begleitung.

# Arbeitsgruppe 3: Präventiv gedacht: Das Kinderprojekt AURYN<sup>1</sup>

KARIN SCHUHMANN

*Heilpädagogin im Kinderprojekt AURYN, Bad Homburg, Hessen*

## 1. Wie das Projekt entstand

Die Konzeption für das Kinderprojekt wurde von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik Bamberger Hof in Frankfurt/Main entwickelt. Sie erarbeiteten ein Konzept für eine Fachstelle zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Dabei lehnten sie sich an das Freiburger familienpsychiatrische Modellprojekt AURYN an und wollten ein familienpsychiatrisches, präventives Hilfsangebot in Frankfurt/Main installieren. Mit der gemeinnützigen Hertie-Stiftung fand sich ein Geldgeber für die Anschubfinanzierung, der einen Projektstart am 1. Juli 1998 ermöglichte.

Im Januar 2001 vollzog sich bei dem Projekt ein Trägerwechsel von der Klinik Bamberger Hof zum psychosozialen Verein „Perspektiven“ e.V. Somit wurde das Projekt in der ambulanten Versorgung verankert.

Zum 1. Januar 2004 wurde die Fachstelle an die Waisenhausstiftung Frankfurt/Main in unbefristete Trägerschaft übergeben. Aufgrund der erfolgreichen Arbeit in Frankfurt/Main hat die gemeinnützige Hertie-Stiftung noch einmal Geld für ein Jahr für den Aufbau einer Fachstelle für Kinder psychisch erkrankter Eltern im Hochtaunuskreis dem Verein „Perspektiven“ e.V. zur Verfügung gestellt. Das Ziel des Projekts besteht in der Prävention psychischer Störungen bei Kindern psychisch kranker Eltern.

Somit wären wir beim Thema dieser Arbeitsgruppe: „Präventiv gedacht.“

Im klassischen Spektrum der Prävention von Gesundheitsförderung über primäre, sekundäre und tertiäre Prävention bis hin zur Behandlung ist AURYN hauptsächlich im Bereich der primären Prävention zur Verhinderung von Auffälligkeiten angesiedelt. Sekundäre Prävention wird dann wirksam, wenn bereits in einem sehr frühen Stadium Auffälligkeiten erkannt werden, deren Chronifizierung verhindert und/oder die Betroffenen diagnostiziert und behandelt werden können. Bei AURYN werden weder Kinder noch erkrankte Erwachsene im heilkundlichen Sinn behandelt. Mit der Arbeit in dem Projekt konnte vielmehr mehrfach dazu beitragen werden, dass psychisch kranke Eltern einer Behandlung gegenüber aufgeschlossen wurden.

---

<sup>1</sup> Kontaktadresse: Perspektiven e.V., Psychosozialer Verein zur Förderung von Wohn-, Arbeits- und Freizeitaktivitäten, Aufbau-Projekt AURYN, Louisenstr. 67, 61348 Bad Homburg, Telefon: 06172/4954017, Telefax: 06172/4954040, E-Mail: aurn@perspektivenev.de

## 2. Der Projektname

Der symbolische Name wurde 1995 erstmals von Freiburger Kollegen für die präventive Aufgabe gewählt und von uns mit deren Einverständnis für unser Projekt zur Vorbeugung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern in Frankfurt/Main und Bad Homburg übernommen. AURYN ist das Amulett des kindlichen Helden Atreju in Michael Endes „Unendlicher Geschichte“. Es soll ihn bei der Bewältigung seiner Abenteuer schützen und ihm Mut, Kraft und Stärke verleihen. Ebenso benötigen Kinder psychisch kranker Eltern schützende Hilfe und unterstützenden Beistand bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben in einem durch die psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile vielfach problematischen Umfeldes.

## 3. Zum Bedarf

Nach Expertenschätzungen haben in Deutschland rund 500.000 Kinder unter 18 Jahren psychisch kranke Eltern.<sup>1</sup> Oftmals verschweigen Eltern und Kinder die Erkrankung aus Scham oder aus der Angst heraus, dass die Kinder fremd untergebracht werden würden.

In der Wahrnehmung der Diskrepanz zwischen gesellschaftlichen Anforderungen und der familiären, oft chaotischen Situation sind die Kinder häufig bis an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit bemüht, diese Kluft durch aktives, loyales, angepasstes sowie unauffälliges Verhalten nicht sichtbar werden zu lassen. Dadurch werden sie in ihrer Überlastung selten erkannt. Auch mangelnde Krankheitseinsicht seitens der Eltern erschweren oft Hilfemaßnahmen.

Jahrzehntelang wurden die oft chronisch überlasteten Kinder psychisch kranker Eltern von der Fachwelt übersehen und blieben trotz der überdurchschnittlichen Belastung und des eigenen somato-psychischen Erkrankungsrisikos ohne entwicklungsfördernde Hilfe. Wissenschaftliche Untersuchungen im Bereich der Hochrisikoforschung haben gezeigt, dass das Risiko von Kindern schizophrener Eltern, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken bei einem erkrankten Elternteil 10- bis 15-fach und bei zwei erkrankten Elternteilen 35- bis 50-fach erhöht ist.

Kinder von Eltern mit einer affektiven Störung tragen bei einem kranken Elternteil das doppelte und bei zwei erkrankten Elternteilen das 7,5fache Risiko der Durchschnittsbevölkerung (5 bis 10 Prozent), selbst an einer affektiven Störung zu erkranken.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> siehe Remschmidt, Helmut; Matthejat, Fritz: Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, Göttingen: Hogrefe (1994), S. 5

<sup>2</sup> siehe Remschmidt, Helmut; Matthejat, Fritz: Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung, Göttingen: Hogrefe (1994), S. 22; siehe auch Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und Lisofsky, Beate (Hrsg.): „Bei uns ist alles anders“, Auch Kinder sind Angehörige, Dokumentation der Fachtagung, Bonn (1996), S. 12

#### 4. Problembeschreibung

Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass das erhöhte Erkrankungsrisiko aufgrund einer Kombination aus genetisch bedingten und psychosozialen Belastungsfaktoren in einem entwicklungshemmenden Familienklima besteht.<sup>1</sup>

Da die Kinder die Erkrankung der Eltern auf eigenes Verhalten beziehen, reagieren sie teilweise mit ausgedehnten Schuld- und Schamgefühlen, die sie auch im Rahmen ihrer hohen Loyalität zur Übernahme von nicht kindgemäßen Verhaltensweisen veranlassen. So sorgen sie häufig für die Aufrechterhaltung des Haushalts bis hin zur Führung der Haushaltskasse oder sie leisten die Versorgung und Erziehung von jüngeren Geschwistern. Auch die Jüngeren erbringen in ihrem Bemühen um Unauffälligkeit enorme Anpassungsleistungen.

Bei den Reaktionen der Kinder und Jugendlichen sehen wir eine Vielfalt relativ „normalen“ Verhaltens. Deuten wir ihr Verhalten als situationsangemessenen Lösungsversuch, so ist zum Beispiel möglicherweise ein angenehm aktiv-motivierendes Verhalten eine Reaktion auf die Antriebslosigkeit eines depressiven Elternteils. Ein auffällig unauffälliges Verhalten resultiert meist aus einem hohen Einfühlungsvermögen, da die Kinder als Reaktion auf die Unberechenbarkeit der Stimmung eines psychisch kranken Elternteils geradezu seismographische Antennen ausbilden. Gute Leistungen in der Schule und sozial erwünschtes Verhalten können der Suche nach Zuwendung und Anerkennung entspringen.

Ein weiteres Beispiel bezieht sich auf folgende Situation: Ein ansonsten lernbereites Kind sitzt unkonzentriert in der Schule, weil es sich Gedanken und Sorgen um den akut erkrankten Elternteil macht. Hält dieser Zustand über längere Zeit an, wird das Kind in den Schulleistungen abfallen oder geht zeitweise gar nicht mehr zur Schule, weil es sich für Vater oder Mutter verantwortlich fühlt und auf sie aufpassen möchte.

Versucht ein Kind, die Mutter aus ihrer resignativen Haltung oder aus ihrer Depression heraus zu motivieren, wird es eine gesteigerte Aktivität entwickeln, um die Mutter dazu zu bewegen, aufzustehen, den Haushalt zu führen, rauszugehen usw. Die dadurch gesteigerte Aktivität zeigt das Kind dann vielleicht auch in anderen Situationen, in denen es nicht angemessen ist. Ohne Kenntnis des Zusammenhangs bleibt das hyperaktive Verhalten des Kindes unverständlich.

An diesem Beispiel mag deutlich werden, dass die Grenze von normaler kindlicher Reaktion zur Auffälligkeit fließend ist. Es kommt sehr auf das Zusammenspiel zwischen dem Ausmaß der Belastung und dem Vorhandensein entlastender protektiver Faktoren an, bei denen einige primär vorgegeben sind, wie Intelligenz, Geschwisterkonstellation, attraktives Äußeres und Geschlecht. Andere, wie Außenkontakte und

---

<sup>1</sup> vgl. das Vulnerabilitäts-Stress-Modell nach Zubin; siehe Mattejat, Fritz, In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und Lisofsky, Beate (Hrsg.): „Bei uns ist alles anders“, Auch Kinder sind Angehörige, Dokumentation der Fachtagung, Bonn (1996), S. 17

Einbindung in Peer-Groups, sind einem Einfluss von außen zugänglich und können gefördert werden.

Die Situation der Kinder psychisch kranker Eltern wird auch dadurch verschärft, dass psychisch kranke Eltern überproportional oft allein erziehend sind und die Kinder oftmals keine Geschwister haben. Dadurch werden sie die einzigen Bezugspersonen für den erkrankten Elternteil. In der Folge sind sie dann den krankheitsbedingten Verhaltensweisen schutzlos ausgeliefert und haben aufgrund der sozialen Isolation der Familien keine oder nur wenig Orientierung an gesunden Erwachsenen. In Folge der Tabuisierung oder Verleugnung der psychischen Probleme gibt es auch zwischen Elternteil und Kind keine Kommunikation über die Erkrankung der Eltern. Daraus resultieren oftmals Ängste der Kinder, vielleicht selbst einmal „verrückt“ zu werden.

Zusammenfassend ist das Familienklima durch Unsicherheit, Angst, Minderwertigkeitsgefühle und pessimistische Zukunftserwartungen geprägt. Eine unbeschwerte Entwicklung ist dadurch behindert.

### **Die wichtigsten Probleme der Kinder sind:**

- **Desorientierung** – Angst und Verwirrung, weil sie die Probleme der Eltern nicht einordnen und nicht verstehen können.
- **Schuldgefühle** – der Glaube, dass sie an den psychischen Problemen der Eltern schuld sind: „*Weil ich mich nicht genug gekümmert habe ...*“ etc.
- **Tabuisierung, Kommunikationsverbot** – die Furcht, die Eltern zu verraten.
- **Isolierung**: Die Kinder sind allein gelassen, weil sie nicht wissen, an wen sie sich wenden können.
- **Betreuungsdefizit**: Elterliche Betreuung und Anleitung fehlt.
- **Emotionales Defizit**: Die Kinder erhalten zu wenig Aufmerksamkeit und positive Unterstützung.
- **Verantwortungsverschiebung und Rollenkehr (Parentifizierung)**: Durch die Regression der Eltern kommen die Kinder in die Rolle des verantwortlich Handelnden und übernehmen elterliche Aufgaben.
- **Stigmatisierung**: Sie erleben Abwertung durch Außenstehende (Nachbarn, Mitschüler ...), weil die Familie nicht funktioniert.
- **Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie**: Durch die krankheitsbedingt höhere Konfliktrate werden die Kinder überdurchschnittlich oft in Konflikte zwischen den Eltern einbezogen.
- **Loyalitätskonflikte nach außen**: Beschämung durch die Erkrankung des Elternteils und Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Loyalität und Abgrenzung.

## **Häufige Reaktionen der Kinder auf die Überforderungen sind:**

- **Äußerlicher und innerlicher Rückzug:** Die Kinder grübeln über ihre Situation nach und ziehen sich von der Gruppe der Gleichaltrigen in sich selbst zurück.
- **Betont unauffälliges Verhalten:** Durch die loyale Bindung an die Eltern versuchen die Kinder auf Kosten ihrer eigenen Selbstwahrnehmung eine Fassade der Normalität aufrecht zu halten.
- **Bindungsunsicherheit:** Die Kinder fühlen sich durch die unsichere Bindung in einem schuldhaft verstrickten Abhängigkeitsverhältnis zu den Eltern.
- **Verhaltensauffälligkeiten:** Die Kinder zeigen häufig spezifische emotionale Störungen, aggressiv ausagierende Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Schul- und Leistungsstörungen, Störungen der Selbstwertregulation sowie spezifische Syndrome wie Enuresis (Einnässen), Enkopresis (Einkoten) etc.

Aber: Diese Belastungsreaktionen sind nicht zwangsläufig. Die Kinder können sogar an dieser Herausforderung wachsen, wenn ihnen protektive Faktoren zur Verfügung stehen. Dazu gehören kompensierende Beziehungen zu gesunden Erwachsenen und ein individuell ertragbares Maß an Belastungen.

Das Angebotsrepertoire von AURYN zielt auf die Erhöhung protektiver Faktoren hin, denn je nach Verfügbarkeit kompensatorischer, regulierender Beziehungen, sozialer Kompetenz, intellektuellen Verarbeitungsmöglichkeiten und der Fähigkeit zur Problembewältigung können Kinder grundsätzlich die Erkrankung eines Elternteils auch positiv bewältigen. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse entwickelten wir unsere Projektkonzeption mit der Zielsetzung, durch ein angstreduzierendes, niedrighwelliges Angebot die Familien mit einem oder zwei psychisch erkrankten Elternteilen zu erreichen und protektive Faktoren zu fördern.

## **Im Einzelnen sollen durch unser Angebot folgende protektiven Faktoren gefördert werden:**

1. Vermittlung von **Orientierung** durch altersentsprechende Aufklärung über die Erkrankung der Eltern. Kinder sollen wissen, dass ihre Eltern krank sind und sie an dieser Erkrankung nicht schuld sind.
2. Erhöhung der **Bindungssicherheit** durch Elternberatung mit dem Ziel einer Sensibilisierung der elterlichen Wahrnehmung gegenüber den Bedürfnissen der Kinder. Ferner wird Bindungssicherheit durch das Angebot einer kontinuierlichen Beziehung zu den Mitarbeitern von AURYN gefördert. Auch die Förderung von Peerkontakten in Schule, Verein und Nachbarschaft gehören dazu. Es ist für Kinder wichtig, das Gefühl zu haben, von ihren Eltern geliebt zu werden und feste Beziehungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen zu haben.

3. Verbesserung der **Sicherheit** und Struktur im häuslichen Umfeld durch das Angebot von Hilfestellung bei der Entwicklung einer familiären Zukunftsplanung und sozialen sowie institutionellen Vernetzung.
4. Erhöhung **sozialer Kompetenz** durch eine spielerische Förderung von Neugier, Kreativität und das Kennenlernen eigener Fähigkeiten durch Selbsterfahrung und positive Rückmeldung eigenen Handelns. Dadurch sollen die Bewältigungsstrategien des Kindes gestärkt und erweitert werden.
5. Förderung von **Individuationsprozessen** durch unterstützende Begleitung im schulischen und außerfamiliären Alltag, das Kennenlernen eigener Interessen und Unterstützung bei Abgrenzungsprozessen gegenüber den Eltern. Die Möglichkeit, sich zumindest in der Phantasie mit den Eltern aggressiv auseinander setzen zu können, ist Grundlage für eine möglichst angst- und schuldfreie kindliche Entwicklung. Gerade in Familien mit wenig belastbaren Eltern ist diese Auseinandersetzung oft nicht möglich.
6. **Vernetzung von Hilfeangeboten** durch Kooperation mit und Sensibilisierung von anderen Fachdiensten wie Jugend-, Sozial- und Gesundheitsamt, Schulen, Erziehungsberatungsstellen etc.

## 5. Inhaltliche Aspekte der Arbeit

Das Projekt wendet sich an die Kinder psychisch kranker Eltern im Alter zwischen einem und 18 Jahren und deren Eltern. Ziel der Arbeit ist die Prävention psychischer Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern durch Stärkung ihrer Bewältigungsmöglichkeiten und Eröffnung eines entwicklungsfördernden Erfahrungsraumes. Wesentlich ist die Entlastung der Kinder durch den Abbau von Scham- und Schuldgefühlen, Angst und Unsicherheit. Damit die Kinder dieses Angebot annehmen können, brauchen sie den so wichtigen Freiraum und das Vertrauen in stabile Beziehungen zu Erwachsenen. Beziehungsarbeit ist also zunächst oberstes Ziel. Die Kinder fassen Vertrauen zu den pädagogischen Mitarbeitern und erfahren, dass deren Befindlichkeit nicht von ihrem Verhalten abhängt. Die Freiheit, Kind zu sein, ist der erste Schritt in das eigene Erwachsenwerden. Damit psychisch kranke Eltern ihre Kinder wie gesunde Eltern ihrem Alter entsprechend loslassen können, brauchen auch sie Entlastung von Scham, Angst und Schuldgefühlen. Sie erhalten in der Fachstelle eine auf sie zugeschnittene Erziehungsberatung und praktische Hilfen bei der Bewältigung ihrer Elternaufgabe.

Leitgedanke der Mitarbeiter des Projekts ist die Familienorientierung – konkrete Unterstützung durch Hilfe zur Selbsthilfe auch unter Einbeziehung des gesunden Elternteils und weiterer familiärer Bezugspersonen –, wo Grenzen durch Ergänzung der elterlichen Alltagsbewältigung und Erziehungsarbeit nicht erweitert werden können. So wird durch Förderung und Nutzung familiärer und öffentlicher Ressourcen gemeinsam ein auf die jeweilige Familie zugeschnittenes Hilfeangebot zusammengestellt, das

die Belastungen des Familiensystems reduziert und dem Kind eine gesündere Entwicklung ermöglicht.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Fachstelle dient dem Ziel, die Bandbreite der möglichen Hilfen zu erweitern – beispielsweise durch Aufklärung, aber auch Sensibilisierung der Bezugspersonen der betroffenen Kinder, um sie an AURYN zu vermitteln.

### **Zu den Angeboten gehören:**

- Kindgemäße Aufklärung über die psychischen Krankheitsbilder der Eltern und Vermittlung von Bewältigungsstrategien,
- Einzelbetreuung besonders belasteter Kinder,
- zeitlich begrenzte, weitgehend altershomogene Kindergruppen,
- aufsuchende Hilfe und präventive Arbeit in Schulen und Tagesstätten,
- flankierende Elternarbeit in Form von Beratung, Elternabenden und Familiengesprächen,
- Vernetzung psychosozialer Hilfsangebote,
- Öffentlichkeitsarbeit.
- Supervision und Fortbildung sowie
- Konsiliarische Beratung von Fachdiensten.

## **6. Drei Fallbeispiele**

### **6. 1. Ein Beispiel für Niederschwelligkeit und Vernetzung**

#### *Leila, 8 Jahre*

Leila ist die Tochter türkischer Eltern, die sich scheiden ließen, als Leila vier Jahre alt war. Sie lebt bei der Mutter. Den Vater, bei dem der ältere Bruder lebt, sieht sie nur unregelmäßig und selten. Die Mutter leidet seit ihrer Jugend an einer schizophrenen Psychose, die häufige depressive Phasen, Angstzustände, Kraftlosigkeit und die Neigung zu Selbstmordgedanken nach sich zieht. Sie ist in ihrem Aktionsradius erheblich eingeschränkt und nicht in der Lage, den Stadtteil zu verlassen. In den sporadischen Kontakten, die die Sozialarbeiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes zu der Mutter unterhielt, fiel deren Überforderung mit der Versorgung ihrer Tochter auf.

Nach telefonischer Rücksprache kam es zu einer ersten Kontaktaufnahme unsererseits mit der Mutter im Büro der ASD-Mitarbeiterin. Die Mutter war in Begleitung eines türkischen Mannes, den sie als ihren Dolmetscher bezeichnete. Später stellte sich her-

aus, dass sie zu ihm auch eine Beziehung unterhielt, die in der türkischen Gemeinde geheim gehalten werden sollte. Das Deutschverständnis der Mutter war besser, als sie selbst meinte, und es stand offensichtlich ihr Anlehnungsbedürfnis an eine sie begleitende und schützende Person im Vordergrund. Da es für die Mutter unvorstellbar war, dass sie unsere Einrichtung aufsuchen könnte, machten wir das Angebot, die Tochter im Rahmen eines Hausbesuchs kennen zu lernen. In ihrem Bedürfnis nach Hilfe stimmte sie dem gern zu.

Wir erlebten Leila als ein hübsches, altersgemäß entwickeltes, äußerlich recht unauffälliges Mädchen, welches angemessenen Kontakt mit uns aufnahm. Sie war neugierig und ein wenig schüchtern. Unsere Aufmerksamkeit wurde zunächst vor allem von der Hilfsbedürftigkeit der Mutter absorbiert, die uns dazu bewegte, ihr einen Brief aufzusetzen und ihr die Teilnahme am Betreuten Einzelwohnen zu empfehlen, worum sie sich anschließend kümmerte. In dem Maß, in dem die Mutter sich unterstützt fühlte, konnte sie erheblich an Eigenständigkeit gewinnen. Ausdruck ihres Autonomiezuwachses war zum Beispiel die Teilnahme an einem Deutschkurs und ihre Entscheidung, den Führerschein machen zu wollen. Indem sie selber Hilfe erfuhr, konnte die Mutter das Vertrauen entwickeln, dass auch ihre Tochter bei AURYN Unterstützung erhalten könnte. Sie stimmte zu, dass ihre Tochter mit einem von der Wirtschaftlichen Jugendhilfe finanzierten Taxi zu ihren Einzelstunden zu AURYN gebracht wurde.

Jetzt selbst im Mittelpunkt konnte Leila erstmals ihre Ängste und Verunsicherung über das unstete Verhalten der Mutter darstellen und in der Schilderung kleiner, alltäglicher Situationen beschreiben. In ihrer Angst, die Loyalität zur Mutter nicht brechen zu dürfen, war sie anfänglich in ihren Äußerungen sehr vorsichtig, konnte sich dann aber in der Beziehung zur Mitarbeiterin von AURYN mehr einlassen und etwas von ihren Nöten offenbaren.

Die vielen Tabus, mit denen Leila in der Vergangenheit aufwachsen musste, hinterließen in ihr eine tiefgreifende Verwirrung und das Gefühl, dass in ihrer Familie etwas nicht in Ordnung ist. In den Einzelgesprächen mit ihr konnte ihr vermittelt werden, dass ihre Mutter krank ist und deren emotional unberechenbares Verhalten damit in Zusammenhang steht. Neben den Einzelgesprächen mit dem Kind und der Mutter erwies es sich als unerlässlich, uns auch mit den Horterziehern und der Mitarbeiterin des Betreuten Einzelwohnens in Verbindung zu setzen. Im Verlauf der vergangenen zwei Jahre konnte die Situation, in der Leila aufwächst, deutlich entlastet werden.

## **6. 2. Ein Beispiel für die Notwendigkeit triangulierender Beziehungsangebote für Mutter und Kind**

*Philip, 9 Jahre*

Vermittelt durch die Ärztin, die die allein erziehende Mutter wegen eines akuten Krankheitsschubes einer schizophrenen Psychose behandelte, kam Philip in Begleitung der Großmutter mütterlicherseits zum Erstgespräch. Bei ihr lebte er aufgrund des

akuten Betreuungsnotstands, nachdem die allein erziehende Mutter in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden musste. Die Einweisung geschah unter Mithilfe der Polizei, nachdem die Mutter in akuter psychotischer Wahrnehmungsverzerrung ihre Wohnung zuerst angezündet und dann unter Wasser gesetzt hatte. Philip hatte in Panik die Feuerwehr verständigt und fühlte sich nun an der vermeintlichen „Festnahme“ seiner Mutter schuldig. Der Vater hatte sich angesichts der psychischen Erkrankung seiner Frau schon vor Jahren von der Familie getrennt. Nur zum Geburtstag oder zu Weihnachten hatte Philip telefonischen Kontakt zum Vater, den er als Bezugsperson schmerzlich vermisste.

Die Großmutter fühlte sich in Folge eigener gesundheitlicher Probleme mit der Betreuung des Jungen überfordert, weshalb Philip kurzfristig in eine Pflegefamilie wechseln musste. Seine Pflegemutter brachte ihn regelmäßig einmal pro Woche für eine Stunde zu AURYN. Philip wirkte im Erstgespräch sehr unruhig. Er schlug sich gegen den Kopf und sagte dabei, es tue ihm gar nicht weh. Er nahm sich verschiedene Spiele und Spielsachen aus dem Schrank, konnte aber nicht lange bei einer Sache bleiben. In der folgenden Stunde wollte er malen, war mit dem Ergebnis aber immer wieder unzufrieden und zerriss das Papier.

Im Verlauf der folgenden Einzelgespräche nahm Philip zunehmend Kontakt zu der AURYN-Mitarbeiterin auf, indem er sie bei seiner Suche nach Orientierung herausforderte, ihm Grenzen zu setzen. Über den Wunsch nach Versorgung mit Essen testete er die Verlässlichkeit des Beziehungsangebotes. Langsam öffnete er sich und konnte in Form von Bildern und Spielen von Erlebnissen berichten, die er mit seiner Mutter hatte, als sie akut krank wurde. So erzählte er zum Beispiel, dass seine Mutter ihn mehrfach nachts geweckt habe und wirr auf ihn einredete. Manchmal hielt sie ihn für seinen Onkel. Dann wieder redete die Mutter mit nicht anwesenden Personen und deckte für diese den Tisch. Dem stand Philip völlig verständnislos gegenüber. In einem psychotischen Zustand hatte die Mutter Philips Spielsachen in blaue Müllsäcke gestopft und weggeworfen, weil sie sich davon bedroht fühlte.

Nach solchen Nächten saß Philip übermüdet und unfähig, sich in der Schule zu konzentrieren. Seine innere Vereinsamung und Verzweiflung wuchs. Obwohl er wütend auf die Mutter war, gab er sich die Schuld für ihre Ausbrüche. Mit welchen Schuldgefühlen er reagierte, zeigte sich zum Beispiel, als er bei uns unbeabsichtigt eine Vase zerbrach. Er hatte früher erlebt, dass solche Situationen eine Katastrophe für die Mutter sein konnten, und verknüpfte sein Missgeschick mit den krankheitsbedingten extremen Reaktionen der Mutter.

Seine innere Unsicherheit resultierte aus den unbeantworteten Fragen, ob er gemocht wird, wohin er gehört, was er darf, wofür er Verantwortung übernehmen muss und wofür nicht. Die Erfahrung, dass er seine Bedürfnisse und Phantasien äußern konnte ohne bestraft zu werden, ermöglichte ihm im Fortgang der Gespräche zunehmend, seine traumatischen Erlebnisse zu integrieren. Dies ermöglichte ihm, seine Wut und Aggression gegen seine Mutter zum Ausdruck zu bringen. Einmal bezeichnete er sie sogar als „plemm - plemm“. Dadurch konnte er sich von ihrem in der akuten Psychose als be-

drohlich erlebten Verhalten distanzieren und erfahren, dass seine Wut berechtigt ist und er sich dafür nicht schuldig fühlen muss, was ihm eine spätere Wiederannäherung leichter ermöglichte.

Philip verblieb sechs Monate bei der Pflegefamilie. In dieser Zeit stabilisierte sich der Gesundheitszustand der Mutter so weit, dass eine Rückführung in den mütterlichen Haushalt eingeleitet werden konnte. Anfangs sah die Mutter sowohl in der Pflegemutter als auch in der Mitarbeiterin von AURYN Konkurrentinnen. Nach einigen Gesprächen ließ ihre Skepsis jedoch nach und sie erkannte, dass wir kein Ersatz für sie als Mutter sein wollen und können, sondern lediglich Unterstützung für sie und Philip anbieten. Die Phase der Rückführung in den mütterlichen Haushalt verunsicherte Philip eine Weile und er zeigte wieder mehr Auffälligkeiten, wie Unruhe, Konzentrationschwierigkeiten und versteckte Aggressionen. Eine sozialpädagogische Familienhelferin unterstützte die Kleinfamilie in der häuslichen Umgebung. Nach wenigen Wochen hatte sich die psychische Situation von Philip wieder stabilisiert.

Inzwischen lebt Philip seit zehn Monaten wieder bei seiner Mutter. Er hat einen festen Freundeskreis von rund vier bis sechs Jungen, besucht einen Judokurs und hat erfolgreich den Wechsel in die Realschule geschafft. Zu AURYN kommt er nach wie vor gerne. Zu Zeiten, in denen es der Mutter schlechter geht oder in denen Philip größere Herausforderungen bewältigen muss (beispielsweise Schulwechsel), reagiert er eher verunsichert und unruhig. Dann kann er aber das gewachsene Vertrauensverhältnis zu uns nutzen und sich bei AURYN Unterstützung holen. Wesentlich ist hierbei das Einverständnis der Mutter, die ihrem Sohn die Möglichkeit lässt, den für ihn stabilisierenden Schonraum bei AURYN zu nutzen.

Nach fast anderthalb Jahren Begleitung im Kinderprojekt ist Philips Vertrauen in seine Stärken gewachsen. Er hat Vertrauen in Beziehungen zu Erwachsenen gewonnen und zeigt ein größeres Maß an Selbstsicherheit. Auch kann er etwas gelassener damit umgehen, wenn Mitschüler seine Mutter als „verrückt“ bezeichnen und seine Wut darüber ausdrücken, dass ein Freund nicht bei ihm übernachten darf, weil dessen Eltern seine Mutter für nicht zurechnungsfähig halten.

Die Mutter ist in kontinuierlicher psychiatrischer Behandlung und kommt regelmäßig zu Elterngesprächen mit dem Ziel, sich hinsichtlich der Probleme mit ihrem Sohn austauschen zu können.

### **6. 3. Ein Beispiel für die Notwendigkeit, den realen Vater einzubeziehen**

#### ***Johannes, 8 Jahre***

Johannes kam vermittelt durch die Pflegemutter, bei der er aufgrund der stationären Behandlung seiner Mutter seit einer Woche lebte. Die Mutter litt seit ihrer Jugend an einer depressiven Erkrankung. In Folge eines Suizidversuchs zwei Jahre zuvor hatte Johannes bereits sechs Monate in der Pflegefamilie verbracht. Seither war die Pflege-

familie in die Versorgung des Kindes patenähnlich mit eingebunden. Zum Vater hatte Johannes keinen Kontakt, da sich die Eltern während der Schwangerschaft getrennt hatten. An die kurzen Begegnungen mit dem Vater in seiner frühen Kindheit kann er sich nicht mehr erinnern. Enttäuscht davon, dass der Vater eine neue Beziehung eingegangen war, konnte die Mutter einen Kontakt zwischen Johannes und seinem Vater auch nicht fördern.

Die Pflegemutter berichtete im Erstgespräch, dass Johannes in der Schule oft aggressiv sei. Ferner sorgte sie sich um die weitere Entwicklung von Johannes, da sie fürchtete, dass die Mutter auch weiterhin mit der Erziehung ihres Sohnes überfordert sein würde. Zum Erstgespräch kam die Pflegemutter gemeinsam mit der Mutter und Johannes. Die Mutter vermutete, das schwierige Verhalten des Sohnes habe sicher mit ihrem durch die Depression beeinträchtigten Leben zu tun, in dem so viel schief gehe. Der Vater des Jungen hatte unerwartet die alleinige elterliche Sorge auf juristischem Wege beantragt, nachdem er von dem erneuten stationären Aufenthalt der Mutter erfahren hatte. Mit der Begründung, die Mutter sei „geisteskrank“, rechtfertigte der Anwalt des Vaters dessen Anspruch. Die Mutter fühlte sich dadurch sehr verletzt und fürchtete, Johannes zu verlieren. Gleichzeitig spürte sie ihren eigenen Behandlungsbedarf und entschied im Verlauf der Elterngespräche bei AURYN, sich zu einem längerfristigen stationären Aufenthalt in einer entsprechenden Fachklinik anzumelden. Während der Wartezeit bis zur Aufnahme konnte Johannes zur Mutter zurückkehren, was für ihn jedoch belastend war, weil er in der Zwischenzeit einen starken Bezug zum Pflegevater entwickelt hatte.

Zu unseren Einzelgesprächen kam Johannes stets mit einer auffallend freudigen Erwartung, die in erster Linie unserem männlichen Mitarbeiter galt. In einem anfänglich rivalisierenden Tischtennispiel versuchte sich Johannes der Zuneigung und Wertschätzung des AURYN-Mitarbeiters zu versichern. Erst als ihm die „männliche Rückendeckung“ sicher schien, überwand er ein wenig seine Unsicherheit und wurde fähig, an der Kindergruppe teilzunehmen. An der Seite des Mitarbeiters, diesem direkt körpernah zugewandt, konnte er sich auf die Kinder der Gruppe, teilweise auch konflikthaft, einlassen. Mit Unterstützung des männlichen Mitarbeiters gelang es Johannes, seine eruptive Wut kontrollieren zu lernen.

Während des von der Mutter mittlerweile angetretenen Klinikaufenthalts lebte Johannes wieder bei der ihm vertrauten Pflegefamilie. In dieser Zeit erging ein Gerichtsbeschluss, der einen zweiwöchentlichen Kontakt zum Vater in Anwesenheit der AURYN-Mitarbeiter zur Auflage machte. Nach intensiver Vorbereitung der Eltern und Johannes sah Johannes seinen Vater zwei Monate später erstmals im Rahmen des begleiteten Umgangs bei AURYN. Johannes kompensierte seine Unsicherheit durch sprudelndes Reden, mittels dessen er seine Angst überwand und den Vater an sich zu binden suchte. Der Vater seinerseits reagierte verunsichert und unbeholfen auf das Nähesuchen seines Sohnes. Wir sahen unsere Aufgabe darin, dem Vater eine gewisse Anleitung zu geben und der Situation die Peinlichkeit zu nehmen. Mittlerweile hat er ihn viermal gesehen. Die Mutter von Johannes förderte die Kontakte, indem sie Johannes regelmäßig brachte und ihr Verständnis darüber zeigte. Dies entlastete Johannes in seinem tief-

greifenden Loyalitätskonflikt. Parallel besuchte Johannes den gesamten Zeitraum über die Kindergruppe bei AURYN. Dort wirkte er durch die Erfahrung, „auch einen Papa zu haben“, selbstbewusster und weniger aggressiv.

Die bisherige Begegnung zwischen Johannes und seinem Vater ermöglichte es ihm, ein inneres Bild des bisher nicht existenten Vaters ansatzweise in sich zu entwickeln. Es bleibt abzuwarten, inwieweit es tatsächlich gelingen kann, eine tragfähige Beziehung zwischen Johannes und seinen Vater aufzubauen.

## 7. Zusammenfassung

Aus den geschilderten Beispielen mag deutlich geworden sein, wie vielschichtig und unterschiedlich ausgeprägt die Schwierigkeiten in den einzelnen Familien sind. Wichtig ist immer ein individueller und lebensweltorientierter Blick auf Kinder und Eltern. Diese sind möglichst da „abzuholen“, wo sie stehen, in entwicklungspädagogischer wie auch manchmal in räumlicher Perspektive (zum Beispiel Hausbesuche).

Die konzeptionell angedachte Niederschwelligkeit gilt es aufgrund der gemachten Erfahrungen neu zu überdenken, denn wir konnten in Frankfurt/Main 150 von geschätzten 2.500 betroffenen Kinder mit unserem Angebot in mehr als fünf Jahren erreichen. Dies liegt sicher auch in der kleinen Besetzung von nur zwei Halbtagsmitarbeiterinnen begründet. In der Waisenhausstiftung Frankfurt/Main sind nun zwei Vollzeit-Mitarbeiterinnen für diese Aufgabe eingesetzt, mit der geplanten Erweiterung auf drei Stellen.

In unserem neuen Projekt in Bad Homburg ist die Verfasserin dieses Beitrages mit 23 Stunden pro Woche beschäftigt und Herr Klaus Ehrhardt seit dem 1. Juli 2004 zusätzlich mit vier Stunden pro Woche.

Wir möchten versuchen, die Familien mit rund 1.200 betroffenen Kindern in der Region zu unterstützen. Dazu ist unsere Arbeit in der Aufbauphase vor allem durch viel Öffentlichkeitsarbeit gekennzeichnet, besonders in Institutionen, die einerseits mit Kindern, Jugendlichen und andererseits mit psychisch erkrankten Erwachsenen arbeiten (Jugendamt, Allgemeiner Sozialer Dienst, Kindertagesstätten, Psychosoziale Beratungsstellen und Erziehungsberatungsstellen, Kliniken u. a.). Über diese Einrichtungen sind inzwischen die ersten neun Familien mit 18 Kindern (bis zu 20 Jahren) bei AURYN angekommen. Aber die Fachstelle ist – wie fast alle Initiativen dieser Art – finanziell wenig abgesichert und die so wichtige Kontinuität für die Klienten ist dadurch immer wieder bedroht.

Ein Teil unserer Arbeitsenergie fließt in die Aktivitäten, Gelder zu beantragen, Spender und Sponsoren zu finden und Fortbildungen zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ gegen Entlohnung durchzuführen. Die bundesweite Vernetzung in diesem Arbeitsfeld und die aktuelle Berliner Fachtagung können dazu beitragen, Erfahrungen auszutauschen, Energien zu bündeln und sich weiterhin für die Belange unserer Klienten **stark** zu machen.

# **Arbeitsgruppe 4: Hilfeangebote für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen**

DR. MED. ELISABETH AUTHMANN

*Kinderärztin im Gesundheitsamt der Stadt Köln,*

*Beratungsstelle für entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche,*

*Mitglied des Sprecherkreises der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)*

## **1. Einleitung**

In den neunziger Jahren rückten die Kinder belasteter Familien in den Fokus des Interesses von Jugendhilfe und Medizin, wobei in erster Linie nicht die finanziellen Belastungen und die negativen Auswirkungen von Armut, sondern die qualitativen Abweichungen von der Regelversorgung beachtet wurden. Die Hauptgruppe der betroffenen Kinder sind Kinder psychisch kranker und/oder suchtkranker Eltern.

## **2. Ressourcen für eine wirksame institutionelle Hilfe**

Zu dieser Zeit war das Bedingungsgefüge für Neuerungen in der Gewährung von Hilfe nicht gerade günstig.

- a) Kinder aus belasteten Familien stellten keine eigenen Ansprüche; es ging von ihnen kein sozialpolitischer Druck aus. Sowohl in den betroffenen Familien als auch im Hilfesystem waren sie weitgehend unsichtbar, ihre Schwierigkeiten verschwanden hinter der offensichtlichen Problematik der Erwachsenen.
- b) In Zeiten knapper öffentlicher Kassen war es nicht mehr selbstverständlich, dass die neu erworbene Fachlichkeit auch zur Schaffung eines neuen Spezialangebotes führte. Kostenneutralität war das kommunalpolitische Wort der Stunde. Neben der Gefahr, notwendige Weiterentwicklungen zu verhindern, ergab sich daraus auch die Chance, Vorhandenes und Erprobtes synergetisch zu nutzen.
- c) In dieser Situation war die Arbeitsstruktur der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), die sich seit 1984 entwickelt hatte, hilfreich, um neue Inhalte in bewährten Systemen zu implementieren.

## **3. Arbeitsgrundsätze der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)**

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Köln besteht seit nunmehr 25 Jahren und ist ein Zusammenschluss von Fachkräften aller relevanten Disziplinen, ehrenamtlichen Helfern sowie Angehörigen und Betroffenen aus den Arbeitsfeldern und Einrichtungen der Gesundheits-, Jugend-, Sozial-, Alten-, und Behindertenhilfe, in denen psycho-

soziale Belange eine besondere Bedeutung haben. Den Kernbereich der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft bilden dabei die verschiedenen Sparten der psychiatrischen Versorgung. Die Arbeitsgemeinschaft ist nicht nur berufsübergreifend, sondern auch träger- und einrichtungübergreifend zusammengesetzt.

In zweifacher Hinsicht war sie geradezu prädestiniert, um sich mit der Problematik von Kindern aus belasteten Familien zu befassen.

- a) Das Thema fügte sich passgenau in die satzungsgemäßen **Aufgaben** der PSAG ein – **siehe Tabelle 1.**
- b) Die Gliederung der PSAG in verschiedene **Arbeitskreise** – **siehe Tabelle 2** – war geeignet, verschiedene Zugangswege zur Problematik zu eröffnen: Die Kollegen in den Arbeitskreisen der Erwachsenenpsychiatrie und der Sucht waren kompetente Partner der Eltern, der Arbeitskreis Psychosoziale Entwicklung von Kindern- und Jugendlichen kannte sich in der Hilfe für Kinder aus.

#### **Aufgaben der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)**

- Verbesserung der fachlichen Zusammenarbeit (Vernetzung, Kooperation etc.)
- berufsbegleitende gegenseitige Fortbildung,
- fach- und trägerübergreifende Klärung von Bedarfsmängeln und Erarbeitung von Vorschlägen zu ihrer Behebung,
- fachpolitische Mitwirkung an der Gesundheits-, Jugend- und Sozialplanung der Stadt,
- Beratung von Trägern und Institutionen in fachlicher Hinsicht,
- Vertretung der Interessen der Betroffenen gegenüber der Fachwelt, der Politik, der Verwaltung und der Öffentlichkeit.

*Tabelle 1*

© E. Authmann

#### **Gliederung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) in Arbeitskreise**

- Arbeitskreis Erwachsenenpsychiatrie
- Arbeitskreis Sucht
- Arbeitskreis Psychosoziale Versorgung von Kindern- und Jugendlichen
- Arbeitskreis Alterspsychiatrie
- Arbeitskreis geistig Behinderte
- Arbeitskreis AIDS
- Arbeitskreis der Vorsitzenden als Zusammenschluss aller Arbeitskreise

*Tabelle 2*

© E. Authmann

#### **4. Erste Schritte in der Kooperation**

Aufgrund dieser günstigen Konstellation bildeten sich die beiden Unterarbeitskreise „Kinder psychisch kranker Eltern“ und „Kinder suchtkranker Eltern“. Aus Sicht der Kinder erscheint die Differenzierung eher akademischer Natur; seitens der belasteten/belastenden Eltern werden aber ganz andere Versorgungssysteme angesprochen, so dass beide Arbeitskreise auch unterschiedliche Wege beschritten haben, um Hilfen für die Kinder zu verwirklichen.

#### **5. Zur Konzeption des Arbeitskreises „Kinder psychisch kranker Eltern“**

Der Arbeitsgruppe bildete sich als Verbund von Teilnehmern der Arbeitskreise „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Psychosoziale Versorgung von Kindern- und Jugendlichen“ im Jahr 1997. Trotz hohen Engagements war die Dimension der Problematik doch größer als zunächst vermutet. Es genügte nicht, den jeweils blinden Fleck im Arbeitsgebiet der andern zu erhellen. Die Ausführungen Betroffener machten sehr schnell klar, dass ein Umdenken aller Professionellen notwendig war.

- a) Die Mitarbeiter der Erwachsenenpsychiatrie hatten die Kinder ihrer Patienten bestenfalls als Unterstützung ihrer Klienten im Blick; als Menschen mit eigenem Hilfebedarf wurden die Kinder nicht wahrgenommen. Das Wissen um Versorgungssysteme für Kinder beschränkte sich überwiegend auf Maßnahmen in Krisenfällen. Weder bei der Konzeption (räumlich und inhaltlich) der Sozialpsychiatrischen Zentren noch der psychiatrischen Kliniken wurden die Belange der betroffenen Kinder berücksichtigt.
- b) Die Profis in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kannten sich bestens im Hilfesystem für Kinder aus und hatten in ihren Reihen auch Fachleute mit Erfahrung in der Behandlung von Kindern suchtkranker Eltern. Es fehlte aber ein Instrumentarium, um Kinder zu identifizieren, die nicht die „Auffälligkeiten“ zeigten, die üblicherweise Hilfen pädagogischer oder therapeutischer Art nach sich ziehen.

Der Gedanke, eine aufwändige Bestandsaufnahme mit Fragebogenaktionen bei primären Anlaufstellen wie Schulen, Kinderärzten und Therapeuten durchzuführen, wurde schnell wieder aufgegeben. Zum einen fehlten die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen, zum anderen waren die Zahlen aus der Literatur bekannt und eine Identifizierung der Kinder ohne therapeutisches Angebot war nicht zielführend. Eine Kölner Umsetzung des Freiburger AURYN-Projektes als eine Art Kinderhaus erschien reizvoll, angesichts der fehlenden finanziellen Mittel kurzfristig aber illusionär.

Entsprechend den Vorerfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Arbeitskreises wurden deshalb pragmatisch zwei Wege beschritten:

- a) Die Erfahrungen der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie mit Kindern wurden gebündelt, publik gemacht und auf ihre Übertragbarkeit in andere Institutionen geprüft.

Erfreulicherweise fanden sich Vorreiter in den Bereichen

- Klinik (Klinik Königshof in Krefeld, Tagesklinik Alteburger Straße Köln),
- Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ Kalk, Köln) und
- Wohnen (Frau-und-Kind-Haus, Wohnforum Köln).

Positiv und ermutigend waren nicht nur die Konzepte, sondern auch die gemachten Erfahrungen in der Umsetzung, so dass der Gedanke von anderen Einrichtungen konstruktiv aufgegriffen wurde. Konkret entstand ein Projekt „Hilfen für Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern in Porz“ als Gemeinschaftsaufgabe von Versorgungssystemen für Erwachsene und Kinder. Kooperationspartner sind einerseits der Verein „Porzer Bürger für psychisch Kranke“, andererseits die Familienberatungsstelle der Caritas in Porz. Dort wurden neben einer Beratung für Eltern und Angehörige ein diagnostisches und therapeutisches Angebot für Kinder geschaffen. Im Einzelnen sind dies eine tiefenpsychologische und heilpädagogische Diagnostik sowie therapeutisch eine heilpädagogische Gruppe für Kinder im Vorschul- und Grundschulalter sowie autogenes Training für ältere Kinder und Jugendliche.

- b) Nachdem offenkundig geworden war, dass das Hilfesystem die betroffenen Kinder nicht aus eigener Kraft finden kann, war es umso erschreckender, dass umgekehrt die primären Kontaktpersonen der Kinder (Verwandte, Nachbarn, Schule, Therapeuten) und die Therapeuten der Eltern nur unzureichend über Hilfemöglichkeiten für Kinder informiert waren. Aus diesem Grund wurde ein „Wegweiser zu Hilfsangeboten für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern“ erarbeitet. Es bestand Konsens, dass es keinen verbotenen Weg ins Hilfesystem geben durfte und darf. Bei der Auswahl der Adressen wurde besonderes Gewicht auf die primären Anlaufstellen gelegt, die sofortige Hilfe leisten und gegebenenfalls ein spezifiziertes Angebot vermitteln können – **siehe Tabelle 3.**

### **Institutionen mit Hilfeangeboten für Kinder**

- Bezirksrathäuser mit ASD-Tagesdienst,
- Notrufe, Notaufnahmehäuser,
- Beratungsstellen,
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken in Köln und im Umland,
- Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Kinder- und Jugendlichentherapeuten,
- fremdsprachige Hilfen,
- Sozialpsychiatrische Zentren,
- gemeinsame Unterbringungsmöglichkeiten für Eltern und Kinder.

*Tabelle 3*

© E. Authmann

## **6. Zur Konzeption des Arbeitskreises „Kinder suchtkranker Eltern“**

Die Initialzündung für den Arbeitskreis „Kinder suchtkranker Eltern“ erfolgte durch eine Fachveranstaltung zum zwanzigjährigen Jubiläum der PSAG, ausgerichtet vom Arbeitskreis „Sucht“ mit dem Thema „Suchtkranke Eltern – Suchtkranke Kinder?“. Der Arbeitskreis konstituierte sich daraufhin als ein Gemeinschaftsprojekt der Kölner PSAG mit dem Rheinisch-Bergischen Kreis. Erste Aufgabe war das Erstellen einer Broschüre, die einerseits die Ergebnisse der Fachtagung dokumentierte, andererseits als Leitfaden für Informationen, Hilfemöglichkeiten und Ansprechpartner fungierte.

Im Kölner Raum gibt es verschiedene Projekte zu diesem Thema. Als Bindeglied etablierte sich das Netzwerk „Kinder von Suchtkranken“, angesiedelt beim Sozialdienst Katholischer Männer (SKM), der einerseits ein fundiertes und breit angelegtes Hilfeangebot für Suchtkranke, andererseits auch wertvolle pädagogische Angebote für Kinder in sozialen Randgruppen bereithält.

In enger fachlicher Kooperation mit der Katholischen Fachhochschule Köln, die einen Forschungsschwerpunkt „Sucht“ hat, liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der Multiplikatorenschulung. Nach einer Initialveranstaltung in der Fachhochschule bildeten sich regionale Netzwerke in der Stadt, um fachliches Wissen um die Probleme von Kindern suchtkranker Eltern und Informationen über hilfreiche Organisationen flächendeckend zu verbreiten.

## **7. Offene Fragen, Perspektiven**

Von dem ursprünglichen Anliegen, ein Spezialangebot für alle Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern zu schaffen, sind wir weit entfernt, inzwischen auch fachlich nicht mehr überzeugt. Trotz unterschiedlicher Wege ist es der Erfolg beider Arbeitskreise, das spezifische Wissen einer breiten Fachöffentlichkeit ins Bewusstsein gerufen zu haben und gleichzeitig für eine kleine Gruppe ein Spezialangebot vorzuhalten.

Überaus erfreulich ist die Tatsache, dass die erarbeiteten Kenntnisse in die allgemeine Versorgung zurückfließen; das Qualitätsniveau der beteiligten Institutionen hat sich deutlich erhöht. Ein positiver Nebeneffekt ist die erfolgreiche Kooperation zwischen so unterschiedlichen Systemen wie Psychiatrie und Jugendhilfe. Als Wermutstropfen bleibt die zunehmend angespannte finanzielle Lage der Hilfe bietenden Institutionen. Spezialwissen in die Basisversorgung einzuspeisen, zahlt sich nur dann aus, wenn die Regelversorgung nicht ausblutet!

# Arbeitsgruppe 5: Elternsüchte – Kindernöte, MAKS – ein Modellprojekt für die Arbeit mit Kindern von Suchtkranken<sup>1</sup>

HELGA DILGER

*Leiterin des Projektes MAKS, Freiburg i. Br.,*

und

KATRIN BRÄNDLE

*Mitarbeiterin des Projektes MAKS, Freiburg i. Br.*

## 1. Situation und Erlebniswelt von Kindern in Suchtfamilien

Suchtmittelabhängigkeit kann sich individuell sehr unterschiedlich ausprägen, je nachdem was, wie, wie viel und in welchem sozialen Umfeld konsumiert wird. Für das Kind ist es von großer Bedeutung, ob ein Elternteil oder beide Eltern konsumieren oder ob es andere suchtmittelfreie Vorbilder in seiner Umgebung hat.

Trotz der individuellen Ausprägungen in den jeweiligen Familien oder Beziehungen kristallisieren sich bestimmte Schwierigkeiten und Belastungen heraus, mit denen Kinder in Suchtfamilien häufig konfrontiert sind. Fortschreitende Abhängigkeit eines Familienmitgliedes hat bedeutende Auswirkungen auf das Gesamtsystem. Um nun das familiäre Gleichgewicht erhalten zu können, muss sich das Verhalten aller anderen an dieser Abhängigkeit orientieren. Dies gelingt freilich nur, wenn jedes Mitglied sehr hohe Belastungen auf sich nimmt.

Zur Illustration der Problemsituationen möchten wir einige Beispiele aus der Arbeit kurz umschreiben:

- Den kleinen Bruder zur Logopädin bringen und abholen, das Babygeschwisterkind mit betreuen, obwohl die zehnjährige Schwester selbst Gruppenstunde hätte und an dieser gern teilnehmen würde ...
- Kochen, putzen, einkaufen. Die Mutter sitzt mitten drin auf ihrem Sofa, welches sie zur „Insel“ erklärt und trinkt ...
- Die Mutter beruhigen, trösten und bis nachts um 3 Uhr mit ihr reden und Kartenspielen, um sie von dem geäußerten Suizid abzulenken ...
- Die Polizei oder den Notarzt rufen, wenn „schlimme Dinge“ zu Hause passieren (Gewalt) ...

---

<sup>1</sup> Kontaktadresse: MAKS Freiburg, Kartäuserstrasse 77, 79104 Freiburg i. Br., Telefon: 0761/33216, Telefax: 0761/1209883, E-Mail: maks@agj-freiburg.de, Homepage: www.maks-freiburg.de

- Den Vater zusammen mit Mutter und Schwester vom Strick abschneiden, weil es die Nachbarn nicht wissen sollen: „Ich trug meinen Vater solange auf den Schultern, bis meine Mutter ein Messer aus der Küche geholt hatte, und ihn vom Strick abschnitt ...“
- Die Eltern genauestens beobachten, damit sie nicht – wie schon einmal – mit brennender Zigarette einschlafen ...
- Den Vater aus der Kneipe holen ...

Es ist leicht vorstellbar, dass diese Belastungen dazu führen können, dass bei diesen Kindern ein eigenständiger (Krankheits-)prozess ausgelöst wird. Symptome wie Schulschwierigkeiten, Schlaflosigkeit, Angstzustände, Sprachverzögerungen, Bettnässen und Essstörungen können bei Kindern suchtkranker Eltern ebenso auftreten wie besonders aggressives Verhalten oder früher eigener Suchtmittelmissbrauch.

Starker Rückzug, Hemmungen, kein Beziehungsangebot oder die totale Distanzlosigkeit lassen sich ebenfalls beobachten, ebenso ein völlig unauffälliges Verhalten, das von dem Wunsch geprägt ist, alles richtig zu machen, um keine zusätzlichen Probleme in die Familie zu bringen. Darüber hinaus zeigen manche Kinder und Jugendlichen eine Anzahl von somatischen Auffälligkeiten wie Kopfschmerzen, Bauch- oder Magenschmerzen oder Asthma.

Diese Darstellung macht ersichtlich, wie die Problematik der Eltern mit der der Kinder verknüpft ist und umgekehrt. Für den Arbeitsansatz bei MAKS bedeutet dies, dass zwar die Kinder im Mittelpunkt des fachlichen Interesses und der (parteilichen!) Arbeit stehen, wir aber – zumindest zu Beginn des Kontaktes und im optimalen Fall auch über den gesamten Betreuungszeitraum – ganz wesentlich die Eltern benötigen.

## 2. MAKS konkret

MAKS ist ein Kürzel und steht für **M**odellprojekt **A**rbeit mit **K**indern von **S**uchtkranken. Der Träger ist die AGJ, Fachverband für Prävention und Rehabilitation. MAKS gibt es seit September 1990. Der Start erfolgte mit finanziellen Mitteln der BfA und Eigenmitteln des Trägers.

Aus einer Gruppe mit drei Kindern, die im Herbst 1990 entstanden war, hatte sich ein differenziertes Angebot mit alters- und geschlechtsspezifischen Gruppen entwickelt, im dem derzeit über 100 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 21 Jahren betreut werden.

Als ein ambulantes Angebot für Kinder suchtmittelabhängiger Eltern ist MAKS offen für legal und illegal abhängige Eltern. Die Abstinenz der Eltern ist nicht die zwingende Eintrittskarte für die Kinder, das heißt konkret, die Eltern konsumieren vielleicht aktuell oder aber leben schon längere Zeit ohne Suchtmittel. MAKS hat inzwischen die Möglichkeit, den Klientinnen und Klienten und damit vor allem deren Kindern ein sehr breites Spektrum an Unterstützungsangeboten zu machen – **siehe Abbildung 1**.

## Das Angebotspektrum von MAKS

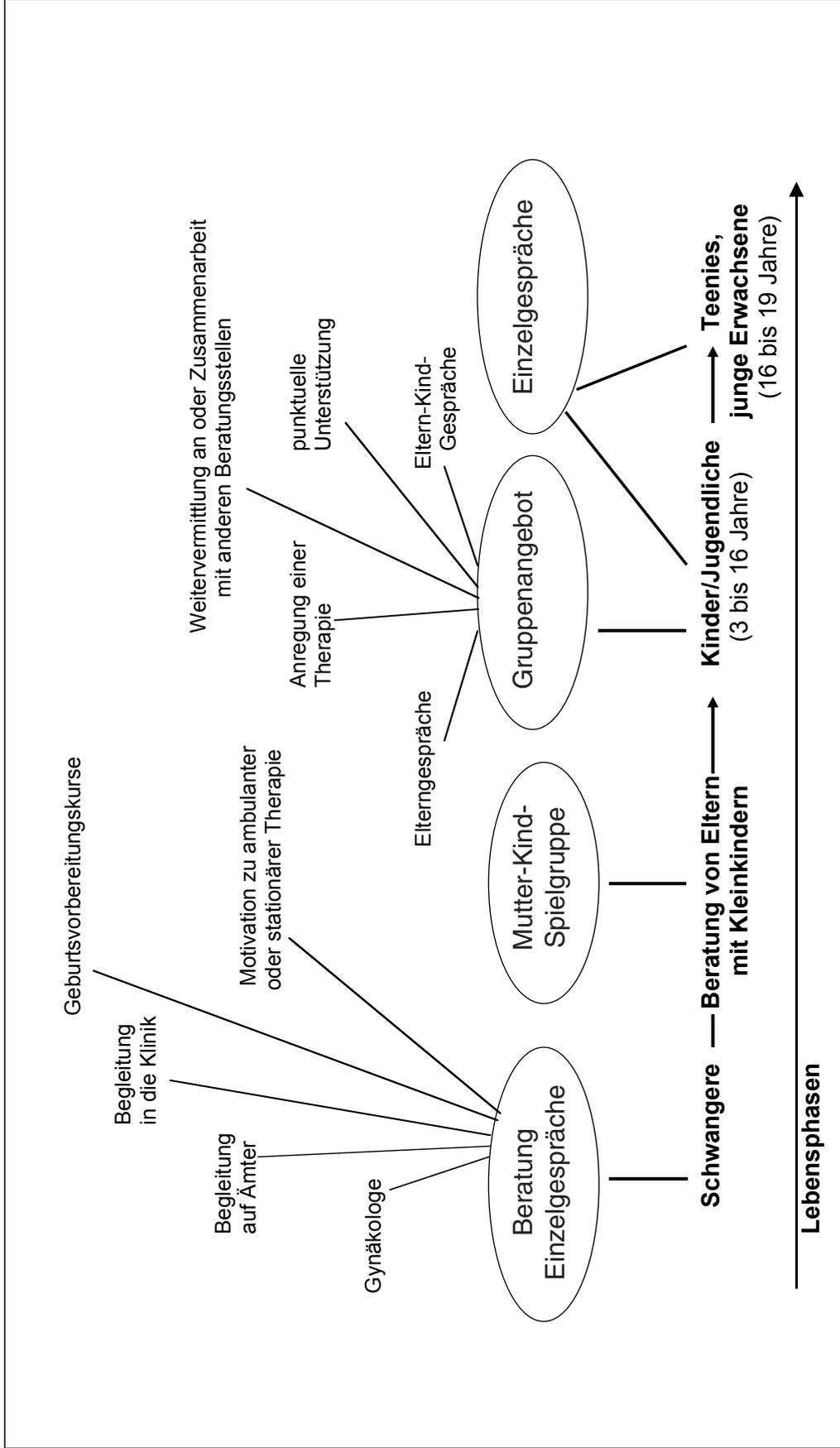


Abbildung 1

In der Abbildung 1 wird deutlich, dass die Möglichkeit gemäß der Maxime „Hilfe so früh wie möglich“ existiert, bereits während der Schwangerschaft Beratung und Begleitung für suchtkranke Frauen anzubieten. Wenn man der Zeitleiste in der Abbildung 1 unten folgt, dann sieht man, dass für die Mütter (gern auch Väter) und ihre noch sehr kleinen Kinder (bis zu drei Jahren) Mutter-Kind-Spielgruppen angeboten werden.

Im Jahr 2003 hatten insgesamt 107 Kinder zu MAKS Kontakt und nutzten die vielfältigen Angebote. Die **Tabellen 1 bis 3** geben nähere Auskunft über die bei MAKS betreuten Kinder.

Wichtiger Bestandteil unseres Gruppenangebots und auch bei den Einzelkontakten ist die begleitende Eltern- beziehungsweise Bezugspersonenarbeit in Form von Einzelgesprächen. **Ohne die Einbeziehung der Eltern wäre eine längerfristige Situationsveränderung nicht möglich.**

Interessant ist, wie die Kontaktaufnahme zu MAKS erfolgt. In der Regel kommt der erste Kontakt telefonisch und durch die Eltern zustande, die zumeist über Fachkräfte verschiedener Institutionen über das MAKS-Projekt erfahren haben.– **siehe Tabelle 4.**

#### Im Jahr 2003 bei MAKS betreute Kinder nach Geschlecht

Geschlecht	Anzahl der Kinder	Prozent
Mädchen	67	62,6%
Jungen	40	37,4%
Insgesamt	107	100%

Tabelle 1

© MAKS, Freiburg i. Br.

#### Im Jahr 2003 bei MAKS betreute Kinder nach Alter

Alter	Anzahl der Kinder	Prozent
0 bis 3 Jahre	15	14%
3 bis 6 Jahre	27	25,2%
7 bis 9 Jahre	19	17,8%
10 bis 12 Jahre	24	22,4%
13 bis 15 Jahre	16	15%
16 bis 19 Jahre	6	5,6%

Tabelle 2

© MAKS, Freiburg i. Br.

### Im Jahr 2003 bei MAKS betreute Kinder nach der Familiensituation

Familiensituation	Anzahl der Kinder	Prozent
allein erziehende Mutter	69	64,5%
Mutter und Vater	18	16,8%
Heimunterbringung	6	5,6%
Pflegefamilie	4	3,6%
Vater und neue Partnerin	4	3,6%
Mutter und neuer Partner	2	1,9%
allein erziehender Vater	2	1,9%
Großmutter und Großvater	2	1,9%

Tabelle 3

© MAKS, Freiburg i. Br.

### Vermittlung von Kindern zum MAKS-Projekt

Zugang zu dem Projekt	Anzahl der Kinder	Prozent
Suchtklinik	34	31,7%
Suchtberatungsstelle	21	19,6%
Freunde, Bekannte, Familie	6	5,6%
Heim	8	7,5%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	4	3,7%
andere Fachberatungsstellen	7	6,5%
Betreutes Wohnen, Nachsorge	2	1,9%
Jugendamt, Sozialamt	11	10,3%
Schule, Hort	6	5,6%
ohne Vermittlung	8	7,5%

Tabelle 4

© MAKS, Freiburg i. Br.

Wir unterscheiden im Prinzip zwei Zugangsmotivationen zu MAKS – siehe **Abbildung 2**. Die eine ist geprägt durch eine so genannte Problemeinsicht und bringt meist einen bereits in Therapie stehenden Menschen zu uns. Er oder sie ist der Meinung, dass die Suchterkrankung nicht nur eigenes Leid bringt, sondern vor allem Auswirkungen auf das soziale Umfeld hat. So kommen mitunter auch scheinbar unproblematische Kinder zu uns.

## Vom Kontakt zum Kontrakt – Zugangsmotivationen

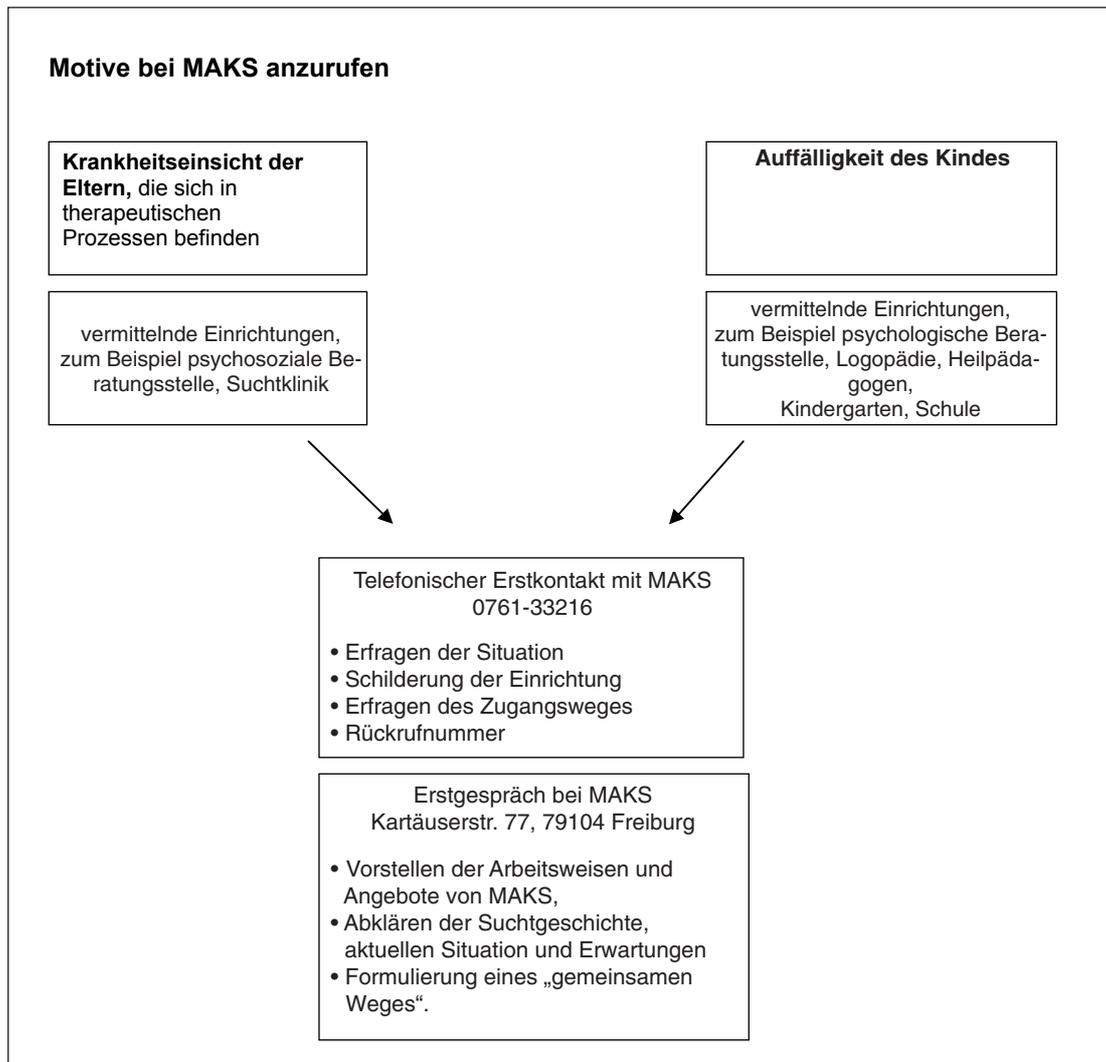


Abbildung 2

© MAKS, Freiburg i. Br.

Die andere Möglichkeit des Zugangs besteht über die „Auffälligkeit“ des Kindes. Die Eltern nehmen den Kontakt zu uns auf, weil sie sich und für das Kind eine Behebung oder Verbesserung der bestehenden Probleme bzw. gezeigten Schwierigkeiten wünschen. Auch hier gilt es, die Chancen einer zielgruppenspezifischen Arbeit fein herauszuarbeiten und immer wieder genügend Platz für das Thema „Sucht“ zu lassen beziehungsweise einzufordern.

Wurde am Telefon ein erster Termin zum Kennenlernen vereinbart, gilt es bei diesem Treffen, die Vorstellungen und gegenseitigen Erwartungen festzuhalten. Dieser daraus entstandene **Kontrakt** beinhaltet folgende wichtige **Vereinbarungen**:

- Die Bereitschaft, dem Kind „grünes Licht“ für das Sprechen über die häusliche Situation zu geben.
- Die Gewährleistung der regelmäßigen Teilnahme.

- Die Bereitschaft zu regelmäßigen Elternkontakten.
- Die Suchtproblematik der Eltern wird nicht „bearbeitet“.
- Es wird eine Vereinbarung über die Schweigepflicht geschlossen.

**Als fördernde Faktoren für die Arbeit im MAKS-Projekt haben sich folgende Aspekte bewährt:**

- Kontinuität des Angebots und der Bezugspersonen;
- Verlässlichkeit der Struktur;
- Verbindlichkeit seitens der Eltern;
- Notwendigkeit des „grünen Lichts“ seitens der Eltern gegenüber ihren Kindern, was das Sprechen über ihre Sucht und daraus resultierende Themen und Probleme angeht;
- Sommerfreizeit einmal pro Jahr;
- ständige Angebote.

Was in der **Tabelle 5** wie ein Stundenplan aussieht, ist die Auflistung der inzwischen neun verschiedenen Kindergruppen, drei davon in zwei Kleinstädten der Umgebung Freiburgs und zwei Mutter-Kind-Spielgruppen.

Alle Gruppen treffen sich einmal wöchentlich, an einem festen Tag und zu einer festen Uhrzeit. Sie sind mit zwei Erwachsenen besetzt, einer fest angestellten Mitarbeiterin und einer Praktikantin oder einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin.

Wir erleben es sehr häufig, dass sich Kinder suchtmittelabhängiger Eltern sozial isolieren und an ein Einzelschicksal glauben. Meist glauben sie sogar an ein selbstverschuldetes Einzelschicksal. Deshalb sind Gruppenangebote so wichtig. Mit dem Kontakt zu gleichfalls betroffenen Kindern und den vielleicht daraus resultierenden Beziehungen kann unter Anleitung erfahrener Pädagoginnen und Pädagogen ein wirklich „ungesunder Größenwahn“ relativiert werden.

Eine weitere wichtige Aufgabe eines Angebotes für die Kinder muss darin bestehen, „ein begleitendes Auge“ auf und für die Familie zu haben. In diesem Zusammenhang wären das direkte Ansprechen von Auffälligkeiten und gegebenenfalls eine einberufene Helferkonferenz zu nennen. Das Ziel dieser Treffen und Gespräche sollte immer das Einhalten von für das Kindeswohl angemessenen Rahmenbedingungen sein – auch mit den vielleicht notwendigen Konsequenzen einer (vorübergehenden) Fremdunterbringung. Dieser wichtige und wesentliche Zugang zu den Eltern kann als Erfolg eines stabilen Beziehungsangebotes gesehen werden. Diese Verbindung lässt sich unserer Erfahrung nach auch in durchaus schwierigen und schmerzhaften Situationen der Familien (Eltern!) aufrechterhalten. Einige Familien, die vorübergehend getrennt wurden, haben den Kontakt zu MAKS gehalten.

### Übersicht der Gruppen bei MAKS

Wochentag	Uhrzeit	Ort	Gruppenname	Altersspanne	
Montag	17.30 - 19.00 Uhr	Emmendingen	Jugendgruppe EM	12 bis 15+ Jahre	Alex
Montag	15.00 - 16.30 Uhr	Freiburg	Minigruppe neu	3 bis 5 Jahre	Katrin
Dienstag	14.30 - 16.00 Uhr	Freiburg	Minigruppe	5 bis 6/7 Jahre	Barbara
Dienstag	15.30 - 17.00 Uhr	Emmendingen	Die Eidechsen	7 bis 9+ Jahre	Alex
Mittwoch	16.30 - 18.00 Uhr	Freiburg	Mädchengruppe	11 bis 16+ Jahre	Barbara
Donnerstag	09.00 - 10.15 Uhr	Freiburg	Mutter-Kind-Spielgruppe	0 bis 3 Jahre (+Mütter)	Katrin
Donnerstag	10.30 - 12.00 Uhr	Freiburg	Mutter-Kind-Spielgruppe	0 bis 3 Jahre (+Mütter)	Katrin
Donnerstag	15.00 - 16.30 Uhr	Freiburg	Donnerstagsgruppe	13 bis 17+ Jahre	Alex
Donnerstag	14.30 - 16.00 Uhr	Müllheim	(NN)	3 bis 6+ Jahre	Barbara
Donnerstag	17.00 - 18.30 Uhr	Freiburg	Löwengruppe	10 bis 12 Jahre	Katrin
Freitag	14.30 - 16.00 Uhr	Freiburg	Freitagsgruppe	7 bis 9 Jahre	Alex

Tabelle 5

### **3. Das Angebot für schwangere Suchtmittelkonsumentinnen und Eltern mit Kleinkindern**

Von Anfang an war bei MAKS das Thema „Schwangerschaft und Sucht“ ein Kern der Arbeit; zunächst häufig in den Erstgesprächen, dann zunehmend durch Mütter, die bereits ein älteres Kind in einer MAKS-Gruppe untergebracht hatten und erneut schwanger wurden. 1997 wurde für diesen Personenkreis ein gezieltes Angebot eingerichtet, das seither kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut wurde. Zu der Zielgruppe des Angebotes gehören Babys und Kleinkinder von Suchtmittel Konsumierenden, Suchtmittel konsumierende Mütter und Schwangere, substituierte Mütter und Schwangere, auch ehemals suchtmittelabhängige Mütter und Schwangere sowie Partner von Suchtmittelabhängigen oder ehemals Suchtmittelabhängigen.

Durch die Angebote sollen die Entwicklungschancen der Kinder aus Suchtfamilien sowie die Lebenssituation der betroffenen Suchtfamilien deutlich verbessert werden. Auch die Stärkung der Erziehungsfähigkeit der Eltern ist ebenso ein Ziel wie die Prävention. Und natürlich sollen die Ressourcen der betroffenen Eltern gestärkt werden. Verbunden damit ist das Bemühen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von MAKS zur Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Trägern der Kinder und Jugendhilfe.

Zu den Angeboten gehört die Beratung für schwangere suchtmittelabhängige Frauen, die Beratung für Mütter mit Säuglingen und/oder Kleinkindern sowie Mutter-Kind-Spielgruppen.

Das Hauptanliegen besteht darin, den Kindern bessere Lebensbedingungen zu bieten. Die Eltern werden deshalb unterstützt, ihre Erziehungsfähigkeit zu stärken und für ein Zusammenleben mit ihren Kindern fähig zu sein. Ebenso ist es eine Aufgabe, die Eltern hinsichtlich der Angebote der Jugendhilfe aufzuklären und zu motivieren. Wenn Eltern die notwendige Hilfe nicht in Anspruch nehmen, werden immer wieder Grenzen erreicht, bei denen im Zweifelsfall das Wohl des Kindes an erster Stelle steht. **Wichtigstes Prinzip** der Arbeit bei MAKS ist die **Parteilichkeit für die Kinder**. Dies erfordert vor allem **Transparenz** von Anbeginn des Kontaktes zu den Eltern und hinsichtlich der Kooperation mit anderen sozialen Institutionen sowie dem Jugendamt. Auch die Beschreibung der Grenzen der erwähnten „offenen Haltung“ gehört zu unserem Verständnis von Transparenz.

Die Arbeit ist erfolgversprechend, wenn sie so früh wie möglich in der Schwangerschaft ansetzen kann. Je früher suchtmittelabhängigen Frauen mit ihren Kindern die notwendige Hilfe zur Verfügung steht, desto größer ist die Chance, gesundheitliche Risiken zu senken und soziale Notlagen zu verhindern.

#### **3. 1. Beratung für schwangere suchtmittelabhängige Frauen**

Je früher sich die Schwangere an uns wendet, um so mehr Zeit bleibt für die Organisation der veränderten Lebenssituation, zum Beispiel für Kontakte mit Institutionen,

Ämtern, Geburtsklinik und die Suche nach entsprechender medizinischer Betreuung. Der Perspektivenentwicklung, wie ein Leben mit Kind aussehen könnte, wird dabei ein großer Stellenwert eingeräumt.

In der Regel sind Hilfestellungen – so bei der Beantragung verschiedener finanzieller Hilfen (Stiftungsgelder, Sozialhilfe etc.) – von großer Bedeutung. Die Begleitung in eine in Frage kommende Geburtsklinik – Kreißsaalbesichtigung, Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaussozialdienst – kann ein recht praktisch orientierter Ansatz sein, ebenso die Hilfe bei der Beschaffung der Erstlingsausstattung.

MAKS verfügt inzwischen über einen reichen Fundus an Babybekleidung, Kinderwagen sowie Möbel, der unbürokratisch an die Schwangeren ausgeliehen wird. Wir klären die Frauen auch darüber auf, dass nach der Geburt in der Entbindungsklinik in aller Regel eine so genannte Helferkonferenz stattfinden wird. Dort wird besprochen, ob vor dem Hintergrund des Suchtproblems der Mutter (und dem Vater) die Versorgung des Kindes zugetraut wird und welche Unterstützungsangebote sie gegebenenfalls dafür braucht oder brauchen. Wenn zwischen der schwangeren Frau und MAKS mehrere Kontakte stattgefunden haben, wird der Frau immer angeboten, sie zu einer solchen Helferkonferenz zu begleiten.

Vor der Geburt des Kindes müssen die Frauen viel organisieren und erledigen. Wie beschrieben, sehen wir unsere Aufgabe darin, die Frauen auf ihre Möglichkeiten und Pflichten aufmerksam zu machen und sie bei der Organisation zu unterstützen. Zusammenfassend soll hier genannt werden:

- Entlastung durch helfende Gespräche,
- Begleitung zur Gynäkologie,
- Vermittlung in Geburtsvorbereitungskurse in Kooperation mit Hebammenpraxen,
- Babyausstattung beschaffen,
- Stiftungsgelder beantragen,
- Kreißsaalbesichtigung, Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaussozialdienst,
- Sorgeerklärung, die Entscheidung über die Frage, ob für das Kind das alleinige oder gemeinsame Sorgerecht beantragt werden soll,
- Sozialhilfe plus Mehrkostenaufwand beantragen,
- Klärung der Wohnsituation
- Motivationsarbeit für ambulante oder stationäre Therapie.

### **3. 2. Beratung für Mütter mit Säuglingen und/oder Kleinkinder**

Schwangerschaft ist in der Regel lediglich ein begrenzter Zeitraum von neun Monaten. Für viele Eltern beginnt gerade nach der Geburt mit Pflege und Erziehung des Kindes

die große, häufig schwer zu bewältigende Herausforderung, die eine Fortführung der Begleitung notwendig macht.

Für die Zeit der frühen Kindheit gibt es bei MAKs folgende konkrete Angebote:

- Einzelberatung für Eltern von Babys und Kleinkindern,
- Unterstützung und Begleitung bei Kontakten mit Institutionen, Ämtern und Behörden,
- Anregung ergänzender Hilfen, zum Beispiel Sozialpädagogische Familienhilfe,
- Vermittlung und Unterstützung bei der Suche nach Krabbelgruppen, Tagesmüttern, Fördereinrichtungen,
- angeleitete Mutter-Kind-Spielgruppen,
- Motivationsarbeit im Hinblick auf eine ambulante oder stationäre Therapie.

Die Beratungsgespräche fallen individuell sehr unterschiedlich aus. Zunächst kann es wichtig sein abzuklären, ob die Mutter bereits alle Gelder bekommt, die ihr zustehen. Viele Mütter wissen nicht genau Bescheid, was und wie viel sie bekommen und wo und wie sie die entsprechende finanzielle Unterstützung beantragen können. Wir sehen unsere Aufgabe darin, die Frauen darüber zu informieren und gegebenenfalls bei der Beantragung zu unterstützen, das heißt, neben der Beratung bietet MAKs auch die Begleitung zu den entsprechenden Ämtern an.

MAKS ist mit anderen Angeboten vielfältig vernetzt, so mit Suchtberatungsstellen, betreuten Wohngemeinschaften, diversen Heimen, Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, Erziehungsberatungsstellen, Kliniken usw.

Trotz enger Anbindung an MAKs wurde von den Müttern oft der Wunsch oder das Thema nach Austauschmöglichkeiten mit anderen „betroffenen Müttern“ formuliert. Dies war für uns die Grundlage und Motivation, eine Mutter-Kind-Spielgruppe bei MAKs zu installieren.

### **3. 3. Mutter-Kind-Spielgruppen bei MAKs**

Seit Herbst 2001 bietet MAKs zwei Spielgruppen an. Die eine Gruppe richtet sich an Eltern, die bereits längere Zeit stabil clean beziehungsweise trocken leben. Die andere Gruppe ist für die Eltern offen, die noch Suchtmittel konsumieren oder mit einem Ersatzstoff substituiert werden. Die Gruppen treffen sich wöchentlich jeweils anderthalb Stunden. Die Gruppen sind natürlich auch für Väter offen.

Die Frauen haben in der Regel von Suchtberatungsstellen oder der Arztpraxis von dem Angebot erfahren. Dann wird ein Termin für ein Erstgespräch ausgemacht. Dort möch-

ten wir unter anderem etwas über die Suchtgeschichte, den Schwangerschaftsverlauf und die Mutter-Kind-Beziehung wissen.

Zum Ablauf der Spielgruppe möchten wir Folgendes erwähnen: Sie beginnt immer mit demselben Begrüßungslied. Jede Mutter hat anschließend die Möglichkeit, kurz zu erzählen, wie es ihr gerade mit dem Kind geht („*Welche Erlebnisse haben mir letzte Woche mit meinem Kind Spaß gemacht? Was hat mich genervt?*“). Es ist uns wichtig, den Frauen zu vermitteln, dass es ganz normal ist, als Mutter auch immer wieder an die Grenzen der Belastbarkeit zu stoßen. Gerade Mütter mit einer Suchtproblematik haben sehr häufig einen unrealistischen Anspruch, alles perfekt machen zu müssen. Dem können sie oftmals nicht genügen. Negative Gefühle dem Kind gegenüber dürfen natürlich auch einmal sein.

Fester Bestandteil der Spielgruppe sind Fingerspiele, die die Kinder und Mütter im Laufe der Zeit gelernt haben sowie einfache, rhythmische Lieder. Für jede Gruppenstunde wird ein besonderes Angebot, das die Sinneswahrnehmung der Kinder fördern soll, von der Gruppenleiterin vorbereitet. Dies kann beispielsweise das Befühlen verschiedenster Materialien (Watte, Steine, Nüsse usw.) oder Hören auf verschiedene Klänge sein. Die Kinder genießen es, in dieser Stunde im Mittelpunkt zu stehen; auch die Mütter fühlen sich wohl und nehmen das Angebot gern wahr. Diese positiven Begegnungen zwischen Mutter und Kind tragen sicherlich zu einer insgesamt entspannteren Mutter-Kind-Beziehung bei.

Kurz gefasst bieten wir mit der Spielgruppe

#### den **Kindern**

- neue Sinneserfahrungen,
- erste Spielgefährten sowie
- positive entspannte Begegnungen mit der Mutter;

#### den **Müttern**

- Kontakte zu anderen Müttern und Kindern in ähnlicher Lebenssituation,
- Anstöße und Spielanregungen im Umgang mit dem Kind,
- Austausch und Klärung von spezifischen Fragen, so zur Ernährung, Einschlafrituale sowie
- Struktur für den Alltag

an.

Wichtig ist es uns abschließend anzumerken, dass eine akut drogenabhängige Mutter in aller Regel nicht in der Lage ist, den Alltag mit einem Baby oder Kleinkind zu bewerkstelligen. Die Sucht steht im Mittelpunkt – für die Versorgung eines Kindes ist kein oder wenig Platz da. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, entsprechende ander-

weitige Hilfen einzuleiten. Welche Hilfen oder Maßnahmen in Frage kommen, ist selbstverständlich stark vom Einzelfall abhängig. Ist die Mutter aufgrund ihres Suchtmittelkonsums sehr instabil, muss das Jugendamt eingeschaltet werden. Dort wird dann überlegt, ob beispielsweise mit einer engmaschigen Unterstützung durch eine Sozialpädagogische Familienhelferin (SPFH) die Familie unterstützt werden kann oder ob gegebenenfalls das Kind in einer Pflegefamilie untergebracht werden muss. Möchte die Mutter mit dem Kind zusammenleben, sollte im Allgemeinen bei der Mutter immer eine Bereitschaft vorhanden sein, längerfristig ein stabiles und im besten Falle ein drogenfreies Leben führen zu wollen.

#### **4. Ausblick**

Das heutige Thema kann leicht dazu verleiten, von einer in sich geschlossenen Gruppe von Menschen zu sprechen, die alle weitgehend gleiche familiäre Erfahrungen machen und folglich ähnliche Symptome aufweisen müssen. Betrachten wir jedoch die Lebenssituation dieser Kinder, ist es unabdingbar, sich immer wieder zu vergegenwärtigen, dass es nicht die suchtmittelabhängige Person und insofern auch nicht das Kind suchtmittelabhängiger Menschen gibt.

Eine folgerichtige und zwingende Konsequenz aus diesen Überlegungen muss deshalb auch darin liegen, bedarfs- und personenbezogene Hilfe anzubieten. Eine enge Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfe ist hier von größter Wichtigkeit, denn Hilfe kommt selten zu früh und fast nie zu spät. Diese Tagung hat bereits weitere Schritte geleistet.

„Zusammenkommen ist ein Anfang. Zusammenbleiben ist ein Fortschritt. Zusammenarbeiten ist ein Erfolg“. Dieses Zitat von Henry Ford gilt uns als Maxime.

# **Arbeitsgruppe 6: Aufsuchende Systemische Familientherapie in Leipzig – auch eine Jugendhilfemaßnahme für chronisch belastete Familien**

SYLVIA HEUMANN

*Sozialbezirksleiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes Leipzig-Nord,  
Jugendamt Leipzig*

## **1. Zum Wesen der Aufsuchenden Systemischen Familientherapie**

Die Aufsuchende Systemische Familientherapie (AFT) richtet sich an Familien, die sich in einer krisenhaften Situation befinden, durch verschiedene Probleme – finanzielle Not, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Kindererziehung usw. – belastet sind.

In Leipzig ist Aufsuchende Systemische Familientherapie ein Angebot im Bereich der Hilfen zur Erziehung; es basiert auf der Grundlage des § 27 Absatz 3 SGB VIII. Das Therapeutenpaar arbeitet sechs bis zwölf Monate in rund 26 Sitzungen mit der Familie. Das Angebot wurde auf der Grundlage des Konzeptes von Dr. Marie-Luise Conen (Berlin) erarbeitet. Im Konzept von Dr. Marie-Luise Conen werden Ideen der „home-based-therapy“ aus den USA aufgegriffen. Es ist ein Programm, das der Herausnahme von Kindern aus ihren Familien entgegenwirkt.

Zielgruppe sind Familien, die teilweise über Generationen Jugendhilfeeindrücke haben und die bei Beratungsstellen nicht mehr „ankommen“. Probleme der Familie werden bei der Therapie nicht als Eigenschaft einzelner Personen gesehen, sondern als Ausdruck der aktuellen Kommunikations- und Beziehungsbedingungen in einem System. Symptome und Krisen erscheinen auch nützlich, da sie auf Störungen der Entwicklungsmöglichkeiten hinweisen. Die bisherigen Problem- und Eskalationsmuster sollen so verändert werden, dass die Familien wieder unabhängig von Jugendhilfe leben können. Bisherige Verhaltensmuster werden in Frage gestellt und andere Sichtweisen werden angeregt (zum Beispiel im reflecting team). Letztendlich entscheidet die Familie, welche der angebotenen Sichtweisen für sie zukünftig nutzbar sind. In der Aufsuchenden Systemischen Familientherapie werden die umgebenden Systeme einbezogen, so Schule, Arbeitswelt und Wohnumfeld.

Gerade Familien mit mehrschichtigen Problemen sind sehr sensibel gegenüber Abwertungs- und Deklassierungsprozessen. Das findet in der Therapie besondere Aufmerksamkeit. Mit der Familie werden die Ressourcen und Fähigkeiten jedes einzelnen Familienmitglieds entdeckt und gefördert. Verweigerung von Familien wird als Angst vor weiteren Enttäuschungen betrachtet. Es wird eine entlastendere Perspektive mit der Familie erfunden und somit wieder Hoffnung geweckt, welche die Motivation für die weitere, zukunftsorientierte Zusammenarbeit bietet.

## **1. 1. Die aufsuchende Arbeit**

Die Besonderheiten dieser Hilfeform sind, dass die Familie dort aufgesucht wird, wo sie sich aufhält, in der Regel zu Hause:

- Die Hemmschwelle wie bei den üblichen Beratungs- und Therapieangeboten wird damit umgangen.
- Der Heimvorteil gibt der Familie Sicherheit.
- Die Lebenssituation wird unmittelbar wahrgenommen.
- Störungen können einbezogen und für Interventionen genutzt werden; auch Ressourcen werden dabei entdeckt.

## **1. 2. Die Co-Therapie**

Es gehen immer zwei Therapeuten in eine Familie. Damit wird verhindert, dass eine Therapeutin in den Strudel des Familiensystems gerät. Die zweite Therapeutin kann beobachten und bei Notwendigkeit eingreifen. Das Gleichgewicht in der Familie kann so gewahrt und die Methode des „reflecting team“ kann genutzt werden.

## **1. 3. Zwangskontext**

Eine weitere, für eine Therapie ungewöhnliche Besonderheit ist die Arbeit im Zwangskontext. Die Maßnahme wird der Familie entweder auf Druck des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) oder des Familiengerichtes angeordnet, weil der Schutz und/oder die Versorgung der Kinder nicht ausreichend gewährleistet ist. Die Therapeuten greifen dies in ihrer Arbeit mit der Familie auf, Ziel der Familie und somit Arbeitsgrundlage könnte das „Loswerden des Allgemeinen Sozialen Dienstes sowie die Unabhängigkeit vom Allgemeinen Sozialen Dienst“ sein.

Die Arbeit im Zwangskontext erfordert eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Allgemeinem Sozialen Dienst und der Aufsuchenden Systemischen Familientherapie. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter muss seine Verantwortung in diesem Arbeitskontext voll wahrnehmen. Der Familie muss sehr deutlich bewusst sein, was es heißt, wenn sie die Sitzungen nicht wahrnimmt – Eingriff in die elterliche Sorge, Inobhutnahme der Kinder usw.

## **2. Aufsuchende Systemische Familientherapie in Leipzig**

### **2. 1. Wie das Projekt entstand**

Im Sommer 1997 entstand die Idee, ein Projekt zu entwickeln, bei dem die intensive Arbeit mit Familien im Mittelpunkt steht. Es wurden verschiedene, existierende Ange-

bote analysiert, so das Projekt in Biberach (Baden-Württemberg) und das Modell von Dr. Marie-Luise Conen in Berlin. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Jugendamtes (ASD, Fachabteilung) wurden angesprochen, ob sie sich engagieren möchten.

Im Sommer 1998 stand das Konzept der Aufsuchenden Systemischen Familientherapie fest. Die Arbeit mit den Familien sollte Ende des Jahres beginnen. Das Projekt startete Anfang Januar 1999 mit insgesamt zwölf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern; neun Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von freien Trägern und drei Mitarbeiterinnen des Jugendamtes. Die Leitung des Projektes oblag dem Jugendamt der Stadt Leipzig. Dr. Marie-Luise Conen übernahm in den ersten Jahren die Supervision der Therapeuten.

Im Dezember 2001 endete der Projektstatus. Dr. Marie-Luise Conen gab die Verantwortung über die Supervision ab, die Leitung des Projektes durch das Jugendamt Leipzig wurde aufgehoben. Die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe schlossen einen Kooperationsvertrag und wählten einen Koordinator. Einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes arbeiteten als Honorarkräfte bei einem freien Träger weiterhin bei der AFT mit. Zu Beginn des Jahres 2003 wurde das AFT-Team um acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erweitert.

## **2. 2. Ausstattung**

Es finden vierzehntägig Teamberatungen zu laufenden Fällen statt. Themen der Beratungen sind auch die Entgegennahme und Verteilung von neuen Fällen sowie organisatorische Angelegenheiten. Die Teammitglieder treffen sich einmal monatlich zu einer vierstündigen Supervision. Für diese Zusammenkünfte können die Räumlichkeiten eines freien Trägers genutzt werden.

## **2. 3. Verfahrensablauf**

Nachdem die Familie einen Antrag auf Hilfen zur Erziehung gestellt hat und der Allgemeine Soziale Dienst diese Hilfe als notwendig und geeignet einschätzt und bewilligt, wird die Familie in einer Teamberatung der AFT vorgestellt. Es wird im Team entschieden, ob die Rahmenbedingungen stimmen und wer von den Kolleginnen und Kollegen den Fall übernehmen will oder sollte. Die übernehmenden Therapeuten stimmen mit der verantwortlichen Mitarbeiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes ab, wie der erste Kontakt mit der Familie gestaltet werden soll und wie weitere Kontakte beziehungsweise das Hilfeplangespräch vorzubereiten sind.

Die Sitzungen mit der jeweiligen Familie finden in der Regel wöchentlich statt und dauern rund anderthalb Stunden. Die Sitzungen werden inhaltlich dokumentiert. Das Thema, Dauer, Zeitpunkt und sowie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden als Information monatlich an den Allgemeinen Sozialen Dienst übermittelt.

## **2. 4. Arbeitsphasen**

### **1. Phase (6 bis 8 Wochen): Auftragsklärungen und Ressourcenorientierung**

Die Fähigkeiten der einzelnen Familienmitglieder werden wahrgenommen und der Familie in den Sitzungen benannt. Positive Auffälligkeiten – auch Kleinigkeiten wie zum Beispiel frische Blumen auf dem Tisch, aufmerksames/konsequentes Eingehen auf die Kinder, Essen wird gekocht ... – werden kommentiert. Dabei fällt auf, je mehr positive Rückmeldungen, desto häufiger kommt es zu Störungen. Die Familienmitglieder sind positive Rückmeldungen nicht gewohnt und deshalb irritiert, das Selbstbild der Familie wird „gestört“.

### **2. Phase (6 bis 10 Wochen): Problemlösungen**

Bisherige Verhaltensmuster und Problemlösungsmuster werden hinterfragt, andere Sichtweisen angeboten und andere Handlungsstrategien mit Methoden der Systemischen Therapie entwickelt.

### **3. Phase (6 bis 8 Wochen): Stabilisierung und Abschluss**

Die entwickelten Handlungsideen werden überprüft und hinterfragt. Die umgebenden Systeme der Familie – zum Beispiel Schule oder Kindergarten – werden von den Entwicklungen der Familie in der Regel überzeugt.

Nach jeweils sechs Monaten und einem Jahr nach Beendigung der Maßnahme nehmen die Therapeutinnen und Therapeuten Kontakt zu den begleiteten Familien auf. Diese Kontakte dienen der Evaluierung der eigenen therapeutischen Arbeit sowie der wiederholten Stabilisierung der entwickelten Handlungsstrategien der Familie.

## **2. 5. Daten, Fakten, Aussagen**

Zu Beginn des Jahres 2003 arbeiteten wir in 53 Familien nach der beschriebenen Methode. In 32 Familien beendeten wir im Jahr 2003 die AFT. Die folgenden dargestellten Daten und Fakten wurden auf der Grundlage von 27 Familien erhoben. Die Differenz ergibt sich aus fünf nicht auswertbaren Statistik- beziehungsweise Evaluationsbögen. Mit Beginn des Jahres 2003 stellten wir die statistische Erfassung auf die im Jahr 2002 erarbeiteten Evaluationsbögen um. Dort sind die oben erwähnten Differenzen zu suchen.

Die **Abbildung 1** zeigt eine kontinuierliche Fallzahlentwicklung, welche einer natürlichen, endlichen Dynamik unterliegt. Die in diesem Bericht aufgezeigten Erfolge der AFT veranlassen uns, auch für das Jahr 2004 eine Kontinuität der Fallzahlen anzunehmen.

Das AFT-Team hat im Jahr 2003 bis auf zwei Familien die in der Leistungsbeschreibung avisierten bis zu 26 Sitzungen nicht überschritten. In den zwei Fällen wurden in

**Fallzahlenentwicklung 1999 - 2003**  
(Gesamtzahl der Familien, die AFT beendet haben: 102)

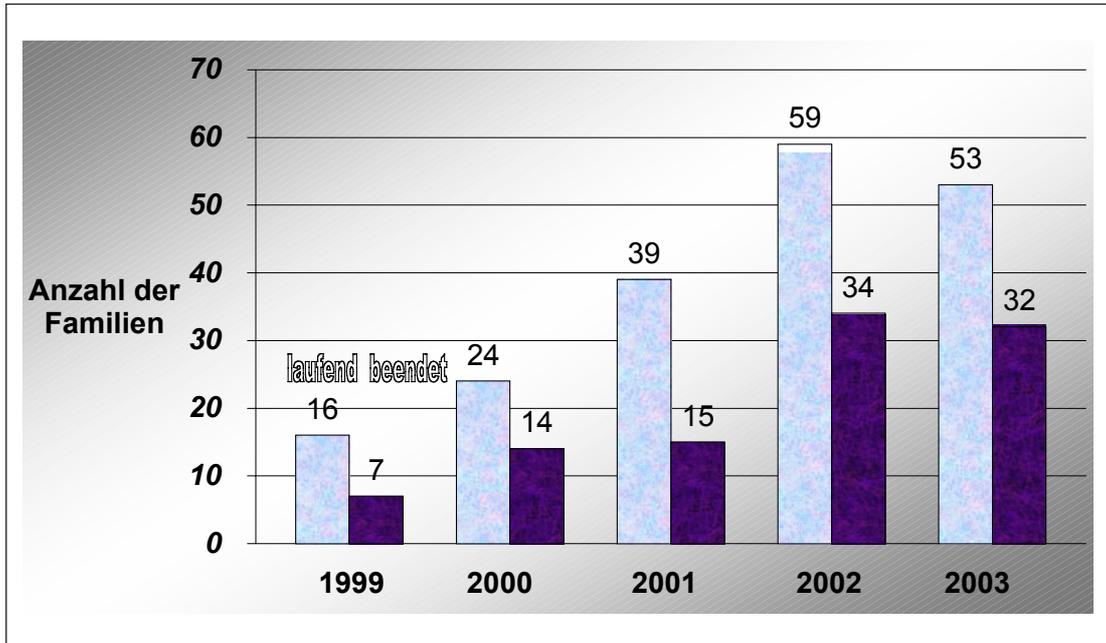


Abbildung 1

© Jugendamt Leipzig

Abprache mit den zuständigen ASD-Mitarbeitern weitere Sitzungen vereinbart, um einen erfolgreichen Abschluss der Hilfe zu ermöglichen. Lediglich bei einer Familie wurde AFT innerhalb der ersten drei Monate abgebrochen. Diese sehr geringe Zahl des Nicht-Zustandekommens der Hilfe AFT beziehen wir auf die im Vorfeld stattfin-

**Dauer der Hilfen 2003**  
(Gesamtzahl der Familien: 27)

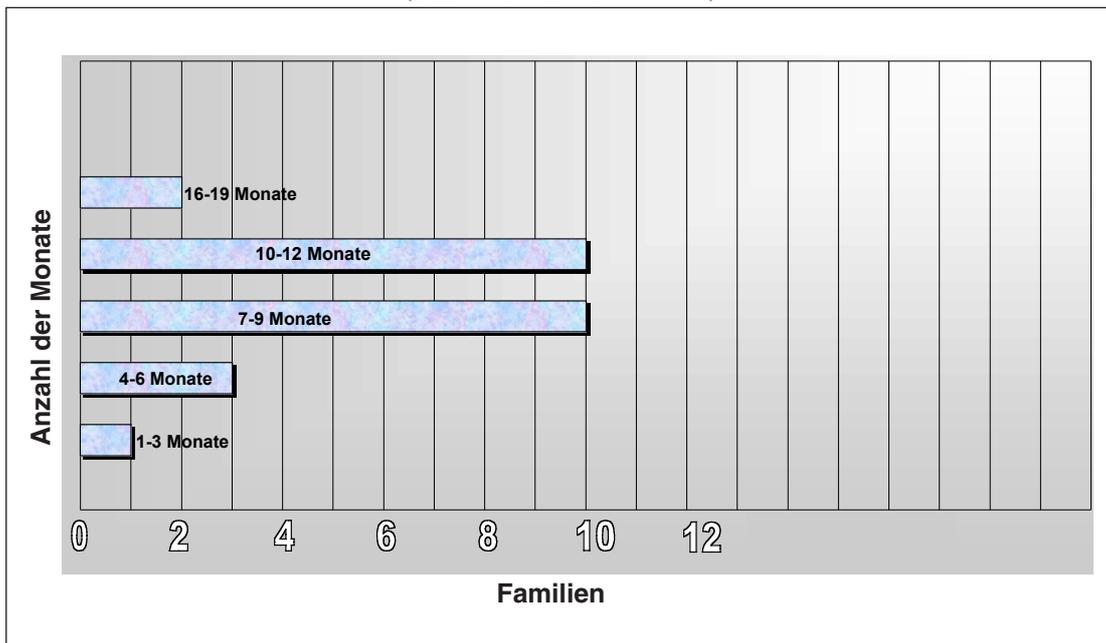


Abbildung 2

© Jugendamt Leipzig

dende intensive Fallaufnahme und Fallbesprechung mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Allgemeinen Sozialen Dienstes und innerhalb des AFT-Teams. Es wird deutlich, dass die Teams der Co-Therapeuten mit den Familien oft weniger Sitzungen benötigen, um die Hilfe erfolgreich abschließen zu können.

Die **Abbildung 2** belegt, dass die in der Leistungsbeschreibung angedachte Hilfedauer von sechs bis zwölf Monaten – bis auf zwei Ausnahmen – am oberen Ende eingehalten wurde. Die Hilfen mit Unterschreitung der geplanten Dauer wurden entweder vorzeitig beendet beziehungsweise nach wenigen Sitzungen abgebrochen. Manche Familien konnten sich auf diese Hilfeform nicht dauerhaft einlassen und es gab keine Möglich-

### Kinder (bis 18 Jahre) leben in folgenden Familienverhältnissen

(Aufschlüsselung nach Kindern und Familienverhältnissen, 56 Kinder in 27 Familien)

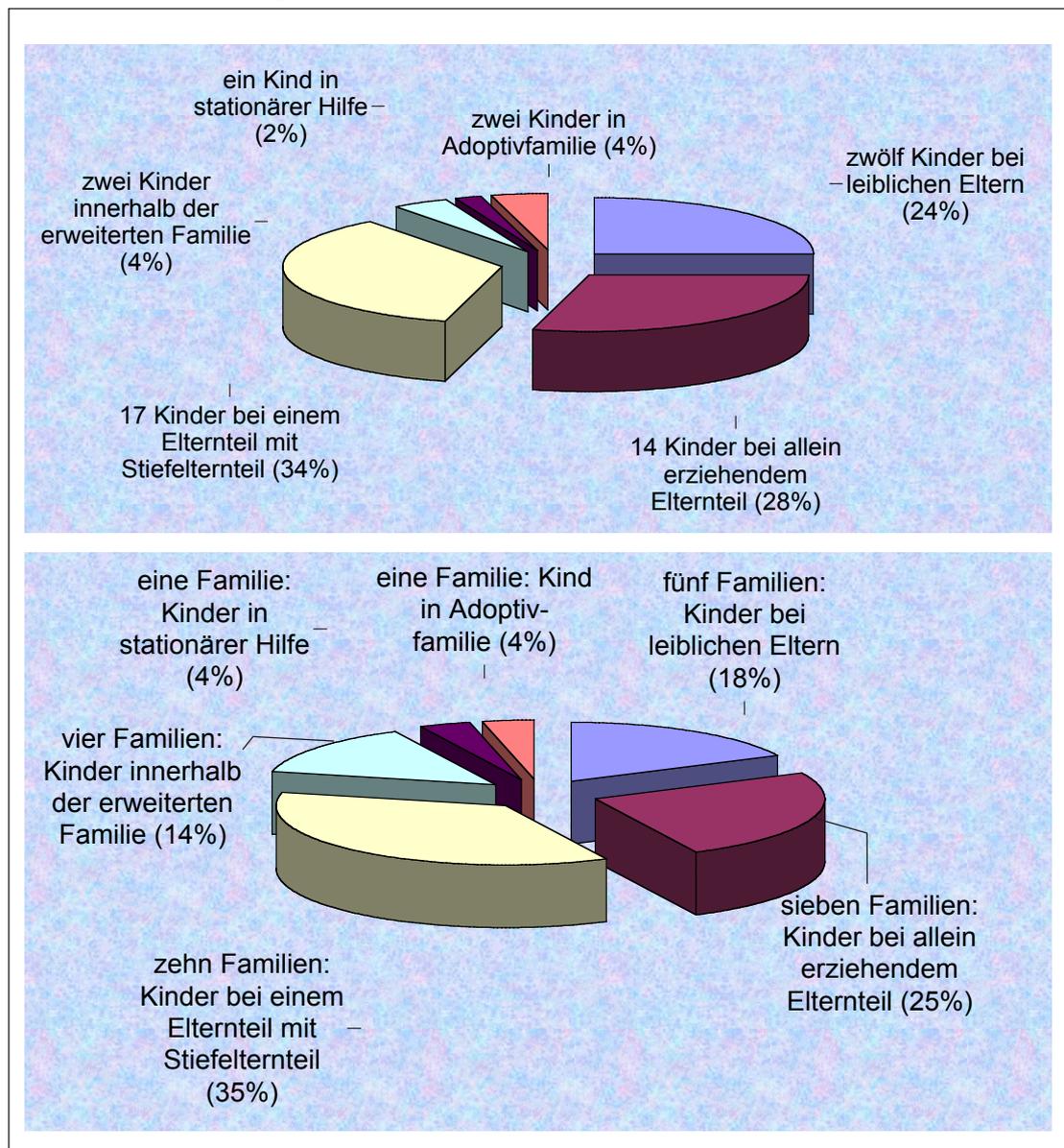


Abbildung 3

© Jugendamt Leipzig

keit, einen Zwangskontext herzustellen. Mitunter waren auch Helferinnen und Helfer von der Effektivität der Hilfe nicht überzeugt.

Die **Abbildung 3** zeigt die Familienverhältnisse und Lebenssituationen der Kinder und deren Familien. Sehr bemerkenswert ist, dass nur 18 Prozent der Familien, mit denen wir gearbeitet haben, in einer klassischen Familienkonstellation leben. Die AFT scheint besonders für die Familien eine Hilfe darzustellen, die in alternativen Familienszusammenhängen leben. Bei der Neu- bzw. Rekonstruktion von Lebenszusammenhängen und Lebensmodellen können wir hilfreich Unterstützung leisten. Eine Aufgabe für das Jahr 2004 ist die Sensibilisierung der Wahrnehmung auf Familien, die in Pflege- beziehungsweise Adoptionsverhältnissen leben.

Die Zahl von 1,4 Kinder pro Haushalt in Deutschland spiegelt sich nicht so in den betreuten Leipziger Familien wieder. Die Familien, mit denen wir die Arbeit im Jahr 2003 beendeten, haben durchschnittlich 2,1 Kinder. Erwähnenswert ist, dass die Haushalte mit einem und zwei Kindern die jeweils größten Gruppen darstellen – **siehe Abbildung 4**.

Seit dem Jahr 2003 arbeiteten wir mit Evaluationsbögen, wobei die Bögen für die Grunddaten der Familie und die Problembeschreibung durch die Therapeutinnen und Therapeuten die Grundlage für die statistische Erfassung darstellen. Wir klassifizierten zehn Problemlagen der Familien. Wichtiger Hintergrund bei der Betrachtung der **Abbildung 5** ist, dass die aufgezeigten Problemlagen nicht identisch mit den zu bearbeitenden Aufträgen sind. Es lässt sich ablesen, dass die Anzahl der zu Beginn der Therapie aufgeführten Problemlagen nach der Beendigung von AFT insgesamt abgenommen hat.

**Anzahl der Kinder (bis 18 Jahre) im Haushalt**  
(2003: 55 Kinder in 27 Familien)

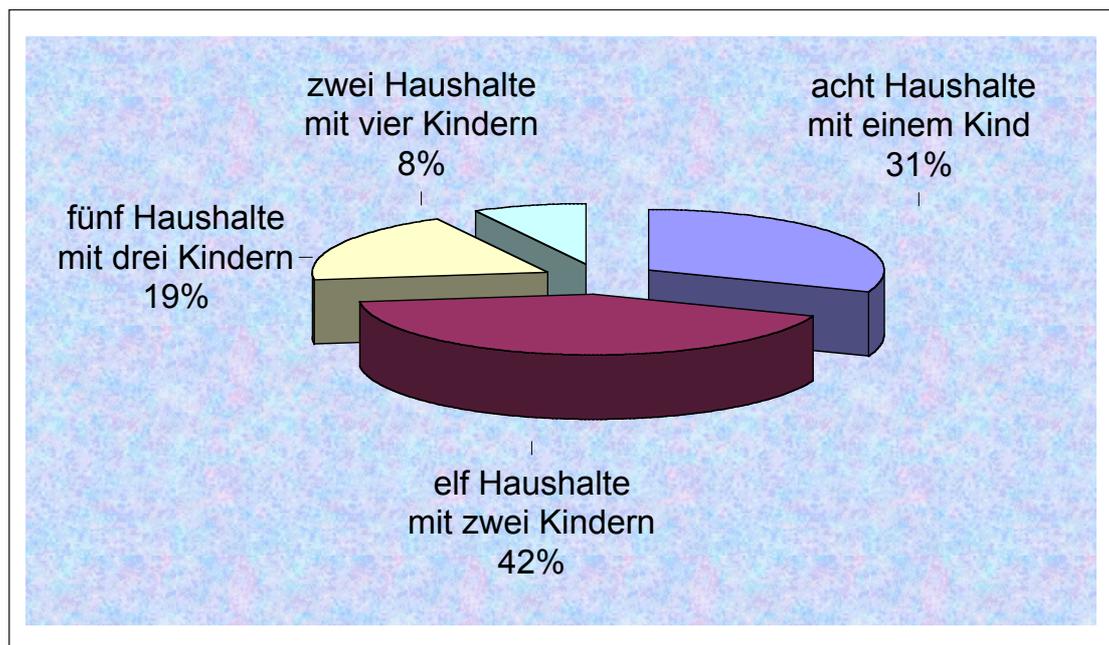


Abbildung 4

© Jugendamt Leipzig

**Problemlagen der Familien 2003**  
(27 beendete Fälle, Mehrfachnennungen waren möglich)

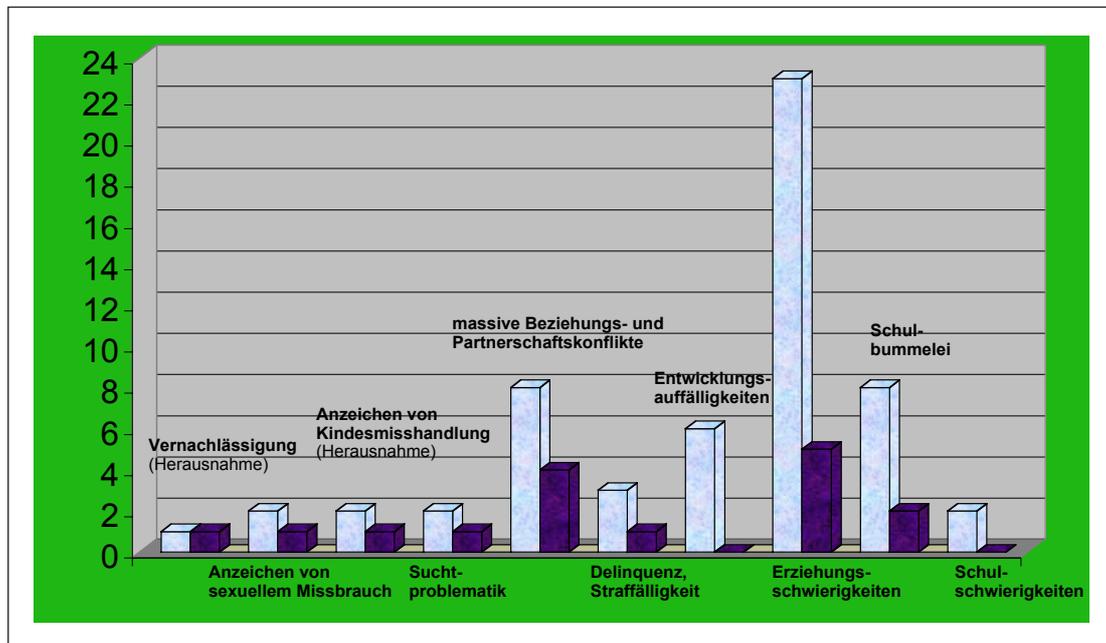


Abbildung 5

© Jugendamt Leipzig

Viele Familien, die mit Erziehungsschwierigkeiten, Entwicklungsauffälligkeiten und Schulbummelei konfrontiert waren, konnten diese Problemlagen positiv verändern. Eine positive Veränderung der Problemlage bei massiven Beziehungs- und Partnerschaftskonflikten kann im Vergleich zum Jahr 2002 hervorgehoben werden.

Die wesentlichsten Informationen sind in der **Abbildung 6** dargestellt: Aufträge und Ergebnisse der 27 erfassten Fälle im Jahr 2003.

Die Anzahl der Aufträge an das Team der Co-Therapeuten variiert zwischen einem und bis zu drei Aufträgen. Die mit Abstand am häufigsten erteilten Aufträge waren die Stärkung der Familie für ein eigenverantwortliches Leben und Beziehungsklärung innerhalb der Familie. Dies beinhaltete, die Ressourcen und Kommunikationsfähigkeiten der Familien mit ihnen so wiederzuentdecken und zu stärken, dass sie für den weiteren Verlauf unabhängig von Jugendhilfeangeboten ihren Familienalltag gestalten können. Besonders bei diesen Aufträgen, aber auch bei der Verhinderung von Fremdplatzierung hat sich das systemische Arbeiten mit den Familien sehr bewährt. Insgesamt 27 Kinder und Jugendliche leben beziehungsweise leben wieder in ihren Familien, bei denen wir gemeinsam an einer Verhinderung von Fremdplatzierung oder Rückführung arbeiteten.

In der Zusammenarbeit mit dem Allgemeinen Sozialen Dienst muss noch deutlicher werden, dass wir Methoden und Interventionen in die Arbeit mit den Familien einbringen können, die eine Bearbeitung der Aufträge – so bezüglich der Beendigung des sexuellen Missbrauchs und der Verringerung von delinquentem Verhalten – erfolgreich möglich machen.

**Aufträge und Ergebnisse von AFT 2003**  
(27 beendete Fälle, Mehrfachnennungen waren möglich)

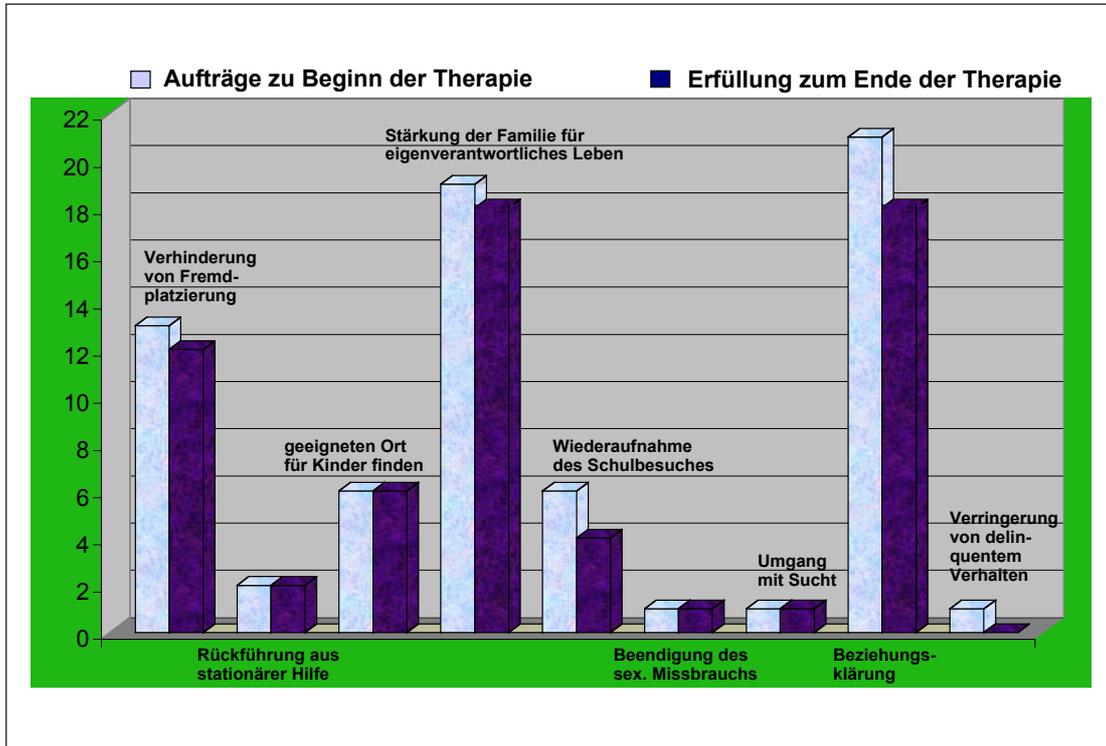


Abbildung 6

© Jugendamt Leipzig

**Erfüllung der Aufträge an AFT im Jahr 2003**  
(27 beendete Fälle)

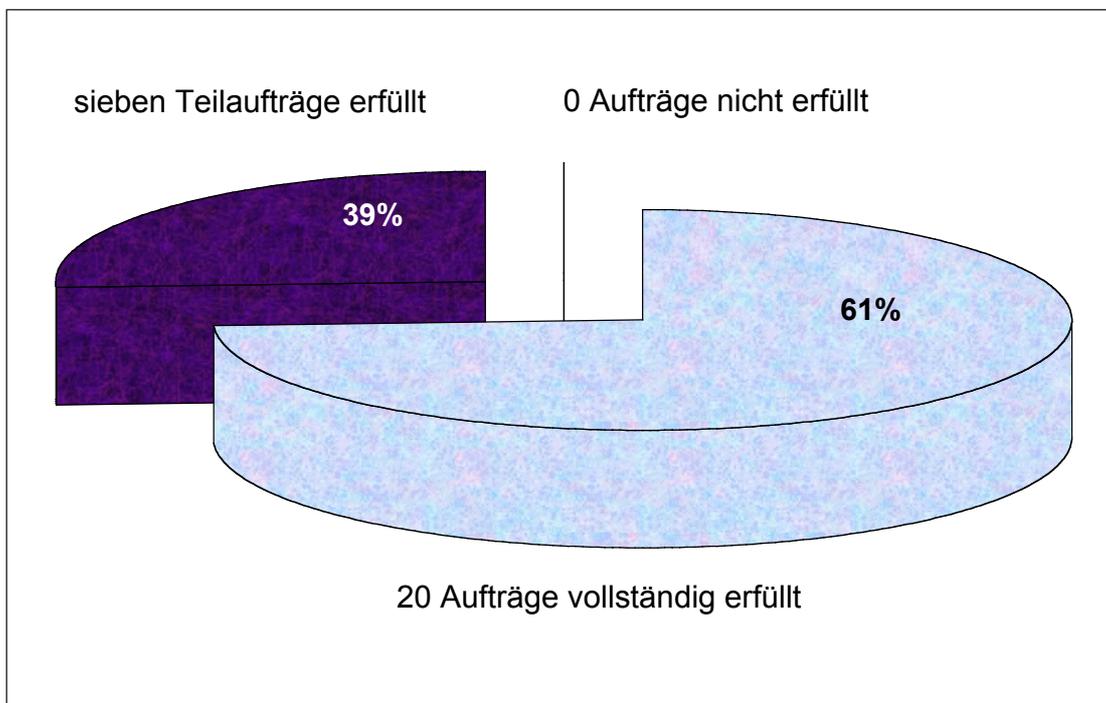


Abbildung 7

© Jugendamt Leipzig

Der Auftrag, einen geeigneten Ort für Kinder und Jugendliche zu finden, ist so zu verstehen, dass neben einem Verbleib in der Familie eine Verselbständigung angestrebt wurde, so eine Unterbringung innerhalb der erweiterten Familie aber auch in begründeten Fällen eine Wohngemeinschaft oder Heimunterbringung.

Die **Abbildung 7** gibt einen Überblick über die Erfüllung der Aufträge an das AFT-Team Leipzig. Von den 27 ausgewerteten Fällen wurden bei 20 die Aufträge vollständig erfüllt und bei sieben weiteren Familien zum Teil. Mit den bereits erwähnten Einschränkungen können wir für das Jahr 2003 auf eine erfolgreiche Arbeit des AFT-Teams zurückblicken.

# Arbeitsgruppe 7: Leben auf dem Trapez: Hörende Kinder gehörloser Eltern

LISA EIDENS

*Familientherapeutin im Verein „Erziehungshilfe“ e.V., Hamburg,  
und*

ASTRID MÜLLER

*Rehabilitations- und Heilpädagogin für Hörgeschädigte,  
Deutsche Gesellschaft für grenzübergreifende Gehörlosen- und  
Hörbehindertenhilfe e.V., Flensburg*

## 1. Grundsätzliche Überlegungen

Wenn eine Mitarbeiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes erfährt, dass gehörlose Eltern mit einer Anfrage zu ihr in das Jugendamt kommen wollen, aber sie selbst keine Kenntnisse in Deutscher Gebärdensprache (DGS) hat, ist sie eventuell davon überzeugt, dass sie mit diesen Eltern auf dem Schriftweg kommunizieren kann und muss. Oft ist nicht bekannt, dass im SGB IX ein Anrecht auf Gebärdensprachdolmetscher bei Zuweisungserklärungen für gehörlose Menschen besteht.<sup>1</sup>

Mit Unterstützung eines Gebärdensprachdolmetschers werden Eltern und Kinder der Mitarbeiterin erklären können, welche Probleme bestehen, und es wird vielleicht der Wunsch nach Erziehungsberatung deutlich. Fachkräfte von Beratungsstellen werden ebenso wie die Mitarbeiterin des Jugendamtes mit den Eltern über Dolmetscher kommunizieren können. Beratung und Therapie mit einem Dolmetscher sind nicht optimal, aber besser als keine Hilfe.<sup>2</sup> Seitens der Therapeuten wird häufig das Problem genannt, dass sie keinen direkten Blickkontakt zu dem Gehörlosen aufnehmen können. Gehörlose schauen immer zum Dolmetscher. Seitens der gehörlosen Eltern wird bedauert, dass mit einem Dolmetscher kein vertrauliches Therapiegespräch möglich ist, weil sie ihre Gefühle nicht direkt dem Therapeuten beschreiben können, sondern hoffen müssen, dass ein Dolmetscher richtig übersetzt.

## 2. Allgemeine Informationen zu der psychosozialen Familiensituation

In Deutschland gibt es rund 80.000 gehörlose Mitmenschen und in etwa 90 Prozent der Fälle haben gehörlose Eltern hörende Kinder oder anders herum: gehörlose Kinder

---

<sup>1</sup> Gebärdensprachdolmetscher sind rar, Adressen qualifizierter Dolmetscher sind über [www.deafbase.de](http://www.deafbase.de) unter der Rubrik Dolmetscher zu finden.

<sup>2</sup> Seit 2001 gibt es ein Angebot von Erziehungsberatung in Deutscher Gebärdensprache in Hamburg. Kontakt unter [www.erziehungshilfeverein.de](http://www.erziehungshilfeverein.de), in Flensburg gibt es seit Oktober letzten Jahres das Angebot der häuslichen (sozialpädagogischen) Familienhilfe. Kontakt unter [www.hoerbehinderten-hilfe.de](http://www.hoerbehinderten-hilfe.de)

haben zu 90 Prozent hörende Eltern. Die Kinder von gehörlosen Eltern wachsen bis zur Kindergartenzeit in der Gehörlosenwelt auf, die eine eigene Kultur und eine eigene Sprache, die Gebärdensprache, beinhaltet. Manchmal wird die Geburt eines hörenden Kindes von den gehörlosen Eltern sehr zwiespältig aufgenommen. Sie müssen sich für ihre Kinder mit einer Welt auseinandersetzen, die ihnen sprachlich immer fremd bleiben wird und in der sie selbst als Behinderte gelten. Sie müssen ihre Kinder auf eine Welt vorbereiten, der sie als gehörlose Eltern kommunikativ unterlegen sind und von der sie sich nicht als vollwertige Menschen akzeptiert fühlen. Die eigene Sozialisation und psychosoziale Entwicklung als hörbehinderte Person in einer hörenden Majorität spielt bei allen Eltern eine große Rolle und hat Auswirkungen auf das Erziehungsverhalten und das Familienleben. Wie alle Eltern möchten auch gehörlose Menschen gute Eltern sein und ihren Kinder einen guten Weg in das spätere Leben bereiten können. Und doch stellt die Erziehung und das Familienleben eine größere Herausforderung an Eltern und Kind als bei hörenden Familien.

Wenn das Kind in den Kindergarten kommt oder später zur Schule geht, haben gehörlose im Vergleich zu hörenden Eltern in den wenigsten Fällen die gleichen Hintergrundinformationen über die Institution und darüber, was es für Probleme oder Fortschritte mit ihren Kindern gibt. Es gibt keine kurzen Gespräche beim Abholen des Kindes. Sie können sich keine kurzen Ratschläge von anderen Eltern aus dem Kindergarten holen und selten kommen andere Kinder zu Besuch, weil die gehörlosen Eltern die hörenden Eltern nicht kennen oder umgekehrt.

In wenigen Fällen kommunizieren die Institutionen oder andere Eltern mit ihnen schriftlich. Hinzu kommt, dass viele Gehörlose keinen ausreichenden Wortschatz im Schriftdeutsch besitzen, wodurch sie weniger Informationen über das alltägliche und aktuelle Leben der hörenden Gesellschaft haben. Sie können ohne Dolmetscher an keinen Informations- oder Theaterveranstaltungen ihrer Kinder teilnehmen, womit ihnen ein großer Teil des Lebens ihrer Kinder unbekannt bleibt. Es gibt in Deutschland noch kein bundesweites Gesetz, über das die Dolmetscherkosten für Elternabende geregelt werden. Oft werden die Kinder als Mittler zwischen Schule oder Kindergarten und Eltern eingesetzt – eine Rolle, die den Kindern keinesfalls zuteil werden sollte. Es ist für gehörlose Eltern aufgrund von Kommunikationsbarrieren schwieriger als für hörende Eltern, ihre Elternrolle mit all ihren Pflichten und Rechten auszuüben.

Für hörende Eltern mit hörbehinderten Kindern stehen viele unterstützende und beratende Möglichkeiten zur Verfügung; auch Familien ohne elterliche oder kindliche Hörbehinderung können zu Erziehungsberatungsstellen gehen. Diese Möglichkeit bleibt gehörlosen Eltern oft verschlossen, weil der Mangel an Dolmetschern dies verhindert oder die Eltern nicht wissen, dass sie Anspruch auf Dolmetscherleistungen haben und davon ausgehen, diese selbst bezahlen zu müssen. Aber gerade bei gehörlosen Eltern ist der Beratungsbedarf besonders hoch, weil der Kontakt zu den Bildungseinrichtungen der Kinder erschwert und ihnen ein großer Teil an Informationen über ihre Kinder nicht zugänglich ist. Hinzu kommt, dass gehörlose Eltern ihre Kinder lautsprachlich nicht fördern oder korrigieren können.

Hörende Kinder von gehörlosen Eltern weisen bei unterlassener Lautsprachförderung Sprachentwicklungsverzögerungen auf, die bei ausreichender und kompetenter Förderung schnell aufzuholen wären. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die sprachlichen Defizite die Kinder in ihrer schulischen Laufbahn erheblich beeinträchtigen können. Es werden leider häufig falsche Rückschlüsse auf die kognitiven Fähigkeiten gezogen. Um diese Probleme bewältigen zu können, sind Personen vonnöten, die Erfahrungen mit dem Leben gehörloser Menschen haben, Fachkräfte mit Erfahrungen, die Lehrer und Erzieher in der Regel nicht haben können.

Es herrscht auf Seiten der Eltern oft Unsicherheit über die Auswahl der Sprache. Viele gehörlose Eltern haben in ihrer eigenen Kindheit erlebt, dass ihrer Gebärdensprache mit Ablehnung begegnet wurde; sie sind oft sehr unsicher, ob sie als gemeinsame Sprache mit ihren Kindern die Gebärdensprache auswählen sollten. Zum Teil sprechen sie ein Mix aus Gebärdensprache und einer meist falsch artikulierten Lautsprache. Die Kinder wachsen zum Teil bis zur Kindergartenzeit auf, ohne eine Sprache wirklich gelernt zu haben. Sie ahmen ihre Eltern stimmlich nach, so dass sie oft die gleichen lautsprachlichen und grammatischen Fehlartikulationen aufweisen wie ihre Eltern. Darüber hinaus besteht das Problem, dass sie keine gemeinsame Sprache haben, die von Eltern und Kind gleichermaßen verstanden und produziert werden kann. Ein solches kommunikatives Defizit innerhalb der Familie kann fatale Konsequenzen für die Eltern-Kind-Beziehung haben, besonders in Bezug auf Meinungsverschiedenheiten und Grenzsetzungen für ihre Kinder.

Kinder von Gehörlosen machen viele Probleme mit sich allein aus. Sie müssen erkennen, dass ihre Eltern in der hörenden Gesellschaft an die Grenzen ihrer Kommunikation stoßen und stehen ihnen dann – oft freiwillig – helfend zur Seite. Der Spagat zwischen Achtung und Respekt vor den Eltern einerseits und der Hilfestellung für die Eltern andererseits macht es sowohl den Kindern als auch den Eltern in der Wahrung ihrer Rollen sehr schwer.<sup>1</sup>

### **3. Frühförderung hörender Kinder gehörloser Eltern**

Den Kindern muss durch ein angemessenes und regelmäßiges lautsprachliches Angebot die Möglichkeit gegeben werden, sprachliche Defizite auszugleichen. In einem ganzheitlichen Förderkonzept gilt es, die Entwicklung der Kinder zu fördern und Entwicklungsstörungen entgegenzuwirken. Sie müssen in ihrer psychosozialen Rolle als hörendes Kind gehörloser Eltern unterstützt und gestärkt werden. Die gehörlosen Eltern müssen in ihrer Rolle als Erziehungsberechtigte die Chance erhalten, sich Beratung und Anleitung zu holen, um ihre Elternrolle zu festigen. Vor allem zu Beginn der Elternzeit sollten sie Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Kinderärzten, Jugendämtern oder später den Bildungseinrichtungen erhalten. Gehörlose Eltern haben

---

<sup>1</sup> siehe Larsen, Erika: Niemandsland wider Willen, Süderschmedeby: Nordthor Verlag (2004), ISBN 3-00-014084-0 oder zu beziehen über Deutsche Gesellschaft für Grenzübergreifende Gehörlosen- und Hörbehindertenhilfe e.V., Waldstrasse 39 A, 24939 Flensburg oder unter [www.hoerbehinderten-hilfe.de](http://www.hoerbehinderten-hilfe.de)

wie alle Eltern ein Recht, ihrer elterlichen Rolle gerecht zu werden und sich bei Problemen Rat und Hilfe zu holen. Das setzt eine Gebärdensprachkompetenz der Fachkräfte voraus.

#### **4. Der erste Kontakt mit gehörlosen Eltern in einer Beratungsstelle**

##### **4. 1. Auftragserklärung und Zuweisungskontext**

Gehörlose Menschen haben oft zu Beginn das Bedürfnis, sehr viel darüber zu berichten, was sie unzufrieden werden ließ. Das kann Unzufriedenheit über Lehrer ihrer Kinder sein, der verspätet Informationen über ein gefährliches Ereignis im Schulalltag weitergab; möglicherweise auch Ärger der gehörlosen Eltern über ein älteres hörendes Kind, das einem jüngeren hörenden Kind nicht bei den Schulaufgaben hilft. Oder die gehörlosen Eltern wissen nicht weiter im Konflikt mit einer Nachbarin, die sich bitter über den Lärm der hörenden Kinder im Treppenhaus beklagt. Alltagsereignisse, die aufgrund der kommunikativen Einschränkung zu großen Problemen werden können. Ein Wissen über die Lebensbedingungen, die Alltagsschwierigkeiten Gehörloser und die Wertschätzung ihrer Sprache und Kultur helfen dem Therapeuten, dieses Bedürfnis ernst zu nehmen und Raum dafür zu lassen. Die explizite Auftragsklärung kann und wird in einer der späteren Beratungsstunden möglich sein.

Der jeweilige Zuwendungskontext bekommt im Zusammenhang mit gehörlosen Eltern eine besondere Note. In der Vergangenheit waren hörende professionelle Helfer von gehörlosen Eltern gewohnt, sich untereinander auszutauschen. Auch die hörenden Großeltern äußerten sich gegenüber Sozialarbeitern und Lehrern über sehr private Themen des jungen gehörlosen Elternpaares. Dieses indirekte, im Hintergrund agierende Helfersystem hinterließ oft deutliche Spuren im Erleben gehörloser Erwachsener. Ein gehörloser Mensch, der oft seine persönlichsten Lebensdinge ohne direkte Beteiligung bearbeitet sah, wird zunächst wahrscheinlich davon ausgehen, dass der Therapeut auch so vorgeht. Eine Zuweisung über die hörenden Großeltern oder professionellen Helfer wird vielleicht dennoch stattfinden; diese können zum ersten Gespräch mit hinzu gebeten werden.<sup>1</sup>

Ärger, Verletzungen und Enttäuschungen über den bisherigen „indirekten“ Umgang werden mit hoher Wahrscheinlichkeit sofort angesprochen. Die Hinzunahme von Dolmetschern ist auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung. Die hörenden Großeltern erleben sich in einer neuartigen Situation: Sie sind nicht mehr das Sprachrohr. Ihre Kinder erfahren als gehörlose Eltern alle Gesprächsinhalte simultan in Gebärdensprache gedolmetscht. Diese neue Situation wird von einigen hörenden Großeltern als Machtverlust empfunden, vor allem wenn der Therapeut selbstverständlich mit den gehörlosen Eltern in Gebärdensprache kommuniziert- oder sogar selbst gehörlos ist. Es

---

<sup>1</sup> Ebenso mag mit zuweisenden anderen Personen verfahren werden; etwa kann es sein, dass ein Lehrer des hörenden Kindes wertvolle Anregungen geben kann, warum er meint, dass in der Familie eine Beratung notwendig sei. Diese Gespräche müssen für die Eltern selbstverständlich gedolmetscht werden.

kommt im Verlauf des Gespräches darauf an, die Balance von Allparteilichkeit und Achtung den Anwesenden gegenüber zu bewahren.

#### **4. 2. Das Genogramm**

Mit der Einbeziehung der hörenden Großeltern in der Zuweisungssituation wurde schon ein Teil der Herkunftsfamilie in seiner Besonderheit angesprochen. Mit den hilfeschendenden Eltern wird von uns im Verlauf der Gespräche ein möglichst vollständiges Genogramm an einem Flipchart erstellt. Neben den gewohnten Informationen erfragen wir von den Angehörigen:

- Hörstatus: Gab es oder gibt es andere Gehörlose in der Familie?
- Sprachmodi: Wer kann gut mit den hilfeschendenden Eltern kommunizieren? Wer weniger?
- Schulbesuch: Seit wann wurde die Regelschule besucht oder sogar das Internat?

In diesen Gesprächen, bei der Erstellung des Genogramms, erfahren die hörenden Kinder oft erst, dass ihre gehörlosen Eltern völlig anders aufwuchsen als sie selbst. Und die gehörlosen Eltern können ihre Geschichte neu sehen, manchmal wird ihnen dabei schmerzhaft bewusst, welche Auswirkungen es hatte, dass ihre Eltern die Gehörlosigkeit nie akzeptieren konnten. Als Kind erlebten sie sich mit einem Defizit behaftet; sie erlebten, dass ihre Eltern sich diesen Makel als Versagen aufluden. Eine schwere Hypothek auf dem eigenen Weg in das Erwachsenenleben ...

#### **4. 3. Regeln und Grenzen**

Gehörlose Menschen, die im Internat aufwuchsen, haben oft wenig Verständnis, dass ihre eigenen Kinder sich schlecht an Regeln halten können. Ihr Internatsleben war durch ein festes Regelwerk bestimmt; demokratische, altersgemäße Mitgestaltung war gehörlosen jungen Menschen oft unbekannt. Neben den starren Regeln in der Woche erinnern sie sich an Wochenenden im hörenden Elternhaus als einsam, unverstanden und ohne angemessene Grenzsetzungen.

Die Folgen dieses besonderen Heranwachsens gehörloser junger Menschen für die spätere Elternschaft sind gravierend: Die hörenden Kinder haben vielleicht andere Wünsche, mit denen Eltern mit eigener Internatserfahrung nicht konstruktiv umgehen können. Meinungsverschiedenheiten in der eigenen Familie werden nur begrenzt als notwendig für die Entwicklung der hörenden Kinder gesehen. Es kommt manchmal fast zu wahnhaft anmutenden Beschuldigungen und sehr rigiden Bestrafungsritualen durch die gehörlosen Eltern.

Völlig anders stellt es sich dar, wenn gehörlose Eltern selbst aus gehörlosem Elternhaus stammen. In diesem Fall kann man damit rechnen, dass diese Eltern auch eine Vorstel-

lung davon haben, was ein Kind braucht, weil sie selbst in guter, kommunikativ förderlicher Umgebung aufwuchsen. Diese Herkunftsfamilie hat ihnen eine klare Identität vermittelt, Teil einer gesellschaftlichen Gruppe, der Gehörlosenkultur zu sein.

## **5. Zum Verein „Erziehungshilfe“ e.V., Hamburg**

Der Verein „Erziehungshilfe“ e.V. arbeitet seit mehr als 25 Jahren in Hamburg als freier Träger der Jugendhilfe im Bereich des § 28 SGB VIII und § 39 BSHG.<sup>1</sup> Familientherapeuten, Kinder- Jugendtherapeuten und Heilpädagogen wirken zusammen im multiprofessionellen Team in (hörenden) Familien. Vor einigen Jahren konnte dieses Team erste Erfahrungen mit hörend/gehörlosen Familien sammeln; die Arbeit in diesen Familien wurde zunächst durch den Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern ermöglicht.

Seit 2001 werden durch die gebärdensprachkundige systemische Familientherapeutin Lisa Eidens für Familien mit gehörlosen Menschen spezielle therapeutische Angebote entwickelt, die im Rahmen des § 28 SGB VIII als Beratung für Eltern und Kinder durch den Allgemeinen Sozialen Dienst verfügt wurden. Zuzüglich der jeweilig benötigten Fachleistungsstunden werden zehn Gebärdendolmetscheinsätze beantragt. Durch dieses Setting ist es möglich, den gehörlos/hörenden Familien bilingual und bikulturell zu begegnen.<sup>2</sup>

Der Bekanntheitsgrad des Angebotes wächst, jedoch werden bisher nicht mehr als zwei Beratungstage benötigt, obwohl im Hamburger Raum sehr viele gehörlose Menschen leben. Auf der anderen Seite kann nur dann von einem zufriedenstellenden Angebot gesprochen werden, wenn mehrere gebärdensprachkundige Therapeuten (und mindestens ein Kinder -und Jugendpsychotherapeut) das Team ergänzen. Solch ein Team kann nur dann aufgebaut werden, wenn eine „reisende Tätigkeit“ ermöglicht wird, das Team zum Beispiel in verschiedenen norddeutschen Regionen Beratungstage anbietet. Bis zur Erreichung dieses Ziels ist es notwendig, sowohl Zusatzausbildungen interessierter hörender und gehörloser Fachleute zu fördern als auch eine Trägerstruktur zu entwickeln, unter der ein reisendes Team verlässlich arbeiten kann.

## **6. Zur Deutschen Gesellschaft für Grenzübergreifende Gehörlosen- und Hörbehindertenhilfe e.V., Flensburg**

Die Deutsche Gesellschaft für Grenzübergreifende Gehörlosen- und Hörbehindertenhilfe e.V., Flensburg wurde im Oktober 2003 gegründet. Die Zielsetzung war und ist, Familien mit hörgeschädigten Familienmitgliedern in ihrer Selbstständigkeit zu stützen und zu fördern und gleichzeitig den Kontakt zu anderen gehörlosen Eltern aus Dänemark aufzubauen. Seit einem Jahr arbeitet Astrid Müller auf deutscher Seite als bisher einzige

---

<sup>1</sup> siehe unter: [www.erziehungshilfeverein.de](http://www.erziehungshilfeverein.de)

<sup>2</sup> Bilingual/zwei Sprachen: Deutsche Gebärdensprache und gesprochenes Deutsch; Bikulturell/zwei Kulturen: Gebärdensprachkultur und Kultur der umgebenden Mehrheitskultur Hörender

Fachkraft auf selbständiger Basis. Neben der ehrenamtlichen Vereinsarbeit wird Frau Müller von gehörlosen Eltern selbst oder vom Jugendamt über Schwierigkeiten und Probleme betroffener Familien informiert und gegebenenfalls um Unterstützung gebeten.

Das Arbeitsfeld der häuslichen Frühförderung für hörende Kinder gehörloser Eltern und das besondere Familienleben mit all seinen Facetten sowie der Bereich der Erziehungshilfe oder der Sozialpädagogischen Familienhilfe für gehörlose Familien ist in Deutschland bis heute nur wenig wissenschaftlich erforscht. Die Erfahrungen und Werte stammen aus der konkreten Arbeit in den Familien. Die häusliche Förderung und Hilfe teilt sich in zwei Bereiche auf und ist abhängig vom jeweiligen Zuweisungskontext. Der Kostenträger für die Sozialpädagogische Familienhilfe ist das Jugendamt und für die lautsprachliche Frühförderung das Sozialamt. Die lautsprachliche Frühförderung sollte ab dem achten Monat des Kindes erfolgen und hat im konkreten Fall nichts mit den Problemen in der Erziehung oder der Ausübung der elterlichen Rolle zu tun. Der Auftrag der Fachkraft besteht lediglich in der Förderung der lautsprachlichen Entwicklung des Kindes und in der Vermittlung von Kenntnissen für die Eltern, wie sie das eigene Kind bei der lautsprachlichen Entwicklung stützen können.

Bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe wird zunächst dafür gesorgt, dass die Grundbedürfnisse eines Kindes in der Familie gedeckt sind. Mit den Eltern wird gemeinsam in einem Hilfeplangespräch ausgearbeitet, wie die Unterstützung in der Familie auszusehen hat und wo genau die Probleme liegen. Das Hilfeplangespräch muss mit einem Dolmetscher stattfinden, auch wenn die Fachkraft der häuslichen Familienhilfe gebärdensprachkompetent ist. Die Fachkraft ist nicht in der Lage, für die Eltern zu dolmetschen und gleichzeitig ihrer Rolle als objektive Betreuerin der Familie gerecht zu werden. Im weiteren Verlauf werden mit den Eltern Lösungen und Wege erarbeitet, wie sie ihren elterlichen Pflichten nachkommen können. Oft fehlt ihnen die Erfahrung aus der eigenen Kindheit. Sie wissen nicht, wie das Schulsystem ihrer Kinder aufgebaut ist oder wie sie sich bei Krankheiten verhalten sollen.

Ein großer Teil der Arbeit besteht aus Aufklärung über die Entwicklung von Kindern, über die Grundbedürfnisse eines Kindes, Erziehung, Grenzen setzen und einen Einblick in die Kultur der hörenden Gesellschaft aufzuzeigen, die sich nicht von ihnen als Gehörlose abwendet. In beiden Fällen findet die Hilfe zu Hause im gewohnten Umfeld der Familie statt, weil auch der Kontakt zu Nachbarn und dem näheren räumlichen Umfeld wichtig für das Wohl des Kindes und der Familie ist. Das nähere Umfeld bedarf in den meisten Fällen der Aufklärung über Gehörlosigkeit und einem Verständnis dafür, was es bedeutet, gehörlos zu sein und wie man bei Nachbarschaftsproblemen damit umgehen kann.

Die Realität sieht in der häuslichen Arbeit leider oft so aus, dass man als Fachkraft ein Stundenbudget erhält, das die anstehende Arbeit zum Teil nicht decken kann. Ein weiterer Nachteil, vor allem bei der Sozialpädagogischen Familienhilfe, besteht in der langen Bearbeitungszeit von Anträgen durch die Jugendämter – bis es zum Hilfeplangespräch oder überhaupt der Zuweisung kommt. Es zieht sich oft über Monate hinaus; dabei geht wertvolle Zeit verloren. Kinder entwickeln sich so schnell, dass man ver-

passte fünf oder sechs Monate durch ein Jahr harte Arbeit mit der Familie wieder aufzufangen muss und es im Nachhinein für das Jugendamt noch teurer wird. Die Zusammenarbeit und Aufklärung über diese Thematik mit den verantwortlichen Kostenträgern muss verbessert werden, um auch den Jugend- und Sozialämtern die Chance zu geben, besser und zielgerichteter handeln zu können.

Die Deutsche Gesellschaft für Grenzübergreifende Gehörlosen- und Hörbehindertenhilfe e.V. versucht unter anderem, diese Lücke an Wartezeit durch ehrenamtliche Mitarbeit von gehörlosen Eltern oder mit Praktikern aufzufangen.

## **7. Schlussfolgerungen**

Wenn hörende und gehörlose Menschen einer Familie häusliche Frühförderung, Familientherapie oder andere Arten der Erziehungshilfe nutzen wollen, müssen wir uns über den bikulturell-bilingualen Zugang zu diesen Familien im Klaren sein. Neben der Gebärdensprachkompetenz der Therapeuten und Fachkräfte ist der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern nötig. Dieser simultan-bilinguale Ansatz ermöglicht erst, die wahren Konflikte und Probleme, aber auch die Ressourcen für alle sichtbar zu machen. Erst dann können Lösungen gefunden werden, die für alle in der Familie gelten können. Fachlich qualifizierte Teams mit bikultureller/bilingualer Ausrichtung sind bundesweit nur in Ansätzen vorhanden, können wegen der kleinen gehörlosen Population nur schwer ohne Zusatzförderung entwickelt werden. Es sollen Modelle entwickelt werden, um zu prüfen, wie für größere regionale Räume reisende Teams in verlässliche Trägerstrukturen eingebunden werden können.

Alle Eltern, auch gehörlose Eltern, haben Recht auf Beratung und Hilfe in Erziehungsfragen. Jedes gehörlose Kind und jedes hörende Kind aus gehörlosem Elternhaus hat das Recht, bei Bedarf in seiner Entwicklung fachlich unterstützt zu werden. Eine zufriedenstellende psychosoziale Versorgung dieses Personenkreises ist in Deutschland heute noch in weiter Ferne. Gerade weil die gehörlose Population recht klein ist, sind alle Träger der Jugendhilfe und der Elternselbsthilfe wie auch die Fachverbände der professionellen Helfer aufgefordert, regionale Netzwerke und Versorgungsmodelle zu entwickeln. Die Referentinnen sind nach Möglichkeit bereit, regionalen Fachtagungen als Referentinnen zur Verfügung zu stehen.

### **Literatur:**

Bundesverband der SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen für Hörgeschädigte e.V. (Hrsg.): Leben auf dem Trapez: Erziehungshilfen für gehörlose Eltern, Broschüre, Bezugsadresse: Neumühle 1, 06896 Reinsdorf, E-Mail: info@bvsh.com

Funk, Hiltrud: Das nicht – gehörte Kind. Entfaltung des Selbst von Kindern mit hochgradig hörbehinderten Eltern, Frankfurt/Main: Brandes & Apsel (2004), ISBN 3-86099-3283

Harvey, Michael A.: Psychotherapie with Deaf and hard – of – Hearing Perons. A Systemic Model, Hillsdale, NJ (USA): Erlbaum (2003), ISBN 0-805-4375-2

# Gefährdung und Gewährleistung des Kindeswohls – ein juristischer Blick auf Schutz, Hilfe und Kooperation

DR. THOMAS MEYSEN

*Fachlicher Leiter des Deutschen Instituts  
für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF), Heidelberg*

## I. Einleitung

Sind Eltern chronisch belastet, stellt sich (nicht nur) für die Kinder- und Jugendhilfe regelmäßig die Frage nach der Gewährleistung des Wohls der Kinder und Jugendlichen. Brauchen die Eltern Hilfe bei der Erziehung und Förderung ihrer Kinder? Haben die Kinder und Jugendlichen Zugang zur erforderlichen Hilfe? Ist ihr Wohl gewährleistet oder ist es vielleicht sogar gefährdet?

Diese Fragen sind vertrautes Terrain für unterschiedlichste Familienkonstellationen. Bei Kindern mit behinderten und/oder suchtabhängigen Eltern ergeben sich aus rechtlicher Sicht keine spezifischen Besonderheiten für deren Beantwortung. Es finden sich keine eigenen Vorschriften für diese Form familiärer Belastung im Recht. Und doch lohnt es sich auch aus juristischer Sicht, genauer hinzuschauen. Denn gerade bei Familien mit chronisch belasteten Eltern sind regelmäßig mehrere Hilfesysteme und Institutionen involviert. Dies macht das Helfen nicht leichter:

- Kooperation und Zusammenarbeit der verschiedenen Hilfesysteme im Gesundheitswesen, in der Sozialhilfe und in der Kinder- und Jugendhilfe bekommen besondere Bedeutung. Effektive Hilfe kann nur im Zusammenwirken aller Sozialleistungsträger und -erbringer entstehen. Doch lässt das Recht es zu, dass Hilfen als Komplexleistungen in Mischfinanzierung von verschiedenen Sozialleistungsträgern erbracht werden?
- Viele Personen in den Hilfesystemen haben Informationen über das Wohl des Kindes oder Jugendlichen und/oder die Situation der Eltern, doch hat vermutlich niemand Kenntnis von allen Informationen. Eine Einschätzung über die Gewährleistung oder Gefährdung des Kindeswohls erfordert jedoch vielleicht gerade die Bündelung der Erkenntnisse. Doch darf kommuniziert werden oder sprechen die Vorschriften zum Datenschutz gegen eine konzertierte Informationsbündelung?
- Auch Familiengerichte befassen sich mit dem Kindeswohl. Verstehen Juristinnen und Juristen sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen das Gleiche darunter?

Auf diese Fragen versucht der Vortrag erste Antworten aus juristischer Sicht zu geben. Er nähert sich dabei dem Kindeswohl quasi von hinten, beginnend mit der Definition von Kindeswohlgefährdung (II.), um sich dann mit Schwierigkeiten bei der Risikoeinschätzung wegen unzureichender Informationen auseinander zu setzen (III.). Anschließend wird die Gewährleistung des Kindeswohls im Vorfeld beziehungsweise die Ab-

wendung von Gefährdungen durch die (koordinierte) Gewährung von Hilfen beleuchtet (IV.) und ein Ausblick auf die Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe bei der Arbeit mit diesen Familien gegeben (V.).

## II. Diagnose Kindeswohlgefährdung

Wenn sie einen ausreichenden Fundus an Informationen haben, brauchen Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe sicherlich keine Juristinnen und Juristen, um das Gefährdungsrisiko für ein Kind oder einen Jugendlichen abschätzen zu können. Möglicherweise brauchen sie jedoch eine Juristin oder einen Juristen in Person der Familienrichterin oder des Familienrichters, um dem gefährdeten Kind oder Jugendlichen durch sorgerechte Entscheidungen die Zugänge zur Hilfe zu eröffnen. Wann werden die Familienrichterinnen und Familienrichter entsprechend entscheiden?

### 1. Definition in § 1666 Absatz 1 BGB

Das Familienrecht definiert die Kindeswohlgefährdung für alle Rechtsbereiche verbindlich in § 1666 Absatz 1 BGB:

**„§ 1666 BGB. Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls.**

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

Diese tatbestandliche Definition von Kindeswohlgefährdung hat eine zweigeteilte Struktur. Zum einen beschreibt sie Ursachen für eine Gefährdung des Kindeswohls:

- Die **missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge** beschreibt aus juristischer Sicht ein aktives Verhalten, einen *„falschen, rechts- und zweckwidrigen Gebrauch des Sorgerechts“*, der für jede vernünftig und besonnen denkenden Eltern in erkennbarer Weise dem Kindeswohl und dem Erziehungsziel objektiv zuwiderläuft.<sup>1</sup> Das Tatbestandsmerkmal des § 1666 Absatz 1 BGB ist erfüllt, wenn die Eltern bewusst ihr Sorgerecht ausnutzen, um ihrem Kind Schaden zuzufügen oder zumindest, wenn sie aus freiem Entschluss nicht bereit sind, eine verantwortungsbewusste Berücksichtigung der Kindesinteressen vorzunehmen.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> siehe BayObLG DAVorm 1983, 78 (81); OLG Karlsruhe FamRZ 1980, 285 (287); OLG Zweibrücken FamRZ 1984, 931; AG Helmstedt ZfJ 1987, 85; AG Moers ZfJ 1986, 113 (114)

<sup>2</sup> siehe hierzu Meysen, Thomas: Frage 9: Welche Formen der missbräuchlichen Ausübung der elterlichen Sorge sind bekannt? In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und ASD, München: DJI-Verlag (2004), siehe auch unter [http://cgi.dji.de/5\\_asd/ASD-handbuch/ASD\\_Inhalt.htm](http://cgi.dji.de/5_asd/ASD-handbuch/ASD_Inhalt.htm)

- Die **Vernachlässigung** beschreibt das gesamte Spektrum relevanter Unterlassungen. Sie wird beschrieben als „*andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgeverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre*“.<sup>1</sup>
- Das **unverschuldete Elternversagen** aus § 1666 Absatz 1 BGB nimmt die Funktion eines Auffangtatbestandes ein. Es orientiert sich allein an der Situation des Kindes oder Jugendlichen und kommt ohne Schuldzuweisungen aus. Es kommt daher dem Grundgedanken des Kinder- und Jugendhilferechts am nächsten, das sich bei der Beschreibung von Hilfebedarf konsequent zu einem Verzicht auf diskriminierende (Dis-)Qualifikation von Eltern bekennt. Auch Familienrichterinnen und Familienrichtern ist es damit gestattet, die Frage nach der „Schuld“ offen zu lassen und den Eltern eine solche nicht nachweisen zu müssen.<sup>2</sup>
- Das **gefährdende Verhalten eines Dritten** ist in das BGB eingefügt worden, um keine Lücken eines effektiven und umfassenden Kindesschutzes zu lassen.<sup>3</sup> Dritte bezeichnet dabei alle Personen, die nicht Eltern sind, also Stiefeltern, Lebensgefährten oder Freunde der Eltern, Pflege- und sonstige Betreuungspersonen, Geschwister, andere Verwandte, Nachbarn usw.<sup>4</sup>

Daneben fordert § 1666 Absatz 1 BGB, dass die Eltern die zuvor festgestellte Gefahr nicht abwenden. Als Ursachen genannt sind die fehlende Abwendungsbereitschaft und die fehlende Abwendungsfähigkeit der Eltern.

Auch wenn die gesetzlichen Formulierungen in § 1666 Absatz 1 BGB den Beraterinnen und Beratern aus der Kinder- und Jugendhilfe nur bedingt charmant erscheinen mögen, die Entscheidungsgrundlage für Familienrichterinnen und Familienrichter enthält dennoch Vertrautes, was ein Blick auf die sozialpädagogische Risikoeinschätzung zeigt.

## 2. Risikoeinschätzung in der Kinder- und Jugendhilfe

Richten sich die Juristinnen und Juristen nach Gesetzen mit Tatbestandsmerkmalen und Rechtsfolgen, so nähern sich auch die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

---

<sup>1</sup> siehe Schone, Reinhold; Gintzel, Ullrich; Jordan, Erwin; Kalscheuer, Mareile; Münder, Johannes: Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit, Münster: Votum (1997), S. 21; ausführlich Kindler, Heinz: Frage 3: Was ist unter Vernachlässigung zu verstehen? In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und ASD, München: DJI-Verlag (2004); siehe auch unter [http://cgi.dji.de/5\\_asd/ASD-handbuch/ASD\\_Inhalt.htm](http://cgi.dji.de/5_asd/ASD-handbuch/ASD_Inhalt.htm)

<sup>2</sup> siehe hierzu Meysen, Thomas: Frage 10: Was ist unter einem unverschuldeten Versagen von Eltern zu verstehen? In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und ASD, München: DJI-Verlag (2004); siehe auch unter [http://cgi.dji.de/5\\_asd/ASD-handbuch/ASD\\_Inhalt.htm](http://cgi.dji.de/5_asd/ASD-handbuch/ASD_Inhalt.htm)

<sup>3</sup> vgl. Bundestagsdrucksache 8/2788, S. 39

<sup>4</sup> siehe hierzu Meysen, Thomas: Frage 11: Was ist unter einem unzureichenden Schutz vor Gefahren durch Dritte zu verstehen? Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und ASD, München: DJI-Verlag (2004); siehe auch unter [http://cgi.dji.de/5\\_asd/ASD-handbuch/ASD\\_Inhalt.htm](http://cgi.dji.de/5_asd/ASD-handbuch/ASD_Inhalt.htm)

der Kindeswohlgefährdung durch eine Prüfung bestimmter Voraussetzungen. Die Risikoabschätzung bei potenzieller Kindeswohlgefährdung beschreibt folgendes vierstufiges Prüfraster:<sup>1</sup>

„(1.) **Gewährleistung des Kindeswohls:** Inwieweit ist das Wohl des Kindes durch die Sorgeberechtigten gewährleistet oder ist dies nur zum Teil oder überhaupt nicht der Fall?

(2.) **Problemakzeptanz:** Sehen die Sorgeberechtigten und die Kinder selbst ein Problem oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?

(3.) **Problemkongruenz:** Stimmen die Sorgeberechtigten und die beteiligten Fachkräfte in der Problemkonstruktion überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?

(4.) **Hilfeakzeptanz:** Sind die betroffenen Sorgeberechtigten und Kinder bereit, die ihnen gemachten Hilfeangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist dies nur zum Teil oder gar nicht der Fall?“

Kommt eine Risikoabschätzung nach diesem Schema zu dem Ergebnis, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, so sind immer auch die Voraussetzungen des § 1666 Absatz 1 BGB erfüllt. Wird aus diesem Grund die Eröffnung von Hilfezugängen für ein Kind oder einen Jugendlichen als notwendig erachtet und wird diese Einschätzung so begründet und dargestellt, dass die Familienrichterinnen und Familienrichter dies im gerichtlichen Verfahren bestätigt sehen, werden sie dem folgen. Für chronisch belastete Eltern gelten insoweit keine Besonderheiten.<sup>2</sup>

Den Erfahrungen aus der Praxis entspricht wohl eher die Erkenntnis, dass es trotzdem immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung kommt – auch und gerade zwischen Jugendhilfe und Justiz. Anhand der rechtlichen Vorgaben lassen sich diese Unterschiede bei der Gefährdungseinschätzung jedoch nicht begründen.

Dass es im Einzelfall zu einem Dissens kommen kann und soll, ist jedoch bereits im Gesetz angelegt. Denn einer zusätzlichen familiengerichtlichen Entscheidung bedürfte es nicht, wenn der Gesetzgeber nicht von vornherein von der Möglichkeit ausginge,

---

<sup>1</sup> vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin: Kindesmisshandlung. Erkennen und Helfen, 9. Aufl., Berlin (2000), S. 111 f.; siehe Stadt Dormagen (Hrsg.), Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe. Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung, Opladen: Leske + Budrich (2002), S. 78 ff.; Deutscher Städtetag, Empfehlungen zur Festlegung fachlicher Verfahrensstandards in den Jugendämtern bei akut schwerwiegender Gefährdung des Kindeswohls, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 76 (2003), Nr. 5, S. 226 und 228

<sup>2</sup> zur Frage des Sorgerechtsentzugs von psychisch kranken Eltern siehe Schone, Reinhold: Die Unterstützung hat Vorrang. Zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge durch psychisch Kranke, In: Matzejat, Fritz; Lisofsky, Beate: ... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker, Bonn: Psychiatrie (2001), S. 107 und 111 ff.; siehe auch Münder, Johannes: Probleme des Sorgerechts – bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern – exemplarisch für den Kinderschutz bei Kindeswohlgefährdung, In: Familie und Recht, Neuwied: Luchterhand 6 (1995), Nr. 2, S. 89

dass es zu diesen divergierenden Einschätzungen zwischen Jugendämtern und Familiengerichten kommen kann. Dann könnten, wie übrigens in vielen anderen europäischen Staaten, die Behörden eigenständig über Einschränkungen des Sorgerechts entscheiden und unterlägen lediglich einer nachträglichen gerichtlichen Kontrolle.

Deutschland hat einen anderen Weg gewählt. In der Kooperation mit Familiengerichten bedarf es daher des nötigen Respekts, dass die Richterinnen und Richter sich einen eigenen Zugang zu den Informationen und deren Bewertung verschaffen müssen und folglich auch zu anderen Entscheidungen als den von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe gewünschten kommen können. Dies wird allerdings nur funktionieren, wenn die Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe darauf vertrauen können, dass die Juristinnen und Juristen bei ihren professionellen Einschätzungen die sozialwissenschaftliche Expertise einholen und angemessen berücksichtigen.

Begegnen sich Jugendhilfe und Justiz in diesem Wechselspiel eines gegenseitigen Aufeinander-Angewiesenseins bei gleichzeitiger Unabhängigkeit auf gleicher Augenhöhe und mit beiderseitiger Wertschätzung, können Missverständnisse und Kommunikationsstörungen abgebaut und die Zusammenarbeit am ehesten verbessert werden.<sup>1</sup>

### **III. Unzureichender Informationsstand zur Gefährdungseinschätzung**

Nicht selten führt die Risikoeinschätzung zu dem bekannten Prognoseproblem, dass unklar bleibt, ob das Wohl des Kindes oder Jugendlichen gefährdet ist oder nicht. Die Helferinnen und Helfer wissen nicht genug und/oder können mit eigenen Mitteln an keine weiteren Informationen mehr kommen. Hier sollen beispielhaft zwei Konstellationen herausgegriffen werden; zum einen die Situation, dass die Eltern nicht mitwirken (1.) und zum anderen, dass das Wissen der verschiedenen Helferinnen und Helfer nicht gebündelt ist (2.).

#### **1. Eltern wirken nicht mit**

**Beispiel 1:** Die Mutter einer siebenjährigen Tochter, Clarissa, ist nach der Trennung von ihrem gewalttätigen Mann depressiv. Der Mitarbeiterin des Jugendamtes, die sie wegen der streitigen Umgangskontakte berät, erzählt sie, dass sie zeitweise Probleme mit der Versorgung von Clarissa habe. Die Mitarbeiterin des Jugendamtes befürchtet bei der Mutter eine potenzielle Suizidgefahr. Sie erfährt, dass die Mutter in regelmäßiger psychiatrischer Behandlung ist. Diese verweigert jedoch jede Information über ihr Krankheitsbild und erteilt der Ärztin auch keine Entbindung von der Schweigepflicht.

---

<sup>1</sup> weitere Denkanstöße hierzu bei Mörsberger, Thomas: Wirklichkeit und Wahrheit. Warum sich Jugendhilfe und Justiz so oft missverstehen, In: Verein für Kommunalwissenschaften e. V. (Hrsg.): Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls, Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2001 in Berlin, Berlin (2002), S. 33 ff., Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 34

Ist die Mutter suizidgefährdet, so ist auch ihre Tochter in ihrem Wohl gefährdet. Dies einschätzen zu können, liegt nicht im Bereich der Expertise von Fachkräften im ASD, sondern regelmäßig bei Ärzten oder eventuell psychologischen Psychotherapeuten. Zudem hat das Jugendamt keine rechtlichen Möglichkeiten, an die für eine Risikoeinschätzung benötigten Informationen zu kommen, wenn die Mutter nicht mitwirkt.

In einem solchen Fall, in dem es nicht gelingt, eine Hilfebeziehung aufzubauen, in welcher die Mutter zur Mitwirkung an der Gefährdungseinschätzung ausreichend bereit ist, kommt eine Anrufung des Familiengerichts in Betracht. Das Familiengericht hat eine eigene Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts und zur Beschaffung von Informationen (§ 12 FGG: Amtsermittlungsgrundsatz). Da dies von den Familiengerichten teilweise übersehen wird und sie sich nicht zuständig fühlten, wenn das Jugendamt nicht eine konkrete Gefährdung darlegt<sup>1</sup> und weil die Jugendämter zum Teil irrtümlich glauben, andernfalls das Familiengericht nicht anrufen zu dürfen, beabsichtigt der Gesetzgeber derzeit eine entsprechende Ergänzung (§ 8 a Absatz 3 Satz 1 Halbsatz 2 E-SGB VIII).<sup>2</sup>

Die Familiengerichte werden sich am ehesten an der Abschätzung des Gefährdungsrisikos beteiligen, wenn das Jugendamt um die Mitwirkung bei der „Sachverhaltsklärung“ wirbt und damit die Begrifflichkeit der Richterinnen und Richter wählt. Dabei dürfte es zum besseren Verständnis hilfreich sein, die Grenzen der eigenen Möglichkeiten zur weiteren Gefährdungseinschätzung darzustellen.

Das Gericht kann in diesen Fällen eine Begutachtung des Kindes und dessen familiärer Situation anordnen oder es kann zur Zusammenarbeit mit dem Jugendamt beziehungsweise der Beratungsstelle anhalten. Aus der Erfahrung heraus erhöht die Autorität des Gerichts die Mitwirkungsbereitschaft der Personensorgeberechtigten, beispielsweise wird vor Gericht eher eine Entbindung von Ärzten von der Schweigepflicht zur Ermöglichung einer Zeugenaussage erklärt.

Selbstverständlich bleibt die Anrufung des Familiengerichts ein Mittel, zu dem das Jugendamt erst nach einem Scheitern des Aufbaus beziehungsweise der Gestaltung einer Hilfebeziehung greifen wird (vgl. § 8 a Absatz 1 Satz 2 und 3 E-SGB VIII).<sup>3</sup> Jedoch

---

<sup>1</sup> siehe DIJuF-Rechtsgutachten, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 75 (2002), Nr. 10, S. 456; Nr. 9, S. 402; hierzu auch Diehl, Gretel: Anforderungen an die Jugendhilfe aus Sicht des Familiengerichts, In: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls, Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2001 in Berlin, Berlin (2002), S. 55 und 58 f., Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 34

<sup>2</sup> Regierungsentwurf Bundestagsdrucksache 15/3676, S. 10: „(3) *Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken.*“; hierzu eingehend Meysen, Thomas; Schindler, Gila: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung: Hilfreiches Recht beim Helfen, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 77 (2004), Nr. 10, S. 449, insbesondere 454 f.

<sup>3</sup> hierzu eingehend Meysen, Thomas; Schindler, Gila: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung: Hilfreiches Recht beim Helfen, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 77 (2004), Nr. 10, S. 449, insb. 452 f.

dürfte es sich lohnen, die Möglichkeiten einer vertrauensvollen, kooperativen Zusammenarbeit mit dem Familiengericht zu nutzen und die Richterinnen und Richter – unter klarer Abgrenzung der Kompetenzbereiche, insbesondere Respektierung der Unabhängigkeit des Gerichts – in die Verantwortungsgemeinschaft zur Sicherung des Kindeswohls einzubeziehen.<sup>1</sup>

**Beispiel 2:** Drogenabhängige Eltern machen gegenüber der Drogenberatungsstelle und dem Jugendamt dicht, sind in ihrem Verhalten jedoch ambivalent. Sie stimmen allen Hilfeangeboten zu, letztlich verschließen sie sich allerdings meist gegenüber deren tatsächlicher Inanspruchnahme. Bei Hausbesuchen öffnen die Eltern nicht die Tür. Später tauchen sie – vermutlich bei Bekannten oder Verwandten – unter. Die Helferinnen und Helfer befürchten eine akute Gefährdung des einjährigen Kindes.

Der Kinder- und Jugendhilfe sind bei der Ermittlung des Aufenthalts von Eltern und deren Kindern sowohl rechtlich als auch tatsächlich die Hände gebunden. Das Familiengericht kann in solchen Fällen auch nicht weiterhelfen, hat keine zusätzlichen Möglichkeiten der Aufenthaltsermittlung und kann auch keine Prüfung der Voraussetzungen des § 1666 Absatz 1 BGB vornehmen.

Hier hilft die Polizei im Rahmen ihrer Aufgaben zur „Gefahrenabwehr“. Allerdings kommt es zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Polizei in solchen Konstellationen immer wieder zu Missverständnissen. Wenn das Jugendamt eine „Vermisstenanzeige“ aufgibt, so kann es passieren, dass die Polizei ein Tätigwerden ablehnt. Gelegentlich erklärt sie sich dann für unzuständig, da sie erst tätig werden könne, wenn sie vom Personensorge- beziehungsweise Aufenthaltsbestimmungsberechtigten zur Suche beauftragt werde.<sup>2</sup> Wenn das Jugendamt jedoch keine Vermisstenanzeige stellt, sondern um Unterstützung bei der „Gefahrenabwehr“ bittet, dem Schlüsselbegriff der Polizei an dieser Stelle, dann kann auch hier mit einer gelingenden Kooperation gerechnet werden.

## 2. Wissen der verschiedenen Helferinnen und Helfer nicht gebündelt

**Beispiel 3:** Die Mutter aus Beispiel 1 arbeitet nach einer familiengerichtlichen Anhörung zu den Umgangskontakten, in welcher auch ein möglicher Sorgerechtsentzug thematisiert wurde, mit den Fachkräften aus dem ASD mal mehr, mal weniger zusammen. Sie hat wieder Kontakt zu ihrem Ex-Mann. Es kommt erneut zu Partnerschaftsgewalt. Die Mutter sucht ein Frauenhaus auf, das sie nach wenigen Tagen unangekündigt mit Clarissa wieder verlässt. In

---

<sup>1</sup> siehe Langenfeld, Christine; Wiesner, Reinhard: Verfassungsrechtlicher Rahmen für die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdungen und seine einfachgesetzliche Ausfüllung, In: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (Hrsg.): Verantwortlich Handeln. Schutz und Hilfe bei Kindeswohlgefährdung, Saarbrücker Memorandum, Heidelberg (2004), S. 45, insb. 77 f.

<sup>2</sup> vgl. hierzu DIJuF-Rechtsgutachten, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 77 (2004), Nr. 5, S. 241

der Folge tötet sie ihre Tochter. Später stellt sich heraus, dass sie drei Wochen zuvor einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, in der sie mit Clarissa stationär untergebracht war, gegen den ausdrücklichen Rat der Ärzte vorzeitig abgebrochen hatte. Als dies alles nach und nach bekannt wird, sieht sich die fallzuständige Fachkraft im Jugendamt dem Vorwurf ausgesetzt, sie hätte das wissen und daher etwas unternehmen müssen.

Leiden Eltern unter chronischen Belastungen, sind regelmäßig mehrere Helferinnen und Helfer aus verschiedenen Hilfesystemen und Institutionen involviert. Das notwendige Zusammenspiel bereitet in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten.

Die Erwachsenenpsychiatrie und zum Teil auch die Erwachsenenpsychotherapie blenden die Elternrolle ihrer Patientinnen oder Patienten allzu häufig vollkommen aus. Es gibt weder eine statistische Erfassung zur Familiensituation und dem Vorhandensein von Kindern noch werden die familiären Verhältnisse erfragt oder gar bei der Behandlung/Therapie berücksichtigt. Die Juristinnen und Juristen können hier nun in den Kanon derer einstimmen, die dies beklagen. Tun können sie nichts. Das Recht hält für den Anstoß der notwendigen Einstellungs- und Verhaltensänderungen keine Lösungen vor. Es lohnt jedoch ein Blick auf die Befugnisse und Grenzen der Informationsweitergabe.

Ärzte haben eine Schweigepflicht (vgl. § 203 Absatz 1 Nr. 1 StGB). Eine Weitergabe der Informationen ist daher nur zulässig, wenn die Patientinnen und Patienten die Ärzte von der Schweigepflicht entbinden oder wenn ein rechtfertigender Notstand vorliegt. Dazu muss eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr für Leib oder Leben gegeben sein und die Interessen des Kindes oder Jugendlichen müssen die informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten und den funktionalen Schutz der Vertraulichkeit in der ärztlichen Behandlung wesentlich überwiegen (§ 34 StGB). Hier setzt das Recht klare Grenzen, über deren Durchbrechung der Arzt im Einzelfall eine Interessenabwägung vornehmen muss.

Innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe richtet sich der Informationsaustausch nach den sozialdatenschutzrechtlichen Vorschriften im SGB VIII (und SGB X). Dies gilt auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Trägern der freien Jugendhilfe, etwa in Beratungsstellen. Nach § 61 Absatz 4 SGB VIII sind die Träger der freien Jugendhilfe zu verpflichten, die Vorgaben des Sozialdatenschutzrechts entsprechend in ihren Kontrakten mit den Klienten zu vereinbaren und sich insoweit an die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Sozialgesetzbuchs zu halten.

Das bedeutet, dass anvertraute Sozialdaten, also solche Informationen, die einer Fachkraft persönlich und mit der Erwartung einer strengen Vertraulichkeit anvertraut wurden, grundsätzlich nur mit der Einwilligung des Anvertrauenden weitergegeben werden dürfen (§ 65 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VIII). Im Bereich der übrigen Informationen dürfen diese an andere Sozialleistungsträger bzw. Träger der freien Jugendhilfe weitergegeben werden, wenn dies der eigenen Aufgabenerfüllung oder der Aufgabenerfüllung der empfangenden Stelle dient. Allerdings steht diese Übermittlung unter

dem Vorbehalt, dass dadurch der Erfolg der Hilfe nicht in Frage gestellt sein darf (§ 64 Absatz 2 SGB VIII i. V. m. § 69 Absatz 1 Nr. 1 Alternative 1 und 2 SGB X).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund kann die Annahme, beispielsweise in Erziehungsberatungsstellen oder in der sozialpädagogischen Familienhilfe bestünde eine „Schweigepflicht“, getrost als Mythos bezeichnet werden. Die Träger der freien Jugendhilfe sind von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe zur Einhaltung der gleichen datenschutzrechtlichen Bindungen zu verpflichten, wie sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes unterliegen. Die Helferinnen und Helfer bei den Trägern der freien Jugendhilfe sind verpflichtet, dies in den Kontrakten mit den Klientinnen und Klienten zu vereinbaren und transparent zu kommunizieren.

Die Grenze einer Datenweitergabe ist jedoch in jedem Fall der Erfolg der Hilfe. Diese Beschränkung muss ernst genommen und die betreffende Prognose sorgfältig getroffen werden. Ein bloßes Zurückziehen auf das formale „*Ich darf nicht, denn ich unterliege der Schweigepflicht.*“ ist dabei allerdings nicht möglich. Vielmehr ist die Kommunikation zwischen den Helferinnen und Helfern daran zu messen, ob sie im Einzelfall hilfreich ist oder nicht. Die Transparenz gegenüber den Betroffenen bleibt wesentliche Voraussetzung für eine solche Kultur des gegenseitigen Austauschs.

Diese rechtlichen Vorgaben zum Informationsaustausch fordern geradezu auf, nicht in die Berater-Falle zu tappen und das negative Image des Jugendamtes selbst zu reproduzieren: Klientinnen und Klienten kommen nicht selten mit einer Vorstellung vom Jugendamt als Kinder-wegnehm-Behörde in die Beratung. Sie möchten, dass das Jugendamt nicht informiert wird, vermeiden die Inanspruchnahme von präventiven Hilfen, wenn dabei das Jugendamt als Leistungsträger eingeschaltet werden muss. Werden diese Hemmschwellen und Ängste von den professionellen Helferinnen und Helfer anderer Dienste übernommen, mag dies den Aufbau der eigenen Hilfebeziehung erleichtern.

Kann familiären Krisen mit den eigenen Hilfeangeboten jedoch nicht ausreichend begegnet werden und spitzt sich die Situation zu, so wird es doch notwendig werden, das Jugendamt einzuschalten. Die Intention ist zu diesem späten Zeitpunkt meist schon eindeutig die Initiierung der Herausnahme des Kindes aus der Familie, die Chancen für die Abwendung einer Gefährdung durch die Inanspruchnahme präventiver Hilfen sind verpasst. Will das Jugendamt nun zuerst selbst eine Hilfebeziehung aufbauen, so wird dies in der bereits im Vorfeld eskalierten Krise häufig als unnötige Verzögerung und (zu) spätes Eingreifen empfunden. Es wird direkter oder indirekter Druck auf die Fachkräfte im Jugendamt ausgeübt, endlich „einzuschreiten“. Dem Jugendamt bleibt in einer solchen Situation regelmäßig nur die Anrufung des Familiengerichts und in der Konsequenz die Herbeiführung einer Trennung des Kindes oder Jugendlichen von seinen Eltern. Die Angst des Klientels wird in solchen Fällen durch die Übernahme des Wunsches nach Abschottung und der damit verbundenen Unmöglichkeit, weitere Hilfezugänge zu eröffnen, von den Helferinnen und Helfer in der Beratungsstelle oder bei einem anderen Leistungserbringer selbst reproduziert – **siehe Abbildung 1.**

## Der Teufelskreis des negativen Images der Jugendhilfe

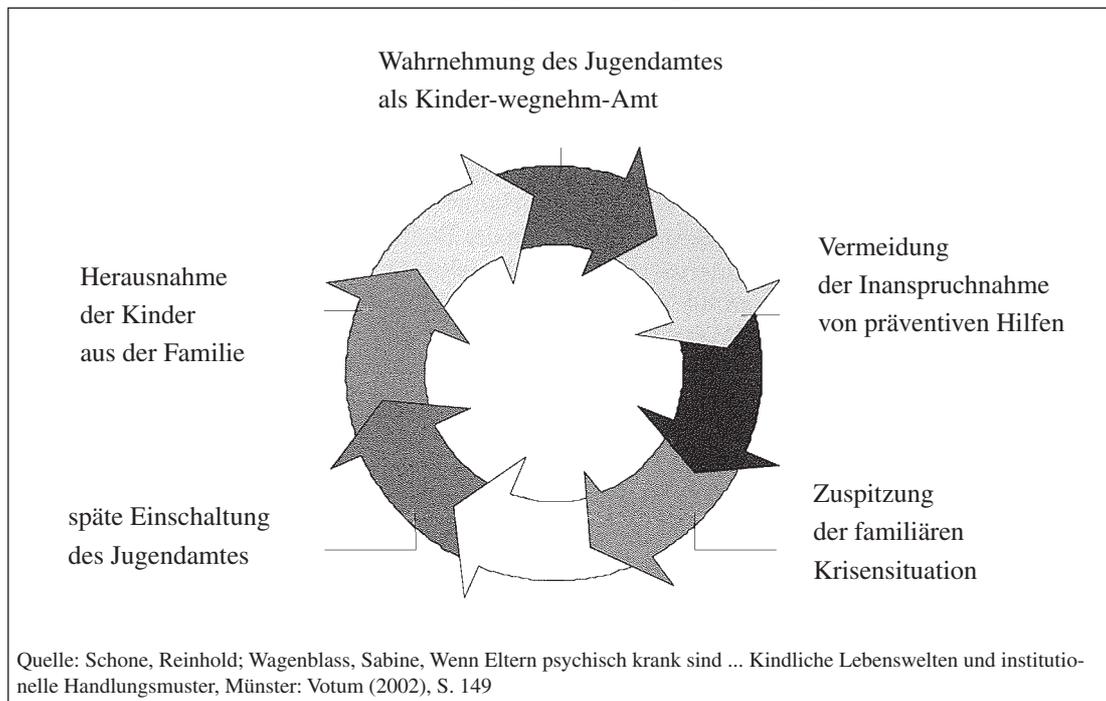


Abbildung 1

Es ist im Interesse der Kinder, Jugendlichen und deren Familien, wenn Helferinnen und Helfer rechtzeitig für eine Inanspruchnahme von (weiter gehenden) Hilfen werben und insbesondere Berührungsängste mit dem Jugendamt abzubauen suchen. Dabei handelt es sich nicht um ein „Abgeben des Falls“ beziehungsweise der damit verbundenen eigenen Probleme und Verantwortung, sondern um ein Vermitteln des Miteinanders und gemeinsamer Ziele in der Hilfe für die betroffene Familie – ein Gedanke, wie ihn auch die neue Vorschrift zum Schutzauftrag aufgreift (§ 8 a Absatz 2 Satz 2 E-SGBVIII).<sup>1</sup>

### IV. Gewährleistung des Kindeswohls

Regelmäßig werden bereits im Vorfeld eines gerichtlichen Verfahrens die entscheidenden Weichen dafür gestellt, ob es zu einer Kindeswohlgefährdung kommt oder nicht.<sup>2</sup> Aus rechtlicher Sicht ist die Vorstufe zur Kindeswohlgefährdung nach § 1666 Absatz 1

<sup>1</sup> Regierungsentwurf Bundestagsdrucksache 15/3676, S. 10: „(2) ... Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.“; hierzu eingehend Meysen, Thomas; Schindler, Gila: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung: Hilfreiches Recht beim Helfen, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 77 (2004), Nr. 10, S. 449 und 453 f.

<sup>2</sup> siehe Münder, Johannes: Probleme des Sorgerechts – bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern – exemplarisch für den Kinderschutz bei Kindeswohlgefährdung, In: Familie und Recht, Neuwied: Luchterhand 6 (1995), Nr. 2, S. 89-98

BGB die Gewährleistung des Kindeswohls. Wenn das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen nicht gewährleistet ist, besteht ein Anspruch auf die für seine Entwicklung geeignete und notwendige Hilfe zur Erziehung (§ 27 Absatz 1 SGB VIII). Chronische Belastungen von Eltern sind ein hochsignifikanter Indikator für einen potenziellen Bedarf an erzieherischen Hilfen des Kindes oder Jugendlichen.<sup>1</sup>

Zur Gewährleistung des Kindeswohls sind die Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe daher verpflichtet, bei den Personensorgeberechtigten um die Inanspruchnahme der geeigneten und notwendigen Hilfen zu werben (vgl. § 8 a Absatz 1 Satz 3, Absatz 2 Satz 2 E-SGB VIII).<sup>2</sup> Wenn zusammen mit den Kindern, Jugendlichen und deren Eltern eine gemeinsame Hilfperspektive erarbeitet werden soll, stellt dies gerade bei Familien mit chronisch belasteten Eltern hohe Ansprüche nicht nur an die Kultur der Zusammenarbeit der zuständigen Hilfeinstitutionen,<sup>3</sup> sondern auch an die jeweilige Angebotspalette.

Typisch für Familien, in denen die Eltern chronische Belastungen mitbringen, ist ein schwankender Hilfebedarf wegen schwankender Erziehungsfähigkeit. Trotzdem ist Kontinuität gefragt. Diese wiederum erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und Kooperation.<sup>4</sup> Die starre Einordnung der Hilfen nach einzelnen Ziffern des Katalogs in §§ 28 ff. SGB VIII begegnet den Bedarfslagen der Kinder und ihrer Eltern dabei oftmals zu unflexibel.<sup>5</sup> Hierzu ein Beispiel:

**Beispiel 4:** Eine Mutter leidet an Schizophrenie. Je nach Gesundheitszustand wird sie vom Jugendamt unterstützt durch den Einsatz einer sozialpädagogischen Familienhelferin (§ 31 SGB VIII), der vorübergehenden Unterbringung

---

<sup>1</sup> siehe Kindler, Heinz: Frage 28: Welcher Zusammenhang besteht zwischen Suchterkrankungen der Eltern und der Entwicklung von Kindern? In: In: Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Kindeswohlgefährdung und ASD, München: DJI-Verlag (2004); ders.: Frage 31: Welcher Zusammenhang besteht zwischen der psychischen Erkrankung der Eltern und der Entwicklung von Kindern? ebenda; siehe auch unter [http://cgi.dji.de/5\\_asd/ASD-handbuch/ASD\\_Inhalt.htm](http://cgi.dji.de/5_asd/ASD-handbuch/ASD_Inhalt.htm)

<sup>2</sup> hierzu eingehend Meysen, Thomas; Schindler, Gila: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung: Hilfreiches Recht beim Helfen, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 77 (2004), Nr. 10, S. 449, insb. 452 ff.

<sup>3</sup> ideale Orientierung bieten insoweit Staets, Susanna; Hipp, Michael: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern, In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 50 (2001), Nr. 7, S. 569; siehe auch unter [www.kipkel.de](http://www.kipkel.de)

<sup>4</sup> hierzu eingehend Schone, Reinhold; Wagenblaus, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster, Münster: Votum (2002), S. 41 ff., 91 ff., 142 ff.; siehe Glenn, Penelope; Stiels-Glenn, Michael: Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation bei der Betreuung von Familien mit psychisch kranken Müttern oder Vätern, In: Sozialmagazin, Weinheim, Juventa 28 (2003), Nr. 4, S. 23; zur Koordination interdisziplinär angelegter Hilfen instruktiv auch Fegert, Jörg M.: Schnittstellen unterschiedlicher fachlicher und administrativer Zuständigkeiten, Verknüpfung und Vernetzung, In: Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute: Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternefamilien in Deutschland, Weinheim: Beltz (2003), S. 20 ff.

<sup>5</sup> zur Kritik hieran Münder, Johannes: Probleme des Sorgerechts – bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern – exemplarisch für den Kinderschutz bei Kindeswohlgefährdung, (Fn. 8), In: Familie und Recht, Neuwied: Luchterhand 6 (1995), Nr. 2, S. 96 ff.

ihres Kindes in einem Heim (§ 34 SGB VIII), der Unterbringung in familiärer Bereitschaftsbetreuung (§ 33 SGB VIII). Kehrt die Mutter aus der Klinik zurück, wird die Erziehung zu Hause begleitet durch die Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII), wenn die Situation der Mutter sich wieder destabilisiert, wird erneut eine sozialpädagogische Familienhilfe eingesetzt (§ 31 SGB VIII) usw.

Durch ständig wechselnde Leistungen sind Kinder oder Jugendliche gezwungen, sich auf immer neue Bezugspersonen einzustellen. Die Diskontinuität durch eine „Versäulung“ der Hilfen im Rahmen einer verwaltungstechnischen Einordnung gefährdet deren Erfolg und damit das Kind. Deshalb haben einige Träger der öffentlichen Jugendhilfe zusammen mit Trägern der örtlichen und/oder überörtlichen Sozialhilfe integrierte mischfinanzierte Formen der flexiblen Begleitung solcher Familien erarbeitet.

Nach einer Alternative lebt das Kind zusammen mit seiner Mutter in einer Pflegefamilie. Je nach Gesundheitszustand kommt oder geht die Mutter. Das Kind bleibt kontinuierlich in der Familie.<sup>1</sup>

Bei solchen Hilfearrangements werden sowohl Hilfen zur Erziehung für eine Mutter als Personensorgeberechtigte gewährt als auch Hilfen für eine seelisch behinderte, erwachsene Frau. In ersterem Fall handelt es sich um Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII, in letzterem Fall um Sozialhilfe nach BSHG/SGB XII. Es bedarf daher einer koordinierten Leistungsgewährung und vor allen Dingen einer zwischen den beiden Sozialleistungsträgern quotierten Finanzierung. Einigen mag dies als surreale Vision vorkommen, doch es gibt bereits in der Wirklichkeit Jugend- und Sozialhilfeträger, die sich auf diesen zeitaufwändigen, nicht immer einfachen Weg zu einer Hilfe-Kooperation begeben haben. Leider verweigern insbesondere Träger der überörtlichen Sozialhilfe an manchen Orten noch eine solche Zusammenarbeit, negieren sogar in rechtswidriger Weise eine Zuständigkeit für die Gewährung von Eingliederungshilfe in Vollzeitpflege.<sup>2</sup> Obwohl sie kostenintensiver und pädagogisch weniger geeignet ist, wird die Heimbelegung einer Unterbringung in einer Pflegefamilie vorgezogen.

In einer anderen Form der flexiblen Hilfe übernimmt eine Pflegeperson eine „Patenschaft“ für das Kind.<sup>3</sup> Sie nimmt es bei einem stationären Krankenhausaufenthalt der Mutter bei sich auf und kümmert sich um Besuche bei der Mutter. Sie begleitet die Rückkehr des Kindes in den elterlichen Haushalt, möglicherweise wohnt zuerst die Mutter wenige Tage bei der Pflegeperson und im Anschluss daran die Pflegeperson bei

---

1 siehe Rems-Murr-Kreis: Konzeption „Familienpflege für behinderte Mütter und ihre Kinder“, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 76 (2003), Nr. 7, S. 338; siehe auch DIJuF-Rechtsgutachten, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 77 (2004), Nr. 6-7, S. 312

2 siehe DIJuF-Rechtsgutachten, In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht 74 (2001), Nr. 3, S. 119; 76 (2003), Nr. 7, S. 354; 77 (2004), Nr. 6-7, S. 309

3 hierzu Szylowicki, Alexandra: Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern, In: Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Beltz 9 (2003), Nr. 3, S. 142

der Mutter und besucht das Kind in der Folge regelmäßig. Die Pflegeperson steht dem Kind und der Mutter während der gesamten Zeit durch Besuche mit wechselnder Frequenz als kontinuierliche Bezugsperson zur Verfügung. Eventuell leistet die Pflegeperson auch Hilfen vergleichbar einer sozialpädagogischen Familienhilfe.

Diese Vignetten integrierter, flexibler Hilfen können allenfalls als Anregung dienen weiterzudenken – für die öffentlichen Träger, ob sie solche Arrangements nicht in ihre Angebotspalette aufnehmen sollten, für die freien Träger, welche Konzepte sie den öffentlichen Trägern zur Förderung anbieten wollen. Aus rechtlicher Sicht steht einer solchen Kreativität jedenfalls nichts entgegen (vgl. etwa § 27 Absatz 2 SGB VIII).

## **V. Ausblick: Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe**

- 1.** Sind Kindern und Jugendlichen Hilfezugänge versperrt, kann es notwendig und „hilfreich“ sein, die Familiengerichte und gegebenenfalls die Polizei für die Eröffnung der Zugänge einzubeziehen. Hierbei bedarf es einer konsequenten Begegnung auf gleicher Augenhöhe. Gegenseitiger Respekt vor den eigenständigen und unabhängigen Prüfaufträgen in Jugendhilfe und Justiz sowie vor unterschiedlichen Einschätzungen sind wesentliche Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation. Zur beiderseitigen Wertschätzung gehört, dass die Familienrichterinnen und Familienrichter die sozialwissenschaftliche Expertise einholen und berücksichtigen und dass Kinder- und Jugendhilfe die juristischen (Verfahrens-)Vorgaben sowie die richterliche Unabhängigkeit in ihrem professionellen Handeln beachten und respektieren. Mit dem Mut für das Selbstverständnis einer „Verantwortungsgemeinschaft zur Sicherung des Kindeswohls“ bestehen beste Aussichten auf eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Justiz beziehungsweise Polizei.
- 2.** Die Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe sind in erheblichem Maße selbst dafür verantwortlich, ob Eltern, Jugendliche und Kinder ihre Vorbehalte insbesondere gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfen des Jugendamtes abbauen können. Auf das Gesetz können sich die Professionellen jedenfalls nicht stützen, wenn sie sich bei einer gegenseitigen Abschottung auf den Datenschutz und ein formal-generelles „ich darf nicht“ stützen. Auch innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe ist Vertrauensschutz konstitutives Element beim Aufbau einer Hilfebeziehung. Die Verweigerung einer Informationsweitergabe bedarf jedoch einer an der Hilfe orientierten Begründung: Der Erfolg der eigenen Hilfe darf nicht in Frage gestellt sein. Wird diese Vorgabe aus § 64 Absatz 2 SGB VIII ernst genommen, ist Parameter einer Datenübermittlung innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe, ob eine solche – bei Beachtung des Gebots der Transparenz – „hilfreich“ für die Betroffenen ist oder nicht.
- 3.** Es lohnt sich, wenn sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Trägern der öffentlichen Jugendhilfe nicht scheuen, den steinigen Weg der Anbahnung und den Aufwand für eine Kooperation mit den (überörtlichen) Sozialhilfeträgern, Krankenkassen und Ärzten auf sich zu nehmen. Gelingt eine solche Zusammenarbeit bei der Hilfe, werden es die Kinder, Jugendlichen und deren chronisch belasteten Eltern danken.

# Vernetzte Angebote für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen: Auxilium Hamm – eine Facheinrichtung für drogengefährdete Jugendliche<sup>1</sup>

RALF WILCZEK

*Stellvertretender Leiter der Therapeutischen Wohngruppen Auxilium, Malteser Werke gGmbH, Hamm, Nordrhein-Westfalen*

## 1. Strukturen und Orientierungen der Malteser in Deutschland

Ich freue mich über die Einladung zu dieser Fachtagung und darüber, Ihnen das Angebot der Malteser Werke gGmbH im Bereich der Jugend- und Drogenhilfe vorstellen zu können. Bevor ich über die Einrichtung im Einzelnen, das Behandlungssetting sowie einige Behandlungsergebnisse spreche, möchte ich die Gelegenheit nutzen, kurz die Organisation der Malteser in Deutschland vorzustellen.

Viele von Ihnen haben sicherlich schon von uns gehört und die meisten von Ihnen werden den Malteser Hilfsdienst kennen. Der Hilfsdienst ist als eingetragener Verein organisiert und geprägt durch seine ehrenamtlichen Dienste im Bereich Katastrophenschutz, Sanitätsdienst, in der Jugendarbeit, im Auslandsdienst und im Ausbildungsbereich. Die Malteser Werke gehören als Tochter der Deutschen Malteser zu den Werken des deutschen Malteser Ordens. Seit 1989 haben sie Kernkompetenzen in den Bereichen der Jugend- und Drogenhilfe, der Migration sowie der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt, die sich heute in den drei Fachabteilungen widerspiegeln.

Ziel der Arbeit ist es, durch die Förderung von Faktoren die Einstellungen und Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen, Menschen anzuregen und darin zu unterstützen, die eigenen Stärken und Kompetenzen zu erkennen, Lebensperspektiven zu entwickeln, Verantwortung für die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden wahrzunehmen und das eigene Leben aktiv zu gestalten. Zudem sind alle Einrichtungen der Malteser Werke seit 1997 nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert. In der Abteilung Migration betreiben die Malteser heute bundesweit stationäre Einrichtungen, ambulante Betreuungsaufgaben sowie Projekte und Maßnahmen im Bereich medizinischer und psychologischer Versorgung für Aussiedler, Asylbewerber und Flüchtlinge.

In der Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention, zu der auch die Arbeitsgruppe Natürliche Familienplanung (NFP) gehört, haben es sich die Malteser zur Aufgabe gemacht, Programme zu entwickeln, zu evaluieren und zu schulen. Diese helfen den Menschen, bewusst mit dem eigenen Körper umzugehen, eine gesunde Lebensweise zu entdecken und zu entwickeln und soziale Verantwortung zu übernehmen. In der Jugend- und Drogenhilfe ist in den vergangenen Jahren ein Netzwerk von niedrig- und

---

<sup>1</sup> Kontaktanschrift: Malteser Werke gGmbH, Auxilium, Dambergstr. 4, 59069 Hamm, Internet siehe unter: [www.auxilium-hamm.de](http://www.auxilium-hamm.de)

hochschwelligem Angeboten aufgebaut worden. Dazu zählen heute Drogenambulanzen, Substitutionseinrichtungen, Therapeutische Wohngruppen, Schüler- und Lehrlingswohnheime sowie offene Einrichtungen wie die Kinder- und Jugendfreizeiteinrichtung in Neuss, Kaarst und Potsdam, in denen die Malteser ihre Erfahrungen aus der Drogen- und Erziehungshilfe weitergeben. Auch der Gang in die Schulen, in die Kirchengemeinden, in die konfessionelle und nichtkonfessionelle Jugendarbeit gehört dazu, um aufzuklären und zu beraten.

Die Malteser Werke wollen in den kommenden Jahren bewusst ihren Akzent bei den jungen Menschen und Familien setzen, da sie in diesen Zielgruppen die Bedürftigen in der heutigen Zeit erkennen und aus der Sicht der Primärprävention der Grundsatz gilt, dass, je früher die so genannten Ziel- und Risikogruppen erreicht werden, um so größer und nachhaltiger die erreichbaren Effekte sind. Außerdem wollen die Malteser Werke insbesondere im Bereich der Jugend- und Drogenhilfe weiter wachsen und gezielt ihr Angebotsspektrum erweitern.

## **2. Zur Facheinrichtung Auxilium Hamm**

Das Auxilium Hamm ist eine stationäre Einrichtung der Jugendhilfe. Dort werden drogenabhängige Jugendliche und junge erwachsene Menschen behandelt. Dieses Angebot der Malteser ist aus der Arbeit im Westfälischen Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm entstanden. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm bietet drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Möglichkeit des qualifizierten Drogenentzugs, die Behandlung von so genannten Doppeldiagnosen auf der Drogen-Plus-Station und die Behandlung im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation mit den Elementen der Entwöhnungsbehandlung und der sich anschließenden Adaption. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet ein sehr umfangreiches und qualifiziertes Paket im Rahmen der Drogenbehandlung jugendlicher und junger Erwachsener an. Hervorheben möchte ich an dieser Stelle die Arbeit von Joachim Dittrich, der sich in der Suchtkrankenhilfe sehr verdient gemacht hat; er war bis zu seiner Pensionierung im Jahr 2004 der Therapeutische Leiter der medizinischen Rehabilitation im Westfälischen Institut für Kinder- Jugendpsychiatrie in Hamm und er ist der Leiter des Auxiliums. Er hat den Aufbau und die Entwicklung dieser Einrichtung maßgeblich gestaltet.

Bereits vor acht Jahren wurde festgestellt, dass wir in diesem Arbeitsfeld mit den vorgegebenen Behandlungszeiten die Ziele, ein selbstständiges, drogenfreies, von öffentlichen Hilfen unabhängiges Leben, für die Klientel der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht erreichen konnten. Oder anders gesagt: nicht in einem Maß erreichen konnten, das für uns zufriedenstellend war. Die Rückfallquoten waren sehr hoch und der gewünschte Stabilisierungseffekt trat nicht ein. Die Behandlungszeiten konnten im klinischen und rehabilitativen Rahmen nicht erweitert werden. Eine ausreichende Stabilisierung war bei der noch sehr jungen Klientel mit einem ausgeprägt aggressiven Konsummuster in dem kurzen Zeitrahmen von 26 Wochen Entwöhnungsbehandlung und 16 Wochen Adaptionenbehandlung nicht zu realisieren.

Diese Bedingungen führten dazu, die Behandlung in einem anderen Kontext fortzuführen. Das Ergebnis war die Gründung einer Therapeutischen Wohngruppe in Trägerschaft der Malteser Werke gGmbH, das Auxilium. In weiteren Schritten wurde an die Therapeutischen Wohngruppen das Angebot der Verselbstständigungsgruppen angeschlossen. Somit ergeben sich Behandlungszeiten von 6 Wochen für den qualifizierten Entzug und 42 Wochen oder 10 Monate im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation im Westfälischen Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit der Gründung des Auxiliums konnten wir Behandlungszeit von einem Jahr für die Therapeutischen Wohngruppen und ein weiteres Jahr Behandlung im Rahmen der Verselbstständigungsgruppen gewähren, so dass wir, wenn wir die Gesamtheit des Behandlungssettings betrachten, im Westfälischen Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und im Auxilium auf einen Gesamtbehandlungszeitraum von drei Jahren kommen. Mit diesem Angebot ist es möglich, eine schulische Ausbildung abzuschließen; die jungen Menschen können einen Schulabschluss erwerben und eine Berufsausbildung beginnen oder abschließen – **siehe Abbildung 1.**

### Behandlungszeiten

Westfälisches Institut		Malteser Werke Auxilium Hamm	
<b>Qualif. Entzug</b>	<b>med. Reha., DrogenPlus</b>	<b>therapeutische Wohngruppe</b>	<b>Verselbstständigungsgruppe</b>
<b>2-6 W.</b>	<b>ein Jahr</b>	<b>ein Jahr</b>	<b>ein Jahr</b>

Abbildung 1

© Malteser Werke, R. Wilczek

Somit war es möglich, längere Behandlungszeiten anzubieten und ein differenziertes Behandlungsangebot in Kooperation mit dem Westfälischen Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm vorzuhalten. Wir hofften, dass wir mit diesem Setting unser Ziel, nämlich Stabilität, Drogenfreiheit und eine Integration dieser Klientel in Beruf und Gesellschaft erreichen konnten – **siehe Abbildung 2.**

Die Vorzüge dieses Kooperationsmodells der Arbeit des Westfälischen Institutes und der Malteser Werke gGmbH sind die Mehrgleisigkeit und die hohe Flexibilität dieses kooperativen Behandlungsmodells. Der Weg weist nicht nur vom Westfälischen Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Auxilium, sondern der Weg kann im Bedarfsfall – zum Beispiel bei Rückfall eines Bewohners – wieder in die Klinik zur Entzugsbehandlung führen. Nach abgeschlossener Krisenintervention wird die Behandlung im Auxilium fortgesetzt. Der Vorteil dieses Modells sind die kurzen Wege, die aufgrund der intensiven Kooperation schnelle Entscheidungen ermöglichen.

## Strukturen und Setting

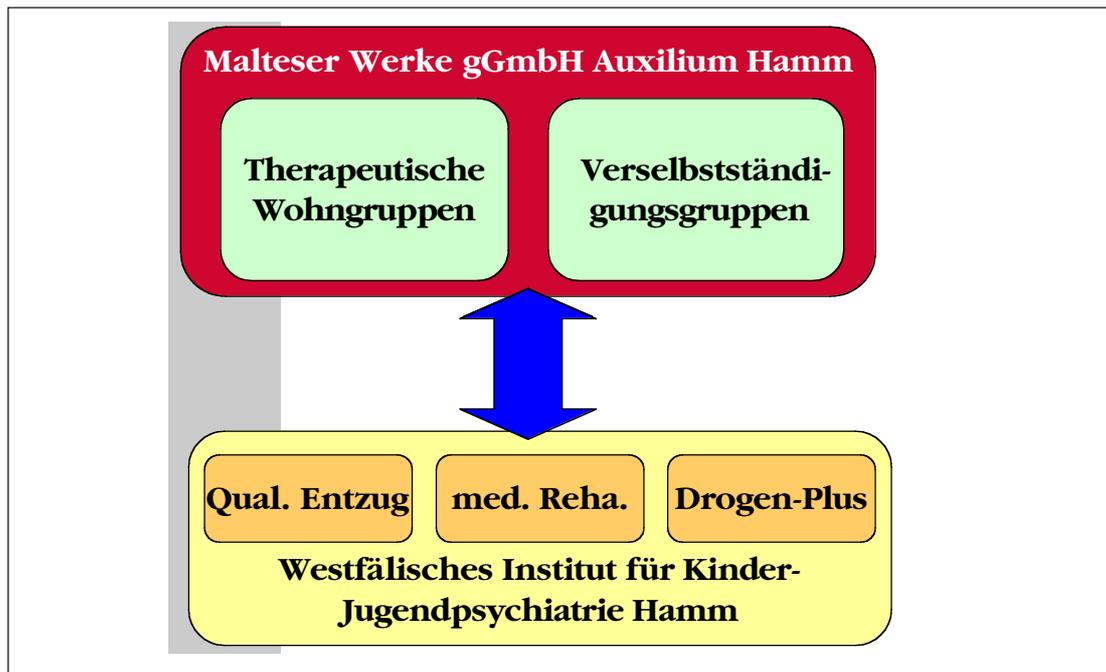


Abbildung 2

© Malteser Werke, R. Wilczek

Zum Gebäude des Auxiliums in Hamm ist zu sagen, dass es sich dabei um einen ehemaligen Bauernhof handelt, der in einem Vorort von Hamm, in Westünnen gelegen ist, und zwar mitten im Ortskern. Die Einrichtung ist seit dem Jahre 2000 in Trägerschaft der Malteser. In Mönchengladbach befindet sich eine weitere Therapeutische Wohngruppe des Auxiliums. Auch diese Einrichtung befindet sich in zentraler Lage. Sie ist im Frühjahr 2003 eröffnet worden. Im weiteren Vortrag werde ich mich auf die Einrichtung des Auxilium in Hamm beziehen, da wir dort über längere Behandlungserfahrungen verfügen und somit mehr Datenmaterial auswerten konnten.

### 3. Behandlungsgrundlagen und Behandlungsziele

Zu den Behandlungsgrundlagen und Rahmenbedingungen der Behandlung im Auxilium gehören:

**Freiwilligkeit:** Wir erwarten von allen Bewohnern, dass sie freiwillig in die Behandlung kommen. Freiwillig heißt aber nicht, dass gerichtliche Auflagen für uns ein Ausschlusskriterium darstellen. Für uns ist die freiwillige Erklärung und Entscheidung des Jugendlichen wichtig: „*Ich möchte hier in dieser Einrichtung Therapie machen.*“

Die **Rechtsgrundlagen** der Behandlung ergeben sich aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz. Das Auxilium ist eine Einrichtung der Jugendhilfe. Behandelt wird auf der Grundlage der §§ 27 ff. SGB VIII. Ein Schwerpunkt liegt im Personenkreis, der im § 35 a SGB VIII beschrieben ist. Für die volljährigen Bewohner des Auxiliums bilden die vorgenannten Bedingungen in Verbindung mit dem § 41 SGB VIII die Behand-

lungsgrundlage. Wir behandeln auch Bewohner, die nach Maßgabe des BSHG auf Grundlage der §§ 39, 40 BSHG über den überörtlichen Träger der Sozialhilfe eine Maßnahmenfinanzierung erhalten.

Die Einrichtungen werden koedukativ geführt mit zur Zeit 22 Plätzen in den Therapeutischen Wohngruppen in Hamm und Mönchengladbach und 17 Plätzen in den Verselbstständigungsgruppen.

Die **Behandlungsziele** im Auxilium sind in der **Abbildung 3** dargestellt.

### Behandlungsziele im Auxilium Hamm

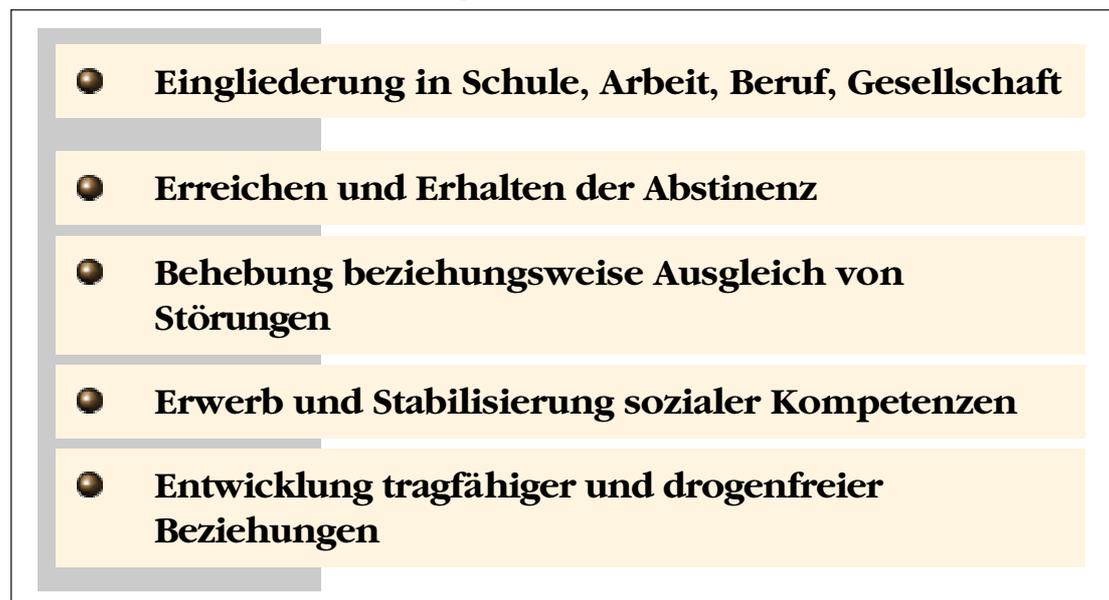


Abbildung 3

© Malteser Werke, R. Wilczek

Gerade bei der Zielgruppe der jungen Drogenabhängigen, die häufig nicht einmal einen Schulabschluss haben, bilden die (Wieder)Herstellung von Lernfähigkeit und die Hinführung zu einem qualifizierten Schulabschluss die Grundlage für eine spätere Erwerbstätigkeit. Darüber hinaus ist die Aufarbeitung von Persönlichkeitsstörungen und von Sozialisationsdefiziten erforderlich. Aus diesem Grunde ist die Integration von pädagogischen und heilpädagogischen Elementen in das Gesamtkonzept notwendig. Im Rahmen der Psychotherapie steht das Lernen von Selbstverantwortlichkeit an erster Stelle. Die Bewohner sollen verstehen lernen, was ihre „spezifischen Klippen“ sind und welche Muster sie immer wieder in Szene gesetzt haben, um rückfällig zu werden. Sie sollen neue Erfahrungen mit Nähe und Distanz machen und wichtige Korrekturen vornehmen, um ihre häufig diffuse Identität neu bestimmen zu können.

#### 4. Wie wir mit Rückfällen umgehen

Wir vertreten die Auffassung, dass Rückfälle zum therapeutischen Prozess gehören und bearbeitet werden müssen. Es genügt nicht, ausschließlich Sanktionen zu verhängen.

gen, sondern es steht die Entwicklung konkreter Bewältigungsstrategien im Blickpunkt der therapeutischen Arbeit. Bei der Beschäftigung mit der Rückfallthematik taucht als erstes die Frage auf, was unter einem Rückfall zu verstehen ist. Bereits in der unterschiedlichen und kontroversen Beantwortung dieser Frage zeigt sich, dass „Rückfall“ ein komplexes Thema ist. In sehr allgemeiner Weise kann man mit Marlatt (in Körkel 1988) unter Rückfall einen Misserfolg im Bemühen einer Person verstehen, ein Verhalten (Sucht) zu verändern. Es gibt unterschiedliche Störungsmodelle, die Entstehung und den Verlauf eines Rückfalls beschreiben. Dieses Konzept bezieht sich auf **das verhaltenstherapeutische Rückfallmodell von Marlatt**. Er legt bei Rückfällen folgenden **Prozessablauf** zugrunde:

1. Ist der Lebensweg des ehemals Drogenabhängigen mit zu großen Belastungen, Anforderungen und Pflichten belegt und keine ausreichende therapeutische, sozialtherapeutische Begleitung (stationär, teilstationär, ambulant) erfolgt, wächst der Drang, sich durch Drogen Entlastung und Entspannung zu verschaffen.
2. Der Klient sieht sich selbst unter Kontrolle („*Ich habe alles im Griff.*“), bis eine hoch risikobehaftete Situation eintritt und er die Kontrolle verliert.
3. Der Klient setzt seine erlernten Bewältigungsstrategien nicht oder nicht in ausreichendem Maße ein.
4. Der Klient erwartet eine positive Veränderung nach dem Rückfall.
5. Der Rückfall wird verharmlost und als „Ausrutscher“ bezeichnet.

Den dann einsetzenden Prozess bezeichnet Marlatt als „Abstinenzverletzungseffekt“, der zwei Merkmale aufweist: Es entsteht nunmehr ein Widerspruch zwischen Abstinenzvorhaben und Abstinenzverletzung. Die Feststellung dieses Widerspruchs führt zu Erklärungsversuchen des Warum. Zum Beispiel Willensschwäche, als stabile, globale oder internale Ursachenbeschreibung oder äußere Versuchungen als variable, spezifische und externale Ursachenbeschreibung. Als zwei Komponenten werden emotionale Reaktionen angenommen, so zum Beispiel Schuldgefühle, Selbsttadel – „*Ich habe versagt, ich taue nichts.*“ – etc. Es wird also angenommen, dass es regelhafte Zusammenhänge zwischen Rückfällen einerseits gibt und einer Häufung an negativen beziehungsweise dem Mangel an positiven Lebensereignissen, einer nicht ausreichenden sozialen Integration, Belastungen in Beziehungen oder Aufforderungen durch ehemalige Freunde oder Bekannte. Dazu kommen mangelhafte Integration in das Arbeitsleben durch nicht ausreichende Angebote der Arbeitstherapie oder der schulischen Anforderung über einen längeren Zeitraum.

In diesem Zusammenhang sei auf die Notwendigkeit von Nachsorgemaßnahmen verwiesen, weil gerade bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine stationäre medizinische Rehabilitation nicht ausreicht, um eine rückfallfreie Stabilisierung zu erreichen. Unsere therapeutische Haltung bezüglich einer Rückfallsituation wird durch folgende Sichtweise geprägt: Ein Rückfall ist nicht unbedingt ein Zeichen der Verschlechterung,

sondern eine Chance, den Weg der persönlichen Weiterentwicklung des Klienten zu unterstützen und den Rückfall nicht zu sanktionieren. (Wer rückfällig wird, dessen Behandlung wird beendet). Im zirkulären Modell der Veränderung (systemische Therapie) gibt es keine geradlinig ablaufenden Veränderungsprozesse; vielmehr sind sie geprägt von zeitweiligen Stagnationen und Rückschritten. Ein Rückfall wird als normaler Schritt zu einer früheren Stufe angesehen, von der aus erneut weitere konstruktive Entwicklungsprozesse erfolgen können. Es gilt deshalb, Rückfall nicht zu verteufeln, sondern diesen als Ausgangspunkt für eine aufrichtige Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit zu nutzen.<sup>1</sup>

## 5. Ein wichtiges Angebot: Schulausbildung

Wie bereits erwähnt, haben die jugendlichen und jungen erwachsenen Drogenabhängigen häufig keinen Schulabschluss und wollen eine entsprechende Schulausbildung oder einen Schulabschluss nachholen. Da die Vorstellungen von den schulischen Möglichkeiten und dem eigenen Leistungsvermögen häufig nicht wirklichkeitsnah sind, ist es notwendig, eine schulische Vorklärung und unter Umständen eine Vorbereitung für die Aufnahme in eine schulische Ausbildung vorzubereiten. Die Beschulung erfolgt im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Schule im Heithof (Schule für Kranke), die mit einer Fachabteilung für Drogenabhängige ausgestattet ist. Die Zusammenarbeit mit den Lehrern wird so gestaltet, dass über Leistungsvermögen, Leistungsbereitschaft, Erledigung der gestellten Aufgaben, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit ein regelmäßiger Austausch erfolgt, um sicherzustellen, dass die angestrebten Ziele auch erreicht werden. Nach dem Schulabschluss in der Schule besteht für die Schüler mit entsprechenden Fähigkeiten die Möglichkeit, weiterführende Schulen zu besuchen. Die Schul-situation bei der Aufnahme in das Auxilium ist in der **Abbildung 4** dargestellt.

**Ausbildungsstand bei der Aufnahme** (Erhebungszeitraum 2000 bis 2004)

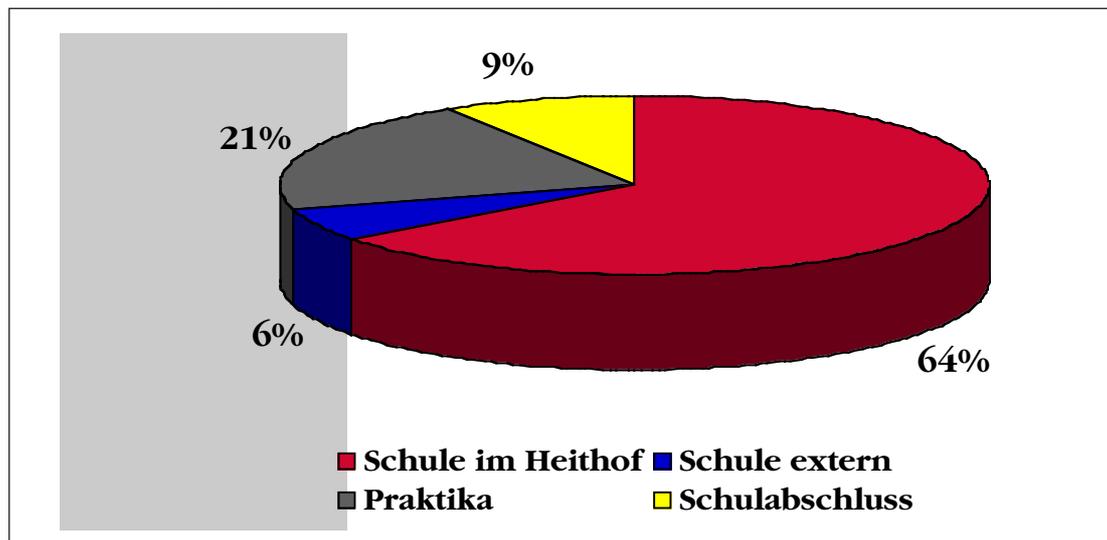


Abbildung 4

© Malteser Werke, R. Wilczek

<sup>1</sup> siehe Körkel, J. (Hrsg.): Der Rückfall der Suchtkranken, Berlin, Heidelberg: Springer (1988), S. 83 ff.

**Schulabschluss im Westfälischen Institut (N=53),  
Erhebungszeitraum 2000 bis 2004**

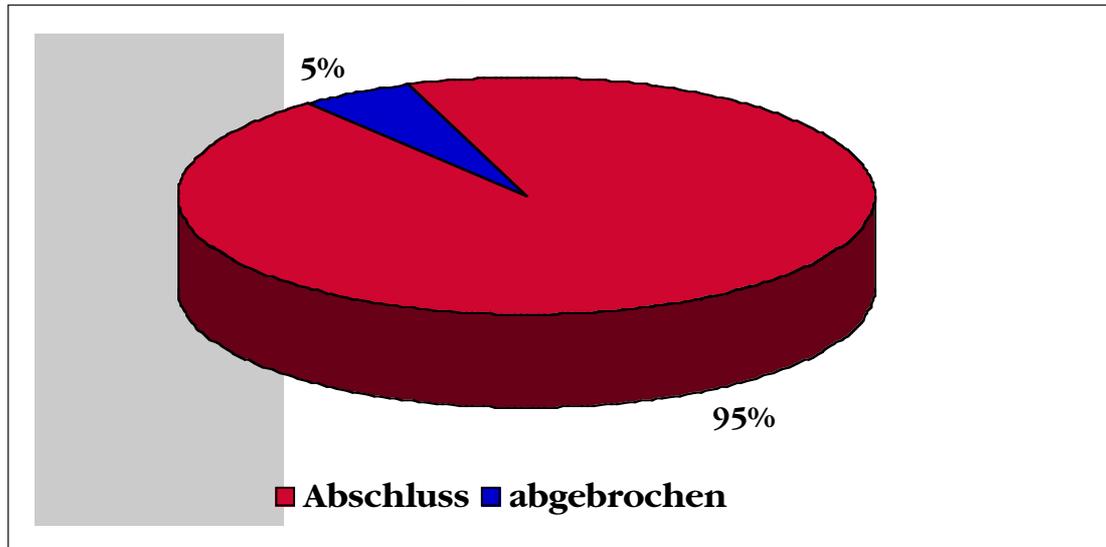


Abbildung 5

© Malteser Werke, R. Wilczek

Aus der **Abbildung 5** wird ersichtlich, wie viele Bewohner des Auxiliums einen Schulabschluss erworben haben. Der Anteil von 95 Prozent mit einem während der Behandlung erworbenen Schulabschluss unterstreicht den Erfolg dieses Kooperationsmodells.

## **6. Orientierung auf eine selbstständige Lebensführung**

Der Aufbau und die Entwicklung einer selbstständigen Lebensführung sind weitere zentrale Elemente der Behandlung. Aspekte der Orientierung sind die Ablösung vom Elternhaus, die Entwicklung eigener Zielvorstellungen sowie Perspektiventwicklung für den beruflichen und den Freizeitbereich. Die Bewohner haben sich im Laufe ihrer Abhängigkeitsentwicklung weitestgehend von einer geordneten Lebensführung und damit auch einer sinnvollen Freizeitgestaltung entfernt. Drogenkonsum, Drogenbeschaffung, Beschaffung der finanziellen Mittel, die den Drogenkonsum ermöglichen, standen im Vordergrund. Geschulte Mitarbeiter fördern die Rehabilitanden, Ideen für die Freizeitgestaltung zu entwickeln und Kontinuität aufzubauen. Wir nennen das „aktive Freizeitgestaltung“ in Ermangelung einer besseren Begrifflichkeit. Wir fordern in diesem Rahmen von den Bewohnern, sich aktiv um ihre Freizeitgestaltung zu kümmern. Sowohl im sportlichen als auch im kreativen Bereich werden entsprechende Angebote gemacht, die für den jeweiligen Bewohner für einen vereinbarten Zeitraum verbindlich sind, so beispielsweise Fußball, Volleyball, Reiten, Basketball, Tischtennis, kreatives Gestalten mit Holz oder Ton.

Immer wieder wird nach der Geschlechterverteilung in der Einrichtung gefragt. Dazu möchte ich sagen: Wir haben in den Jahren zwischen 2000 und 2004 eine Aufteilung von ungefähr einem Viertel Frauen und drei Vierteln Männer in den Einrichtungen ge-

habt. Die durchschnittliche Behandlungszeit im Auxilium beträgt ein Jahr für die jeweilige Behandlungseinheit – **siehe Abbildung 6.**

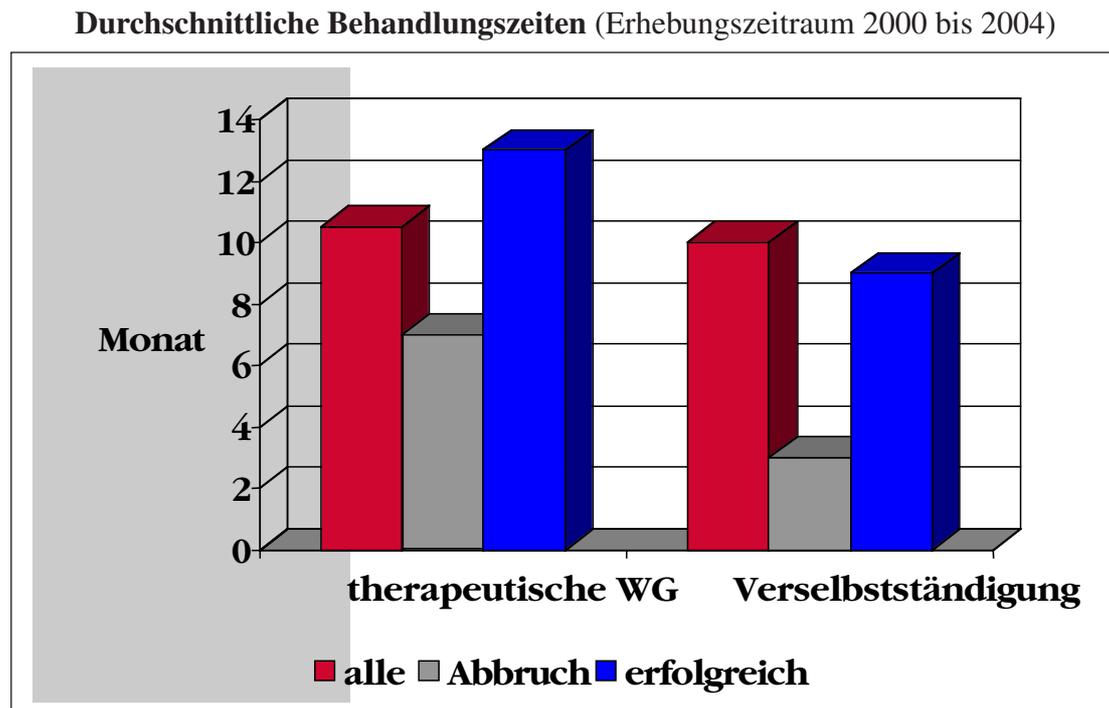


Abbildung 6

© Malteser Werke, R. Wilczek

Wir haben festgestellt, dass die Behandlungszeiten derjenigen, die erfolgreich behandelt werden, bei etwas mehr als zwölf Monaten liegen. Die durchschnittliche Behandlungszeit derjenigen, die die Behandlung vorzeitig abbrechen oder aus disziplinarischen Gründen entlassen werden, liegt bei sechs Monaten. Es gibt noch einmal eine deutliche Verringerung dieser Zahlen, nämlich der Abbrecher in der Verselbstständigungsgruppe; die Behandlungszeit liegt bei dieser Gruppe bei rund zwei bis drei Monaten. Und diejenigen, die in der Verselbstständigungsgruppe erfolgreich bis zum Ende behandelt werden, brauchen im Durchschnitt neun Monate Behandlungszeit.

## 7. Ein Angebot heißt Familientherapie

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist der Kontakt zu den Eltern oder anderer Bezugspersonen der Jugendlichen von großer Bedeutung, welcher besteht oder wieder aktiviert werden kann – **siehe Abbildung 7.** Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass zwölf Prozent der Bewohner keinen Kontakt zu den Eltern oder Bezugspersonen haben. 88 Prozent haben Kontakt zu Eltern und Bezugspersonen, der qualitativ und quantitativ unterschiedlich gestaltet ist. Für uns ist dieser Aspekt von besonderer Bedeutung, da wir die Eltern und Bezugspersonen in die Behandlung einbeziehen. Wir bieten Elterngespräche an. Diese sind zu Beginn der Behandlung Standard; sie werden, wenn gewünscht und notwendig, fortgesetzt.

### Kontakt zu den Eltern, Bezugspersonen (Erhebungszeitraum 2000 bis 2004)

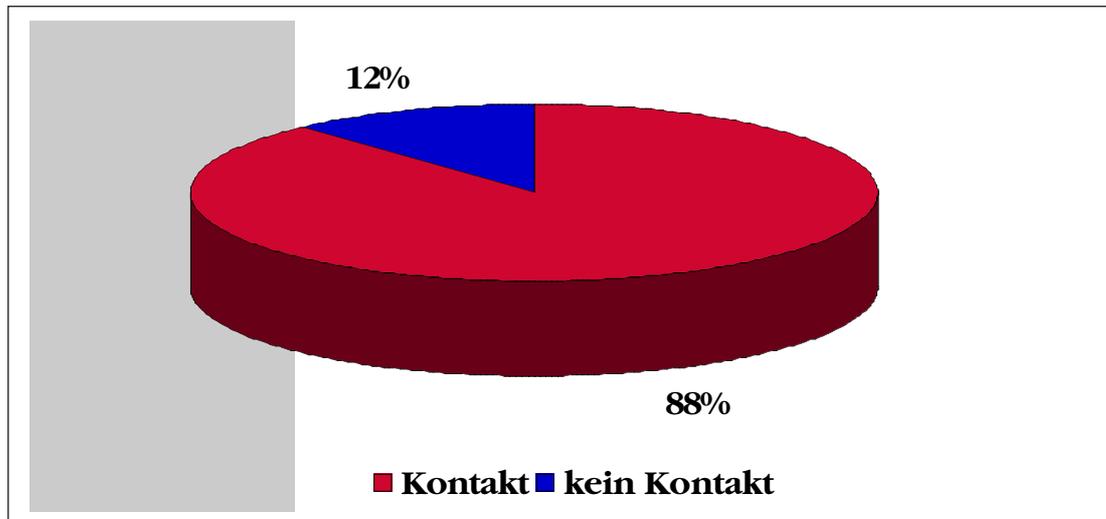


Abbildung 7

© Malteser Werke, R. Wilczek

Die Familientherapie wird grundsätzlich für alle Bewohner angeboten und ist Bestandteil des therapeutischen Settings. Die Grundlagen der Familientherapie sind in der systemischen Therapie beschrieben. Es werden in einem Vorgespräch auf der Grundlage der anamnestischen Ergebnisse Vereinbarungen getroffen, ob die Familienmitglieder bereit sind, in den therapeutischen Prozess einzutreten, wer zu beteiligen ist und in welchem zeitlichen Umfang die Familientherapie stattfinden soll. Nach diesem Vorgespräch wird der therapeutische Vertrag formuliert, der für den Bewohner Bestandteil seiner Therapie wird. Bei der Familientherapie ist die ganze Familie der Klient. Behandelt werden die Mitglieder im Beziehungssystem und nicht ein einzelnes Familienmitglied (der so genannte modifizierte Patient). Den Familienmitgliedern werden Hilfestellungen geboten, wahrzunehmen, was zwischen ihnen passiert, und Konzepte zur Verbesserung zu entwickeln.

Im strukturierten Familientherapeutischen Ansatz (Minuchin 1974) wird die Familie als System gesehen, dass die Störungen in den einzelnen Mitgliedern hervorruft und nicht umgekehrt. Aus diesem Grunde liegt das Augenmerk in der Therapie auf der aktuellen Interaktion der Familie und deren Organisationsstruktur:

- Wer macht die Schuldzuschreibungen?
- Wem wird Schuld zugewiesen?
- Wer bestimmt, was richtig und falsch ist?
- Wer bestimmt die Kommunikation in der Familie?

Das Ziel der Familientherapie besteht darin, dem Familiensystem Hilfestellung zu geben, Strukturen neu zu organisieren, um den einzelnen Mitgliedern und deren Bedürfnissen besser gerecht zu werden, so dass dann – und das ist der Regelfall – auch familientherapeutische Sitzungen in der Einrichtung durchgeführt werden.

Ich möchte an dieser Stelle noch eine Anmerkung zur Systemischen Theorie und Therapie machen. In Systemen, in denen Symptome Bestandteil der Interaktionen sind, verstricken sich die Mitglieder zunehmend in distinkte, sich wiederholende Interaktionsmuster. Das symptomatische Verhalten ist Teil dieser Muster und wird durch eben diese Form der Interaktion aufrechterhalten, das heißt die Existenz eines „identifizierten Patienten“ ist dazu geeignet, diese Muster zu verstärken. Suchtkranke Jugendliche sind in besonders hohem Grade von ihren Herkunftsfamilien abhängig.

Als **Suchtmuster und suchstabilisierende Faktoren im familiären System** lassen sich identifizieren:

**Isolation von Familienmitgliedern:** Ein Familienmitglied ist nicht in einer adäquaten Position in der Familie, er oder sie ist Sündenbock statt Beziehungspartner, Verbündeter des einen Familienmitglieds gegen das andere und umgekehrt. Es findet keine Triangulierung im Sinne eines Familiengleichgewichtes statt. In der systemischen Sicht bedeutet die Triangulierung die Delegation eines Konfliktes zwischen zwei Personen an eine dritte, an und für sich unbeteiligte Person, so beispielsweise, wenn ein Paar den Konflikt zwischen sich und der Mutter des Vaters an das gemeinsame Kind verschiebt.

**Fusion:** Abgrenzung und selbstverantwortliche Nähe und Distanz wird mit Schuldzuweisung sanktioniert. Die Ablösung wird als „Verrat“ bewertet, der Leid über das familiäre System bringen kann oder sogar den Tod einzelner Mitglieder des familiären Systems. Die Übernahme von Verantwortung für die anderen bis hin zur Überforderung. Eine Abgrenzung erfolgt nur dadurch, dass es nicht mehr geht, und nicht dadurch, dass man nicht mehr will. Nur Unvermögen oder Krankheit werden als akzeptable Entschuldigungen angesehen.

**Mangelnde Individuation:** In der Familie herrscht die Unfähigkeit vor, eigene Wünsche von denen anderer zu unterscheiden. Es gibt in der Familie nur eine richtige Sichtweise. Weichen Meinungen und Wünsche ab, heißt das sofort, dass etwas „nicht in Ordnung“ sei. Unterschiedliche Meinungen werden als bedrohlich wahrgenommen. Es gilt als Egozentrik, eigene Bedürfnisse direkt zu berücksichtigen. Wünsche nach Autonomie oder auch nach Zuwendung werden eher akzeptiert, wenn man sich krank zeigt.

**Bindung und Ausstoßung:** Es existiert ein massiv anklammerndes Beziehungsverhalten in der Familie, das abgelöst wird durch überstürzte Ausbruchsversuche der Jugendlichen mit enger Bindung an die Peergruppe oder einen (meist süchtigen) Partner. In anderen Familien herrscht deprivierendes Bindungsverhalten mit resultierender zielloser Suche nach Nähe durch die Kinder vor.

**Rigidität und Starrheit:** Das familiäre System ist sehr rigide; es gibt unumstößliche Familienregeln: „*Darüber spricht man nicht.*“ „*Nur wer hart arbeitet, wird etwas.*“ Es existieren auch Familienmythen wie „*Untrennbarkeit der Ehe*“ oder „*Eltern dürfen nicht enttäuscht werden*“. Dies stabilisiert ein Entweder-Oder-Denken; zum Bei-

spiel: „Entweder du hörst mit dem Drogenkonsum auf und bleibst clean oder du gehst daran zugrunde.“

Die systemische Therapie sieht Suchtverhalten von Jugendlichen als Beitrag zum Erhalt der Funktionalität des Familiensystems und zielt deshalb darauf ab, durch das Vergrößern von Möglichkeiten im System ein Aufgeben des Suchtverhaltens ohne größeren Schaden für das System zu begleiten, offene und versteckte Abhängigkeiten im Familiensystem zu verändern und die Basis für das Wirksamwerden individueller psychotherapeutischer Strategien zu schaffen.

Ein weiter interessanter Aspekt unserer Arbeit ist die Drogenabhängigkeit der Eltern der jugendlichen Bewohner. Wir konnten feststellen, dass bei zehn Prozent der Eltern eine Abhängigkeit vorgelegen hat. Die Eltern haben diese selbst benannt oder es war offensichtlich, dass Eltern in alkoholisiertem Zustand angerufen haben. In anderen Fällen konnten die Bewohner benennen, dass ihre Eltern abhängig sind. Hier gibt es eine Grauzone, einen Bereich, den wir nicht erfassen können. Wir gehen davon aus, dass aufgrund von Informationen der Bewohner weitere fünf Prozent der Eltern abhängig sind. Darüber hinaus gibt es Eltern, die mit Alkohol oder Medikamenten einen zumindest schädlichen Gebrauch betreiben. Diese Gruppe schätzen wir auf 20 Prozent. Eine Behandlung der Eltern findet im Auxilium nicht statt und kann dort auch nicht stattfinden. Aber wenn es gewünscht wird, sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bemüht, den Eltern Einrichtungen in Wohnnähe zu benennen, wo sie wirksame Hilfe finden können.

## 8. Ergebnisse in Zahlen und Fakten

Am Ende meines Referates möchte ich Ihnen die Ergebnisse unserer Arbeit mit Zahlen und einigen Fakten belegen.

Von Interesse ist immer wieder die Altersverteilung – **siehe Abbildung 8**. Es wurde nach Männern und Frauen unterschieden. Aus der Abbildung 8 wird deutlich, dass die Frauen mit durchschnittlich 18,5 Jahren in die Therapeutischen Wohngruppen gekommen sind. Bei den Männern liegt dieses Alter mit 19,5 Jahren um ein Jahr höher. Frauen wechselten mit knapp über 20 Jahren in die Verselbstständigungsgruppe. Bei den Männern liegt die durchschnittliche Verteilung für die Verselbstständigungsgruppen bei 20,6 Jahren. Ein Grund für diese Verteilung ist, dass die Frauen im Durchschnitt etwas länger in der Therapeutischen Wohngruppe verbleiben, im Gegensatz zu den Männern, die diese Behandlungsphase in rund einem Jahr absolvieren.

Die Abschlüsse der Therapeutischen Wohngruppe – **siehe Abbildung 9** – stellen sich so dar, dass wir in dem Behandlungszeitraum 15 Prozent Abbrüche hatten und 19 Prozent disziplinarische Entlassungen. Vier Prozent der Bewohner wechselten in eine andere Einrichtung. Weitere vier Prozent – das entspricht zwei Bewohnern – verunglückten leider tödlich. Ein Bewohner ist bei einer Beurlaubung an einer Überdosis Drogen gestorben; der andere Bewohner kam durch einen tragischen Sportunfall wäh-

**Altersverteilung in der Einrichtung Auxilium Hamm**  
(Erhebungszeitraum 2000 bis 2004)

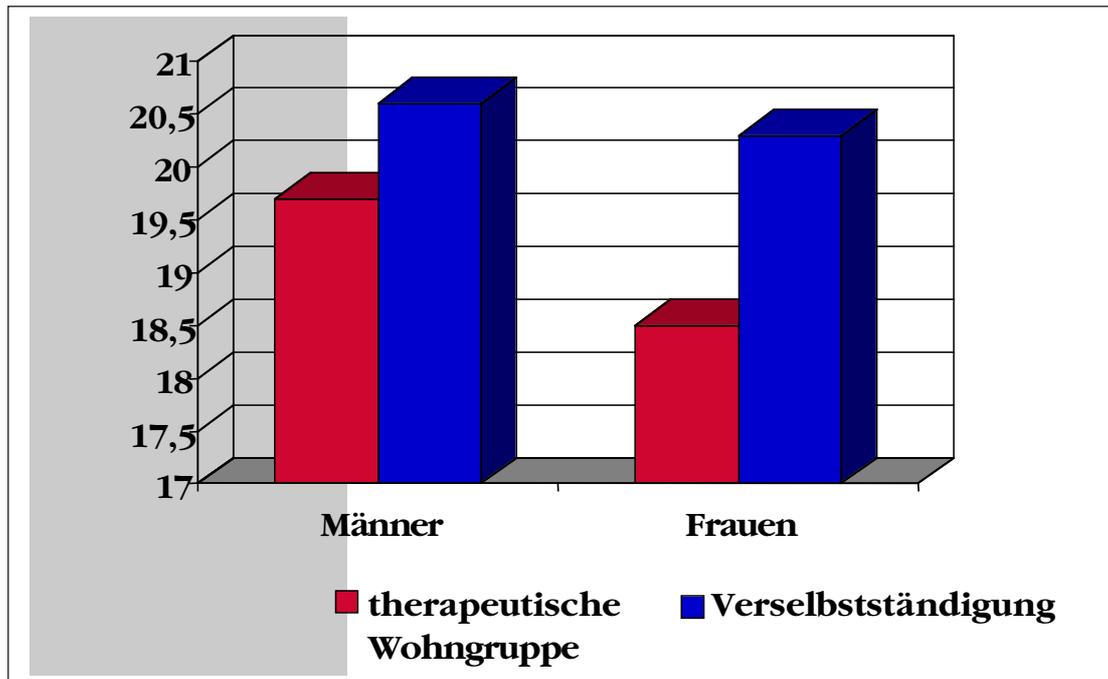


Abbildung 8

© Malteser Werke, R. Wilczek

**Abschlüsse Therapeutische Wohngruppen (N=50),**  
Erhebungszeitraum 2000 bis 2004

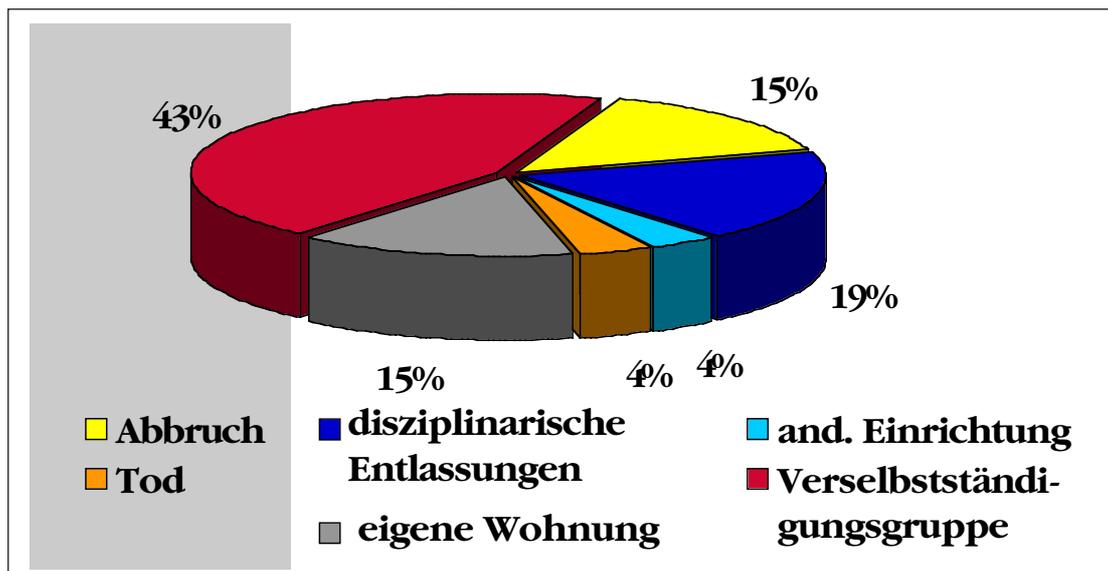


Abbildung 9

© Malteser Werke, R. Wilczek

rend einer Freizeitmaßnahme ums Leben. Der Erfolg unserer Behandlung wird durch die 15 Prozent der Bewohner unterstrichen, die eine eigene Wohnung bezogen, und dem hohen Anteil von 43 Prozent, die in unsere Verselbstständigungsgruppen wechselten.

In den Verselbstständigungsgruppen stellen sich die Ergebnisse wie folgt dar – **siehe Abbildung 10**: Abgebrochen haben 19 Prozent aller Behandelten, sechs Prozent wechselten in eine andere Einrichtung und 19 Prozent der jungen Menschen kehrten zu ihren Eltern zurück und wurden von dort aus eigenständig. 56 Prozent der Behandelten zogen in eine eigene Wohnung.

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir mit der Entwicklung dieses Behandlungsangebotes eine notwendige Ergänzung in der Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher und junger Erwachsener im Rahmen der Jugend- und Drogenhilfe geschaffen haben. Die Zahlen und Fakten zeigen, dass wir mit diesem Konzept erfolgreich sind.

**Abschlüsse Verselbstständigungsgruppe (N=27),  
Erhebungszeitraum 2000 bis 2004**

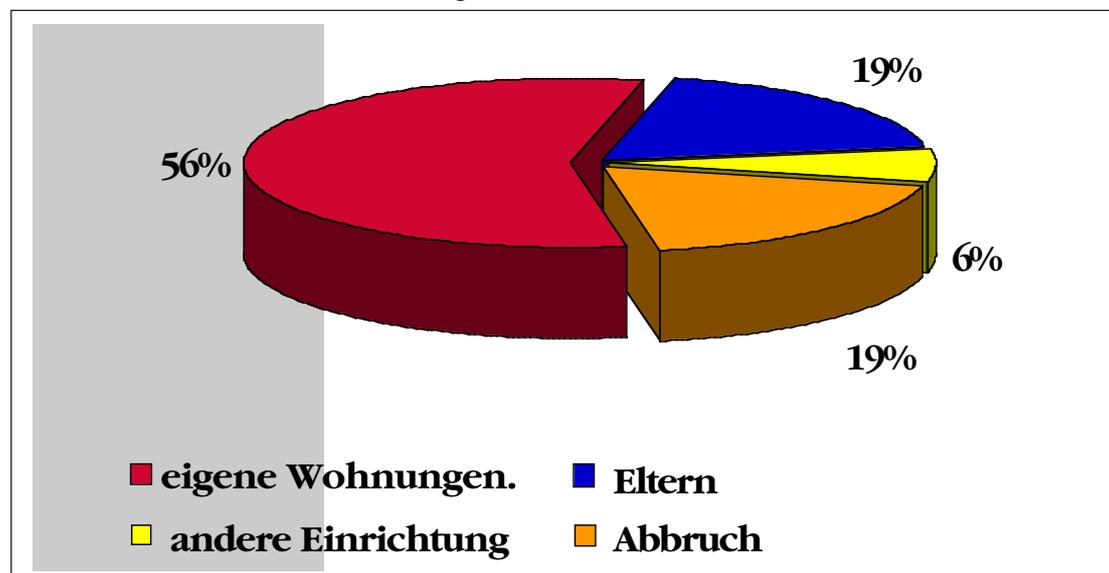


Abbildung 10

© Malteser Werke, R. Wilczek

#### Literatur

Batson, F. (Hrsg.): Ökologie des Geistes, Frankfurt/Main: Suhrkamp (1981)

Blöschl, L.: Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie, Bern: Huber (1969)

Bredford P.: Konstruktion therapeutischer Wirklichkeiten. Praxis und Theorie systemischer Therapie, Dortmund: Verlag Modernes Lernen (1987)

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.; Heidegger, M. u. a. (Hrsg.): Therapie und Arbeit, Suchtspezifische Ansätze, Geesthacht: Neuland (2002)

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt, Freiburg i. Br.: Lambertus (2001)

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung „Dialog Stationäre Drogen-therapie“, Berlin (2002)

- Fett, A. (Hrsg.): Diagnostik in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, Freiburg i. Br. Lambertus (1992)
- Feuerlein, W.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit, Entstehung – Folgen – Therapie, Stuttgart: Thieme (1984), 3. Aufl.
- Filor, H.: Berufliche Qualifizierung und Integration im Rahmen der Nachbetreuung Drogenabhängiger, In: Sucht und Erwerbsfähigkeit, Geesthacht: Neuland (1996), S. 253-290
- Förster, H. V.: Kybernetische Ethik, Berlin: Merve (1993)
- Gastpar, M.; Mann, K.; Rommelspacher, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen, Stuttgart: Thieme (1999)
- Körkel, J. (Hrsg.): Der Rückfall der Suchtkranken, Berlin, Heidelberg: Springer (1988)
- Maturana, H. R.: Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit, Braunschweig, Wiesbaden: Vieweg & Sohn (1982)
- Ministerium für Familie, Jugend, Frauen und Gesundheit Nordrhein-Westfalen: Landesprogramm gegen die Sucht, Düsseldorf (1999)
- Minuchin, S.: Familie und Familientherapie, Freiburg i. Br.: Lambertus (1977)
- Perls, F. S.; Hefferlins, R. F.; Goodmann, P.: Gestalt – Therapie, Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung, Stuttgart: Klett-Cotta (1979)
- Richter, H. E.: Patient Familie, Hamburg: Rowohlt (1972)
- Satir, V.: Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie, Freiburg i. Br.: Lambertus (1988)
- Schlippe, A. von; Schweitzer, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht (1996)
- Stierlin, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie, Stuttgart: Klett (1975)
- Thomasius, R. (Hrsg.): Extasy – Wirkungen, Risiken, Interventionen. Ein Leitfaden für die Praxis, Stuttgart: Enke (1999)
- Watzlawick, P.; Bedvin, J.; Jachson, D.: Menschliche Kommunikation, Bern: Huber (1967)
- Wiener, N. (Hrsg.): Kybernetik, Hamburg: Rowohlt (1968)
- Zielke, M.; Sturm, J.: Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie, Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union (1994)
- Zimbardo, P. G.: Psychologie, Berlin, Heidelberg: Springer (1992), 5. Aufl.

# **Vernetzte Angebote für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen: Präventive Hilfen für jugendliche Mütter**

DR. UTE ZIEGENHAIN

*Pädagogische Leiterin und Forschungs Koordinatorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm*

## **Frühe Hilfen in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe**

Dass Kinder, die in ihrer Entwicklung gefährdet sind oder deren Kindeswohl gar unmittelbar bedroht ist, Hilfen und Unterstützung brauchen, ist ebenso selbstverständlich wie rechtlich geboten. Ebenso dürften wir alle darin übereinstimmen, dass Hilfen präventiv und frühzeitig gewährt werden. Neuere entwicklungspsychopathologische und neuropsychologische Forschungsbefunde belegen zunehmend die zwingende Notwendigkeit, Hilfen früh und präventiv zu beginnen (Ziegenhain 2004).

Dennoch zeigt uns die Praxis, dass gute Absichten und Vorsätze oder wissenschaftlich belegtes Wissen über die Notwendigkeit früher und präventiver Hilfen nicht ausreichen. Viele Hilfen setzen häufig erst dann ein, wenn Kinder bereits klinisch relevante Verhaltensprobleme haben. Viele Hilfen beruhen leider all zu oft auf wenig systematischer und nicht hinreichender diagnostischer Abklärung und unspezifischer Hilfeplanung. Dies ist besonders bei Säuglingen und Kleinkindern der Fall. Folgende institutionelle Reaktionen sind dann oft ungenügend und belastend. Schädigende Entwicklungsfolgen werden dadurch noch vertieft. Hierzu gehören etwa Beziehungsabbrüche oder rasche Wechsel von Beziehungen, etwa im Pflegekinderbereich und/oder im Falle von Misshandlung und Vernachlässigung.

Einer der Gründe, die vermutlich mit zu diesen Praxisschwierigkeiten beitragen, ist, dass Belastungs- und Stressverhaltensweisen, Warnzeichen von drohender Entwicklungsgefährdung oder Hinweise von akuter Kindeswohlgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern leicht übersehen und in ihrer Bedeutung oft nicht erkannt werden. Im Folgenden möchte ich dazu aus bindungstheoretischer Sicht einige Überlegungen diskutieren. Zuvor aber möchte ich kurz einige Anmerkungen zu den Lebensbedingungen und (Entwicklungs-) Risiken machen, die präventive, beziehungsweise sekundärpräventive Hilfen besonders begründen. Am Beispiel unserer Arbeit mit hoch belasteten jugendlichen und allein erziehenden Müttern werde ich dann Möglichkeiten früher und sekundärpräventiver Hilfen vorstellen, die wir im Rahmen zweier Interventionsstudien zur frühen Bindungsförderung erprobt haben.

## **Entwicklungsrisiken für jugendliche Mütter und ihre Kinder**

Der Anteil früher Elternschaft an den Geburten in Deutschland ist gering. Im Jahr 2002 waren es bundesweit 7.595 Mädchen unter 18 Jahren. Die Zahl junger Mütter im Alter zwischen 14 oder gar 12, 13 Jahren scheint zuzunehmen.

Jugendliche Mütter und ihre Kinder gelten als eine Hochrisikogruppe. Die Kinder jugendlicher Mütter sind häufig kognitiv und sprachlich entwicklungsverzögert. Sie entwickeln häufiger hochunsichere Bindungen, wie sie im Zusammenhang mit entwicklungsbeeinträchtigenden Beziehungserfahrungen beobachtet werden und wie sie gehäuft im Zusammenhang mit der späteren Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten gefunden werden (Ziegenhain & Fegert 2004). Tatsächlich sind Kinder jugendlicher Mütter gefährdet, vernachlässigt und misshandelt zu werden (Furstenberg, Brooks-Gunn & Chase-Lansdale 1989; van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg 1999; Osofsky 1997). Sie werden überdies häufiger in Pflegefamilien untergebracht als Kinder älterer Mütter, und zwar besonders die später geborenen Kinder (Coley & Chase-Lansdale 1998). Andere Untersuchungen belegen, dass Kinder jugendlicher Mütter im Vorschul- und Schulalter häufiger durch aggressives Verhalten oder geringere Impulskontrolle auffallen (Osofsky, Wewers, Fick, Hann & Richters 1993; Coley & Chase-Lansdale 1998). Im Jugendalter werden Jungen häufiger straffällig und Mädchen früh sexuell aktiv und schwanger (Furstenberg, Brooks-Gunn & Morgan 1987; Coley & Chase-Lansdale 1998).

Jugendliche Mütter sind häufig allein erziehend und leben in psychosozial belasteten Verhältnissen. Finanzielle Belastungen und fehlende oder eingeschränkte soziale Unterstützung vieler jugendlicher Mütter zeigen sich in ihrer Angewiesenheit auf Jugend- und Sozialhilfe. Häufig haben jugendliche Mütter keinen abgeschlossenen Schul- oder Berufsabschluss, der sie in die Lage versetzen würde, die Verantwortung für ein Kind adäquat zu übernehmen beziehungsweise eine dauerhafte ökonomische Absicherung zu erlangen (Osofsky, Hann & Peebles 1993). In einer eigenen Untersuchung hatten immerhin mehr als 65 Prozent der 29 jungen Frauen keine abgeschlossene Schulausbildung (Ziegenhain, Derksen & Dreisörner 2003).

Jugendliche Mütter sind zudem gewöhnlich faktisch allein erziehend. Allein erziehende Mütter aber haben oft wenig sozial unterstützende Beziehungen, besonders dann, wenn sie außerdem Sozialhilfe beziehen. Tatsächlich weisen Forschungsergebnisse auf instabile Verhältnisse in der Herkunftsfamilie jugendlicher Mütter hin und auf einen Mangel an sozialer Unterstützung. Jugendliche Mütter haben häufig selber Mütter, die allein erziehend und arm waren (Coley & Chase-Lansdale 1998). Von den jungen Berliner Müttern aus unserer Untersuchung wurden immerhin mehr als 70 Prozent vor und nach der Geburt ihres Kindes nicht von ihrer Herkunftsfamilie unterstützt (Ziegenhain, Derksen & Dreisörner 2003). Dies war einer der Gründe, warum sie institutionell in Berliner Mutter-Kind-Einrichtungen betreut wurden.

Jugendliche Mütter haben überdies häufig biographisch schwierige Vorerfahrungen. Neben Trennung und Scheidung der Eltern und/oder Alkoholmissbrauch der Eltern sind dies etwa häufige Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung (Brooks-Gunn & Furstenberg 1986; Osofsky, Hann & Peeble 1993). In unserer Berliner Untersuchung erfragten wir von den 15 der insgesamt 29 jungen Frauen, die an einer der beiden Interventionsgruppen teilnahmen und entweder entwicklungspsychologisch beraten wurden oder ein gleich zeitintensives Gesprächsangebot hatten, ihre Beziehungsvorerfahrungen. Von Misshandlungserfahrungen in ihrer Kindheit berichteten 67

Prozent der jungen Frauen (regelmäßiges Schlagen, das Spuren hinterlässt), 53 Prozent wurden auch missbraucht und 47 Prozent lebten in einem massiv vernachlässigenden Milieu. Bei 40 Prozent der Frauen war mindestens ein Elternteil alkoholkrank (Mehrfachnennungen). Immerhin 80 Prozent der jungen Frauen aus den Interventionsgruppen kamen aus Trennungs- und Scheidungsfamilien, der Vater einer weiteren jungen Frau war gestorben (Ziegenhain, Derksen & Dreisörner 2003).

Verglichen mit Jugendlichen ohne Kinder gelten jugendliche Mütter als diffus in ihrer Identität, als weniger autonom und misstrauischer. Ebenso haben sie ein geringeres Selbstwertgefühl und zeigten, verstärkt im Jahr nach der Geburt des Kindes, depressive Symptomatik (Wasserman, Brunelli & Rauh 1990; Carter, Osofsky & Hann 1991). Depressive Symptomatik war auch bei den 15 jungen Frauen in unserer Berliner Untersuchungsgruppe ausgeprägt, die einen Fragebogen zur Selbstbeurteilung depressiver Symptome in der Allgemeinbevölkerung beantworteten (Allgemeine Depressionsskala (ADS); Hautzinger & Bailer 1993; deutschsprachige Version der Center for Epidemiological Studies – Depression Scale, CES-D; Radloff 1977). Danach lagen sie im Vergleich mit einer deutschen Normstichprobe Jugendlicher zwischen 13 und 17 Jahren mit einem Prozentrang von knapp 70 deutlich im Bereich depressiver Symptomatik ( $M = 19,93$ , geschlechtsspezifisch; Meyer & Hautzinger 2001).

US-amerikanische Befunde berichten außerdem von psychiatrisch relevanten Störungsbildern bei jugendlichen Müttern (Carter, Osofsky & Hann 1991; Wasserman, Brunelli & Rauh 1990). In einer zweiten Interventionsstudie, die derzeit mit Förderung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit gefördert wird, konnten wir erstmals auch in Deutschland eine ärztliche Diagnostik nach dem kinder- und jugendpsychiatrischen Klassifikationssystem ICD-10 durchführen (Ziegenhain, Libal, Derksen & Fegert 2003). Von den bisher 17 jugendlichen Müttern, die wir in die Studie aufgenommen haben und von denen erste Auswertungen vorliegen, wurde bei lediglich zwei jungen Müttern keine Diagnose vergeben. Demgegenüber haben 88 Prozent eine psychiatrisch relevante Erkrankung.

Davon sind 65 Prozent Persönlichkeitsstörungen, 23 Prozent andere Störungen wie Essstörung, Lernbehinderung, Depression, anhaltende somatoforme Störung oder Störung des Sozialverhaltens. Persönlichkeitsstörungen führen zu beträchtlichen Einschränkungen im Verhalten, Erleben und im Verarbeiten von sozial-emotionalen Erfahrungen und Beziehungen. Wesentliches Merkmal ist eine deutliche und anhaltende Unausgeglichenheit in mehreren Funktionsbereichen, etwa hoher Kränkbarkeit und hoher Bereitschaft, neutrales, freundliches Verhalten feindselig zu interpretieren, ausgeprägt fehlendes Einfühlungsvermögen, fehlendes Mitgefühl, sehr niedrige Frustrationstoleranz, massive Ärgerausbrüche, geringe Fähigkeit voranzuplanen, Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen.

Diese mit der psychischen Erkrankung einhergehenden sozialen und emotionalen Einschränkungen und Verzerrungen dürften sich unmittelbar auf die Interaktion und die Bindungsbeziehung mit dem Kind auswirken. Tatsächlich verweisen bindungstheoretische Befunde über die Transmission von Bindung darauf, dass Eltern ihre Bindungs-

stile beziehungsweise ihre inneren mentalen Bindungsmodelle mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit an ihre Kinder weitergeben (van IJzendoorn 1995; van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg 1996).

Mentale Bindungsmodelle repräsentieren bewusstes und unbewusstes Wissen über eigene Bindungserfahrungen in der Entwicklung. Sie verknüpfen kognitives Wissen beziehungsweise Bewertungen mit Gefühlen über diese Beziehungserfahrungen (Main, Kaplan & Cassidy 1985; Gloger-Tippelt 2001). Bindungsmodelle beschreiben ein übergreifendes Konstrukt für die Organisation und Regulation von Gefühlen, Erwartungen und Einschätzungen über das vermutete Verhalten des anderen sowie des eigenen Verhaltens in emotional bedeutsamen Situationen. Sie leiten den Umgang mit nahe stehenden Menschen an.

Die Qualität mentaler Bindungsmodelle ist von eigenen Bindungsvorerfahrungen, von der Art, wie diese erlebt und verarbeitet wurden beziehungsweise wie sie aktuell repräsentiert werden, beeinflusst. Insofern sind sie ein wesentlicher Aspekt in der Entwicklung und Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung. Diese wiederum wird wesentlich vom Ausmaß elterlicher Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind mitbestimmt. Feinfühliges elterliches Verhalten beeinflusst nicht nur aktuell das kindliche Wohlbefinden, sondern gilt als eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung sicherer Bindung (DeWolff & van IJzendoorn 1997). Dabei dürfte die elterliche Fähigkeit, mental die Perspektive des Kindes einzunehmen, feinfühliges Verhalten begünstigen. Umgekehrt dürften unvollständige, gefilterte oder verzerrte Repräsentationen über bindungsrelevante Bedürfnisse des Kindes feinfühliges Verhalten hemmen (Ziegenhain 1999).

Untersuchungen belegen, dass jugendliche Mütter im Vergleich mit älteren Müttern wenig Kenntnisse über Entwicklungsmeilensteine haben und dazu neigen, das Erreichen von Meilensteinen früher als entwicklungstypisch erwartbar anzunehmen. Sie haben zudem Erziehungseinstellungen, die Strafen bevorzugen (Field, Widmayer, Stringer & Ignatoff 1980). Jugendliche Mütter verhalten sich wenig feinfühlig im Umgang mit ihrem Säugling und Kleinkind. Sie gelten überwiegend als wenig responsiv sowie emotional zurückgezogen und wenig beteiligt. Dabei gilt ihr ausgeprägtes Schweigen als charakteristische Interaktionsqualität. Darüber hinaus findet sich im Interaktionsverhalten jugendlicher Mütter aber auch invasives und überstimulierendes Verhalten, wie etwa in der Tendenz, das Baby zu foppen und zu kneifen (Osofsky, Hann & Peebles 1993; Coley & Chase-Lansdale 1998). Vernachlässigendes und misshandelndes Verhalten findet sich bei jugendlichen Müttern häufig dann, wenn sie wenig soziale Unterstützung erfahren und arm sind.

### **Hochunsicheres Bindungsverhalten als Warnzeichen für Entwicklungsgefährdung**

Die Kinder jugendlicher Mütter sind also aktuell in der Interaktion mit der Mutter hoch belastet, ebenso wie sie längerfristig hohe Entwicklungsrisiken haben. Insbesondere bei kleinen Kindern werden aber frühe Warnzeichen von emotionaler Belastung,

emotionalen Problemen oder Kindeswohlgefährdung häufig übersehen oder erst dann wahrgenommen, wenn die Belastung und die Gefährdung bereits hoch sind.

Dies lässt sich damit erklären, dass die Belastungs- und Stressverhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern oft dezent sind und sich in körperlichem – nicht leicht lesbarem – Verhalten zeigen. Kleinkinder sind beispielsweise gerade in für sie überstimulierenden, rauen oder aggressiven Situationen körperlich stark angespannt, wirken starr und bewegungslos, ausdruckslos oder wachsam. Solches Verhalten weist, wenn es häufig wiederkehrenden Interaktionserfahrungen kleiner Kinder entspringt, häufig auf hochunsicheres Bindungsverhalten hin. Hinzu kommt, dass sich frühe Probleme und Störungen häufig zunächst nur an der Beziehungsdynamik zwischen Kind und Eltern ablesen lassen. Hochunsichere Bindungen werden im Zusammenhang mit entwicklungsbeeinträchtigenden Beziehungserfahrungen beobachtet und sind längerfristig mit entwicklungspsychopathologischen Risiken verbunden (Ziegenhain & Fegert 2004). Hochunsichere Bindungen entwickeln danach häufig Kinder mit Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen, Kinder mit psychisch kranken Eltern (depressive Erkrankung, Alkohol-, Drogenerkrankung) und/oder Kinder aus Familien mit hohen psychosozialen Risikofaktoren (Greenberg 1999).

Hochunsichere Bindung lässt sich als Ausdruck einer destruktiven und entgleisten Bindungsbeziehung interpretieren. Sie wird mit Bindungsstörung gleichgesetzt (Zeanah 1996). Hochunsichere Bindung gilt als Risikoindikator für emotionale Vulnerabilität und mangelnder Widerstandsfähigkeit oder Resilienz (Green & Goldwyn 2002).

Sichere Bindung, aber auch die Stile unsicherer Bindung sind Anpassungsstrategien an eine emotional mehr oder minder günstige Beziehungsumwelt. Sie haben, zumindest aktuell, einen Anpassungswert, selbst wenn unsicher gebundene Kinder längerfristig durchaus Entwicklungsnachteile haben, etwa in ihrer Selbstwertentwicklung. Hochunsicher gebundene Kinder können hingegen ihre Anpassungsstrategie nicht mehr oder nur noch mit hohen emotionalen Kosten und Einschränkungen aufrechterhalten.

Es wird angenommen, dass Furcht die Klammer ist, die die schwierigen Beziehungserfahrungen hochunsicherer Kinder zusammenfasst. Dabei geht es sowohl um Furcht **vor** der Bindungsperson als auch um Furcht **der** Bindungsperson im Sinne von Auswirkungen von Ängsten der Bindungsperson selbst. Danach resultiert die Furcht der Kinder aus der direkten Interaktionserfahrung mit einer aggressiven oder misshandelnden Bindungsperson oder indirekt aus den Auswirkungen (potenziell) traumatischer Beziehungsvorerfahrungen der Bindungsperson auf die aktuelle Beziehung mit dem Kind (Main & Hesse 1990). Nach dieser Hypothese ist das Kind in einem unlösbaren Konflikt gefangen. Furcht aktiviert, biologisch programmiert, das kindliche Bindungssystem. Das Kind muss daher unweigerlich Nähe und Kontakt zur Bindungsperson suchen. Ist aber die Bindungsperson diejenige, bei der das Kind Schutz sucht, gleichzeitig und in Personalunion diejenige, die seine Furcht verursacht, dann kollabieren seine Verhaltensstrategien und seine Aufmerksamkeit (Lyons-Ruth & Jacobwitz 1999).

Insbesondere bei jüngeren Kindern lässt sich ein Zusammenbruch ihrer Bewältigungsstrategien und ihrer Fähigkeiten beobachten, ihre Gefühle flexibel zu regulieren. Eine geordnete und plausible Anpassungsstrategie fehlt. Sie zeigen stattdessen bindungsbezogenes Konfliktverhalten. Dieses lässt sich als bizarr anmutendes Verhalten beschreiben, wie beispielsweise starke Gehemmtheit in der Situation, körperliches Erstarren über mehrere Sekunden oder Furchtreaktionen.

Bei älteren Kindern finden sich kontrollierende Strategien, deren Anpassungswert auch aktuell fehlt. Vielmehr ist ihr Verhalten angestrengt, ängstlich und/oder aggressiv. Sie wechseln übermäßig rigide zwischen drohendem und entwaffnend/hilflosem Verhalten, sind um die Bindungsperson bemüht bis hin zur Rollenübernahme oder bis hin zur Beflissenheit.

### **Frühe Prävention als beziehungsorientierte Intervention: Die Entwicklungspsychologische Beratung**

Die skizzierte Lebenssituation jugendlicher Mütter und ihrer Kinder verdeutlicht das fatale Zusammenspiel vielfältiger Risiken wie Armut, fehlende soziale Unterstützung, eingeschränkte Bildungsmöglichkeiten ebenso wie negative Beziehungsvorerfahrungen beziehungsweise Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen und/oder psychische Erkrankung. Diese hohe Belastung bei gleichzeitig fehlenden Ressourcen machen frühe und sekundär-präventive Hilfen zwingend notwendig.

Gegenwärtige Interventionsansätze für Beratung und Therapie von Eltern mit Säuglingen sind größtenteils bindungstheoretisch konzeptualisiert und beziehungsorientiert (O'Connor 2003). Ziel solcher früher und präventiver bindungsorientierter Intervention ist die Förderung elterlichen feinfühligem Verhaltens im Umgang mit dem Kind beziehungsweise die Förderung sicherer Bindung. Die prinzipielle Wirksamkeit früher und präventiver bindungsorientierter Intervention ist mittlerweile gut belegt. Nach einer übergreifenden und zusammenfassenden (Meta-)Analyse der bisher vorliegenden bindungsorientierten Interventionsprogramme für die frühe Kindheit sind die weniger breit und spezifisch auf die Verbesserung mütterlichen Verhaltens ausgerichteten Interventionsansätze am wirksamsten. Dabei waren zeitlich begrenzte und klar verhaltensorientierte Interventionen gesprächsorientierten Langzeitinterventionen überlegen (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn & Juffer 2003).

Mit der „Entwicklungspsychologischen Beratung“ entwickelte unsere Arbeitsgruppe einen bindungstheoretisch fundierten Beratungsansatz zur frühen Beziehungsförderung, der den genannten Kriterien nach zeitlich begrenzter, verhaltensorientierter und spezifischer Förderung feinfühligem Verhaltens entspricht (Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen 2004). Der Beratungsansatz ist als ein Baustein konzipiert, der sich flexibel in unterschiedliche Praxisfelder und institutionelle Hilfestrukturen integrieren und mit anderen Angeboten der Jugendhilfe verbinden lässt. Die Entwicklungspsychologische Beratung verknüpft die bindungstheoretisch begründete Förderung feinfühligem elterlichen Verhaltens mit der spezifischen Vermittlung von Ausdrucks-, Belastungs- und

Bewältigungsverhaltensweisen von Säuglingen und Kleinkindern (Brazelton 1984; Als 1982). Das Vorgehen basiert auf Video-Feedback. Die Durchführung der Beratung ist ressourcenorientiert und erfolgt in Anwesenheit des Säuglings. Auf der Grundlage von kurzen Videoszenen wird Verhalten primär aus der Perspektive des Kindes beschrieben und elterliches Verhalten darauf bezogen.

### **Beispiel eines Beratungsablaufes**

#### **Videographie einer häuslichen Mutter-Kind-Interaktion beim Wickeln.**

Der etwa vierwöchige Säugling wirkt körperlich belastet. Er hat ausfahrende Bewegungen, rudert häufig mit Armen und Beinen, überstreckt sich, streckt die Zunge heraus, ein nicht seltenes Belastungszeichen bei Säuglingen, oder grimasziert. Daneben aber zeigt er einige erfolgreiche Versuche, sich selber zu regulieren. Es gelingt ihm einige Male, die Hände über der Brust zu falten, er ist dann motorisch ruhiger und sehr kurzfristig aufmerksam.

Die Mutter wirkt ausschließlich auf die Pflegehandlung orientiert, schaut das Baby nicht an, ihr Gesichtsausdruck ist ausdruckslos, sie schweigt. Sie passt sich aber den Bewegungsabläufen des Babys einigermaßen an und ist in ihren Bewegungen weder zu schnell noch zu langsam.

#### **Beratungssituation am folgenden Tag in Anwesenheit des Kindes**

Dieser letztgenannte Aspekt positiven elterlichen Verhaltens wird in der folgenden Beratung an einem kurzen Videobeispiel thematisiert und mit den kindlichen Ansätzen von Selbstregulation und Ansprechbarkeit verknüpft. Dabei wird die Regulationskompetenz und Ansprechbarkeit des Säuglings als Folge des adäquaten und feinfühligem mütterlichen Verhaltens interpretiert.

Demgegenüber werden anschließende negative Interaktionsbeispiele ausschließlich aus der Perspektive des Säuglings beschrieben. Beispielsweise wird das Abwenden des Kopfes bei Überstimulation als Belastungs- und Überforderungszeichen beschrieben und damit von „absichtsvollem“ Verhalten unterschieden. Gleichzeitig werden Verhaltensweisen dargestellt, die dem Kind helfen können, sich zu regulieren.

Den aufeinanderfolgenden Beratungen werden dann jeweils neue Videoaufnahmen zugrundegelegt.

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes haben wir auf der Basis dieses Beratungsansatzes ein berufsbegleitendes Weiterbildungscurriculum für Fachkräfte in Jugendhilfe entwickelt und er-

probt (Psychologen, Pädiater, Sozialpädagogen, Kinderpsychiater etc.; Ziegenhain 2003, Ziegenhain, Fries, Bütow & Derksen 2004).

In zwei Projekten haben wir die Entwicklungspsychologische Beratung mit jugendlichen Müttern und ihren neugeborenen Säuglingen erprobt und evaluiert (Ziegenhain, Dreisörner & Derksen 1999; Ziegenhain, Wijnroks, Dreisörner & Derksen 1999; Ziegenhain, Derksen & Dreisörner 2003, 2004). Das erste Projekt wurde von der Berlin-Forschung gefördert (Projekt I), das zweite, noch laufende Projekt vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Projekt II).

Überprüft wurde, inwieweit sich das feinfühliges Verhalten der jungen Mütter während der ersten drei Lebensmonate ihres Säuglings verbesserte. In beiden Projekten wurden jugendliche Mütter, die stationär, teilstationär oder ambulant von der Jugendhilfe betreut wurden, entwicklungspsychologisch und videogestützt beraten und mit Müttern verglichen, die entweder ein zeitlich vergleichbares Gesprächsangebot erhielten (Projekt I) beziehungsweise neben der regulären Jugendhilfe-Betreuung keine weitere Intervention erhielten (Projekt I und II). Die Beratung erfolgte über drei Monate hinweg in etwa zweiwöchigen Abständen. Die der Beratung zugrunde liegenden Videoaufnahmen waren alltägliche Wickel- und Spielsituationen. Diese Aufnahmen sind außerdem Grundlage der Auswertungen zum Verlauf feinfühliges Verhaltens der Mütter. Sie wurden zeitgleich auch bei den Müttern ohne Entwicklungspsychologische Beratung erhoben. Die Intervention endete mit dem dritten Lebensmonat des Säuglings. Zur mittelfristigen Evaluation wurde im sechsten Lebensmonat des Kindes eine erneute Wickelinteraktion videographiert und analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die jugendlichen Mütter im Verlauf der dreimonatigen Entwicklungsberatung zunehmend und deutlich feinfühlicher mit dem Säugling umgingen. Sie unterscheiden sich dabei von den Müttern ohne Entwicklungspsychologische Beratung. Elterliche Feinfühligkeit wurde mit der Beobachtungsskala von Ainsworth erfasst, bei der der Wert 5 angemessenes feinfühliges Verhalten, der Wert 9 sehr positives, und der Wert 1 sehr negatives feinfühliges Verhalten beschreibt (Ainsworth et al. 1974). Die Analyse fasst die Ergebnisse aus beiden Projekten zusammen, wobei die Daten des zweiten Projektes noch nicht vollständig ausgewertet sind. Dennoch erlaubt diese Fallzahl von 28 Mutter-Kind-Paaren auch erste statistische Überprüfungen. Danach sind die in der **Abbildung 1** dargestellten Mittelwertsunterschiede mit Ausnahme der ersten Beobachtung, die noch vor der Intervention stattfand, statistisch bedeutsam. Dabei waren die Mütter mit Entwicklungsberatung auch drei Monate nach Abschluss der Intervention noch deutlich feinfühlicher im Umgang mit dem inzwischen sechs Monate alten Säugling als die Mütter ohne Entwicklungsberatung.

### **Intervention als Schutzfaktor**

Frühe und präventive Intervention ist also wirksam. Sie ist insbesondere bei Kindern und ihren Familien notwendig, die vielfältigen Risikofaktoren ausgesetzt sind, die nicht oder nur ungenügend von Schutzfaktoren abgepuffert werden.

## Feinfühliges Verhalten jugendlicher Mütter (Projekt I und II) mit Entwicklungsberatung und ohne Intervention

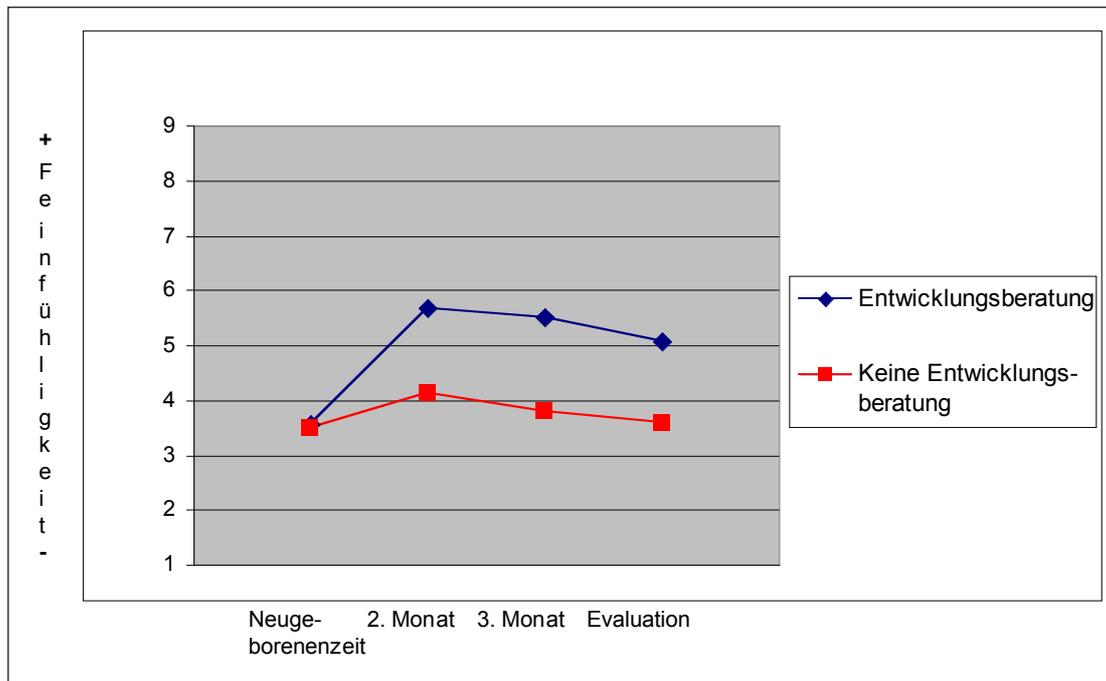


Abbildung 1

© U. Ziegenhain

Gemäß den Befunden aus der Schutz- und Risikoforschung ist es die Kumulation von Risiken und deren Wechselwirkung, die die sozioemotionale Entwicklung von Kindern gefährdet. Danach wirken sich einzelne/isolierte Risiken gewöhnlich nicht oder nur wenig ungünstig auf die weitere Entwicklung von Kindern aus. Erst die Kumulation mehrerer Risiken begünstigt die spätere Entwicklung von Verhaltensproblemen oder Entwicklungsstörungen. Im dynamischen Zusammenspiel von Schutz- und Risikofaktoren können Schutzfaktoren die nachteilige Wirkung von Risiken abpuffern. Eine stabile und sichere Bindung gilt als Schutzfaktor und als wichtiger Vorläufer späterer flexibler und kompetenter Bewältigungsstrategien und positiver Selbstentwicklung (Cassidy 1990; Suess et al. 1992). Andere Schutzfaktoren sind beispielsweise Schulbildung oder soziale Unterstützung. Die Entwicklungspsychologin Emmy Werner hat die Schutzfaktorenforschung entscheidend etabliert. Emmy Werner beschreibt Intervention als den Versuch, die unausgewogene Balance zwischen drohenden Entwicklungsbeeinträchtigungen und emotionaler Widerstandsfähigkeit oder Resilienz beim Kind zugunsten von Resilienz zu verschieben.

Präventive und spezifisch auf die Förderung der Eltern-Kind-Bindung bezogene Interventionen, wie die entwicklungspsychologische Beratung, haben sich für den Bereich der frühen Kindheit bewährt. Die entwicklungspsychologische Beratung ist niedrigschwellig, kurzfristig und flexibel einsetzbar. Sie basiert auf spezialisiertem und fundiertem entwicklungspsychologischen Wissen sowie Verhaltensbeobachtung und ist insofern sehr konkret an den Regulations- und Ausdrucksverhaltensweisen des Kindes ausgerichtet. Damit sind spezifische und individuell angepasste Beratungsprozesse

möglich. Tatsächlich lässt sich die Entwicklungspsychologische Beratung auch als Grundlage einer spezifischen und differenzierten Diagnostik nutzen, wie sie etwa in der Perspektivenklärung und Hilfeplanung bei Kindern notwendig ist, die akut entwicklungsgefährdet sind und/oder bei denen eine Gefährdung des Kindeswohls geprüft wird.

Wird die Entwicklungspsychologische Beratung als sekundär-präventive Intervention bei Familien eingesetzt, die vielen psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt sind, ist sie sicher nur eine Hilfe unter anderen Unterstützungsangeboten. Aus der Praxis mit Hochrisikofamilien ist nur allzu gut bekannt, dass spezifische Hilfen in einen breiteren Unterstützungskontext eingebunden werden müssen beziehungsweise in ihrer Effektivität sogar von flankierenden Hilfen abhängig sein dürften.

Insofern geht es auch darum, Wege einer effizienten Koordinierung und Vernetzung interdisziplinärer Hilfen im Frühbereich zu nutzen beziehungsweise zu entwickeln. Das ist auch deswegen wichtig, weil die beraterischen oder therapeutischen Kompetenzen in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern nicht mit den Fachkompetenzen einer isolierten sozialen oder medizinischen Profession abgedeckt werden können. Vielmehr ist eine Zusammenarbeit mit Jugendhilfe, Kinderpsychiatrie und Pädiatrie notwendig. Dies ist besonders in der Arbeit mit psychosozial belasteten Familien wichtig. Präventive Intervention nach dieser Sichtweise setzt also Wissen um Strukturen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in interdisziplinären Zusammenhängen voraus. Hier liegt aber auch die Chance, die vorhandenen gesetzlichen und administrativen Rahmenbedingungen flexibel auszuschöpfen und systematisch zu koordinieren.

## **Literatur**

Als, H.: Towards a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality, In: *Infant Mental Health Journal*, New York: Wiley 3 (1982), S. 229-243

Bakermans-Kranenburg, M. J.; van IJzendoorn, M. H.; Juffer, F.: Less is more: Meta analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood, In: *Psychological Bulletin*, Washington DC: APA 129 (2003), S. 195-215

Brooks-Gunn, J.; Furstenberg, F. F.: The children of adolescent mothers: Physical, academic and psychological outcomes, *Developmental Review*, Philadelphia PA: Elsevier Science 6 (1986), S. 224-251

Brazelton, T. B.: *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Philadelphia: Lipincott (1984)

Carter, S. L.; Osofsky, J. D.; Hann, D. M.: Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants, In: *Infant Mental Health Journal*, New York: Wiley 12 (1991), S. 291-301

Cassidy, J.: Theoretical and methodological considerations in the study of attachment and the self in young children, In: Greenberg, M. T.; Cicchetti, D.; Cummings E. M. (Eds.): *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press (1990), S. 87-119

Coley, R. L.; Chase-Lansdale, P. L.: Adolescent pregnancy and parenthood. Recent evidence and future directions, In: *American Psychologist*, Washington DC: APA 53 (1998), Nr. 2, S. 152-166

- DeWolff, M. S.; van IJzendoorn, M. H.: Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment, In: *Child Development*, Chicago, III: University of Chicago Press 68 (1997), S. 571-591
- Field, T.; Widmayer, S. M.; Stringer, S.; Ignatoff, W.: Teenage, lower-class, black mothers and their preterm infants, In: *Child Development*, Chicago, III: University of Chicago Press 51 (1980), S. 426-436
- Furstenberg, F. F.; Brooks-Gunn, J.; Morgan, S. P.: *Adolescent mothers in later life*, New York: Cambridge University Press (1987)
- Furstenberg, F. F.; Brooks-Gunn, J.; Chase-Landsdale, P. L.: Teenage pregnancy and childrearing, In: *American Psychologist*, Washington DC: APA 44 (1989), S. 313-320
- Gloger-Tippelt, G.: *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*, Bern: Huber (2001)
- Green, J.; Goldwyn, R.: Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment and research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood, In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Oxford UK: Blackwell 43 (2002), Nr. 7, S. 835-846
- Greenberg, M. T.: Attachment and psychopathology in childhood, In: Cassidy J.; Shaver P. R. (Eds.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*, New York: Guilford Press (1999), S. 469-496
- Hautzinger, M.; Bailer, M.: *Allgemeine Depressions-Skala*. Weinheim: Beltz (1993)
- Lyons-Ruth, K.; Jacobwitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies, In: Cassidy J.; Shaver P. R. (Eds.): *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*, New York: Guilford (1999), S. 520-574
- Main, M.; Hesse, E.: Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening behavior the linking mechanism? In: Greenberg, M. T.; Cicchetti, D.; Cummings E. M. (Eds.): *Attachment in the preschool years*, Chicago: University of Chicago Press (1990), S. 161-182
- Main, M.; Kaplan, N.; Cassidy, J.: Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation, In: *Monographs of the Society for Research on Child Development*, Chicago, III: University of Chicago Press (1985), Serial Nr. 209, S. 66-104
- Meyer, T. D.; Hautzinger, M. (2001). Allgemeine Depressions-Skala (ADS). Normierung an Minderjährigen und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS), In: *Diagnostica*, Göttingen: Hogrefe 47 (2001), S. 208-215
- O'Connor, T.: Early experiences and psychological development: Conceptual questions, empirical illustrations and implication for intervention, In: *Development and Psychopathologie*, Cambridge UK: Cambridge University Press 15 (2003), S. 671-690
- Osofsky, J. D.: Psychosocial risks for adolescent parents and infants: Clinical implications, In: Osofsky J. D. (Vol. Ed.); Nospitz J. D. (Ed.): *Handbook of child and adolescent Psychiatry*, Vol. 1, Infants and preschoolers: Development and Syndroms, New York: Wiley (1997), S. 191-202
- Osofsky, J. D., Hann, D. M.; Peebles, C.: Adolescent parenthood. Risks and opportunities for mothers and infant, In: Zeanah C. H. (Ed.): *Handbook of infant mental health*, New York: Guilford Press (1993), S. 106-119
- Osofsky, J. D.; Wewers, S.; Hann, D. M.; Fick, A. C.: Chronic community violence: What is happening to our children? In: *American Psychologist*, Washington DC: APA 50 (1993), S. 782-788
- Radloff, L. S.: The CES-D: A self-report symptom scale to detect depression in the general population, In: *Applied Psychological Measurement*, London: SAGE Publications 3 (1977), S. 385-401
- Suess, G. J.; Grossmann, K. E.; Sroufe, L. A.: Effects of Infant Attachment to Mother and father on Quality of Adaptation in Preschool: From Dyadic to Individual Organisation of Self, In: *International Journal of Behavioral Development*, London, New York: Psychological Press 15 (1992), S. 43-65

- Van IJzendoorn, M. H.: Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview, In: *Psychological Bulletin*, Washington DC: APA 117 (1995), S. 381-403
- Van IJzendoorn, M. H.; Bakermans-Kranenburg, M. J.: Attachment and representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data, In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington: APA 64 (1996), S. 8-21
- Van IJzendoorn, M. H.; Schuengel, C.; Bakermans-Kranenburg, M. J.: Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae, In: *Development and Psychopathology*, Cambridge UK: Cambridge University Press 11 (1999), S. 225-249
- Wasserman, G. A.; Brunelli, S. A.; Rauh, V. A.: Social supports and living arrangements of adolescent and adult mothers, In: *Journal of Adolescent Research*, London: SAGE Publications 5 (1990), Nr. 1, S. 54-66
- Zeanah, C. H.: Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy, In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington DC: APA 64 (1996), S. 42-52
- Ziegenhain, U.: Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität, In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 48 (1999), S. 86-100
- Ziegenhain, U.: Liaison Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie in der frühen Kindheit? Interdisziplinäre Kooperation am Beispiel eines Weiterbildungsprojektes, In: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): „It takes Two to Tango.“ Frühe Kindheit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie. Dokumentation der Fachtagung vom 14. bis 16. Mai 2003 in Berlin (Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe 43/1), Berlin (2004), S. 58-70
- Ziegenhain, U.; Dreisörner, R.; Derksen, B.: Intervention bei jugendlichen Müttern, In: Suess G. J.; Pfeifer W.-K. (Hrsg.). Frühe Impulse. Die Anwendung der Bindungstheorie in der Beratungspraxis, Gießen: Psychosozial (1999), S. 222-254
- Ziegenhain, U.; Wijnroks, L.; Derksen, B.; Dreisörner, R.: Entwicklungspsychologische Beratung bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen: Chancen früher Förderung der Resilienz, In: Opp, G.; Fingerle, M.; Freytag, A. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, München: Ernst Reinhardt (1999), S. 142-165
- Ziegenhain, U.; Derksen, B.; Dreisörner, R.: Frühe Elternschaft: Jugendliche Mütter und ihre Kinder, In: *Kinderheilkunde*, Heidelberg: Springer 151 (2003), S. 608-612
- Ziegenhain, U.; Libal, E.; Derksen, B.; Fegert, J. M.: Evaluation entwicklungspsychologischer Beratung bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. Antrag, unveröffentlichtes Manuskript, Ulm: Universitätsklinikum (2002)
- Ziegenhain, U.: Beziehungsorientierte Prävention und Intervention in der frühen Kindheit, In: *Psychotherapeut*, Heidelberg, Berlin: Springer 49 (2004), S. 243-251
- Ziegenhain, U.; Fegert, J. M.: Frühkindliche Bindungsstörungen, In: Eggers, C.; Fegert, J. M.; Resch, F. (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, Berlin: Springer (2004), S. 875-890
- Ziegenhain, U.; Fries, M.; Bütow, B.; Derksen, B.: Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe, Weinheim: Juventa (2004)
- Ziegenhain, U.; Derksen, B.; Dreisörner, R.: Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. Kindheit und Entwicklung, (im Druck)

# Zum Umgang mit Kindern aus Hochrisikofamilien in den USA

TERESA JACOBSEN, PH. D.

*Professorin für Psychologie, Universität von Illinois in Urbana-Champaign,  
School of Social Work, Bundesstaat Illinois, USA*

## Vorbemerkungen

Als ich vor fünfzehn Jahren in Berlin lebte, wohnten wir in der Laubacher Straße. Dort lernte ich zwei Lieder. Das erste lernte ich von meiner Tochter, die damals zur Schule ging. Am Silvesterabend gegen Mitternacht hatte Johanna die Balkontür aufgemacht und „Berliner Luft, Luft, Luft“ gesungen, mit klarer Stimme und aus vollem Herzen. Dieses Lied liebe ich.

Das andere berühmte Lied, das ich in der Laubacher Straße gelernt hatte, hat mit einem Koffer zu tun, der in Berlin geblieben ist und weshalb man immer gern nach Berlin zurückkommt. Ich bin gern gekommen. Und ich bin dankbar für zwei Sachen: erst einmal, dass ich wieder eingeladen wurde; das bedeutet mir sehr viel. Und zweitens, dass Sie alle zum letzten Vortrag der Tagung noch bei mir sind.

## Zu meinem Erfahrungshintergrund

Seit einigen Monaten arbeite ich an der Universität von Urbana, an der Schule für Sozialarbeit. Doch darüber will ich hier und heute nicht berichten, sondern über meine Erfahrungen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität von Illinois in Chicago, wo ich viele Jahre lang tätig war. Vor zehn Jahren, als ich nach meinem Studium aus Berlin in die USA zurückkehrte, fing ich mit klinischen Arbeiten in Chicago an, vor allem in einer Slumgegend mit vielen sehr armen Leuten. In dem psychiatrischen Krankenhaus arbeitete ich in der dritten Etage. Um dorthin zu kommen, musste man in der Regel den Fahrstuhl benutzen.

Kurze Zeit nach meinem Arbeitsbeginn fragte mich eine Kollegin, eine Psychiaterin, ob ich ihr helfen würde, ein Team aufzubauen. Unter den Patientinnen des Krankenhauses waren viele psychisch erkrankte Frauen, die ihre Kinder verloren hatten. Die Kinder waren meist in Pflegeheimen. Seit der Trennung waren mitunter Jahre vergangen. Nun sollten Gerichte entscheiden, ob die Kinder in ihre Ursprungsfamilien zurück konnten. In dieser Situation wollten wir uns als Fachleute einbringen. All diese Kinder hatten Vernachlässigungen und Misshandlungen erlebt, lange Trennungen durchlitten sowie Angst, Liebe und Sorgen gehabt. Es war tatsächlich die Frage zu beantworten, ob diese Kinder zu Mutter oder Vater zurück oder für immer von einem ihrer Eltern getrennt werden sollten. Meine Kollegin wusste als Psychiaterin sehr viel über die Mütter, über Psychosen oder Depressionen. Ich selbst war für die Kinder ver-

antwortlich und kann heute sagen, dass ich viel von den Familien gelernt habe. Heute erzähle ich einige „Geschichten aus dem Fahrstuhl“. Jeden Montag morgen habe ich zehn Jahre lang Kinder von psychisch kranken Müttern und Vätern gesehen und gesprochen.

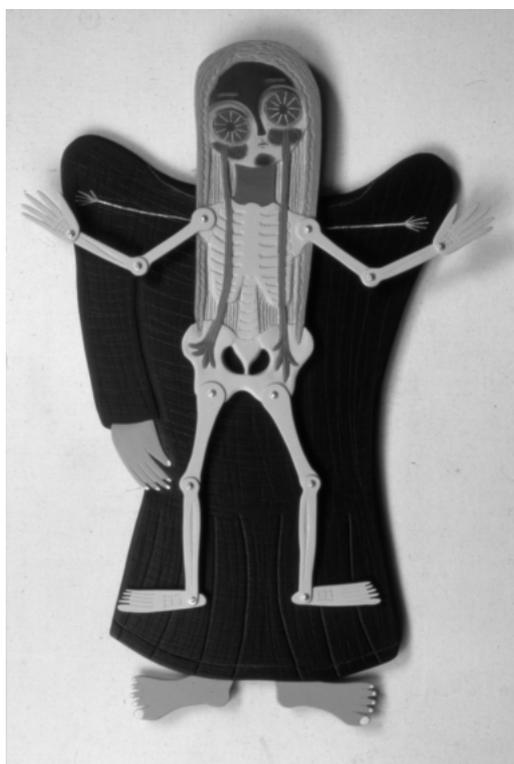
### „Geschichten aus dem Fahrstuhl“

Beginnen wir mit den Eltern. Was wissen wir über die Eltern? Ungefähr 60 Prozent von schwerwiegend psychisch kranken Eltern verlieren zumindest zeitweise das Sorgerecht für ihre Kinder oder sie geben es freiwillig auf. Es ist schwer, Kinder zu erziehen, wenn man gesund ist – sieben Tage in der Woche, 24 Stunden lang muss man für Kinder da sein, viele Jahre lang. Wenn man psychisch krank ist, sind den Eltern im übertragenen Sinn die Hände gebunden. Man kämpft mit einer schweren Erkrankung; man sieht Geister und Erscheinungen, man erlebt Wut, man hat Kinder, liebt die Kinder ...

Es gibt einen amerikanischen Maler namens **Sid Duke**, der in seinen beeindruckenden **Gemälden** versucht, die menschlichen Gefühle auszudrücken, so Angst, Wut, Verzweiflung, Trauer, Unsicherheit, Ohnmacht und die Sehnsucht nach Liebe. Weil Motive des Künstlers sehr direkt das Thema meines Vortrages tangieren, habe ich sie diesem Beitrag in den **Abbildungen 1 bis 8** beigelegt.

Was wissen wir über die Kinder? Die Kinder sind von vornherein sehr fragil. Es gibt genetische Einflüsse. 40 Prozent der Kinder von depressiven Müttern werden selber depressiv, bevor sie 17 Jahre alt sind. Wenn Mutter oder Vater sehr krank sind, kann es sein, dass die Kinder bei anderen Menschen leben. Ich hatte Kontakt zu Kindern, die in ihrem jungen Leben bei sieben oder acht Pflegefamilien untergebracht waren. Diese Kinder machen sich Sorgen um ihre Eltern; sie werden erwachsen, bevor sie erwachsen sind. Sie haben eine kurze Kindheit.

Ein Beispiel: Sir Arthur. Seine Mutter war Afrikanerin. Der Vater der Mutter, der in Afrika lebt, war in seinem Stamm ein König. Dessen Tochter – die Mutter des Jungen – kam in die USA, um zu studieren. In dieser Zeit begann ihre psychische Erkrankung. Sie schämte sich, nach Afrika zu gehen, weil sie ein Kind be-

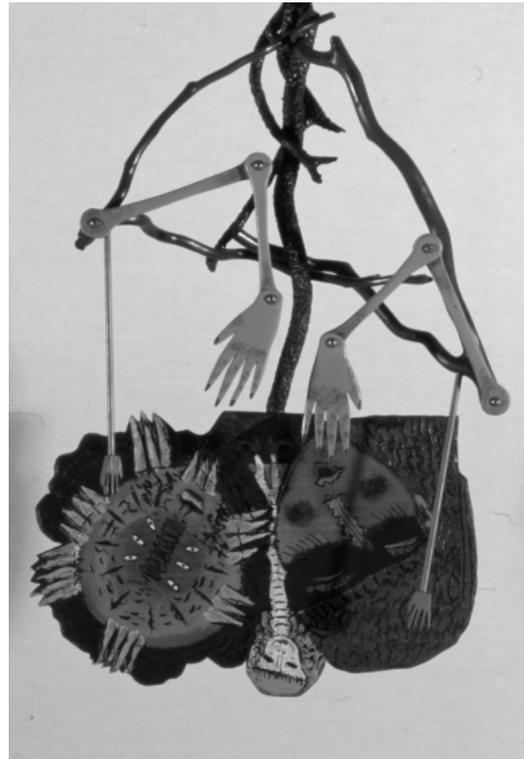


*Abbildung 1*  
Sid Duke: puppet figure, Puppe

kommen hatte. Dieser Junge war ein Prinz; er hieß wirklich Sir Arthur.

Ich sollte den Jungen untersuchen. Sir Arthur kam alleine aus dem Fahrstuhl, ohne Mutter. Er sah tatsächlich wie ein Prinz aus; er stand sehr gerade mit lockigem Haar. Er sagte sehr bestimmt und selbstbewusst: „Ich suche Teresa Jacobson.“ Er reagierte wie ein Erwachsener, aber er war erst drei Jahre alt. Solcherlei Reaktionen sind nicht untypisch bei Kindern von psychisch kranken Eltern. Diese Kinder werden erwachsen, wenn sie noch sehr klein sind.

Ein Drittel der Kinder von psychisch kranken Eltern entwickeln selbst psychiatrische Störungen. Ein Drittel der Kinder entwickelt psychiatrische Symptome, ein Drittel der Kinder ist symptomfrei. Mehr als 50 Prozent entwickeln schwerwiegende Probleme bezüglich ihrer Bindungen und Verhaltensmuster.



*Abbildung 2*  
Sid Duke: fragments, Fragmente



*Abbildung 3*  
Sid Duke: time, Zeit (Ausschnitt)

Eine weitere „Geschichte aus dem Fahrstuhl“: Die nächste, die aus dem Fahrstuhl kam, hieß Liliana. Sie war fünf Jahre alt, ein süßes Mädel mit zwei Zöpfen. Was merkwürdig war – ihre Mutter war schwer depressiv und immer wieder im Krankenhaus –, dass Liliana an ihrer Haut herumdrückte und zwickte, bis es blutete, an Armen, Beinen und am Oberkörper. Niemand konnte bis dahin erklären, warum das so war. Liliana liebte ihre Mutter. Sie wollte nicht von ihrer Mutter getrennt werden, weshalb sie versuchte, ständig alles richtig zu machen. Warum zupfte sie, warum kratzte sie sich? Es kam langsam heraus, dass sie schwere Schuldgefühle hatte und meinte, die Depressionen der Mutter verursacht zu haben. Das ist sehr typisch für diese Kinder. Sie denken, dass sich der Gesundheitszustand der Mutter oder des Vaters verbessern würde, wenn sie perfekt sind und alles nach den Wünschen der Eltern machen oder noch mehr. Liliana fühlte sich für ihre Mutter sehr verantwortlich.



*Abbildung 4*  
Sid Duke: storm door, Traumschleier

Sehr eng verknüpft mit diesen Gefühlen der Verantwortung ist die Angst, wie die eigene Mutter oder der eigene Vater zu werden. Davon haben wir während dieser Tagung schon viel gehört. Jedes Mal, wenn ein Kind wütend oder traurig wird, denkt es, dass das die ersten Anzeichen sein könnten. An dieser Stelle muss man in einer Therapie ansetzen. Betroffene Kinder interpretieren ihr Verhalten als Beweis, dass sie wie die eigene Mutter werden. Warum erfolgt diese Identifikation mit der Mutter? Sie beobachten die Mutter, sie machen es ihr nach; sie leiden auch darunter ...

### **Trinken, essen und verstecken**

Die Kinder, die ich gesehen habe, haben viel zu oft Trennungen erlebt. Ein Mädchen, zu dem ich Kontakt hatte, wohnte in ihrem jungen Leben tatsächlich in insgesamt 64 Heimen. Sie war 16 Jahre alt und hatte selbst ein Kind. Das ist ohne Zweifel zuviel für einen Menschen. Was sieht man bei Kindern, die dies erleben? Sie sind hungrig. Was passiert im Winter mit einem Eichhörnchen? Es sucht sich etwas Essbares, um über den Winter zu kommen. Es geht ums Überleben.

Wir haben während der Tagung bereits viel über Sicherheit und Unsicherheit geredet. Die Situation der betroffenen Kinder ist jenseits von Unsicherheit. Es geht die den Kindern tatsächlich ums Überleben. In Pflegeheimen und bei Pflegeeltern essen die

Kinder sehr viel. Pflegeeltern berichten darüber, dass der Kühlschrank immer leer ist. In die Klinik hatte ich für Kinder immer Frühstück mitgenommen, viel zu viel. Interessanterweise sind die Kinder immer dünn geblieben; sie nahmen nie zu, obwohl sie mehr als normal gegessen oder getrunken hatten.

Oft verstecken sie zudem irgendetwas unter dem Bett, was für sie Bedeutung hat: ein kleines Stofftier oder eine Kette oder auch Essbares. Das deutet natürlich auf Bindungsstörungen hin.

Es ist schwer, mit diesen Kindern umzugehen. Einige Kinder wollen sehr viel Nähe, so sehr, dass es für die behandelnden Fachkräfte kompliziert ist, weil wir eine solche Nähe nicht geben können, denn wir sind nicht Vater oder Mutter. Ein Beispiel: Die Mutter einer Frau, zu der ich Kontakt hatte, war psychisch krank; sie starb, als die junge Frau zehn Jahr alt war. Sie war danach in verschiedenen Pflegeheimen, wo sie kurz hintereinander fünf Kinder bekommen hatte. Als diese junge Frau mit ihren Kräften am Ende war, kam sie zu mir zur Behandlung. Zwei Jahre lang habe ich sie jeden Tag gesehen, fünfmal in der Woche eine Stunde lang. Im ersten Jahr fragte diese Frau mich fast täglich: „*Können Sie mich adoptieren, Teresa?*“ „*Können Sie mich und meine fünf Kinder adoptieren?*“ Ich habe immer versucht, geradlinig zu sein und ihr erklärt, dass ich das leider nicht machen kann. Sie hat das immer überhört und wollte meine Worte nicht wahrhaben. Sie entgegnete immer wieder: „*Sie haben ja gesagt?*“ So stark war ihr Wunsch. Sie wollte auch auf meinem Schoß sitzen, um gehalten zu werden. Das Bedürfnis nach Nähe ist bei diesen Kindern überdurchschnittlich groß.

Andere betroffene Kinder wiederum können Nähe nicht ertragen. Sie haben so großes Misstrauen, dass sie keine Beziehung eingehen wollen. Diese Kinder streben immer nach Distanz. Es ist therapeutisch auch sehr schwer damit umzugehen.

Ich hatte von einer Kollegin über ein dreijähriges Mädchen gehört, das in ihrem jungen Leben bereits drei Heime kennen gelernt hatte. Sie wollte mit niemandem etwas zu tun haben. Ich selbst hatte zu ihr keinen direkten Kontakt; in diesem Fall war ich Supervisorin und mit der Therapeutin in ständigem Gespräch. Diese Therapeutin machte eine gute Arbeit, aber mit diesem kleinen Mädchen kam sie nicht klar. Die Therapeutin sagte mir: „*Die Kleine lehnt mich ständig ab und will mit mir nichts zu tun haben. Sie will während der Therapie unter dem Regenschirm in einer Ecke sitzen. Ein Gespräch*



Abbildung 5  
Sid Duke: she, Sie

*kommt nicht zustande.*“ Aber man muss es mit diesen Kindern immer wieder versuchen. Aus der Bindungsforschung wissen wir, dass auch bei diesen Kindern der Bedarf nach Liebe groß ist, die in einem richtigen Kontext mit sehr viel Geduld wieder zum Leben erweckt werden kann. Zwei Jahre später hatte sich das kleine Mädchen verändert. Sie sprach, wenn sie ihre Therapeutin meinte, von „*meiner Julia*“.

Nun möchte ich ein Beispiel für eine Bindungsstörung schildern. Aus dem Fahrstuhl kam Salomon. Der Junge war fünf Jahre alt und hatte in seinem jungen Leben bisher in acht Heimen gelebt. Als er zu uns kam, war er sehr freundlich. Seine Mutter hatte bipolare Depressionen; sie liebte ihn, aber die Medikamente hatten ihr leider nicht geholfen, so dass Salomon nicht mehr bei ihr bleiben konnte. Ich sollte aus fachlicher Sicht herausbekommen, wo er am besten wohnen sollte, bei der aktuellen Pflegemutter oder nicht. Diese Bindung war unsicher. Als ich ein bisschen mit Salomon spielte, fragte ich den Jungen nach fünf Minuten: „*Weißt du, warum du hier bist? Ich will herausfinden, wo du wohnen willst.*“ Er guckte mich an und sagte: „*Ich will mit dir wohnen.*“ Salomon hat mich sofort umarmt, wovon ich ganz gerührt war. Aber der Junge hat das mit jeder anderen Person im Wartezimmer auch gemacht ...

Es ist therapeutisch auch äußerst wichtig, diese Bindungsstörung zu erkennen und angemessen damit umzugehen, weil diese Kinder es schwer haben, irgendjemandem Vertrauen zu schenken. Und wenn sie das nicht früh lernen, wird es später für sie sehr schwer, eine dauerhafte Beziehung zu entwickeln, die als bedeutsam empfunden wird.

### **Probleme mit der Wirklichkeit**

Viele Kinder psychisch kranker Eltern haben Probleme mit der Realität. Und es ist schwer, mit der Realität klar zu kommen. Von psychisch kranken Eltern wird nicht selten die Krankheit verleugnet. Sie meinen, nicht krank zu sein, obwohl sie krank sind. Das macht es so schwer, mit der Wirklichkeit klar zu kommen. Wenn man Halluzinationen hat oder mit jemandem spricht, der nicht da ist, hinterlässt das Wirkungen. Wie kann ein Kind denn herausbekommen, was die Wirklichkeit, die Realität ist?

Ein Beispiel: Wir hatten Kontakt zu einem Vater, der unter einer schizoaffektiven Psychose litt. In die Klinik kam er mit seinem kleinen Sohn. Wir sollten ein Interview mit ihm führen. Einige Kollegen verfolgten das Gespräch im Team hinter einem so genannten Einwegfenster. Dem Vater hatte ich erzählt, dass wir das so machen werden. Er guckte mich an und bemerkte: „*Ich kann auch durch Wände gucken. Ich werde Sie auch sehen, Frau Jacobsen.*“ Der Mann glaubt an Dinge, die nicht stimmen; das ist Teil der Erkrankung. Ein Psychiater hatte dann mit dem Interview begonnen; ich saß mit einigen Studenten hinter dem Fenster, als ein junger Kollege anmerkte: „*Der guckt mich an!*“ Ich meinte, das könne nicht sein. Aber dann empfand ich, dass der Mann mich ansah. Das war mir doch ein wenig komisch. Wir hatten das Gefühl, dass uns der Mann wirklich anguckte. Um zu testen, was wirklich los ist, setzen wir uns in eine andere Ecke des Zimmers. Aber die Augen des Mannes folgten uns. Was ist die Realität?



Abbildung 6  
Sid Duke: white hat, Weißer Hut

klein und wirkte zerbrechlich. Aus ihrer Akte wusste ich, dass sie während ihrer Kindheit von ihrem Vater sehr oft sexuell missbraucht worden war. Der Mann mit Krücke war rund dreißig Jahre älter als sie. In den Akten stand, dass er Direktor eines Krankenhauses war. Das stimmte aber nicht; viele hatten es aber geglaubt. Das Kind – ein Junge – war fünf Jahre alt. Seit der Geburt des Jungen hatten die Eltern geglaubt, dass mit ihm irgendetwas nicht stimmte. Als er zur Welt kam, waren die Füße krumm. Dann sollte etwas mit der Wirbelsäule nicht in Ordnung gewesen sein. Die Eltern waren ständig bei Kinderärzten, kreuz und quer in Chicago. Als wir den Jungen sahen, meinten die Eltern, dass der Junge blind werden würde. Aber Untersuchungen lehnten die Eltern ab. Sie wechselten wieder den Augenarzt. Der Vater glaubte auch, dass der Sohn AIDS hatte. Einmal im Monat wurde dem Kind Blut für die entsprechende Untersuchung abgezapft.

Die Mutter hatte alle Maßnahmen, die der Vater anordnete, unterstützt. Sie war froh, mit diesem Mann zusammen zu sein, der selbst wahnsinnig war, was sich übertrug. Es handelte sich um eine Folie a trois. Der Vater führte sich ebenso auf wie der Baron Münchhausen. Er ging mit Krücke, aber er war völlig gesund. Er brauchte jedoch Aufmerksamkeit. Weil ich mich in der Klinik um das Kind kümmerte, wurde der Vater aggressiv und kam mir drohend entgegen, ohne Krücke. In Wirklichkeit brauchte er diese nicht. Er sagte: „Frau Jacobsen, Sie sollen mit mir anfangen.“ Ich antwortete: „Eigentlich bin ich für ihren Sohn zuständig.“ Da erhob er seine Krücke und holte aus. Aber er lief ganz gut.

Vieles wird geleugnet. Zu uns kam eine Frau mit ihrem Sohn. Der Vater und Mann war brutal. Es gibt auch Frauen, die brutal sein können; in diesem Fall war das der Mann. Frau und Sohn hatten manchmal viele blaue Flecken auf der Haut, was man nicht übersehen konnte. Als ich während eines Interviews danach fragte, was passiert sei, antwortete die Mutter, dass ein Bügeleisen runtergefallen wäre. Was ist die Realität? Der Sohn glaubte das auch ...

An einem anderen Tag kamen drei Leute aus dem Fahrstuhl. In der Psychiatrie gibt es eine Bezeichnung für eine Krankheit: Folie a deux – „Zu zweit verrückt“. Einer der Eltern glaubt an Dinge, die nicht wahr sind, und weil ein Kind dort mit wohnt, denkt das Kind ähnlich. In konkreten Fall des Beispiels handelte es sich um eine Folie a trois. Der Vater, ein großer schlanker Mann mit Krücke, hatte etwas Beeindruckendes. Die Frau war

Sehr traurig war, dass der Junge glaubte, dass er auf dem Weg sei, blind zu werden. Die Eltern hatten den Jungen ziemlich kaputt gemacht. Der Junge wurde von den Eltern getrennt; er lebt heute bei Pflegeeltern und reagiert normal.

## **Rollenumschub und Rollenverwirrung**

Bereits am ersten Beratungstag haben wir viel über Rollenumschub und Rollenverwirrung gehört. Gleichzeitig ist das wie Essig und Öl. Was meine ich damit? Rollenumschub ist ausgesprochen häufig bei Kindern von psychisch kranken Eltern anzutreffen, vor allem bei älteren Kindern. Nach meinen Erfahrungen kommt das bei Jungen und Mädchen gleichermaßen vor. Manchmal ist das extrem: Ich hatte beispielsweise Kontakt zu einem neunjährigen Mädchen, dessen Mutter ständig mit schweren Depressionen im Bett lag. Das Mädchen hatte die Binden der Mutter gewechselt und mit dem Freund der Mutter geschlafen.

Aber es gibt auch Rollenverwirrung, weil die Eltern die Elternrolle nicht übernehmen oder übernehmen können. Das führt manchmal zu Verachtung, Hass, Enttäuschung, was in der Frage eines Kindes zum Ausdruck kommt: „*Warum bin ich in der Elternrolle, warum machst du das nicht?*“ Eine Mutter beschrieb das wie Essig und Öl und erklärte: „*Manchmal kommen wir gut zusammen, aber dann trennen wir uns. Das ist so frustrierend.*“

Oft habe ich von Phantasie-Eltern gehört. Das kommt vor, wenn ein Kind lange von seinen Eltern getrennt ist. Das Kind hat eine Sehnsucht nach Liebe und nach seinen Eltern, nach Eltern, die für das Kind da sind. Sehnsucht kann auch entstehen, wenn eine Mutter physisch, aber nicht psychisch vorhanden ist. Wenn ein Kind von Eltern träumt und wenn diese nicht da sind, entwickelt ein Kind Phantasien – ich erinnere an das Kind mit dem roten Kleid. Ich habe das Kind nicht kennen gelernt. Es ist in einem Buch beschrieben, das den Titel trägt: „*My mothers keeper*“, „*Behüterin meiner Mutter*“. Geschrieben hat dieses Buch Tara Elgin Holley, deren Mutter schizophran geworden war. Tara ging mit fünf Jahren in ein Heim. Die Autorin sah ihre Mutter einige Male im Abstand von Jahren. Bevor die Mutter schizophran geworden war, sang die Mutter. Sie hatte eine wunderschöne Stimme. Sie machte auch Schallplatten-



*Abbildung 7*  
Sid Duke: cave, Höhle (Ausschnitt)

aufnahmen. Tara selbst war nicht sehr glücklich, bei ihrer Großmutter und Großtante zu leben. Sie ging immer in das Zimmer, in dem die persönlichen Sachen ihrer Mutter aufbewahrt wurden. Die Mutter hatte immer ein rotes Kleid angehabt, als sie sang. Tara zog in ihrer Erinnerung oft das rote Kleid an, stand vor dem Spiegel und versuchte, so wie ihre Mutter zu singen. Die Sehnsucht ist groß ...

Ein weiteres Beispiel: Einem Jungen, den ich selbst kannte, sagte ich: *„Erzähl mir von deinem Vater.“* Er antwortete: *„Er kann reiten wie der Wind. Er hat blaue Augen, ist stark und immer für mich da.“* Der Junge hatte seinen Vater einmal im Leben gesehen ...

Vielleicht kennen Sie das Buch „Mio, mein Mio“, das ich selbst meiner Tochter vorgelesen hatte. Darin wird die Suche nach dem Vater beschrieben. Es handelt sich um Phantasie-Eltern. Viele Kinder haben ihre Mutter wie einen Engel beschrieben. Es ist sehr schwer, solcherlei Phantasien wegzunehmen, wenn die Realität nur sehr schwer zu ertragen ist. Aber wichtig ist es.

Viele Kinder, die ich betreut habe, mussten in ihrer frühen Kindheit Gewalt erleben; sie haben manchmal sehr schlimme Sachen gesehen und auch selbst erfahren. Es fängt mit dem Anschreien an, dann wird geschlagen. Kinder haben Suizid-Versuche gesehen oder haben selbst Suizid-Gedanken. Manche Kinder wurden Augenzeugen, wie sich ihre Eltern geschlagen haben. Mitunter handelt es sich auch um körperliche Gewalt zwischen Geschwistern, weil die Mutter aufgrund ihrer Krankheit nicht in der Lage ist, auf die Kinder aufzupassen. Ein Beispiel: Zu mir kam ein sechzehnjähriger Junge, der sehr unauffällig war. Er hieß Karl, ein schwarzer Junge, der in einem Slum-Viertel wohnte; er war arm. Dieser Junge hatte zunächst nicht gesprochen; er flüsterte nur, stand in den Akten. Seine Mutter hatte Drogen genommen; Karl wohnte nicht mehr bei ihr. Das war alles, was wir zunächst über den Jungen wussten. Ich sollte herausfinden, was mit ihm los sei und was man tun könne, um seine Situation zu verbessern.

Als ich ins Wartezimmer kam, sah ich ihn nicht, obwohl er im Raum war. Er hatte sich in eine Ecke verkrochen, wo ich ihn aufstöberte, ganz in Schwarz gekleidet. Seine Fingernägel hatten Überlänge und seine Augen waren nach unten gerichtet. Ich sagte: *„Guten Tag, Karl, ich bin Teresa. Kommen Sie doch bitte mit mir hoch in die dritte Etage. Wir fahren mit dem Fahrstuhl.“* Er ging so leise, dass ich mich manchmal umdrehte, um nachzusehen, ob er noch bei mir war. In meinem Zimmer hatte er kaum etwas gesagt, wochenlang nicht, aber er kam trotzdem immer zu den vereinbarten Terminen. Der Junge fragte immer nach Tesa-Film, den ich hatte. Es vollzog sich immer wieder die gleiche Prozedur: Er klebte mit den Klebestreifen das Schlüsselloch der Eingangstür zu. Danach fühlte er sich ein wenig erleichtert. Nach Wochen fing ich an zu ahnen, dass viel mehr dahinter steckte. Weil der Junge nicht sprach, hatte ich Buntstifte und Papierblätter hingelegt. Denn man kann auch mit anderen Mitteln reden als mit Lauten. Es kamen auf diese Weise merkwürdige Bilder zustande, zumeist verzerrte oder gespaltene, hässliche Gesichter.

Der Junge kannte mich dann schon längere Zeit, hatte wohl auch ein wenig Vertrauen zu mir und kam gerne. Ich sagte ihm: *„Was Sie mit den Bildern sagen wollen, das*

bleibt zwischen uns. Ich erzähle es nicht weiter. Sie sind bei mir sicher.“ Langsam kam heraus, dass er im frühen Kindesalter zusehen musste, wie sein Bruder ums Leben kam. Der Freund der drogenabhängigen Mutter konnte es nicht ertragen, wenn der jüngere Bruder weinte. Eines Tages kam dieser Freund in das Zimmer, wo sich die beiden Jungen aufhielten, packte den kleinen Jungen und schmiss ihn mehrere Male gegen die Wand, so dass dieser zu Tode kam. Dann sagte der Mann, der Mörder, zu dem älteren Jungen: „Wenn du jemals darüber redest und jemandem davon erzählst, dann bist du auch tot.“ Deswegen hatte der Jugendliche immer die Schlüssellocher mit Klebestreifen zugeklebt. Der Junge meinte, dass der Mörder ihn immer noch beobachtete.



Abbildung 8  
Sid Duke: shadow figure, Schattenfigur

Wenn er seine Mutter malte – und er malte gerne – zeichnete er immer eine schöne Figur; nur die Augen waren kaputt. Sie hat nicht gesehen, was der Junge durchmachen musste und konnte ihm nicht helfen. Es ist deswegen wichtig, dass man jedes Kind ganzheitlich beobachtet und ansieht. Das Selbstgefühl von diesen Kindern kommt aus den Augen anderer. Es handelt sich um fragile Kinder.

Wie gehen diese Kinder mit Ängsten und Unsicherheiten um? Wenn eine Mutter gesund ist, spürt sie, wenn ihre Kinder Sorgen haben oder unsicher sind. Sie nimmt die Sorgen des Kindes auf und gibt diese „verdaut“ und bewertet zurück. Wenn ein Kind sagt: „Es ist dunkel und ich habe Angst“, so antwortet eine verständnisvolle Mutter: „Ja, du hast Angst, aber ich bin hier.“ Eine solche Interaktion macht es viel leichter, Sorgen zu heilen; sie werden normalisiert. Wenn Erwachsene psychisch krank sind, haben Eltern selbst zu viele Sorgen, so dass sie ihren Kindern wenig oder kaum Sicherheiten geben können. Möglicherweise spüren sie Ängste ihrer Kinder überhaupt nicht oder sie haben selbst viel zu viele Ängste, so dass es nur negative Wirkungen gibt. Die betroffenen Kinder leben mit vielen Ängsten. Und ein Teil der Therapie besteht darin, diese Ängste aufzudecken und sie abzuschwächen, so dass sie besser damit umgehen können.

### Welche Art Hilfe Kinder und Familien brauchen

Was hilft? In Bezug zu meinen „Geschichten aus dem Fahrstuhl“ ist Folgendes wichtig: klare Informationen über die Krankheit. Das ist äußerst wichtig. Es muss unbe-

dingt eine Möglichkeit geben, über die Krankheit zu reden. Es sind viele Gespräche notwendig, um die Probleme zu verstehen. Eine Voraussetzung des angemessenen therapeutischen Handelns ist es, die Bedürfnisse eines betroffenen Kindes zu erkennen und das Kind von Schuldgefühlen zu befreien. Somit sollten alle Fachkräfte praktische Helfer und Fürsorger sein. Das schafft bei den Kindern Stabilität.

Wichtig ist außerdem, bei den Kindern das Interesse an Aktivitäten außerhalb der Familie zu fördern, denn ein neues Umfeld weitet den Blick und vermittelt Freude und Lust. Auch positive Freundschaften mit anderen Kindern stärken die Betroffenen in ihrem Selbsterleben. Ein Mädchen, zu dem ich Kontakt hatte und deren Mutter Alkoholikerin war, sagte mir im Gespräch, dass sie bis zum Alter von zehn Jahren nie eine Zahnbürste benutzt habe. Was eine Zahnbürste ist, wurde ihr zu Hause nicht erklärt. Aber durch Freundschaften hatte sie eine Menge gelernt, unter anderem auch den Gebrauch der Zahnbürste und wo man Zahnpasta kaufen kann.

### **Die Reise nach Jemen**

Eine Großstadt Jemens heißt Taiz. Wenn man diese Stadt verlässt, kommt man in eine Wüste. Fährt man weiter, kommt eine Mauer, fährt man noch weiter, dann kommt ein Friedhof. Fährt man noch weiter, gelangt man zu zwei Gebäuden. In einem wohnen Menschen mit der Hansenschen Krankheit, mit Lepra. Wenn man da hinkommt, kommt man nie zurück, es sei denn, man ist Arzt, Krankenschwester oder man bringt das Essen zu den Leuten. Kinder, die dort geboren werden, bleiben da, bis sie sterben. Aber alle treffen sich irgendwann auf dem Friedhof, die Menschen aus der Stadt und die Menschen aus der Lepra-Kolonie.

Aber eigentlich wollte ich über das Nebenhaus sprechen. In diesem Haus wohnen die psychisch Kranken, außerhalb der Stadt. Wenn man dorthin gelangt, kommt man nicht zurück. Wenn dort Kinder geboren werden, bleiben sie auch dort. Man trifft sich – wie schon erwähnt – mit den „normalen“ Menschen nur auf dem Friedhof.

Ich habe einmal eine Lepra-Kolonie besucht. Ich weiß einiges über diese Krankheit, weil mein Vater Augenarzt war. Und sein Forschungsgebiet waren die Effekte von Lepra auf die Augen, denn an Lepra Erkrankte werden blind. Man wird blind, weil sich die Lider nicht mehr schließen und deshalb die Augen austrocknen. Wenn man Lepra hat, verliert man die Finger, die Nase, möglicherweise ein Bein, das Gesicht wird deformiert; es fällt in sich zusammen ... Es ist schwer, den Anblick der an Lepra erkrankten Menschen zu ertragen; oft sieht man nur Augen und eine schwarze Maske.

Mein Vater hatte mich einmal in eine solche Lepra-Kolonie mitgenommen. Er sagte zu mir: *„Wenn wir dorthin gehen, wirst du eigenartig verunstaltete Menschen sehen. Aber bitte denk daran, dass sie Menschen sind. Sie brauchen Liebe. Wenn du daran denkst, dann erschreckt dich das Äußere dieser Menschen kaum.“* Und diese Worte meines Vaters beziehe ich auch auf die psychisch Kranken und deren Kinder. Wir sind verpflichtet, sie menschlich und verständnisvoll zu behandeln und mit ihnen freund-

lich umzugehen. Oft vergessen wir das; wir reden mitunter zu häufig über Diagnosen und denken nicht daran, wer vor uns steht. Wie wir mit bedürftigen Menschen umgehen, ist vielleicht sogar noch wichtiger als das, was wir mit ihnen therapeutisch machen.

Es ist ausgesprochen bedeutsam, dass wir zu den Menschen eine Beziehung herstellen und die betroffene Familie als Ganzes sehen. Es geht nicht nur um die kranke Mutter allein, sondern um die Kinder und den Vater, der den Alltag und alle Problemsituationen managen muss; es geht auch um Verwandte, die man in die Familiensituation helfend einbinden soll. Und wir sollten immer daran denken, dass Lösungen für die gravierenden Probleme nicht einfach sind und dafür enorm viel Geduld notwendig ist. Alle Ansätze, die zur Problemlösung beitragen, müssen individuell auf die betreffenden Menschen erarbeitet werden.

Es muss auch immer klar werden, dass wir Fachkräfte selber dabei auch Hilfe brauchen, zumindest ein Team, in welchem Fallberatung und Supervision möglich sind. Denn wenn man mit psychisch Kranken arbeitet, hinterlässt das viele Spuren. Wir brauchen selber eine Stärkung, um möglich zu machen, dass wir unser Bestes versuchen, die Lebenssituation der kranken und bedürftigen Menschen zu verbessern.

## Literaturhinweise

Beckmann, Ortrud

**Patenschaften für Kinder junger und/oder psychisch kranker Mütter. Ein Hamburger Modellprojekt des PFIFF e.V. zur flexiblen familiären Krisenintervention und zur Vermeidung von Fremdplatzierung.**

In: Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland. Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute, Weinheim: Beltz (2003); S. 241-253; ISBN 3-407-55996-8

Beeck, Katja

**Ohne Netz und ohne Boden. Situation von Kindern psychisch kranker Eltern.**

Berlin: Selbstverlag (2003); 50 S.

Bezugsadresse: Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern c/o Katja Beeck, Akazienalle 3 a, 14050 Berlin, per E-Mail unter [broschuerenbestellung@netz-und-boden.de](mailto:broschuerenbestellung@netz-und-boden.de)

Beeck, Katja (Hrsg.)

**Netz und Boden. Hilfsmöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern.**

Berlin: Selbstverlag (2003); 50 S.

Bezugsadresse: Netz und Boden – Initiative für Kinder psychisch kranker Eltern c/o Katja Beeck, Akazienalle 3 a, 14050 Berlin, per E-Mail unter [broschuerenbestellung@netz-und-boden.de](mailto:broschuerenbestellung@netz-und-boden.de)

Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. – BGSP –, Berlin (Hrsg.)

**Kinder psychisch erkrankter Eltern. Fachtagung der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (BGSP) in Kooperation mit der Alice-Salomon-Fachhochschule (ASFH) am 23. und 24. Mai 2003.**

Berlin (2003); 52 S.

Bürgermeister, Ute; Jost, Annemarie

**Kinder schizophrener Mütter.**

In: Sozialpsychiatrische Informationen, Bonn: Psychiatrie; 30 (2000); Nr. 2; S. 3-7

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.)

Münder, Johannes

**Probleme des Sorgerechts bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern.**

Berlin (1994)

Conen, Marie-Luise (Hrsg.)

**„Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden.“**

**Aufsuchende Familientherapie.**

Heidelberg: Carl Auer (2002); 238 S.; ISBN 3-89670-299-8

Deger-Erlenmaier, Heinz; Titze, Elke; Walter, Karl-Heinz (Hrsg.)

**Jetzt will ich's wissen.**

**Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. 2. korr. Aufl.**

Bonn: Psychiatrie (1997); 245 S.; ISBN: 3-88414-175-9

Deneke, Christiane

**Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Eltern.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 7 (2004); Nr. 2; S. 20-27

Dierks, Henrike; Deneke, Christiane

**Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter**

(„Aurynggruppen“).

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:

Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 560-568

Farke, Walter; Graß, Hildegard; Hurrelmann, Klaus (Hrsg.)

**Drogen bei Kindern und Jugendlichen.**

**Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis.**

Stuttgart: Thieme (2003); 174 S.; ISBN 3-13-130611-4

Fegert, Jörg M.

**Systemische Aspekte der Arbeit mit psychisch Kranken  
in Mutter-Kind-Einrichtungen.**

In: Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien  
in Deutschland. Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute, Weinheim: Beltz (2003);  
S. 230-240; ISBN 3-407-55996-8

Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute (Hrsg.)

**Hilfen für Alleinerziehende.**

**Die Lebenssituation von Einelternfamilien in Deutschland.**

Weinheim: Beltz (2003); 312 S.; ISBN 3-407-55996-8

Franz, Michael; Meyer, Thorsten; Gallhofer, Bernd

**Belastung von Angehörigen schizophren und depressiv Erkrankter.**

**Eine repräsentative Erhebung.**

In: Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien  
in Deutschland. Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute, Weinheim: Beltz (2003);  
S. 215-229; ISBN 3-407-55996-8

Glenn, Penelope; Stiels-Glenn, Michael

**Kinder psychisch kranker Eltern. Kooperation bei der Betreuung  
von Familien mit psychisch kranken Müttern oder Vätern.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 28 (2003); Nr. 4; S. 23-31

Häfele, Günter

**Seelisch erkrankte Eltern und Kindeswohlgefährdung.**

In: Familie, Partnerschaft, Recht – FPR, München: Beck; 9 (2003); Nr. 6; 307-312

Hartmann, Hans-Peter

**Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 537-551

Klein, Michael

**Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven.**

In: Report Psychologie, Bonn: Deutscher Psychologen Verlag; 28 (2003); Nr. 6;  
S. 358-371

Landschaftsverband Rheinland, Landesjugendamt, Köln (Hrsg.)

**Kinder psychisch kranker Eltern. Wer hilft, die familiären Belastungen zu tragen? Dokumentation des Symposiums am 19. September 2002 in Köln.**

Berlin (2003); 51 S.

Landua, Kerstin

**Realitätsverschiebungen. Die Verantwortung der Jugendhilfe für Kinder von Eltern mit chronischen Belastungen.**

In: Jugendhilfe, Neuwied: Luchterhand; 42 (2004); Nr. 5; S. 259-262

Leipzig, Jugendamt (Hrsg.)

**Aufsuchende systemische Familientherapie.**

**Eine Projektbeschreibung in drei Phasen.**

Leipzig (2003); 86 S.; ISBN 3-935853-13-0

Lüders, Bettina; Deneke, Christiane

**Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 552-559

Mattejat, Fritz

**Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – eine Einführung.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 491-497

Mattejat, Fritz; Lisofsky, Beate (Hrsg.)

**... nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 3. Aufl.**

Bonn: Psychiatrie (2001); 210 S.; ISBN 3-88414-225-9

Mayer, Reinhardt (Hrsg.)

**Wirklich?! – Niemals Alkohol?! Problemskizzierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker.**

Balingen: Selbstverlag (2003); 168 S.

Bezugsadresse: Dr. Reinhardt Mayer, Hermann-Rommel-Str. 22, 72336 Balingen,  
Telefon 074 33/157 58, Telefax 074 33/27 33 67

Meyer, Claudia; Mattejat, Fritz; König, Udo u. a.

**Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 524-536

Mrozynski, Peter

**Die gemeinsame Betreuung behinderter Eltern mit ihren Kindern.**

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Bundesanzeiger; 90 (2003); Nr. 12; S. 458-462

Münder, Johannes

**Probleme des Sorgerechts – bei psychisch kranken und geistig behinderten Eltern – exemplarisch für den Kinderschutz bei Kindeswohlgefährdung**

In: Familie und Recht, Neuwied: Luchterhand; 6 (1995); Nr. 2; S. 89-98

Rahn, Ewald

**Borderline. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 5. Aufl.**

Bonn: Psychiatrie (2003); 190 S.; ISBN 3-88414-258-5

Remschmidt, Helmut; Mattejat, Fritz

**Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung**

Göttingen: Hogrefe (1994); 282 S.; ISBN: 3-8017-0702-4

Rems-Murr-Kreis (Hrsg.)

Gläss, Holger; Igel, Willi; Strobel, Sabine

**Konzeption „Familienpflege für behinderte Mütter und ihre Kinder“.**

In: Das Jugendamt, Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht; 76 (2003); Nr. 7; S. 338-343

Riedesser, Peter; Schulte-Markwort, Michael

**Kranke Eltern – leidende Kinder.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 26 (2001); Nr. 7-8; S. 16-20

Ripke, Marita

**„... ich war gut gelaunt, immer ein bisschen witzig“.**

**Eine qualitative Studie über Töchter alkoholkranker Eltern.**

Gießen: Psychosozial (2003); 506 S.; ISBN 3-89806-227-9

Romeike, Gerd; Imelmann, Horst (Hrsg.)

**Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie.**

Weinheim: Juventa (1999); 336 S.; ISBN 3-7799-0765-8

Rüth, Ulrich

**Das kinder- und jugendpsychiatrische Gutachten  
im Sorgerechtsverfahren nach §§ 1666, 1666 a BGB.**

In: Zentralblatt für Jugendrecht, Köln: Heymann; 86 (1999); Nr. 7/8;  
S. 277-281

Schmidt, Ulrike

**Auch Junkies haben Kinder.**

**Zur Versorgung von Kindern drogenabhängiger Mütter.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 26 (2001); Nr. 7-8; S. 30-35

Schneider, Wiebke

**Kinder aus suchtblasteten Familien.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 26 (2001); Nr. 7-8; S. 36-38

Schone, Reinhold; Wagenblass, Sabine

**Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und  
institutionelle Handlungsmuster.**

Münster: Votum (2002); 261 S.; ISBN 3-935984-27-8

**Schwerpunkt: Kinder psychisch kranker Eltern.**

In: SpielRäume, Bremen: Amt für Soziale Dienste; 11 (2004); Nr. 28/27; S. 1-46

**Schwerpunktthema: Kinder kranker und behinderter Eltern.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 7 (2004); Nr. 2; S. 9-49

**Schwerpunktthema: Zu Hause ist was anders.**

**Kinder psychisch und suchtkranker Eltern.**

In: pro Jugend, München: Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstellen Bayern; (2004);  
Nr. 4; S. 1-25

**Schwerpunktthema: Kranke Eltern - leidende Kinder.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 26 (2001); Nr. 7-8; S. 15-38

**Schwerpunktthema: Kinder psychisch kranker Eltern.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 491-602

Sollberger, Daniel

**Psychotische Eltern – verletzte Kinder.**

**Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern.**

Bonn: Ed. Das Narrenschiff (2000); 130 S.; ISBN 3-88414-296-8

Sommer, Ruth; Zoller, Peter; Felder, Wilhelm

**Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 498-512

Staets, Susanna; Hipp, Michael

**Kinder mit psychisch kranken Eltern. KIPKEL –  
Ein Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern.**

In: Sozialmagazin, Weinheim: Juventa; 26 (2001); Nr. 7-8; S. 21-28

Staets, Susanna; Hipp, Michael

**KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt  
für Kinder mit psychisch kranken Eltern.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 569-579

Szylowicki, Alexandra

**Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern**

Forum Erziehungshilfen, Weinheim: Beltz; 9 (2003); Nr. 3; S. 142-148

Wagenblass, Sabine

**Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 513-524

Wagenblass, Sabine

**Die schwere Last psychischer Erkrankungen.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 7 (2004); Nr. 2; S. 16-19

Wagenblass, Sabine

**Wenn Mütter in ver-rückten Welten leben. Zur Lebenssituation  
von psychisch kranken allein erziehenden Frauen und ihren Kindern.**

In: Hilfen für Alleinerziehende. Die Lebenssituation von Einelternfamilien  
in Deutschland. Fegert, Jörg M.; Ziegenhain, Ute, Weinheim: Beltz (2003);  
S. 208-214; ISBN 3-407-55996-8

Wagenblass, Sabine; Schone, Reinhold

**Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote  
für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen.**

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Göttingen:  
Vandenhoeck & Ruprecht; 50 (2001); Nr. 7; S. 580-589

Wiefel, Andreas; Lehmkuhl, Ulrike

**„Schau mich bitte nicht so an ...“ Besonderheiten  
in der frühkindlichen Bindungsentwicklung bei Säuglingen  
und Kleinkindern von psychisch kranken Eltern.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 7 (2004); Nr. 2; S. 29-32

Zobel, Martin (Hrsg.)

**Kinder aus alkoholbelasteten Familien.**

Göttingen: Hogrefe (2000); 262 S.; ISBN 3-801-712-117

Zobel, Martin (Hrsg.)

**Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder.**

Bonn: Psychiatrie (2001); 239 S.; ISBN 3-884-142-720

**Viele Kinder kämpfen täglich ums emotionale Überleben.**

**Jörg Maywald im Gespräch mit Katja Beeck.**

In: Frühe Kindheit, Berlin: Deutsche Liga für das Kind; 7 (2004); Nr. 2; S. 33-34

**In der Reihe „Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe“**  
**bisher erschienene Titel:**

- 1 „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 30. und 31. März 1995)  
Berlin 1995, 203 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
  
- 2 „Jugendhilfeplanung – ein wirksames Steuerungsinstrument der Jugendhilfe“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. Mai 1995)  
Berlin 1995, 113 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
  
- 3 „Anforderungen der Jugendhilfe an neue Steuerungsmodelle“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 28. und 29. August 1995)  
Berlin 1996, 160 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
  
- 4 „Aufgaben, Kompetenzen, Strukturen und Arbeitsweisen von Jugendhilfeausschüssen“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 24. und 25. November 1995)  
Berlin 1996, 122 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
  
- 5 „Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen im Wandel: Neue Anforderungen an Jugendhilfe und Schule“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Januar 1996)  
Berlin 1996, 230 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
  
- 6 „Jugendhilfe und Familiengericht – Das Selbstverständnis der Jugendhilfe im gerichtlichen Verfahren“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Oktober 1995)  
Berlin 1996, 119 S., DIN A5 nicht mehr im Angebot
  
- 7 „Jugendarbeitslosigkeit – was tun ?! Jugendhilfe und Sozialamt, Arbeitsverwaltung und Wirtschaft als Partner bei der Sicherung beruflicher Perspektiven junger Menschen“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. Mai 1996)  
Berlin 1997, 264 S., DIN A5 kostenlos im Internet verfügbar
  
- 8 „Verwaltungsmodernisierung – Standpunkte und Entwicklungen in der Jugendhilfe“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 25. und 26. November 1996)  
Berlin 1997, 130 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar

- 9 „Eingliederung seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher in die Jugendhilfe. Erfahrungen – Probleme – Entwicklungen“**  
(Dokumentation des Workshops vom 2. bis 4. September 1996)  
Berlin 1997, 94 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 10 „Kinder-Leben in der Stadt: Herausforderungen an Jugendhilfe und Stadtplanung“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 22. und 23. Januar 1997)  
Berlin 1997, 151 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 11 „Flexibilisierung und Steuerung im Bereich der Hilfen zur Erziehung“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. Oktober 1996)  
Berlin 1997, 152 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 12 „Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe bei der Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt gegen Kinder“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 6. und 7. Juni 1997)  
Berlin 1998, 142 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 13 „Jugendhilfeausschuß und kommunale Jugendpolitik“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 28. Februar und 1. März 1997)  
Berlin 1998, 105 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 14 „Die Reform des Kindschaftsrechts – Auswirkungen auf die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe“**  
(Beiträge der Fachtagung am 12. und 13. Dezember 1997)  
Berlin 1998, 84 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 15 „Netzwerk Kriminalprävention – Was kann Jugendhilfe leisten?“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 19. und 20. September 1997)  
Berlin 1998, 158 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 16 „Die Beratung im Kontext von Scheidungs-, Sorgerechts- und Umgangsrechtsverfahren – Anforderungen an Strukturen und Formen der Kooperation von Familiengericht, Jugendhilfe und Anwaltschaft“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 24. und 25. September 1998)  
Berlin 1999, 163 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 17 „... und schuld ist im Ernstfall das Jugendamt‘Probleme und Risiken sozialpädagogischer Entscheidungen bei Kindeswohlgefährdung zwischen fachlicher Notwendigkeit und strafrechtlicher Ahndung“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 16. und 17. November 1998)  
Berlin 1999, 110 S., DIN A4, ISBN 3-931418-21-9 Preis: 7,00 Euro

- 18 1. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe: „Partnerschaftliche Kooperation oder marktwirtschaftlicher Wettbewerb? – Zur Zukunft des Zusammenwirkens von öffentlicher und freier Jugendhilfe“**  
(Dokumentation des Diskurses am 11. und 12. Dezember 1998)  
Berlin 1999, 109 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 19 „Hilfen von Anfang an – Unterstützung von Familien als interdisziplinäre Aufgabe“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 23. und 24. April 1999)  
Berlin 1999, 163 S., DIN A4, ISBN 3-931418-22-7 Preis: 7,00 Euro
- 20 „Was tun mit den Schwierig(st)en?“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. Juni 1999)  
Berlin 1999, 205 S., DIN A4, ISBN 3-931418-23-5 Preis: 7,00 Euro
- 21 „Lokale Agenda 21 – Gestaltungsmöglichkeiten für Jugendhilfe und Schule - eine Herausforderung für die Kommunalpolitik?!“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 1. und 2. Oktober 1999)  
Berlin 2000, 182 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 22 2. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe: „Braucht flexible Jugendpolitik ein neues Jugendamt?“**  
(Dokumentation des Diskurses am 15. November 1999)  
Berlin 2000, 101 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 23 „Verantwortung, Aufgaben und Möglichkeiten der Jugendhilfe zur Sicherung der Chancen junger Menschen auf Ausbildung und Arbeit“**  
(Dokumentation des Workshops am 29. und 30. November 1999)  
Berlin 2000, 168 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 24 „Mitwirkung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen: Hindernisse, Probleme, Erfolge“**  
(Dokumentation des Seminars des Deutschen Institutes für Urbanistik in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe vom 20. bis 22. März 2000)  
Berlin 2000, 127 S., DIN A4, ISBN 3-931418-28-6 Preis: 7,00 Euro
- 25 „Die Reform des Kindschaftsrechts – eine Reform für Kinder?“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 12. und 13. Mai 2000)  
Berlin 2000, 208 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 26 „Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht“**  
(Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000)  
Berlin 2000, 125 S., DIN A4, ISBN 3-931418-27-8 Preis: 7,00 Euro

- 27 „Sozialarbeit im sozialen Raum“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 21. und 22. September 2000)  
Berlin 2001, 198 S., DIN A4, ISBN 3-931418-30-8 Preis: 14,00 Euro
- 28 3. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe:  
„Kindertagesbetreuung – eine Investition, die sich lohnt!“**  
(Dokumentation des Diskurses am 20. November 2000)  
Berlin 2001, 103 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 29 „Pädagogische Konzepte in der Jugendsozialarbeit  
mit rechten Jugendlichen“**  
(Dokumentation des Workshops am 8. und 9. März 2001)  
Berlin 2001, 95 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 30 „Qualitätsmanagement in der Jugendhilfe“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 30. November und 1. Dezember 2000)  
Berlin 2001, 191 S., DIN A4, ISBN 3-931418-33-2 Preis: 14,00 Euro
- 31 „Auf dem Weg zur solidarischen Stadt –  
Kooperation von Stadtentwicklung und Jugendhilfe“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 10. und 11. Mai 2001)  
Berlin 2001, 227 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 32 „Mit Kindern und Jugendlichen verhandeln?!  
Partizipation im Jugendhilfekontext“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 20. und 21. September 2001)  
Berlin 2002, 202 S., DIN A4, ISBN 3-931418-35-9 Preis: 14,00 Euro
- 33 „Das Verhältnis zwischen den Sozialen Diensten  
und Amtsvormundschaft/Amtspflegschaft im Jugendamt“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 11. und 12. Oktober 2001)  
Berlin 2002, 130 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar
- 34 „Die Verantwortung der Jugendhilfe zur Sicherung des Kindeswohls“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2001)  
Berlin 2002, 204 S., DIN A4, ISBN 3-931418-37-5 Preis: 14,00 Euro
- 35 „DAS ANDERE –  
Perspektiven der Jugendhilfe zum Umgang mit kultureller Vielfalt“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 6. und 7. Juni 2002)  
Berlin 2003, 158 S., DIN A4, ISBN 3-931418-38-3 Preis: 14,00 Euro
- 36 „Erste Erfahrungen bei der Umsetzung der Regelungen  
nach §§ 78 a bis g SGB VIII und die wirkungsorientierte Gestaltung  
von Qualitätsentwicklungs-, Leistungs- und Entgeltvereinbarungen“**  
(Dokumentation des Workshops am 17. und 18. Juni 2002 sowie  
eines Expertengesprächs am 8. und 9. April 2002)  
Berlin 2003, 217 S., DIN A4, ISBN 3-931418-39-1 Preis: 14,00 Euro

- 37 **„Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 10. und 11. Oktober 2002)  
Berlin 2003, 214 S., DIN A4, ISBN 3-931418-40-5 Preis: 14,00 Euro
- 38 **„Nicht nur gut aufgehoben.  
Kindertagesbetreuung als zukunftsorientierte Dienstleistung“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 17. und 18. Oktober 2002)  
Berlin 2003, 176 S., DIN A4, ISBN 3-931418-41-3 Preis: 14,00 Euro
- 39 **„Die Vereinbarungen nach §§ 78 a ff. SGB VIII  
(Achstes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe)  
Bestandsaufnahme und Analyse der Leistungs-, Entgelt- und  
Qualitätsentwicklungsvereinbarungen sowie der Rahmenverträge“**  
(Studie zum Umsetzungsstand der gesetzlichen Neuregelungen  
der §§ 78 a ff. SGB VIII im Auftrag des Bundesministeriums  
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)  
Berlin 2003, 158 S., DIN A4, ISBN 3-931418-42-1 Preis: 14,00 Euro
- 40 **5. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe:  
„Startchancen verbessern –  
Für ein neues Verständnis von Bildung in der Jugendhilfe“**  
(Dokumentation des Diskurses am 8. November 2002)  
Berlin 2003, 118 S., DIN A4, ISBN 3-931418-43-X Preis: 14,00 Euro
- 41 **„Steuerungsmöglichkeiten der Jugendhilfe im Kontext  
der demographischen Entwicklung in Deutschland“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 28. und 29. November 2002)  
Berlin 2003, 169 S., DIN A4, ISBN 3-931418-44-8 Preis: 14,00 Euro
- 42 **„Freiheitsentziehende Maßnahmen als Voraussetzung für  
pädagogische Einflussnahme – Indikationen, Settings, Verfahren“**  
(Dokumentation des Workshops am 3. und 4. April 2003)  
Berlin 2004, 96 S., DIN A4, ISBN 3-931418-45-6 Preis: 17,00 Euro
- 43/1 **„It Takes Two to Tango. Band 1  
Frühe Kindheit an der Schnittstelle  
Zwischen Jugendhilfe und Entwicklungspsychologie“**  
(Dokumentation der Fachtagung vom 14. bis 16. Mai 2003)  
Berlin 2004, 287 S., DIN A4, ISBN 3-931418-47-2 Preis: 17,00 Euro
- 43/2 **„It Takes Two to Tango. Band 2  
Konzepte und Modelle zur Früherkennung von  
Entwicklungsgefährdungen bei Säuglingen und Kleinkindern“**  
(Dokumentation des Pre-Conference-Workshops II am 14. Mai 2003)  
Berlin 2004, 117 S., DIN A4, ISBN 3-931418-46-4 Preis: 13,00 Euro
- 44 **„Wenn das Jugendamt wüsste, was das Jugendamt weiß ...  
Das Jugendamt auf dem Weg zu einer lernenden Organisation“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 18. und 19. September 2003)  
Berlin 2004, 72 S., DIN A4, ISBN 3-931418-48-0 Preis: 13,00 Euro

- 45 „Zusammenhänge und Wirkungen: Umsetzungsstand und Perspektiven der Regelungen nach §§ 78 a ff. SGB VIII“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 26. und 27. Juni 2003)  
Berlin 2004, 224 S., DIN A4, ISBN 3-931418-49-9 Preis: 17,00 Euro
- 46 „(Mehr) Selbstverantwortung zulassen. Neue Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 22. und 23. April 2004)  
Berlin 2004, 120 S., DIN A4, ISBN 3-931418-50-2 Preis: 17,00 Euro
- 47 6. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe: „Kindererziehung zwischen elterlicher und staatlicher Verantwortung“**  
(Dokumentation des Diskurses am 14. November 2003)  
Berlin 2004, 88 S., DIN A4, ISBN 3-931418-51-0 Preis: 10,00 Euro
- 48 „Neuorganisation der Jugendarbeit“**  
(Dokumentation des Workshops am 23. und 24. September 2004)  
Berlin 2004, 50 S., DIN A4, ISBN 3-931418-52-9 Preis: 12,00 Euro

**Weitere Veröffentlichungen des Vereins für Kommunalwissenschaften e.V.:**

**WS 1 „Soziale Arbeit in der Schule (Schulsozialarbeit) - konzeptionelle Grundbedingungen“**  
(Positionspapier eines Workshops von Führungskräften aus Jugendhilfe und Kultur sowie Wissenschaftlern am 13. und 14. Dezember 1996)  
Berlin 1997, 18 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar

**WS 2 „Die Verantwortung der Jugendhilfe für den Schutz der Kinder vor sexueller Gewalt – Was muß Jugendhilfe leisten, wie kann sie helfen? Mit wem soll sie wie kooperieren?“**  
(Thesen und Leitlinien des Workshops am 15. und 16. Juni 1998)  
Berlin 1999, 32 S., DIN A4 kostenlos im Internet verfügbar

**„Literaturauswahl Jugendhilfe 2003“**  
Berlin 2004, 156 S., DIN A4 Preis: 5,50 Euro

**Demnächst wird folgender Titel erscheinen:**

**„Die Straftat als Hinweis auf erzieherischen Bedarf? Pädagogik und Konsequenz im Umgang mit Kinderdelinquenz“**  
(Dokumentation der Fachtagung am 2. und 3. Dezember 2004  
in Kooperation mit der Technischen Universität Berlin, Institut für Sozialpädagogik)

---

**Bezugsadresse:**

Verein für Kommunalwissenschaften e.V.,  
Arbeitsgruppe Fachtagungen Jugendhilfe, Postfach 12 03 21, 10593 Berlin  
Telefon: 030 / 39001-136 E-Mail: [agfj@vfk.de](mailto:agfj@vfk.de)  
Telefax: 030 / 39001-146 Internet: [www.vfk.de/agfj](http://www.vfk.de/agfj)