

Psychisch erkrankte Elternteile und die Auswirkung des Krankheitsbildes auf die Lebenswelt ihrer Kinder

Eine Ressourcenorientierung

Andrea Hirschhofer

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2008

Erstbegutachterin:
Mag^a. Elisabeth Weber-Schigutt

Zweitbegutachterin:
Mag^a. (FH) Andrea Viertelmayr

Executive Summary**Andrea Hirschhofer****Psychisch erkrankte Elternteile und die Auswirkung des Krankheitsbildes auf die Lebenswelt ihrer Kinder**

Eine Ressourcenorientierung

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im September 2008.

Psychische Erkrankungen erlangen in der heutigen Zeit immer mehr an Bedeutung. Davon sind unter anderem immer mehr Mütter und Väter betroffen. Ihre Kinder erleben eine Situation, welche sich, Studien zufolge, auf ihre Entwicklung auswirkt. Die Jugendwohlfahrt wird mit dieser Zielgruppe immer häufiger konfrontiert, somit sind neue Interventionen und Maßnahmen notwendig. Anhand von vier Fällen aus der Jugendwohlfahrt eines niederösterreichischen Bezirkes soll aufgezeigt werden, welche Ressourcen die Jugendlichen nutzen und welche sie sich für die Zukunft wünschen. Die Jugendlichen sind im Alter von 13 bis 17 Jahren und leben teilweise mit ihrer psychisch kranken Mutter zusammen. Das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Elternteil hat unterschiedliche Auswirkungen auf die Kinder. Vordergründig besteht ein Schamgefühl bei den betroffenen Elternteilen, das bei den Kindern, aufgrund der Tabuisierung des Themas hervorgerufen wird. Anhand von Informationsvermittlung über psychische Erkrankungen kann die Tabuisierung aufgehoben und vermindert werden. Wie bei vielen anderen Jugendlichen, wirkt sich das Zusammenleben, wie bei den vier interviewten Jugendlichen, unterschiedlich aus. Jeder Mensch hat unterschiedliche Strategien um Probleme zu lösen. Diese sind von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig und werden bereits in frühen Entwicklungsstadien geprägt. Eine allgemein gültige Empfehlung ist daher schwer zu gestalten, doch können gewisse grundlegende Ansätze vermittelt werden. Sie sollen als Basis für eine Betreuung dieser Zielgruppe dienen.

Parents with a mental illness and the consequences of this illness on the life-world of their children

A resource orientation

Diploma Thesis submitted at the University of Applied Sciences St. Pölten in September 2008.

Nowadays mental illnesses are getting more and more attention, as a growing number of mothers and fathers are in fact mentally ill. Their children are confronted with an experience that effects psychological development according to a number of studies. The Youth Welfare Office has to deal with this target group more often, therefore more interventions and measures are necessary. Based on the data of a youth welfare office in a district in Lower Austria four cases are evaluated by analysing what kind of resources the young people actually use and what kind of support they would require. The young people are aged 13 to 17 years. Two of them live with their mentally ill mother. Living together with a mentally ill parent has different consequences for children. At first glance there is feeling of shame on either side, the parents and the children, which is partly caused by the fact that this topic is a taboo. By imparting more information about the nature of the mental illness the taboo can be removed or decreased. All of the four children experience living together with their mentally ill parent differently. Every human being has developed different problem-solving strategies. Their choice of strategies depends on many different factors based on experiences in early stages of their development. A universally valid recommendation is difficult to give, but some guidelines can be outlined which may serve as a basis for support services of this target group.

Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei meinen Eltern Edith und Walter für ihre Unterstützung danken. Sie haben mir diese Ausbildung ermöglicht und waren immer darauf bedacht mir eine fundierte Berufsausbildung zu bieten.

Bei meinem Freund Helmut möchte ich mich besonders für seine Geduld und Mühe, welche er besonders in den letzten Monaten der Ausbildung aufbrachte, bedanken. Durch seine konstruktive Kritik war er ein ständiger Begleiter bei vielen Fragen während der Ausbildung. Dank seines technischen Verständnisses wurde die Erstellung der Diplomarbeit keine Herausforderung.

Den KorrekturleserInnen, Gaby, Helmut, Isabella und Lisl, gilt ein besonderer Dank. Durch ihre Mühe, Zeit und Geduld konnten viele Verbesserungen vorgenommen werden.

Generell bin ich dankbar, dass ich diese Ausbildung absolvieren konnte und dabei einige herzliche Menschen kennen lernte.

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Zugang	1
3	Aufbau der Arbeit	3
4	Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern	4
4.1	Rechtliche Grundlage anhand des Jugendwohlfahrtsgesetzes in Niederösterreich	4
4.2	Jugendalter und Familie	8
4.3	Psychische Krankheiten	13
4.3.1	DSM IV	15
4.3.2	ICD 10	16
4.4	Forschungsstand von Kindern psychisch kranker Elternteilen	21
4.4.1	Familie und psychische Erkrankung	23
4.4.2	Reaktionen der Kinder	32
4.5	Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern	40
5	Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung	48
5.1	Forschungsziel	49
5.2	Forschungsfrage	49
5.3	Forschungsmethode	49
5.4	Fälle aus der Jugendwohlfahrt Niederösterreich	53
5.5	Forschungsergebnisse	57
6	Ausblick	67
	Literatur	76
	Weitere Quellen	81

Abbildungsverzeichnis

82

Anhang

83

1 Einleitung

Psychische Erkrankungen nehmen immer mehr zu, so auch in Österreich. Nach Zahlen der Statistik Austria (2005) waren im Jahr 2005 125.869 ÖsterreicherInnen wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen in stationärer Behandlung. Viele dieser Betroffenen sind Mütter oder Väter. Somit gibt es viele Kinder und Jugendliche, welche mit einem erkrankten Elternteil aufwachsen. Wie Forschungen belegen hat das Zusammenleben mit einer Bezugsperson, welche an einer psychischen Erkrankung leidet, Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes. Um dem entgegen zu wirken ist eine Aufklärung und Informationsvermittlung bei den Betroffenen essentiell. Die Jugendwohlfahrt trifft vermehrt auf Kinder und Jugendliche und kann in ihrem Betreuungsangebot keine speziellen Einrichtungen für diese Zielgruppe anbieten. Der Umgang mit dieser besonderen Situation erfordert viel Empathie und Vertrauen, um eine professionelle Betreuung gewährleisten zu können. Die Interventionen der Jugendwohlfahrt werden anhand von 4 Fällen eines niederösterreichischen Bezirkes dargestellt. Diese sollen weitere Vorgehensweisen sowie die Wünsche der Jugendlichen darstellen. Schließlich werden mögliche Interventionen und Problemlösungen erörtert. Ein Bewusstmachen dieser Zielgruppe und die Auswirkungen der Situationen, sowie das Erleben der Jugendlichen konnte mit Interviews erfasst werden.

2 Zugang

Aufgrund zweier Praktika in der niederösterreichischen Jugendwohlfahrt wurde die Aufmerksamkeit für die Zielgruppe „Kinder psychisch kranker Elternteile“ geweckt. Dabei fiel auf, dass keine speziellen Angebote für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen. Nach einigen Gesprächen mit den SozialarbeiterInnen aus der Jugendwohlfahrt in Niederösterreich, speziell eines Bezirk, stellte sich die Frage, wie die Jugendwohlfahrt aber auch andere Einrichtungen, zum Beispiel der Psychosoziale Dienst oder das Krankenhaus, mit dieser Zielgruppe umgehen und

2 Zugang

ob spezielle Angebote gewünscht oder verlangt werden. In einer Literaturrecherche stellte sich heraus, dass es zu diesem Thema Forschungen gibt, jedoch sind diese aus einem psychiatrischen oder juristischen Zusammenhang entstanden (vgl. Kapitel 4.4). Deswegen bezieht sich der eigene Forschungsbereich auf die Jugendwohlfahrt.

Da die Sozialarbeit aufgrund der methodischen Ausrichtung für diese Problemstellung geeignet ist, erscheint es als sinnvoll, sich dieser Thematik anzunehmen. Anhand von Präventionsmaßnahmen und Einzelfallhilfe könnten einigen Problemlagen entgegen gewirkt werden.

Wie unter Kapitel 1 angeführt, waren Laut Statistik Austria (2005) im Jahr 2005 125.869 ÖsterreicherInnen wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen in stationärer Behandlung. Davon waren 66.938 Frauen, wobei 17.203 Mütter waren, das sind 25,7 Prozent aller Frauen. Die durchschnittliche Kinderanzahl 2005 war 1,69, dies wären dann 29.073 betroffene Kinder. Die Zahlen sind sehr ungenau und es ist nur eine Schätzung, da es keine Studien und Statistiken darüber gibt. Andere Publikationen sprechen von ca. 50.000 bis zu 67.000 betroffener Kinder von psychisch kranken Elternteilen. In Deutschland gibt es dazu genauere Statistiken weshalb sich die Hochrechnungen an diesen Zahlen orientieren und deshalb die Ergebnisse so hoch ausfallen.

Laut Hochrechnungen der EU-Kommission und WHO (Weltgesundheitsorganisation) werden im Jahr 2020 15 % der EU-Bevölkerung psychisch krank sein (European Health Forum Gastein 2007). Wobei Angststörungen und Depressionen die häufigsten Formen sind, die Depression wird in 13 Jahren an erster Stelle aller Krankheiten der entwickelten Welt stehen, prognostizieren EU-Kommission und WHO (ebd). Auf dem European Health Forum Gastein (EHFG) diskutieren Experten seit mittlerweile 10 Jahren über mögliche Strategien, diesem düsteren Szenario zu begegnen (ebd). Diese Zahlen und Hochrechnungen zeigen den besonderen Bedarf an speziellen Einrichtungen, nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Angehörigen, sowie für die Kinder und

3 Aufbau der Arbeit

Jugendlichen der psychisch erkrankten Elternteile. Ein wichtiger Schritt ist, dass die Krankheit nicht mehr von der Gesellschaft tabuisiert wird und somit Akzeptanz und Hilfestellungen angeboten werden können.

3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit setzt sich aus folgenden drei Teilen zusammen, welche sich ausführlich mit der Thematik „Kinder von psychisch kranken Elternteilen“ beschäftigt.

Der erste Teil beschäftigt sich mit den Begrifflichkeiten, welche für die Thematik erforderlich sind. Dabei wird die rechtliche Grundlage des Jugendwohlfahrtsgesetzes in Niederösterreich erläutert. Weiters wird zu dem Thema Jugendalter und Familie ein Einblick in die Entwicklungspsychologie und Soziologie, sowie verwandten Wissenschaftsbereichen und der Sozialarbeit gegeben. Anschließend werden psychische Erkrankungen anhand zweier wichtiger Klassifikationssysteme beschrieben, dem ICD 10 (International Classification of Diseases = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) und dem DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Der derzeitige Forschungsstand über das Thema „Kinder von psychisch kranken Elternteilen“ wird dargestellt. Schließlich werden vorhandene Angebote für die Zielgruppe vor allem in Österreich, aber auch in Deutschland, aufgezeigt.

Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Forschung, welche zu diesem Thema durchgeführt wurde. Das Forschungsziel, die Forschungsfrage, die Forschungsmethode und die Forschungsergebnisse werden dargestellt. Fälle aus der Jugendwohlfahrt werden anhand von 4 InterviewpartnerInnen beschrieben.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Im Kapitel „Ausblick“ kommt es zu einer Zusammenführung aus beiden Teilen. Mögliche Interventionen sowie Maßnahmen für Kinder von psychisch erkrankten Elternteilen werden dargestellt.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

In diesem Teil wird die Grundlage für die Jugendwohlfahrt anhand des niederösterreichischen Jugendwohlfahrtsgesetzes beschrieben. Weiters werden psychische Erkrankungen anhand des DSM IV und im Besonderen anhand des ICD 10 erörtert. Sowie die Literatur, welche sich mit der Thematik beschäftigt, beschrieben. Anschließend gibt es eine Aufstellung von Angeboten eines niederösterreichischen Bezirkes für diese Zielgruppe.

4.1 Rechtliche Grundlage anhand des Jugendwohlfahrtsgesetzes in Niederösterreich

Die Jugendwohlfahrt in Österreich ist in der Grundsatzgesetzgebung dem Bund zugewiesen und unterliegt den Ländern den Ausführungsgesetzgebungen. Somit gibt es ein Bundesjugendwohlfahrtsgesetz und in den 9 Bundesländern jeweils ein Landesjugendwohlfahrtsgesetz. Dieses Kapitel orientiert sich vorrangig an dem niederösterreichischen Jugendwohlfahrtsgesetz (NÖ JWG 1991) und an dem Leitbild einer niederösterreichischen Bezirkshauptmannschaft.

Nach § 1 des NÖ JWG 1991 sind die Aufgaben die Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern und deren Müttern bzw. Eltern. Die Betreuung werdender Mütter und der Leibesfrucht vom Zeitpunkt der festgestellten Empfängnis an; dies schließt insbesondere all jene positiven Maßnahmen ein, die im Rahmen der Jugendwohlfahrt gesetzt werden können, um Schwangeren bzw. werdenden Eltern eine Entscheidung für ihr Kind zu erleichtern bzw. zu ermöglichen. Sowie

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

die Sicherung und Förderung der Entwicklung Minderjähriger durch Angebote von Hilfen zur Pflege und Erziehung, sowie durch Erziehungsmaßnahmen.

Die Grundsätze der Jugendwohlfahrt werden in den folgenden Punkten beschrieben (§ 2 NÖ JWG 1991):

- Das Recht des Minderjährigen auf Entfaltung seiner körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte sowie der Schutz seines Lebens und die Sicherung seiner körperlichen und seelischen Gesundheit stehen im Mittelpunkt der Jugendwohlfahrt.
- Die Persönlichkeit des Minderjährigen ist zu fördern, insbesondere sind seine Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und seine Entwicklungsmöglichkeiten zu berücksichtigen.
- Die Jugendwohlfahrt hat die grundlegende Bedeutung der Familie für die Entwicklung des Minderjährigen zu beachten. Sie hat die Familie bei der Pflege und Erziehung zu beraten, zu unterstützen und mit ihr zusammen zu arbeiten, um sie zu befähigen, Pflege und Erziehung des Minderjährigen soweit als möglich selbst wahr zu nehmen.
- Die Jugendwohlfahrt darf in familiäre Bereiche und Beziehungen nur soweit eingreifen, als dies zum Wohl des Minderjährigen notwendig ist. Sie hat einzugreifen, wenn die Erziehungsberechtigten das Wohl des Minderjährigen nicht gewährleisten, besonders dann, wenn diese Gewalt anwenden oder körperliches oder seelisches Leid zufügen.
- Die Jugendwohlfahrt hat das gesellschaftliche Umfeld des Minderjährigen einzubeziehen. Wichtige, dem Wohl des Minderjährigen dienende soziale Beziehungen sind zu erhalten, zu stärken oder neu zu schaffen.
- Die Leistungen der Jugendwohlfahrt haben sich nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und anerkannten Methoden der einschlägigen Fachgebiete

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

zu richten. Regionale Bedürfnisse und Bevölkerungsstrukturen sind zu berücksichtigen.

- Die Zusammenarbeit aller Einrichtungen der Jugendwohlfahrt ist anzustreben.
- Die Jugendwohlfahrt hat für eine allgemeine Bewusstseinsbildung über die Bedürfnisse von Minderjährigen, die Aufgaben der Familie und die Gewaltlosigkeit in der Erziehung zu sorgen.

Der Anwendungsbereich bezieht sich auf alle Personen, die ihren Aufenthalt in Niederösterreich haben. Weiters österreichischen Staatsbürgern, Bürgern aus Staaten der europäischen Union bzw. des europäischen Wirtschaftsraumes und Staatenlosen, wenn sie ihren Hauptwohnsitz in Niederösterreich haben, auch wenn sie sich außerhalb des Landesgebietes aufhalten (§ 4 NÖ JWG 1991).

Das ausführende Personal können SozialarbeiterInnen, Psychologen/Psychologinnen, Pädagogen/Pädagoginnen, Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, KindergärtnerInnen, HortnerInnen, Ärzte/Ärztinnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal oder Juristen/Juristinnen sein (§ 5 NÖ JWG 1991). Mehrheitlich sind jedoch SozialarbeiterInnen in diesem Bereich tätig.

Die Jugendwohlfahrt hat für die Pflege und Erziehung zwei Formen der „Hilfe zur Erziehung“ (§ 42 NÖ JWG 1991). Die „Unterstützung der Erziehung“, dabei handelt es sich um soziale Dienste, zum Beispiel die sozialpädagogische Familienintensivbetreuung (SFH). Außerdem gibt es die „volle Erziehung“. Diese umfasst eine Fremdunterbringung, zum Beispiel bei einer Pflegefamilie oder in einem Kinder- und Jugendheim.

Nach der Stellenbeschreibung der niederösterreichischen Bezirkshauptmannschaft (2005) sind die inhaltlichen und örtlichen Aufgabenbereiche der Jugendwohlfahrt folgende:

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

- **Beratung, Förderung, Prävention:** Information in sozialen Belangen, zB finanzielle Hilfe, Förderungsmittel. Beratung bei sozialen Anliegen, Erarbeitung eines adäquaten Lösungsvorschlages mit Betroffenen und allenfalls Weitervermittlung zu regionalen Dienstleistern. Prävention: Erholungs- und Ferienaktion, Zusammenarbeit mit Schulen oder Gewaltprävention.
- **Intervention, Betreuung, Unterbringung:** Interventionen nach Meldungen, Anzeigen oder bei Krisen: sozialarbeiterische Beurteilung, Einleitung und Durchführung entsprechender Hilfen und Maßnahmen - „Unterstützung der Erziehung“, „Volle Erziehung“. Kurz-, mittel- oder langfristige Betreuung von Kindern und deren Familien durch SozialarbeiterInnen und/oder externe Dienst Leiter. Erstellen einer sozialen Diagnose und eines Hilfeplanes, erforderlichenfalls unter Einbeziehung anderer Professionen. Abschluss einer Vereinbarung mit Erziehungsberechtigten über Ziele, Dauer und Art der „Unterstützung der Erziehung“. Durchführung von Maßnahmen der „Vollen Erziehung“ durch Unterbringung auf einem Pflegeplatz oder in einer Einrichtung. Kontrolle der Zielerreichung von vereinbarten Maßnahmen.
- **Einleitung und Mitwirkung in gerichtlichen Verwaltungsverfahren:** Verfassen von Sozialberichten bzw. Stellungnahmen.
- **Bewilligung und Aufsicht der Kinderbetreuung:** Überprüfung von sozialarbeiterische Beurteilung der Eignung als Tagesmütter/-väter, Pflegeeltern oder Adoptiveltern; Aufsicht nach dem Kinderbetereuungsgesetz; Aufsicht über Pflegeeltern.
- **Kooperation und Vernetzung mit allen regionalen Einrichtungen der Jugendwohlfahrt:** Informationsaustausch, Kenntnisse über Leistungsangebote, Kompetenzabgrenzung und Evaluierung der Betreuungsziele.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

- **Praktikumsanleitung und Einschulung (Ausbildungsbeauftragter):**
Begleitung eines/r Studierenden mit dem Ziel, ihn/sie mit den Aufgaben und Arbeitsweisen bekannt zu machen. Einführung in die Aufgaben und sozialarbeiterischen Tätigkeiten im Fachgebiet Jugendwohlfahrt mit dem Ziel, spätestens nach 6 Monaten eigenverantwortlich tätig zu sein.
- Teilnahme an Fortbildungen, Supervisionen und Teamsitzungen in Abstimmung der Fachgebietsleitung.

4.2 Jugendalter und Familie

Die Entwicklung stellt an Kinder und Jugendliche immer neue Aufgaben und Anforderungen. Durch einzelne Entwicklungsschritte werden immer mehr Möglichkeiten wahrgenommen und mehr Selbstständigkeit wird erlangt. Durch die Familie, welche den nötigen Raum und Halt für diese Entwicklungsschritte bietet, können sie sich ausreichend entfalten. Eine stabile Familienbeziehung ist für Kinder wichtig. John Bowlbys Bindungstheorie besagt, dass die frühe Beziehung des Kindes zur Mutter eine notwendige Voraussetzung für spätere soziale Beziehungen ist (vgl. Zimbardo 1995:82). Studien von Tronick/Als/Brazelton zeigen, dass nicht nur das mütterliche und kindliche Verhalten bei einem Säugling zusammenhängen, sondern auch die Gefühle aufeinander abgestimmt sind (vgl. Tronick/Als/Brazelton 1980:3 ff, zit. in: Zimbardo 1995:67). Dies erklärt warum die Beziehung zu einer psychisch kranken Mutter eventuell anders ist als bei einer psychisch gesunden bzw. stabilen Mutter, da schon zu Beginn der Entwicklung das Kind auf die Gefühle der Mutter reagiert.

Für die Begriffe Jugend und Familie gibt es verschiedene Definitionen. Mehrere Wissenschaftsbereiche, zum Beispiel die Psychologie, beschäftigen sich damit. Die Entwicklungspsychologie definiert das Jugendalter als eine Phase innerhalb des Lebenszyklus, welche durch das Zusammenspiel biologischer, intellektueller

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

und sozialer Veränderungen zur Quelle vielfältiger Erfahrungen wird (vgl. Oerter 2002:258). Der Beginn des Jugendalters ist bei Eintreten der Geschlechtsreife gegeben, dies stellt die Abgrenzung von Kindheit und Jugend dar (ebd). Wann jedoch das Jugendalter aufhört und das Erwachsenenalter beginnt ist nicht genau definiert. Die Abgrenzung wird von Funktionsbereichen - Einstieg in das Berufsleben - Rollenübergänge und Kriterien sozialer Reife gekennzeichnet (vgl. Oerter 2002:259). Aufgrund dessen wird die Pubertät als Beginn des Jugendalters definiert und das Erwachsenenalter mit Eintritt in das Berufsleben. Nach Zimbardo (1995:104) versuchen die Jugendlichen in der Zeit des Jugendalters die Identität als Erwachsener zu formen. Dabei entstehen neue Aufgaben, wie zum Beispiel die Entwicklung einer sexuellen Identität, den Erwerb der Autonomie gegenüber Eltern und größere Identifikation mit Gleichaltrigen, sowie Entscheidungen über Beruf und Werdegang (ebd).

Die Familie ist in allen Entwicklungsphasen von Bedeutung, so auch in der Zeit des Jugendalters, denn sie bietet einen geschützten Rahmen und trägt zur Entwicklung der Jugendlichen bei. Außerdem ist die Familie die wichtigste Einflussgröße, welche die Form und den Verlauf der Sozialisation der Kinder bestimmt (vgl. Zimbardo 1995:80). Die stetige Beziehung zu einer Bezugsperson ist in den ersten 6 bis 9 Monaten wichtig, denn so kann das Kind eine Bindung aufbauen (ebd). Dies muss nicht die Mutter sein, doch eine kontinuierliche und psychisch stabile Person ist von Vorteil. Die Beziehung untereinander verändert sich im Laufe der Entwicklung immer wieder. Nach Zimbardo (1995:83) ist vor allem eine enge lebendige Beziehung zu einem Erwachsenen der erste Schritt des Kindes zu einer gesunden körperlichen Entwicklung und einer normalen Sozialisation. Außerdem ist es wichtig, dass sich die Bindung auf andere Personen ausdehnt. Oft geschieht dies automatisch, da andere Familienmitglieder vorhanden sind und sich so Beziehungen bilden.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Die Soziologie und Sozialgeschichte definiert den Begriff „Familie“ als soziale Gruppe oder spezifische Lebensgemeinschaft, deren Leistungen und Verhaltensregeln auf die Sicherung der Handlungs- und Überlebensfähigkeit ihrer Mitglieder, insbesondere der Kinder und der für sie verantwortlichen Erwachsenen ausgerichtet sind, welche in historisch jeweils unterschiedlichen Lebensräumen und Lebenssituationen leben (vgl. Meyers Lexikon 2008). Familien sind durch ein Grundmuster folgender Merkmale gekennzeichnet:

1. Die Übernahme bestimmter gesellschaftlicher Funktionen, zumindest der biologischen Reproduktion, psychischen Kompensation sowie der Sozialisation.
2. Eine Differenzierung nach Generationen (Kinder, Jugendliche, Eltern beziehungsweise Mutter und Vater, Großeltern, eventuell Urgroßeltern).
3. Ein spezifisches, auf Verantwortungsgemeinschaft gründendes Kooperations- und Solidaritätsverhältnis zwischen ihren Mitgliedern (ebd).

Auch Lidz hat 4 lebenswichtige Funktionen der Familie definiert:

1. Die elterliche Nähr- und Pflegefunktion mit der völligen Versorgung bis zur differenzierten Pflege von der Mutter, welche dem Kind anfangs hilft seinen Platz als Individuum innerhalb der Familie zu finden bis hin zur Vorbereitung und Förderung der Trennung des Kindes von der Familie am Ende der Adoleszenz. Für die kognitive Entwicklung, die gefühlsmäßige Ansprechbarkeit und das Sicherheitsgefühl sowie für die Gefühlsstabilität des Kindes sind diese Funktionen sehr wichtig.
2. Der Einfluss der dynamischen Organisation der Familie auf die Strukturierung der Persönlichkeit des Kindes. Dies bietet eine innere Struktur an, welche die Familienstruktur ersetzen kann, welches auch das „Über-Ich“ leiten kann. Wichtig ist, dass die Eltern die Elternkoalition erreichen und erhalten, damit eine richtige Abgrenzung zwischen den Generationen ermöglicht wird. Somit

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

haben sich die Eltern an die Art ihrer geschlechtsbedingten Rollen zu halten. Dies dient dazu die Bedürfnisse der Kinder zu lenken, zu ordnen und einen entsprechenden Rahmen zu gewährleisten um eine Integration der Persönlichkeit des Kindes zu erlangen. Das Identifikationsmodell und die „Über-Ich-Entwicklung“ hängen nicht nur von den Elternteilen einzeln als Individuum und wie diese auf das Kind einwirken ab, sondern auch von der Beziehung beider Elternteile zu einander.

3. Die Funktion der Übermittlung grundlegender Sozialrollen und Belehrung über die Institution der Gesellschaft bzw. die Übermittlung des Wertes, den diese beiden Größen als Maßstäbe und Richtlinien für Leben und Motivation haben.
4. Die Funktion der Übermittlung instrumentaler Mittel und Techniken der Kultur und im Besonderen der Sprache mit ihrem System von Bedeutungen und Logik, wobei auch die Art der Kategorisierung von Erfahrungen innerhalb einer Kultur ebenso wie ihre Sitten und ihr Ethos eingeschlossen sind.

(vgl. Lidz 1979:241 ff, zit. in: Baumann 2000:25)

Ein psychisch kranker Elternteil schränkt die nach Lidz geforderten lebenswichtigen Funktionen der Entwicklungschancen des Kindes wesentlich ein (vgl. Baumann 2000:26). Eine perfekte Familie gibt es nicht. „Das Kind ist ein Risiko für die Familie, und die Familie ist ein Risiko für das Kind“ (Duché 1987:8). Die Familie hat somit viele Funktionen und Aufgaben. Doch nicht jede Familie in Österreich lebt in einem gemeinsamen Haushalt. Deswegen können manche dieser Aufgaben nur teilweise erfüllt werden oder werden von anderen Personen übernommen. Nach Oerter (2002:305) hat die Familie einen immerwährenden Einfluss auf die Entwicklung der Kinder, doch im Jugendalter wird dies mit der Schule und der Peer-Gruppe geteilt ausgeführt. Deswegen ist ein Freundeskreis essentiell, welcher hilft durch Gleichheit und Souveränität die Autonomie leichter zu erreichen, da eine jeweilige Unabhängigkeit und wechselseitige Abhängigkeit

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

untereinander entsteht (vgl. Oerter 2002:310). Durch die Schule und auch Aktivitäten in der Freizeit können Jugendliche ihre Freundschaften pflegen und neue Freunde finden. Die Formen der Familienstrukturen veränderten sich im Laufe der Zeit. Angefangen von einer Großfamilie bis zur Kernfamilie, sind heute viele Formen vertreten. Die häufigste Variante ist das verheiratete Ehepaar, gefolgt von den neueren Familienformen, welche immer mehr an Bedeutung gewinnen, wie zum Beispiel die Patchwork Familie oder die Fortsetzungsfamilie (vgl. Statistik Austria 2006). Die Lebensgemeinschaften mit Kindern nehmen immer mehr zu und auch die allein erziehenden Mütter, wobei die allein erziehenden Väter immer noch eine Minderheit darstellen (ebd).

Der Erziehungsstil spielt bei der Entwicklung eines Kindes eine große Rolle. Matas/Arend/Sroufe fanden in einer Studie heraus, wenn Eltern frühzeitig sensibel auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen und sie relativ rasch erfüllen, können die Kinder während des Säuglingsalters eine stabile Bindung entwickeln (vgl. Zimbardo 1995:84, zit. in: Matas/Arend/Sroufe 1978:547 ff). Weiters fanden Martin und Stayton/Hogan/Ainsworth heraus, dass sich diese Kinder während der späteren Kindheit kooperativ verhalten (Zimbardo 1995:84, zit. in: Martin 1981 und Stayton/Hogan/Ainsworth 1971:1057 ff).

Die Entwicklung eines Menschen hat viele verschiedene Stufen und ist von ihrer Umwelt abhängig. Ein Säugling braucht eine Bezugsperson um eine Bindung aufbauen zu können und auch in den weiteren Entwicklungsschritten ist eine stetige Person von Vorteil. Doch nicht immer ist eine stetige Bezugsperson vorhanden. Denn durch Krankheit können diese Personen ausfallen und es müssen andere für diese einspringen. Bei psychisch kranken Elternteilen ist eine kontinuierliche Beziehung nicht immer vorhanden. Deshalb ist dies bei der Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen. Eine weitere Bezugsperson, welche aus dem näheren Umfeld ist und mit dem das Kind regelmäßigen Kontakt hat, ist bei Ausfällen der primären

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Bezugsperson von Vorteil. So kann für das Kind eine halbwegs stetige Beziehung gewährleistet werden.

4.3 Psychische Krankheiten

In diesem Kapitel werden die Krankheitsformen der psychisch kranken Mütter der Interviewpartner, anhand von zwei verschiedenen Klassifikationssystemen näher beschrieben. Dem ICD 10 und dem DSM IV, wobei die Krankheitsbilder vom ICD 10 detaillierter dargestellt werden. Die Krankheitsformen der 4 Mütter sind Depression (Alexander), emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Birgit), Schizophrenie (Christian) und Schuldwahn bei depressivem Zustandsbild mit einer chronischen schizoaffektiven Psychose (Daniel).

Die WHO (Weltgesundheitsorganisation) definiert den Begriff psychische Störung als eine erhebliche, krankheitswertige Abweichung vom Erleben oder Verhalten. Konkret betroffen sind die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns (vgl. WHO 2008). Die Wissenschaftsbereiche „Klinische Psychologie“ und „Psychiatrie“ beschäftigen sich primär mit den Störungen der Psyche. Im World Mental Health Report der WHO von 2001 sind ca. 25 % der Menschen zumindest einmal von einer psychischen Erkrankung betroffen. Fast 10 % der Erwachsenen leiden unter einer psychischen Störung (vgl. Jahresbericht 2006). Laut Statistik Austria (2005) waren in Österreich im Jahr 2005 125.869 Menschen in stationärer Behandlung wegen psychischer Störungen und Verhaltensstörungen. Wie aus der Tabelle ersichtlich wird sind Männer und Frauen fast gleich stark betroffen. Im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen befinden sich die Zahlen im unteren Bereich, doch sind sie nicht zu unterschätzen.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

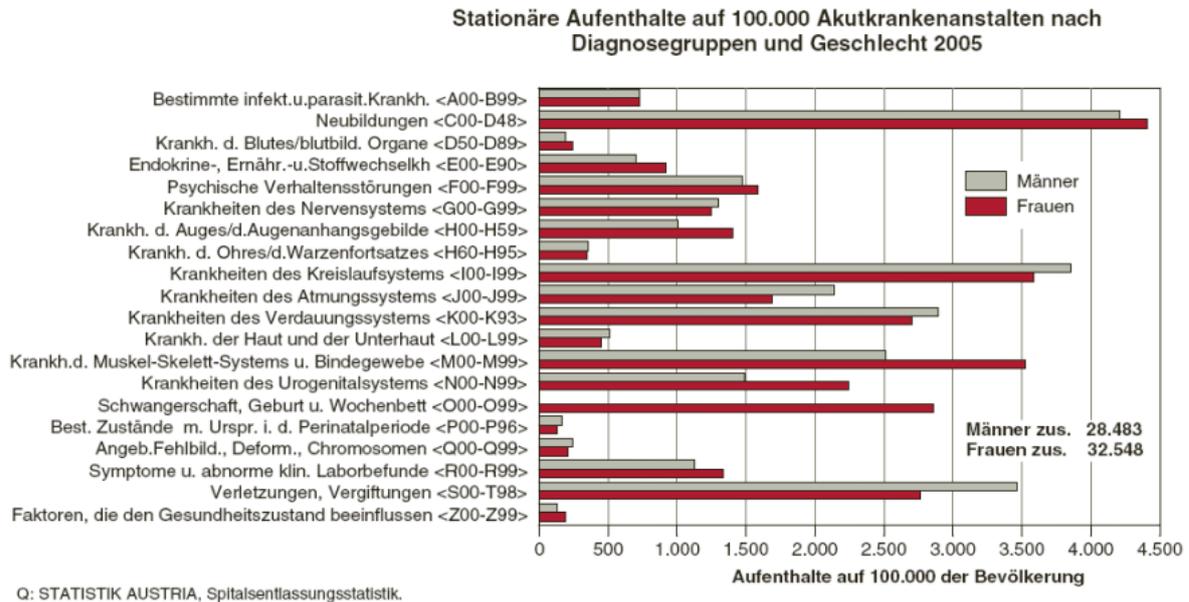


Abbildung 1: Statistik Austria, Stationäre Aufenthalte in Akutkrankenanstalten in Österreich von 2005

Psychische Erkrankungen nehmen immer mehr zu bzw. werden immer mehr in der Öffentlichkeit präsent. Durch zwei anerkannte Klassifikationssysteme, dem DSM IV und dem ICD 10, werden Richtlinien und Beschreibungen für eine psychische Erkrankung dargelegt. So können diese Erkrankungen erkannt und behandelt werden. Es ist bekannt, dass die Menschheit immer schon mit psychischen Beeinträchtigungen lebte, allerdings der Umgang mit der Krankheit ist in den Kulturen unterschiedlich. Mit der wissenschaftlichen Forschung wurden in den letzten hundert Jahren Modelle anhand von empirischen Studien vorgelegt, welche psychische Erkrankungen formulieren (vgl. Zimbardo 1995:630).

4.3.1 DSM IV

Das Klassifikationssystem DSM IV steht für die vierte Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen). Dieses nationale Klassifikationssystem wurde 1952 erstmals von der amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung veröffentlicht, welches sich an dem damaligen ICD 6 orientierte. Das DSM IV beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien als der ICD 10, zum Beispiel berücksichtigt es geschlechtsspezifische Unterschiede. 1980 wurde beim DSM III die Definition von psychischen Störungen integriert, welche von der WHO gefordert wurden. Das System beruht auf 5 Achsen:

- Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme. Hauptsächlich Zustandsstörungen, schwere mentale Fehlstörungen und Lernunfähigkeiten (zB: Schizophrenie, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle, Essstörungen).
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen (zB: Borderline, schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörungen, antisoziale Persönlichkeiten).
- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren. Diese Achse umfasst körperliche Probleme die bedeutsam für die psychische Erkrankung sein können.
- Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme.
- Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus.

Für die Achse I und II gibt es 16 diagnostische Kategorien (Störungen die in der Kindheit und Jugend auftreten; Substanzinduzierte Störungen; Schizophrene und andere psychotische Störungen; Affektive Störungen; Angststörungen; Somatoforme Störungen; Dissoziative Störungen; Sexuelle Störungen und Störungen der Geschlechtsidentität; Schlafstörungen; Essstörungen; Vorgetäuschte Störungen; Anpassungsstörungen; Störungen der Impulskontrolle;

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Persönlichkeitsstörungen; Andere klinisch relevante Probleme; Delir, Demenz und andere kognitive Störungen). Die Ausführungen in diesem Abschnitt orientieren sich am Werk von Saß (2003).

4.3.2 ICD 10

Der Abschnitt bezieht sich auf das ICD-10-GM (2008). Der ICD 10, „International Classification of Diseases“ (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), wird von der WHO herausgegeben. Das Ziel ist, die weltweite Erforschung von Morbidität und Mortalität mit einer international einheitlichen Systematik. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) übersetzt das Klassifikationssystem und gibt es heraus. Zuerst wurde 1893 die Bertillon-Klassifikation bzw. das Internationale Todesursachenverzeichnis von Jaques Bertillon erstellt. Von der WHO wurde 1948 eine Ausdehnung auf den ICD 6 vorgenommen. Seither gibt es alle 10 Jahre Revisionen des ICDs. Seit dem Frühjahr 2007 wird am ICD 11 gearbeitet. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen in Österreich führte 2001 den ICD 10 als Standard im Gesundheitssystem ein. Diese Version ist in 22 Klassen eingeteilt, welche einem 1 - 5stelligen Schlüssel zugeordnet sind. Die ersten drei Stellen ergeben eine grobe Bezeichnung der Diagnose. Psychische und Verhaltensstörungen werden im ICD 10 in der F (00-99) Klasse zusammengefasst:

- F00-F09 Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
- F10-F19 Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F30-F39 Affektive Störungen
- F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

- F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70-F79 Intelligenzminderung
- F80-F89 Entwicklungsstörungen
- F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Die Gruppe F20-29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, F30-39 Affektive Störungen und F60-69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen werden nun näher beschrieben, da die Mütter der InterviewpartnerInnen aus der eigenen Forschung dieser zugehörig sind.

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen: Die Schizophrenie gilt als das wichtigste Krankheitsbild dieser Gruppe. Die schizotype Störung, die anhaltenden wahnhaften Störungen und eine größere Gruppe akuter vorübergehender psychotischer Störungen sind in dieser Gruppe angeführt. Trotz ihrer umstrittenen Natur werden auch schizoaffektive Störungen in dieser Gruppe angeführt. Dieses Krankheitsbild weisen die Mütter von Christian und Daniel auf, welche im Kapitel 5.4.3 und 5.4.4 näher beschrieben werden.

Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquaten oder verflachten Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuelle Fähigkeit sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome. Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.

Die anhaltende wahnhaftige Störung enthält eine Reihe von Störungen, bei denen ein langandauernder Wahn das einzige, oder das am meisten ins Auge fallende klinische Charakteristikum darstellt, und die nicht als organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden können.

Die wahnhaftige Störung ist charakterisiert durch die Entwicklung eines einzelnen Wahns oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte, die im Allgemeinen lange, manchmal lebenslang, andauern. Der Inhalt des Wahns oder des Wahnsystems ist sehr unterschiedlich. Eindeutige und anhaltende akustische Halluzinationen (Stimmen), schizophrene Symptome wie Kontrollwahn oder Affektverflachung und eine eindeutige Gehirnerkrankung sind nicht mit der Diagnose vereinbar. Gelegentliche oder vorübergehende akustische Halluzinationen schließen die Diagnose besonders bei älteren Patienten nicht aus, solange diese Symptome nicht typisch schizophren erscheinen und nur einen kleinen Teil des klinischen Bildes ausmachen.

Schizoaffektive Störungen sind episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen.

Die schizoaffektive Störung, welche gegenwärtig depressiv auftritt, ist eine Störung, bei der sowohl schizophrene als auch depressive Symptome vorliegen und deshalb weder die Diagnose einer Schizophrenie noch einer depressiven Episode gerechtfertigt ist. Diese Kategorie ist sowohl für einzelne Episoden als auch für wiederkehrende Störungen zu verwenden, bei denen die Mehrzahl der Episoden schizodepressiv ist.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Affektive Störungen beinhalten Störungen mit Hauptsymptomen, welche eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität haben. Dies kann sich entweder in Form einer Depression mit oder ohne begleitender Angst, oder in gehobener Stimmung äußern. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen darauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.

Die depressive Episode kann in die leichte, mittelgradige oder schwere Episode eingeteilt werden. Der/die betroffene Patient/in leidet unter gedrückter Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung ändert sich wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten somatischen Symptomen begleitet werden, wie Interessensverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitsverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust.

Die Mutter von Alexander leidet unter dieser Störung, näher beschrieben wird dies im Kapitel 5.4.1.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen enthalten eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Entwicklung, während andere erst später im Leben erworben werden. Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen, die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen und die Persönlichkeitsänderungen sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betroffenen Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung ist eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen können unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle; und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen.

Dieses Krankheitsbild weist die Mutter von Birgit, welches im Kapitel 5.4.2 genauer erörtert wird, auf.

4.4 Forschungsstand von Kindern psychisch kranker

Elternteilen

Die bisherigen Forschungen zu dem Thema „Kinder psychisch kranker Elternteilen“ beziehen sich auf die Erwachsenenpsychiatrie, welche teilweise im Zusammenhang mit der Jugendhilfe und dem juristischen Bereich stehen. Die deutschsprachige Literatur ist hauptsächlich aus Deutschland und der Schweiz. In Österreich sind noch nicht all zu viele Forschungen getätigt worden, doch es besteht eine Nachfrage zu dem Thema. Die Studien (Lenz 2005, Schone/Wagenblaus 2006, Renschmidt/Mattejat 1994) behandeln großteils psychisch kranke Mütter und deren Kinder.

Studien über Väter gibt es kaum, da davon ausgegangen wird, dass sich eine mütterliche Erkrankung gravierender auf die kindliche Entwicklung auswirkt. Einerseits ist die Hauptbezugsperson von Kleinkindern oft die Kindesmutter, aufgrund der Nähe und Beziehung zueinander geht man davon aus, dass die mütterliche Erkrankung sich auf die kindliche Entwicklung auswirkt. Andererseits nehmen psychische Erkrankungen bei Frauen immer mehr zu (vgl. Kapitel 2). Auch in der eigenen Forschung (vgl. Kapitel 5) sind in allen 4 Fällen die Mütter psychisch erkrankt. Dies wurde nicht bewusst gewählt. In der niederösterreichischen Jugendwohlfahrt, im Besonderen der Bezirk in dem die Forschung durchgeführt wurde, sind die zuständigen SozialarbeiterInnen auf diese Thematik aufmerksam geworden und haben einen Zuwachs an psychischen Erkrankungen von Müttern wahrgenommen. Als mögliche Interviewpartner stand eine Familie zur Auswahl, in der der Vater psychisch krank ist. Aufgrund des Alters der Kinder wurde diese Familie nicht als Interviewpartner gewählt, da bewusst Jugendliche im Alter zwischen 13 bis 18 Jahren gewählt wurden. Laut Statistik Austria (2008) gibt es in Österreich 44.000 allein erziehende Väter, im Gegensatz dazu 258.000 allein erziehende Mütter. Diese Zahlen zeigen, dass deutlich mehr Mütter die Bezugsperson der Kinder sind. Anzunehmen ist deshalb, dass die Forschung sich

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

mehrheitlich mit Müttern beschäftigt, da dies eine größere Gruppe von Betroffenen darstellt.

Neben all den Studien zeigte sich, dass psychisch kranke Eltern keine Randgruppe darstellen (vgl. Lenz 2005:33). Nach Schone und Wagenblass (2006:19) ist die psychische Erkrankung eines Elternteiles, welche die primäre Bezugsperson des Kindes ist, eine nachhaltige Beeinflussung der Entwicklung des Kindes. „Erste empirische Studien zum Thema psychisch kranker Eltern sind hingegen in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts durchgeführt worden“ (Lenz 2008:7). Dies zeigt, dass sich dieser Thematik schon länger angenommen wurde, doch für einige Zeit gelang sie in Vergessenheit und erreicht in der heutigen Zeit wieder neuen Aufschwung.

Nach Lenz (2005:13) ist die Forschung aus diesem Bereich in drei Forschungstraditionen einzuteilen. Einerseits die Risikoforschung (high-risk-Forschung), die Resilienz- und Bewältigungsforschung sowie die Vulnabilitätsforschung.

Risikoforschung	Ziel ist es, Gruppen mit einem hohem Erkrankungsrisiko genauer zu beschreiben und durch welche Merkmale sie sich von den anderen Vergleichsgruppen unterscheidet.
Resilienz- und Bewältigungsforschung	Ziel ist die Erforschung der Personen, welche trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben und sich von den Störungen erholen können, mit jenen Personen zu vergleichen die anfällig für solche Störungen sind.
Vulnabilitätsforschung	Ziel ist es, Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen zu erforschen, welche anhand der Identifizierung von Frühsymptomen bzw. Vorläufersymptomen von psychischen Erkrankungen auf scheinen.

Tabelle 1: Forschungstraditionen

4.4.1 Familie und psychische Erkrankung

Neben den Vorurteilen der Gesellschaft gegenüber psychischen Erkrankungen haben sich die Kinder eines psychisch erkrankten Elternteiles auch mit der Wahrscheinlichkeit auseinander zu setzen, selbst psychisch zu erkranken. Denn die Wahrscheinlichkeit ebenfalls an einer solchen zu erkranken ist relativ hoch. Einerseits ergibt sich dies aus den erblichen, und andererseits aus den psychosozialen Belastungsfaktoren. Dies zeigten Forschungen im Bereich der Risikoforschung. Der genetische Faktor spielt eine große Rolle für eine hohe Rate an psychischen Störungen bei diesen Kindern (vgl. Lenz 2005:13). Jedoch nicht nur die genetischen Faktoren sind ausschlaggebend, auch der individuelle und psychosoziale Faktor spielt bei der Transmission psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle (Wüthrich/Mattejat/Remschmidt 1997, zit. in: Lenz 2005:14). Durch viele verschiedene Faktoren, welche unterschiedlich auf die Kinder einwirken, können diese die Krankheit auslösen oder verstärken. Doch auch ein Kind mit gesunden Eltern hat ein Erkrankungsrisiko, welches durch Vernachlässigung oder ausgeprägter Vorbilder von Irrationalität oder Verformung der Vorstellungswelt der Eltern ausgelöst werden kann (vgl. Lenz 2005:17).

Das schematische Modell (vgl. Abbildung 2) zeigt die Ätiologie und den Verlauf psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen von psychisch kranken Elternteilen und wird nun näher beschrieben. Dabei stützt sich die Beschreibung ausschließlich auf Seidl (2008:10 ff).

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

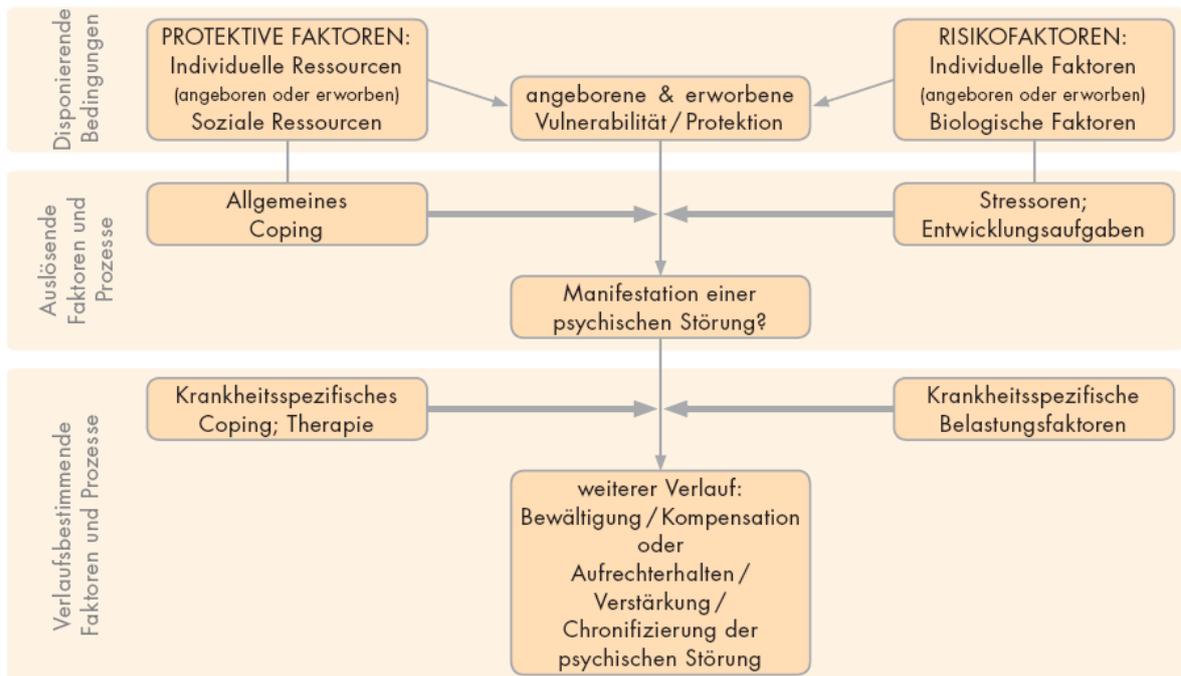


Abbildung 2: Krankheitsverlauf bei Kindern

Generell ist zu sagen, in welchem Schweregrad eine Krankheit bei einem Menschen auftritt hängt zum einen von den schützenden Faktoren und Ressourcen im Leben eines Menschen ab und zum anderen davon, welchen Risikofaktoren er ausgesetzt ist. Außerdem beeinflussen Bewältigungsmechanismen (Coping) und Stressoren den Verlauf einer psychischen Krankheit. **Protektive (schützende) Faktoren** bestimmen die Vulnerabilität eines Menschen. Dies sind:

- ein günstiges Temperament (easy baby): ist angeboren bzw. wird während der Schwangerschaft konstituiert
- erworbene Faktoren: gute, intensive, verlässliche Betreuung sowie Bindungssicherheit
- soziale Ressourcen: Angebote aus der Umgebung, Pflege, Förderung

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Die **Risikofaktoren** können sein:

- ungünstiges Temperament (difficult child¹, slow to warm up child²)
- biologische Faktoren: Geburtskomplikationen, medizinische Komplikationen

Viele Risikofaktoren bedingen eine hohe Verletzbarkeit, viele schützende Faktoren eine niedrige Vulernabilität. In der Beratung und Begleitung von Familien kann man schützende Faktoren verstärken und Risikofaktoren minimieren.

Allgemeines Coping ist unsere Bewältigungsstrategie und unsere Fähigkeit Schwierigkeiten zu meistern. Unter **Stressoren** verstehen wir unsere Entwicklungsaufgaben, welche biologisch vorgegeben sind. Wir brauchen also Stressoren (gesunder Stress). Wenn die Risikofaktoren und die Stressoren allerdings sehr hoch sind, hingegen die schützenden Faktoren und das Coping niedrig, kann sich eine psychische Störung manifestieren. Wenn eine psychisch kranke Mutter also gute Copingmechanismen und Ressourcen hat, um mit ihrer Störung fertig zu werden, muss eine Fremdunterbringung nicht zwangsläufig eine Konsequenz sein. Die Gesundheit eines Menschen kann man nicht unabhängig von seinem Leben sehen. Man muss immer auch die protektiven Faktoren und nicht nur die Risikofaktoren sehen. Der Behandlungsansatz muss ein ganzheitlicher sein.

Der weitere Verlauf einer psychischen Krankheit wird aber auch wesentlich beeinflusst von den **krankheitsspezifischen Belastungsfaktoren** (zB Jobverlust, Stigmatisierung, Kindesabnahme etc.) und dem **krankheitsspezifischen**

¹Difficult child (= schwieriges Kind) ist gekennzeichnet durch Unregelmäßigkeit biologischer Funktionen, Vermeidungsreaktionen angesichts neuer Menschen und Situationen, langsames Anpassungsvermögen an Veränderungen, hohe Intensität von Reaktionen und eine vorwiegend negative Stimmungslage.

²Slow to warm up child (= langsam auftauendes Kind) reagiert auf neue Situationen und Menschen mit Vermeidung und passt sich nur gemächlich an diese an. Im Gegensatz zum schwierigen Kind sind die Reaktionen dieser Kinder gemäßiger, weniger heftig, das Aktivitätsniveau ist niedrig und die Tendenz zu unregelmäßigen Ess- und Schlafgewohnheiten ist weniger ausgeprägt als beim schwierigen Kind.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Coping/Therapie (zB wie kann eine psychotische Mutter Hilfe annehmen?). Das Risiko der Chronifizierung ist hoch, wenn wenig Coping zur Verfügung steht.

Genetische Studien gehen davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung bei Kindern eines schizophrenen Elternteiles 10 bis 15 % beträgt und wenn beide Elternteile erkrankt sind, sogar 40 %. Die Kinder psychotischer Eltern haben weiters auch ein deutlich erhöhtes Risiko, an anderen psychischen Störungen zu erkranken. Sozialpsychiatrische und familientheoretische Untersuchungen sehen einen Risikofaktor für psychische Dekompensation durch Personenverluste und Trennungen. Aber auch die pathologische Kommunikation, im Sinne eines „Aneinander-Vorbeiredens“, sowie verwirrende und nicht einschätzbare Emotionen (high expressed emotions) begünstigen nach diesen Studien die Entstehung einer Psychose. Ob nun jemand an Schizophrenie erkrankt oder nicht, ist nicht dem Zufall überlassen, sondern aus der individuellen Lebensgeschichte eines Menschen erklärbar. Ein Schizophrenie-Gen gibt es nicht. Erbliche Faktoren sind zwar bedeutsam, erklären aber nicht allein die Manifestation einer Psychose (Seidl 2008:10 ff).

Wie soeben erwähnt, sind nicht nur die genetischen Faktoren ausschlaggebend, sondern auch Belastungs- und Stressfaktoren, welche krankheitsbedingt auftreten. „Gerade psychische Erkrankungen können zu einem besonderen Belastungs- und Stressfaktor für Familien werden und zu erheblichen lebenswichtigen Veränderungen bei allen Beteiligten führen“ (Schone/Wagenblass 2006:12). Neben all diesen Faktoren sind nach Lenz (2005:15) auch die psychosozialen Risikofaktoren zu erwähnen:

- eheliche Konflikte.
- familiäre Disharmonien.
- Störung in der Eltern-Kind Beziehung.
- inadäquate soziale Unterstützung.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

- soziale Isolation.
- eingeschränkte, objektive Lebensbedingungen (zB: Armut, finanzielle Probleme, enge Wohnverhältnisse).

All diese Faktoren können zu einer höheren Belastung für die Kinder führen. Eine depressive Erkrankung eines Elternteiles führt häufig zu einem nicht angemessenen außerfamiliären sozialen Netzwerk, in dem Verwandte, Freunde, Bekannte, Nachbarn und Arbeitskollegen fehlen (vgl. Lenz 2005:15). Aufgrund des Rückzuges wird die Krankheit immer mehr verheimlicht und es kommt zu einer Isolation der Betroffenen. Ist ein Partner vorhanden, so ist es für diesen schwer das soziale Netzwerk aufrecht zu erhalten, da ein Erklärungsbedarf für das Fehlen des erkrankten Partners immer verlangt wird. Eine Aufklärung über die Erkrankung würde eine große Erleichterung für den erkrankten Elternteil, den Partner sowie für das soziale Netzwerk bringen. Außerdem könnte dadurch mehr Akzeptanz der Krankheit gegenüber erbracht werden, woraus eine Hilfestellung aus dem vorhandenen sozialen Netzwerk entstehen sollte. Die Elternbeziehung besteht aus engen Wechselwirkungen zwischen der depressiven Erkrankung und den ehelichen Konflikten (vgl. Lenz 2005:15). Bei Ehepaaren, in denen ein Partner depressiv ist, ist die Scheidungsrate höher, als bei gesunden Paaren. Deswegen ist es wichtig, dass die Paarbeziehung stabil ist, denn ein stabiles Familienklima wirkt sich positiv auf die Entwicklungsbedingung des Kindes aus (ebd). Dies erweist sich für den gesunden Partner oft als sehr schwierig. Jede Art einer Erkrankung ist eine große Herausforderung für eine Partnerschaft. Sind Kinder da, ist die Situation umso schwieriger und fordert Durchhaltevermögen sowie große Akzeptanz der Krankheit gegenüber. Durch ein stabiles Familienklima wird dem Kind Sicherheit und Geborgenheit vermittelt, wobei in konfliktbehafteten Elternbeziehungen Angst, Unsicherheit und Loyalitätskonflikte bei den Kindern hervorgerufen werden. Letzteres kommt sehr häufig in diesen Beziehungen vor und endet oft mit Trennungen.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Ist die psychische Erkrankung des Elternteiles von immer wieder kehrenden Klinikaufenthalten gekennzeichnet, dann kommt es für die Kinder zu wiederholten Trennungen und Beziehungsabbrüchen. Auch die Paarbeziehung leidet darunter und dies führt zu einer zusätzlichen Belastung für die Kinder und auch für den erkrankten Elternteil (vgl. Homeier 2007:115). So kann es dazu kommen, dass sich die Eltern trennen und der Kontakt zu dem anderen Elternteil, meist ist dies der Vater, weniger wird und dieser nicht im Leben des Kindes integriert ist (ebd). Der Kontakt sollte natürlich zu dem anderen Elternteil nicht verboten werden, denn es ist wichtig, dass dieser regelmäßig stattfindet. So stellt die Erkrankung bei allein erziehenden Müttern oder Vätern eine große Herausforderung dar, denn sie wollen einerseits für ihre Kinder da sein und ihnen ein Leben ohne Störungen bieten, können dies aufgrund ihrer Erkrankung aber nicht immer gewährleisten. Deshalb fühlen sich erkrankte Elternteile in Akutkrisen, ob nun getrennt lebend oder in einer Partnerschaft, mit den Erziehungsaufgaben überfordert und schämen sich für die Nichterfüllung ihrer Elternrolle und eventuell die der Partnerrolle (vgl. Schone/Wagenblaus 2006:13). Hinzu kommt, dass allein erziehende Elternteile Angst davor haben, dass ihnen aufgrund ihrer Erkrankung die Kinder weggenommen werden. Deshalb versuchen sie die Krankheit oder Krise zu tabuisieren.

Ist die Partnerschaft der Eltern intakt, so ist meist der gesunde Partner Hilfe und Beistand für die Kinder. Aufgrund der Erkrankung eines Elternteiles muss der gesunde Partner alle kompensierenden Funktionen in der Familie übernehmen, wie die Erwerbstätigkeit, die Betreuung der Kinder und des Partners, sowie die Führung des Haushaltes. Eine Überforderung ist nahe liegend und die Kinder bekommen zu wenig Aufmerksamkeit und müssen ihre Bedürfnisse zurück stecken (vgl. Homeier 2007:115). Mit Hilfe eines guten sozialen Umfeldes kann dem entgegen gewirkt werden, indem auch professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird (ebd). Kinder brauchen eine Bezugsperson im familiären Umfeld und im

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

psychosozialen Netzwerk, welche verlässlich ist und ihnen Sicherheit bietet (vgl. Homeier 2007:116). „Außerdem wollen Kinder in ihrem Erleben und ihren Sorgen ernst genommen werden und brauchen Bestätigung.“ (ebd).

Doch nicht immer gelingt dies und die Kinder reagieren oft wütend auf die Erkrankung der Eltern, da diese viel Raum und Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt und ihre eigenen Bedürfnisse nicht wahrgenommen werden (vgl. Homeier 2007:117). Die Kinder können ihre Wut nicht ausleben, da sie ja ihre Eltern lieben und Rücksicht auf sie nehmen. Es ist notwendig, dass die Kinder ihre Gefühle bei einer Person ausleben können, welche ihnen das Gefühl gibt verstanden zu werden und ihr Erleben akzeptiert (ebd).

Schone und Wagenblass (2006:14) erwähnen eine Studie von 1994 am Universitätskrankenhaus Eppendorf vom Hamburger Arbeitskreis „Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“ über die psychosoziale Versorgung von Familien psychisch kranker Eltern.

- Die Benachteiligung der Kinder beginnt vor der Geburt, da die werdenden Mütter, wegen der Angst und Scham über ihre Krankheit, wichtige Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrnehmen und so häufiger Risikoschwangerschaften, Fehl- und Frühgeburten und perinatale Komplikationen auftreten.
- Die Eltern sind nach der Geburt oftmals auf sich allein gestellt und aufgrund einer Fehlentwicklung oder einer Entwicklungsverzögerung des Kindes erlangen sie mehr Aufmerksamkeit.
- Die Familien leben oft unter schlechten sozialen Bedingungen und können die Unterstützungsangebote nicht nutzen.
- Die Kinder erleben schon frühzeitig Beziehungsabbrüche oder erleben realitätsverzerrend oder atmosphärisch hochgradig bedrückende Beziehungen. Dies beeinträchtigt und prägt die eigene psychische Entwicklung.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

- Ältere Kinder und Jugendliche sehen sich dem psychischen Elend der Eltern als Verantwortliche hilflos gegenüber. Dies führt zu einer Überforderung und dem Gefühl allein gelassen zu sein. Eine soziale Isolierung ist die Folge, sie sind nicht in der Lage die Angebote der Jugendhilfe wahrzunehmen. Die Umgebung sieht diese Kinder und Jugendlichen als stabilisierenden Faktor für die Elternteile. Die Überforderung und Gefährdung wird nicht erkannt.

(vgl. Schone/Wagenblass 2006:14)

Zu bedenken ist, dass betroffene Kinder eine andere Wahrnehmung vor Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule ihrer Situation haben, da sie ihre Sichtweise des Systems Familie nur so kennen und wenige oder gar keine Vergleichswerte zur Verfügung haben. Das Alter und das Geschlecht des Kindes spielen eine wesentliche Rolle für das Risiko einer Erkrankung. Dies lässt sich anhand der Reaktionen der Kinder, welche von den Entwicklungsstadien abhängig sind, feststellen. Der Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Störung wird mit zunehmendem Alter enger (vgl. Lenz 2005:16).

Homeier (2007:113) meint, dass sich die elterliche psychische Erkrankung auf ein Kind unterschiedlich auswirkt und von verschiedenen Faktoren abhängig ist:

- individuelle Krankheitssymptome des Elternteiles.
- inwieweit der Erkrankte dem Kind noch als zuverlässige Bezugsperson zur Verfügung stehen kann.
- wie lange das Kind den Belastungen ausgesetzt ist.
- das Alter des Kindes.
- das Helfersystem, welches die Familie unterstützt.

Nach Homeier (2007:113) ist es für die Kinder nicht einfach sich jemandem anzuvertrauen und über die elterliche Erkrankung zu sprechen. Dies hat mit der Tabuisierung innerhalb der Familie zu tun, denn oft sind es die Schamgefühle oder

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

aber die Unkenntnis über die Krankheit, welche die Kinder dazu veranlassen sich niemandem an zu vertrauen. Doch es ist wichtig, dass die Kinder ihre Fragen stellen können um ein besseres Verständnis über die Krankheit zu erlangen. Die Kinder befinden sich in einem Loyalitätskonflikt. Die Angst vor der Reaktion, wenn sie sich doch jemandem anvertraut haben, verhindert wichtige Gespräche. Durch Aufklärung über die Krankheit nimmt man den Kindern die Angst, denn sie machen sich ihre eigenen Phantasien und Gedanken darüber (Homeier 2007:114). Nach Lenz (2005:17) ist es für diese Kinder wichtig, dass der Umgang mit der Krankheit ausreichend vorhanden ist, da sie für die Entwicklung des Kindes erforderlich ist. Eine akzeptierende Haltung der Umwelt der Krankheit gegenüber, sowie eine aktive Auseinandersetzung mit der Situation, und den Konsequenzen, sind für die Betroffenen von Vorteil. Dadurch wird einer Überforderung entgegen gewirkt. Außerdem bedarf es einer lebenspraktischen familiären Organisation und Aufgabenverteilung, welche die Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk betreffen, die Anpassung der beruflichen bzw. schulischen Situation an die Erkrankung, die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie und anderen medizinisch-therapeutischen Bereichen und der Jugendhilfe zur Bewältigung der Krankheit (vgl. Lenz 2005:183). Denn der Umfang und die Qualität des sozialen Netzwerkes in welches das Kind integriert ist, haben maßgebenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Das soziale Netzwerk kann soziale Unterstützung leisten, ausgeführt von Familienmitgliedern, Verwandten, außen stehenden Personen, wie LehrerInnen, ErzieherInnen, Freunden/Freundinnen und Schulkameraden/Schulkameradinnen. Diese Personen können Sicherheit und Rückhalt sowie einen Puffer in Krisensituationen bieten. Zusätzlich wird das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppe vermittelt. Dies trägt zu einer Problemreduzierung bei und ist ein Modell für ein aktives und konstruktives Bewältigungsverhalten.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Nach Lenz (2005:19) zeigen resiliente Kinder und Jugendliche ein ausgeprägtes Bewältigungsverhalten auf. Durch:

- aktive, problemorientierte Strategien.
- eine direkte Auseinandersetzung mit den Problemen, wenig Neigung zur Verleugnung oder Verzerrung von Realitäten.
- die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Bewältigungsstrategien zu wählen und diese je nach Ziel, emotionaler Belastung oder vorhandener Unterstützung flexibel einsetzen zu können.
- die Fähigkeit, ein hilfreiches soziales Netzwerk auf zu bauen und dieses zur eigenen Unterstützung heran zu ziehen.

Antonovsky (1997) meint, dass mit einem hohen Kohärenzgefühl Kinder, aber auch Erwachsene, mit der notwendigen Flexibilität je nach Situation die geeignete Bewältigungsstrategie wählen können. Ist dieses Gefühl nur gering ausgeprägt, so werden Anforderungen starr und rigide beantwortet, da weniger Widerstandsressourcen zur Bewältigung wahrgenommen werden und zur Verfügung stehen. Das Kohärenzgefühl wird von sozialen Gegebenheiten geprägt. Durch wiederholte konsistente Erfahrungen, die Einfluss- bzw. Gestaltungsmöglichkeiten und die Balance von Über- und Unterforderung ergeben ein starkes Kohärenzgefühl, wobei ein schwaches Kohärenzgefühl durch Erfahrungen von Unvorhersehbarkeit, Unkontrollierbarkeit und Unsicherheit ausgelöst wird (vgl. Antonovsky 1997).

4.4.2 Reaktionen der Kinder

Aufgrund der gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen und den zum Teil vorherrschenden Diskriminierungen und Abwertungen, sind die betroffenen Kinder bei Gleichaltrigen nicht so gut integriert und nehmen oft eine Außenseiterrolle ein, vor allem wenn die Familie sozial isoliert lebt (vgl. Homeier

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

2007:119). Nach Homeier (2007:113) haben Kinder von psychisch kranken Eltern ein Schamgefühl sowie Unkenntnis gegenüber der Erkrankung, welches oft zur Geheimhaltung der Krankheit führt. Daraus entwickelt sich ein Loyalitätskonflikt, da ihnen verboten wird, darüber zu sprechen (ebd). Dieses Problem sollte von vertrauensvollen Personen angesprochen werden. Diese können versuchen sie mit anderen Kindern, welche eine ähnliche Situation erleben, bekannt zu machen und sie zu unterstützen neue Freundschaften zu knüpfen. Von Vorteil ist auch der Austausch von betroffenen Kindern (vgl. Homeier 2007:120). Welche Angebote für Kinder vorhanden sind wird im Kapitel 4.5 näher erläutert.

Homeier (2007:114) erwähnt, dass es nach Schone und Wagenblass (2006) 4 Hürden zu überwinden gibt, um die psychische Krankheit zu enttabuisieren. Ausgangspunkt dieser 4 Hürden ist die Kooperation des erkrankten Elternteiles. Oft ist eine Krankheitseinsicht nicht vorhanden und somit fällt eine Zusammenarbeit schwer. Kommt es zu einer Kooperationsbereitschaft des erkrankten Elternteiles so können diese 4 Hürden überwunden werden.

1. Der erkrankte Elternteil muss sich zu seiner Erkrankung bekennen und bereit sein zur Aussage: "Ich bin psychisch krank."
2. Die Eltern brauchen die Bereitschaft, die Kinder über die Erkrankung aufzuklären.
3. Das Gebot der Geheimhaltung ist aufzuheben und die Kinder dürfen mit anderen Personen darüber reden und sich eventuell Hilfe und Unterstützung holen.
4. Die gesellschaftlichen Vorurteile zu überwinden und öffentlich Stellung zu beziehen.

Dies in die Praxis umzusetzen gelingt durch folgende Punkte:

- Für die betroffenen Kinder sollte ein Gesprächspartner gefunden werden an den sie sich bei Fragen, Ängsten oder Sorgen vertrauensvoll wenden können.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

- Durch Gespräche mit Fachleuten alleine oder in einer Gruppe können die Kinder direkt ihre Fragen stellen.
- Der betroffene Elternteil hat die Aufgabe, nach Überwindung der 4 Hürden selbst professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Neben all diesen Faktoren gibt es nach Mattejat (1996:22 ff) unmittelbare Probleme und Folgeprobleme für die Kinder. Die unmittelbaren Probleme leiten sich direkt aus dem Erleben der Krankheit der Eltern ab. Die Folgeprobleme, als Folge solcher familiärer Verwerfungen.

Unmittelbare Probleme	Folgeprobleme
Desorientierung	Betreuungsdefizit
Schuldgefühle	Zusatzbelastung
Tabuisierung (Kommunikationsverbot)	Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung)
Isolierung	Abwertungserlebnisse
	Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie
	Loyalitätskonflikte nach außen

Tabelle 2: Unmittelbare Probleme und Folgeprobleme

Bei den unmittelbaren Problemen ist die **Desorientierung** ein Problem, bei dem die Kinder die Krankheitssymptome und Probleme der Eltern nicht verstehen und einordnen können. **Schuldgefühle** werden bei den Kindern ausgelöst, da sie sich verantwortlich an den psychischen Problemen der Eltern machen und die Krankheit eine Folge ihres Verhaltens gegenüber den Eltern ist. Bei der **Tabuisierung (Kommunikationsverbot)** haben Kinder oft den Eindruck, dass sie über die Probleme in der Familie nicht sprechen dürfen und dass die Krankheit ein Familiengeheimnis ist.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Als Folge kommt es zur **Isolierung** und die Kinder wissen nicht, an wen sie sich mit den Problemen, die sie mit der Krankheit der Eltern haben, wenden können.

Die Folgeprobleme werden durch die soziale Situation hervorgerufen. Durch ein **Betreuungsdefizit**, welches durch die Überforderung der Eltern entsteht, kommt es zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder. Dabei mangelt es an elterlicher Führung bzw. Anleitung bei der Bewältigung des Alltags. **Zusatzbelastungen** treten für die Kinder auf, da sie nun ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen müssen und zusätzliche Aufgaben in der Familie übernehmen müssen, welche von den Eltern krankheitsbedingt nicht ausgeführt werden können. Dies führt zu einer **Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung)**, denn die Kinder fühlen sich den Eltern gegenüber verantwortlich und übernehmen teilweise elterliche Funktionen, welche sie oft überfordern. Bei Mehrkindfamilien übernehmen dies meist die älteren Geschwister. Anhand von **Abwertungserlebnissen** erfahren die Kinder, dass sie vom sozialen Umfeld aufgrund der psychischen Erkrankung ihrer Eltern abgewertet werden. Bei den **Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie** erleben sie häufig Konflikte in die sie hineingezogen werden und es führt dazu, dass sich die Kinder für einen Elternteil entscheiden müssen. Hinzu kommen die **Loyalitätskonflikte nach außen**, da sie sich gegenüber ihren Freunden und Bekannten für ihre Eltern schämen, dabei kommt es zu einem Wechselspiel von Loyalität und Distanzierung gegenüber der Familie.

Sind Geschwister in der Familie, so versuchen vor allem die älteren Kinder den Ausfall der elterlichen Pflichten, welche von der Krankheit ausgelöst werden, durch Übernahme von Verantwortung zu kompensieren. Abhängig vom Alter der Geschwister übernehmen diese Teile der Haushaltspflichten. Sie versuchen den Klinikaufenthalt zu verhindern indem sie die Aufgaben übernehmen und stellen somit ihre eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund (vgl. Homeier 2007:120).

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Die Unwissenheit über die Erkrankung und die Tabuisierung führen zu diesem Verhalten, welches nicht kindgerecht ist. Auch glauben manche Kinder, dass sie verantwortlich dafür sind, dass es der Mutter oder dem Vater schlechter geht (ebd). Durch Aufklärung über die Erkrankung kann dem entgegengewirkt werden.

Remschmidt und Mattejat (1994:13) haben in einer Studie über Folgen für Kinder von Eltern mit chronischen psychischen Erkrankungen herausgefunden, dass, wenn ein Elternteil erkrankt ist, sich häufig deutliche Auswirkungen auf die Kinder ergeben. Zu diesen zählen Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Störungen und die Entstehung gleichartiger Erkrankungen. Diese psychischen Erkrankungen stehen im Zusammenhang mit einer starken Belastung der Familie, die ein Auseinanderfallen mit sich bringen kann (ebd). Die Erkrankung selbst hat zusätzlich eine finanzielle Auswirkung auf die Familie (ebd). Dies kann mit einer Analyse des jeweiligen Kontextes beantwortet werden (ebd):

- Je intensiver die Kinder in die Symptomatik des kranken Elternteiles einbezogen werden, umso schwerwiegender sind die Auswirkungen auf die Kinder.
- Vor allem jüngere Kinder sind besonders stark gefährdet.
- Die Auswirkung der elterlichen Erkrankung ist davon abhängig, ob ein Elternteil gesund und in der Lage ist, eine kompensatorische Funktion zu übernehmen.
- Sind beide Elternteile psychiatrisch erkrankt, so sind diese Kinder am ehesten gefährdet, da keine Kompensation des gesunden Elternteiles stattfinden kann.
- Kommt es zu einer Trennung aufgrund der Erkrankung eines oder beider Elternteile, so sind die Kinder ebenfalls in besonderer Weise gefährdet.

Nach Mattejat (1996:23) reagieren Kinder unterschiedlich auf die Probleme, welche sich aufgrund der Erkrankung ihrer Eltern ergeben. Einerseits ziehen

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

sie sich von der Außenwelt zurück und werden still und in sich gekehrt. Dieses Verhalten ist eine nach innen gekehrte Konfliktbearbeitung. Sie scheinen nach außen unauffällig, werden aber tief in die Isolation gedrängt. Andererseits können sie aggressiv werden oder sonstige Verhaltensauffälligkeiten zu Tage legen. Diese Reaktionsform lässt den Kindergarten, die Schule oder die Jugendhilfe aufmerksam werden, Problemlagen werden erkannt und diese Institutionen sind gefordert Hilfestellung zu bieten.

Wie Untersuchungen zeigten hat die Parentifizierung einerseits einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl der Kinder und ihre gesamte Entwicklung (Jurkovic 1997, zit. in: Lenz 2008:30). Denn sie lernen soziale Fertigkeiten, Verantwortungsübernahme, Fürsorglichkeit und Empathie (ebd). Doch mit der Übernahme der Elternrolle geht die Kindheit verloren (vgl. Lenz 2008:30). Die Folgen sind, dass die Kinder depressiv, ernst, pseudofrühreif und überverantwortlich wirken (ebd). „Zugleich leiden sie häufig unter Schuldgefühlen und haben ständig das Gefühl, nicht genug getan zu haben“ (Elkind 1981, zit. in: Lenz 2008:30). Die Folgen, der Parentifizierung sind emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten (Jones/Wells 1996:145 ff, zit. in: Lenz 2008:30). Weiters zu nennen sind Kontaktprobleme, soziale Ängste und Leistungsprobleme, aber auch ein zwanghaftes Erfolgs- und Perfektionsstreben, welches sich durch herausragende schulische und/oder außerschulische Leistungen äußert (Lenz 2008:30). Die Langzeitfolgen erstrecken sich über Depressivität, einem fragilen Selbstwertgefühl, Ablösungs- und Identitätsproblemen bis zu suizidalem Verhalten (Jurkovic 1997, zit. in: Lenz 2008:30). Ein stabiles Elternhaus und der regelmäßige Austausch mit Gleichaltrigen, aber auch mit Erwachsenen, helfen, ein besseres Verständnis für die Erkrankung der Eltern zu erlangen und den Symptomen entgegen zu wirken.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Kinder von schizophrenen Eltern haben laut Baumann (2000:54) Anpassungsprobleme in der Schule, welche sich durch folgende Punkte zeigen:

- Aggressivität.
- wiederholte Ausbrüche gegenüber Eltern, Kindern und LehrerInnen.
- emotionale Verflachung und Gleichgültigkeit.
- Zerstreuung.
- Aufregbarkeit.
- emotionale Instabilität.
- Oppositionismus.
- Hyperaktivität oder Mangel an Initiative und Interesse, sowie
- Disziplinlosigkeit.

Ebenso werden nach Baumann (2000:54) die Schulleistung und das Sozialverhalten von Kindern affektiv kranker Eltern schlechter eingeschätzt, als bei Kontrollkindern gesunder Eltern. Serbanescu (1993, zit. in: Baumann 2000:54) nimmt an, dass die Ursache schlechter Schulleistungen und Sozialanpassungen auf psychische Auffälligkeiten wie Aufmerksamkeitsstörungen und emotionale Schwierigkeiten, Hemmungen, Sozialängste, Instabilität, übertriebenem Egozentrismus, erhöhten Introversionen oder Extraversionen, und der schwierigen Kontrolle über Triebe, die auf Intoleranz, Frustration und Aggressivität zurück zu führen sind. In der Adoleszenz kommt es zur Ausbildung der eigenen Identität und zur Ablösung vom Elternhaus (vgl. Kapitel 4.2). Dies bedeutet für die Jugendlichen eine erhöhte Leistungsanforderung sowie vielfältige außerfamiliäre Kontakte (vgl. Gundelfinger 1995, zit. in: Baumann 2000:55). Für Kinder von psychisch kranken Elternteilen stellt dies eine besondere Herausforderung dar, da entweder keine Kontakte vorhanden sind bzw. die Jugendlichen die Krankheit mittlerweile erfassen

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

können und die Hintergründe dazu besser verstehen. Wurde bis zu diesem Zeitpunkt keine Krankheitsaufklärung vorgenommen, so entsteht die Angst selbst zu erkranken. Den Jugendlichen wird aufgrund des Wissens über die Krankheit der Ablösungsprozess erschwert, da sie den erkrankten Elternteil nicht im Stich lassen möchten (ebd). Hinzu kommt der große Konformitätsdruck innerhalb der Peer-Gruppe (ebd). Dieser hält sie davon ab sich Rat und Hilfe zu suchen und ihre familiäre Situation anzusprechen (ebd).

Wie schon Mattejat (1996:22 ff) bei den unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen die Parentifizierung beschreibt, meint auch Riedesser (1995:8, zit. in: Baumann 2000:55), dass bei der Übernahme der Verantwortung für den erkrankten Elternteil, sowie der Parentifizierung, die Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz erschwert werden. Die Jugendlichen würden die Nähe der Eltern als einen sicheren Ort benötigen, von diesem sie sich hinauswagen können (vgl. Riedesser 1995:8, zit. in: Baumann 2000:55). Parallel dazu stellt dieser Ort eine grenzziehende Struktur dar, gegen die sie sich aggressiv im Sinne einer Identitätsfindung abgrenzen können (ebd).

Methoden zur Erkennung von Ressourcen der Jugendlichen sind vorteilhaft. Dadurch kann eine detaillierte Betreuung erfolgen und bei den Stärken und Schwächen gezielt ansetzen. Dimova und Pretis (2005:70) haben eine Landkarte entwickelt, welche die vorhandenen Ressourcen erkennen und beschreiben lassen. Die Resilienzfaktoren (kindbezogen, familiensystembezogen und umweltbezogen) werden in drei Kategorien eingeteilt (hoch/sehr gut = 2, ausreichend = 1 und niedrig/kaum = 0). Diese werden in einen Screeningbogen eingefügt. Anhand dieses „Spinnennetzes“ lassen sich fehlende oder vorhandene Ressourcen sehr gut erkennen. Die Landkarte ermöglicht eine Einschätzung konkreter Interventionsformen in den unterschiedlichen Bereichen kindzentrierter Förderung, familienzentrierter Unterstützung oder umweltzentrierter Interventionen.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

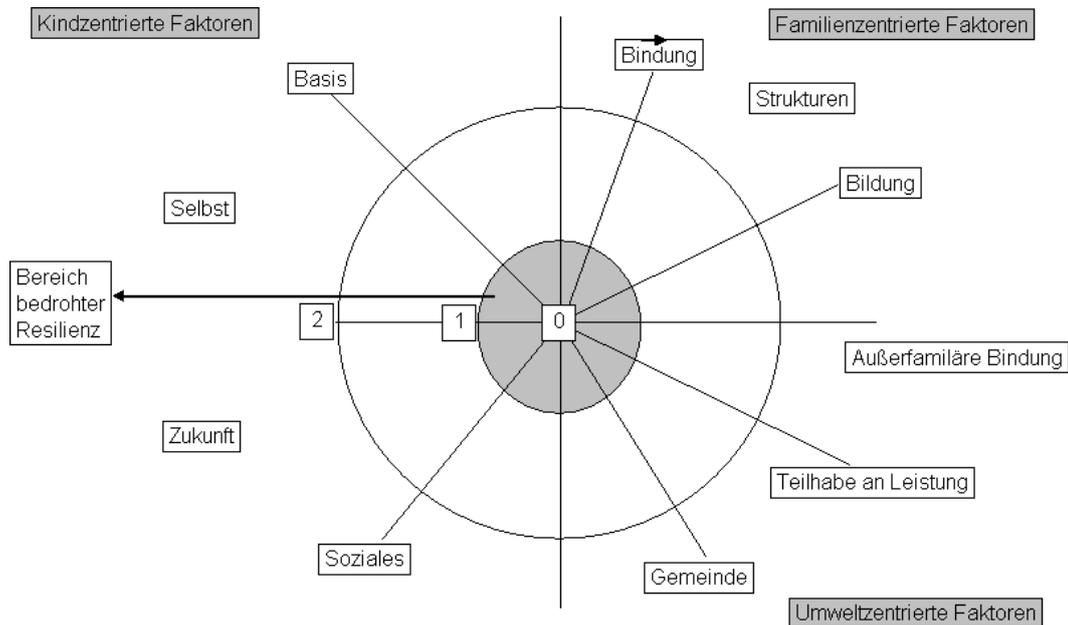


Abbildung 3: Screeningbogen-Resilienzfaktoren

4.5 Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern

Spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern gibt es vor allem in Deutschland. Auch im deutschsprachigen Raum und vereinzelt in Österreich sind solche Einrichtungen zu finden. Nach Lenz (2005:34) verhalten sich psychisch kranke Eltern gegenüber Hilfsangeboten und professionellen Einrichtungen reserviert und vorsichtig, da die Angst vor dem Verlust des Kindes überwiegt. Dies lässt sich auch mit der Unwissenheit über die Angebote erklären und mit dem Schamgefühl der Kinder der Krankheit gegenüber. Studien belegen, dass sich Eltern vor allem Unterstützung bei der Aufklärung ihrer Kinder über die Krankheit wünschen (vgl. Lenz 2005:35). Weiters wurde festgestellt, dass sich die Eltern Hilfsangebote wie Psychotherapie für die Kinder, Unterstützung in Freizeitaktivitäten, Kontaktmöglichkeiten mit Gleichaltrigen, Hilfen bei Schularbeiten und Hilfen im Haushalt wünschen (ebd). Wesentlich ist, dass die Aufklärung

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

über die Erkrankung der Eltern bei den Kindern oft nicht vorgenommen wird, wodurch bei den Kindern Unsicherheit ausgelöst wird. Anzuraten ist eine umfassende Krankheitsaufklärung der/die behandelnden Arzt/Ärztin gegenüber allen Angehörigen.

Ist der erkrankte Elternteil allein erziehend und treten immer wieder unvorhergesehene Klinikaufenthalte ein, so sollte nach Homeier (2007:117) ein Notfallplan für die Kinder erstellt werden. Dieser beinhaltet wichtige Informationen über das Kind (Einschlafrituale, Essgewohnheiten u. ä.) sowie Telefonnummern von Betreuungspersonen mit den Zeiten der Betreuung (ebd). Zu erwähnen ist, dass die Betreuungspersonen aus dem Umfeld kommen sollen und auch außerhalb von Krisen Kontakt zu den Kindern gepflegt wird. Der Notfallplan sollte zu einem Zeitpunkt erstellt werden indem der erkrankte Elternteil stabil ist. Wichtig dabei ist, dass die Kinder ihn mitgestalten.

LehrerInnen und ErzieherInnen sind als neutrale Bezugspersonen sehr gut geeignet den Kindern Hilfestellung in einer Krise und auch im Alltag zu geben (vgl. Homeier 2007:121). Da sie durch den Schulalltag regelmäßigen Kontakt haben, eine Beziehung aufgebaut wurde, sowie der Einblick in das Familienleben ermöglicht wurde, können sie AnsprechpartnerInnen für etwaige Probleme werden.

In Deutschland gibt es mittlerweile einige Einrichtungen, welche sich speziell dieser Zielgruppe angenommen haben. Die Angebote erstrecken sich von Kindern und Jugendlichen bis hin zu Erwachsenen, welche in ihrer Kindheit oder Jugend keine Gelegenheit hatten, spezielle Angebote zu nutzen. Eingeteilt werden sie in präventive Einzel- und Gruppenangebote und in modellhafte Unterstützungsangebote im Rahmen der „Hilfen zur Erziehung“. Exemplarisch für ein Gruppenangebot ist die „Auryn“ Gruppe oder das Präventionsprojekt „KIPKEL“.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Präventive Einzel- und Gruppenangebote	Modellhafte Unterstützungsangebote im Rahmen der Hilfen zur Erziehung
Auryn Gruppe	Patenschaften
Präventionsprojekt KIPKEL	Gemeinsame Wohnformen für Mutter (Vater) und Kind

Tabelle 3: Angebote in Deutschland

In Österreich sind einige Einrichtungen auf diese Zielgruppe spezialisiert und bieten gezielte Angebote an. Dies sind:

- HPE (Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter)
- PSD (Psychosozialer Dienst)
- AhA! (Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen)
- Bündnis gegen Depression
- aks (Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin)
- S.I.N.N. (Social Innovative Network)
- Landesnervenklinik Wagner-Jauregg

Der Verein „**HPE**“ (**Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter**) bietet in ganz Österreich Beratung für die Betroffenen und für die Angehörigen an, sowie eine eigene Familienberatungsstelle. Die MitarbeiterInnen sind ehrenamtliche Angehörige und Freunde psychisch erkrankter Personen.

Der „**PSD**“ (**Psychosozialer Dienst**) bietet ebenfalls in ganz Österreich Beratung für alle Beteiligten an, welche von SozialarbeiterInnen und Ärzten/Ärztinnen angeboten werden.

Der Verein „**AhA!**“ (**Angehörige helfen Angehörigen psychisch erkrankter Menschen**) in Salzburg ermöglicht es den Angehörigen und den Freunden

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

psychisch erkrankter Menschen Aussprachemöglichkeiten, Selbsthilfegruppen, Beratung, Information und Weiterbildung über dieses Thema zu erhalten. Mit dem Projekt „Jojo“ wird eine Betreuung für Kinder von psychisch kranken Eltern angeboten.

Das „**Bündnis gegen Depression**“ ist eine europaweite Initiative und wird vom Bundesministerium für Gesundheit und Familie unterstützt. In nur 5 Bundesländern (Tirol, Steiermark, Wien, Kärnten und Niederösterreich) ist dieses Bündnis vertreten, mit dem Ziel die Diagnose und Behandlung depressiv erkrankter Menschen in Österreich zu verbessern, eine Veränderung des Bewusstseins in der Öffentlichkeit und Fachwelt gegenüber dieser häufigen und ernsthaften Erkrankung und somit der Entstigmatisierung Betroffener und eine Vermeidung von Suiziden und Suizidversuchen zu erreichen. In den 5 Bundesländern werden verschiedene Dienste angeboten. Zu finden sind diese in Krankenhäusern, Sozialpsychiatrischen Diensten, Selbsthilfegruppen, Telefonseelsorgestellen, Emailberatungen und weiteren Hilfsangeboten.

Der Verein „**aks**“ (**Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin**) ist in Vorarlberg tätig und bietet neben vielen anderen Angeboten für Kinder und Erwachsene mit dem Projekt „Kiesel“ ein spezielles Angebot nur für Kinder und Jugendliche an. Der „aks“ wurde 1964 ins Leben gerufen, um die Gesundheit der vorarlberger Bevölkerung zu fördern. 1997 wurde das operative Geschäft in die Gemeinnützige Betriebs GmbH ausgelagert, welche Eigentum des Vereins ist.

„**S.I.N.N.**“ (**Social Innovative Network**) bietet in Graz spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern an, von PsychologInnen bis zu einer Fachärztin der Psychiatrie.

Die **Landesnervenklinik „Wagner-Jauregg“** in Linz hat sich, unter der Leitung von Prim. Dr. Werner Leixnering, mit einer Jugendabteilung auf die Zielgruppe spezialisiert.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Neben all den speziellen Institutionen in Österreich bieten auch die jeweiligen Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Krankenhäusern ihre Beratung an.

Da das Hauptaugenmerk meiner Arbeit auf die niederösterreichische Jugendwohlfahrt gerichtet ist, folgt nun eine Darstellung der dortigen Ressourcen. Der Bezirk liegt nahe an Wien, doch aufgrund seiner guten Infrastruktur können vorhandene Einrichtungen gut erreicht werden. Trotz der Stadtnähe ist der Bezirk teilweise ländlich strukturiert und besitzt einen Vorstadtkern. Die Jugendwohlfahrt besitzt keine Einrichtungen, welche sich ausschließlich mit Kinder von psychisch kranken Elternteilen beschäftigt. Somit kann sie ihre KlientInnen nur in verwandte Einrichtungen verweisen.

Unterstützungsangebote aus anderen Bereichen	aus	Unterstützungsangebote im Rahmen der Hilfen zur Erziehung
Psychotherapie		SFH (Sozialpädagogische Familienhilfe)
BeratungslehrerInnen		JIB (Jugendintensivbetreuung)
KJPP (Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie)		SOS Kinderdorf (Bienenhaus)
Die Möwe		HPZ (Heilpädagogisches Zentrum)
		Schulsozialarbeit
		Mobile Jugendarbeit
		Landesjugendheime öffentlich und privat

Tabelle 4: Angebote in Österreich

Alle diese Einrichtungen arbeiten mit der Jugendwohlfahrt zusammen und tauschen sich regelmäßig untereinander aus. Sowohl das Krankenhaus als auch die Jugendwohlfahrt sind bemüht, Kindern und Jugendlichen mit dieser speziellen Problemlage zu helfen und sie zu den oben angeführten Einrichtungen zu verweisen. Aufgrund der guten Zusammenarbeit mit dem Bezirkskrankenhaus

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

werden bei Bedarf Unterstützung und Beratung für die Familie und/oder die Kinder von der Jugendwohlfahrt angeboten.

Die **Psychotherapie** ist in dem gewählten Bezirk reichlich vertreten und kann somit von den Kindern und Jugendlichen gut genutzt werden. „Psychotherapie ist eine Methode zur Behandlung psychischer (oder auch körperlicher) Störungen, die die Veränderung des unangemessenen Verhaltens oder Erlebens durch Interventionen auf der psychologischen Ebene zum Ziel haben“ (Zimbardo 1995:759). Dieses Angebot wird gerne von den KlientInnen genutzt und die Jugendwohlfahrt setzt es gezielt ein.

Die **BeratungslehrerInnen** in den jeweiligen Schulen betreuen SchülerInnen mit besonderen Bedürfnissen. Die Betreuung erstreckt sich über einen individuellen Zeitraum und findet während der Unterrichtszeit statt. BeratungslehrerInnen werden vom Bezirksschulrat Niederösterreich angeboten und stehen jeder Schule zur Verfügung.

Die „**KJPP**“ (**Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**) ist eine Einrichtung des Krankenhauses und bietet eine stationäre und ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 18 Jahren mit Störungen des Erlebens, des Verhaltens oder Entwicklungsstörungen an. Das Ziel ist es, die Kinder und Jugendlichen in der Bewältigung ihrer Probleme und Krisen zu unterstützen und sie dann möglichst rasch wieder in ihre Familien oder in das für sie am besten geeignete soziale Umfeld zu integrieren.

Der Verein „**Die Möwe**“ wendet sich an alle Ziel- und Anspruchsgruppen im Bereich Prävention und Intervention bei physischer, psychischer oder sexueller Gewalt im familiären Umfeld, insbesondere an Kinder. Das Angebot umfasst telefonische und persönliche Beratung, psychologische Betreuung, Psychotherapie, rechtliche Beratung und einen psychosozialen Beistand bei Gericht.

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Die Jugendwohlfahrt verweist im Rahmen der „Hilfen zur Erziehung“ an die jeweiligen, für sie zutreffenden Einrichtungen. Doch können sich auch die KlientInnen selbstständig an diese Einrichtungen wenden und das Angebot in Anspruch nehmen.

Die „**SFH**“ (**Sozialpädagogische Familienhilfe**) betreut die Familien zu Hause, um vor Ort an den gewünschten Veränderungen und Zielen zu arbeiten. Die MitarbeiterInnen sind hauptberuflich Psychologen/Psychologinnen, Pädagogen/Pädagoginnen oder SozialarbeiterInnen, welche darüber hinaus über eine zusätzliche therapeutische Ausbildung, zur systemischen Familientherapie, verfügen.

Aus dem dringenden Bedarf, Jugendlichen Ressourcen und Zeit für eine individuelle Unterstützung zukommen zu lassen, wurde im Auftrag der Jugendwohlfahrt des Landes Niederösterreich im Rahmen einer kontinuierlichen Arbeitsgruppe das Konzept für die „**JIB**“ (**Jugendintensivbetreuung**) in Niederösterreich entwickelt. Seit September 2007 läuft die Pilotphase, die bis Jahresende 2008 angesetzt ist. Hierbei werden Erfahrungen gesammelt, die als Grundlage für die weiteren Schritte in der Jugendintensivbetreuung dienen sollen. Die Dauer der Betreuung ist vom Alter und Zielsetzung abhängig und kann 6 Monate bis 2 Jahre betragen.

Im **SOS Kinderdorf** erfüllt das **Bienenhaus** die Aufgabe der speziellen Betreuung. Dort werden Kinder und Jugendliche aus dem SOS-Kinderdorf sowie Kinder und Jugendliche mit besonderen Schwierigkeiten, welche ausschließlich von der Jugendwohlfahrt zugewiesen werden, stationär betreut. Ziel ist es, durch Diagnostik und intensive psychologische, sozialpädagogische und therapeutische Betreuung eine Integration bzw. Reintegration in die Familie, sei es die SOS-Kinderdorf Familie oder die Ursprungsfamilie zu erreichen.

Im „**HPZ**“ (**Heilpädagogisches Zentrum**) sind 4 stationäre und teilstationäre Abteilungen, welche sich speziell mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen. Die Förderabteilung ist für lern- bis geistig schwer behinderte Kinder und

4 Allgemeiner Rahmen der Betreuung von Kindern psychisch kranker Eltern

Jugendliche im Schulalter zuständig. Die Heilpädagogische Ambulanz, nach dem Krankenanstaltengesetz eingerichtet, ist ein selbstständiges Ambulatorium für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie. Die Sozialpädagogische Abteilung ist ein Heim für schulpflichtige Kinder aus Niederösterreich, die mit ihrem sozialen Umfeld in Schwierigkeiten geraten sind. Es handelt sich dabei vor allem um Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten bzw. Persönlichkeitsentwicklungs- und Lernstörungen. Die Sozialtherapeutische Abteilung ist eine psychotherapeutische und psychiatrische Rehabilitationseinrichtung für männliche Jugendliche aus ganz Niederösterreich, die aufgrund von Störungen des Erlebens und/oder Verhaltens bzw. Entwicklungsstörungen nach Abschluss ihrer Schulpflicht nicht in die Arbeitswelt integriert werden können oder aus anderen Gründen eine stationäre psychotherapeutische Behandlung brauchen. In den Abteilungen werden Ergotherapie, heilpädagogisches Voltigieren und Reiten, Hippotherapie, Logotherapie, medizinische Diagnostik und Betreuung, Physiotherapie, psychologische Diagnostik, Psychotherapie, Teilleistungsdiagnostik, Lerntherapie sowie Musiktherapie angeboten.

Die **Schulsozialarbeit** ist in einem Verein integriert und ist Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche im Lebensraum/Sozialraum Schule. Die Inanspruchnahme des Angebotes ist freiwillig und findet ausschließlich in der Schule statt. Die MitarbeiterInnen sind großteils SozialarbeiterInnen.

Die **Mobile Jugendarbeit** ist eine Form der Jugendarbeit, bei der auf die Jugendlichen in ihrem Lebensraum aktiv zugegangen und ihnen Unterstützung angeboten wird. Die MitarbeiterInnen, hauptsächlich SozialarbeiterInnen und Sozialpädagogen/Sozialpädagoginnen, arbeiten nach folgenden Methoden: Streetwork/Outreach, Einzelfallhilfe und Veranstaltungsbetreuung. Außerdem gibt es Jugendtreffs, einen MOJA-Mobil Bus und eigene Anlaufstellen in den Gemeinden.

Die **öffentlichen und privaten Landesjugendheime** sind manchmal notwendig um die Kinder und Jugendlichen für einen bestimmten Zeitraum unterzubringen.

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Die Jugendwohlfahrt versucht diesen Weg, so gut es geht, zu vermeiden und mit anderen Ressourcen abzudecken, da eine Veränderung des Wohnortes und der Lebensumstände mit Risiken verbunden ist, wird versucht innerhalb der Familie Lösungen zu finden. Doch zeitweise ist es erforderlich, diese Intervention zu setzen.

In dem niederösterreichischen Bezirk gibt es zurzeit keine speziellen Einrichtungen für die erforschte Zielgruppe, anhand der Darstellung der vorhandenen und genutzten Ressourcen soll ersichtlich werden, dass es notwendig ist, gezielte Angebote zu schaffen. Viele dieser zuvor genannten Einrichtungen sind an solchen Angeboten interessiert und äußern den Wunsch danach. Der Leiter der „SFH“ (Herr Mag. Winge) gab in einem Gespräch zu verstehen, dass die „SFH“ und die „JIB“ nicht immer ausreichend imstande sind, alle an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen, und es somit einer neuen Einrichtung bedarf (vgl. Gesprächsnotiz vom 09.05.2008). Eine genauere Darstellung der erforderlichen Ressourcen ist im Kapitel 6 zu finden.

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Der empirische Teil beschäftigt sich mit dem Forschungsziel, den Forschungsfragen, der Forschungsmethode und den Forschungsergebnissen. Behandelt werden 4 Fälle aus der niederösterreichischen Jugendwohlfahrt. Dabei handelt es sich um Familien in denen Mütter psychisch erkrankt sind. Die Krankheitsbilder nach dem ICD 10 sind Depression, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie und Schuldwahn bei depressivem Zustandsbild mit einer chronischen schizoaffektiven Psychose. 4 Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren wurden zu diesem Thema befragt.

5.1 Forschungsziel

Das vorrangige Forschungsziel dieser Arbeit ist, ein Bewusstsein zu schaffen, dass diese Zielgruppe vorhanden ist. Weiters soll anhand der Forschungsergebnisse und der Fragestellung der Bedarf für spezielle Angebote für diese Zielgruppe aufgezeigt werden. Außerdem werden die zurzeit genutzten Ressourcen der Jugendlichen aufgezeigt, sowie Ressourcen die sie sich zusätzlich wünschen würden. Die Interviews mit den Jugendlichen haben das Ziel, anhand ihrer Erzählungen, Gedanken, Erfahrungen und Gefühlen von ihrem familiären Alltag und der spezifischen Erkrankung ihrer Mütter, sowie den vorhandenen bzw. den nicht vorhandenen Hilfsangeboten ein Bild ihrer Situation zu erlangen und im Zuge dessen ein besser geeignetes Hilfesystem zu entwickeln. Eine Evaluierung der vorhandenen Hilfsangebote ergab sich automatisch aus den Interviews. Das Ziel der Datenerhebung ist, anhand der Erzählungen ihre Sichtweisen und Erfahrungen aufzuzeigen.

5.2 Forschungsfrage

Das Erkenntnisinteresse liegt vorrangig bei den untersuchten Jugendlichen. Die Frage nach dem Erleben des Alltages mit einem psychisch erkrankten Elternteiles und welche resultierenden Auswirkungen diese besondere Situation auf die Jugendlichen haben. Weiters besteht Interesse an der Nutzung spezieller Ressourcen, wie zum Beispiel der Psychotherapie.

5.3 Forschungsmethode

Den Forschungsfragen wurden mittels problemzentrierten Interview nachgegangen. „Problemzentrierte Interviews können als Kompromissbildung zwischen leitfadenorientierten und narrativen Gesprächsformen angesehen werden...“ (Witzel 1985:230 ff, zit. in: Flick 1995:178). Das Interview wurde gewählt, da es sich als besonders geeignet erweist, um individuelle Themensetzungen der

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Befragten nachvollziehen zu können und die Sicht der interviewten Personen angemessen erfassbar zu machen (vgl. Lenz 2005:75). Da das Interview als offenes Verfahren gilt, schließt dies an die Strukturierungsleistungen und Interessenslagen der Befragten an (ebd). Die Interviews wurden mit einem halbstrukturierten Leitfaden durchgeführt. Die halbstrukturierte Interviewform oder auch semistrukturierte Interviewform ist gekennzeichnet durch mehr oder minder offen formulierte Fragen in Form eines Gesprächsleitfadens auf diese der/die Befragte frei antworten soll (vgl. Lenz 2005:75). In einem Vortest (auch „Pretest“ genannt) wurde das Interview mit einem 14jährigen Jungen erprobt. Der „Pretest“ dient als Qualitätsverbesserung des Interviewleitfadens und wird jeweils vor der Durchführung angewendet. Nach positiver Absolvierung und kleiner Überarbeitung des Leitfadens wurden die Interviews an den 4 Jugendlichen durchgeführt. Die InterviewpartnerInnen wurden bewusst vom Jugendamt ausgewählt. Die Elternteile (die Mütter), sind diagnostiziert psychisch krank, jedoch sind nicht alle 4 krankheitseinsichtig. Die Auswertung wurde nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring durchgeführt. Nach Bortz/Döring (2006:331 ff) ist die Inhaltsanalyse nach Mayring eine Anleitung zum regelgeleiteten, intersubjektiv nachvollziehbaren Durcharbeiten umfangreichen Textmaterials. Lamnek (2005:518) beschreibt das Ablaufmodell für das inhaltsanalytische Vorgehen von Mayring wie folgt:

Festlegung des Materials: „Zunächst muss genau definiert werden, welches Material der Analyse zugrunde liegen soll“ (Mayring 2003:47, zit. in: Lamnek 2005:518). In diesem Fall wurden die 4 Interviews mit den Jugendlichen herangenommen.

Analyse der Entstehungssituation: Diese beinhaltet Informationen über den Entstehungszusammenhang des Interviewprotokolls. Dazu gehört eine Liste der beim Interview anwesenden Personen, der emotionale, kognitive und Handlungshintergrund des Befragten, der soziokulturelle Rahmen und die Beschreibung der konkreten Erhebungssituation. Diese Liste wurde für jedes Interview angelegt.

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Die **formale Charakterisierung des Materials** ist die Beschreibung, in welcher Form das Material vorliegt und auf welche Weise die akustische Aufzeichnung in ein schriftliches Protokoll umgewandelt wird. Die 4 Interviews wurden mit einem analogen Diktiergerät aufgenommen, welche via line-in auf den Computer überspielt und somit digitalisiert wurden. Mittels eines speziellen Transkriptionsprogrammes „f4audio“ (www.audiotranskription.de) wurden die Interviews transkribiert, aus denen die jeweiligen Protokolle entstanden.

Die **Richtung der Analyse** ist nun auszuwählen. In der qualitativen Sozialforschung wird versucht, durch den Text Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Kommunikatoren zu machen (vgl. Mayring 2003:52). Hierbei wurden die Forschungsfragen mit den Hauptaussagen aus dem Text verbunden.

Bei der **Theoriegeleiteten Differenzierung der Fragestellung** gilt es, die Fragestellung der Analyse genau zu klären, theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand an zu binden und in Unterfragestellungen zu differenzieren.

Bei der **Bestimmung der Analysetechnik** wird das inhaltsanalytische Vorgehen entschieden. Es wird zwischen der Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung unterschieden, dies wird bei der Analyse des Materials genauer beschrieben. Für diese Arbeit wurde die zusammenfassende Analysetechnik gewählt.

Die **Definition der Analyseeinheit** bestimmt die Textteile des Interviewprotokolls, welche ausgewertet werden sollen. Außerdem wird festgelegt, wie ein Textstück, eine Phrase, beschaffen sein muss, damit sie als Ausprägung für eine Kategorie genommen werden kann. Die Kategorien sind Merkmale des Textes, welche durch vorangegangene Lektüre des/der Forschers/in der Interviewprotokolle ermittelt worden sind, die den Text beschreiben. Da es insgesamt 4 Interviews gibt, mit einer durchschnittlichen Länge von 11 A4 Seiten bzw. 497 Zeilen pro Interview, wurden alle 4 Transkriptionsprotokolle für die Analyseeinheit verwendet. Einige Kategorien waren durch den halbstrukturierten Leitfaden vorgegeben, doch durch

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

das Interview kamen andere Kategorien hinzu. Die Kategorien waren: Alltag, Schule-Kontakt, Schule-Lehrer, Freizeit, Freunde-als Ressource, Familie-allgemein, Familie-als Ressource, Familie-als Ressource der gesunder Elternteil, Familie-als Ressource der erkrankter Elternteil, Besuchskontakt-mit dem erkrankten Elternteil, Besuchskontakt-mit dem gesunden Elternteil, Professionelle Helfer, Professionelle Helfer-Wünsche, Zukunft, Zukunft-Berufsvorstellungen. Nach diesen Kategorien wurden alle 4 Textprotokolle ausgewertet.

Die **Analyse des Materials** hat drei grundlegende, qualitative inhaltsanalytische Analyseverfahren, welche kurz beschrieben werden. Der/die Forscher/in muss sich für eine Form entscheiden. **Zusammenfassende Inhaltsanalyse:** Der Ausgangstext mit den wichtigsten Inhalten wird auf eine Kurzversion reduziert. Die Arbeitsvorgänge sind das Paraphrasieren (Wegstreichen ausschmückender Redewendungen und eine Umformung auf grammatikalische Kurzformen), das Generalisieren (es kommt zu einer Verallgemeinerung von konkreten Beispielen) und die Reduktion (ähnliche Paraphrasen werden zusammengefasst).

Bei der **Interpretation** werden die Ergebnisse in Richtung der Hauptfragestellung interpretiert (vgl. Mayring 2003:53). Anhand von individuellen Darstellungen von Einzelfällen soll fallübergreifend generalisiert werden um so zu einer Gesamtdarstellung von typischen Fällen anhand der Kategorien zu gelangen. Dies ist im Kapitel 5.5 Forschungsergebnisse zu finden. Der größte Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ist die Systematik, da es ein regelgeleitetes, schrittweises Vorgehen nach vorher explizierten Techniken ist (vgl. Mayring 2005:474).

Außerdem wurde mit Herrn Mag. Winge ein Gespräch geführt, wie die Situation in der „SFH“ Niederösterreich mit Kindern von psychisch kranken Eltern gestaltet und welche besonderen Maßnahmen in der Betreuung vorgenommen werden. Zudem wurde nach speziellen Betreuungsangebote gefragt und welche sich die Institution wünscht. Herr Mag. Winge ist im Leitungsteam der „SFH“ vom Verein „Rettet das Kind“ Niederösterreich. Das Gespräch wurde mittels analogen Diktiergerät

aufgenommen und via line-in auf den Computer überspielt und digitalisiert. Daraus wurde eine Gesprächsnotiz erstellt.

5.4 Fälle aus der Jugendwohlfahrt Niederösterreich

Für die qualitative Forschung wurden insgesamt 4 Jugendliche befragt, davon drei männlich und eine weiblich. Die Daten stammen von den Jugendlichen selbst und es wurde deren Jugendwohlfahrtsakt ergänzend herangezogen. Die interviewten Personen werden alle anonymisiert dargestellt. Nach Rücksprache mit den SozialarbeiterInnen aus der Jugendwohlfahrt wurde diese Auswahl der InterviewpartnerInnen getroffen. Die Erziehungsberechtigten wurden von den zuständigen SozialarbeiterInnen von dem Vorgehen informiert und nach positiver Zustimmung wurde ein Termin für eine Vorstellung der Interviewerin vereinbart. Bei diesem Treffen wurden die weiteren Termine für das Interview festgelegt, welche ohne Beisein der SozialarbeiterIn oder den/der Erziehungsberechtigten durchgeführt wurde. Wie auch bei Lenz (2005:76), wurden die Interviews in den Räumlichkeiten in denen die Jugendlichen leben durchgeführt, da es von Vorteil ist, diese Gespräche an einem vertrauten Ort durchzuführen. Den InterviewpartnerInnen gegenüber verhielt sich die Interviewende freundlich, unterstützend, ermutigend, geduldig, zugewandt, rücksichtsvoll, vorsichtig, verständnisvoll und abwartend, um einer Überforderung entgegen zu wirken. Die erkrankten Elternteile sind in allen 4 Fällen Mütter (vgl. Kapitel 4). Für das bessere Verständnis werden die 4 Jugendlichen Alexander, Birgit, Christian und Daniel genannt.

Alexander ist 17 Jahre alt und wohnt bei seiner Großmutter mütterlicherseits. Die Mutter ist an Depression erkrankt. Seine Eltern haben sich vor 8 Jahren einvernehmlich scheiden lassen. Der Vater bekam die Obsorge und Alexander lebte mit seinem zwei Jahre jüngeren Bruder 4 Jahre bei seinem Vater. Danach wollte Alexander wieder bei seiner Mutter leben. Sie bekam die Obsorge und er lebte

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

ein Jahr bei ihr. Aufgrund ihrer psychischen Erkrankung übertrug sie die Obsorge an ihre Mutter, Alexanders Großmutter. Seit drei Jahren lebt Alexander bei seiner Großmutter. Er hat mit seiner Mutter alle zwei Wochen Kontakt. Zu seinem Vater hat er seit 4 Jahren keinen Kontakt mehr, auch nicht zu seinem Bruder. Die Mutter war mehrmals in einem psychiatrischen Krankenhaus in stationärer Behandlung. Außerdem wird sie vom Psychosozialen Dienst betreut. Alexander besucht die 7. Klasse eines Gymnasiums jedoch sehr unregelmäßig, daher ist es fraglich, ob er diese positiv absolvieren wird.

Birgit ist 13 Jahre alt und wohnt seit einem Jahr mit ihrem um 5 Jahre jüngeren Bruder beim Vater. Die Mutter ist an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erkrankt. Sie war gegenüber den Kindern gewalttätig und es kam immer wieder zu Auseinandersetzungen mit den Kindern. Hauptsächlich war Birgit davon betroffen. Der Vater bekam davon nur sehr wenig mit, da diese Ereignisse während seiner Arbeitszeit geschahen. Vor einem Jahr kam es zu der Scheidung der Eltern. Für die Mutter wurde eine Sachwalterschaft angeregt. Diese war jedoch zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht rechtskräftig. Birgit besucht die 3. Klasse der Hauptschule. Aufgrund der Scheidung ihrer Eltern gab es für sie und ihren Bruder einen Wohnortwechsel und somit auch einen Schulwechsel.

Christian ist 16 Jahre alt und lebt gemeinsam mit seiner psychisch kranken Mutter und seinem Stiefvater. Seine Mutter ist an Schizophrenie erkrankt und erhält regelmäßig Psychotherapie. Sie hat einen geschützten Arbeitsplatz. Bis vor 4 Jahren lebte Christian bei seiner Großmutter mütterlicherseits. Zu seinem Vater hat er keinen Kontakt. Christian hat einen Halbbruder zu dem er wenig Kontakt hat. Dieser lebt bei der Mutter seines Stiefvaters. Der Halbbruder wird in einem teilstationären heilpädagogischen Zentrum betreut. Christian besucht eine Polytechnische Schule und möchte im Herbst 2008 mit einer Lehre als Einzelhandelskaufmann beginnen.

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Daniel ist 16 Jahre alt und wohnt bei seinen Eltern. Die Eltern stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Der Vater ist seit 1990 und seine Mutter seit 1991 in Österreich. Seine Mutter ist an einem Schuldwahn mit depressivem Zustandsbild und einer chronischen schizoaffektiven Psychose erkrankt. Sie war mehrmals in stationärer Behandlung und war, bzw. ist, unregelmäßig in Betreuung eines Psychosozialen Dienstes. Daniel hat einen 13 Jahre älteren Bruder, welcher verheiratet ist und eine einjährige Tochter hat.

Während der Schwangerschaft wurde bei Daniel ein mäßiggradiger Hydrocephalus (auch Wasserkopf genannt) diagnostiziert. Außerdem leidet er an einer angeborenen Stoffwechselstörung, die sich auf die Muskulatur und auf den Herzmuskel schädigend auswirkt. Seit seinem siebenten Lebensjahr hat er immer wieder epileptische Anfälle.

Gleich nach der Geburt lehnte der Vater ihn ab. Wegen seiner Erkrankung und der Ablehnung des Vaters war er in den ersten zwei Monaten in der Kinderabteilung eines Krankenhauses, anschließend kam er in ein Kinderheim. Nach achtmonatigem Aufenthalt wurde er in die Obhut seiner Eltern entlassen. Der Vater hat kein Verständnis für die Erkrankung der Mutter und auch nicht für die Erkrankungen Daniels. Die Mutter wollte sich zu dieser Zeit immer wieder von ihrem Ehemann trennen. Deshalb ging sie mit ihren beiden Kindern im Oktober 1994 in ein Frauenhaus. Zu einer Trennung der Eltern kam es nicht. Die Mutter ist zu schwach, um sich gegen ihren Ehemann durch zu setzen. Sie ist immer wieder der familiären Gewalt des Vaters ausgesetzt. Daniel ist aufgrund seiner angeborenen Stoffwechselstörung regelmäßig in medizinischer Behandlung im Krankenhaus.

Im November 1994 kam Daniel wieder ins Kinderheim. Seine Entwicklung verlief unter professioneller Betreuung sehr gut, aber sein Gesundheitszustand war labil und zu dem damaligen Zeitpunkt war es fraglich, ob Daniel das Erwachsenenalter aufgrund seiner Erkrankung erreichen kann. Mit den Eltern und dem Bruder gab es regelmäßigen Besuchskontakt, wobei mit der Mutter mehr Kontakt bestand. Nach Besuchen der Mutter war Daniel immer wieder irritiert und regrediert.

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Im August 1996 kam Daniel wieder zu seiner Familie zurück. Die Eltern hatten aufgrund der schlechten Wohnverhältnisse einen Wohnungswechsel vollzogen. Sie wohnen jetzt in einer Altbauwohnung mit drei Zimmern. Diese ist im Gegensatz zur alten Wohnung nicht feucht.

Im Mai 1997 besuchte Daniel den Kindergarten als Integrationskind. Seine Mutter brachte ihn zum Kindergarten und holte ihn regelmäßig ab. Im Herbst 1998 begann Daniel mit der Vorschule.

Im Jänner 1999 hatte er seinen ersten epileptischen Anfall und wurde dementsprechend im Krankenhaus behandelt. Bis heute steht er in regelmäßiger medizinischer Betreuung. Im Herbst 1999 besuchte er die Volksschule. Aufgrund seiner mehrmaligen Absenzen wurde ein schulpsychologisches Gutachten erstellt, welches besagt, dass Daniel aufgrund seiner Erkrankung viele Fehlzeiten haben wird, jedoch in der Lage ist, den Lehrplan zu erfüllen. Daraufhin wird eine Stützkraft oder eine Integrationsklasse empfohlen. Die Mutter unterstützt die vielen Fehlzeiten, da sie Angst hat, dass Daniel aufgrund seiner Erkrankung etwas geschehen könnte. Der Vater ist bei den schulischen Belangen nicht integriert und hat somit keine Übersicht über Daniels Absenzen. Von Seiten der Heilpädagogik und der Psychosomatischen Ambulanz wird im besten Fall eine stationäre oder zumindest eine ambulante Aufnahme empfohlen. Doch die Eltern stimmten nicht zu, vor allem der Vater nicht.

Seine Fehlstunden veränderten sich nicht. Er besuchte 2003 die Hauptschule, seit 2005 besucht er die 4. Klasse der Allgemeinen Sonderschule.

Anhand der **Personalliste** wird die Lebenssituation der Jugendlichen ersichtlich. Dadurch soll ein Überblick gegeben werden in welchem Alter sich die Jugendlichen befinden, welche Schulstufe sie besuchen, welche Erkrankungen die Mütter haben und mit welchen Personen sie in einem Haushalt leben.

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Name	Alter	Schulstufe	Erkrankung	Haushaltsform
Alexander	17a	7. Klasse AHS	Depression	Großmutter mütterlicherseits
Birgit	13a	3. Klasse HS	emotional instabile Persönlichkeitsstörung	Vater, Bruder
Christian	16a	Polytechnischer Lehrgang	Schizophrenie	Mutter, Stiefvater
Daniel	16a	4. Klasse HS ASO	Schuldwahn bei depr. Zustandsbild, chronische schizoaffektive Psychose	Mutter, Vater

Tabelle 5: Personalliste der Jugendlichen

5.5 Forschungsergebnisse

Die Zielgruppe der Jugendlichen wurde bewusst aus der Jugendwohlfahrt gewählt, da in der Literatur wenig bzw. keine Forschung in dem Bereich der Jugendhilfe vorhanden ist. Wie auch Schone/Wagenblass (2006:21) erwähnen, sind Forschungen zum Thema „Kinder psychisch kranker Elternteile“ im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zum Teil im juristischen Bereich zu finden. Diese Forschungen sind in drei Forschungstraditionen zu unterscheiden (vgl. Kapitel 4.4):

- Risikoforschung (high-risk-Forschung)
- Resilienz- und Bewältigungsforschung
- Vulernabilitätsforschung

Aufgrund der einseitigen Forschung in diesem Bereich, wurde der Zugang über die Jugendwohlfahrt, bewusst gewählt. Dabei soll aufgezeigt werden, welche Angebote die Jugendwohlfahrt, im Speziellen aus Niederösterreich, für diese

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Zielgruppe aufweisen kann. Im Weiteren sollen auch die Lebenswelten der Jugendlichen näher erläutert werden. Mit der Durchführung der problemzentrierten Interviews bei den Jugendlichen konnte dies erfasst werden.

Werden die Ergebnisse aus der **Risikoforschung** mit den Fällen verglichen, so liegt das Ergebnis nahe, dass vor allem bei *Christian* und *Daniel* aufgrund des Zusammenlebens mit der erkrankten Mutter Auswirkungen auf ihre Entwicklung vorgezeichnet sind. Nach Lenz (2005:13) sind dies Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich, das würde bei *Daniel* auf jeden Fall zutreffen. Da er über einen sehr kleinen Freundeskreis verfügt und sich mit seinen Problemen ausschließlich an seinen Psychotherapeuten wenden kann. Weiters weisen schizophrene als auch depressiv erkrankte Elternteile Defizite im kognitiven und emotionalen Bereich sowie im Verhaltensbereich auf, welche sich im Umgang mit dem Kind manifestieren und das Risiko für eine psychische Störung bei Kindern erhöhen (vgl. Lenz 2005:14). Dies trifft auf *Daniels* Mutter zu, sie ist aufgrund ihrer Erkrankung instabil. *Daniel* ist dem Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken erhöht ausgesetzt. Mithilfe der Psychotherapie kann dem in kleinen Schritten entgegengewirkt werden, doch gibt es dafür keine endgültige Gewissheit. Durch die Schizophrenie-Erkrankung der Mutter treten nach Lenz (2005:14) in der Adoleszenz kognitive Störungen, ein schlechteres Kontextverständnis sowie magische Denkstile auf. Dies wird bei *Christian* widerlegt, da er ein außerordentlich guter Schüler ist und im Gesprächsverlauf sowie aus dem Jugendwohlfahrtsakt keine Anzeichen für Störungen erkannt werden konnten. Bei *Daniel* hängt dies mit seiner eigenen physischen Erkrankung zusammen. Im Laufe des Interviews wurden leichte Anzeichen dafür ersichtlich. Nach Lenz (2005:15) haben Kinder von depressiven Elternteilen ein erhöhtes Risiko, im Verlauf ihrer Entwicklung selbst depressiv zu erkranken oder andere psychische Störungen zu entwickeln. Bei *Alexander* zeigt sich dies leicht, da er nach dem Besuch des Psychiaters ein Neuroleptikum verschrieben bekommen hat, welches zur antidepressiven

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Behandlung eingesetzt wird. Aufgrund der Verordnung des Medikamentes ist davon auszugehen, dass erste Anzeichen einer depressiven Erkrankung festgestellt wurden. Dies muss in einem langfristigen Betreuungsrahmen beobachtet werden. Bei *Birgit* ist das Risiko der Auswirkung der Krankheit durch ein nicht Zusammenleben mit ihrer Mutter verringert worden. Aufgrund der Erlebnisse mit ihrer Mutter ist sie zurzeit in Psychotherapie.

Bei der **Resilienz- und Bewältigungsforschung** erfüllt *Alexander*, basierend vom Gesprächsprotokoll, folgende protektive Faktoren: soziale Unterstützung und sozialen Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie; die Einbindung in ein Peer-Netzwerk und die soziale Integration in einen Verein. Mit seinen Freunden hat er eine Musikband gegründet und pflegt somit regelmäßigen Kontakt nach außen. Somit ist er in einem Peer-Netzwerk eingebunden. Außerdem hat er regelmäßiges Sporttraining und Musikunterricht. Anderen Schutzfaktoren konnten bei dem Gespräch nicht erkannt werden, auch wurde dies aus dem Jugendwohlfahrtsakt nicht ersichtlich.

Birgit weist Temperamentsmerkmale, wie Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen, Soziabilität und eine überwiegend positive Stimmungslage auf. Nach dem Wohnortswechsel hat sie sich in der neuen Schule und Umgebung gut eingelebt. Soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit zeigt sie altersadäquat, welche durch die Psychotherapie gefördert wird. Eine effektive Problemlösefähigkeit und realistische Einschätzung persönlicher Ziele konnte mit der Fragestellung nach dem Berufswunsch beantwortet werden. Eine emotional sichere und stabile Beziehung zu ihrem Vater ist vorhanden, sowie eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende und zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung ihres Vaters wurde anhand des Gesprächs und des Jugendwohlfahrtsaktes ersichtlich.

Christian weist einige Schutzfaktoren auf. Seine Temperamentsmerkmale, wie Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen, Soziabilität und eine

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

überwiegend positive Stimmungslage sind vorhanden. Die soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit konnte im Gesprächsverlauf ersichtlich werden. Auch seine effektive Problemlösefähigkeit und realistische Einschätzung persönlicher Ziele aufgrund seiner konkreten Berufsvorstellungen sind erkennbar. Gute bzw. überdurchschnittliche Intelligenz und positive Schulleistungen bestätigten sich durch seine Auszeichnung als Schüler des Monats. Ebenfalls ist sein positives Selbstwertkonzept, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und internale Kontrollüberzeugung ersichtlich. Eine emotional sichere und stabile Beziehung zu seiner Mutter und seiner Großmutter mütterlicherseits sind vorhanden. Eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung erfolgt von seiner Mutter. Die familiären Beziehungsstrukturen, die sich durch emotionale Bindung der Familienmitglieder und Anpassungsvermögen bei Veränderungen bzw. Entwicklungen auszeichnen konnten erkannt werden. Auch die soziale Unterstützung und der soziale Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie und eine Einbindung in ein Peer-Netzwerk wurden im Gespräch bestätigt.

Bei *Daniel* konnten außer einer sozialen Unterstützung und sozialem Rückhalt durch den Psychotherapeuten außerhalb der Familie keine Schutzfaktoren erkannt werden.

Diese generellen Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern, welche aus der Resilienzforschung entwickelt wurden, sind in kindzentrierte, soziale und familienzentrierte Schutzfaktoren aufgeteilt (vgl. Lenz 2008:61):

Kindzentrierte Schutzfaktoren

- Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen, Soziabilität und eine überwiegend positive Stimmungslage.
- Soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit (Wahrnehmung eigener Gefühle und sozialer Signale, Verbalisierung und Modulation eigener Gefühle, Wahrnehmung und Verstehen sozialer Regeln, Handlungsausrichtung nach sozialen Regeln, konstruktiver Umgang mit Konflikten).
- Effektive Problemlösefähigkeit und realistische Einschätzung persönlicher Ziele.
- Gute bzw. überdurchschnittliche Intelligenz und positive Schulleistungen.
- Positive Selbstwertkonzepte, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und internale Kontrollüberzeugungen.
- Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl.

Soziale Schutzfaktoren

- Soziale Unterstützung und sozialer Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie.
- Einbindung in ein Peer-Netzwerk.
- Soziale Integration in Gemeinde, Verein, Kirche, etc.

Familienzentrierte Schutzfaktoren

- Eine emotional sichere und stabile Beziehung zumindest einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson gegenüber.
- Eine emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessene fordernde und kontrollierende Erziehung.
- Eine gute Paarbeziehung der Eltern, in der Konflikte offen und produktiv ausgetragen werden.
- Familiäre Beziehungsstrukturen, die sich durch emotionale Bindung der Familienmitglieder und Anpassungsvermögen an Veränderungen bzw. Entwicklungen auszeichnen.

Tabelle 6: Generelle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Schutzfaktoren einzuhalten erweist sich in der Praxis als nicht immer leicht, eine Orientierung daran kann Kindern helfen, sich vor dieser besonderen Situation zu schützen und sie besser zu bewältigen.

Nach Rutter (1990:181 ff, zit. in: Lenz 2008:55) können die Schutzfaktoren bei risikobehafteten Kindern folgendermaßen wirksam werden:

- Sie schwächen das Risiko, dem das betroffene Kind ausgesetzt ist, durch Veränderung des Risikos selbst oder dessen Ausmaßes.
- Sie reduzieren negative Folgereaktionen.
- Sie bauen Selbstachtung und Selbstzufriedenheit auf und halten diese aufrecht.
- Sie schaffen günstige Rahmenbedingungen, zum Beispiel in der Schule oder in der Familie.

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Bei *Birgit* und *Christian* trifft dies am ehesten zu, wobei bei *Alexander* und *Daniel* das Gegenteil der Fall ist.

Da die **Vulnerabilitätsforschung** die Verletzbarkeit des Kindes gegenüber äußeren ungünstigen Einflussfaktoren angibt (vgl. Lenz 2005:23) und dies von vielen verschiedenen Faktoren abhängig ist, kann dies im Kontext mit den Fällen aus der Jugendwohlfahrt sehr schwer beantwortet werden, da zu wenig Einsicht in das Leben der Jugendlichen ermöglicht wurde und für die eigene Forschung nicht angestrebt wurde. Anzunehmen ist, dass bei allen 4 Jugendlichen eine gewisse Vulnerabilität vorhanden ist. Wobei dies bei *Alexander* aufgrund der Behandlung durch den Psychiater zutreffen könnte. Genauso bei *Daniel*, da seine eigene physische Erkrankung eine psychische Beeinträchtigung hervorgerufen hat und die familiären Umstände keine Verbesserung voraussagen. *Birgit* und *Christian* weisen aufgrund ihrer vorhandenen Schutzfaktoren (siehe oben) eine erheblich geringere Vulnerabilität auf.

Die Ergebnisse aus der eigenen Forschung wurden anhand der Kategorien und der Fragestellung ausgewertet. Die Fragestellung nach dem Erleben des Alltags der Jugendlichen wird hier beantwortet.

Alltag: Bei *Alexander* übernimmt die Großmutter mütterlicherseits einige Aufgaben im Haushalt, doch Alexander erledigt auch viel selbstständig. Seine Großmutter hält regelmäßigen Kontakt zur Schule, sie fördert den Kontakt zu seiner Mutter und zu den anderen Familienmitgliedern. Seine Mutter sieht er alle zwei Wochen. Er kann mittlerweile mit der Erkrankung umgehen, doch über seine Probleme kann er mit ihr nicht sprechen. Für ihn ist sie nicht Teil seines Lebens. Die sozialen Kontakte von Alexander sind sehr unterschiedlich ausgeprägt. Er hat regelmäßig Sporttraining, sowie Musikunterricht, außerdem trifft er sich mit seinen Freunden und spielt mit ihnen in einer Musikband. Seine schulischen Leistungen sind schlecht und er wird die letzte Schulstufe repetieren, sein Ziel ist trotzdem die

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Matura zu bestehen. Laut Alexander sind die LehrerInnen nicht über die psychische Erkrankung seiner Mutter informiert und ihm wäre es unangenehm, wenn sie es wissen würden, da er Angst hat, dass sich die Beziehung zu ihnen verschlechtern würde.

Der Vater von *Birgit* übernimmt viele Aufgaben im Haushalt und er kümmert sich um schulische Angelegenheiten. Die Schule ist über die psychische Erkrankung der Mutter informiert. Dies hilft Birgit, da sie sich mit Problemen an ihre LehrerInnen wenden kann. Birgit hat keinen Kontakt zu ihrer Mutter und möchte diesen in nächster Zukunft auch nicht aufbauen. Ihre sozialen Kontakte bestehen aus dem Sporttraining, sowie einigen Freunden, welche sie aufgrund des vor kurzem stattgefundenen Wohnortwechsels nur unregelmäßig sieht. Ihre Familie ist ihr sehr wichtig, vor allem ihr Vater und ihr Bruder. Die väterlichen Großeltern sind für sie eine große Hilfe, da sie im Alltag viele Aufgaben übernehmen und somit regelmäßigen Kontakt pflegen.

Christians Mutter ist trotz ihrer psychischen Erkrankung stabil und kann den Aufgaben im Haushalt nachgehen. Sie benötigt manchmal Hilfe ihrer Tante und ihrer Mutter, doch den Großteil erledigt sie selbstständig. Mit der Großmutter gemeinsam geht die Mutter den schulischen Belangen nach. Die LehrerInnen sind nicht über die psychische Erkrankung informiert und Christian möchte auch nicht, dass sich daran etwas ändert, da es ihm unangenehm ist. Der Freundeskreis ist ebenfalls nicht über die Erkrankung der Mutter informiert. Er erachtet es als nicht notwendig, dies zu erwähnen. Mit seinem Freundeskreis trifft er sich regelmäßig in seiner Freizeit zum Fußball spielen. Christians schulische Leistungen sind sehr gut, er wurde einmal zum Schüler des Monats gewählt. Laut Baumann (2000:54) treten bei Kindern von schizophrener Eltern Anpassungsprobleme in der Schule auf (vgl. Kapitel 4.4.2). Dies wird bei Christian widerlegt, wobei solche schulischen Leistungen nach Lenz (2008:30) als Folge der Parentifizierung beschrieben wird (vgl. Kapitel 4.4.2).

Daniel ist für sein Alter sehr unselbstständig, dies resultiert nicht nur aus seiner physischen Krankheit, sondern auch von der psychischen Erkrankung seiner

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

Mutter. Seine Mutter umsorgt ihn sehr, dies zeigt sich indem sie ihn den ganzen Schulweg begleitet, da sie Angst hat, dass ihm etwas zustoßen könnte. Daniel selbst beschreibt, dass der Schulalltag mit Angst verbunden ist. Dies zeigt, dass zwischen Mutter und Sohn eine Verbindung vorhanden ist, welche ihr gegenseitiges Verhalten aufgrund ihrer Krankheiten darstellt. Dies lässt auf eine symbiotische Beziehung vermuten. Um die Schulangelegenheiten kümmert sich die Mutter nur sehr unregelmäßig, der Vater überhaupt nicht. Dies führt dazu, dass der Vater über wichtige Ereignisse im letzten Moment informiert wird und dieser überrascht reagiert. Die Schule ist über die psychische Erkrankung der Mutter informiert. Dies kann Daniel als Ressource nutzen, da er hier über seine Probleme sprechen kann. Die sozialen Kontakte von Daniel sind sehr begrenzt. Sie bestehen aus dem Psychotherapeuten und den Schulfreunden, zu denen kein regelmäßiger Kontakt stattfindet, da er viele Absenzen auf zu weisen hat. Mit seiner Mutter kann er nicht über seine Probleme sprechen, auch nicht mit seinem deutlich älteren Bruder, obwohl er sich gut mit ihm versteht.

Weiters wurde die Rolle des gesunden Elternteiles, in allen 4 Fällen der Väter, untersucht.

Gesunder Elternteil (Vater): Die Rolle des gesunden Elternteiles ist bei den Jugendlichen sehr unterschiedlich. Bei *Alexander* und *Christian* gibt es keinen Kontakt zu ihren Vätern. Der Vater von *Alexander* lebt mit seiner neuen Lebensgefährtin und dem Bruder von Alexander ca. 50 Kilometer von seinem jetzigen Wohnort entfernt. Alexander möchte keinen Kontakt zu seinem Vater, da er sich mit ihm zerstritten hat, als er vor 4 Jahren bei ihm lebte. *Christian* hat zu seinem Vater überhaupt keinen Kontakt. Mit seinem Stiefvater lebt er in einem gemeinsamen Haushalt, er versteht sich mit diesem, doch redet er mit ihm nicht über seine Probleme oder die psychische Erkrankung seiner Mutter.

Für *Daniel* stellt sein Vater keine Ressource dar, da er mit ihm nicht über seine Probleme reden möchte, aus Angst seine Mutter könnte mit physischer Gewalt

5 Empirischer Rahmen von Familien in der Jugendwohlfahrtsbetreuung

dafür bestraft werden. *Birgit* hat als einzige ein sehr gutes Verhältnis zu ihrem Vater. Da sie bei ihrer Mutter viel physische Gewalt als Folge der Krankheit ausgesetzt war, ist ihr der Vater eine Stütze. Er erkannte die Situation und konnte die Kinder davor schützen, indem er sich von seiner Frau trennte. Für *Birgit* ist der Vater eine wichtige Ressource, da er für seine Kinder eine stabile Bezugsperson ist.

Die Fragestellung welche Ressourcen die Jugendlichen nutzen und welche Wünsche sie diesbezüglich äußern wird hier erörtert.

Nutzung und Wünsche von Hilfsangeboten: *Birgit* und *Daniel* erhalten regelmäßig Psychotherapie, welche ihnen sehr wichtig ist und welche sie auf jeden Fall in Zukunft weiter nutzen möchten. Die Psychotherapie wird von der Jugendwohlfahrt unterstützt. *Birgit* erhält ihre Therapie im Verein „Möwe“ und *Daniel* bei einem Psychotherapeuten in einer freien Praxis. Für *Birgit* ist es wichtig, dass Kinder und Jugendliche von psychisch kranken Elternteilen, entweder Psychotherapie erhalten oder es eine speziell geschulte Besuchsperson gibt, welche aus der näheren Umgebung ist (zB eine Lehrperson). *Daniel* kann keine Wünsche diesbezüglich äußern, da ihm diese Denkweise schwer fällt. Er kann sich gewisse Situationen nicht vorstellen und somit kann er die Frage nach einem Wunsch was für andere Kinder und Jugendliche nützlich wäre nicht beantworten. Dies zeigt ein Mangel an altersadäquaten Entwicklungsschritten.

Alexander und *Christian* erhalten zurzeit keine Psychotherapie. Wobei aus dem Jugendwohlfahrtsakt hervor geht, dass *Alexander* in der Vergangenheit Psychotherapie erhalten hat, jedoch nicht in welchem Ausmaß. Hilfe erhält er bei seinen Freunden. Mit ihnen kann er über seine Probleme sprechen, vieles regelt er eigenständig. *Christian* wünscht sich kein spezielles Hilfsangebot, er kann mit seiner Mutter und Großmutter über Probleme sprechen. Seine Mutter hat ihn über ihre psychische Erkrankung informiert, er kann dies nun besser verstehen.

6 Ausblick

Zusammenfassung: *Alexander* ist gut in ein soziales Netzwerk eingegliedert und kann die daraus entstehenden Ressourcen gut nutzen. Seine Freunde eröffnen ihm Raum für Austausch und Akzeptanz seiner Situation. Seine Großmutter bietet ihm seit drei Jahren eine stabile Bezugsperson, welche ihm über Jahre hinweg gefehlt hat. Obwohl erste Anzeichen eines Risikos für eine psychische Erkrankung vorliegen, kann dem entgegen gewirkt werden, wenn dies in einem langfristigen Beobachtungszeitraum unter professioneller Aufsicht erfolgt.

Birgit hat eine stabile Bezugsperson, welche ihr den nötigen Halt und die Kraft gibt Erlebtes zu verarbeiten und wieder Vertrauen in eine Erziehungsperson zu finden. Mithilfe der Psychotherapie kann sie die Erfahrungen mit ihrer Mutter besser verarbeiten. Ihre Entwicklung zeigt sich als altersadäquat.

Christian bekommt viel Halt und Unterstützung von seiner Mutter und seiner Großmutter mütterlicherseits, sowie von seinen Freunden, obwohl sie nicht über seine Situation informiert sind. Er hat sich gut entwickelt. Trotzdem wäre eine Aufklärung über die Erkrankung seiner Mutter durch einem/einer Arzt/Ärztin oder einem/einer Therapeuten/in von Vorteil.

Daniel benötigt viel Unterstützung. Seine Entwicklung ist aufgrund seiner eigenen physischen Erkrankung verzögert. Die psychische Erkrankung seiner Mutter beeinflusst seine Entwicklung nachhaltig. Von einer dauerhaften Betreuung wird Daniel in Zukunft nicht absehen können, er wird langfristig Unterstützung brauchen. Der Ablösungsprozess von seiner Mutter wird sich als sehr schwierig darstellen, dabei wird er sicher Hilfe benötigen.

6 Ausblick

Die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung eines Elternteiles sind bei den Kindern sehr unterschiedlich, deswegen kann kein allgemein gültiges Vorgehen oder Angebot empfohlen werden. Doch müssen zwei wichtige Voraussetzungen für das Annehmen von Hilfsangeboten gegeben sein. Einerseits die Erkennung der

6 Ausblick

Krankheit und andererseits die Zustimmung der Betroffenen für die Unterstützung (vgl. Baumann 2000:91). Wird dies erfüllt, so können in vorhandenen Einrichtungen spezielle Angebote installiert, oder sogar eigenständige Institutionen gegründet werden.

Doch bevor detaillierte Angebote geschaffen werden, ist die **Öffentlichkeitsarbeit** wesentlich, da hier der Tabuisierung gegenüber der Krankheit entgegen gewirkt wird (vgl. Baumann 2000:91). Zudem werden Scham- und Schuldgefühle verringert und den Betroffenen wird sehr damit geholfen (ebd). Die Öffentlichkeitsarbeit hat auch zum Vorteil, dass die erweiterte Familie der Betroffenen gestärkt wird und diese Angebote nutzt bzw. mehr fordern.

Nach Lenz (2008:61 ff) stellt eine alters- und entwicklungsadäquate **Informationsvermittlung** und Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlung des erkrankten Elternteiles einen weiteren protektiven Faktor dar. Wichtig dabei ist, dass die Kinder die Situation besser verstehen, einschätzen und mit dieser umgehen können. „In der Förderung solcher Empowermentprozesse dürfte vor allem die protektive Funktion von Information, Aufklärung und Wissen liegen“ (Lenz 2002:13 ff). Außerdem ist die Art und Weise des Umgangs der Eltern mit der Krankheitsbewältigung von wesentlicher Bedeutung. Eine adäquate, individuelle und familiäre Krankheitsbewältigung mit aktiven und offenen Umgang, sowie einer Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachinstanzen und Einrichtungen der Jugendhilfe sind vorteilhaft (vgl. Lenz 2008:62). Die Funktion der Informationsübermittlung könnte eine erwachsene Vertrauensperson (der gesunde Elternteil, ein Verwandter, der/die Klassenlehrer/in), der/die Hausarzt/Hausärztin oder der/die behandelnde Arzt/Ärztin des erkrankten Elternteiles, eine spezielle Jugendberatungsstelle oder ein sozialpsychiatrischer Dienst, ein/eine Schulpsychologe/Schulpsychologin oder ein/eine Schulsozialarbeiter/in übernehmen (vgl. Baumann 2000:97 ff).

6 Ausblick

Seidl (2008:10 ff) erwähnt, dass es aufgrund der Gesundheits- und Krankheitskonzeptes des Kindes schwierig ist, vor einem Alter von 8 oder 9 Jahren mit Kindern über die psychische Krankheit der Eltern zu reden. (Die folgenden Ausführungen lehnen sich nun an Seidl 2008:10 ff an.) Wenn das Kind 10 oder 11 Jahre alt ist, muss thematisiert sein, dass die Kindeseltern psychisch krank sind. Hier sind Projekte wichtig, wo den Kindern Mut gemacht wird, für sich selber zu sorgen, und Schuldgefühle abgebaut werden können. Die Beziehung zu Peer-Gruppe spielt hier eine wichtige Rolle. In der Schule wäre eine Aufklärung über psychische Krankheiten sinnvoll. Leixnering betont, dass der Zeitpunkt des Eingreifens nicht übersehen werden darf und eine entsprechende Unterstützung gesetzt werden muss. Vermehrter Einsatz von Interaktionsdiagnostik wäre wünschenswert, die Beurteilung der Interventionen ist stets nur im Zusammenspiel zwischen Erwachsenen und Kindern möglich. Wichtig ist, immer den Einzelfall zu betrachten und die protektiven Faktoren stets im Blick zu haben (nicht problemfokussierter, sondern ressourcenorientierter Behandlungsansatz). Eine außerfamiliäre Unterbringung ist häufig eine Maßnahme der Rehabilitation und muss auf mehrdimensionaler Diagnostik im Sinne eines Prozesses beruhen, dabei bedarf es einer sorgfältigen Planung und einer empathischen Vorbereitung sowie einer mehrdimensionalen Evaluation. Die Grundprinzipien der Therapie und Beratung bei Kindern psychotischer Eltern sind nach Leixnering (Seidl 2008:10 ff) eine:

- altersadäquate Aufklärung.
- Fremdunterbringung nur unter strenger Indikation (Abwägen von Belastungs- und Risikofaktoren).
- Kommunikation und Vernetzung mit dem gesamten Helfersystem (Psychiatrie, Psychosozialer Dienst, Patientenanwalt, Jugendamt, Schule, etc.).
- Mobilisierung familiärer Ressourcen zur Stützung des erkrankten Erwachsenen und des belasteten Kindes.

6 Ausblick

- Präventive Diagnostik; Angehörigenarbeit für die Psychohygiene des Kindes.
- Entlastung ohne Traumatisierung: jegliche Trennung von Eltern und Kind muss unter dem Aspekt der Reversibilität erfolgen. Dadurch sollen Schuldgefühle und Sekundärängste vermieden werden. Bei gut indiziertem Bedarf ist eine psychotherapeutische Begleitung notwendig.

Anzudenken ist, dass die **Schulsozialarbeit** in ihrem Betreuungsangebot präventive Interventionen einfließen lässt, welche anhand von Klassenaktionen, Einzelarbeiten mit den SchülerInnen und den LehrerInnen stattfinden. Durch den regelmäßigen Austausch mit der Jugendwohlfahrt können gezielte Maßnahmen entwickelt werden. Nach dem Gesprächsprotokoll von Herrn Mag. Winge (2008) ist eine Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit, welche Klassenaktionen installiert und dann eine spezielle Beratung mit den Jugendlichen anbietet, eine gute Möglichkeit an die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen heranzutreten.

Interventionen in der **Erwachsenenpsychiatrie** erscheinen als sehr sinnvoll. Nach Lenz (2005:183) erfordert ein fachlich fundierter Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern eine interdisziplinäre Handlungsperspektive, in der psychotherapeutisches, psychiatrisch-medizinisches und sozialpädagogisches bzw. sozialarbeiterisches Wissen miteinander verknüpft wird. Eine institutionalisierte Form der Kooperation zwischen Hilfesystemen, welche nicht tagtäglich zusammenarbeiten, ist für eine angemessene Hilfe und Unterstützung essentiell (ebd). Dies betrifft vor allem die Erwachsenenpsychiatrie und die Jugendhilfe. Denn der Auftrag der Psychiatrie ist, die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Elternteiles und der Auftrag der Jugendwohlfahrt ist es das Wohl des Kindes zu wahren (vgl. Kapitel 4.1). Somit hat die Psychiatrie die Einbeziehung in die therapeutische Arbeit der Angehörigen, Partner, Eltern und Geschwister vorzunehmen. Dies wird vermehrt durchgeführt. Doch die Kinder werden immer noch aus dieser Arbeit ausgeschlossen. Die unterschiedlichen Aufträge dieser beiden Institutionen führen oftmals zu strukturellen Konflikten,

6 Ausblick

welche eine konstruktive Zusammenarbeit nicht ermöglichen. So wird die Psychiatrie beschuldigt, die Kinder für den Gesundungsprozess ihrer Eltern zu instrumentalisieren ohne auf die Befindlichkeit und Bedürfnisse der Kinder Rücksicht zu nehmen (vgl. Lenz 2005:184). Gleichzeitig wird das Jugendamt auf seine Kontrollfunktion reduziert (ebd). Möglichkeiten zu der Hilfe und Unterstützung werden nicht wahrgenommen (ebd). Doch genau diese Kooperation ist Voraussetzung für professionelles und zielgerichtetes Handeln. Ein Lösungsvorschlag wäre, dass wenn alle Institutionen bei ihren Aufgaben bleiben und nicht versuchen andere Professionen in ihre Schranken zu weisen, eine erfolgsversprechende Zusammenarbeit gelingen könnte.

Lenz (2008:152) erachtet es als wichtig, die Unterstützungsmaßnahmen für Kinder im Angehörigenbereich der Erwachsenenpsychiatrie an zu siedeln, da diese Bestandteil der Angehörigenarbeit sind. Diese Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen sollten auf drei verschiedenen Ebenen ablaufen (2008:154 ff).

1. Die **Elternebene**: Von Beginn der Betreuung an, sollte das Thema „Eltern-sein“ angesprochen werden. Dabei sollte abgeklärt werden, ob die Kinder betreut werden, wie sie betreut werden und ob Hilfe gewünscht wird. In den Therapiegesprächen und Gruppentreffen ist eine Auseinandersetzung über Familie, Kinder und Erziehungsfragen gefordert. Ein Programm zur Stärkung der Erziehungskompetenzen ist vorstellbar.
2. Auf der **Familienebene** soll über die Möglichkeiten einer Einbeziehung der Kinder in die Behandlung nachgedacht werden. Hierbei erfolgt die Informationsvermittlung über die Erkrankungen und den Krankheits- und Behandlungsverlauf. Anhand von Familiengesprächen wird mehr Transparenz und Offenheit vermittelt. In weiterer Folge kann eine Einzelarbeit mit den Kindern oder eine Gruppenarbeit angestrebt werden.

6 Ausblick

3. Die **Kindesebene**: Nach den Familiengesprächen ist ein Einzelsetting mit den Kinder möglich, da das nötige Vertrauen der Eltern durch Aufklärung der Vorgehensweise erreicht wurde. Die Einzelsettings bieten den Kindern einen geschützten Raum, in denen sie über ihre Ängste und Gefühle sprechen können und gezielte Fragen beantwortet werden. Ihre personalen Ressourcen und Problembewältigungsstrategien können hier, durch die klärungsorientierte Vorgehensweise entdeckt werden. Das Gruppensetting stellt einen geschützten sozialen Lebensraum her, in dem mit anderen Kindern Erfahrungen und Lernmöglichkeiten ausgetauscht werden können.

Ist die Voraussetzung für die Angehörigenarbeit mit Kindern geschaffen, so können andere Einrichtungen aufeinander abgestimmt und installiert werden (Lenz 2008:156 ff). So kann etwa die Jugendhilfe mit regelmäßigen Sprechstunden in einer Klinik eine Beratungsstelle einrichten (ebd). Dieses Konzept entspricht auch der **Psychoedukation**. „Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische, didaktisch-psychotherapeutische Maßnahmen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten. Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Austausch von Informationen unter den Betroffenen und die Behandlung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen.“ (Wiedemann et al. 2003)

Nach Wagenblass (2005:63) fehlt es an einem ganzheitlichen Forschungsansatz, welcher das Gesamtsystem Familie in den Blick nimmt. Daher braucht die Forschung und Praxis, trotz parteilicher Zugänge, eine systematische Perspektive

6 Ausblick

für die Problematik dieser Familien, denn den Kindern kann dann umfassend geholfen werden, wenn das ganze System Familie berücksichtigt und unterstützt wird (ebd).

Dieser Thematik hat sich eine Forschungsgruppe an der Hochschule für Soziale Arbeit in Zürich angenommen. Sie führten 2006 eine Studie zur Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern durch (vgl. Cassée/Los-Schneider/Gavez 2007:23 ff). In der Region Winterthur wurde eine schriftliche Erhebung bei Leistungserbringern aus dem medizinisch-psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem für Erwachsene und aus dem Versorgungssystem für Kinder durchgeführt. Es zeigte sich, dass in dieser Region ca. 700 Kinder unter 18 Jahren von einer psychischen Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind. Die Kinder zeigten eine oder mehrere Auffälligkeiten, am häufigsten Störungen des Sozialverhaltens und Schulleistungsprobleme, wobei bei den männlichen Jugendlichen die Störungen des Sozialverhaltens am meisten vorkommen. Ein weiteres Ergebnis ist, dass die psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile kein isoliertes Problem ist. Es kommen weitere Probleme hinzu wie zum Beispiel: mangelnde Erziehungskompetenz, mangelnde Alltagsstrukturierung, Paarkonflikte, Erwerbslosigkeit, physische oder psychische Gewalt, Isolation mit mangelhaftem Netzwerk sowie Armut. Die Vorschläge für die Profession der Sozialarbeit beginnen im Familiensystem. Die Interventionen sollten sich an der Lebenswelt orientieren und vernetzend handeln. Die Voraussetzung dafür ist das Wissen um Marginalisierungsprozesse, um sozioökonomische Benachteiligung, um Integrationsprobleme und die Möglichkeit diese professionell und frühzeitig zu bearbeiten. Empfehlenswert wäre Case Management und Kooperation zwischen den Helfersystemen. Aber auch Prävention ist essentiell, denn umso früher betroffene Kinder erfasst, unterstützt und gestärkt werden, umso eher wird eigenen psychischen Verhaltensproblemen entgegen gewirkt. Anhand von Leistungsangeboten für Kinder kann dieser präventive Auftrag erbracht werden. Mit einer Aus- und Weiterbildung im Bereich der Sozialarbeit werden ausreichend

6 Ausblick

Kenntnisse über psychische Störungen und deren Auswirkungen auf die betroffenen Kinder vermittelt.

Unter dem Aspekt der Forschungsgruppe von Zürich könnte es zu einer Eröffnung einer neuen Institution kommen, welche sich speziell mit der Zielgruppe „Kinder von psychisch kranken Elternteilen“ beschäftigt. Eine Zusammenarbeit mit allen Institutionen und Betroffenen ist wünschenswert. Dazu zählen die Schule, die Jugendwohlfahrt, die Einrichtungen der Jugendwohlfahrt (zB: SFH, JIB, mobile Jugendarbeit, etc.), das Gesundheitssystem mit den nachbetreuenden Einrichtungen (zB: PSD, sozialpsychiatrische Dienste, etc.) sowie die Betroffenen selbst. Wenn alle Professionen ihre Aufgaben erfüllen kann diese Zusammenarbeit gut funktionieren. Am wichtigsten ist die Kooperation des Gesundheitssystems, da hier schon eine Vorarbeit der behandelnden Ärzte/Ärztinnen bei den Eltern geleistet werden soll. Der Ansprechpartner der Einrichtung könnte ein Case Manager sein. Außerdem sollte die Einrichtung mit allen Beteiligten eine gute Zusammenarbeit aufweisen und eine gleichwertige Position haben. Die Sozialarbeit erweist sich mit der sozialen Vernetzung als sehr geeignet dafür, denn ein großes Pool an geeigneten Angeboten wird erstellt und somit eine umfassende Betreuung gewährleistet. Die Betreuung sollte langfristig sein und an eine bestimmte Person geknüpft sein, da eine stabile Beziehung zu der Betreuungsperson essentiell ist. Wie auch in Deutschland ist an eine Patenschaft zu denken. Erwachsene, welche sich mit betroffenen Kindern und Jugendlichen regelmäßig treffen und so eine kontinuierliche Bezugsperson darstellen. Birgit erwähnte dies auch als Wunsch für andere betroffene Kinder und Jugendliche.

All diese Lösungsvorschläge erscheinen als umsetzbar. Am wichtigsten erscheint, dass das Thema „psychische Erkrankung“ enttabuisiert wird und die Gesellschaft ihre Vorurteile ablegt, indem sie darüber informiert wird. Ein offener Umgang der Personen, die eine meinungsbildende Position besitzen, wie zum Beispiel LehrerInnen oder Ärzte/Ärztinnen, könnten diese Vorurteile abbauen und somit

6 Ausblick

die Schamgefühle bei den Betroffenen verringern. Dadurch würden sich mehr Betroffene und Angehörige an Institutionen des Gesundheitssystems und an sozialpsychiatrische Dienste wenden. Aufgrund der steigenden Nachfrage werden mehr Angebote geschaffen und mehr Betroffenen und Angehörigen wird geholfen. Insbesondere auch Kindern und Jugendlichen, welche auf den ersten Blick keine Betreuungswünsche äußern, jedoch nach genaueren Betrachtung der Situation der Bedarf ersichtlich wird. Deswegen ist es wichtig, dass auf diese Zielgruppe zugegangen wird und nicht gewartet wird, bis ein Bedarf von den Betroffenen gefordert wird. Die Sozialarbeit in der Jugendwohlfahrt kann mit Informationsveranstaltungen eine Bewusstseinsbildung bei Familien erwirken, die betroffen sind oder den betroffenen Familien durch Akzeptanz und Unterstützung im Alltag helfen.

Literatur

- Antonovsky, Aaron / Franke, Alexa (Hrsg.) (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen.
- Baumann, Kerstin Katharina (2000): Ver-rückte Kindheit, Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern, Marburg.
- Beeck, Katja (Hrsg.) (2004): Ohne Netz und ohne Boden. Situation Kinder psychisch kranker Eltern, Berlin.
- Beeck, Katja (2004): Netz und Boden. Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern, Berlin.
- Beeck, Katja (2004): Kinder psychisch kranker Eltern. Ein Thema für die Schule, Berlin.
- Bortz, Jürgen / Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Auflage, Heidelberg.
- Cassée, Kitty / Los-Schneider, Barbara / Gavez, Silvia / Gurny, Ruth (2007): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Herausforderung für die Soziale Arbeit, in: Sozial Aktuell. Die Fachzeitschrift für Professionelle Sozialer Arbeit, (9), 2007, Bern, 23-26.
- Dimova, Aleksandra / Pretis, Manfred (2005): ... und sie sollen es nicht wissen. Möglichkeiten früher Förderung bei Kleinkindern psychisch kranker Eltern, in: Unsere Jugend, (2), 2005, München, 65-74.
- Duché, Didier-Jacques (1987): Das Kind in der Familie. Stuttgart.
- Dunitz-Scheer, Marguerite (2003): Kindheitstrauma. Kinder psychisch kranker Eltern, Klagenfurt.
- Elkind, David (1981): The hurried child. Growing up too fast, Reading Mass.

- Flick, Uwe (Hrsg.) et al. (1995): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, 2. Auflage, Weinheim.
- Flick, Uwe / Kardorff, Ernst von / Steinke, Ines (Hrsg.) (2005): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg.
- Gaby, Rudolf (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Was sie und ihre Mütter und Väter brauchen, Zürich.
- Gundelfinger, Ronnie (1995): Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung eines Elternteils?, in: Pro Juventute - Zeitschrift für Jugend, Familie und Gesellschaft, (1), 1995, Zürich, 4-7.
- Gundelfinger, Ronnie (2002): Wenn dein Vater oder deine Mutter psychische Probleme haben.... Informationen für Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, 3. Auflage, Zürich.
- Homeier, Schirin (2007): Sonnige Traurigtage. 2. Auflage, Frankfurt am Main.
- Hopf, Christel (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick, in: Flick, Uwe (Hrsg.) et al.: Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen, 2. Auflage, Weinheim, 177-182.
- ICD-10-GM 2008, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (2008). 10. Revision. Köln.
- Jones, Rebecca A. / Wells, Marolyn (1996): An empirical study of parentification and personality, in: American Journal of Family Therapy, (24), Juni 1996, Philadelphia, 145-152.
- Jurkovic, Gregory J. (1997): Lost childhood. The plight of the parentified child, New York.

- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage, Weinheim, Basel.
- Lenz, Albert (2002): Empowerment und Ressourcenaktivierung, in: Lenz, Albert (Hrsg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation, Tübingen, 13-53.
- Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen.
- Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen, Göttingen und Wien.
- Lidz, Theodore / Fleck, Stephen (1979): Die Familienumwelt der Schizophrenen. Stuttgart.
- Martin, J. A. (1981): A longitudinal study of the consequences of early mother-infant interaction. A microanalytic approach, in: Monographs of the Society for Research in Child Development, Nr. 46, Serial Nr. 190, Minneapolis.
- Matas, Leah / Arend, Richard A. / Sroufe, L. Alan (1978): Continuity of adaptation in the second year. The relationship between quality of attachment and later competence, in: Child Development, Nr. 49, Louisiana, 547-556.
- Mattejat, Fritz (1985): Familie und psychische Störungen. Eine Übersicht zu den empirischen Grundlagen des familientherapeutischen Ansatzes, Stuttgart.
- Mattejat, Fritz (1993): Subjektive Familienstrukturen. Untersuchungen zur Wahrnehmung der Familienbeziehungen und zu ihrer Bedeutung für die psychische Gesundheit von Jugendlichen, Göttingen.
- Mattejat, Fritz (1996): Kinder mit psychisch kranken Eltern - eine aktuelle Standortbestimmung, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Bonn.

- Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.) (1998): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch kranker, 1. Auflage, Bonn.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim.
- Mayring, Philipp (2005): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Flick, Uwe (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg, 468-475.
- Meyers Lexikon (2008). Mannheim.
- Oerter, Rolf (Hrsg.)(2002): Entwicklungspsychologie. 5. Auflage, Weinheim.
- Remschmidt, Helmut / Mattejat, Fritz (1994): Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. 1. Auflage, Göttingen.
- Riedesser, Peter (1995): Die Reaktion auf die Krebserkrankung eines Elternteils. in: Pro Familia Magazin, (4), 1995, Frankfurt am Main, 7-9.
- Rutter, Michael (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms, in: Rolf, Jon (Hrsg.) / Garmezy, Norman / et al.: Risk and protective factors in the development of psychopathology, 1. Auflage, Cambridge, 181-214.
- Saß, Henning et al. (2003): Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen.
- Schone, Reinhold / Wagenblass, Sabine (2006): Wenn Eltern psychisch krank sind..., Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 2. Auflage, Weinheim und München.
- Seidl, Margit (2007): Fachtagung 2007. Kinder mit psychisch kranken Eltern, in: Zeitschrift für Pflege und Adoption, (01), März 2008, Linz, 10-13.

- Serbanescu, Maria Grigoriu (1993): Kinder psychisch kranker Eltern, in: Markefka, Manfred (Hrsg.) / et al.: Handbuch der Kindheitsforschung. Neuwied, 649-663.
- Sollberger, Daniel (2000): Psychotische Eltern - verletzte Eltern. Zu Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern, Serie 3, Bonn.
- Stayton, Donelda J. / Hogan, Robert / Ainsworth, Mary D. Salter (1971): Infant obedience and maternal behavior. The origins of socialization reconsidered, in: Child Development, Nr. 42, Louisiana, 1057-1069.
- Tronick, Edward Z. / Als, Heidelise / Brazelton, T. Berry (1980): Monadic phases. A structural description analysis of infant-mother face to face interaction, in: Merrill-Palmer Quarterly, Nr. 26, Arizona, 3-24.
- Wagenblast, Sabine (2005): Schwierige Eltern - Schwierige Kindheit?. Kinder psychisch kranker Eltern, in: Unsere Jugend, (2), 2005, München, 54-64.
- Wiedemann, Georg et al. (2003): Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen, in: Nervenarzt, (Volume 74, Nummer 9), 2003, Berlin und Heidelberg, 789-808.
- Witzel, Andreas (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main.
- Wüthrich, Christian / Mattejat, Fritz / Renschmidt, Helmut (1997). Kinder depressiver Eltern, in: Kindheit und Entwicklung, 6, Band 3, Göttingen, 141-146.
- Zimbardo, Philip / Hoppe-Graff, Siegfried (Hrsg.) (1995): Psychologie. 6. Auflage, Berlin.

Weitere Quellen

Bezirkshauptmannschaft Mödling, Stellenbeschreibung vom 17.05.2005.

European Health Forum Gastein: 10 Years Gastein - Shaping the Future of Health,
Bad Hofgastein, Oktober 2007.

Fonds Gesundes Österreich (2007): Jahresbericht 2006. Wien.

Gesprächsnotiz mit Herrn Mag. Winge vom 09.05.2008.

Interviewprotokoll von Alexander vom 20.12.2007.

Interviewprotokoll von Birgit vom 03.01.2008.

Interviewprotokoll von Christian vom 04.01.2008.

Interviewprotokoll von Daniel vom 15.01.2008.

NÖ JWG 1991.

Statistik Austria (2005): Spitalsentlassungen in Akutkrankenanstalten nach
Hauptdiagnosen. Wien.

Statistik Austria (2006): Haushalte, Familien, Lebensformen. Familien.
in www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/familien/index.html am 09.06.2008.

Statistik Austria (2008): Familien 1997-2007. Wien.

WHO World Health Organisation (2008): Mental disorder in
www.who.int/topics/mental_disorders/en/ am 25.06.2008.

Abbildungsverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Statistik Austria, Stationäre Aufenthalte in Akutkrankenanstalten in Österreich von 2005

Abbildung 2: Krankheitsverlauf bei Kindern

Tabellen

Tabelle 1: Forschungstraditionen

Tabelle 2: Unmittelbare Probleme und Folgeprobleme

Tabelle 3: Angebote in Deutschland

Tabelle 4: Angebote in Österreich

Tabelle 5: Personalliste der Jugendlichen

Tabelle 6: Generelle Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern

Anhang

INTERVIEWLEITFADEN

Alltag

- Wer weckt dich jeden Tag zum Schulbesuch auf?
- Machst du dir dein Frühstück selbst?
Bei Nein: Wer macht dir das Frühstück?
- Fährst du mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Schule?
Bei Nein: Wer bringt dich in die Schule?
- Wann finden bei euch die Hauptmahlzeiten statt?
Bei Ja: Wer bereitet sie zu?
Bei Nein: Wie sind eure Essgewohnheiten?
- Was machst du in deiner Freizeit?
- Unternimmst du in deiner Freizeit etwas mit deiner Familie?

Freunde

- Was unternimmst du mit deinen Freunden in der Freizeit?
- Woher kennst du deine Freunde?
- Sprichst du mit ihnen über Probleme?
- Kannst du mit deinen Freunden über die Krankheit deiner Mutter sprechen?
- Bekommst du zuhause Besuch von deinen Freunden?
Bei Nein: Warum kommen sie nicht zu dir nachhause?
Bei Ja: An welchen Orten trifft ihr euch?

Erweiterte Familie/Nachbarschaft

- Wie hast du deinen letzten Geburtstag verbracht?
- Mit wem, außer Vater/Mutter/Großeltern, aus der Familie hast du sonst noch Kontakt? (Tante, Onkel, Cousin, Cousine, Nachbarn, etc.)
- Wie oft hast du mit ihnen Kontakt?
- Was unternimmt ihr miteinander?
- Kannst du mit ihnen über Probleme reden?

Besuchskontakte

- Wie oft siehst du deine Mutter (erkrankter Elternteil)?
- Gehst du gerne zu den Besuchskontakten?
- Wo trifft ihr euch?
- Wie sind die Treffen für dich?
- Kannst du mit deiner Mutter (erkrankter Elternteil) über Probleme reden?

Schule

- Wer kauft für dich die Schulsachen ein?
- Wer geht zu den Sprechtagen deiner Schule?
- Hilft dir jemand bei den Hausübungen?
- Wissen deine LehrerInnen über die Erkrankung deiner Mutter Bescheid?

Bei Ja: Gibt es von den LehrerInnen besondere Hilfestellungen?

Bei Nein: Hättest du gerne, dass deine LehrerInnen darüber Bescheid wissen, damit sie dir eine Unterstützung sind?

- Kannst du dich mit Problemen von zuhause an die LehrerInnen deiner Schule wenden?

Bei Nein: Hättest du gerne, dass du mit deinen LehrerInnen darüber sprechen kannst?

- Sprichst du mit deinen Klassenkameraden darüber?

Professionelle Helfer

- Gibt es außer deiner Familie und deinen Freunden jemand mit dem du über die Erkrankung deiner Mutter reden kannst?

Bei Ja: Wie ist das für dich?

Bei Nein: Kannst du mit der Person nicht darüber reden? Willst du generell nicht darüber sprechen?

- Würdest du gerne öfters darüber reden?

Bei Nein: Hättest du gerne jemand der sich Zeit für dich nimmt?

Bei Ja: Wie oft kannst du dir vorstellen dich mit jemand zu treffen?

Bei Nein: Warum nicht?

AUSWERTUNGEN DER INTERVIEWS

Alexander: Nach dem Interviewprotokoll von Alexander erledigt er die alltäglichen Aufgaben selbstständig. Seine Großmutter kümmert sich um die Schulangelegenheiten und hält regelmäßigen Kontakt zu den LehrerInnen. Die LehrerInnen sind nicht über die psychische Erkrankung seiner Mutter informiert und ihm wäre es unangenehm, wenn sie es wissen würden, da er Angst hat, dass sich die Beziehung zu ihnen verschlechtern würde. In seiner Freizeit spielt er ein Musikinstrument und trifft sich seit ein paar Jahren regelmäßig mit seinen Freunden. Sie haben eine Musikband gegründet und sie proben zu festen Zeitpunkten. An den Wochenenden geht er mit ihnen in Gothic Szene Lokale. Er besucht seine Freunde zuhause, jedoch nicht umgekehrt. Seine Freunde wissen über die psychische Erkrankung seiner Mutter Bescheid und er kann sich mit ihnen darüber austauschen, da auch noch zwei andere Freunde eine ähnliche Situation erleben. Mit seiner Familie (Tanten, Onkel, Cousins und Cousinen) gibt es regelmäßigen Kontakt, welchen die Großmutter initiiert, jedoch kann er sich mit ihnen nicht über Probleme austauschen, da er sich nicht gut mit ihnen versteht. Zu seinem Vater hat Alexander keinen Kontakt und möchte dies auch zukünftig nicht, genauso verhält es sich zu seinem Bruder. Seine psychisch kranke Mutter sieht er alle zwei Wochen. Mit der Erkrankung kann Alexander mittlerweile umgehen und er versteht sie auch, doch kann er mit seiner Mutter nicht über seine Probleme reden. Er sieht sie nicht als Teil seines Lebens und möchte dies nicht ändern. Alexander gibt im Gespräch an, dass er keine Psychotherapie erhält, jedoch vor kurzem auf Wunsch seiner Großmutter, bei einem Psychiater war, welcher ihm ein Neuroleptikum verschrieben hat. Dies soll ihm beim Schlafen und als leichter Aufheller helfen. Seiner Meinung nach benötigt er es nicht, doch damit seine Großmutter und der Psychiater ihn nicht länger belästigen, nimmt er das Medikament. Für Alexander ist der Austausch mit seinen Freunden sehr hilfreich. Ansonsten gibt er an, dass er seine Probleme alleine löst. In Zukunft möchte Alexander entweder beim Berufsbundesheer oder in den Chemiewerken arbeiten. Er ist sich nicht sicher, ob er den Wehrdienst absolvieren

kann, da er nicht weiß, ob er die Aufnahme besteht. Mit 18 Jahren möchte er mit seinen Freunden eine Wohngemeinschaft gründen und die Matura machen.

Birgit kann die alltäglichen Aufgaben gut erfüllen, bei einigen Aufgaben unterstützt sie ihr Vater. Der Vater hält regelmäßigen Kontakt zur Schule und den LehrerInnen und besucht die Elternsprechtage. Birgit kann mit ihren LehrerInnen über Probleme sprechen und über die psychische Erkrankung ihrer Mutter, dass ihr sehr hilft. In ihrer Freizeit spielt Birgit mit ihrem Vater, ihrem Bruder oder ihrer Katze. Sie hört gerne Musik und geht mit ihrer Familie spazieren. Zweimal in der Woche hat sie Sporttraining. Seit dem Umzug bekommt Birgit wenig Besuch von ihren Freunden, nur eine Freundin von ihrem vorherigen Wohnort besucht sie manchmal und umgekehrt. Die Freundinnen von Birgit möchten gerne in das nahe gelegene Einkaufszentrum fahren oder auf Parties gehen, doch sie möchte Spiele spielen. Birgit hat regelmäßigen und sehr guten Kontakt zu ihrer Familie. An jeden Schultag geht sie vor und nach der Schule zu den väterlichen Großeltern, da ihr Vater zeitig zu arbeiten beginnt. An den Wochenenden, sowie manchmal unter der Woche, hat sie Kontakt zu ihren Tanten, Onkel, Cousins und Cousinen. Mit ihrem Vater versteht sie sich sehr gut und kann mit ihm über alles reden. Dies trifft nicht auf ihre psychisch kranke Mutter zu, zurzeit möchte sie keinen Kontakt zu ihr. Außerdem befürchtet sie, dass ihre Mutter ihr gegenüber gewalttätig wird. Ihrem Bruder hilft Birgit bei der Vorbereitung zu seiner Psychotherapieeinheit, ansonsten spricht sie mit ihm nicht über Probleme. Sie selbst geht auch regelmäßig zur Psychotherapie, ihr ist diese Ressource sehr wichtig und sie möchte sie auch in Zukunft weiter nutzen. Birgit wünscht sich für Kinder und Jugendliche, welche einen psychisch kranken Elternteil haben entweder Psychotherapie oder eine Besuchsperson, welche sich speziell mit dem Thema beschäftigt und aus der näheren Umgebung kommt, zum Beispiel eine Lehrperson. Birgit hat zwei Berufsvorstellungen, entweder möchte sie Volksschullehrerin werden oder sie möchte Erwachsenen oder Kindern helfen, welche ein ähnliches Schicksal wie sie haben.

Christian erledigt seine alltäglichen Aufgaben altersadäquat und selbstständig. Seine Großmutter mütterlicherseits führt ihn ein Stück des Schulweges mit dem Auto. Seine Mutter bereitet ihm regelmäßig die Mahlzeiten zu. Die Mutter und die Großmutter haben regelmäßigen Kontakt mit der Schule und besuchen abwechselnd die Elternsprechtage. Die LehrerInnen von Christian sind nicht über die psychische Erkrankung der Mutter informiert, da es ihm unangenehm ist und Christian vermutet, dass sich die Beziehung zu den LehrerInnen verschlechtern könnte. In seiner Freizeit schaut Christian fern oder spielt mit seinen Freunden Fußball. Seine Freunde sieht er regelmäßig, da sie in seiner näheren Umgebung leben. Sie wissen jedoch nicht von der psychischen Erkrankung seiner Mutter und dies soll sich auch nicht ändern. Zu seiner Familie (Tanten, Onkel, Cousins, Cousinen) hat Christian keinen Kontakt, auch nicht zu seinem Vater. Mit seiner Mutter und Großmutter kann er sich über viele Themen unterhalten und sie verstehen sich untereinander sehr gut. Mit seinem Stiefvater spricht Christian nicht über die psychische Erkrankung seiner Mutter. Christian gibt an, dass er keine spezielle Betreuung braucht, da ihm seine Mutter über die Krankheit informiert hat und er versteht es und kann damit umgehen. Seine Berufsvorstellung ist eine Lehre als Einzelhandelskaufmann in einem Sportfachgeschäft zu absolvieren.

Daniel ist bei alltäglichen Aufgaben für sein Alter sehr unselbstständig. Seine Mutter weckt ihn in der Früh auf, bereitet ihm alle Mahlzeiten und begleitet ihn zur Schule. Daniel gibt an, dass der Schulalltag für ihn mit Angst verbunden ist. Die Mutter hat unregelmäßigen Kontakt zur Schule. Die LehrerInnen wissen über ihre psychische Erkrankung Bescheid. Dies hilft Daniel, da er mit ihnen über Probleme sprechen kann. In seiner Freizeit spielt Daniel am Computer, schaut historische Filme oder hört serbische Volksmusik. Seine Freunde sind Schulfreunde bzw. Nachbarn. Er sieht seine Schulfreunde nur in der Schule. Da er aufgrund seiner Erkrankung dies nur unregelmäßig besucht, ist der Kontakt stark eingeschränkt. Die Freunde von Daniel wissen nicht über die psychische Erkrankung seiner Mutter Bescheid. Er möchte nicht, dass sie es wissen. Zu

seiner Familie (Tanten, Onkel, Cousins, Cousinen) hat Daniel wenig Kontakt, da sie in einem anderen Land leben. Mit seinem Vater kann Daniel nicht über seine Probleme reden. Er befürchtet, dass seine Mutter wegen ihm mit physischer Gewalt bestraft wird oder sich seine Eltern deswegen streiten. Auch mit seiner Mutter kann Daniel nicht über Probleme sprechen. Mit seinem Bruder versteht er sich gut, doch sieht er ihn nur sehr selten, da dieser um einige Jahre älter ist, verheiratet und eine eigene Familie hat. Daniel erhält regelmäßig Psychotherapie, diese ist ihm sehr wichtig. Das soll sich in Zukunft nicht verändern. Daniels Berufswunsch ist Computerprogrammierer. Es bleibt die Frage, ob er aufgrund seiner vielen Fehlstunden einen Hauptschulabschluss erlangen wird und infolge in der Lage sein wird, die lange Berufsausbildung aufgrund seiner Krankheit zu bewältigen. Daniel möchte gerne den Wehrdienst beim Bundesheer absolvieren, doch weiß er nicht, ob er dies aufgrund seines schlechten gesundheitlichen Zustandes können wird.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Andrea Hirschhofer, geboren am 15.07.1982 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 02.09.2008

Unterschrift