

Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung

Prof. Dr. Albert Lenz, Dipl.-Psychologe

**Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und  
suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch  
Angebote der Jugendhilfe**

Herausgeber: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

Juni 2009

## **Vorwort**

Der dreizehnte Kinder- und Jugendbericht „Mehr Chancen für gerechtes Aufwachsen“ widmet sich erstmals in der Berichtsgeschichte dem Thema gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe. Zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung ist der Bericht im Mai 2009 als Bundestagsdrucksache erschienen.

Um einen umfassenden Überblick zu diesem Themenkreis und vertiefte Einblicke in einzelne Bereiche zu erhalten, entschied die von der Bundesregierung mit der Erstellung des Berichts betraute Sachverständigenkommission, zahlreiche Expertisen und eine Delphi-Studie erstellen zu lassen.

Die Inhalte der Expertisen gaben entscheidende Impulse für die Diskussionen der Kommission, viele Aspekte flossen auch in den Berichtstext ein und haben wesentlich zu dessen wissenschaftlicher Fundierung beigetragen. Im Bericht konnten jedoch nicht alle Erkenntnisse aus den Expertisen im Detail berücksichtigt werden. Da diese jedoch viele wichtige Befunde, Einblicke und Einsichten enthalten, die mal für die Kinder- und Jugendhilfe, mal für das Gesundheitssystem und die Eingliederungshilfe/Rehabilitation neu sein dürften, beschloss die Sachverständigenkommission, die Expertisen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden die – ausschließlich von den Autorinnen und Autoren verantworteten – Texte von diesen im Mai 2009 zum Teil leicht überarbeitet und aktualisiert.

Um die Übersicht zu erleichtern, wurden die einzelnen Arbeiten fünf großen Bereichen zugeordnet (s. unten), die auch Schwerpunkte des 13. Kinder- und Jugendberichts bilden. Dabei wurde in allen Arbeiten – wie auch im Bericht – den Schnittstellen und sowohl den Kooperationserfordernissen wie den Kooperationschancen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Gesundheitssystem und Behindertenhilfe/Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Sachverständigenkommission dankt allen Autorinnen und Autoren der Expertisen und der Delphi-Studie für ihre wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts. Besonders hervorzuheben ist dabei ihre Kooperationsbereitschaft und die Einhaltung der engen, oft nur auf wenige Monate begrenzten Zeitvorgaben, denn der gesamte 13. Kinder- und Jugendbericht musste innerhalb von nur 15 Monaten fertig gestellt werden.

Der Sachverständigenkommission zum 13. Kinder- und Jugendbericht als Herausgeber dieser Expertisen gehörten an: Dr. Wolfram Hartmann, Prof. Dr. Holger Hassel, Prof. Dr. Homfeldt, Prof. Dr. Heiner Keupp (Vorsitzender), Dr. Hermann Mayer, Dr. Heidemarie Rose, Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Ute Ziegenhain, Dr. Christian Lüders (kooptiertes Mitglied).

In der Geschäftsstelle im Deutschen Jugendinstitut arbeiteten: Dr. Hanna Permien, Dr. Tina Gadow, Gisela Dittrich, Angela Keller, Ekkehard Sander, Sonja Peyk und Susanne Schmidt-Tesch (Sachbearbeitung).

Alle Expertisen stehen als PDF zum Download auf der Internetseite des DJI zum 13. Kinder- und Jugendbericht zur Verfügung und können einzeln aufgerufen werden.

München im Juni 2009

Prof. Dr. Heiner Keupp,

Vorsitzender der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts

## **Übersicht über die Expertisen**

### **1. Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe**

Nico Dragano / Thomas Lampert / Johannes Siegrist: Wie baut sich soziale und gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf auf?

Petra Kolip: Zentrale gender-relevante Kriterien für Gesundheitsförderung und Prävention

Bernd Röhrle: Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten?

Manfred Hintermair: Salutogenetische und Empowerment-Konzepte für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

### **2. Gesundheitsförderung und Prävention in der Kinderbetreuung und für Heranwachsende mit Behinderungen**

Tina Friederich: Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen

Renate Höfer, Luise Behringer: Interdisziplinäre Frühförderung - Angebot und Leistungen

Prof. Dr. Elisabeth Wacker, Dr. Rainer Wetzler, Stefanie Frings: Delphi-Studie zu Gesundheitsförderung und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen

### **3. Kinder- und Jugendarbeit und Jugendberufshilfe**

Andreas Hanses / Kirsten Sander: Gesundheitsförderung in der außerschulischen Jugendarbeit

Knut Lambertin: Gesundheitsförderung in der Jugendverbandsarbeit

Elke Opper / Petra Wagner: Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder- und Jugendsport

Peter Paulus: Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern

Florian Straus: Gesundheitsförderung und Prävention in berufsbildenden Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

### **4. Kinder und Jugendliche in Risikolagen**

Albert Lenz: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe

Michael Kölch: Hilfen für Kinder aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern

Stephan Sting: Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter

### **5. Hilfen zur Erziehung und ihre Schnittstellen**

Ulrich Gerth /Klaus Menne: Der Beitrag der Erziehungsberatung zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen

Margret Dörr: Gesundheitsförderung in stationären Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe: Heime als Orte für Salutogenese

Jörg M. Fegert / Tanja Besier: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Ausgangslage.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Lebenssituation der Kinder und Familien – Ergebnisse der Risiko- und Belastungsforschung.....</b>	<b>9</b>
2.1	Risiken und Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern .....	10
2.2	Risiken und Belastungen für Kinder alkoholabhängiger Eltern.....	15
2.3	Risiken und Belastungen für Kinder drogenabhängiger Eltern.....	18
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund – Resilienz und Bewältigung .....</b>	<b>21</b>
3.1	Ergebnisse der Resilienzforschung.....	21
3.2	Ergebnisse der Bewältigungsforschung .....	24
<b>4</b>	<b>Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern – Überblick über bestehende Angebote .....</b>	<b>26</b>
4.1	Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern .....	27
4.2	Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern.....	32
<b>5</b>	<b>Empfehlungen für die künftige Struktur von Hilfe- und Versorgungsangeboten für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern .....</b>	<b>36</b>
5.1	Notwendige Finanzierungs- und Kooperationswege.....	36
5.2	Empfehlungen für die konzeptionelle und methodische Weiterentwicklung der Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern .....	41
<b>6</b>	<b>Literatur .....</b>	<b>46</b>

# 1 Ausgangslage

Über die Prävalenz psychisch kranker und suchtkranker Eltern lassen sich bislang keine verlässlichen Angaben machen. Die vorliegenden Studien und Schätzungen zeigen aber übereinstimmend, dass Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern mit Sicherheit keine Randgruppe darstellen.

Die Angaben über den Anteil psychisch kranker Eltern mit minderjährigen Kindern variieren zwischen ca. 20 und 60 %. Die große Schwankung ist darauf zurückzuführen, dass in den wenigen kontrollierten Studien unterschiedliche Populationen untersucht wurden. So stellen z. B. McGrath u. a. (1999) bei psychotisch Erkrankten eine Elternschaftsrate von 36,3 % fest; von den weiblichen Patienten waren 59,1% Mütter, von den männlichen Patienten 25,4 % Väter. Bauer und Lüders (1998) konnten anhand einer Auswertung von Krankenakten dokumentieren, dass 45,9 % aller Patientinnen Mütter waren (die Krankenakten der männlichen Patienten wurden nicht ausgewertet). In einer konsekutiven Erhebung auf allgemeinspsychiatrischen Stationen zweier psychiatrischer Kliniken, in der über einen Zeitraum von 6 Monaten 808 Patienten erfasst wurden, hatten 27 % der Patienten Kinder unter 18 Jahren. Betrachtet man das Geschlecht der Patienten, so zeigte sich, dass 34 % der weiblichen Patienten und 18 % der männlichen Patienten Kinder unter 18 Jahren hatten (Lenz 2005). Während 60 % der männlichen Patienten mit ihren Kindern im selben Haushalt wohnten, lebten 77 % der weiblichen Patienten mit ihren minderjährigen Kindern zusammen. Betrachtet man die Diagnosen, so wird deutlich, dass unter den Patienten mit Kindern unter 18 Jahren alle großen Diagnosegruppen vertreten waren (Lenz 2005). Die Angaben zur Prävalenz beziehen sich zumeist auf die stationär behandelten Patient/-innen. Nimmt man die ambulant behandelten Patient/-innen hinzu, gehen Nicholson u. a. (2004) davon aus, dass mindestens zwei Drittel der psychisch kranken Frauen und Männer auch Eltern sind. Gesicherte Zahlen zu den betroffenen Kindern psychisch kranker Eltern liegen nicht vor, da diese Daten bislang im einrichtungsbezogenen Basisdokumentationssystem der Psychiatrie nicht flächendeckend systematisch erfasst werden. In der Bundesrepublik Deutschland begeben sich nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes im Verlauf eines Jahres etwa 1,7 Millionen erwachsene Menschen in eine psychiatrische Behandlung, das entspricht in etwa 3 % der Gesamtbevölkerung über 21 Jahren. Remschmidt und Mattejat (1994) schätzen

allein die Zahl der Kinder der an Psychosen erkrankten Eltern auf ca. 500.000. Eine Fallhebung bei 16 Jugendämtern aus dem gesamten Bundesgebiet ergab, dass bei 57 von 214 Kindern (27 %), für die ein Sorgerechtsverfahren wegen Kindeswohlgefährdung eingeleitet worden war, erhebliche bis gravierende Belastungen der Eltern durch eine psychische Krankheit eine Rolle gespielt haben (vgl. Münder u. a. 2000). Hochgerechnet auf die ca. 6.000 teilweisen oder vollständigen Sorgerechtsentzüge pro Jahr in Deutschland (vgl. Münder u. a. 1998) würde dies bedeuten, 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.

Die Datenlage zu den suchtkranken Eltern und den betroffenen Kindern ist nicht zuletzt durch die Zahlen aus der Statistik der ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland (EBIS) und des stationären einrichtungsbezogenen Dokumentationssystems der Suchthilfe (SEDOS) differenzierter und umfangreicher (Klein 2007). Es ist davon auszugehen, dass in jeder siebten Familie Kinder zeitweise oder dauerhaft von der Alkoholabhängigkeit oder dem Alkoholmissbrauch wenigstens eines Elternteils betroffen sind. In etwa jeder zwanzigsten Familie sind beide Elternteile alkoholabhängig. Zahlenmäßig sind etwa 2,7 Millionen Kinder im Alter bis zu 18 Jahren von elterlicher Alkoholstörung betroffen. Diese Zahlen konnten in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München bestätigt werden (Lachner/Wittchen 1997). Nach den Ergebnissen der Statistik der ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland (EBIS) leben 45 % der alkoholabhängigen Frauen mit Kindern in einem Haushalt zusammen. Bei den Vätern beträgt der Anteil 32%. Wesentlich höher sind die Zahlen der alkoholkranken Menschen, die Kinder haben. So haben beispielsweise 75 % der alkoholabhängigen Frauen und 63 % der alkoholabhängigen Männer wenigstens ein Kind. 11 % der alkoholabhängigen Mütter leben allein mit ihren Kindern. Die Zahl der Fremdplatzierungen ist bei Kindern von alkoholabhängigen Eltern mit 13,3 % höher als in der Normalbevölkerung, aber deutlich geringer als bei den Kindern drogenabhängiger Eltern.

Während die Zahl der Kinder alkoholabhängiger Eltern mittlerweile empirisch gut gesichert ist, liegen über die Zahl der Kinder alkoholmissbrauchender Eltern noch keine Angaben vor. Gleiches gilt für die Kinder von Eltern mit Suchtproblemen wie Spiel- oder Internetsucht.

Kinder drogenabhängiger Mütter und Väter sind lange Zeit nicht als spezielle Gruppe wahrgenommen worden (Klein 2006). Insbesondere durch die Einführung der Substitutionsbehandlung in Deutschland Mitte der 1980er Jahre gewann das Thema Elternschaft bei Opiatabhängigen zunehmend an Bedeutung. Die Zahl der gebärenden drogenabhängigen Frauen hat seither kontinuierlich zugenommen. Dies wird allgemein auf die günstigeren Auswirkungen des Methadons, das meist in der Heroinsubstitution eingesetzt wird, auf die Empfängnisfähigkeit der drogenabhängigen Frauen zurückgeführt (Englert/Ziegler 2001). Es ist davon auszugehen, dass etwas mehr als ein Drittel aller Drogenabhängigen Kinder hat. Diese Zahlen entsprechen auch den Erfahrungen aus der klinischen Praxis. Konservativ geschätzt ist in Deutschland etwa von 40.000 bis 50.000 Kindern drogenabhängiger Eltern auszugehen. Studien zeigen, dass zwischen 30 und 40 % der substituierten Drogenabhängigen mit ihren Kindern im eigenen Haushalt leben. Es zeigen sich dabei deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Drogenabhängige Frauen leben wesentlich häufiger mit ihren Kindern zusammen als drogenabhängige Männer. In der Hamburger Substitutionsstudie wurde beispielsweise festgestellt, dass von den 31 % der betreuten Patienten, die Kinder hatten, insgesamt 38% mit diesen auch zusammenlebten. Bei den weiblichen Substituierten waren es 51 % und bei den männlichen Substituierten 28 % (Simon/Palazzetti 1999). Die Anzahl der Fremdplatzierungen von Kindern ist in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken. Lagen die Quoten in den früheren Untersuchungen über 60 %, ist seit der flächendeckenden Einführung der Methadon-Substitution eine Fremdplatzierungsquote von unter 30 % zu verzeichnen (Raschke u. a. 2000). Die stabilere Lebenssituation durch die Substitution bietet offensichtlich bessere Chancen für ein gemeinsames Leben mit den eigenen Kindern.

Die vorliegenden epidemiologischen Studien, Statistiken und fundierten Schätzungen zeigen übereinstimmend, dass von einer sehr hohen Zahl von Kindern mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern auszugehen ist. Umso erstaunlicher ist es, dass diese relevante Personengruppe weder in der Psychiatrie und in der Suchthilfe noch in der Kinder- und Jugendhilfe lange Zeit hinreichend wahrgenommen wurde. So ist in Deutschland die Situation der Kinder suchtkranker Eltern erst in den 1980er Jahren allmählich in das Blickfeld gerückt. In Fachkliniken wurden die ersten Kinder- und Jugendseminare eingerichtet und im Rahmen von Fachtagungen und Kongressen wurden die Problematik der Kinder suchtkranker Eltern und mögliche Hilfen in einzelnen Beiträgen aufgegriffen (Klein 2001; 2006). Auf die Belange

und Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern wurde zum ersten Mal auf der Tagung des Dachverbands psychosozialer Hilfsvereinigungen „*Auch Kinder sind Angehörige*“ im Jahr 1996 vor einer breiteren Fachöffentlichkeit aufmerksam gemacht. Systematische und methodisch differenzierte Studien zum Thema liegen hingegen bereits seit den 1960er Jahren vor. Der englische Kinder- und Jugendpsychiater Rutter untersuchte beispielsweise Kinder, deren Eltern psychisch erkrankt waren als auch Kinder, bei denen auf Seiten der Eltern eine körperliche Erkrankung vorlag. Zusätzlich wurden die Kinder und ihre Eltern mit Kontrollgruppen verglichen. Die Gesamtergebnisse wurden unter dem Titel „*Children of sick parents*“ (Rutter 1966) veröffentlicht. Im deutschsprachigen Raum griffen Renschmidt und Strunk das Thema in einer empirischen Arbeit erstmalig auf. Sie untersuchten die Kinder von schizophrenen und depressiv erkrankten Eltern, die in der kinderpsychiatrischen Universitätsklinik Marburg behandelt wurden (Renschmidt u. a. 1973).

## **2 Lebenssituation der Kinder und Familien – Ergebnisse der Risiko- und Belastungsforschung**

Kinder, die in Familien mit psychisch kranken oder suchtkranken Eltern aufwachsen, sind in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen und stehen unter erhöhtem Risiko, selbst eine psychische Störung oder eine Suchtstörung zu entwickeln. Die vorliegenden Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die psychische Erkrankung oder Suchterkrankung eines Elternteils das Risiko für die Kinder, im Verlauf ihres Lebens selbst eine psychische Störung oder eine Suchtstörung auszubilden, beträchtlich ist. Im Zentrum der empirischen Arbeiten stand lange Zeit die „High-risk“-Forschung, die das Ziel verfolgt, Gruppen mit hohem Erkrankungsrisiko genauer zu beschreiben und herauszufinden, in welchen Merkmalen sich diese Risikogruppen von normalen Vergleichsgruppen unterscheiden.

Das Aufwachsen mit einem psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil stellt für die Kinder ein einschneidendes Lebensereignis dar, das mit einer signifikanten Zunahme an alltäglichen Anforderungen, Konflikten und Spannungen sowohl innerhalb Familie als auch im sozialen Umfeld einhergeht. Qualitative Belastungsstudien eröffnen über die Risikoforschung hinaus einen Einblick in die unmittelbare Betroffenheit der Kinder, in ihre Gefühle, Erfahrungs- und Erlebniswelten sowie in ihren Umgang mit den alltäglichen Anforderungen und Belastungen, die aus dem Zusammenleben mit einem psychisch kranken

oder suchtkranken Elternteil resultieren. Die Rekonstruktion der subjektiven Lebenswirklichkeit ermöglicht eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Belange der betroffenen Kinder sowie für ihre Arrangements und Gestaltungsbemühungen im familiären und sozialen Alltag. Die vorliegenden qualitativen Studien vermitteln ein vertieftes Verständnis für die vielschichtigen individuellen und familiären Prozesse, Problemkonstellationen und Belastungsmomente. Diese subjektive Perspektive ist in besonderer Weise geeignet, wichtige Ansatzpunkte für die Entwicklung bzw. Bereitstellung angemessener therapeutischer und präventiver Hilfs- und Unterstützungsangebote sichtbar zu machen.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Risiko- und qualitativen Belastungsforschung dargestellt.

## **2.1 Risiken und Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern**

Zahlreiche empirische Studien haben den Zusammenhang von psychischer Erkrankung der Eltern und Störungen der kindlichen Entwicklung bestätigen können (vgl. Downey/Coyne 1990; Glorisa 1990; Feldman u. a. 1987). Es kann als gesichert angenommen werden, dass das kindliche Störungsrisiko bei psychischen Auffälligkeiten der Eltern um den Faktor 2 bis 3 gegenüber unbelasteten Vergleichsgruppen erhöht ist. Die aussagekräftigsten Befunde stammen aus Längsschnittstudien, in denen betroffene Kinder mindestens bis ins Jugendalter begleitet wurden. Laucht u. a. (1992) kommen in einer prospektiven Longitudinalstudie in Übereinstimmung mit einer Reihe früherer Studien zu dem Ergebnis, dass Kinder psychisch kranker Eltern eine ungünstigere Entwicklungsprognose aufweisen als Kinder gesunder Eltern. Erste Anzeichen für Abweichungen ließen sich bereits im frühen Säuglingsalter mit drei Monaten feststellen. Statistisch gesichert sind Defizite in der kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung im Kleinkindalter. Es zeigte sich auch, dass die Auftretensraten schizophrener Störungen bei Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil zwischen 8 und 20 % lagen. Betrachtet man alle Formen psychiatrischer Störungen, so wurden bei Kindern mit mindestens einem schizophren erkrankten Elternteil im Mittel bei 30 bis 40 % der Betroffenen bis zum Jugendalter klinisch relevante Auffälligkeiten festgestellt (Niemi u. a. 2003). Downey und Coyne (1990) gehen davon aus, dass das Risiko für eine affektive Störung für die betroffenen Kinder zwei- bis dreimal höher und das Risiko für eine

Major Depression etwa sechsmal höher als für Kinder unauffälliger Eltern ist. Kinder depressiver Eltern tragen darüber hinaus auch ein erhöhtes Risiko für andere psychische Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsprobleme im sozialen, emotionalen und kognitiven Bereich (Cummings/Davis 1994). Für die bislang untersuchten psychischen Störungen steigt die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern noch einmal deutlich, wenn beide Elternteile von einer Erkrankung betroffen sind. Sind beispielsweise beide Elternteile depressiv erkrankt, beträgt die Wahrscheinlichkeit für die Kinder, im Laufe ihres Lebens eine Depression auszubilden, etwa 70 % (Robins/Regier 1991).

Die *Rochester Longitudinal Study*, eine große Risikostudie, kommt zu dem Ergebnis, dass die elterliche Diagnose offensichtlich weniger bedeutsam für die Anpassung des Kindes ist als andere Dimensionen wie Schweregrad, Art und Chronizität der Symptomatik, Komorbidität, Rückfallhäufigkeit und symptomfreie Perioden sowie allgemeine familiäre und psychosoziale Bedingungen des Aufwachsens (Sameroff 1987). Schwere psychische Erkrankungen begünstigen das Auftreten von Belastungsfaktoren wie eheliche Konflikte, familiäre Disharmonien, Scheidung, Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung, inadäquate soziale Unterstützung und soziale Isolation sowie eingeschränkte objektive Lebensbedingungen wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme und problematische Wohnverhältnisse. Die Kumulation von Risiken oder Stressoren ist besonders bedeutsam. So steigt mit der Anzahl der vorhandenen Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder eine ernsthafte Störung entwickeln, deutlich an (Rutter 1990).

Die Umweltfaktoren sowie die Schwere und der Verlauf der elterlichen Erkrankung haben mindestens eine ebenso große Bedeutung für ungünstige Entwicklungsverläufe und die Ausbildung von psychischen Störungen wie genetische Faktoren. Die Rolle genetischer Faktoren bei der Entstehung psychischer Störungen konnte in einer Reihe von Studien zwar hinreichend belegt werden (vgl. Lenz 2005), allerdings wurde zugleich deutlich, dass es gerade bei vermutlich vorhandenen genetischen Risiken auf die Umwelt ankommt, in der ein Kind aufwächst. Eine determinierende Wirkung genetischer Faktoren kann weitgehend ausgeschlossen werden.

Wenn Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden, zeigen Kinder aller Altersstufen ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen. Einige Studien

deuten jedoch darauf hin, dass in der frühen Kindheit und in der Pubertät eine besondere Vulnerabilität bei Kindern psychisch kranker Eltern besteht (Cummings/Davies 1994). Danach treten bei Säuglingen und Kleinkindern vermehrt kognitive und emotionale Entwicklungsverzögerungen sowie verstärkte Trotzreaktionen und stärkere Trennungängste auf. In der Pubertät werden insbesondere Anpassungsschwierigkeiten sichtbar (vgl. Beardslee u. a. 1998). Frühe Kindheit und Jugendalter stellen offensichtlich Phasen erhöhter Vulnerabilität gegenüber den Belastungen dar, die mit dem Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil verbunden sind. Ob sich eine psychische Erkrankung eines Elternteils bei Mädchen und Jungen unterschiedlich auswirkt, also geschlechtsspezifische Unterschiede in den Reaktionen der Kinder bestehen, ist bislang nicht eindeutig geklärt (Lenz 2008). So kommen Studien zu dem Ergebnis, dass die Vulnerabilität und das Ausmaß der Belastung bei Mädchen und Jungen etwa gleich stark ausgeprägt sind. Andere Studien kommen hingegen zu dem Schluss, dass die elterliche Erkrankung Mädchen und Jungen unterschiedlich beeinflusst. Windle und Davies (1997) kommen beispielsweise in einer Studie über die Auswirkung mütterlicher Depressionen auf die Kinder zu dem Ergebnis, dass bei Jungen die Vulnerabilität in der früheren Kindheit erhöht ist, während Mädchen insbesondere in der Pubertät anfällig sind.

Es liegt mittlerweile eine Reihe von Studien vor, die im Mittel eine moderate bis starke Einschränkung der Erziehungsfähigkeit bei Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung belegen und negative Einflüsse auf den Entwicklungsverlauf von Kindern aufzeigen (Deneke 2005). Die Mehrzahl der Studien befasst sich mit Einschränkungen in bindungsrelevanten Fähigkeiten, speziell mit Einschränkungen der elterlichen Sensitivität in der Eltern-Säuglings-Interaktion, die als Unter- oder Überstimulation des Kindes beobachtet werden kann (Deneke/Lüders 2003). So reagieren beispielsweise depressiv und schizophren erkrankte Eltern vorübergehend oder dauerhaft nicht oder nur verzögert auf kindliche Signale und sind für das Kind emotional nicht oder nur schwer erreichbar (Riordan u. a. 1999; Hipwell/Kumar 2000). Sie verhalten sich eher passiv und zeigen ein eingegrenztes Kommunikationsrepertoire oder verhalten sich dem Kind gegenüber überfürsorglich und bevormundend. Ein überstimulierendes Interaktionsverhalten lässt sich bei manischen, agitiert depressiven und auch bei schizophren erkrankten Eltern mit einer floriden Plus-Symptomatik beobachten (Snellen u. a. 1999). Vernachlässigung beobachtete Deneke (2005) vorwiegend bei nicht bzw. wenig responsiven Eltern, die emotional für das Kind nicht erreichbar sind.

Die vorliegenden qualitativen Belastungsstudien eröffnen einen sensiblen Zugang zu den Erlebnis- und Erfahrungswelten der Kinder mit psychisch kranken Eltern im familiären und sozialen Alltag. Dunn (1993) hat neun bereits erwachsene, gesund gebliebene Kinder psychotischer Eltern retrospektiv ausführlich über ihre Erfahrungen und Lebensstrategien in der Familie befragt. Die Aussagen der erwachsenen Kinder kreisten um die Themen Einsamkeit, Isolation und Entfremdung. Die Tabuisierung der Krankheit, die fehlende Aufklärung und die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung des kranken Elternteils löste bei den Kindern ein Gefühl der Einsamkeit aus, die bis zur Isolation führen kann. Die Kinder begannen zunehmend in zwei Welten zu leben, in der Welt der Familie und in der Außenwelt. Beide Welten blieben voneinander getrennt, so dass die Kinder sich aus der Sicht der einen Welt als fremd gegenüber der jeweils anderen empfanden. Die Entfremdung wurde begleitet von Scham- und Schuldgefühlen. Die Kinder schämten sich wegen des kranken Elternteils, fühlten sich zugleich aber auch mitschuldig an der Krankheit. Die Schuldgefühle verfolgten die Kinder dann bis in ihr Erwachsenenalter zum einen als „*separation guilt*“, eine Schuld, die durch die Loslösungsprozesse und die Versuche, die eigenen Wege zu verfolgen, entsteht und zum anderen in der „*survivor guilt*“, die auf der Vorstellung basiert, dass die Menge „guter Dinge“ in einer Familie begrenzt ist und Expansionsbestrebungen einzelner Familienmitglieder somit auf Kosten der Möglichkeiten anderer gehen. Vor allem aus Gründen der schweren Erreichbarkeit wurden bislang fast ausschließlich (junge) Erwachsene befragt. Solche retrospektiv angelegten Studien sind jedoch anfällig für Verzerrungen. So entstehen häufig Schwierigkeiten, sich an die Ereignisse überhaupt noch konkret zu erinnern, zudem kommt es leicht zu Vermischungen und Überlagerungen durch den Einfluss anderer Lebensereignisse und -umstände. Um einen authentischen Einblick in ihre Erlebens- und Gefühlswelt, in ihre Vorstellungen, Gedanken und Wünsche nach Unterstützung zu gewinnen, hat Lenz (2005) Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 18 Jahren zeitnah zur psychiatrischen Behandlung ihrer Eltern befragt. Betrachtet man die Befunde im Überblick, so ergibt sich zusammenfassend folgendes Bild:

- Die psychische Erkrankung eines Elternteils stellt für die Kinder eine besonders schmerzhafteste Verlusterfahrung dar, die meist mit gravierenden Veränderungen im familiären Alltag einhergeht, insbesondere wenn die Mutter die Patientin ist. Das allenfalls diffuse Wissen über die Erkrankung löst zusätzliche Unsicherheiten und Ängste aus.

- Kinder sind sensible Beobachter ihrer erkrankten Eltern. Sie nennen eine Reihe von Frühwarnzeichen, an denen sie eine Verschlechterung des psychischen Zustandes ihrer Mutter oder ihres Vaters festmachen.
- Trennungsängste, Angst vor der Verschlimmerung der Krankheit und vor einem möglichen Suizid, Hoffnungslosigkeit und Resignation sowie Wut, weil sie sich vernachlässigt, ungerecht behandelt oder ungeliebt fühlen, kennzeichnet die Gefühlslage der Kinder. Bei den Jugendlichen stehen Ängste vor einer möglichen eigenen Erkrankung, Schuldgefühle nach teilweise vehementen Distanzierungs- und Abgrenzungsversuchen von der Familie, starke Verantwortungsgefühle und Trauer über den Verlust einer elterlichen Identifikationsfigur im Vordergrund.
- Die zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Elternteils, eventuell sogar eine krisenhafte Entwicklung mit Suiziddrohungen und verschärften elterlichen Konflikten, kennzeichnen häufig das Familienleben vor der Klinikeinweisung. Die Kinder rutschen in dieser Phase immer wieder in die Auseinandersetzungen der Eltern hinein und geraten in massive Loyalitätskonflikte. Fast ausnahmslos müssen sie mit dieser belastenden Situation alleine fertig werden.
- Da sie in aller Regel über keine verständnisvollen Bezugspersonen verfügen, nehmen insbesondere während des Klinikaufenthalts der Mutter das Alleinsein und Gefühle der Leere zu. Zugleich sind die Kinder durch die Abwesenheit der Mutter mit teilweise gravierenden Veränderungen in der Familie konfrontiert und versuchen den Vater durch zusätzliche Übernahme von Aufgaben im Haushalt zu entlasten.
- Die Zeit nach dem Klinikaufenthalt ist durch eine Atmosphäre der Vorsicht, der Rücksichtnahme und Schonung und der Angst vor einem erneuten Rückfall geprägt. Die Kinder richten ihr Verhalten am Tagesablauf und den Bedürfnissen des erkrankten Elternteils aus.
- Jugendliche haben einerseits die Möglichkeit, sich zumindest teilweise von der Familie zu lösen und äußerlich abzugrenzen, was aber gleichzeitig mit starken Schuldgefühlen verbunden sein kann. Andererseits werden vom kranken und vom gesunden Elternteil spezifische „Aufträge“ an sie gerichtet. Es kommt häufig zu einer Rollenumkehr, in der

sie Eltern- oder Partnerfunktion für ihre Eltern übernehmen und Verantwortung für ganze Lebensbereiche wie Haushaltsführung oder Erziehung der jüngeren Geschwister tragen.

- Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen neigt zu defensiv-vermeidenden Bewältigungsstrategien. Sie ziehen sich zurück, fliehen oftmals in eine Fantasiewelt und zeigen insgesamt eine schwach ausgeprägte Netzwerkorientierung. Als besonders hilfreich werden Großeltern und Gleichaltrige mit einem ähnlichen Problemerkundungshintergrund betrachtet.
- Als eine besonders wichtige Form der Unterstützung erachten Kinder und Jugendliche ehrliche und offene Antworten auf ihre Fragen. Sie wollen nicht geschont werden, sondern die Wahrheit hören. Jugendliche wünschen sich darüber hinaus eine aktive Einbeziehung in die Behandlung ihres erkrankten Elternteils. Kontakt- und Austauschmöglichkeiten in Gruppen und eine gezielte Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten werden als weitere wichtige Unterstützungsangebote betrachtet.

## **2.2 Risiken und Belastungen für Kinder alkoholabhängiger Eltern**

Studien zeigen übereinstimmend, dass Kinder alkoholabhängiger Eltern als die größte Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zu betrachten ist. Es ist davon auszugehen, dass diese Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen (Sher 1991; Lachner/Wittchen 1997; Zobel 2006). Eine klassische amerikanische Übersichtsstudie kommt zu dem Ergebnis, dass von knapp 4.000 alkoholabhängigen Personen 30,8 % einen alkoholabhängigen Elternteil aufwiesen. Demgegenüber gaben in einer nichtklinischen Kontrollstichprobe von 922 Personen nur 4,7 % einen abhängigen Elternteil an (Cotton 1979). Eine Langzeitstudie über einen Zeitraum von 33 Jahren zeigte, dass erwachsene Kinder aus Suchtfamilien in 28 % der Fälle eine Alkoholabhängigkeit entwickelten. Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit wie Männer ohne abhängigen Vater (Drake/Vaillant 1988). In einem Überblick zu den vorliegenden Forschungsergebnissen stellt Klein (2001) fest, dass mehr als 30 % der Kinder aus suchtblasteten Familien selbst suchtkrank werden. In der oben bereits erwähnten epidemiologischen Studie von Lachner und Wittchen (1997) zeigte sich darüber hinaus, dass im Falle einer Alkoholdiagnose für beide Elternteile das Risiko einer eigenen Alkoholabhängigkeit bei den Söhnen um das 19-fache

und bei den Töchtern um das 28-fache erhöht ist. Im Falle elterlicher Komorbidität, also dem Vorhandensein psychischer Störungen (wie z. B. Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen) neben der Alkoholabhängigkeit, sind diese Risiken noch höher.

Das hohe Risiko in Bezug auf eine spätere Suchtstörung legt den Schluss nahe, dass genetische Faktoren hier eine wichtige Rolle spielen. Alle Studien zeigen, dass eine genetische Belastung bei der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit sicherlich wirksam ist, diese aber mit anderen Variablen wie der familiären Umwelt und individuumspezifischen Entwicklungsfaktoren vielschichtig interagiert (Maier 1997).

Insbesondere die Familienumwelt der Kinder stellt neben den biologischen Anlagen einen wesentlichen Risikofaktor dar. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten anzutreffende Familienkonstellation, bestehend aus einem alkoholabhängigen Vater und einer nicht suchtkranken, aber co-abhängigen Mutter, bringt weit reichende Veränderungen und Gefahren in der Dynamik der Familien mit sich. Die Eltern sind oftmals nicht in der Lage, den Pflichten in der Erziehung in ausreichendem Maße nachzukommen und die kindlichen Grundbedürfnisse zu erfüllen, da der abhängige Elternteil auf das Suchtmittel fixiert ist und die Kinder kaum mehr wahrnimmt. Der nichtabhängige Elternteil benötigt die Kraft für das grundlegende Funktionieren der Familie und die Wahrung einer vermeintlich intakten Fassade nach außen. Die familiäre Atmosphäre ist gekennzeichnet durch eine deutlich schwächere oder extrem starke Familienkohäsion sowie durch die Frustration kindlicher Grundbedürfnisse und Störungen in den Eltern-Kind-Bindungen. Einer schärferen, rigiden Abgrenzung nach außen entsprechen oft diffuse, unklare Grenzen innerhalb der Familie. Die Kinder übernehmen in dieser Beziehungskonstellation bisweilen Eltern- oder Partnerrollen und damit Aufgaben, denen sie schon aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht gewachsen sind. Black (1988) und Wegscheider (1988) haben neben diesen Parentifizierungsprozessen noch weitere Rollenmodelle beschrieben, um die Situation der Kinder in Suchtfamilien zu verdeutlichen. Danach lernen Kinder bestimmte Rollen wie z. B. des „Helden“, des „Sündenbocks“, des „unauffälligen Kindes“ oder des „Clowns“ in fixierter Form durchzuführen. Eine besonders kritische Situation besteht häufig für Kinder, die mit ihrem alkoholabhängigen Elternteil – meist den Müttern – alleine leben. In dieser Familienkonstellation dürfte die Überforderungsschwelle für die Mütter und Kinder schnell erreicht sein und für die Kinder ein hohes Entwicklungsrisiko bestehen, wenn die unvollständige Familie nicht angemessene Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk erfährt

(Simon/Palazetti 1999). In einer qualitativen Studie wurden Kinder aus alkoholbelasteten Familien im Alter von 8 bis 16 Jahren befragt. Die von den Kindern am häufigsten genannten Erfahrungen waren Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit im elterlichen Verhalten, Ängste und Sorgen um Gesundheit und Leben der Eltern, Scham- und Schuldgefühle, mangelnde soziale Unterstützung sowie Streit und konflikthafte Auseinandersetzungen zwischen den Eltern. Generell wurden in der Studie viele Ambivalenzerfahrungen und Loyalitätskonflikte deutlich. Dies drückte sich zum einen in einem inkonsistenten Belohnungs- und Bestrafungsverhalten und zum anderen in Gefühlsschwankungen aus, die von Verachtung und Hass bis hin zu Liebe und permanenter Sorge reichten (Cork 1969). Hinzu kommen oftmals extreme Belastungssituationen wie direkte Gewalterfahrungen oder häufige Zeugenschaft bei Gewalthandlungen, zudem Vernachlässigung bzw. Verwahrlosung sowie eingeschränkte objektive Lebensbedingungen wie Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern und enge Wohnverhältnisse.

Kinder aus suchtbelasteten Familien gelten nicht nur als die größte Risikogruppe bezüglich der Entwicklung eigener Suchterkrankungen, sondern weisen darüber hinaus insgesamt eine höhere Vulnerabilität gegenüber Verhaltens- und Erlebensstörungen als Kontrollgruppen mit normalem familiären Hintergrund auf. In einer Langzeitstudie mit einem Untersuchungszeitraum von der Geburt bis zum 18. Lebensjahr der Kinder wurde festgestellt, dass die Söhne mehr psychische Probleme aufwiesen als die Töchter und dass die Probleme im Falle mütterlicher Abhängigkeit gravierender sind als bei väterlicher Abhängigkeit (Werner 1986). Am häufigsten werden Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten, Delinquenz, kognitive Funktionsstörungen, soziale Interaktionsstörungen sowie Angst und Depressionen genannt (vgl. Elpers/Lenz 1994).

Kinder alkoholkranker Eltern sind überzufällig stark von körperlichen Problemen betroffen. An erster Stelle sind hierbei die Auswirkungen des Alkohols, die eine Schädigung beim Kind hervorrufen, anzuführen, und zwar das fetale Alkoholsyndrom, die fetalen Alkoholeffekte (Alkoholembryopathie) und Alkoholvergiftungen. Von einer Alkoholembryopathie, einer durch Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft erworbenen Schädigung des Embryos, ist nach Schätzung der Universitätskinderklinik Münster jedes 300. Neugeborene betroffen (Löser 1995). Dies wären in Deutschland jährlich etwa 2.200 Neugeborene.

Klein (2007) hat die globalen Risiken elterlicher Alkoholstörungen für die Entwicklung von Kindern in Form von explorativen Fragen zusammengefasst:

- Wer trinkt (Mutter, Vater oder beide)?
- Wer im Umfeld trinkt noch (Großeltern, Onkel etc.)?
- Wann ist die Abhängigkeit im Leben der Eltern aufgetreten?
- Wie lange wird schon getrunken?
- Welchen Verlauf hat die Abhängigkeit?
- Welchen Schweregrad hat die Auffälligkeit?
- Wie alt waren die Kinder, als die Suchterkrankung des Vaters oder der Mutter chronisch wurde?
- Wie lange haben die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt?
- Wie haben die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt?
- Gibt es noch weitere Störungen bei den Eltern (Komorbidität)?
- Gibt es noch weitere kritische Lebensereignisse (Trennung und Scheidung, Unfälle, Gewalt und Missbrauch, finanzielle Probleme)?

Je nach Ausprägung und gemeinsamen Auftreten dieser Merkmale erhöhen sich die Entwicklungsrisiken der Kinder und die Wahrscheinlichkeit des Entstehens von Verhaltensstörungen und einer späteren Suchtmittelabhängigkeit steigt. Zudem können komplexe Interaktionen zwischen diesen Merkmalen auftreten. In der Risikoforschung konnte vielfach aufgezeigt werden, dass sich das gemeinsame Auftreten mehrerer Risikofaktoren besonders gravierend auf die kindliche Entwicklung auswirkt, weil sich ihre Effekte nicht nur einfach aufaddieren, sondern wechselseitig verstärken. Die Kumulation von Risiken oder Stressoren ist besonders bedeutsam. So steigt mit der Anzahl der vorhandenen Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder eine ernsthafte Störung entwickeln, deutlich an (vgl. Kapitel 2.1).

### **2.3 Risiken und Belastungen für Kinder drogenabhängiger Eltern**

Der Fokus auf Kinder drogenabhängiger Eltern wurde auch in der internationalen Forschung erst in den 1980er Jahren und damit wesentlich später gelegt als auf die Kinder alkoholabhängiger Eltern, die in den USA bereits in den 1960er Jahren Gegenstand empirischer Studien waren (vgl. Klein 2006). Dementsprechend verwundert es auch nicht,

dass bislang erst wenige Langzeitstudien zu Entwicklung und Risiken dieser Kinder vorliegen.

In mehreren Studien wurden bei drogenabhängigen Müttern eine schlechtere sozioökonomische Lage, ein höheres Stresserleben und eine stärkere soziale Isolation festgestellt als bei demografisch vergleichbaren Müttern. Drogenabhängige Mütter weisen darüber hinaus ein höheres Maß an Einsamkeit und Isolation und geringere soziale Unterstützung auf als drogenabhängige Männer (vgl. Klein 2006). Diese Faktoren wirken sich langfristig ungünstig auf die Entwicklung der Kinder aus. Einen weiteren Problemfaktor für die Entwicklung stellen die häufigen Brüche im Leben der Kinder dar. In einer Studie von Arnold und Steier (1997) zeigte sich, dass 44 % der untersuchten Kinder aufgrund von Klinikaufhalten der Eltern infolge akuter Drogenintoxikation oder Gefängnisaufhalten immer wieder über längere Zeit von den Eltern getrennt leben müssen. In der entwicklungspsychopathologischen Forschung sind solche Diskontinuitäten als bedeutsamer Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten identifiziert worden. Nair u. a. (1997) untersuchten die Beziehungsgeschichte der Kleinkinder von 152 drogenabhängigen Müttern. Es zeigte sich, dass 43 % der Kinder bis zu ihrem 18. Lebensmonat einen Wechsel der Hauptbezugsperson erlebten. Obwohl alle Kinder drogenabhängiger Mütter ein erhöhtes Risiko für Diskontinuität und Brüche in der Beziehung zu ihren Bezugspersonen aufweisen, können innerhalb dieser Gruppe spezielle Konstellationen ausgemacht werden, die mit einem nochmals erhöhtem Risiko einhergehen: junges Alter der Mutter, Heroingebrauch, Geburt von mehreren Kindern, Fremdplatzierung von anderen Kindern in der Vorgeschichte sowie das Vorhandensein depressiver Symptome.

Insgesamt lässt sich die Lebenssituation der Kinder drogenabhängiger Eltern folgendermaßen zusammenfassend charakterisieren (vgl. Englert/Ziegler 2001 ):

- Die Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen, da Drogenabhängige viel häufiger ein entsprechendes Partnerwahlverhalten zeigen als Alkoholabhängige. Das Aufwachsen bei zwei drogenabhängigen Elternteilen erhöht das Entwicklungsrisiko für Kinder.
- Kinder sind häufig von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger nur bei einem Elternteil auf.

- Kinder erleben die typischen Konsequenzen der Drogensubkultur wie z. B. Beschaffungskriminalität, Prostitution der Mutter, Verhaftung des Vaters.
- Kinder erleben soziale Isolation und Stigmatisierung, lernen weniger sozial förderliche Verhaltensweisen und sind dadurch in ihrem Selbstwertgefühl insgesamt instabil und gefährdet.
- Kinder leiden unter sozialer Ausgrenzung der Familie, z. B. durch Armut, Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen.
- Durch die im Vergleich mit Alkoholabhängigen höhere Komorbidität der Eltern besteht die Gefahr, dass Kinder aufgrund des komplexen Störungsbildes ihrer Eltern stärkere Schädigungen erleiden.

Studien über das Elternverhalten drogenabhängiger Eltern konzentrieren sich zum einen auf den Bereich Missbrauch und Vernachlässigung und zum anderen auf die Eltern-Kind-Beziehungen (Klein 2006). Es zeigte sich, dass drogenabhängige Mütter häufiger davon überzeugt sind, dass sie ungeeignete Eltern sind als Kontrollmütter. Sie erleben sich in der Erziehung als unzulänglich bzw. unfähig und machen sich mehr Sorgen um die Entwicklung ihrer Kinder, vor allem in Hinsicht einer eigenen Suchterkrankung oder einer dissozialen Karriere. Untersuchungen zum Erziehungsverhalten kommen zu dem Ergebnis, dass drogenabhängige Mütter im Vergleich zu Kontrollmüttern häufiger aversive Verhaltensweisen zeigten. Sie neigen stärker zum Kommandieren, Drohen, Provozieren und Kritisieren und verhalten sich verbal aggressiv und abwertend gegenüber den Kindern (Hogan 1998). Arnold und Steier (1997) beobachteten in einer stationären Entwöhnungseinrichtung bei den drogenabhängigen Müttern vor allem Schwierigkeiten beim Setzen von Grenzen.

Missbrauch und Vernachlässigung der Kinder sind bei heroin- und kokainabhängigen Eltern häufig festzustellen (Hogan 1998). Simpson und Miller (2002) fanden heraus, dass ca. 30 % der Kinder, die pränatal Drogen ausgesetzt waren, im Beobachtungszeitraum von einem Jahr mit hoher Wahrscheinlichkeit missbraucht oder vernachlässigt wurden. In etwa 20 % der Fälle konnte der Verdacht auf Missbrauch und Vernachlässigung eindeutig nachgewiesen werden. Diese Rate ist mehr als zweimal so hoch wie bei Kindern nicht drogenabhängiger Eltern. Die meisten Fälle, ca. 70 %, bezogen sich dabei auf Vernachlässigung wie mangelnde Beaufsichtigung und schlechte Ernährung bzw. alltägliche Versorgung. In 15 % der Fälle wurden physische Verletzungen in Folge von Gewalteinwirkungen oder Unfällen, in 6% eine Drogenintoxikation und in 5 % aller Fälle sexueller Missbrauch festgestellt. Nach sorgfältiger Kontrolle der Einflüsse soziodemografischer und psychiatrischer Variablen zeigte sich, dass

ähnlich erhöhte Quoten für Missbrauch und Vernachlässigung beispielsweise auch in sozial und finanziell belasteten Familien oder in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil beobachtet werden können.

### **3 Theoretischer Hintergrund – Resilienz und Bewältigung**

Die vorliegenden Studien zum Entwicklungsverlauf und der Auftretenshäufigkeit von Störungen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die psychische Erkrankung oder die Suchterkrankung eines Elternteils oder beider Eltern das Risiko für Kinder, im Verlauf ihres Lebens selbst eine Störung auszubilden, beträchtlich ist (vgl. Kapitel 2). Rutter und Quinton (1984) ermittelten z. B. über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren bei einem Drittel der untersuchten Kinder persistente kinderpsychiatrische Störungen, bei einem weiteren Drittel vorübergehende klinisch relevante Auffälligkeiten und bei dem verbleibendem Drittel keine gravierenden Beeinträchtigungen der Entwicklung. Die Mehrzahl der Kinder erkrankt zumindest langfristig nicht selbst, es zeigt sich aber, dass ihre Schwierigkeiten anderer Art sind: Sie sind stärker auf sich gestellt, müssen mehr als andere Kinder mit dem familiären Alltag, mit ihren Problemen in der Schule oder in der Freizeit alleine fertig werden und mit ihrer Einsamkeit selbst zurechtkommen. Bei Kindern aus suchtblasteten Familien weisen die Ergebnisse aus Längsschnittstudien in etwa in eine ähnliche Richtung. So ist nach Wolin und Wolin (1995) davon auszugehen, dass etwa ein Drittel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien selbst alkohol- oder drogenabhängig wird, ein weiteres Drittel andere psychische Störungen entwickelt und ein letztes Drittel mehr oder weniger psychisch gesund bleibt.

Mit der Frage, warum sich manche Kinder trotz hoher Risiken gesund entwickeln und warum sie kritische Lebensereignisse – wie eine psychische Erkrankung oder eine Suchterkrankung – der Eltern relativ gut bewältigen, während andere Kinder unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind, setzen sich die Resilienz- und Bewältigungsforschung auseinander.

#### **3.1 Ergebnisse der Resilienzforschung**

Resilienz wird als Gegenpol zur Vulnerabilität betrachtet. Man versteht darunter sowohl den Prozess der biopsychosozialen Anpassung als auch dessen Ergebnis (Lösel u. a. 1992). Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei nicht das sogenannte invulnerable Kind, sondern die relative psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber pathogenen bzw. belastenden Umständen

und Ereignissen, die über die Zeit und situative Umstände hinweg variieren kann. Wie die Ergebnisse der Resilienzforschung übereinstimmend zeigen, stärken die personalen und sozialen Ressourcen maßgeblich die psychische Widerstandsfähigkeit von belasteten Kindern und werden deshalb in diesem Zusammenhang als Schutzfaktoren bezeichnet. Laut Rutter (1990) moderieren protektive Faktoren die schädliche Wirkung eines Risikofaktors. Er geht davon aus, dass bei Vorliegen eines protektiven Merkmals der Risikoeffekt gemindert oder völlig beseitigt wird, fehlt hingegen ein protektives Merkmal, kommt der Risikoeffekt voll zum Tragen. Dahinter steht die Vorstellung eines Puffereffektes. Ein Schutzfaktor ist besonders oder ausschließlich dann wirksam, wenn eine Gefährdung vorliegt. Ohne Gefährdung spielen Ressourcen als Schutzfunktion keine bedeutsame Rolle. Werner (1999) verweist darauf, dass personale und soziale Ressourcen nicht nur einen Moderator- bzw. Puffereffekt haben, sondern ganz generell die psychosoziale Anpassung in der Kindheit fördern. Antonovsky (1997) sieht in der Verfügbarkeit von Ressourcen zentrale Voraussetzungen für allgemein förderliche Entwicklungsbedingungen, Wohlbefinden und Gesundheit.

Durch prospektive Längsschnittstudien und gut kontrollierte Querschnittstudien konnte eine Reihe von Schutzfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern identifiziert werden. Untersucht wurden hierbei verschiedene Risikogruppen wie beispielsweise Kinder aus Familien mit psychischen kranken oder suchtkranken Eltern (vgl. Bender/Lösel 1998). Obwohl sich die Studien auf unterschiedliche Stichproben in vielfältigen Kontexten stützen, eine große Bandbreite an Methoden aufweisen und hinsichtlich untersuchter Entwicklungsabschnitte und Risikofaktoren variieren, zeichnen sich gleichwohl ziemlich konsistente Befunde ab. Es kann also von bedeutsamen generellen Schutzfaktoren ausgegangen werden, die sich in kindzentrierte, familienzentrierte und soziale Schutzfaktoren unterteilen lassen (vgl. Lenz 2008):

#### ***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, Umgang mit Konflikten);
- Effektive Problemlösefähigkeit und realistische Einschätzung persönlicher Ziele;

- Gute bzw. überdurchschnittliche Intelligenz und positive Schulleistungen;
- Positive Selbstwertkonzepte, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und internale Kontrollüberzeugungen;
- Ausgeprägtes Kohärenzgefühl.

#### ***Familienzentrierte Schutzfaktoren***

- Emotional sichere und stabile Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson;
- Emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung;
- 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.

#### ***Soziale Schutzfaktoren***

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

Die Resilienzforschung zeigt aber zugleich, dass relativ allgemeine protektive Faktoren nur ein erster Schritt für das genauere Verständnis protektiver Entwicklungsprozesse sind. Die Forschungsbemühungen haben sich daher von den allgemeinen Schutzfaktoren zu differenziellen Entwicklungsprozessen verlagert. Obwohl bislang noch keine ausreichenden empirischen Befunde vorliegen, deuten die Ergebnisse qualitativer Studien darauf hin, dass eine alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung und Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und die Behandlung sowie die Art und Weise des Umgangs mit Krankheit in der Familie eine spezifische Schutzwirkung für Kinder psychisch kranker Eltern besitzen (Mattejat u. a. 2000; Lenz 2005a).

Wolin und Wolin (1995) haben aufgrund klinischer Interviews sieben spezifische Schutzfaktoren identifiziert, die Kinder vor den Folgen einer krankmachenden suchtblasteten Familienumwelt schützen können:

- *Einsicht*, z. B. dass mit dem alkoholabhängigen Vater etwas nicht stimmt;
- *Unabhängigkeit*, z. B. sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen;
- *Beziehungsfähigkeit*, z. B. in eigener Initiative Beziehungen zu psychisch gesunden und stabilen Personen aufzubauen;
- *Initiative*, z. B. in Form von sozialen und sportlichen Aktivitäten;
- *Kreativität*, z. B. in Form von künstlerischen Ausdrucksformen;
- *Humor*, z. B. in Form von Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung;
- *Moral*, z. B. in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

### **3.2 Ergebnisse der Bewältigungsforschung**

Die Bewältigung hängt maßgeblich davon ab, welche personalen und sozialen Ressourcen einer Person als Schutzfaktoren in stressreichen Lebensumständen zur Verfügung stehen, um konstruktive Aktivitäten und Handlungen in Gang zu setzen. In Anlehnung an Lazarus und Folkman (1984) kann Bewältigung als sich ständig verändernde kognitive, emotionale und aktionale Bemühungen einer Person verstanden werden, sich mit den spezifischen Belastungen und Anforderungen auseinanderzusetzen, sie aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern.

Zur Differenzierung der Bewältigungsstrategien werden unterschiedliche Klassifikationen vorgeschlagen. Lazarus und Folkman (1984), deren Klassifikation die weiteste Verbreitung gefunden hat, differenzieren zwischen Bewältigungsstrategien mit instrumenteller bzw. problemlösender Funktion und Bewältigungsstrategien mit palliativer bzw. emotionsorientierter Funktion. Das problemfokussierte Bewältigungsverhalten ist mit Kontrolle und/oder Veränderung stressauslösender Situations- oder Personenmerkmale verbunden, wie zum Beispiel durch Veränderung des Tagesablaufs oder durch ein klärendes Gespräch. Ziel der emotionsfokussierten Bewältigung ist die Kontrolle und Regulation der mit dem Stresserleben verbundenen negativen physischen und psychischen Wirkungen, wie zum Beispiel durch Ablenkung, Entspannung und Vermeidung. Gemeinsam ist allen Konzepten die Unterscheidung zwischen direkten Bewältigungsstrategien („*Annäherungsstrategien*“), die auf eine Veränderung des Stressors durch kognitive, affektive und verhaltensbezogene Aktivitäten abzielen, und indirekten Strategien

(„*Vermeidungsstrategien*“), in der die Belastungssituation nicht unmittelbar, sondern mit Vermeidung, Ablenkung, Senkung eigener Ansprüche etc. angegangen wird. Lazarus und Folkman (1984) betonen, dass bestimmte Bewältigungsstrategien nicht per se als günstig und andere als ungünstig zu bewerten sind. Entscheidend ist vielmehr die Passung zwischen Merkmalen der Situation und dem Bewältigungsverhalten, wobei hierbei sowohl subjektive Einschätzungen als auch objektive Merkmale eine Rolle spielen (Seiffge-Krenke/von Irmer 2007). Wird die gewählte Reaktion den subjektiv wahrgenommenen Anforderungen der Situation gerecht, findet die Person relativ schnell zu einem inneren Gleichgewicht zurück. Kindern steht aufgrund entwicklungsbedingter kognitiver und emotionaler Fähigkeiten, Mangel an Erfahrungen und geringerer Möglichkeiten, die Umgebung zu kontrollieren, sicherlich eine begrenztere Auswahl an Bewältigungsstrategien zur Verfügung als Erwachsenen. Welche Bewältigungsstrategien Kindern zur Verfügung stehen, hängt insbesondere vom Alter und dem Entwicklungsverlauf ab. Fields und Prinz (1997) fanden in einer Übersichtsarbeit, in der elf Studien zur Stressbewältigung bei Grundschulkindern (7 bis 12 Jahre) analysiert wurden, ein Vorherrschen vermeidender Bewältigungsstrategien in den jüngeren Altersgruppen und einen stärkeren Einsatz problemorientierter Strategien in den höheren Altersgruppen.

Über die Effektivität verschiedener Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stressoren im Kindesalter liegen bislang wenige Befunde vor. Studien im Jugend- und Erwachsenenalter deuten allerdings darauf hin, dass manche Copingstrategien protektive Funktionen erfüllen, da sie negative Emotionen, die mit dem Stressor einhergehen, regulieren und zur Entwicklung alternativer Lösungen führen und auf diese Weise negative Effekte des Stresserlebens reduzieren. Andere Bewältigungsstrategien verstärken hingegen die Wirkungen von Stress und werden zu Risikofaktoren. Es wird angenommen, dass insbesondere die Problemmeidung, das „*avoidant coping*“ einen derartigen Risikofaktor darstellt. So weist beispielsweise Seiffge-Krenke (2000) auf eine Verbindung zwischen passiver Problemmeidung und Depression hin. Sie geht davon aus, dass Vermeidungsstrategien das Auftreten von Depression erhöhen und die Dauer depressiver Episoden verlängern. Einige Studien konnten allerdings aufzeigen, dass Problemmeidung eine wichtige Rolle bei der Adaptation an schwerwiegende Stressoren spielt. So wurde dieser Bewältigungsstil sehr häufig bei Jugendlichen gefunden, die mit sehr belastenden kritischen Lebensereignissen konfrontiert wurden, wie etwa Scheidung ihrer Eltern, frühe Mutterschaft oder einem

Suizidversuch. Problemmeidung ist demnach eine häufige Reaktion nach der unmittelbaren Konfrontation mit einem sehr belastenden Lebensereignis und kann protektive Funktionen erfüllen. Die langfristige Nutzung dieses Bewältigungsstils kann jedoch maladaptiv sein und zu einer Kumulierung von Stressoren führen, was zu erhöhter und zusätzlicher Stress- und Symptombelastung beiträgt. Die bislang vorliegenden Ergebnisse aus qualitativen Studien zu den Bewältigungsprozessen der Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern deuten darauf hin, dass sich bei der Mehrzahl der Kinder, die dysfunktionale und problemmeidende Bewältigung langfristig einsetzen, das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten erhöht (vgl. Lenz 2005; 2008).

Die besondere Bedeutung der Ergebnisse der Resilienz- und Bewältigungsforschung liegt nicht zuletzt in ihrer hohen Praxisrelevanz. Die identifizierten generellen und spezifischen Schutzfaktoren sowie das Wissen über wirksame, situationsangemessene Bewältigungsstrategien liefern konkrete Ansatzpunkte für die Entwicklung therapeutischer und sozialpädagogischer Hilfen sowie präventiver Unterstützungsangebote für die Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern und deren Familien (Lenz 2007).

#### **4 Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern – Überblick über bestehende Angebote**

Trotz der erdrückenden empirischen Belege für die Belastungen und Entwicklungsrisiken sind die Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern lange Zeit weder in der Kinder- und Jugendhilfe noch in der Psychiatrie und Suchthilfe als betroffene Personengruppe ausreichend wahrgenommen worden. Mittlerweile hat sich die Versorgungssituation im deutschsprachigen Raum zwar deutlich verbessert. So ist die Fachöffentlichkeit auf die Kinder und ihre psychisch kranken und suchtkranken Eltern stärker aufmerksam geworden. In den letzten Jahren wurden nicht nur zahlreiche Fachtagungen, Symposien und Kongresse veranstaltet, sondern es sind darüber hinaus in verschiedenen Regionen und Orten eine Reihe von Initiativen entstanden, die den betroffenen Kindern und ihren Familien Hilfen anbieten. Von einer flächendeckenden Versorgung ist man allerdings noch weit entfernt. Hinzu kommt, dass die überwiegende Mehrzahl der bestehenden Angebote als Projekte durchgeführt wird, die meist unsystematisch dokumentiert sind. Es existiert daher kein gesicherter Überblick über Anzahl, Umfang und Qualität der Hilfen. Die Projekte sind in den wenigsten Fällen als Regelangebot im kommunalen Hilfesystem verankert, sondern zeitlich begrenzt und müssen

den Fortbestand immer wieder neu sichern. Es ist daher davon auszugehen, dass eine Reihe von Hilfen nicht regelmäßig angeboten werden bzw. einzelne Initiativen mittlerweile ganz eingestellt werden mussten.<sup>1</sup> Der kontinuierliche Legitimierungsdruck und die fehlende dauerhafte Perspektive binden in den Projekten viele Ressourcen und erschweren bzw. verhindern eine fachlich-inhaltliche sowie zielgruppen- und altersgerechte Weiterentwicklung der bestehenden Angebote (Klein 2007; Lenz 2008). Die Finanzierung der Projekte erfolgt im Rahmen von Modellvorhaben regionaler Träger oder Stiftungen sowie durch kommunale Zuschüsse und Spenden. Institutionell im Rahmen der Jugendhilfe geförderte und damit im Versorgungssystem fest etablierte Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern bilden die Ausnahme.

#### **4.1 Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern**

Die Situation der Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern ist nach wie vor gekennzeichnet durch Initiativen und Projekte vor Ort, die durch das Engagement einzelner Personen, Mitarbeiter(-innen) in Beratungsdiensten und Kliniken bzw. Einrichtungsträgern angestoßen wurden. Die Finanzierung erfolgt überwiegend über unkonventionelle und kreative Wege. So ist es einer Reihe von Projekten gelungen, durch geschickte Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit Spenden einzuwerben und zu einer Zusammenarbeit mit Stiftungen und sonstigen karitativen Förderern zu finden. Zur Finanzierung einzelner Leistungen fließen in einigen Fällen mittlerweile auch Kinder- und Jugendhilfe- bzw. öffentliche Mittel in die Projekte. Ein Beispiel ist hierfür das Präventionsprojekt „*Kinder psychisch kranker Eltern*“ (*KIPKEL*) im Kreis Mettmann (Nordrhein-Westfalen), das von einer Kindertherapeutin initiiert wurde. An dem interinstitutionellen und multidisziplinären Kooperationsverbund sind neben einer Praxis für Kinderpsychotherapie verschiedene Einrichtungen im Landkreis beteiligt, die aufeinander abgestimmte Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihren Familien anbieten, die von Einzelgesprächen für die betroffenen Kinder, Eltern- und Familiengesprächen, Gruppenangeboten und offenen Sprechstunden in der psychiatrischen Klinik reichen

---

<sup>1</sup> Zusammenstellungen bundesweiter Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern sowie stationärer Einrichtungen, die Mutter-Kind-Behandlung anbieten, befinden sich im Anhang. Die Zusammenstellungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und beinhalten auch keine gesicherten Angaben, ob und in welchem Umfang die Angebote aktuell noch bestehen.

(Hipp/Staets 2003). Zur finanziellen Absicherung wurde ein Förderverein gegründet. Die rechtliche Anerkennung der Gemeinnützigkeit ermöglichte die Entgegennahme von Spendengeldern. Nach anfänglichen Vorbehalten bezüglich Bedarf und Kosten werden mittlerweile einzelne Hilfen über Kinder- und Jugendhilfemittel finanziert (Förderung von individuellen einzelfallbezogenen Hilfen nach §§ 27 bis 35 a SGB VIII). Planungssicherheit wurde erst erreicht, als einige Städte im Kreisgebiet Mettmann ein festes Jahresbudget für das *KIPKEL*-Projekt bewilligten. Trotz der öffentlichen Förderung können die Angebote von *KIPKEL* nur durch die Spendengelder in dem bestehenden Umfang vorgehalten werden. Zu einer Verstetigung der Initiative und zu einem dauerfinanzierten, in die regulären Versorgungsstrukturen eingebetteten Hilfsangebot ist es bislang bundesweit einmalig in Leipzig gekommen. Die Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle *AURYN* im WEGE e.V., einem Verein für Angehörige und Freunde psychisch Kranker, erhält seit 2002 eine Basisförderung durch die Deutsche Behindertenhilfe Aktion Mensch e.V.. Nach dem Auslaufen der Förderung Ende 2008 wird das Jugendamt der Stadt Leipzig die Finanzierung nach § 77 SGB VIII der Grundvereinbarung für die Erziehungsberatungsstellen (Leistungen nach §§ 17, 18, 28 SGB VIII) im Rahmen der im Haushalt der Stadt zur Verfügung stehenden Mittel sichern. Die Beratungsstelle *AURYN* bietet ein breit gefächertes psychologisch-therapeutisches und sozialpädagogisches Unterstützungsangebot für Kinder und ihre psychisch kranken Eltern und Geschwistern an, das Einzel- und Familienberatung, Krisenintervention, Psychoedukation und soziale Gruppenarbeit umfasst.

Ein ähnlich breit gefächertes Spektrum an Hilfen wie *KIPKEL* und die *AURYN*-Beratungsstelle in Leipzig bieten bundesweit nur noch die *Fachstelle für Kinder psychisch kranker Eltern* der Waisenhausstiftung Frankfurt am Main, die ausschließlich aus Stiftungsgeldern finanziert wird und die Beratungsstelle „*Balance*“ in Heidelberg, die vom Frühbehandlungszentrum der Allgemeinen Psychiatrie der Universitätsklinik und der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie finanziell getragen wird.

Daneben gibt es eine Reihe von einzelnen Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern, die an Beratungsstellen bzw. Einrichtungen angegliedert sind oder von Initiativen und Vereinen getragen werden. Zumeist handelt es sich hierbei um Patenschaftsmodelle und Gruppenangebote.

Patenschaften basieren auf dem Gedanken, im Rahmen der Bereitschaftspflege Kinder und Familien ohne ein ausreichendes soziales Netzwerk mit Familien, die über entsprechende Ressourcen verfügen, zusammenzubringen (Szylowicki 2001). Ziel ist es, ein kontinuierliches, niederschwelliges Beziehungsangebot zu schaffen, das in Belastungssituationen auch kurzfristig in Anspruch genommen werden kann. Patenschaften verbinden im Grunde Elemente der Tagespflege und der Bereitschaftspflege mit der Möglichkeit einer flexiblen Krisenintervention und einer alltagspraktischen, verwandtenähnlichen Unterstützung für die Familie. Das Modellprojekt „*Patenschaften*“ wurde von PFIFF e.V. (Pflegekinder und ihre Familien Förderverein) 1996 entwickelt und wird seit Anfang 2000 in Hamburg erfolgreich realisiert. Die Finanzierung der Patenschaftsprojekte erfolgt mittlerweile über Jugendhilfemittel. Träger der Patenschaftsmodelle, die in den letzten Jahren bundesweit in verschiedenen Städten und Regionen eingerichtet wurden, sind freie Kinder- und Jugendhilfeträger wie der PFIFF e.V. in Hamburg oder AMSOC e.V. (Ambulante Sozialpädagogik) in Berlin sowie in einigen wenigen Fällen auch die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe wie im Landkreis Cuxhaven, in dem Patenschaften im Leistungskatalog der Hilfen zur Erziehung vorgehalten werden. Es gibt weder genauere Erkenntnisse über die bundesweite Verbreitung von Patenschaftsprojekten noch über die Anzahl in den Patenschaften betreuten Kinder und Familien. Eine Umfrage in Niedersachsen, die vom Landkreis Cuxhaven im Jahr 2007 durchgeführt wurde, ergab beispielsweise, dass in drei Kommunen – neben Cuxhaven in der Stadt Lüneburg und im Landkreis Wolfenbüttel – Patenschaften angeboten werden. Laut dieser Umfrage planen in Niedersachsen mittlerweile sechs weitere Kommunen die Einrichtung eines Patenschaftsprojektes. Es ist davon auszugehen, dass in den anderen Bundesländern ähnliche Planungen im Gange sind.

Nach Eindrücken auf Fachtagungen und ersten Erkenntnissen der kürzlich gegründeten *Bundesarbeitsgemeinschaft „Kinder psychisch kranker Eltern“* dürften Gruppenangebote für Kinder die größte Verbreitung im ambulanten Bereich haben. Die Mehrzahl der Gruppen basiert auf einem Gruppenkonzept, das in der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg entwickelt und erprobt wurde (Bohus u. a. 1998). Bei diesen AURYN-Gruppen handelt es sich um ein spezielles Gruppenangebot für 7- bis 14-jährige Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil.

Die Ziele dieses themenzentrierten Gruppenangebots sind:

- Stärkung der emotionalen Wahrnehmung und damit des Selbst- und Selbstwertgefühls der Kinder;
- Enttabuisierung des Themas psychische Erkrankung der Mutter/des Vaters;
- Informationsvermittlung zu psychischen Krankheiten in altersangemessener Weise;
- Entlastung von Schuldgefühlen;
- Stärkung individueller Bewältigungsformen und der Selbstreflexion;
- Förderung des Austausches über die eigene persönliche und familiäre Situation und damit des Gefühls von Zugehörigkeit und Solidarität durch den Kontakt mit ähnlich Betroffenen;
- Erleben und Integration kindlicher Gefühle und Bedürfnisse.

Konzeptionell weiterentwickelt wurde das Gruppenangebot vor allem an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf in Kooperation mit dem SeelenNot e.V. (Verein zur Unterstützung von Familien mit seelisch kranken Eltern; Deneke u. a. 2008) und an der evangelischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Würzburg (Homeier 2006). Die Finanzierung dieser einzelnen Gruppenangebote erfolgt fast ausschließlich über Spendengelder und Modellförderungen durch Aktion Mensch e.V.. Häufig sind die Kindergruppen Angebote der Erziehungs- und Familienberatungsstellen, wie z. B. in Würzburg, Köln, Kaiserlautern, Trier oder wie z. B. in Senftenberg ein spezielles Angebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Zu den ambulanten Angeboten kommen stationäre – vereinzelt auch teilstationäre tagesklinische – Angebote von psychiatrischen Kliniken, in denen Kinder gemeinsam mit den psychisch kranken Müttern aufgenommen werden. Im Wesentlichen konzentriert sich die gemeinsame Aufnahme auf Mütter mit Säuglingen oder Kleinkindern und eher in Ausnahmefällen auf Kinder im Schulalter. Die besondere Notwendigkeit für die gemeinsame Behandlung bei jungen Müttern ergibt sich aus der erhöhten psychischen Vulnerabilität von Frauen in der Schwellensituation der Mutterschaft. Obwohl sich der Bedarf für die gemeinsame Aufnahme psychisch kranker Mütter und ihren Säuglingen und Kleinkindern aus den epidemiologischen Daten eindeutig ableiten lässt, ist in Deutschland dieses Behandlungsangebot immer noch nicht der Regelfall. So belaufen sich die Häufigkeiten postpartaler Psychosen auf 0,1 bis 0,2 %, Depressionen treten in den ersten Monaten bis zu

einem Jahr nach der Geburt bei 10 bis 15% der Mütter auf, bis zu 40% der Mütter reagieren in den ersten Wochen nach der Entbindung mit einer kurzfristigen Verstimmung, dem so genannten „*Baby-Blues*“ (Riecher-Rössler 1997). In den angloamerikanischen Ländern, insbesondere in Großbritannien, sind hingegen so genannte Mutter-Kind-Einheiten ein etabliertes therapeutisches Setting (Lancik/Brockington 1997). Vor allem Kostengründe dürften dafür verantwortlich sein, dass man mit dem bestehenden stationären Behandlungsangebot für psychisch kranke Mütter und deren Kinder in Deutschland nicht in der Lage ist, den Bedarf ausreichend zu decken. Der Gesetzgeber sieht nur die Mutter als Patientin und misst bislang den gesundheitspolitischen und präventivmedizinischen Dimensionen der gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind noch wenig Bedeutung zu. Nach Schätzungen von Hartmann (2001) belaufen sich die Kosten für eine gemeinsame Behandlung auf das 1,5- bis 2-fache des normalen Pflegesatzes. Da die Finanzierung nicht durch die Krankenkassen erfolgt, müssen die Patientinnen für Ausstattung und Versorgung der Kinder in aller Regel selbst aufkommen. Die zusätzlichen Personalkosten werden über Eigenmittel der Klinik oder Spendengelder aufgefangen. Trotz ihrer empirisch bestätigten präventiven Bedeutung für die Entwicklung der Kinder fließen auch keine Kinder- und Jugendhilfemittel in die Finanzierung dieser Angebote ein.

Durch eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind soll eine Trennung und ein zumindest temporärer Beziehungsabbruch, der traumatische Erfahrungen für Mutter und Kind zur Folge haben kann, vermieden werden. Die Möglichkeit einer gemeinsamen stationären Behandlung von Mutter und Kind senkt auch die Schwelle zur Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und fördert die Motivation der Mütter, sich auf eine längere stationäre Behandlung einzulassen. So zeigen Erfahrungen, dass viele Mütter, die ohne ihr Kind stationär aufgenommen wurden, die notwendige psychiatrische Behandlung frühzeitig abbrechen, um ihrem Kind eine längere Trennung zu ersparen (vgl. Hartmann 1997; Freyberger u. a. 1996). Mutter-Kind-Behandlung zielt darüber hinaus auf die Förderung und Stärkung der Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind ab. Die Möglichkeiten zur Förderung und Stärkung der Mutter-Kind-Bindung sind vielfältig und reichen von zusätzlichen pädagogischen Angeboten bis hin zu therapeutischen Ansätzen, die weit über das Leistungsspektrum einer psychiatrischen Regelversorgung hinausgehen. So bieten einzelne Kliniken auch spezielle therapeutische Maßnahmen zur Förderung der Mutter-Kind-Bindung

an, wie zum Beispiel Mutter-Kind-Spielgruppen und Müttergruppen zur Einübung von Techniken des Alltags- und Selbstmanagements (vgl. Hornstein u. a. 2001).

#### **4.2 Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern**

Im Vergleich zu den Angeboten für Kinder psychisch kranker Eltern stehen für Kinder suchtkranker Eltern umfangreichere Hilfen zur Verfügung. Ausgehend von den Zahlen der Jahresstatistik der Suchtkrankenhilfe muss mit Blick auf die Standards der Hilfen allerdings festgestellt werden, dass man auch hier von einer flächendeckenden Versorgung noch weit entfernt ist und diese Personengruppe insgesamt immer noch zu wenig in den Blick genommen wird (Klein 2006). Nach statistischen Erhebungen ist im Bereich der ambulanten Suchthilfe in den alten Bundesländern von 8 % und in den neuen Bundesländern von 15 % der Suchtberatungsstellen auszugehen, die spezielle Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern anbieten. Auf die ganze Bundesrepublik bezogen wird in etwa 10 % der Beratungsstellen ein Angebot für Kinder vorgehalten. Insgesamt kann man davon ausgehen, dass bundesweit etwa 60 bis 80 Beratungsdienste spezifische Angebote für Kinder suchtkranker Eltern vorhalten, die aber in der Regel projektfinanziert und damit zunächst nicht dauerhaft angelegt sind. Eine dauerhafte Absicherung der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern ist grundsätzlich über Kinder- und Jugendhilfemittel möglich. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) bietet über Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) die Grundlagen für eine Regelfinanzierung. In der Praxis ist die Zahl der institutionell im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe geförderten fest etablierten Projekte allerdings noch gering. Beispielhaft für die wenigen Projekte, die bislang maßgeblich aus Mitteln der Jugendhilfe finanziert werden, können *Kids & Co – Hilfe für Kinder suchtkranker Eltern* in Bergisch Gladbach und die *Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht* der Drogenhilfe Nordhessen in Kassel genannt werden. Das Projekt *Kids & Co* ist eines der bundesweit ersten ambulanten Hilfeangebote für Kinder suchtkranker Eltern aller Altersgruppen. Die Schwerpunkte der Arbeit liegen in Gruppenangeboten, Einzelgesprächen und Elternarbeit. Das Projekt wurde 1994 vom Psychosozialen Dienst gegründet und wird seit 1996 von der Erziehungsberatung fortgeführt und ist daher durch seine Entstehungsgeschichte sowohl in der Suchthilfe als auch in der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt. Die *Sozialpädagogische Familienhilfe Sucht (SPFH Sucht)* der Drogenhilfe Nordhessen erbringt seit 2003 Leistungen gemäß §§ 27 und 31 SGB VIII für suchtbelastete Familien. Das Angebot umfasst sowohl soziale, psychologische und medizinische Diagnostik einer bestehenden

Suchtproblematik als auch ganz konkrete Familienhilfen. Voraussetzung für Hilfen durch die SPFH-Sucht ist ein Antrag der Eltern auf Hilfe zur Erziehung beim zuständigen Jugendamt.

Da die Mehrzahl der Angebote auf Projektbasis arbeiten, also nicht als Regelangebot fest verankert sind, gibt es keine gesicherten Informationen über den Umfang der Angebote für Kinder in den jeweiligen Einrichtungen und kaum belastbare empirische Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit der Maßnahmen.

Betrachtet man die vorliegenden Projektdokumentationen und Projektberichte, so orientiert sich die Mehrzahl der Projekte mehr oder weniger explizit an einem familienorientierten, systemischen Arbeitsansatz. Charakteristisch für diesen Ansatz ist eine funktionale Betrachtungsweise von Familien. Die Suchterkrankung eines Familienmitgliedes wirkt sich gravierend auf die ganze Familie aus, etwa in Bezug auf Rollenverständnis und -zuweisungen und in Form kollektiver Verleugnungsstrategien und Misstrauen. Um den einzelnen Familienmitgliedern den Weg aus der Co-Abhängigkeit zu ebnen, ist es notwendig, derartige Wechselwirkungen zu identifizieren und zu benennen. Praktiziert wird ein aufeinander abgestimmtes Setting bestehend aus Einzelgesprächen mit Kindern und Elternteilen, Familiensitzungen, Gruppenarbeit, Ferienzeiten und Hausbesuchen. Einen hohen Stellenwert wird in den Projekten der Gruppenarbeit zugemessen. Sie steht oftmals im Mittelpunkt der Projekte für Kinder suchtkranker Eltern und wird sowohl von Suchtberatungsstellen als auch von Erziehungsberatungsstellen angeboten. Ziel der Gruppenarbeit ist es, den Kindern altersadäquate Erfahrungsräume zu bieten, die ihre psychosoziale Entwicklung fördern können. Die Kinder sollen im Gruppensetting Stabilität, Verlässlichkeit und Kontinuität sowie eine veränderte Wahrnehmung von Eltern- und Erwachsenenrolle durch das Modell der Gruppenleiter/-innen erleben. Das Spektrum der angewendeten Methoden in der Gruppenarbeit umfasst erlebnispädagogische Angebote, Entspannungsübungen, Rollenspiele sowie bewegungs- und kulturpädagogische Maßnahmen.

Da ungeachtet der Tatsache, ob es sich um alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängige Eltern handelt, die Problemlagen und Beziehungsstrukturen in suchtbelasteten Familien vergleichbar sind und da auch bei den Kindern in Folge dessen ähnliche Verhaltens- und Entwicklungsprobleme auftreten, wird eine Trennung zwischen diesen Gruppen bei der Arbeit mit den betroffenen Kindern als nicht notwendig betrachtet. Es wird daher empfohlen, sich mit entsprechenden Hilfeangeboten an die Gesamtheit von Familien mit Suchtproblemen

zu richten (Klein 2007). Verstärkt ist in den letzten Jahren die Gruppe suchtkranker Schwangerer in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Dies steht nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Zahl drogenabhängiger Mütter, die vor allem in Folge von Substitutionsprogrammen, wesentlich angestiegen ist. Säuglinge und Kleinkinder sind besonders verletzlich und häufig von Vernachlässigung betroffen, zugleich besteht in den frühen Lebensjahren der Kinder eine erhöhte Chance, Entwicklungen günstig zu beeinflussen und die Verfestigung von Entwicklungsrisiken zu verhindern. In einigen Projekten wurde das Thema Schwangerschaft und Sucht aufgegriffen und ein gezieltes Angebot für diesen Personenkreis entwickelt. Zu der Zielgruppe gehören Babys und Kleinkinder Suchtmittel konsumierender Mütter sowie substituierte Mütter und Schwangere. Beispielhaft kann das *MAKS – Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken* in Freiburg genannt werden, das bereits 1997 ein umfassendes Angebot für schwangere Suchtmittelkonsumentinnen und Eltern mit Kleinkindern eingerichtet hat.

Neben den ambulanten Angeboten für Kinder aus suchtblasteten Familien haben Fachkliniken für suchtkranke Menschen vereinzelt institutionalisierte Formen der Einbeziehung der Kinder in die stationäre Behandlung entwickelt. In einigen Fachkliniken besteht Mutter-Kind-Behandlung als ein spezifisches Angebot für suchtkranke Mütter. Ähnlich wie in der Psychiatrie werden Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern mit dem Ziel aufgenommen, die Mutter-Kind-Beziehung zu erhalten, zu fördern und zu stärken. Einige Fachkliniken bieten Kinder- und Jugendseminare mit der gesamten Familie an Wochenenden an. Auf langjährige Erfahrungen mit dieser Form von Einbeziehung der Kinder in die Suchttherapie der Mütter oder Väter können die Kliniken Daun-Thommener Höhe verweisen. Da dieses Angebot seitens der Kosten- und Leistungsträger nicht anerkannt und mitfinanziert wird, sind Eigenbeteiligung der Familie und Mittel der Klinik notwendig, um die Familienseminare durchführen zu können (Quinton 2004).

Eine große Bedeutung hat in der Suchthilfe traditionell die Selbsthilfe. Im Rahmen der Suchtselbsthilfe werden unter dem Dach von Suchtselbsthilfe und -organisationen wie *Alanon*, *Blaues Kreuz*, *Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe*, *Guttempler* und *Kreuzbund* verschiedene Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern angeboten (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2006):

- *Kinderbetreuung* während der regelmäßigen Treffen der Teilnehmer in der Sucht-Selbsthilfegruppe. Die Gruppenbetreuungen verstehen sich ausdrücklich als Spielangebote und haben das Ziel, den betroffenen Eltern den Besuch der Gruppe zu ermöglichen.
- *Regelmäßige Gruppenangebote für Kinder suchtkranker Eltern*. Zumeist bieten Betroffene oder angehörige Mütter und Väter, die Mitglied in einer Selbsthilfegruppe sind, regelmäßige Gruppentreffen für Kinder an, deren Eltern die Selbsthilfegruppe besuchen.
- *Familienseminare* für betroffene Eltern und deren Kinder. Ziel dieser Angebote ist, dass Eltern und Kinder miteinander Freizeit verbringen und miteinander reden und spielen lernen. Während der Familienseminare wird auch in Untergruppen getrennt mit Eltern und Kindern gearbeitet. Eltern sollen in ihrer Elternrolle und Erziehungskompetenz gefördert werden. Kinder sollen Gemeinschaft erfahren und sich und ihre Eltern in einem anderen Setting erleben können. Die Familienseminare laufen entweder in der Ferienzeit über einige Tage bzw. eine Woche oder beschränken auf ein Wochenende.
- Mit *Familientreffs* werden regelmäßig stattfindende Angebote bezeichnet, die von betroffenen Eltern mit jüngeren Kindern für andere betroffene Eltern mit Kindern durchgeführt werden. Ziel ist der Austausch über Alltag, Familie und Erziehung sowie Gemeinsamkeiten zu finden und Nähe zu suchen und zuzulassen. Im Mittelpunkt stehen die Kinder und Eltern in ihren Rollen und Aufgaben und nicht das Suchtmittel.
- *Familienclubs* sind Einrichtungen, in denen Familienmitglieder aktiv am Gruppenprozess beteiligt sind und gemeinsam mit den anderen Familien des Clubs versuchen, ihre alltäglichen Probleme zu lösen. Ziel dieses Angebots ist die Verbesserung der Lebensqualität und die Entwicklung eines neuen Lebensstils.

Nach Erkenntnissen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS 2006) richten sich im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe derzeit bundesweit 28 Angebote an Kinder bis 14 Jahren und weiter 26 Angebote an Jugendliche und junge Erwachsene. NACOA Deutschland ist eine Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien und hat auf ihrer Website eine Liste der Angebote für Kinder suchtkranker Eltern eingerichtet, die nach Möglichkeit ständig aktualisiert wird ([www.nacoa.de](http://www.nacoa.de)).

## **5 Empfehlungen für die künftige Struktur von Hilfe- und Versorgungsangeboten für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern**

Wie bei dem Überblick über die bestehenden Angebote deutlich wurde, sind nahezu alle Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern Projekte, die über Modellförderungen, kommunale Zuschüsse, Spenden und Eigenmittel der Träger finanziert werden. Dauerfinanzierte Regelangebote, die im kommunalen psychosozialen Versorgungssystem verankert sind, bestehen bislang nur vereinzelt. Aufgrund der lückenhaft über das Bundesgebiet verstreuten Projekte und Angebote kann zudem nur ein kleiner Teil der belasteten und in ihrer Entwicklung gefährdeten Kinder und ihrer Familien erreicht werden. Angesichts der gesicherten Ergebnisse der Risiko- und Belastungsforschung, dass Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern in vielfältiger Weise durch die elterliche Erkrankung betroffen sind und ein erhöhtes Risiko tragen, selbst eine psychische Störung oder eine Suchtstörung bzw. andere Auffälligkeiten zu entwickeln, sind flächendeckende und fachlich fundierte Angebote für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern und ihrer Familien erforderlich. Hilfen erweisen sich erst dann als effektiv, wenn sie in die regulären Versorgungsstrukturen eingebaut sind und auf diese Weise eine Kontinuität und Verlässlichkeit der Angebote gewährleistet werden kann. Dies setzt zum einen eine finanzielle Absicherung der Projekte und zum anderen eine interinstitutionelle und interdisziplinäre Handlungsperspektive voraus, in die psychologisch-psychotherapeutische, psychiatrisch-medizinische und sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Wissensbestände sowie kurative und präventive Strategien einfließen. Je besser eine inhaltlich-fachliche Abstimmung der Wissensbestände und Handlungskonzepte gelingt, umso wirksamer können die Hilfen für Kinder und ihre psychisch kranken und suchtkranken Eltern gestaltet werden. Um dies gewährleisten zu können, ist eine institutionalisierte Form der Kooperation zwischen den beteiligten Hilfesystemen erforderlich.

### **5.1 Notwendige Finanzierungs- und Kooperationswege**

Eine dauerhafte Absicherung der Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern erscheint auf dem Weg einer Finanzierung von Kinder- und Jugendhilfeleistungen möglich. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz bietet Grundlagen zu einer Regelfinanzierung von Hilfen über

- die Förderung von individuellen einzelfallbezogenen Hilfen nach §§ 27 bis 35a SGB VIII (Hilfen zur Erziehung) und über
- eine institutionelle Förderung durch einen Vertrag oder eine Leistungsvereinbarung.

Die Kinder- und Jugendhilfe als wohlfahrtsstaatliches Unterstützungssystem zielt darauf ab, positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und junge Menschen und ihre Familien zu schaffen und Hilfen in Not- und Krisensituationen bereit zu stellen. Im Mittelpunkt stehen die Interessen und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) spricht vom Kindeswohl (vgl. § 50 Abs. 3 SGB VIII), dessen Gefährdung als Legitimationsgrundlage für Hilfen zur Erziehung dient. Nach § 27 SGB VIII haben Personensorgeberechtigte einen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung, wenn der örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe festgestellt hat, dass ohne eine sozialpädagogische Hilfe eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht sichergestellt ist. Die Hilfe muss geeignet und notwendig sein, um zu einer Verbesserung der Situation zu führen. Zur Förderung des Kindeswohls bietet das Gesetz ein abgestuftes System von Hilfen, die in den §§ 28 bis 35a SGB VIII konkretisiert und beispielhaft, also keineswegs abschließend aufgezählt sind und deren Inanspruchnahme durch den Berechtigten freiwillig ist. Neben den individuellen einzelfallbezogenen Hilfen zur Erziehung besteht nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz die Möglichkeit einer institutionellen Förderung über einen Leistungsvertrag. Der Abschluss von Kooperations- und Leistungsvereinbarungen erfolgt auf der Basis der §§ 74 bis 78 SGB VIII. Dieser Weg der Finanzierung von Kinder- und Jugendhilfeleistungen sollte beschritten werden, wenn anerkannte freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe dauerhafte Angebote für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern installieren und eine kontinuierliche Arbeit mit der Zielgruppe sicherstellen möchten. Über Leistungsvereinbarungen sollten beispielsweise Gruppenangebote für Kinder, Patenschaftsprojekte oder freizeitpädagogische Maßnahmen für Jugendliche langfristig abgesichert werden.

Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für die betroffenen Kinder und ihre Familien werden aber erst dann wirksam greifen, wenn sie durch eine systematische Einbeziehung der Kinder als Angehörige flankiert sind. Angehörigenarbeit gehört in der Psychiatrie und Suchthilfe zu einem festen Bestandteil der Behandlung. Die Ziele in der Angehörigenarbeit bestehen neben der Reduktion innerfamiliärer Spannungen und der Förderung familiärer

Interaktionsprozesse, die der Gesundung des erkrankten Familienmitglieds dienen sollen, auch in der Entlastung und Stärkung der Angehörigen sowie in der Mobilisierung von Selbsthilfe- und Selbstorganisationspotenzialen, die alle Familienmitglieder in die Lage versetzen, ihre Kräfte zu entdecken und ihre Angelegenheiten wieder in die Hand zu nehmen (vgl. Dörner u. a. 2001). Es liegt mittlerweile eine Reihe von Konzepten für die Einbeziehung der erwachsenen Angehörigen vor, deren Spektrum von sporadischen Gesprächen in bestimmten Behandlungsphasen und Angehörigenvisiten über therapeutische und psychoedukative Angehörigengruppen und Angehörigenselbsthilfegruppen bis zu gezielter Paar- und Familientherapie mit den psychisch Kranken und deren Partnern oder Eltern reicht. Handlungsmodelle für eine systematische Einbeziehung der Kinder bestehen bislang kaum. Kinder werden nach wie vor zu wenig als Angehörige wahrgenommen. Es fehlen immer noch differenzierte Angebote bzw. Programme, die den komplexen Belastungen und Bedürfnissen der Kinder, ihrer erkrankten Eltern und der Familie gerecht werden sowie darüber hinaus eine Einbeziehung der verschiedenen Maßnahmen und Hilfsangebote in ein erweitertes Konzept von Angehörigenarbeit bieten. Dies ist nicht zuletzt deshalb erstaunlich, weil in Längsschnittstudien eindeutig aufgezeigt werden konnte, dass die Beziehung zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Entwicklungsstörung keine einseitige Wirkrichtung hat. Der psychische Zustand der Mutter beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes, sondern auch die mütterlichen Erfahrungen im Umgang mit ihrem Kind – erfasst in der Mutter-Kind-Beziehung – wirken sich auf die psychische Gesundheit der Mutter aus (Laucht u. a. 1994). Dies gilt nicht nur bei psychischen Problemen junger Mütter nach der Geburt bei den sog. postpartalen Erkrankungen (Riecher-Rössler 1997). Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Lebenssituation als Eltern für psychisch kranke und suchtkranke Menschen generell eine zusätzliche Belastungsquelle darstellt. Es gibt eindeutige Hinweise dafür, dass bei psychisch kranken und suchtkranken Müttern insbesondere eine stationäre Behandlung häufig von hohem Druck begleitet ist, der sich negativ auf den Gesundungsprozess auswirkt. Ein innerer Druck wird dabei in erster Linie ausgelöst durch Schuldgefühle und Selbstvorwürfe; ein äußerer Druck entsteht durch die Angehörigen und ist eng mit den Kindern verbunden (Lenz/Lenz 2004). Einerseits machen sie sich Vorwürfe, ihre Kinder nicht mehr ausreichend versorgen zu können und betrachten sich zugleich als verantwortlich für die Belastungen und Probleme des Kindes. Zudem befürchten sie langfristige negative Auswirkungen ihrer Erkrankung auf die Entwicklung der Kinder. Dieser innere Druck wird andererseits oftmals

durch die mehr oder weniger offen ausgedrückte Forderung von Seiten des sozialen Umfeldes verstärkt, möglichst schnell gesund zu werden und in die Familie zurückzukehren, um die Kinder wieder versorgen zu können (vgl. Kölch in diesem Band).

Die empirisch belegten wechselseitigen Beeinflussungen von elterlicher Erkrankung und kindlicher Entwicklungsstörung unterstreichen die Relevanz der Einbeziehung der Kinder in die Behandlung ihres erkrankten Elternteils bzw. der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind im stationären, teilstationären oder ambulanten Setting, beispielsweise in Form von Mutter-Kind-Behandlung, Familiengesprächen, Angehörigenvisiten sowie Kinderseminaren in Fachkliniken. Vieles spricht auch dafür, dass eine Einbeziehung der Kinder in die Angehörigenarbeit den Eltern eine Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendhilfeleistungen erleichtert. Wenn die Patienten als Eltern wahrgenommen werden und die Themen Kinder und Erziehung einen wichtigen Stellenwert in der Behandlung innehaben, können bestehende Hemmschwellen gegenüber Jugendamt und Kinder- und Jugendhilfe eher überwunden, Scham- und Schuldgefühle sowie Angst vor einem Sorgerechtsentzug vermindert werden (vgl. Lenz 2005). Eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung und dauerhaften Etablierung eines erweiterten Behandlungsangebotes in der Psychiatrie und Suchthilfe, in das Kinder in unterschiedlichen Formen einbezogen werden, ist eine Anerkennung und Finanzierung dieser Leistungen durch die zuständigen Kosten- und Leistungsträger.

Grundlage für eine interinstitutionelle und interdisziplinäre Handlungsperspektive, die Kontinuität und Verlässlichkeit der Hilfen gewährleistet, ist eine funktionale Kooperation zwischen den Hilfesystemen, die in effektive Vernetzungsstrukturen mündet. Beteiligt sind bei den Angeboten für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern die Kinder- und Jugendhilfe, die Sucht- und Drogenhilfe, die Erwachsenenpsychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie teilweise die medizinische Primärversorgung. In der Praxis lassen sich zwischen den Systemen Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie bzw. Suchthilfe immer noch Abstimmungs- und Kooperationsdefizite beobachten. Die unterschiedlichen gesellschaftlichen Aufträge der beteiligten Systeme führen häufig zu strukturellen Konflikten, die eine konstruktive Zusammenarbeit in der Praxis erschweren. Sie tragen zu wechselseitig verzerrten Wahrnehmungen bei, woraus weitere Hindernisse für eine gelingende Kooperation resultieren. Der Erwachsenenpsychiatrie und der Suchthilfe fällt es immer noch schwer, Kinder als Angehörige ihrer erkrankten Eltern wahrzunehmen. Darüber hinaus werden die

Kinder- und Jugendhilfe und insbesondere das Jugendamt häufig auf ihre Kontrollfunktion reduziert und weniger in ihren Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung wahrgenommen. Umgekehrt besteht auf Seiten der Jugendhilfe die Meinung, dass Psychiatrie und Suchthilfe die Kinder oftmals für den Gesundheitsprozess ihrer Eltern instrumentalisieren, ohne auf die Befindlichkeit und die Bedürfnisse der Kinder Rücksicht zu nehmen (Lenz 2005). Hinzu kommt, dass die Kinder- und Jugendhilfe konfrontiert mit der Problematik sehr schnell mit dem Verweis auf die zuständige Suchtberatung oder Psychiatrie als Hilfesystem reagiert. Klein und Zobel (2001) merken kritisch an, dass insbesondere das Thema Drogen in der Kinder- und Jugendhilfe immer noch schnell die Beteuerung genereller „Unzuständigkeit“ auslöst.

Van Santen und Seckinger (2003) weisen darauf hin, dass Kooperation eine voraussetzungsvolle Handlungsstrategie darstellt und zeitliche, materielle sowie personale Ressourcen in den Institutionen bzw. Hilfesystemen hierfür zur Verfügung stehen müssen. Insbesondere die Kooperation zwischen so unterschiedlichen Hilfesystemen wie Psychiatrie und Suchthilfe bzw. Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe stellt, wenn sie gelingen soll, eine Reihe von Anforderungen an die beteiligten Institutionen und deren Mitarbeiter sowohl auf der interinstitutionellen als auch auf der intrainstitutionellen Ebene (vgl. Lenz 2005; 2008). Eine wichtige Voraussetzung auf der interinstitutionellen Ebene ist die Bildung einzelfallübergreifender Arbeitskontexte, in denen sich Vertreter der verschiedenen Einrichtungen regelmäßig treffen. Erst ein solches Setting ermöglicht den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und gegenseitiger Akzeptanz sowie das bessere Kennenlernen der Aufgaben, Zuständigkeiten, Aufträge, internen Organisationsabläufe und Arbeitsgrundlagen der jeweils anderen Einrichtungen sowie vor allem auch der professionellen Handlungslogiken, d.h. der unterschiedlichen fachlichen Erfahrungshorizonte, Denkmuster und beruflichen Sozialisationsmuster der Mitarbeiter/-innen. Diese Aspekte bilden das Fundament für den Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen. Effektive Kooperation setzt darüber hinaus auch institutionsinterne Strukturveränderungen voraus. So bedarf es beispielsweise in beiden Hilfesystemen der Etablierung von Fachkräften, die zum einen institutionsintern die Kooperation mit den anderen beteiligten Einrichtungen koordinieren und zum anderen nach außen als Ansprechpartner für die jeweils anderen Einrichtungen zur Verfügung stehen. Durch solche interinstitutionellen und

intrainstitutionellen Strukturen wird es möglich, wirksame und mit den anderen Einrichtungen abgestimmte verlässliche Hilfen anzubieten.

## **5.2 Empfehlungen für die konzeptionelle und methodische Weiterentwicklung der Hilfen für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern**

Es ist kritisch anzumerken, dass ein großer Teil der in der Praxis eingesetzten Hilfsangebote und Unterstützungsprogramme immer noch nach einer pathogenetischen Orientierung konzipiert sind und das Ziel verfolgt, die Entwicklung verhaltensbezogener und sozialer Probleme zu verhindern. Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe sollten danach gemindert bzw. durch Interventionen kompensiert werden. Eine stärkere salutogenetische Orientierung, die vor allem an den Erkenntnissen der Resilienz- und Bewältigungsforschung ausgerichtet ist, wäre wünschenswert. Eine solche theoriegeleitete und forschungsbasierte Weiterentwicklung der Hilfen sollte eine gezielte Stärkung personaler, familiärer und sozialer Schutzfaktoren sowie situationsangemessener Bewältigungsstrategien beinhalten, indem Lebenskompetenzen sowie personale und soziale Fähigkeiten gefördert bzw. vermittelt werden, die die Kinder und Eltern befähigen, besser mit den Problemen und Belastungen im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung in der Familie umzugehen (Lenz 2008).

Angesichts der zentralen Bedeutung der Schutzfaktoren für die Bewältigung von Belastungen und darüber hinaus auch ganz generell für die psychosoziale Anpassung und Gesundheit der Kinder, die prospektive Längsschnittstudien übereinstimmend gezeigt haben (vgl. Kapitel 3.1), liegt es nahe, die Aktivierung und Stärkung speziell der personalen, familiären und sozialen Ressourcen in den Mittelpunkt professioneller Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern zu stellen (vgl. Lenz 2008):

### ***1. Förderung und Aktivierung personaler Ressourcen der Kinder***

Unter personalen Ressourcen werden Handlungsmuster und Persönlichkeitsvariablen sowie persönliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kräfte der Person verstanden. Inhaltlich werden als personale Ressourcen häufig genannt: Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit, das Gefühl, Kontrolle über die Umwelt ausüben zu können, sowie Problemlösekompetenz. Der Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit der Kinder kommt eine große Bedeutung zu. Positive Selbstwertkonzepte spielen bei der

Bewältigung von alltäglichen Anforderungen und Stress eine zentrale Rolle. Sie beeinflussen wesentlich sowohl den Umgang mit dem kritischen Lebensereignis und den damit einhergehenden Spannungen und Konflikten als auch die Art und Weise, wie bzw. ob Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld mobilisiert werden kann. Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern sind zudem im Alltag mit verschiedenen Problemen in der Familie, in der Schule, im Wohnumfeld und im Kontakt mit Gleichaltrigen konfrontiert, für deren Bewältigung sie aktive Hilfe und gezielte Unterstützung benötigen. Eine unangemessene Bewältigung solcher Probleme kann langfristig zu einer Kumulierung von Belastungen führen und das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen erhöhen. Eine gezielte Förderung und Stärkung der Problemlösekompetenz verbessert die Anpassungsfähigkeit der Kinder in akuten Belastungssituationen und befähigt sie, in neuen oder bislang ungewohnten Belastungssituationen mit Anforderungen besser fertig zu werden.

## ***2. Förderung und Entwicklung familiärer Ressourcen***

Neben der Paarbeziehung zählt die elterliche Erziehungskompetenz zu den zentralen Familienressourcen. Einer Stärkung und Förderung dieser Ressource kommt in Familien mit einem psychisch kranken oder suchtkranken Elternteil ein besonders hoher Stellenwert zu. Erziehungskompetenz reicht von konkreten Fertigkeiten im Alltag und in Erziehungssituationen bis hin zu emotionalen und kommunikativen sowie auf die Erziehungspersonen selbst bezogenen Fähigkeiten. Petermann und Petermann (2006) nennen Beziehungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Fähigkeit zur Grenzsetzung, Förderfähigkeit, Vorbildfähigkeit und Fähigkeit zum Alltagsmanagement als zentrale Dimensionen der Erziehungs- bzw. Elternkompetenz. Durch die schwierigen familiären Lebensumstände sowie die Belastungen und emotional-kognitiven Einschränkungen, die beispielsweise mit einer akuten Krankheitsphase einhergehen, ist insbesondere die Erziehungskompetenz meist stark beeinträchtigt. Die mittlerweile vorliegenden Programme zur Förderung der Erziehungskompetenz sind nicht spezifisch auf die Lebenssituation psychisch kranker Eltern zugeschnitten und berücksichtigen daher nicht ausreichend ihre spezifischen Belange und aktuellen Problemlagen. Psychisch kranke und suchtkranke Eltern brauchen einen geschützten Raum, um vor dem Hintergrund ihrer früheren und aktuellen Erfahrungen über ihre Kinder und Erziehungsschwierigkeiten sprechen und Kompetenzen im Umgang mit den Kindern erwerben bzw. stärken zu können. Im Vordergrund müsste hierbei die Förderung und Stärkung bindungsrelevanten Fähigkeiten, speziell der elterlichen Sensitivität in der Eltern-Kind-Interaktion, stehen

(Riordan u. a. 1999; Hipwell/Kumar 2000). Sensitivität oder Feinfühligkeit meint die Fähigkeit, kindliche Signale zu bemerken, für sie zugänglich zu sein, sie richtig zu interpretieren, sich angemessen zu verhalten und schließlich prompt darauf zu reagieren.

### **3. Förderung und Aktivierung sozialer Ressourcen**

Eine gezielte Aktivierung sozialer Ressourcen sollte erfolgen, wenn deutlich wird, dass die familiären und anderen relevanten Bezugspersonen des Kindes die Bindungs- und Kontaktbedürfnisse nicht in einem ausreichenden Maße erfüllen und die notwendige soziale Unterstützung für das Kind und ihre Familie nicht verfügbar ist. Es liegt mittlerweile ein breit gefächertes Repertoire an Methoden zur Förderung sozialer Ressourcen vor, die von Strategien zur unmittelbaren Netzwerkförderung bis hin zu Gruppeninterventionen reichen. Gruppen stellen in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern bundesweit die mit Abstand am häufigsten angebotenen Hilfen dar. Im Mittelpunkt der in aller Regel am *AURYN*-Konzept orientierten Gruppenangebote steht die Stärkung der emotionalen Wahrnehmung sowie der individuellen Bewältigung und Selbstreflexion. Eine gezielte Förderung sozialer Beziehungen und Interessen, die sich auch im Alltag der Kinder auswirken und weiterwickeln, geschieht allenfalls nebenbei bzw. zufällig. Wünschenswert wäre eine systematische Verknüpfung der Gruppeninterventionen mit begleitenden Freizeitangeboten und erlebnispädagogischen Maßnahmen für die Kinder und die Familien – etwa in Form von gemeinsamen Unternehmungen und sportlichen Aktivitäten an Wochenenden oder in Ferienzeiten.

Noch kaum werden in der Praxis Strategien zur unmittelbaren Netzwerkförderung eingesetzt. Die Netzwerkkonferenz stellt eine zentrale Strategie zur unmittelbaren Netzwerkförderung dar. Sie ist eine konsequente Umsetzung des systemisch-lösungsorientierten Paradigmas, indem der Blick auf das Lösungssystem in den Vordergrund gerückt wird. Kinder und Eltern werden motiviert, eine Einladung an diejenigen Personen auszusprechen, die an der Lösung der bestehenden Probleme mitarbeiten sollen. Das Ziel der Netzwerkkonferenz ist, Bezugspersonen und andere wichtige Personen aus dem sozialen Umfeld zusammenzuführen und nicht oder nur wenig genutzte bzw. verloren gegangene Kommunikationskanäle zu fördern sowie emotionale und instrumentelle Unterstützungspotenziale im sozialen Netzwerk zu aktivieren. Patenschaften als neues soziales Unterstützungssystem können im Rahmen einer Netzwerkkonferenz gezielt vorbereitet und begleitet werden. Vieles spricht dafür, dass eine Patenschaft, die konsequent und systematisch aus einer solchen Netzwerkperspektive

heraus aufgebaut wird, langfristig stabiler und hilfreicher für die Betroffenen ist (Lenz 2008)

#### **4. *Psychoedukation – Informationsvermittlung und Aufklärung***

Informationsvermittlung und Aufklärung über die Krankheit spielen in modernen Präventions- und Behandlungsprogrammen mittlerweile eine wichtige Rolle. Im psychiatrisch-psychozialen und psychotherapeutischen Bereich spricht man im Zusammenhang mit Wissensvermittlung von Psychoedukation. Die Vorsilbe „Psycho-“ verweist darauf, dass es sich dabei um keine rein sachlich-informative Vermittlung handelt, sondern bei deren Gestaltung psychologische Prinzipien, vor allem auf der kognitiven und emotionalen Ebene, berücksichtigt werden (Lenz 2005). Befunde aus der Resilienzforschung deuten darauf hin, dass eine ausreichende alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils einen der wichtigsten spezifischen Schutzfaktoren darstellt. Ausreichendes Wissen erhöht die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber den Belastungen, die sich aus dem familiären Zusammenleben mit dem kranken Elternteil ergeben. Wissen vermittelt Hoffnung und positive Zukunftserwartungen. Es befähigt Kinder, neue Perspektiven und Wege zu beschreiten sowie ein Gefühl der Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu entdecken. Während für den Erwachsenenbereich eine Reihe von psychoedukativen Ansätzen vorliegt, gibt es bislang für Kinder als Angehörige psychisch kranker oder suchtkranker Eltern keine vergleichbar elaborierten psychoedukativ-informationszentrierten Programme. Es liegen zwar mittlerweile einige ansprechend gestaltete Materialien zum Thema Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern in Form von Broschüren, Kinderfachbüchern und Kinderbüchern vor, die gut in der psychoedukativen Arbeit mit Kindern eingesetzt werden können. Es fehlen allerdings differenzierte Ansätze, in denen sowohl die Informationsbedürfnisse als auch die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten der Kinder zur Aufnahme und Verarbeitung der Informationen ausreichend berücksichtigt werden. In diesem Bereich besteht ein großer methodisch-inhaltlicher Entwicklungsbedarf.

Die Methoden der Ressourcenaktivierung erfordern eine flexible Gestaltung des Settings und verschiedene Kombinationen der Arbeitsformen, die von den traditionellen Einzel-, Familien- und Gruppenkontexten bis hin zu netzwerkorientierten Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen reichen. Dafür müssen die entsprechenden institutionellen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die wiederum eine gezielte Koordination der Hilfen

sowie funktionale interinstitutionelle und intrainstitutionelle Kooperationsstrukturen und Vernetzungen der verschiedenen Hilfesysteme voraussetzen.

## 6 Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- Arnold, T./Steier, M. (1997): Wissenschaftliche Begleitung der sucht- und familientherapeutischen Einrichtung Villa Maria. Frankfurt a. M.
- Bauer, M./Lüders, B. (1998): Psychotische Frauen und ihre Kinder. In: Psychiatrische Praxis, 25, S. 191-195
- Beardslee, W.R./Versage, E.M./Gladstone, T.R.G. (1998): Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, S. 1134-1141
- Bender, D./Lösel, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In: J. Margraf/J. Siegrist/S. Neumer (Hrsg.), Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Berlin, S. 119-145
- Black, C. (1988): Mir kann das nicht passieren. Wildberg
- Bohus, M./Scher, K./Berger-Sallwitz, F./Novelli, U./Stieglitz, R.D./Berger, M. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern: Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. In: Psychiatrische Praxis, 25, S. 134-138
- Cork, M.R. (1969): The forgotten children: A study of children with alcoholic parents. Toronto: Addiction Research Foundation
- Cotton, N.S. (1979): The familial incidence of alcoholism. In: Journal of Studies on Alcohol, 40, S. 89-116
- Cummings, E.-M./Davis, P.T. (1994): Maternal depression and child development. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, S. 73-112
- Deneke, C. (2005): Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: G. Deegener/W. Körner (Hrsg.), Kindesmisshandlung und Vernachlässigung: Ein Handbuch. Göttingen, S. 141-154
- Deneke, C./Beckmann, O./Dierks, H. (2008): Präventive Gruppenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In: A. Lenz/J. Jungbauer (Hrsg.), Kinder und Partner psychisch kranker Menschen: Belastungen, Hilfebedarf und Interventionskonzepte. Tübingen, S. 63-79
- Deneke, C./Lüders, B. (2003): Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 3, S. 172-181

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006): Kinder suchtkranker Eltern. Mögliche Angebote im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe: Ein Leitfaden für freiwillige Helferinnen und Helfer in den Selbsthilfeorganisationen. Hamm
- Dörner, K./Egetmeyer, A./Koenning, K. (Hrsg.) (2001): Freispruch der Familie: Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen. Bonn
- Downey, G./Coyne, J.C. (1990): Children of depressed parents: An integrative review. In: *Psychological Bulletin*, 108, S 50-76
- Drake, R.E./Vaillant, G.E. (1988): Predicting alcoholism and personality disorders in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. In: *British Journal of Addiction*, 83. S. 799-803
- Dunn, B. (1993): Growing up with a psychiatric mother: A retrospective study. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, S. 177-189
- Elpers, M./Lenz, K. (1994): Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern. In: *Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, S. 107-113
- Englert, E./Ziegler, M. (2001): Kinder opiatabhängiger Mütter: Ein Überblick. In: *Suchttherapie*, 2, S. 143-151
- Feldman, R.A./Stiffman, A.R./Jung, K.G. (1987): *Children at risk: In the web of parental mental illness*. New Brunswick: Rutgers University Press
- Fields, L./Prinz, R.J. (1997): Coping and adjustment during childhood and adolescence. In: *Clinical Psychology Review*, 17, S. 937-976
- Freyberger, H.-J./Schürmann, A./Drescher, S./Dilling, H. (1996): Rooming-in in der Psychiatrie: Behandlungsindikation und -durchführung. In: *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 64, S. 312-319
- Glorisa, J. (1990): Children of parents with psychiatric disorders in the community. In: *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 29, S. 398-406
- Hartmann, H.-P. (1997): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil I: Übersicht über bisherige Erfahrungen. In: *Psychiatrische Praxis*, 24, S. 56-60
- Hartmann, H.-P. (2001): Behandlung psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern auf der psychiatrischen Station. In: A. Rohde/A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. Regensburg, S. 269-277
- Hipp, M./Staets, S. (2003): Familiäre Ressourcen stärken. In: *Soziale Psychiatrie*, 3, S. 27-30
- Hipwell, A.E./Kumar, R.C. (2000): Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). In: *British Journal of Psychiatry*, 169, S. 655-661

- Hogan, D.M. (1998): Annotation. The psychological development and welfare of children of opiate and cocaine users: Review and research needs. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, S. 609-620
- Homeier, S. (2006): *Sonnige Traurigtage*. Frankfurt a.M.
- Hornstein, C./Wortmann-Fleischer, S./Schwarz, M. (2001): Stationäre Mutter-Kind-Aufnahme: Mehr als Rooming-in? In: A. Rohde/A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen bei Frauen: Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. Regensburg, S. 287-294
- Klein, M. (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. In: *Suchttherapie*, 2, S. 118-124
- Klein, M. (2006): *Kinder drogenabhängiger Mütter: Risiken, Fakten, Hilfen*. Regensburg
- Klein, M. (2006a): Hilfen für Kinder aus alkoholabhängigen Familien. In: *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 1, S. 9-16
- Klein, M. (2007): *Kinder suchtkranker Eltern*. Stuttgart
- Klein, M./Zobel, M. (2001): Abschlussbericht zum Projekt Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multiproblemfamilien. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familien und Frauen
- Lachner, G./Wittchen, H.U. (1997): Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: H. Watzl/B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen, S. 43-89
- Lancik, M./Brockington, I.F. (1997): Postpartal auftretende psychische Erkrankungen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 94, S. 3104-3108
- Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. (1992): Psychisch auffällige Eltern. Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? In: *Zeitschrift für Familienforschung*, 4, S. 22-48
- Laucht, M./Esser, G./Schmidt, M.H. (1994): Parental mental disorder and early child development. In: *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, S. 125-137
- Lazarus, R.S./Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lenz, A. (2005): *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen
- Lenz, A. (2005a): Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 5, S. 382-398
- Lenz, A. (2007): Kinder psychisch kranker Eltern: Ein Überblick über Forschungsstand und Präventionsprogramme. In: B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche*. Tübingen, S. 519-555

- Lenz, A. (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen
- Lenz, A./Lenz, S. (2004): Mutter-Kind-Behandlung: Ein geschlechtersensibler Behandlungsansatz. In: Krankenhauspsychiatrie, 2, S. 70–76
- Lösel, F./Kolip, P./Bender, D. (1992): Stress-Resistenz im Multiproblem-Milieu: Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche „Superkids“? In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, S. 48-63
- Löser, H. (1995): Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart
- Maier, W. (1997): Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus. In: H. Watzl/B. Rockstroh (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen, S. 91-109
- Mattejat, F./Wüthrich, C./Remschmidt, H. (2000): Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. In: Der Nervenarzt, 71, S. 164-172
- McGrath, J./Hearle, J./ Jenner, L./Plant, K./Drummond, A./Barla, J.M. (1999): The fertility and fecundity of patients with psychosis. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 99, S. 441-446
- Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (1998): Quantitative und qualitative Aspekte des Kindeswohls zwischen Jugendhilfe und Justiz. In: Recht der Jugend und des Bildungswesens, 2, S. 195-205
- Münder, J./Mutke, B./Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz: Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster
- Nair, P./Black, M.M./Schuler, M./Keane, V./Snow, L./Rigney, B.A./Magder, L. (1997): Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. In: Child Abuse and Neglect, 21, S. 1039-1051
- Nicholson, J./Biebel, K./Katz-Leavy, J. (2004): Prevalence of parenthood among adults with severe mental illness. In: R.W. Manderscheid/M.J. Henderson (Eds.), Mental health: United States 2002. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Services Administration
- Niemi, L.T./Suvisaari, J.M./Tuulio-Henrickson, A./Lönnqvist, J.K. (2003): Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: Evidence from high-risk studies. In: Schizophrenia Research, 60, S. 239-258
- Petermann, U./Petermann, F. (2006): Erziehungskompetenz. In: Kindheit und Entwicklung, 15, S. 1-8

- Quinton, C. (2004): Kinder- und Jugendseminare in der Fachklinik. In: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), *Familiengeheimnisse: Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden*. Bonn, S. 87-89
- Raschke, P./Kalke, J./Degwitz, P. (2000): *Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe (Modellphase 01.08.1997 – 31.01.2000)*. Kiel: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein
- Remschmidt, H./Strunk, P./Methner, C./Tegeler, E. (1973): Kinder endogen-depressiver Eltern: Untersuchungen zur Häufigkeit von Verhaltensstörungen und zur Persönlichkeitsstruktur. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 41, S. 328–430
- Remschmidt, H./Mattejat, F. (1994): *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen
- Riecher-Rössler, A. (1997): Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. In: *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 65, S. 97-107
- Riordan, D./Appleby, L./Faragher, B. (1999): Mother-infant interaction following recovery from severe postpartum mental disorder, female with schizophrenia. In: *Psychological Medicine*, 29, S. 991-995
- Robins, L.N./Regier, D.A. (1991): *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press
- Rutter, M. (1966): *Children of sick parents: An environmental and psychiatric study*. London: Oxford University Press
- Rutter, M. (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf/A.S. Masten/D. Cicchetti/K. Nuechterlein/S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 181-214
- Rutter, M./Quinton, D. (1984): Parental psychiatric disorders: Effects on children. In: *Psychological Medicine*, 14, S. 853-880
- Sameroff, A. (1987): Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. In: *Schizophrenia Bulletin*, 1, S. 3-24
- Seiffge-Krenke, I. (2000): “Annäherer” und “Vermeider”: Die langfristigen Auswirkungen bestimmter Coping-Stile auf depressive Symptome. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2, S. 53-61
- Seiffge-Krenke, I./von Irmer, J. (2007): Zur Situationsabhängigkeit von Bewältigung. In: I. Seiffge-Krenke./A. Lohaus (Hrsg.), *Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen, S. 69-80
- Sher, K.J. (1991): *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University Press.
- Simon, R./Palazetti, M. (1999): Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 01.01.-31.12.1998. In: *Sucht*, 45, Sonderheft 1.

- Simpson, T.L./Miller, W.R. (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. In: *Clinical Psychology Review* 22, S. 27-47
- Snellen, M./Mack, K./Trauer, T. (1999): Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: Examining the relationship. In: *Australian Journal of Psychiatry*, 33, S. 902-911
- Szylowicki, A. (2001): Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Soziale Praxis*, 21, S. 103-117
- Van Santen, E./Seckinger, M. (2003): Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. Opladen
- Wegscheider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Wildberg
- Werner, E.E. (1986): Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age of 18. In: *Journal of Study of Alcoholism*, 47, S. 34-40
- Werner, E.E. (1999): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In: M. Fingerle/A. Freytag/G. Opp (Hrsg.), Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, S. 25-36
- Windle, M./Davies, P.T. (1997) Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. In: *Development Psychology*, 33, S. 657-668
- Wolin, S./Wolin, S. (1995): Resilience among youth growing up in substance-abusing families. In: *Substance Abuse*, 42, S. 415-429
- Zobel, M. (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen

**Prof. Dr. Albert Lenz, Dipl.-Psychologe**

ist an der Kath. Hochschule Nordrhein-Westfalen

Fachbereich Sozialwesen, Abteilung Paderborn tätig.