



Leseprobe aus: Loch, Kinderschutz mit psychisch kranken Eltern, 2. Auflage

ISBN 978-3-7799-3391-5 © 2016 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-3391-5>

II. Forschungsstand

1. Einleitung

Die Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern kommt zunehmend in den Blick der Fachöffentlichkeit der Kinder- und Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie. Indikatoren hierfür sind die wachsende Zahl wissenschaftlicher Publikationen (vgl. Matthejat u. a. 2011) und die Vielzahl von Praxisprojekten, die in den vergangenen Jahren initiiert wurden (vgl. Deneke 2011). Bei vielen dieser Praxisprojekte handelt es sich um befristete (Modell-)Projekte, z. T. mit begleitenden wissenschaftlichen Evaluationen. Diese Ausgangslage ist seit Jahren unverändert, obschon die Notwendigkeit von Regelangeboten für diese AdressatInnengruppe in der Fachöffentlichkeit unbestritten ist (siehe bspw. Trepte 2008; Dörr/Schrappe 2012). Infolge der Projektförderung existiert auch für Fachleute aus der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitssystems, wie Lenz (2009) in seiner Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht in Deutschland konstatiert, „kein gesicherter Überblick über Anzahl, Umfang und Qualität der Hilfen (...). Es ist davon auszugehen, dass eine Reihe von Hilfen nicht regelmäßig angeboten werden bzw. einzelne Initiativen mittlerweile ganz eingestellt werden mussten“ (Lenz 2009:26 f.). Dies bedeutet, es existiert kein ausreichendes (psycho)soziales Unterstützungsangebot für diese AdressatInnengruppe in Deutschland, wie insbesondere die von Lenz (2005) durchgeführte Befragung von betroffenen Kindern und Jugendlichen zeigt. Auch in Österreich stellt sich das Unterstützungsangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern lückenhaft und regional so heterogen dar (vgl. Tyoler 2010), dass übergreifende Aussagen kaum möglich sind. Im 6. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich hebt Scheipl (2011:567) die „Schnittstellenproblematik“ zwischen Jugendwohlfahrt und Kinder- und Jugendpsychiatrie als „wenig zufriedenstellend“ hervor. Ferner bezeichnet er die Forschung als ein „Desideratum im Jugendwohlfahrtsbereich“ (Scheipl 2011:569), was sich auch auf das Fachwissen in der Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Menschen auswirkt.¹

1 Im Bereich struktureller Forschungsförderung zeigt sich ein eklatanter Unterschied zwischen den Situationen der Kinder- und Jugendhilfeforschung in Deutschland und in

Es liegen keine aktuellen, annähernd verlässlichen Zahlen über die Größe dieser gesellschaftlichen Teilgruppe vor (vgl. Lenz 2009), dies gilt sowohl für Deutschland als auch für Österreich. Die zur Verfügung stehenden Zahlen über Kinder mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil gehen auf Schätzungen und Hochrechnungen zurück. Für Deutschland geht die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendhilfe (AGJ 2010:3) aufgrund von Hochrechnungen von zwei bis drei Millionen betroffenen Kindern aus.² Für Österreich schätzt Haselbacher (2010:3) die Zahl von Kindern psychisch erkrankter Eltern auf über 67.000 Betroffene.³ In ihrer aktuellen Studie zur Situation der Jugendhilfe in der Steiermark kommen Heimpartner und Scheipl (2013) zum Ergebnis, dort seien gegenwärtig in 800 Kinder- und Jugendhilfefälle psychische Erkrankungen der Eltern wahrnehmbar.

Nach Mänder und Mutke (2001:12) wird bei einem Drittel der eingeleiteten Sorgerechtsbeschränkungen als Grund „seelische Misshandlung“ angeführt, welche zurückgeht auf „Überbehütung oder symbiotische Fesse-

Österreich. In Deutschland besteht, wie beispielsweise Bock (2010) aufzeigt, eine ausdifferenzierte Forschungslandschaft, die sich aus etablierten Forschungsinstituten und einer vergleichsweise breit aufgestellten Forschung an Hochschulen zusammensetzt. Trotz dieser Ausdifferenzierung bestehen Forschungslücken, u.a. im Bereich Soziale Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien.

Für Österreich konstatiert Scheipl (2010:431): „Es fehlt ein zentrales Institut für Forschungen, statistische Angaben sind kaum vorhanden.“ Dieses Bild zeigt sich, obschon die Jugendhilfeträger seit dem Jugendwohlfahrtsgesetz aus dem Jahr 1989 einen Forschungsauftrag haben. Im Rahmen der mehrjährigen Beratungen zu dem im Mai 2013 in Kraft getretenen österreichischen Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz wurde zunächst die Gründung und Finanzierung eines österreichweiten Forschungsinstitutes für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe angestrebt. Dieses Vorhaben wurde in der Endfassung des Gesetzes nicht realisiert. Diese nicht auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Entwicklung kommentiert Scheipl (2010:431) mit Worten: „Die Lage der Forschung im Bereich der Sozialen Arbeit ist noch prekär.“ Somit ist von der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes keine grundlegende strukturelle und finanzielle Veränderung für die Kinder- und Jugendhilfeforschung zu erwarten, auch wenn in den §§ 14 und 45 Forschung thematisiert wird. Für eine Veränderung bedarf es weiterer struktureller Maßnahmen.

- 2 Basis dieser Angaben sind Hochrechnungen über Prävalenzraten psychischer Erkrankungen, Anzahl von Haushalten mit Kindern sowie durchschnittliche Kinderzahlen.
- 3 „Drei bis elf Prozent der in der EU lebenden Kinder haben einen Elternteil, der psychisch erkrankt ist. In Österreich schätzen wir den Anteil der Kinder mit einer psychisch kranken Mutter auf ca. 67.000. Die tatsächliche Betroffenheit ist aber noch größer. Denn bei diesen Zahlen fehlen noch die Kinder psychisch kranker Väter, zu denen aktuell keine Daten vorliegen“ (Haselbacher 2010:3).

lung der Kinder, zum Beispiel durch psychisch kranke Eltern“ (Lenz 2009:7). Hochgerechnet bedeutet dies, „dass bundesweit bei einer Anzahl von 1.500 bis 1.800 Fällen eine psychische Krankheit der Eltern bzw. eines Elternteils zumindest einen auslösenden Faktor für eine Sorgerechtsbeschränkung darstellt“ (Lenz 2009:7). Vergleichbare Zahlen liegen für Österreich nicht vor. Für beide Länder legen die vorliegenden Daten eine ansteigende Häufigkeit von diagnostizierten psychischen Erkrankungen nahe.⁴ Gleichzeitig nähert sich die Fertilitätsrate von Menschen mit psychischen Erkrankungen dem Bevölkerungsdurchschnitt an (vgl. Deneke 2005; Jungbauer 2010). Diese Zahlen legen nahe, dass Kinder psychisch erkrankter Menschen gesellschaftlich zu einer wachsenden Gruppe gehören. Sie werden in den kommenden Jahren vermehrt nach biopsychosozialen Unterstützungsangeboten nachfragen.

Die professionelle Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien findet an der Schnittstelle von drei gesellschaftlichen Teilsystemen (s. o.) statt, welche bislang wenig vernetzt sind, tendenziell eher punktuell kooperieren und nicht selten konkurrieren. Dies spiegelt sich auch in der Forschungslandschaft wider. Es dominieren regionale (praxisbegleitende) Einzelstudien, die zumeist in der jeweiligen disziplinären Logik verhaftet bleiben und oftmals vorwiegend innerhalb der jeweiligen gesellschaftlichen Teilsysteme zur Kenntnis genommen werden. Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit werden in Publikationen spezifisch zur Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern vor allem für die Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie thematisiert (bspw.

4 Der Bundesgesundheitsurvey zeigt für Deutschland bei Erwachsenen eine Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Erkrankungen von 31,1%, für Frauen liegt sie bei 37% und für Männer bei 25,3% (vgl. Jacobi/Harfts 2007). Die europäische Studie von Wittchen und KollegInnen (2011:672) ermittelt zwischen 2005 und 2010 eine Steigerung der Erkrankungshäufigkeit, die jedoch auch mit einer Ausweitung der in die Forschung einbezogenen psychiatrischen Diagnosen einhergeht: „The results of this EU review are by and at large consistent with those of earlier international studies where a similar range of disorders is considered. However, we document that the true range of mental disorders is obviously considerably larger than the previously available ‚best-estimate‘ of 27% suggested in 2005 (...). The present survey has covered 27 diagnoses, adding 14 more core diagnoses of mental disorders arriving at a conservative estimate of 38.2%. Thus, well over one third of the EU population during any given twelve month period suffers from mental disorders alone, most of which are not receiving any treatment.“ Beide Studien subsumieren Störungen durch psychotrope Substanzen unter psychische Erkrankungen. Aufgrund von unterschiedlichen Untersuchungskohorten und unterschiedlich weit bzw. eng gefasstem Diagnosen-Spektrum variieren die vorliegenden Zahlen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen, sodass zuverlässige Aussagen kaum möglich sind.

Berkemeyer 2012; Kölch 2009; Schmutz 2010; Schone/Wagenblaus 2010). Unspezifisch wird auch auf den Veränderungsbedarf in der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie verwiesen (vgl. Bütow/Maurer 2011; Scheipl 2011).

Eine weitere Auffälligkeit der bisherigen Studien zur Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern ist, dass sie sich im Wesentlichen auf Kinder ab dem Schuleintrittsalter sowie auf Säuglinge und Kleinkinder konzentrieren. Es existiert kaum Forschung zur Situation von drei- bis sechsjährigen Kindern psychisch erkrankter Eltern, obgleich dieses Alter neben dem Jugendalter als besonders vulnerable Lebensphase angenommen wird. So mutmaßen Kaiser, Bockling, Wiegand-Grefe und Plass (2011:254), „dass Vorschulkinder innerhalb der Gruppe von Kindern psychisch kranker Eltern eine besondere Hochrisiko-Gruppe darstellen.“ Diese Forschungslücke geht einher mit einem auffallenden Angebotsdefizit für diese Altersgruppe in der psychosozialen Praxis. Die vorhandenen spezialisierten Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern richten sich vorwiegend an ältere Kinder und/oder Jugendliche, z.B. in Form von Gruppenangeboten⁵ oder Patenschaften⁶. Vereinzelt bietet die Kinder- und Jugendhilfe fami-

5 Diese Gruppen nennen sich oftmals „Auryn-Gruppen“. Auryn ist der Name eines Amuletts, das Kraft und Mut vermittelt im Buch „Die unendliche Geschichte“ von Michael Ende (1979). Nach diesem Amulett wurden die in den 1990er-Jahren im Rahmen eines Modellprojektes durchgeführten Gruppen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in Freiburg benannt. Dieses Gruppenangebot gilt als Pionierprojekt, an dem sich nachfolgende Angebote orientieren (vgl. Deneke 2011), wie die Übernahme des Namens Auryn an vielen Orten u.a. in Frankfurt, Hamburg und Trier zeigt.

In Deutschland sind die Gruppenangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern gegenwärtig an der Schnittstelle von Psychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt. Das Angebot richtet sich an Kinder ab ca. sieben Jahren. Die Gruppen verzichten bewusst auf psychiatrische Elemente, stattdessen geht es – je nach Träger und Alter der Kinder bzw. Jugendlichen variierend – um freies Spielen, Gespräche und Freizeitangebote mit dem Ziel der Entlastung von Schuldgefühlen, Steigerung von Selbstwert (-gefühlen), der sozialräumlichen Vernetzung (auf der Peer-Ebene) und der Psychoedukation. Inzwischen sind in diese Gruppenangebote – soweit es die Finanzierung erlaubt – auch Elemente der Elternarbeit und Familienfreizeitangebote integriert, um Ängste der Eltern vor Verlust ihrer Kinder durch neue Beziehungspersonen für die Kinder und Konkurrenzgefühle zu den Fachkräften zu reduzieren sowie Eltern neue Verstehenszugänge zur Situation ihrer Kinder zu ermöglichen. Vgl. hierzu bspw. Deneke und Kolleginnen (2008) sowie Magolei und Jungbauer (2010).

6 Patenschaften sind lebensweltnahe Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, die Kinder psychisch erkrankter Eltern kontinuierlich durch unterstützende Freizeitangebote und verlässliche Einbindung in eine weitere Familie entlasten sollen. In Krisenzeiten werden Patenfamilien idealerweise zu Krisenpflegefamilien. Patenschaften stellen bisher ein Ni-

lienorientierte Settings in Form von Erziehungsberatungsstellen (z.B. in Würzburg, vgl. Dörr/Schrappé 2012) und Familienberatungsstellen (z.B. Leipzig, vgl. Gorspott 2011) mit einer Schwerpunktsetzung auf Familien mit psychisch erkrankten Angehörigen sowie spezialisierte Sozialpädagogische Familienhilfen an, welche auch die Situation von jüngeren Kindern berücksichtigen.

Ältere Kinder und Jugendliche kommen ferner über Befragungen von PatientInnen der stationären Erwachsenenpsychiatrie (vgl. Kölch 2009; Steizig-Schöler u.a. 2011) über Interviews mit Kindern von PatientInnen der Erwachsenenpsychiatrie (vgl. Lenz 2005) sowie über Interviews mit Kindern psychisch erkrankter Eltern, die in kinderpsychotherapeutischer Behandlung sind (vgl. Reininghaus/Jungbauer 2010), in den Blick der Forschung. Publikationen zu Säuglingen und Kleinkindern gehen vorwiegend auf Erfahrungen zurück, die auf kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Stationen gewonnen werden (vgl. Deneke 2005; Deneke/Lucas 2008; Lenz 2005). Möglicherweise erklärt sich die Forschungslücke zu Kindern psychisch erkrankter Eltern im Kita-Alter mit der vorwiegend praxisbegleitenden Forschungsausrichtung im Handlungssegment Kinder psychisch erkrankter Eltern und der in der psychosozialen Praxis kaum vorhandenen Angebotsstruktur für diese Altersgruppe.

Aufgrund der Forschungslage wird im weiteren Kapitelverlauf häufig die Situation von älteren Kindern dargestellt, um hierüber verallgemeinernde Schlüsse auf die Lebenslagen von Kindern psychisch erkrankter Eltern ziehen zu können. Im weiteren Verlauf wird sich die vorliegende Studie auf Basis der gewonnenen Daten zunehmend auf die Situation der Kinder bis zum Schulalter konzentrieren, u.a. um Unterstützungsbedarfe und Möglichkeiten des Kinderschutzes herauszuarbeiten.

schenangebot in Deutschland dar, das ausgehend von Hamburg im Jahr 2000 bis in die Gegenwart lokal sehr unterschiedlich ausgestaltet wird. In Hamburg wie im Landkreis Cuxhaven gehören Patenschaften zwischenzeitlich zur festen Angebotsstruktur der Kinder- und Jugendhilfe. In Hamburg stehen zwölf Plätze zur Verfügung (vgl. Deneke u.a. 2008). Nach Beckmann und Szyłowicki (2011:194) können „im Schnitt jährlich nur etwa 10% der Anfrage bedient werden.“ Im Unterschied zu Hamburg ist das Angebot im Landkreis Cuxhaven „ausdrücklich bedarfsorientiert“ (Trepte 2008:85). Siehe auch die forschungsbegleiteten Modellprojekte in Bremen (vgl. Schreier/Wagenblass 2013) und in Bielefeld (vgl. Linthorst/Rehder/Bauer 2012).

2. Kinder psychisch erkrankter Eltern gelten als Risikogruppe

Kinder psychisch erkrankter Eltern wachsen mit einem erhöhten Risiko auf, ebenfalls eine psychische Erkrankung auszubilden (vgl. Deneke 2005; Lenz 2005; Remschmidt/Mattejat 1994; Steizig-Schöler u.a. 2011). Diese Prognose geht vor allem auf Forschungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie zurück. So kommt eine Untersuchung am Salzburger Universitätsklinikum, welche auf einer Elternbefragung unter PsychiatriepatientInnen basiert, zu folgendem Ergebnis:

„Die vorliegenden Daten belegen ein signifikant erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern psychiatrischer Patienten. Mit 38,4% besteht ein um 2-4-fach erhöhtes Risiko in unserer Stichprobe im Vergleich zur Normalbevölkerung. Die häufigsten psychischen Auffälligkeiten lagen im emotionalen, im sozialen sowie im Bereich Lern- und Leistungsstörungen, wobei 60% der betroffenen Kinder mehr als nur eine Auffälligkeit aufweisen.“ (Steizig-Schöler u.a. 2011:197)

In psychiatrischen Publikationen werden Kinder psychisch erkrankter Eltern aufgrund ihres erhöhten Krankheitsrisikos und ihrer weitgehenden Nichtbeachtung im Gesundheitssystem, solange sie nicht durch eigene Symptome auffällig werden, z.T. als „Hochrisiko-Gruppe“ (Mattejat u.a. 2011:13) bezeichnet. Ein erhöhtes Risiko zur Ausbildung von psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen bleibt im Verlauf des Lebens für Kinder psychisch erkrankter Menschen bestehen (vgl. Mattejat 2011; Werner/Smith 1992; Werner 2012). Lenz (2008:7) fasst die Diskussion um die quantitative Ausprägung der Erkrankungsrisiken wie folgt zusammen: „Es zeigte sich, dass Kinder, die in Familien aufwachsen, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, (...) ein gegenüber Vergleichsgruppen um den Faktor zwei bis drei erhöhtes Risiko tragen, selbst eine psychische Störung zu entwickeln.“ Wenn beide Eltern und weitere Familienangehörige an einer psychischen Erkrankung leiden, potenziert sich das Erkrankungsrisiko.

Neben diesem allgemeinen Risiko der Erkrankung zeigen Einzelstudien die spezifischen Erkrankungsrisiken für Kinder psychisch erkrankter Menschen bezogen auf einzelne Krankheitsgruppen wie Depression (vgl. Bardlee u.a. 2009a, b; Downey/Coyne 1990) und Schizophrenie (vgl. Remschmidt/ Mattejat 1994) auf. Lenz kommt beim Vergleich der Studien zu folgendem Ergebnis: „Betrachtet man die vorliegenden Befunde aus der Risikoforschung über Art der elterlichen Erkrankung sowie Form und Ausmaß der kindlichen Störungen, so wird deutlich, dass die Auftretens-

wahrscheinlichkeit klinisch relevanter psychischer Beeinträchtigungen der Kinder über verschiedene elterliche Diagnosen hinweg gleich ist“ (Lenz 2008:12). Somit können aus psychiatrischen Diagnosen der Eltern die Krankheitsrisiken und Belastungen ihrer Kinder nicht linear interpretiert werden. Hinzu kommt, dass die Auffälligkeiten der Kinder mit den Erkrankungen der Eltern nicht identisch sein müssen.

Die Ergebnisse der Risikoforschung zeigen (z.B. Sameroff/Seifer/Zax/Barocas 1987; Steizig-Schöler u. a. 2011) vielmehr, dass

- a) **krankheitsbezogene Faktoren** wie Schweregrad der elterlichen Erkrankung, Art der elterlichen Symptomatik, Chronizität der Symptome, Komorbidität psychischer Erkrankungen, Relation zwischen Rückfallhäufigkeit und symptomfreien Phasen
- b) in Kombination mit der **Familienkonstellation** wie Alter der Kinder bei der elterlichen Erkrankung, Anzahl weiterer erkrankter Familienmitglieder und Familienklima
- c) sowie **chronischen sozialen Belastungen** wie Armut, Arbeitslosigkeit und soziale Isolation

entscheidendere Belastungsfaktoren für Kinder psychisch erkrankter Eltern darstellen als die Art der elterlichen Erkrankung (bzw. die Diagnose). Obgleich also die High-Risk-Forschung Zusammenhänge zwischen der elterlichen psychischen Erkrankung und Entwicklungsstörungen bei den Kindern aufzeigt, wird anhand ihrer Ergebnisse dennoch die Bedeutung der Genetik für das Herausbilden psychischer Erkrankungen relativiert. Die in klinischen Kontexten entwickelten Belastungsindizes zeigen: „Keiner der untersuchten Risikofaktoren (nicht einmal die psychische Erkrankung eines Elternteils) führte für sich allein genommen zu einer erheblichen Erhöhung des kindlichen Erkrankungsrisikos“ (Beardslee u. a. 2009b:18). Mattejat und KollegInnen (2011:18) resümieren: „Bei den meisten psychischen Erkrankungen spielt der Erbfaktor eine wichtige Rolle. Dabei wird nicht die Krankheit als solche vererbt, sondern die Verletzlichkeit für eine Erkrankung.“ Dies bedeutet, psychosoziale Einflüsse sind von besonderer Relevanz bei der Hervorbringung von psychischer Erkrankung und Gesundheit, „und zwar sowohl im positiven als auch im negativen Sinne“ (Lenz/Kuhn 2011:269).

Infolge dieser Erkenntnis erhalten die (psychosozialen) Lebensbedingungen von Kindern psychisch erkrankter Eltern und ihren Familien sowie familiale und personale Ressourcen erhöhte Aufmerksamkeit in Forschung und Praxis. Dies geschieht vor allem über Ansätze der Resilienzforschung (vgl. Walsh 2012; Werner/Smith 1992) und der Copingforschung (vgl.

Kuhn/Lenz/Jungbauer 2011). Deneke zieht vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Resilienz- und Bindungsforschung folgendes Fazit aus den Ergebnissen der Risikoforschung:

„Schwere und Chronizität der elterlichen Erkrankung sowie die allgemeinen psychosozialen Risikofaktoren sind für die kindliche Entwicklung von sehr viel größerer Bedeutung als die bei den Eltern gestellte Diagnose.

Die psychosozialen Faktoren summieren sich nicht nur, sondern verstärken sich gegenseitig (...).

Trotz starker genetischer Einflüsse sind es also hauptsächlich die Umweltbedingungen, die zur Manifestation der Veranlagung führen oder aber sie verhindern.

Deshalb sind präventive Interventionen, die an den Umweltbedingungen ansetzen und die schützenden Faktoren stärken, gerade bei vulnerablen Kindern sinnvoll und notwendig.“ (Deneke 2009:399)

Belastende psychosoziale Faktoren, welche das Wohlergehen von Kindern wesentlich beeinflussen, sind chronische familiäre Konflikte, soziale Isolation, Stigmatisierung (vgl. Lenz 2005; Dunn 1993), anhaltende Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Deneke/Lucas 2008), nachhaltige Beeinträchtigung der elterlichen emotionalen Verfügbarkeit (vgl. Alberman/ Gäumann/Müller/Gutmann/Gundelfinger 2012; Crittenden 2005) sowie das Erleiden von direkter Gewalt und Zeugenschaft von Gewalt (vgl. Dunn 1993; Lenz 2009). Kinder psychisch erkrankter Eltern sind diesen psychosozialen Belastungen vermehrt ausgesetzt. Diese Belastungen gehen in der Regel einher mit erhöhten sozioökonomischen Benachteiligungen. Zu den für diese AdressatInnengruppe relevanten sozioökonomischen Belastungen gehören Arbeitslosigkeit der Eltern und deren Folgen wie Armut, beengte Wohnverhältnisse, benachteiligte gesundheitliche Versorgung sowie (sozialräumlich) beschränkte Zugangsmöglichkeiten zu Freizeitangeboten (Lenz 2009).

Angesichts der sozialen Belastungen, unter denen viele Kinder psychisch erkrankter Eltern leiden, gilt es, die Entwicklung zu hinterfragen, Kinder psychisch erkrankter Eltern als Risikogruppe zu bezeichnen. Vielmehr wachsen Kinder psychisch erkrankter Eltern vermehrt unter riskanten Lebensbedingungen auf, weshalb ein Teil von ihnen zu KlientInnen der psychiatrischen Versorgung und/oder zu AdressatInnen der Kinder- und Jugendhilfe wird. Hier erscheint eine Veränderung der Problemzentrierung im Interesse der betroffenen Kinder und ihrer Familien sinnvoll. Die Diskussion um High-Risk-Gruppen erklärt die betroffenen Kinder zur potenzi-

ellen Problemgruppe. Aus dem Fokus geraten hierdurch zunehmend die Lebenslagen, mit denen die Kinder belastet sind (vgl. Helming 2013). Mit der Fokussierung auf High-Risk-Gruppen wird die von den betroffenen Kindern lebensweltlich erfahrene Stigmatisierung auf die Darstellung der Kinder in der Forschung und in den Hilfesystemen ausgedehnt.

3. Die Resilienzforschung erweitert den Fokus hin zu familialen Schlüsselprozessen

Resilienz meint sowohl den Prozess der gelingenden Bewältigung schwieriger Lebensbedingungen über ein Wechselspiel zwischen Individuum, Familie, sozialem Umfeld und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen als auch dessen Ergebnis. Im Mittelpunkt der Resilienzforschung stand lange die individuelle Bewältigungsleistung in schwierigen Lebenssituationen, auch wenn soziale und familiale Schutz- und Risikofaktoren benannt wurden. In der klinischen Arbeit mit Familien mit chronisch erkrankten Menschen erweiterte sich das Verständnis von Resilienz um die Mehrgenerationenperspektive (vgl. Rolland 2012; Walsh 2012).

Die bekannteste Studie der Resilienzforschung ist die „Kauai-Längsschnittstudie“ von Werner und Smith (1992). Die Ergebnisse der Studie lenken die Aufmerksamkeit auf förderliche Lebensbedingungen und personale Ressourcen, die das „Gedeihen trotz widriger Umstände“ (Welter-Enderlin/Hildenbrand 2012) unterstützen. Die Ergebnisse der Kauai-Studie zeigen: Ein Drittel der Kinder, die unter widrigen Umständen wie elterlichen psychischen Erkrankungen aufwuchsen, sind auch im Erwachsenenalter resilient (vgl. Werner 2012). Die Ergebnisse der Resilienzforschung spiegeln sich ebenfalls in den Erhebungen zur Situation von Kindern psychisch erkrankter Eltern wider: „Dennoch ist ein Drittel der betroffenen Kinder und Jugendlichen resilient und entwickelt trotz hoher Belastung keine Störung, ein weiteres Drittel entwickelt vorübergehende Auffälligkeiten, beim verbleibenden Drittel zeigen sich persistierende psychische Störungen“ (Albermann u. a. 2012:1522). Dies bedeutet, dass es zwei Dritteln der betroffenen Kinder und Jugendlichen – trotz Belastungen – gelingt, weitgehend psychisch gesund zu bleiben. Resilienz- und Risikoforschung fokussieren jeweils eine Teilgruppe der Kinder. Während die Resilienzforschung das Gedeihen von zwei Drittel der Kinder hervorhebt, lässt die Risikoforschung auf Basis des gefährdeten Drittels die betroffenen Kinder insgesamt zur sogenannten High-Risk-Gruppe werden.

Resiliente Kinder erhalten Unterstützungen im sozialen Umfeld, z.B.

durch Verwandte, Nachbarn und/oder LehrerInnen und nehmen diese auch an (vgl. Werner/Smith 1992). Ferner verfügen sie über bzw. entwickeln sie schützende personale Ressourcen. Zu wichtigen personalen Ressourcen zählen eine positive Lebenseinstellung und ein ausreichend gutes Selbstwertgefühl, welches sich in gelingenden Beziehungen und über Erfahrungen von Selbstwirksamkeit entwickelt. Förderlich hierfür sind kindgerechte Lebenswelten, in denen Kinder entsprechend ihrem Alter und ihrem Entwicklungsstand ausreichend Aufmerksamkeit ihrer Bezugspersonen erhalten sowie „klare Strukturen und Regeln im Haushalt und Zusammengehörigkeitssinn“ (Homfeldt/Sting 2006:114) erleben. Als weiterer Schutzfaktor zählt die Fähigkeit, über Reflexion, Flexibilität und Eigenmotivation (gemeinsam mit anderen), neue Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Ebenso gelten Bildungsorientierung, Impulskontrolle und altersadäquate Kommunikation als personale Ressourcen.

Elternarbeit als Resilienzfaktor

Auch die Befähigung, sich von förderlichen Personen und Institutionen unterstützen zu lassen, stellt einen Schutzfaktor dar. Diese Befähigung meint sowohl Anfragen um Unterstützung für bzw. durch Kinder als auch das elterliche Einverständnis mit der Annahme von Unterstützungsangeboten durch ihre Kinder. Insbesondere das Erhalten und Aufrechterhalten der emotionalen Erlaubnis der Eltern gegenüber ihren Kindern, Unterstützung durch Dritte anzunehmen, stellt im Kontext der Arbeit mit psychisch erkrankten Eltern eine große Herausforderung an psychosoziale Fachkräfte dar. Emotional verstrickte Eltern-Kind-Beziehungen sind ein wesentlicher Grund für den Abbruch von Hilfsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern, insbesondere wenn sich die Kinder durch die Hilfen gestärkt fühlen. So gingen beispielsweise in Hamburg über 50% der Abbrüche der ambulanten Gruppenangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern zurück auf „Probleme der Mütter, ihren Kindern so viel eigenen Raum zuzugestehen“ (Deneke u.a. 2008:72f.). Dies bedeutet, Kinder psychisch erkrankter Eltern müssen eine gewisse Individuation erreicht haben, wenn sie außerhalb der Familie durch ambulante Angebote auf der Peer-Ebene unterstützt werden. In der Folge richten sich Gruppenangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern eher an ältere Kinder (z.B. in Hamburg ab acht Jahren) und Jugendliche. Kinderorientierte Hilfsangebote inkludieren – aufgrund der beschriebenen Erfahrungen mit verstrickenden familialen Beziehungen – inzwischen auch begleitende Elternarbeit, soweit hierfür die finanziellen Ressourcen zur Verfügung stehen (vgl. Deneke 2011). Diese

Verstrickungen in Eltern-Kind-Beziehungen, welche das Getrenntsein von Eltern und Kindern immer wieder zu einem problematischen Thema in Familien mit psychisch erkrankten Eltern werden lässt, zeigt die Notwendigkeit von familienorientierten Ansätzen für die Arbeit mit denjenigen Eltern, die professionelle Unterstützung wünschen bzw. suchen. Deneke, Beckmann und Dierks (2008:75) resümieren: „Für diese Familien mit jüngeren Kindern [gemeint sind Kinder unter acht Jahren; U.L.] bzw. die stärker verstrickten Familien erscheinen Familiengespräche, möglicherweise auch Familiengruppen besser geeignet als unser getrennt erlebtes Gruppenangebot für die Kinder.“ Somit zeigt die Evaluation der ambulanten Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern, bei der Eltern wie auch Kinder der Teilnahme der Kinder zustimmten, die grundlegende Notwendigkeit der Familienorientierung in klinischen und pädagogischen Settings zur Unterstützung dieser AdressatInnengruppe.⁷ Pointiert bedeutet dies, wirkungsorientierte Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern müssen Elternarbeit inkludieren, sofern die Eltern für die Kinder erreichbar sind und Gründe des Kindeswohls nicht gegen das Einbeziehen der Eltern sprechen.

Schlüsselprozesse familialer Resilienz

Diese Perspektivenerweiterung in der psychosozialen Arbeit mit Kindern psychisch erkrankter Eltern korrespondiert mit neueren Entwicklungen in der Resilienzforschung. Wie dargelegt, verschob sich mit der Resilienzforschung der Aufmerksamkeitsfokus zunächst von der Vulnerabilität der Kinder (psychisch erkrankter Eltern) hin zum Prozess der biopsychosozialen Anpassung und seinen Ergebnissen. Inzwischen kommen nicht nur die Individuen, sondern zunehmend auch die Familien und ihre Ressourcen in den Fokus. „Resilienz (...) plädiert für Investition in Familien statt für Minimierung von Risiken“ (Borst 2012:197). Im Rahmen einer Metanalyse von Studien aus der Resilienzforschung arbeitete Walsh (2012) drei Schlüsselprozesse zur Entwicklung familialer Resilienz heraus. Resiliente Bewältigung einer Erkrankung innerhalb einer Familie ist demnach verknüpft mit den Schlüsselprozessen (1) familiäre Krankheitsvorstellungen, (2) familiäre

7 Ambulante Gruppenangebote für ältere Kinder und Jugendliche psychisch erkrankter Eltern gibt es in klinischen Settings (vgl. Reinisch/Schmuhl 2012), kliniknahen Settings (vgl. Deneke u.a. 2008) wie auch als Angebot der Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Dörr/Schrapppe 2012; Trepte 2008). Die Notwendigkeit zur Elternarbeit betrifft alle Settings.

Kommunikationsprozesse und (3) familiäre Strukturierungen (vgl. Walsh 2012: 60ff.). Resilienten Familien gelingt es auf Basis ihrer Ressourcen, mit Unterstützung durch ihr soziales Umfeld und/oder durch Institutionen der biopsychosozialen Versorgung,

- a) in widrigen Situationen wie bei der psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes, eine konstruktive Sinnfindung und eine optimistische Lebenseinstellung zu entwickeln;
- b) auch in Krisensituationen klar zu kommunizieren – unterstützend sind dabei Kommunikationsprozesse, die den Familienmitgliedern auch das Ausdrücken widersprechender Emotionen und Gefühle und die Entwicklung einer gemeinsamen Problemlösung ermöglichen;
- c) sich flexibel und kohärent (d. h. miteinander verbunden) zu organisieren – für einen konstruktiven Neustrukturierungsprozess bedarf es des Respekts vor den Bedürfnissen, Möglichkeiten und Grenzen jedes einzelnen Familienmitglieds, der Bereitschaft verbindlicher Unterstützung innerhalb der Familie sowie der Bereitschaft zur Suche nach neuen Verbindungsmöglichkeiten zwischen Familienmitgliedern, was Offenheit für Veränderungen und (Bereitschaft für) kooperative Beziehungen voraussetzt.

Walsh sieht die Aufgabe des Gesundheitswesens und der sozialen Unterstützungssysteme darin, Familien bei der (Weiter-)Entwicklung resilienzorientierter Schlüsselprozesse zu fördern, damit Familien auch mit schwierigen Phasen resilient umgehen können.

„Wenn Interventionen darauf abzielen, dass die Schlüsselprozesse der Resilienz gestärkt werden, erwerben Familien eine gewisse Findigkeit, mit Krisen umzugehen, fortwährende Belastungen durchzustehen und zukünftigen Herausforderungen zu begegnen (...). Resilienzorientierte Herangehensweisen geben der Familie dadurch Kraft und Stärke, dass sie in ihren Mitgliedern Hoffnung wecken, in ihnen neue Kompetenzen entwickeln, vorhandene auffrischen und das familiäre Band festigen.“ (Walsh 2012:77)

Resilienz stärkt die Verarbeitungs- und Handlungsmöglichkeiten von Familienangehörigen in schwierigen Lebenssituationen. Resilienz bedeutet in dieser Mehrgenerationenperspektive explizit nicht, dass (resiliente) Familien in schwierigen Situationen gesellschaftlich alleine gelassen werden, d. h., ohne Unterstützung durch AgentInnen des Gesundheits- und/oder Sozialwesens verbleiben. Fortgesetzte chronisch oder periodisch verlaufende psychische Erkrankungen können Familien überfordern, insbesondere, da schwere chronische Erkrankungen oftmals Zukunftshoffnungen einschrän-

ken. Resilienz stärkt die Möglichkeiten der Familien, gelingende Formen der Bewältigung in scheinbar ausweglosen Situationen zu finden und realistische Zukunftshoffnungen zu entwickeln (vgl. Beardslee u. a. 2009b).

Resilienzorientierte Schlüsselprozesse in Familien mit psychisch erkrankten Eltern fördern

Die von Walsh (2012) herausgearbeiteten Schlüsselkompetenzen familialer Resilienz sind tendenziell eher schwach ausgebildet in Familien mit psychisch instabilen und psychisch erkrankten Menschen, weshalb dieser Ansatz attraktiv ist für den Zugang zu dieser AdressatInnengruppe (vgl. z. B. Müller 2008). Psychische Erkrankungen sind interpersonale Erkrankungen, die nachhaltig die kommunikativen Möglichkeiten und die Beziehungen der Betroffenen beeinflussen. „Ein Grundtheorem unserer Arbeit ist, dass depressive Erkrankungen innerhalb der Familie deren Fähigkeit zerstören, miteinander zu sprechen und der Erkrankung gemeinsam einen Sinn zu geben (...). Diese Kapazitäten wiederherzustellen ist äußerst wichtig“ (Beardslee u. a. 2009b:24). Beardslee und Kolleginnen entwickelten in den USA auf Basis dieser Erkenntnis ein familienorientiertes Interventionskonzept, welches folgende vier Säulen enthält: „Verbesserung der elterlichen Konzentration auf die Kinder, Verbesserung der Problemlösung und Kommunikation innerhalb der Familie sowie Erhöhung des gegenseitigen Verständnisses“ (Beardslee u. a. 2009b:19). Ziel dieses Konzeptes ist, psychisch erkrankte Eltern und ihre Familien zu befähigen, selbstständig Risikofaktoren zu modifizieren sowie Schutz- und Risikofaktoren auszubalancieren, um Prozesse personaler und familialer Resilienz zu ermöglichen.

Eltern brauchen als Unterstützung sichere und förderliche soziale Rahmenbedingungen, um familiale Schutzfaktoren in ausreichendem Umfang (weiter-)entwickeln zu können. „Um Familien in die Lage zu versetzen, sich an dem Prozess der Förderung von Schutzfaktoren für ihre Kinder zu beteiligen, müssen sie zunächst den Freiraum haben, sich auf ihre Kinder zu konzentrieren“ (Beardslee u. a. 2009b:21). Zu diesem elterlichen Freiraum zählen Beardslee und Kolleginnen explizit auch Zugang zu biopsychosozialer Unterstützung der Kinder (z. B. zu Therapien oder Nachhilfe) sowie eine gesicherte und ausreichende (öffentliche) Kinderbetreuung. „Wir erkannten, dass ein Großteil unserer Arbeit darin bestehen musste, die Familien zu unterstützen, die benötigte Betreuung zu erhalten“ (Beardslee u. a. 2009b:21). Entlastung der Eltern ist ein Baustein im Prozess der Entwicklung familialer Resilienz, da die „elterliche Fähigkeit, den Wahrnehmungsfokus auf die Kinder zu richten“ (Beardslee u. a. 2009a:50), einen wesentli-

chen Schutzfaktor für Kinder darstellt. Diese elterliche Befähigung kumuliert nicht mit der Schwere der Erkrankung, wie die Untersuchungen von Beardslee u.a. (2009b) zeigen, sondern mit dem zur Verfügung stehenden Freiraum zur Entwicklung elterlicher Kompetenzen.

Ausreichende, adäquate und zuverlässige biopsychosoziale Unterstützung von Kindern als Ergänzung der Familie oder als familienersetzendes Angebot zählt in Deutschland und Österreich zu den Aufgaben des Gesundheitssystems und/oder der Kinder- und Jugendhilfe. Qualität, Erreichbarkeit und Vernetzung dieser Angebote entscheiden darüber, ob sie für Familien mit psychisch erkrankten Eltern zu einem Risiko- oder zu einem Schutzfaktor werden. Das Wissen um die Versorgung ihrer Kinder entlastet psychisch erkrankte Eltern und erleichtert es ihnen, sich auf die Arbeit an Schlüsselprozessen einzulassen (vgl. Beardslee u.a. 2009b). Dieses Ergebnis korrespondiert mit Forschungen aus psychiatrischen Eltern-Säugling-Stationen: „Durch das gezielte Angebot der Mutter-Kind-Behandlung eröffnen sich Möglichkeiten, Mütter mehr zu motivieren, sich auf eine längere Behandlung einzulassen“ (Lenz 2005:68). Resilienzförderung im klinischen Kontext bedeutet somit, psychisch erkrankten Eltern im Anschluss an die Akutbehandlung zu ermöglichen, an der Entwicklung personaler und familialer Schutzfaktoren zu arbeiten und dabei – im individuell notwendigen Umfang – von Alltagsverpflichtungen entlastet zu werden (vgl. Denke/Lucas 2008). Hierdurch erhöht sich die Bereitschaft vieler Eltern, an der elterlichen Erziehungskompetenz zu arbeiten. Wenn psychisch erkrankte Eltern an ihren kommunikativen Fähigkeiten und an ihren Beziehungsmustern arbeiten, geschieht dies aus resilienzorientierter Perspektive auch mit dem Ziel der Öffnung der Familien für andere Bezugspersonen. Diese familiäre Öffnung entlastet insbesondere die Kinder. Kinder erhalten so eher die Möglichkeit zu Außenkontakten, die nicht von der elterlichen psychischen Erkrankung überlagert sind und die von den Eltern nicht als Bedrohung der Eltern-Kind-Beziehung erlebt werden. Wenn Kinder vorbehaltlos die elterliche Erlaubnis zum Wohlfühlen außerhalb der Familien erhalten, können sie sich in soziale Netzwerke (z. B. Kita, Peers, Gruppenangebote etc.) integrieren, ohne durch Schuldgefühle gegenüber ihren Eltern belastet zu sein:

„Informationen über Resilienz können Kindern aller Altersstufen nahegebracht werden. Bereits kleine Kinder können verstehen, dass es für jeden wichtig ist, eigene Ziele zu haben, und dass die Eltern wollen, dass die Kinder sich für ihre eigenen Ziele einsetzen. So kann das Kind sich mehr auf eigene Aktivitäten konzentrieren, ohne sich verpflichtet zu fühlen, bei dem erkrankten Elternteil zu bleiben, um die Situation zu Hause zu verbessern.“ (Beardslee u.a. 2009a:54)

4. Möglichkeiten und Grenzen der Resilienzorientierung

Die Resilienzorientierung führte über die Hinwendung zu personalen, familialen und sozialen Ressourcen und daran anschließend zu Möglichkeiten der professionellen Unterstützung familialer Kompetenzentwicklung insbesondere im Rahmen von Mehrgenerationenansätzen zur Veränderung des Blickes auf Krankheit und Gesundheit (vgl. Walsh 2012; Rolland 2012). Auch wenn „die protektiven Faktoren (...) nur deskriptiv bestimmt“ wurden, wie Homfeldt und Sting (2006:115) die Diskussion kritisch reflektieren, fasziniert die Fokussierung auf konstruktive Anpassungsleistungen. Dies gilt, obschon inzwischen neben den Möglichkeiten auch die Grenzen der Resilienzorientierung deutlich werden, wie nachfolgend gezeigt wird.

Elterliche Krankheitseinsicht als Anforderung

Die familienorientierte Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen kommt an ihre Grenzen, wenn fortgesetzt keine Krankheitseinsicht und keine Veränderungsbereitschaft bei psychisch erkrankten Eltern bestehen. In Anlehnung an Borst (2012:203) werden nachfolgend vier Konstellationen benannt, die krankheitsübergreifend eine resilienzorientierte Arbeit mit psychisch erkrankten Erwachsenen an ihre Grenzen bringen kann:

Wenn es im Beratungs- bzw. Therapieprozess nicht gelingt, einen Sinn im Leiden zu finden bzw. das Leiden zu verstehen. Dies zeigt sich beispielsweise bei traumatisierten Menschen, die fortgesetzt mit Psychopharmaka auf Schizophrenie hin behandelt wurden, ohne die Traumatisierung in den Behandlungsprozess einzubeziehen (vgl. Huber 1995).⁸

Wenn für psychisch erkrankte Menschen der sekundäre Krankheitsgewinn (z. B. familiäre Loyalität, vgl. Loch 2012c) überwiegt, kann die Bereitschaft zur Erarbeitung neuer Perspektiven gering sein. Insbesondere in verstrickten Familienbeziehungen ist es schwierig, neue Krankheitsperspektiven zu entwickeln bzw. Veränderungen zu realisieren (vgl. Loch 2006; Müller-Hohagen 2001).

8 Huber (1995:154) verweist auf die Problematik, „dass amerikanischen Studien zufolge mehr als 40% der multiplen Persönlichkeiten in psychiatrischen Kliniken vorher als ‚schizophren‘ fehldiagnostiziert worden waren.“ Dissoziative Identitätsstörungen gehen ursächlich auf schwerste Kindheitstraumata zurück. „Einige hundert“, so schätzt Huber (1995:156) die Zahl der Betroffenen für Deutschland, „werden es mit Sicherheit sein.“

Wenn „invalidisierende Einstellungen (...) gelernt“ (Borst 2012: 203) und so im Identitätskonzept verfestigt sind, dass sie aus Angst vor Identitätsverlust nicht aufgegeben werden können. Riemann (1987) beschreibt die im Laufe von Psychiatrie-Karrieren entstandenen Identitäten als „Fremdwerden der eigenen Biografie“. In diesem Prozess übernehmen Patientinnen psychiatrische Krankheitsdiagnosen und die darin enthaltene Fremdsicht auf das eigene Leben. Über die Integration klinischer (d. h. symptomorientierter) Fremdzuschreibungen werden in die Lebensgeschichte eingelagerte Leidens- und/oder Gewalterfahrungen als Ursachen tabuisiert.

Wenn Erfahrungen von Selbstwirksamkeit lebensgeschichtlich so weit zurückliegen, dass sie kaum erinnert werden können und somit Veränderung kaum antizipierbar ist.

Wenn Eltern in einer der vier genannten Konstellationen verfangen sind, wird es ihnen kaum möglich sein, für das Kind ausreichend mitfühlend Elternverantwortung zu übernehmen. Resilienzorientierte Ansätze stoßen somit als kindgerechte Ansätze in der Arbeit mit Familien an ihre Grenzen, wenn Eltern, aus biografisch legitimen Gründen, an (der Identifikation mit) ‚ihrer‘ psychischen Erkrankung festhalten, keine Krankheitseinsicht entwickeln oder keine Veränderung antizipieren können. Unter diesen Bedingungen erhalten Kinder innerhalb ihrer Familien starre Rollenzuschreibungen und Delegationen, die ebenfalls krankheitsstabilisierende Funktion haben. Mit diesen Zuschreibungen sind kindgerechte Wahrnehmungen der Eltern auf ihre Kinder kaum möglich (vgl. hierzu Kapitel II.7).

Eine temporäre Grenze für das Arbeiten an familialen Schlüsselprozessen stellen eine akute elterliche Krankheitsphase und konflikthaft verlaufende Krisen (z.B. hochkonfliktvolle Trennungen) dar, in denen die Familien alle mobilisierbaren Kräfte zur Krisenbewältigung benötigen. In solchen Phasen kann das Arbeiten an familialen Schlüsselprozessen vorbereitet bzw. von Fachkräften hierfür geworben werden. Präventive Interventionen sind jedoch erst im Anschluss an akute Krisen erfolgreich, wie Beardslee und Kolleginnen (2009b:23) hervorheben: „Wir wissen, dass solche Situationen die unmittelbare Aufmerksamkeit verlangen. (...) Unsere Kliniker stehen den Familien im Krisenfall weiterhin zur Verfügung, die zentralen Bestandteile unserer Intervention werden jedoch erst in Zeiten relativer Ruhe vermittelt.“ Die Arbeit an Schutzfaktoren erfordert von Eltern die Bereitschaft, die Bedürfnisse ihre Kinder wahrzunehmen und sich mit diesen auseinanderzusetzen.