



Wenn Eltern in ver-rückten Welten leben ...

Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige

VON SABINE WAGENBLASS

Die mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden Belastungen und Herausforderungen für Familienmitglieder wurden lange Zeit nur aus Sicht der erwachsenen Angehörigen – meist der Eltern – thematisiert. Erst seit wenigen Jahren richtet sich die Aufmerksamkeit von Fachöffentlichkeit und Forschung darauf, dass psychisch erkrankte Menschen oft auch selbst Kinder haben und welche Probleme für beide Seiten damit verbunden sein können.

Risikokinder?

1996 wurde zum ersten Mal auf dem vom Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen und dem Angehörigenverband veranstalteten Kongress »Hilfen für Kinder psychisch Kranker« öffentlich auf die Belange und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam gemacht (Mattejat/Lisofsky 1998). Im Ergebnis zeigte sich, dass die Kinder immer auch – und häufig sogar sehr tiefgreifend – von der Erkrankung ihrer Eltern betroffen sind und zum Teil unter extremen Belastungen leben. Hierbei wurde insbesondere auf Ergebnisse aus der High-Risk-Forschung (Remschmidt/Mattejat 1994) zurückgegriffen, die davon ausgeht, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine Gruppe mit hoher Risikoverdichtung im Hinblick auf eine eigene psychische Erkrankung sind. Da-

nach ist das Risiko für Kinder mit psychisch erkrankten Eltern(-teilen), selbst psychisch krank zu werden, signifikant höher, als für Kinder mit gesunden Eltern. So liegt das allgemeine Risiko in der Bevölkerung, an einer schizophrenen Störung zu erkranken bei einem Prozent. Mit einem schizophren erkrankten Elternteil liegt das Risiko der Kinder, selbst einschlägig zu erkranken, dagegen bei zehn bis 15 Prozent. Dieses Risiko erhöht sich sogar noch, wenn beide Eltern erkrankt sind, auf 35 bis 50 Prozent (Remschmidt/Mattejat 1994). Kritisiert wird an dieser Forschungsrichtung, dass sie darauf abzielt, die Risikogruppe möglichst genau zu beschreiben, damit jedoch die Kinder aus dem Blick verliert, die nicht erkranken. Denn umgekehrt könnte man auch sagen, dass selbst dann, wenn beide Eltern schizophren erkrankt sind, 50 bis 65 Prozent der Kinder nicht einschlägig erkranken. Die genetische Veranlagung stellt somit nur einen Aspekt des Risikos dar, daneben nehmen andere soziale Faktoren, wie z.B. die erfahrene Unterstützung durch die soziale Umwelt oder das subjektive Erleben der Kinder, einen bedeutenden Einfluss auf ihre Entwicklung.

Im Rahmen des Forschungsprojektes »Kinder psychisch kranker Eltern« (Laufzeit: 01.09.99 – 31.01.02)¹ haben wir uns deshalb insbesondere den Lebenswelten und den subjektiven Erfahrungen der betroffenen Kinder sowie ihrem spezifischen Hilfe- und Unterstützungsbedarf zugewandt. Von Interesse war darüber hinaus,

inwieweit die Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe in ihrem Alltag mit dieser Zielgruppe konfrontiert sind und wie Professionelle aus diesen Systemen die Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien deuten und welche Reaktionsweisen sie daraus ableiten.²

Psychische Erkrankungen sind Familienerkrankungen

Jedes Lebensereignis oder Übergangsstadium, das im sozialen System der Familie drastische Veränderungen hervorruft bzw. das Potenzial zu einer solchen in sich trägt, kann zu einem Belastungs- oder Stressfaktor für die gesamte Familie werden (Schneewind 1999). Psychische Erkrankungen stellen solche Ereignisse dar und können zu erheblichen lebensweltlichen Veränderungen und Belastungen bei allen Beteiligten führen. Die *erkrankten Elternteile* fühlen sich in Akutkrisen oftmals mit ihren Erziehungsaufgaben überfordert und sehen sich der Rolle als Mutter oder Vater nicht gewachsen. Sie befürchten zuweilen, dass ihnen die Kinder weggenommen werden. Die *gesunden Elternteile* sind unsicher im Umgang mit der psychischen Erkrankung, entwickeln Schuldgefühle gegenüber dem Partner und den Kindern. Sie werden in solchen Situationen massiv gefordert und sind nicht selten überfordert mit der Betreuung des psychisch erkrankten Partners, der Erziehung der Kinder und der Organisation des Familienalltages.

Die Bedürfnisse der *Kinder* müssen in solchen Krisenzeiten oftmals zurückstehen, denn die Zeit, die für die Versorgung des Erkrankten notwendig ist, fehlt für die Kinder. Aber gerade in diesen Phasen sind sie auf die elterliche Unterstützung besonders angewiesen. Auch sie entwickeln Schuldgefühle, ziehen sich entweder zurück oder übernehmen Verantwortung, der sie zum Teil nicht gewachsen sind. Durch die Überforderung der Eltern mit ihren eigenen Problemen kommt es nicht selten zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung für die Kinder. Hinzu kommen häufig noch zusätzliche Probleme durch familiäre Umbrüche und Trennungen. So zeigt unsere Studie, dass ein Drittel der PsychiatriepatientInnen bereits dauerhaft getrennt von ihren Kindern lebt und durchschnittlich nur noch 50 Prozent mit Kindern und ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt zusammenleben. Trennungen und Beziehungsabbrüche treffen diese Familien in einem überdurchschnittlich hohen Maße.

In dieser kurzen Skizzierung deutet sich bereits an, dass psychische Erkrankungen Familienerkrankungen sind, die alle Familienmitglieder und auch die familiären Beziehungen belasten. Um zu erfahren, wie Kinder solche krisenhaften Situationen subjektiv erleben und bewältigen, haben wir im Rahmen des Projektes sieben erwachsene Kinder gebeten, uns ihre Lebensgeschichte zu erzählen.

Biografische Erfahrungen: Die Geschichte von Ella

Die Geschichte von Ella steht stellvertretend für die befragten erwachsenen Kinder (aus: Schone, R./Wagenblass 2002; vgl. auch Wagenblass 2001).

Ella Seibel (47 Jahre): »Wäre ich nicht die Älteste gewesen, wäre mein Leben vielleicht anders verlaufen«.

Ella wächst gemeinsam mit ihrer psychisch kranken Mutter und ihrer Zwillingsschwester Maria im Haushalt der Großeltern auf. Die Mutter ist bereits zum Zeitpunkt der Geburt psychisch krank, eine Diagnose liegt jedoch nicht vor, diese – Schizophrenie – erfolgt erst, als die Kinder bereits 33 Jahre alt sind und die Mutter in die Psychiatrie zwangseingewiesen wird. Die Ehe der Eltern wird bereits kurz nach der Geburt der Kinder geschieden, an den leiblichen Vater existieren kaum Erinnerungen. Die Großmutter übernimmt die Haushaltsführung und die Erziehung von Ella und ihrer Zwillingsschwester von deren Geburt an. Die Mutter heiratet bald nach der Scheidung ihren zweiten Mann, dennoch lebt die Familie weiterhin im großelterlichen Haushalt. Einmischungen des Stiefvaters in die Erziehung der Mäd-

chen werden von der Großmutter nicht geduldet. In den ersten neun Jahre ihres Lebens kann die Erkrankung ihrer Mutter durch die innerfamiliären Ressourcen im mehrgenerationalen Haushalt kompensiert werden. Der Großmutter gelingt es, die Normalität in der Familie aufrechtzuerhalten und die Betreuung und Versorgung der Kinder zu gewährleisten. Dann stirbt die Großmutter plötzlich. Durch den Tod der Großmutter ist die Mutter zum ersten Mal zuständig für die Erziehung ihrer Töchter und allein verantwortlich für den Haushalt. Hinzu kommt die Geburt der Halbschwester und ein Wohnungswechsel. Den Tod der Großmutter und die dadurch ausgelösten Veränderungen erlebt Ella als Ende ihrer Kindheit. »Ja, und dann war meine Mutter auch vollkommen überfordert mit der Situation, die Ehe mit meinem Stiefvater war sehr unglücklich, das kann man nicht anders sagen. Mein Stiefvater war gewalttätig, meiner Mutter überhaupt nicht gewachsen und von dem Moment an (spricht nachdenklich) war das schon so, dass meine Mutter immer Hilfe brauchte«. Die Mutter übergibt ihr die Verantwortung, die sie selbst nicht tragen kann und begründet dies mit ihrem Stand in der Geschwisterreihe. »Ich kann mich daran erinnern, dass meine Mutter sich ständig darauf berufen hat: Du bist die Ältere, ich bin 10 Minuten eher geboren als meine Zwillingsschwester (lacht) und du bist die Schlawere«. Ella kann sich dem nicht entziehen, ihrer Zwillingsschwester gelingt das aus Sicht von Ella besser. Die von Ella erwartete Unterstützung umfasst jedoch nicht nur alltägliche Hilfeleistungen im Haushalt, »sondern es ging immer um Dinge, die also (holt tief Luft) ja äh unangenehm waren, teilweise schrecklich waren. Also ich war immer diejenige, die meiner Mutter helfen musste, sie z. B. vor ihrem Ehemann beschützen musste. Und solche Sachen ne«. So übernimmt Ella die Haushaltsführung, kocht am Wochenende für die Familie, wenn die Mutter ausfällt, oder leiht im Auftrag der Mutter vom Großvater Geld zum Einkaufen. Tut sie dies nicht, kommt es zum Streit zwischen dem Stiefvater und der Mutter, der oftmals gewalttätig endet. Der Stiefvater schlägt die Mutter. So steht Ella unter dem Druck: »Ich kann das verhindern, dass was Schlimmes passiert. Dass unserer Mutter was Schlimmes passiert. Das war meine ganze Kindheit über ganz dominierend, dieses Gefühl«. Die große Verantwortung, die Ella übernehmen muss, erlebt sie einerseits als Überforderung. Bereits mit 11 Jahren empfindet sie sich als Erwachsene. Andererseits fühlt sie sich wiederum »richtig gut«, wenn sie von der Mutter für ihre Unterstützung gelobt wird.

Dass ihre Mutter krank ist, hat sie zu die-

sem Zeitpunkt nicht realisiert. Ihr ist zwar bewusst, dass ihre Mutter anders ist als andere Mütter. »Die Frage: Warum meine Mutter anders ist als andere Mütter, habe ich mir auch nie gestellt. Die war eben anders. Das war so, das war Tatsache und dieses Anderssein hieß, meine Mutter war vollkommen unkoordiniert in allem«. Als Beispiele für dieses Anderssein führt Ella die Ungewissheit an, wenn sie von der Schule nach Hause kam und nicht wusste, »ist meine Mutter da, oder ist meine Mutter nicht da. Wir hatten keinen eigenen Schlüssel und da war eben immer die Frage, kommen wir rein, oder kommen wir nicht rein«. Ebenso ungewiss ist die Zuneigung der Mutter, die einmal sagen konnte: »Ach, meine besten, meine guten Kinder und dann andermal hat unsere Mutter dann auch wieder sehr verächtlich über uns gesprochen«. Sie wünscht sich, »das Kind einer anderen Mutter sein«.

Die »unwahrscheinliche Lieblosigkeit« in der Familie wird für Ella immer unerträglicher, und sie möchte weg um jeden Preis. »Als ich dann selber so pubertierend war, wo man sich, glaube ich, am meisten nach Nähe und Zuneigung sehnt, das ist was, was meine Mutter überhaupt nicht geben konnte, aus meiner Erinnerung heraus. Ich kann mich heute noch nicht einmal erinnern, dass meine Mutter mich mal berührt hat oder in den Arm genommen hat«. Ella wird mit 15 Jahren schwanger und zieht aus der elterlichen Wohnung aus, um diesem für sie nicht mehr tragbaren Zustand zu entfliehen. Die Mutter reagiert auf die Schwangerschaft im Empfinden von Ella mit einem »unwahrscheinlichen Hass«. Sie hat den Eindruck, dass sich ihre Mutter verraten fühlt, weil sie dann keine Unterstützung mehr hat. Die Zwillingsschwester Maria lebt zwar noch im Elternhaus, hat aber viel Kontakt zur Familie ihres Freundes, so dass sie die meiste Zeit dort verbringt. Die Halbschwester ist sechs Jahre alt. Ella fühlt sich im Dilemma: »Auf der einen Seite wollte ich da nicht mehr leben, ich hatte das Gefühl, ich kann da nicht mehr mit ihr leben, aber auf der anderen Seite war ich auch in einer ziemlich schwierigen Situation. Wie gesagt, ich war schwanger.« Sie erlebt diese Zeit als große Belastung. Dann heiratet Ella den Vater ihres Kindes, drei Jahre später wird die Ehe wieder geschieden. In diesen drei Jahren hat sie kaum Kontakt mit der Mutter. Mit 18 Jahren steht Ella alleine mit einem dreijährigen Kind da. Ella ist berufstätig und das Kind muss zu Pflegeeltern.

Als Kind stehen Ella wenig Möglichkeiten zur Verarbeitung der belastenden Situation zur Verfügung. Es gibt niemanden, dem sie sich anvertrauen könnte. Zur Zwillingsschwester besteht zwar eine große Zunei-

gung, aber dieser kann sie ihre Hilflosigkeit, Ängste und Überfordertsein nicht zeigen, »weil ja da waren die Rollen auch schon klar verteilt von meiner Mutter ne. Also wenn, ich hätte höchstens noch normal gefunden, wenn meine Zwillingsschwester zu mir gekommen wäre und mir gesagt hätte: Also hilf mir mal, mach mal dies und das für mich oder so«. Freunde hat die Familie keine und in der Verwandtschaft wird weder über die Erkrankung noch über die familiäre Situation gesprochen. Als Erwachsene macht Ella eine Therapie, in der ihr viele Zusammenhänge klarer werden und sie ihre Kindheitserfahrungen aufarbeiten kann. Ella hat heute wieder Kontakt zur Mutter: »Es ist so dieses Pflichtgefühl, dieses ja, dass ich denke, du musst da hin ne. Ja, ja. Es ist auch bestimmt dieses was einen lebenslang nicht loslässt. Dieses: Ich bin verantwortlich. Diese Rolle, die ich ja schon so früh eingeübt hab, da kann man ja auch schwer rauschlüpfen«. Trotz der frühen Trennung von ihrer Mutter und der vielen Enttäuschungen hat sie die Verantwortung für die Mutter nie ganz losgelassen.

Vielfältige Belastungen – unterschiedliche Reaktionen

Jede Lebensgeschichte, die uns erzählt wurde ist individuell und einzigartig, dennoch lassen sich aber auch Gemeinsamkeiten in den sieben Erzählungen der erwachsenen Kinder feststellen. Deutlich wurde in den Erzählungen, dass die Kinder schon sehr früh die ersten Symptome einer psychischer Erkrankung wahrnehmen. »Einbruch«, »Ende der Kindheit« oder »Schock« sind Kategorien, mit denen die betroffenen Kinder ihre ersten Erinnerungen beschreiben. Dennoch gibt es häufig keine Erklärung für all die verstörenden Erlebnisse, denn nicht immer sind diese Schlüssel-situationen identisch mit der Benennung der Erkrankung durch einen Arzt oder der Einweisung in die Psychiatrie. Zwischen der kindlichen Wahrnehmung der ersten Symptome der Erkrankung (*die Krankheit bekommt ein Gesicht*) und der ärztlichen Diagnose (*die Krankheit bekommt einen Namen*) liegen oftmals Jahre, zum Teil auch Jahrzehnte. Wenn die Eltern sich in psychiatrische Behandlung begeben, dann haben die Kinder bereits vielfältige und zum Teil auch lang andauernde Belastungen hinter sich. Das Leiden der Kinder beginnt nicht erst mit der Diagnose.

Aus der subjektiven Sicht von Geschwistern können – selbst

wenn diese gemeinsam in einer Familie aufwachsen – ganz unterschiedliche Erinnerungen an ihre Kindheit existieren. In den Interviews wurde deutlich, dass bei der Erkrankung eines Elternteils meist ein Kind in der Familie die Rolle des Verantwortlichen zugesprochen bekommt. Die Sorge um die Eltern bestimmt den Alltag dieser Kinder, während ihre eigenen Bedürfnisse dabei häufig in den Hintergrund treten. Sie verzichten auf alterstypische, kindgerechte Beschäftigungen und sind in ihrem Verhalten und ihren Äußerungen bereits kleine Erwachsene und wirken dabei ungewöhnlich vernünftig und ernst. Die Kinder erfahren in ihrer Rolle der Verantwortlichen aber auch Bestätigung. Sie entwickeln eine besondere Beobachtungsgabe für Stimmungen und Stimmungsschwankungen. Solche Verhaltensweisen entlasten die Familien und werden entsprechend anerkannt. Dies kann den Kindern einerseits ein Gefühl der Stärke und Kompetenz geben, aber andererseits auch die Erfahrung vermitteln, nur anerkannt zu werden, wenn man für andere da ist und sich um sie sorgt.

Die Reaktionsweisen von psychisch kranken Menschen scheinen oftmals willkürlich und wechselhaft, schwanken zwischen Nähe und Distanz. Sie reagieren nicht verlässlich und bieten den Kindern keinen Schutz oder Trost, wenn sie ihn brauchen. In den Phasen, in denen ein erkranktes Elternteil nicht in der Lage ist, diesen Schutz und Trost zu gewährleisten, ist es für die Befragten von besonderer Bedeutung, ob das gesunde Elternteil oder andere Bezugspersonen hierbei kompensatorisch wirksam werden. Das Vorhandensein von solchen Personen wird in den Interviews immer hervorgehoben im Zusammenhang mit positiven Assoziationen wie Glück, Rettung oder »Gott sei Dank«, denn sie können die Kinder in ihrer Wahrnehmung bestätigen und ihnen damit das Gefühl geben, dass es die familiären Verhältnisse sind, die schwierig sind, und nicht sie als Person.

Ein großes Problem ist bei alledem die Tendenz zur Tabuisierung psychischer Krankheit. Insbesondere bei den Kindern wird oftmals aus falsch verstandener Rücksichtnahme versucht, die Erkrankung zu verschweigen mit der Begründung, es sei besser für sie, alles vor ihnen geheim zu halten, denn sie seien schon genug durch die Erkrankung belastet. Offene Strategien der Auseinandersetzung mit der Erkrankung können dann kaum stattfinden. Wo nachvollziehbare Erklärungen fehlen, schafft oft die kindliche Fantasie Erklärungen, die schlimmer sind als die Realität selbst (Stöger 1996). Solche innerfamiliären Verheimlichungsstrukturen können bei den Kindern zu Desorientierungen und Schuldgefühlen führen. Oftmals entwickeln sich innerhalb der Familien eigene Regeln, welche die einzelnen Familienmitglieder zum Schweigen und Verleugnen der Krankheit anhalten. Die Kinder halten sich streng an solche Regelungen und versuchen alles, um das Tabu zu wahren. Die Folge davon ist, dass die Kinder nicht wissen, an wen sie sich mit ihren eigenen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit der Eltern wenden können bzw. dürfen.

Das Erleben einer psychischen Erkrankung eines Elternteils ist für Kinder mit vielfältigen Gefühlen verbunden. In den biografischen Erzählungen nimmt das Thema Angst in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen einen zentralen Stellenwert ein. Die Angst vor dem Elternteil, wenn sie in die Wahnwelt des kranken Elternteils einbezogen werden, die Angst um das erkrankte Elternteil, wenn sie mit Suizidhandlungen oder -androhungen konfrontiert werden, die Angst, selbst zu erkranken, und Existenzangst.

Ressourcen und Bewältigungsstrategien

Die Kindheit hat in den Biografien der erwachsenen Kinder ihre Spuren hinterlassen. Dennoch reagieren die Befragten auf die belastenden Kindheitserfahrungen in unterschiedlicher Weise. Die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern kann folglich nicht aus der Tatsache einer psychischen Erkrankung an sich erschlossen werden, sondern sie hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren und Einflüsse ab. So wirkt sich für das individuelle Erleben und Verarbeiten der Erkrankung eines Elternteils ganz entscheidend aus, ob neben dieser Belastungssituation andere Stressoren, wie Ge-



Objekte aus: Präventionsprojekt Kipkel, Praxis für Kunst- und Kinderpsychotherapie, Haan

walt in der Familie oder eine elterliche Trennung, die Lebenssituation der Kinder nachhaltig beeinflussen. Im Alltag eines Kindes ist also nicht immer klar zu unterscheiden, welches familiäre Problem konkret in welcher Weise wirkt, vielmehr überlagern und verstärken sich die Probleme wechselseitig. Insofern genügt es nicht, bei der Einschätzung der individuellen Lebenssituation der Betroffenen nur die psychische Erkrankung und ihre Folgen für die Kinder in den Blick zu nehmen, sondern es muss stets der gesamte familiäre Kontext berücksichtigt werden. Dazu gehört die Stabilität und Tragfähigkeit der Beziehungen in den Familien, die Geschwisterkonstellation und innerfamiliäre Rollenverteilungen. In den Interviews wird die Bedeutung der Unterstützung des gesunden Elternteils oder anderer relevanter Bezugspersonen offensichtlich. Dieser erfahrene Zuspruch kann den Belastungen entgegenwirken und langfristig stabilisierend wirken.

Nicht immer sind die vorhandenen familiären Ressourcen jedoch in der Lage, eine ausreichende kompensatorische Funktion und einen regulierenden Einfluss zu übernehmen, so dass das Kind hier unter Umständen nicht genügend Unterstützung erfährt. In einigen Fällen belasten die gesunden Elternteile die Kinder noch zusätzlich mit ihren eigenen Problemen und übertragen ihnen Aufgaben der Erwachsenen. Statt Entlastung erfahren diese Kinder dann eine Doppelbelastung in ihren Familien. Bei der Bewältigung der Erkrankung spielt deshalb auch die über die Familie hinausreichende soziale Unterstützung eine zentrale Rolle. Die Unterstützung, die in diesen Beziehungen erlebt wird, kann dazu beitragen, andere Entwicklungshorizonte für die Kinder zu eröffnen, die den Aufbau persönlicher Identitätsmuster unter erschwerten Bedingungen unterstützen und so einen entscheidenden Beitrag für die Aufrechterhaltung sozialer Identität in Krisenzeiten leisten können (Stark 1996).

Diese wichtige Unterstützung sollte nicht erst in Krisensituationen angeboten werden, denn Kinder nehmen bereits sehr früh Krankheitszeichen wahr und erleben: »Meine Mutter/mein Vater ist irgendwie anders«. Dieses Anderssein wird in der Regel in den Familien wenig thematisiert, so dass die Kinder in ihren Einschätzungen keine Bestätigung erfahren, was wiederum zu weiteren Verunsicherungen führen kann. Wenn die subjektive Wahrnehmung der Kinder durch andere Personen bestätigt und unterstützt wird, hat das Kind die Möglichkeit, ein Verständnis für die Erkrankung entwickeln, die es davor schützt, die familiären Probleme auf sich zu beziehen und Schuldgefühle zu entwickeln.

Gerade das Reden über die psychische

Erkrankung mit relevanten Vertrauenspersonen ist, wie in unserer Untersuchung deutlich wurde, eine der zentralen Bewältigungsressourcen für die Kinder. Dieses Reden kann sich auf unterschiedliche Aspekte beziehen: Dazu gehört neben einer alters- und entwicklungsentsprechenden Aufklärung der Kinder über das Störungsbild und den möglichen Krankheitsverlauf auch das Eingehen auf die Ängste der Kinder. Sobald die Krankheit einen Namen hat, wird vieles für die Kinder verständlicher und erklärbarer. Zum anderen heißt dieses Reden, AnsprechpartnerIn und ZuhörerIn zu sein für ganz alltägliche Sorgen oder Erlebnisse des Kindes, die im Familienalltag aufgrund der Erkrankung manchmal untergehen können. Die Kinder sprechen nicht immer von sich aus ihre Fragen und Nöte an. Sie wirken eher still, verschlossen und in sich gekehrt. Ihre Probleme tragen sie nicht nach außen, sondern versuchen, diese ohne Unterstützung ihrer sozialen Umwelt zu lösen. Diese nach innen gerichtete Verarbeitung lässt die Kinder häufig nach außen als unauffällig erscheinen und verstärkt somit die Nichtreaktion der Umwelt. Erst dann, wenn die Kinder extrem auffällig werden oder selbst an einer psychischen Störung erkranken, reagiert die Umwelt auf ihre Notlage. Gerade aber das stille Leid der »unauffälligen« Kinder fordert die professionellen Hilfesysteme heraus, geeignete Zugangswege und Unterstützungsmöglichkeiten zu finden, um sensibler auf die (meist schwachen) verbalen und non-verbalen Signale der Kinder reagieren zu können. Denn finden solche Gespräche statt, dann führt dies in der Regel zu einer großen Entlastung: Schuldgefühle und Ängste können verringert werden, Probleme aufgearbeitet und neue Bewältigungsstrategien entwickelt werden.

Bei einigen Betroffenen finden solche Gespräche erst statt, wenn sie bereits erwachsen sind; die darin erfahrene Entlastung und Erleichterung verliert dabei jedoch nicht an Wert und Gewinn für die Lebensqualität der Betroffenen. Die Angehörigenarbeit nimmt die erwachsenen Kinder und ihre besonderen Belastungen bislang noch viel zu wenig in den Blick. Obwohl es bundesweit über 500 Angehörigengruppen gibt, existieren nur zwei Selbsthilfegruppen (in Hamburg und Berlin), die sich explizit mit den Erfahrungen erwachsener Kinder auseinandersetzen. Diese Unterrepräsentation in der Angehörigenarbeit ist insofern erstaunlich, da die persönlichen und sozialen Folgen der psychischen Erkrankung ihrer Eltern für die betroffenen erwachsenen Kinder bis heute wichtige Themen und Bestandteil der eigenen Identität sind. Nicht nur Kindheit, sondern auch das Erwachsenwerden und Erwachsen-

sein eines Elternteils geprägt. Die Belastungen schwinden nicht zwangsläufig mit zunehmendem Alter der Kinder, sie verändern sich.

Die erfahrene Unterstützung ist somit einer der zentralen Schutzfaktoren für diese Kinder und Jugendlichen. Wie diese im Einzelfall aussehen kann, zeigen einige innovative Angebote, die sich in den letzten Jahren in Deutschland modellhaft entwickelt haben (Schone/Wagenblass 2002). Dennoch müssen die Kinder psychisch kranker Eltern verstärkt in den Blick einer bedarfsorientierten Psychiatrie und einer lebensweltbezogenen Jugendhilfe genommen werden. Noch zu oft wissen die Psychiatrie und die Jugendhilfe zu wenig über die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern und ihren Familien. ♦

Sabine Wagenblass ist Diplompädagogin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für soziale Arbeit e.V., Stadtstr. 20, 48149 Münster, www.isa-muenster.de

Anmerkungen:

- 1 Durchgeführt vom Institut für soziale Arbeit e.V. Münster in Kooperation mit der Fachhochschule Dortmund, gefördert durch die Stiftung Deutsche Jugendmarke e.V., Bonn, der Friedrich und Louise Homann-Stiftung, Hamburg, und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.
- 2 Zur methodischen Anlage des Projektes vgl. Institut für soziale Arbeit 2000.

Literatur:

- INSTITUT FÜR SOZIALE ARBEIT:
Kinder und Eltern zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Zwischenbericht – Methodischer Zugang. ISA-Materialien, Institut für soziale Arbeit e.V. Münster (2000) (Download unter <http://www.isa-muenster.de/projekte.htm>)
- MATTEJAT, F.; LISOFKY, B. (Hg.): ... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker. Bonn (1998)
- REMSCHMIDT, H.; MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern – Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen (1994)
- SCHNEEWIND, K. A.: Familienpsychologie. 2. Auflage, Stuttgart (1999)
- SCHONE, R.; WAGENBLASS, S.: Kinder psychisch kranker Eltern als Forschungsthema – Stand und Perspektiven. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Soziale Praxis (2001), H. 21, S. 9–18
- SCHONE, R.; WAGENBLASS, S.: Wenn Eltern psychisch krank sind ... – Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster (2002)
- STARK, W.: Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Freiburg (1996)
- STÖGER, P.: Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychosoziale Umschau (1996), H. 2, S. 8–10
- WAGENBLASS, S.: Biografische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001), H. 7, Themenheft »Kinder psychisch kranker Eltern«, S. 513–524