



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Beratung bei psychisch kranken Eltern

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts

Hochschule Neubrandenburg

Studiengang Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

vorgelegt von

Dajana Witt

urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2013-0431-9

1. Bachelorprüfer: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

2. Bachelorprüfer: Prof. Dr. phil. habil. Volker Kraft

Abgabe 02.07.2013

EINLEITUNG

1. PSYCHISCHE KRANKE ELTERN.....	1
1.1 Allgemeine Problematik	1
2. PSYCHISCHE STÖRUNGEN- DEFINITION	2
2.1 Affektive Störungen	3
2.2 Depression	3
2.3 Manie.....	4
2.4 Schizophrenie	5
2.5 Angststörungen	7
2.6 Borderline - Störung	8
2.7 Suchterkrankungen	9
3. ENTSTEHUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN	10
3.1 Folgen psychischer Erkrankung	11
4.PSYCHIATRISCHE HILFEN UND BERATUNG PSYCHISCHE KRANKER ELTERN.....	12
5. PSYCHIATRISCHE HILFEN	13
5.1 Ambulante Hilfen.....	13
5.2 Teilstationäre Hilfen	14
5.3 Stationäre Hilfen.....	14
6. BERATUNG VON PSYCHISCH KRANKEN ELTERN	15
6.1 Was bedeutet Beratung?	15
7. BERATUNGSSETTINGS	16
7.1 Einzelberatung.....	16
7.2 Gruppenberatung	17
7.3 Rollenverteilung in der Beratung.....	18
7.4 Gesprächsführung	20
8. BERATUNGSFELDER	21
8.1 Sozialpsychiatrische Beratung	21
8.2 Psychologische Beratung	22
8.3 Psychosoziale Beratung	22
9. BERATUNG DURCH DIE KINDER- UND JUGENDHILFE.....	23
9.1 Kinder psychisch kranker Eltern	23
9.2 Psychisch kranke Eltern und Erziehungsfähigkeit.....	24
9.3 Hilfen zur Erziehung in Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe	25
9.4 Erziehungsberatung.....	26
9.5 Familienberatung	28
9.6 Sozialpädagogische Familienhilfe	29

10. ZWANGSBERATUNG BEI PSYCHISCH KRANKEN ELTERN.....	30
11. WEITERE HILFEFORMEN	31
11.1 Psychotherapie	31
10.2 Methoden der Psychotherapie.....	32
10.3 Ablauf einer Psychotherapie	33
12. MANGELNDE KOOPERATION DER HILFESYSTEME	35
13. SOZIALE ARBEIT IN DER ERWACHSENENPSYCHIATRIE.....	37

FAZIT

LITERATURVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Einleitung

Psychische Erkrankungen treten in der heutigen Gesellschaft sehr häufig auf. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass fast jeder Vierte einmal im Leben an einer psychischen Störung erkrankt. In dem World-Health-Bericht von 2001 erstellte die WHO eine Liste, mit den am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen. Diese wären: „Depressionen, Bipolare Störungen (manisch-depressiv), Schizophrenie und Suchterkrankungen.“ Auch in Deutschland nehmen psychische Erkrankungen immer weiter zu. Zwischen den Jahren 1983 und 2003 stiegen die Krankheitsbilder auf das Dreifache an.¹ Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass sich unter diesen Erkrankten auch mindestens ein psychisch erkrankter Elternteil befindet. Häufig ist es so, dass Mütter schneller psychisch erkranken als Väter. Dies kann einerseits mit der Sozialisation und andererseits durch den gesellschaftlichen Kontext erläutert werden. So sind Mütter einer Doppelbelastung ausgesetzt. Sie müssen Familie und Beruf mit einander vereinbaren und sind dadurch Stresssituationen ausgesetzt, die zu einer psychischen Erkrankung führen kann. Auch die unterschiedliche Sozialisation kann als eine mögliche Ursache für die Bildung von psychischen Erkrankungen bei Eltern angesehen werden. So werden erkrankte Väter meistens durch die klassische Rollenverteilung innerhalb der Familie von der Ehefrau oder anderen Familienangehörigen stabilisiert. Wenn Mütter psychisch erkranken, können Väter diese spezielle Situation weniger kompensieren.²

Von dieser Ausgangssituation, möchte ich in dieser Bachelorarbeit auf Hilfen für psychisch kranke Eltern eingehen. Speziell betrachte ich dabei das Thema „Beratung bei psychisch kranken Eltern“. Für mich ergibt sich daraus folgende Fragestellung: „Wie können psychisch kranke Eltern dazu gebracht werden, eine freiwillige Beratung in Anspruch zu nehmen und ist dies überhaupt möglich?“

Um diese Fragestellung beantworten zu können, gehe ich im ersten Abschnitt auf die psychischen Krankheiten ganz allgemein ein, auf die Folgen, die sich daraus ergeben und darüber hinaus, welche psychiatrischen Hilfen für die psychisch erkrankten Elternteile bereitgestellt werden.

¹ vgl. URL1: Bundesministerium für Bildung und Forschung 2013

² vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 68ff

Hauptteil dieser Arbeit wird, wie schon erwähnt habe, die Beratung bei psychisch kranken Eltern darstellen. Hierbei stehen die allgemeine Beratung sowie die Beratung der Jugendhilfe nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGBVIII) im Vordergrund. Ich beziehe dieses Gesetz mit ein, da erkrankte Elternteile nicht nur durch die Erwachsenenpsychiatrie Hilfen bekommen können, sondern auch durch das SGBVIII und ganz speziell durch die Hilfen zur Erziehung.

Die Psychotherapie als eine weitere Hilfeform für erkrankte Eltern, stellt einen weiteren Teil dieser Arbeit dar. Weiterhin erkläre ich, wie sich fehlende Kooperation zwischen den Hilfesystemen auf den Elternteil sowie seine Familie auswirkt und wie dies verbessert werden kann.

Den Abschluss enthält einen Ausblick auf die Sozialen Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie sowie das Fazit und das Literaturverzeichnis.

1. Psychische kranke Eltern

1.1 Allgemeine Problematik

In der stationären Versorgung sind ca. 20-30% Eltern mit minderjährigen Kindern. Fritz Matzejat hat auf Basis des statistischen Bundesamtes und den „Ergebnissen des Bundesgesundheitsveys über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung“ errechnet, wie viele Kinder von psychisch kranken Eltern betroffen sind.³ So leben rund 3 Millionen Kinder in Deutschland mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen. Albert Lenz stellte in einer eigenen Studie, an der sich über 800 Personen aus den allgemeinpsychiatrischen und den psychotherapeutischen Stationen beteiligten fest, dass 27% von ihnen minderjährige Kinder hatten. Bei den männlichen Patienten war die Prozentzahl niedriger als bei den Frauen und lag bei 18%. Frauen hingegen wiesen eine höhere Anzahl an minderjährigen Kindern auf, ihre Zahl lag bei 34%. Weiterhin stellte er fest, dass die betroffenen Patienten mit affektiven Störungen zu etwa 72% mit ihren Kindern zusammenlebten. Bei Patienten mit Schizophrenie oder ähnlicher Symptomatik waren es ungefähr 49%. Aus seinen Studien geht ebenfalls hervor, dass es geschlechterspezifische Unterschiede gibt. So lebten ca. 60% der Väter und 77% der Mütter mit affektiven Störungen mit ihren Kindern zusammen. Bei der Schizophrenie waren das lediglich 29% der Väter, bei den Müttern rund 47%.⁴

Treten psychische Erkrankungen innerhalb einer Familie auf, hat dies Konsequenzen für das ganze Familiensystem, den innerfamiliären Beziehungen sowie auf die einzelnen Familienmitglieder selber. Die Ursachen für die Erkrankungen der Eltern sind vielschichtig. Bevor ein Elternteil erkrankt, treten innerhalb der Familie häufig speziellen Belastungs- oder Stressfaktoren auf. Zu diesen Faktoren zählen entweder eine Beziehungskrise der Eltern mit anschließender Trennung, der Tod eines Angehörigen oder auch eine diagnostizierte Krankheit sowie deren Erleben. Solche Erlebnisse können die Lebenssituationen und das Beziehungsgeflecht in der Familie verändern und destabilisieren.⁵ Viele erkrankte Elternteile fühlen sich in einer Akutsituation mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert. Sie fühlen sich der Elternrolle zunehmend nicht mehr gewachsen und zweifeln daran, gute Eltern zu sein. Obendrein schämen sie sich, eine

³ vgl. Lenz 2012, S. 11

⁴ vgl. ebd, S. 10

⁵ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 11ff

Zumutung für die Familie zu sein. Die gesunden Elternteile sind oft unsicher und fühlen sich im Umgang mit der Krankheit und dem Erkrankten überfordert. Innerhalb der Familie versuchen sie den Alltag aufrechtzuerhalten und sich der Erziehung der Kinder zu widmen, so dass eine gewisse Normalität weiterbestehen bleibt.⁶

Hilfen in Form von Beratungen, die von Seiten der Institutionen erbracht werden, haben einerseits die Aufgabe, den betroffenen Eltern eine Unterstützung zu sein. Andererseits sie in ihren Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zu stärken und präventiv auf die Kinder einzuwirken. Das bedeutet, die Kinder sollen entlastet und in ihren Bewältigungsstrategien gestärkt werden.⁷ Solche Erkrankungen stellen auch Herausforderungen für die Institutionen dar. In manchen Familien gelingt die Bewältigung der Erkrankung und die daraus resultierenden Belastung durch eigene innerfamiliäre Ressourcen. Dies ist aber nicht in allen Familien der Fall. Viele Familien, die institutionelle Hilfe in Anspruch nehmen (müssen), verfügen kaum über Ressourcen. Zusätzlich haben sie wenig Kenntnis, wo genau sie Hilfsangebote erhalten können. Ebenso haben sie Angst davor, institutionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, da sie fürchten, Repressalien ausgesetzt zu sein. Dies kann beispielsweise so aussehen, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung Angst haben, Institutionen könnten ihre Kinder aus der Familie nehmen. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass diese Ängste von Seiten der Institutionen abgebaut werden.⁸

2. Psychische Störungen- Definition

Wie schon im vorigen Absatz erwähnt, sind die am häufigsten auftretenden psychischen Störungen die Depression, die Bipolare- Störung sowie die Schizophrenie und die Suchterkrankungen. Der Begriff der Psychischen Störung, löst in der Psychiatrie sowie in anderen psychosozialen Berufsfeldern den alten Begriff der „Psychischen Erkrankung“ ab. Da die Merkmale sehr vielfältig sind und es keine „typischen“ Merkmale gibt, ist es schwierig die psychische Störung klar zu definieren.⁹ Generell wird von einer psychischen Störung gesprochen, wenn ein Individuum ein Verhalten zeigt, das von der gesellschaftlichen Norm abweicht. Zusätzlich kommen bei den betroffenen Personen und

⁶ vgl. ebd, S. 13

⁷ vgl. Alle 2012, S. 143

⁸ vgl. Wagenblaus 2012, S. 221f

⁹ vgl. URL2: Verhaltenswissenschaft.de 2013

ihrem sozialen Umfeld ein „Leidensdruck“ und die daraus resultierenden „Belastungen“ hinzu.¹⁰ Die ICD-10 (International Classification of Diseases) unterteilt die psychische Störung im Kapitel V in Psychische- und Verhaltensstörungen.¹¹

2.1 Affektive Störungen

Die ICD-10 spricht von affektiven Störungen, wenn die „Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder in einer Affektivität zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst – oder zur gehobenen Stimmung besteht“.¹² Zusätzlich können diese Störungen in bipolaren und unipolaren Störungen unterschieden werden. Unipolare Störungen kennzeichnen vor allem depressive und manische Phasen, wo hingegen bipolare Störungen abwechselnde manische und depressive Phasen beinhalten.¹³

2.2 Depression

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern. Bei etwa 15% der betroffenen Patienten, kommt es zu einem chronischen Verlauf mit erhöhtem Suizidrisiko. Bei ungefähr 4% tritt eine schwere depressive Störung auf. Nach Angaben des Max-Planck-Instituts erkranken 4,4% der Männer und 13,5% der Frauen an einer Depression. Die Ursachen dieser Erkrankung sind wie bei allen anderen psychischen Störungen sehr unterschiedlich. Eine mögliche Ursache kann in den Persönlichkeitsmerkmalen des Erkrankten liegen. Weist ein Betroffener die Eigenschaften „vegetative Labilität“ also Befindlichkeitsstörungen wie Nervosität oder Unruhe¹⁴ sowie die der „Rigidität“ also das starre Festhalten an bestimmten Verhaltensweisen¹⁵ auf, so kann dies zu einem Risikofaktor werden und erhöht die Gefahr an einer Depression zu erkranken.¹⁶ Weitere Ursachen können die Auswirkungen von Stress und (chronischer)Überforderung sein. Die Symptome der Depression werden auch die „Zeichen der -losigkeit“ genannt.¹⁷ Die Hauptsymptome sind Niedergeschlagenheit sowie Bedrücktheit. Weitere vegetative Symptome können sich in Schlafstörungen,

¹⁰ vgl. Psychologie, 2008, S. 455f

¹¹ vgl. URL3: Deutsches Institut Medizinischer Dokumentation und Information 2013

¹² vgl. URL3: Deutsches Institut Medizinischer Dokumentation und Information 2013

¹³ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 34

¹⁴ vgl. URL16: Psychosoziale Gesundheit 2013

¹⁵ vgl. URL17: universal-Lexikon 2013

¹⁶ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 244

¹⁷ vgl. ebd. S. 244

Appetitlosigkeit und Verdauungsstörungen äußern.¹⁸Laut ICD-10 ist die Depression nach bestimmten Schweregraden unterteilt. Dies wären einmal die leichte, dann die mittelgradige und die schwere Depression. In der ICD-10 wird eine Depression als Episode bezeichnet und wird wie folgt beschrieben:

„Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust.“¹⁹

Die Patienten der leichten bzw. der mittelgradigen Depression werden allgemein durch die primär- und allgemein medizinische Versorgung betreut, wohingegen die schwer depressiven Patienten in vollstationären Einrichtungen behandelt werden.²⁰

2.3 Manie

Neben der Depression gehört die Manie zu den affektiven Störungen. Sie ist durch die Hochstimmungen der Patienten, welche für die Situation nicht angemessen ist und über längere Zeiträume anhält, gekennzeichnet. Die Hochstimmung ist unter anderem verbunden mit Selbstüberschätzung, Hyperaktivität, gesteigerter psychomotorischer Aktivität, Ideenflucht, starke Erregbarkeit, überschwänglicher Kontaktfreude bis hin zum Größenwahn und destruktiven Verhalten. Laut ICD-10 werden drei Schweregrade unterteilt:²¹

- Hypomanie, die abgeschwächte Form der Manie
- Manie ohne psychotischer Symptomen

¹⁸ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 243f

¹⁹ vgl. URL3: Deutsches Institut Medizinischer Dokumentation und Information 2013

²⁰ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 35

²¹ vgl. Schädle-Deininger 2006, S.255f

- Manie mit psychotischen Symptomen²²

Die Hypomanie ist laut ICD-10 durch eine leicht gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb sowie Affektivität (starke Gefühlszustände) gekennzeichnet. Weiterhin kommt auch ein auffallendes Gefühl der Wohlbefindlichkeit wie auch ein Gefühl der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit hinzu. Häufig tritt an Stelle von euphorischer Geselligkeit Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten auf. Bei der Hypomanie treten keine wahn- oder halluzinatorischen Erscheinungen auf.²³

Manie ohne psychotischer Symptomen ist charakterisiert, durch Situationen mit gehobener Stimmung, welche entweder zwischen sorgloser Heiterkeit oder fast unkontrollierter Erregbarkeit schwankt. Hinzukommt, dass durch die gehobene Stimmung, ein vermehrter Antrieb besteht und sich daraus eine Hyperaktivität entwickeln kann. Durch den Abbau der sozialen Hemmungen kann es je nach Situation zu einem rücksichtslosen, leichtsinnigen oder persönlichkeitsfremden Verhalten kommen.

Die letzte in der ICD-10 benannte Form ist die Manie mit psychotischen Symptomen. Sie weist dasselbe klinische Krankheitsbild wie Manie ohne psychotische Symptomen auf. Nur treten hier Wahn, meist Größenwahn oder Halluzinationen auf. Ein normaler Umgang mit den betroffenen Patienten ist nicht möglich, da die Erregbarkeit, die ausgeprägte körperliche Aktivität, wie auch die Ideenflucht extreme Ausmaße annehmen kann.²⁴

Die Behandlung erfolgt je nach Phase der Erkrankung. In der akut manischen Phase kann der Patient relativ gut mit Medikamente mit sogenannten Antipsychotika behandelt werden. In dieser Phase ist eine Psychotherapie nicht angebracht, da der Patient seine Probleme nicht erkennt. Sehr schwere manische Episoden werden psychiatrisch behandelt.²⁵

2.4 Schizophrenie

Schizophrenie ist ein Sammelbegriff für psychische Störungen, welche durch massive Verdrehungen der Realität, Kommunikations-, Emotions-, Gedächtnis-, Wahrnehmungs-

²² vgl. ebd, S. 256

²³ vgl. URL3: Deutsches Institut Medizinischer Dokumentation und Information 2013

²⁴ vgl. ebd, 2013

²⁵ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 257

und Sprachstörungen charakterisiert ist.²⁶ Nach der ICD-10 wird die Schizophrenie folgendermaßen beschrieben:

„Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung, sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet.“²⁷

Warum eine Schizophrenie entsteht, ist bis heute nicht bekannt. Es ist aber erwiesen, dass zur Entstehung viele Faktoren zusammenwirken. Das bedeutet, dass diese Krankheit „multifaktoriell“ bedingt ist.²⁸ Mögliche Ursachen können je nach wissenschaftlicher Fachrichtung variieren. So wird in tiefenpsychologischen- und psychologischen Theorien, die psychosoziale Entwicklung und die daraus entstandenen Defizite als eine mögliche Ursache benannt. Die soziologische Sicht ist zeitweise davon ausgegangen, dass die unzureichende Zuwendung der Mutter oder ihre übermäßige Besorgtheit als Ursache in Frage kommt. Außerdem können genetische Veranlagungen, aber auch äußere soziale Bedingungen, wie etwa Arbeitslosigkeit oder soziale Isolation, als Ursache mit angegeben werden. Auch die Symptome treten in einer Vielzahl auf.²⁹ Folgendermaßen sind die Symptome eingeteilt:³⁰

- in Störungen des Denkens
- in Störungen des Gefühls
- in Störungen des Wollens, Handelns und ICH- Erlebens sowie
- in akzessorische (hinzutretende) Symptome³¹

Aufgrund der verschiedenen Ursachen und Einflussfaktoren, gibt es für die schizophrene Erkrankung keine einzelne Therapieform. Meistens wird der Patient, je nach Schwere der Erkrankung, mit einer Kombination aus medikamentösen und psychotherapeutischen Therapie behandelt. Vorzugsweise werden Neuroleptika bei der Medikamentenbehandlung eingesetzt. Diese können die Schizophrenie zwar nicht heilen, dafür beeinflussen diese aber ein Teil der Symptome. Als Nebenreaktion dieser Behandlungsform, werden die depressiven Symptome, welche oft mit der Schizophrenie auftreten können, verstärkt.

²⁶ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 263

²⁷ vgl. URL3: Deutsches Institut Medizinischer Dokumentation und Information 2013

²⁸ vgl. Schädle-Deininger 2006, S.263f

²⁹ vgl. ebd, S. 264

³⁰ vgl. Hoffmann-Richter/Finzen 2008, S. 29

³¹ vgl. ebd, S. 29

Ziele einer psychotherapeutischen Behandlung sind beispielsweise die Stabilisierung der Persönlichkeit, die Stärkung der ICH-Funktion oder die Beeinflussung des Familiensystems.³²

Zu den schon oben genannten psychischen Störungen können auch Angststörungen und auch Borderline - Störungen auftreten. Die zuletzt genannte Störung tritt häufig in Verbindung mit Depression, Suchterkrankungen oder Essstörungen auf.³³

2.5 Angststörungen

Die Angst gehört zu den Grunderfahrungen des Menschen. Generell wird Angst als ein seelisches und körperliches Phänomen bezeichnet. Der Mensch bekommt in bestimmten Gefahrensituationen ein Gefühl des Ausgeliefert-Seins oder ein Gefühl des Bedroht-Seins. Dabei entwickelt er vegetative Symptome wie Herzklopfen, Schweißausbrüche oder Zittern. Beginnt die Angst nun zu einem dominierenden Symptom zu werden, so wird von einer „Angststörung“ gesprochen. Hierbei wird diese in generalisierte Angststörung, Panikstörung und Phobie unterteilt.

Generalisierte Angststörung (Angstneurose) bezeichnet eine Angst ohne ein konkretes Objekt oder einer konkreten Situation. Der Betroffene hat eine motorische Anspannung, sowie vegetative Symptome, wie Zittern und Herzklopfen. Diese Symptome können sich über einen längeren Zeitraum erstrecken.

Die Panikstörung ist eine anfallsartige Angststörung, die über Minuten anhalten kann. Die betroffenen Patienten haben das Gefühl sie würden sterben oder verrückt werden.³⁴ Die Symptome sind gleich den Symptomen der Angststörungen, obwohl hier die Beschwerden bis zur Todesangst, Angst vor dem Kontrollverlust oder Ohnmachtsgefühlen reichen können. Obendrein haben die Betroffenen Angst vor erneuten Attacken und isolieren sich daher von ihrer sozialen Umwelt.³⁵

Hat der Patient Angst vor konkreten Gegenständen oder Situationen, so kann davon ausgegangen werden, dass eine Phobie vorliegt. Oftmals kommt diese Form von

³² vgl. Schädle-Deininger 2006, S.268f

³³ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 40

³⁴ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 295f

³⁵ vgl. Weber 2012, S. 65

Angststörung bei Frauen mit einer Depression vor. Symptomatisch ist hier, dass der Betroffene eine „quälende Angst“ empfindet diese aber gleichzeitig als „unsinnig“ empfindet.³⁶

2.6 Borderline - Störung

Die Borderline-Störung ist eine Störung, welche mehrere Bereiche der Persönlichkeit umfasst. Hierbei wird die innere Ausgeglichenheit beeinträchtigt, sodass eine Störung in den sozialen Beziehungen entsteht.³⁷ Psychoanalytische Erklärungsmodelle besagen, dass die Betroffenen unter Abwehrmechanismen leiden, um bedrohliche Gefühle entgegenzuwirken. Psychodynamisch handelt es sich bei der Borderline-Störung um eine spezielle ICH-Störung, in deren Kern die Unfähigkeit zur Verdrängung und den damit verbundenen fehlenden Beziehungsaufbau zu anderen Menschen steht. Sie tritt in ca. 75% bei Frauen und zu 25% bei Männern auf. Menschen, die eine Borderline-Persönlichkeitsstrukturen entwickeln, werden laut ICD-10 als „instabile Persönlichkeiten mit dem Borderline-Typus“ gekennzeichnet.³⁸ Sie weisen eine hohe Impulsivität auf, sind hohen Stimmungsschwankungen ausgesetzt und reagieren äußerst empfindlich auf Kritik. Die charakteristischen Merkmale sind Suizidhandlungen sowie Selbstverletzungen, wie Hautschnitte oder Verbrennungen. Viele Patienten haben das Gefühl einer inneren Leere und neigen zur „Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse“.³⁹ Eine Depersonalisation ist ein Entfremdungserlebnis, wobei der Betroffene sich in seinem eigenen Körper fremd fühlt oder sich unwirklich darin vorkommt. Ferner kann die Wahrnehmung zur Einheit der eigenen Person verloren gehen. Umgekehrt ist es, wenn der Betroffene dieses unwirkliche Erleben auf seine Umwelt bezieht. Dass wird dann als Derealisation bezeichnet.⁴⁰

³⁶ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 293

³⁷ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 39

³⁸ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 302

³⁹ vgl. ebd, S. 302

⁴⁰ vgl. URL4: Lexikon für Psychologie und Pädagogik 2013

2.7 Suchterkrankungen

Das Bundesministerium für Gesundheit erläutert den Begriff der Sucht nicht nur als Abhängigkeitsverhältnis in Bezug auf Suchtmittelkonsum, sondern zieht auch die Gesamtheit von riskanten, missbräuchlichen und abhängigen Verhaltensweisen mit ein. Ebenso gehören die Verhaltensweisen dazu, welche durch nichtstoffgebundene Suchtmittel entstehen. Zu diesen nichtgebundenen Suchtmitteln gehört das Glücksspiel oder die heutzutage weitverbreitete Internetsucht. Oftmals ist eine Suchtmittelabhängigkeit mit persönlichen Schicksalsschlägen verbunden und beeinträchtigt das gesamte Familiensystem (Co-Abhängigkeiten entstehen) wie auch die psychische bzw. körperliche Gesundheit eines Menschen. Verschiedene Studien verweisen darauf hin, dass mindestens 16 Mio. Menschen in Deutschland Zigarettenabhängig sind. Hinzukommen etwa 1,3 Mio. bis 1,4 Mio. alkohol- beziehungsweise medikamentenabhängige Menschen. Eine kleine Anzahl von etwa 200.000 Menschen zeigt Suchtverhalten bei dem Konsum von Cannabis. Circa 500.000 Menschen sind vom Glücksspiel abhängig.⁴¹ Eine Suchterkrankung entwickelt sich in mehreren Stadien, welche ich nachfolgenden darstelle:⁴²

Stadium I: Missbrauch

- übermäßiger oder gelegentlicher Gebrauch von Substanzen, welche aus medizinischer Sicht nicht notwendig erscheinen

Stadium II: Gewöhnung

- Körper und Psyche stellen sich auf den Konsum der Substanz ein, es entsteht eine regelmäßige Gewohnheit
- um bei zunehmendem Konsum dieselbe Wirkung zu erreichen, muss die Dosis der Substanz erhöht werden
- eine körperliche Gewöhnung entsteht

Stadium III: Abhängigkeit

- das Verlangen die Substanz zu konsumieren, wird unbeherrschbar, das Hauptziel liegt in der Beschaffung
- **Psychische Abhängigkeit** → ist bestimmt durch Zwang und den starken Wunsch, die Substanz zu konsumieren

⁴¹ vgl. URL5: Bundesministerium für Gesundheit 2013

⁴² vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 278f

- **Körperliche Abhängigkeit**→ der Gebrauch wird auch zur Milderung der Entzugserscheinungen verwendet
- Entzugserscheinungen sind etwa Schwitze, Zittern, Krämpfe
- in diesem Stadium verliert der Betroffene die Kontrolle bezüglich Beginn, Aufhören sowie der Menge des Konsums
- es entwickeln sich verschiedenste Probleme und der Betroffene versucht, mit Hilfe der Substanzaufnahme diese und die Folgen seiner Abhängigkeit zu ertragen⁴³

3. Entstehung psychischer Erkrankungen

Die Ursachen zur Entstehung psychischer Krankheiten sind bis heute nicht geklärt. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass ein Zusammenspiel mehrerer belastenden Lebenserfahrungen wie auch biologische, persönliche oder soziale Faktoren als mögliche Ursache in Frage kommt. Ferner ist dieses Zusammenspiel für die Vulnerabilität d.h. für die Verletzlichkeit oder Anfälligkeit eines Menschen verantwortlich. Zudem gibt die Vulnerabilität an, wie viel Stress (welcher durch bestimmte Situationen ausgelöst wird) ein Mensch ertragen kann und wie sich dieser auf dem Organismus auswirkt. Für manche Menschen stellt schon der kleinste Stressfaktor eine Überforderung dar. Andere entwickeln erst durch Extremsituationen psychische Krisen.⁴⁴ Das Hamburger Netz für psychische Gesundheit stellt die 3 Kriterien zur Entstehung psychischer Erkrankungen wie folgt dar:

1. Besitzt der Mensch kaum Risikofaktoren, dann ist er in der Lage, Stress zu bewältigen. Extremsituationen können dazu führen, dass psychische Störungen entstehen.
2. Bestehen beim Menschen nur wenige Belastungsfaktoren, so kann er in einen bestimmten Rahmen mit diesem Stress umgehen, ohne psychisch zu erkranken. Wird die Belastung erhöht, besteht ein erhöhtes Risiko zu erkranken.
3. Wenn ein sehr hohes Maß an Belastungs- und Risikofaktoren auftreten, so hält der Mensch diese kaum aus. Schon sehr wenige Belastungen lösen eine psychische Erkrankung aus.

⁴³ vgl. Schädle-Deininger 2006, S.278f)

⁴⁴ vgl. URL6: Hamburger Netz für psychische Gesundheit 2013

Ebenso ist eine hohe Vulnerabilität Auslöser für eine psychische Erkrankung.⁴⁵

Des Weiteren versuchen verschiedene Modelle die Entstehung zu erklären.⁴⁶

Biologisches Modell:

Bei diesem Ansatz verursachen organische Gehirnerkrankungen, wie etwa die Veränderung der Nervenzellen oder die Veränderung der Neurotransmitterübertragung, psychische Erkrankungen.

Psychoanalytisches Modell:

Psychische Erkrankungen werden durch unverarbeitete Ereignisse, welche aus frühkindlichen Erfahrungen und Konflikten entstehen, ausgelöst.

Lerntheoretisches Modell:

Hier wird davon ausgegangen, dass psychische Erkrankungen aus falsch erlernten Verhalten entstehen.

Gesellschaftskritisches Modell:

Psychische Erkrankungen werden durch bestimmte gesellschaftliche Bedingungen, welche den Einzelnen beeinträchtigen, ausgelöst.

Verschiedene psychologische Modelle:

Ursache für psychische Erkrankungen liegen hier in Traumatisierungen, die meistens in der Kindheit erlebt wurden.⁴⁷

3.1 Folgen psychischer Erkrankung

Einige Folgen psychischer Erkrankungen bei Eltern können wie folgt aussehen:⁴⁸

- sie führt zur Stigmatisierung (Abwertung) des betroffenen Elternteils
- sie führt zur Tabuisierung der Erkrankung, das heißt, die Betroffenen sowie deren Angehörige lassen keine offene Auseinandersetzung zu

⁴⁵ vgl. URL6: ebd, 2013

⁴⁶ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 227

⁴⁷ vgl. ebd. S. 227

⁴⁸ vgl. Alle 2012, S. 130

- es kommt zu einer Überforderung im Familienalltag, die Bedürfnisse der Kinder werden nicht mehr wahrgenommen, da diese von den Symptomen überlagert werden
- es ist eine Belastung für die Angehörigen, sie haben ein Gefühl der Hilf- und Ratlosigkeit und fühlen sich im Umgang mit den Betroffenen oft unsicher
- bei dem erkrankten Elternteil treten häufig Scham- und Schuldgefühle auf
- die Interaktion innerhalb der Familie und dem Umfeld ist gestört

4.Psychiatrische Hilfen und Beratung psychische kranker Eltern

1975 wurde durch die vorgelegte Psychiatrieenquete, dem Bericht über die „Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ ein Reformprozess angestoßen.⁴⁹ Ziele bestanden darin, die psychisch Kranken mit bedarfsgerechten Hilfen zu versorgen, und sie wieder in ihren Lebensbereich einzugliedern. Es sollten ambulante Einrichtungen ausgebaut, die stationären Aufenthalte verringert und das soziale Umfeld miteinbezogen werden.⁵⁰

Häufig tritt bei einer psychischen Erkrankung ein Akutphase auf. Dabei ist der erkrankte Elternteil so schwer in seinem Handeln und Denken gestört, dass dieser die Anforderungen des Alltags nicht mehr bewerkstelligen kann, sodass eine stationäre psychiatrische Behandlung nötig ist. Der betroffene Elternteil wird sowohl medikamentös als auch durch unterschiedliche Beratungsangebote behandelt. Die Beratungsangebote können als Einzeltherapie oder als Gruppentherapie stattfinden. Nach der stationären Behandlung ist es wichtig, dass der Patient nachbehandelt wird. Diese Nachsorge der Patienten findet auf drei Wegen statt:⁵¹

1. durch die ambulante psychiatrische Versorgung, welche von niedergelassenen Nervenärzten oder Psychiatern durchgeführt wird

⁴⁹ vgl. URL7: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2013

⁵⁰ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 25ff

⁵¹ vgl. Matzejat/ Remschmidt 1994, S. 9f

2. durch die psychotherapeutische Beratung und Behandlung, hier sind es ebenfalls niedergelassene Psychotherapeuten, Psychiater oder Psychologen
3. durch die allgemeine Gesundheits- und Sozialberatung in den Gesundheits- und Sozialämtern⁵²

Nachfolgend gehe ich auf die psychiatrischen Hilfen ein.

5. Psychiatrische Hilfen

5.1 Ambulante Hilfen

Die ambulanten Hilfen gliedern sich unter anderem in Niedergelassene Ärzte, Sozialpsychiatrischen Dienst, Krisennotdienste, Kontakt- und Beratungsstellen.

Für Betroffene sind die niedergelassenen Ärzte die erste Anlaufstelle und die zentrale Instanz für eine längerfristige Behandlung. Ebenso geben sie den Betroffenen die Überweisung zu einem Psychologen oder Psychiatern. Diese stellen dann eine Diagnose und führen Beratungsgespräche mit den Patienten.

Sozialpsychiatrische Beratungsstellen

Der *Sozialpsychiatrische Dienst* ist eine mobile und aufsuchende Tätigkeit und ist in den Gesundheitsämtern angesiedelt. Die Aufgaben liegen vor allem in der Beratung, Betreuung sowie der Begleitung von psychisch Kranken sowie deren Angehörigen. Bei der Nachsorge unterstützt dieser Dienst den Patienten bei der beruflichen, sozialen und familiären (Wieder-) Eingliederung und gewährleistet die fachärztliche psychiatrische Weiterbehandlung.⁵³

Bei Krisensituation kommt es oft vor, dass jegliche psychiatrische Hilfe ausbleibt. Hier setzen die *Krisennotdienste* ein. Die Fachkräfte sollen Hilfen nur solange überbrücken, bis reguläre Beratungsstellen oder Fachärzte die Behandlung übernehmen können. Oft sind diese Notdienste nicht flächendeckend vorhanden.

⁵² vgl. ebd. 10

⁵³ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 26ff

Kontakt- und Beratungsstellen sollen auch den Patienten ein Versorgungsnetz bieten, welche Probleme bei der Kontaktaufnahme zu psychiatrischen Versorgungssystemen haben. Sie können ohne Wartezeiten in Anspruch genommen werden. Sie umfassen unter anderem persönliche Beratung und Begleitung, tagesstrukturgebende Angebote, Kriseninterventionen, Gruppenangebote sowie Vermittlung an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten.⁵⁴

5.2 Teilstationäre Hilfen

Teilstationäre Angebote umfassen Tages- und Nachtkliniken sowie Tagesstätten. Die Tageskliniken sind Einrichtungen, in denen sich die Patienten über einen bestimmten Zeitraum Tages-Behandlungen unterziehen. Sie verbringen den Rest des Tages und die Wochenenden in ihrer gewohnten Umgebung. Dies ist auch der Vorteil dieser Behandlungsmethode. Die Patienten können professionelle Hilfe erfahren ohne aus ihrem Umfeld gerissen zu werden. Zudem stellt dies eine Entlastung für den Patient und deren Umfeld dar. Die Behandlung wird individuell auf den Patienten abgestimmt. Für die Tagesklinik ist eine Überweisung vom niedergelassenen Arzt notwendig.⁵⁵

Nachtklinik sind in Deutschland nur wenige vorhanden und sind in stationären Behandlungseinrichtungen integriert. Anders als in der Tagesklinik, werden die Behandlungen der Patienten nachts vorgenommen. Dies hat den Vorteil, dass die Patienten tagsüber arbeiten können.⁵⁶

Tagesstätten werden anders als Tages- und Nachtkliniken nicht ärztlich geleitet und werden nicht finanziell von den Krankenkassen unterstützt. Ihr Kern liegt darin, den Patienten bei ihren Alltags- und Freizeitgestaltungen zu helfen. Darüber hinaus bieten sie auch therapeutische Programme an.⁵⁷

5.3 Stationäre Hilfen

Zu diesen Hilfen zählen Psychiatrien, psychiatrischen Abteilungen und Wohnheime. Die Psychiatrien unterliegen der Pflichtversorgung der Patienten. Sie müssen sicherstellen, dass ein Mensch, der psychisch krank ist, eine schnelle stationäre Behandlung erfährt.

⁵⁴ vgl. ebd. S. 28

⁵⁵ vgl. ebd, S. 29

⁵⁶ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 189

⁵⁷ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 30

Wohnheime haben das Ziel, die Betroffenen durch tagesstrukturelle Angebote, eine Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Leben zu ermöglichen. Außerdem bekommen psychisch kranke Menschen die Chance, Tag und Nacht betreut zu werden bis sie so stabilisiert sind, um mit Hilfe von ambulanten Angeboten ihre Selbstständigkeit wiederzuerlangen. Auch hier werden individuelle Rehabilitationspläne für die Betroffenen erstellt.⁵⁸

6. Beratung von psychisch kranken Eltern

6.1 Was bedeutet Beratung?

In der sozialen/sozialpädagogischen Arbeit ist die Beratung eine weitverbreitete und vielseitige Hilfeform. Sie gilt als zentrale Handlungsorientierung und ist eine der wichtigsten Methoden bei der Arbeit mit Menschen. Auf der einen Seite ist die Beratung eine eigenständige Methode, welche von verschiedenen Beratungsstellen aufgegriffen und genutzt wird. Auf der anderen Seite bewegt sie sich als „Querschnittsmethode“ durch beinahe alle Bereiche der angebotenen Hilfen wie etwa der Einzelfallhilfe; der Gruppen- und Gemeinwesenarbeit.⁵⁹

Ganz allgemein ist die Beratung ein Oberbegriff für eine Interaktion zwischen dem Klienten und deren Helfer. Für diese Interaktion werden mindestens 2 beteiligte Personen benötigt. Mit Hilfe von kommunikativen Mitteln findet ein Austausch zwischen der beratenden- und der ratsuchenden Person statt. Dabei versucht die beratende Person, Unterstützung auf unterschiedliche Probleme oder Frage zu geben. Weiterhin versucht der Berater, den Ratsuchenden mehr Wissen, mehr Orientierung aber auch Lösungskompetenzen zur Problembewältigung aufzuzeigen. Beratung kann im professionellen Sinne nicht als „Ratgeben“ angesehen werden. Sicherlich geben Berater in bestimmten Beratungssituationen „den einen oder anderen Ratschlag“. ⁶⁰ Einige Klienten erhoffen sich dadurch, dass der Berater ihnen bestimmte Handlungsweisen oder Anleitungen aufzeigt. Die meisten Klienten wissen in den Beratungsgesprächen, welche Handlungsoptionen oder Alternativen ihnen zur Verfügungen stehen. Der Berater gibt den

⁵⁸ vgl. ebd, S. 30

⁵⁹ vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 13f

⁶⁰ vgl. ebd. S. 13f

Klienten hier nur verschiedene Sichtweisen über die Problemlagen. Des Weiteren wollen die Klienten ihre Unsicherheiten aber auch ihre Ambivalenzen besprechen und möglichst verringern. Durch diesen Austausch erhoffen sich die Klienten, neue oder geeignete Perspektiven für die Problemlösungen zu gewinnen.⁶¹ Folglich zielt die Beratung auf die „Förderung und (Wieder-) Herstellung der Bewältigungskompetenzen der KlientInnen selbst und ihrer sozialen Umwelt, ohne ihnen die eigentliche Problemlösung abnehmen zu wollen“.⁶²

Für Frommann ist die Beratung wie folgt charakterisiert: „wahrnehmen, ordnen, teilhaben, für möglich halten“.⁶³

Im Beratungsgespräch bekommt der Berater ein Bild vom Klienten, deren Situation sowie seiner Umwelt (wahrnehmen). Berater unterstützen den Klienten, Strukturen und Muster für ihre Lebenssituation zu erkennen (ordnen) und wirken bei der Problemlösung mit (teilnehmen). Weiterhin versucht der Berater als „ermutigende“ Person gemeinsam mit den Klienten Lösungen für die Probleme zu finden und darüber hinaus Fähigkeiten und Autonomie aufzubauen (für möglich halten).⁶⁴

7. Beratungssettings

7.1 Einzelberatung

Die Einzelberatung stellt das kleinste Verfahren in den sozialpädagogischen sowie psychosozialen Beratungsfeldern dar. Hier wird auf die Kommunikation zwischen den Klienten und dem Berater gesetzt. Im Allgemeinen können auch andere Personen indirekt an den Gesprächen beteiligt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass sie bei den Darstellungen des Klienten eine wichtige Rolle einnehmen, das heißt, wenn sie bestimmte Problemsituationen maßgeblich verursacht haben oder sie den Klienten zur Problembewältigung eine Stütze sein können. Im Fokus der Beratungsgespräche stehen die individuellen Problemerkahrungen, die subjektiv erlebten sozialen Rahmenbedingungen dieser Probleme und auch der Prozess der Entscheidung, Planung und Handlung der Klienten.

⁶¹ vgl. ebd. S.13f

⁶² vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 14

⁶³ vgl. Frommann zit. nach Sickendiek/Engel/Nestmann 1999, S. 14

⁶⁴ vgl. ebd. S. 14

Im Beratungsgespräch sind die Sichtweisen sowie die subjektiven Wahrnehmungen der psychisch erkrankten Eltern von entscheidender Bedeutung. Die Aufgabe bzw. das Ziel dieses Gespräches sollte es sein, dass der Berater die unterschiedlichen Problemsituationen der Eltern versteht, auf diese eingeht um dann gegebenenfalls entgegenzusteuern. Dies bedeutet zudem, dass zwischen den psychisch erkrankten Elternteil und dem Berater eine gewisse Vertrauensbasis bestehen muss, da dieser nicht nur von Problemkonstellationen sondern auch von seinen Lebenserfahrungen berichtet. Daher ist die Einzelberatung eine sehr eindringliche Form der Problembearbeitung.⁶⁵

7.2 Gruppenberatung

Psychisch kranke Eltern können sich auch in Gruppen beraten lassen. Diese Beratung findet in Form von Selbsthilfegruppen statt. Generell wird von einer Gruppe gesprochen, wenn sie eine bestimmte Anzahl an Personen erreicht, diese Personen in einer wechselseitigen Beziehung zu einander stehen und ein Gefühl der Gruppenzusammengehörigkeit entwickelt haben. Die Soziologie unterteilt den Begriff in „Primärgruppen“ und in „Sekundärgruppen“. Primärgruppen weisen sehr enge und stabile Zusammenschlüsse auf. Die Personen in diesem Gefüge, habe ein sehr enges Verhältnis zueinander. Sekundärgruppen bestehen aus Personen, die sich kaum kennen und eher distanziert zueinander verhalten.⁶⁶

Die Gruppenberatung gehört zu den Primärgruppen. In bestimmten Zeitabschnitten, setzt sich eine bestimmte Anzahl an Personen unter der Leitung eines Beraters mit einen speziellen Problem auseinander. Hierbei werden die Erfahrungen und Einstellungen der Betroffenen für den Beratungsprozess genutzt. Im Allgemeinen findet dieser Prozess in Phasen statt. Die erste Phase kennzeichnet sich dadurch, dass sich die Gruppenteilnehmer und der Berater kennenlernen, obendrein werden Regeln für die Interaktion aufgestellt. In der zweiten Phase wird das Thema festgelegt. Die darauffolgende dritte Phase bezieht sich auf die Erörterung, sowie die Analyse des Problems. Die Endphase kann darin bestehen, die einzelnen unternommenen Lösungswege zu reflektieren oder sich kritisch darüber zu äußern.⁶⁷ Für psychisch kranke Eltern kann die Selbsthilfegruppe eine Ergänzung zu den

⁶⁵ vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S.95ff

⁶⁶ vgl. ebd. S.103

⁶⁷ vgl. ebd, S. 103f

ambulanten, sowie stationären Hilfen darstellen.⁶⁸ Für den psychisch kranken Elternteil ergeben sich folgende Vorteile:

- durch den Austausch von Erfahrungen, können die erkrankten Eltern, die eigenen Gefühle und Wahrnehmung besser erkennen und annehmen
- psychisch kranke Eltern empfinden eine gewisse Erleichterung sich über tabuisierte Themen auszutauschen, ohne eine Fassade aufrecht erhalten zu müssen
- vermindertes Selbstwertgefühl wird innerhalb der Gruppe gestärkt, so dass der Leidensdruck gemindert wird
- psychisch kranke Eltern können schwierige Situationen innerhalb der Gruppe ansprechen
- die Problemlösungsstrategien werden gemeinsam erörtert, reflektiert
- die emotionale Bindung an den Berater ist hier vermindert⁶⁹

7.3 Rollenverteilung in der Beratung

Psychisch erkrankte Elternteile benötigen die Unterstützung fachlicher Hilfen. Meistens ist das gesamte Familiensystem von der Erkrankung betroffen, so dass sie kaum mehr in der Lage sind, die Situation objektiv zu beurteilen. Viele psychisch erkrankte Eltern vermeiden den Weg in die Beratung, da sie befürchten, der Berater könnte sich in ihr Privatleben einmischen oder ihnen dort „hineinreden“. ⁷⁰ Gerade das stellt nicht die Aufgabe der Beratung dar. Sie zielt darauf ab, den erkrankten Elternteil zu „selbst konzipierte Entscheidungen“ zu verhelfen. Während des Beratungsprozesses muss sich jeder der Beteiligten seiner Rolle bewusst werden. ⁷¹

⁶⁸ vgl. URL8: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2013

⁶⁹ vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 105

⁷⁰ vgl. Matzejat / Remschmidt 1994, S. 22f

⁷¹ vgl. ebd. S. 23

Rolle des erkrankten Elternteils

Der erkrankte Elternteil sollte versuchen, seine psychische Krankheit zu akzeptieren. Weiterhin sollte er sich mit der Erkrankung auseinandersetzen ohne sich dabei zu überfordern. Hierbei muss beachtet werden, dass es nicht zu zwei Fehlleistungen kommt.⁷²

- Die eine ist, dass der betroffene Elternteil dazu neigt, die Erkrankung zu verleugnen oder zu verdrängen. Einerseits kann eine Selbstüberschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit entstehen und andererseits eine Gefahr, Anzeichen einer erneuten Erkrankung übersieht. Dies führt dazu, dass sich die Situation innerhalb der Familie verschlimmert und die Rückfallgefahr erhöht wird.
- Die zweite Fehlleistung besteht darin, dass sich der erkrankte Elternteil nicht von der Krankheit lösen kann. Das bedeutet, dass die psychische Erkrankung mit seinen Einschränkungen im Vordergrund stehen bleibt. Der erkrankte Elternteil sieht sich kränker als er eigentlich ist, unterschätzen seine eigenen Kräfte und unterfordern sich damit selbst. Daraus ergibt sich, dass er sich in seiner Lebensqualität selber einschränkt⁷³

Rolle der Angehörigen

Die wichtigste Aufgabe der Angehörigen in der Beratung, ist die Unterstützung des erkrankten Elternteils. Diese Unterstützung kann nur wirksam zu Stande kommen, wenn sich die Angehörigen ebenfalls mit der psychischen Krankheit auseinandersetzen und damit, wie er diese dann in den Alltag integrieren werden kann. Viele Angehörige sehen darin, eine schwere Aufgabe. Meisten können sie sich kaum mit der Situation abfinden. Sie haben Schwierigkeiten die Krankheitssymptome von den alltäglichen Problemen zu unterscheiden. So werden Verhaltensweisen des Patienten falsch interpretiert und als Kränkung wahrgenommen. Manchmal werden Belastungen von Patienten ferngehalten.⁷⁴

Rolle des Beraters

Die Rolle des Beraters liegt darin, den psychisch erkrankten Eltern und seine Angehörigen zu informieren und sie dabei zu unterstützen, eigene Entscheidungen zu treffen. Zudem muss der Berater darauf achten, die Beteiligten zu stärken und nicht zu bevormunden. Außerdem sollte der Berater versuchen, mit anderen Hilfeinstitutionen, sofern diese

⁷² vgl. ebd. S. 20ff

⁷³ vgl. ebd. S. 20f

⁷⁴ vgl. ebd. 21f

vorhanden sind, zusammenzuarbeiten und diese auf die Lebenssituationen des psychisch erkrankten Elternteils und deren Familie abzustimmen. Eine weitere Herausforderung für besteht darin, eine kooperative Beziehung zu den Familien und den Patienten aufzubauen. Oft werden Hilfsangebote und Beratungen abgelehnt, da diese als eine Belastung oder Bedrohung der Eigenständigkeit wahrgenommen werden. Treten Akutsituationen auf, ist es notwendig, dass der Berater die Entscheidungen und Wünsche der Beteiligten umgeht, damit eine Gefahr für den Patienten und deren Familie abgewendet wird. In den Beratungsgesprächen sollten die Beteiligten auf solche Situationen vorbereitet werden und der Berater sollte seinen Standpunkt zu dieser (eventuellen) Situation klar äußern.⁷⁵

7.4 Gesprächsführung

Die wechselseitige Kommunikation zwischen Klient und Berater ist der Kern jeder Beratung. Vor allem, dass aktive Zuhören sowie die Mitteilung sind die wichtigsten Kommunikationsmittel. Diese sollten sich stets ergänzen, sonst kann es dazu kommen, dass Äußerungen nur gegenübergestellt werden und die Beteiligten sich nicht zuhören. Außerdem können sich daraus keine klaren Problemlösungen oder Ziele ergeben. Um ein positives Eingehen auf die Mitteilungen zu erwirken, sind folgende Fähigkeiten auf Seiten des Beraters notwendig.⁷⁶

- „aufnehmendes Zuhören“: der Berater sollte sich dem Elternteil zuwenden, den Blickkontakt halten, so dass der Betroffene ein Gefühl bekommt, „man höre ihm zu“
- „Paraphrasieren“: das Gehörte sollte möglichst mit eigenen Worten wiedergegeben werden, um zu signalisieren, dass alles richtig verstanden wurde
- „offene Fragen stellen“: werden bestimmte Aussagen nicht richtig verstanden oder nur indirekt vom Betroffenen mitgeteilt, sollte nochmals nachgefragt werden
- „positive Rückmeldungen“ geben⁷⁷

Psychisch Erkrankungen erschweren oftmals den Interaktionsprozess. Da die erkrankten Elternteile nur schwer verstehbare oder widersprüchliche Äußerungen machen oder sie irritieren den Berater mit Bewegungen und Reaktionen, welche für die Beratung unangebracht erscheinen. Bei bestimmten Krankheitsbildern treten innere und äußere Reizüberflutungen auf. Diese Überflutungen bewirken, dass der Betroffene dem Gespräch

⁷⁵ vgl. ebd. S. 22ff

⁷⁶ vgl. Lenz 2012, S. 99

⁷⁷ vgl. ebd. S. 99

nicht mehr folgen kann, sich zurückzieht und für diesen eine Überforderung darstellt. Um diese Reaktion zu vermeiden, kann der Berater folgende Verhaltensweisen anwenden:⁷⁸

- der Berater sollte klären, ob es sinnvoll wäre, das Beratungsgespräch zu verschieben
- es sollte eine ruhige und störungsfreie Atmosphäre für den erkrankten Elternteil geschaffen werden
- um eine Überforderung zu verhindern, sollte der Berater sich im Verlauf der Beratungsgespräche an den Bewältigungsstrategien des Elternteils orientieren
- je nach den vereinbarten Gesprächsthemen, sollte der Berater nachfragen, ob der Betroffene alle notwendigen Inhalte verstanden hat
- ein Gesprächsprotokoll erstellen, indem alle wichtigen Inhalte festgehalten werden und dieses den Elternteil unterschreiben lassen
- ebenfalls kann ein Ortwechsel für Entspannung sorgen und zu einer erhöhten Aufnahmefähigkeit beim Betroffenen führen

Alle diese Verhaltensweisen wirken unterstützend auf den Elternteil. Für den Berater an sich, kann es hilfreich sein, Unterstützung durch ein Kollegium zu haben. Der Berater kann dadurch, seine Arbeit besser reflektieren und die Gesprächsstruktur kann nochmals überarbeitet werden.⁷⁹

8. Beratungsfelder

8.1 Sozialpsychiatrische Beratung

Die Sozialpsychiatrische Beratung ist innerhalb des „Versorgungsnetzes“ der Psychiatrie ein fester Bestandteil. Sie weist eine enge Verbundenheit mit anderen sozialpsychiatrischen Handlungsformen wie etwa die Krisenintervention, Begleitung oder Therapie auf. Zu den methodischen Grundregeln zählt neben der klientenzentrierten Gesprächstherapie, die systemische Therapie wie auch die beratende Gesprächsführung und die Beratung auf einer „lebensweltorientierten Perspektive“.⁸⁰ Die Schwerpunkte sozialpsychiatrischer Beratungen liegen vor allem in der Analyse, in der Klärung und der

⁷⁸ vgl. Wagenblass 2012, S. 222f

⁷⁹ vgl. ebd. S. 223

⁸⁰ vgl. von Kardorff 2007, S. 1097f

Unterstützung der psychisch kranken Patienten. Sie unterstützen den Betroffenen, sich mit der Erkrankung und deren Verlauf auseinanderzusetzen und bei der Bewältigung des Alltags. Ebenso versuchen sie den Betroffenen dahingehend zu helfen, sich im Beruf und in der Familie neu zu integrieren, so dass sie wieder ein selbstbestimmtes Leben führen können.

8.2 Psychologische Beratung

Die Psychologische Beratung beruht auf der wechselseitigen Beziehung zwischen dem betroffenen Elternteil und dem Berater. Dabei stehen die Förderung der Psychischen- und Handlungskompetenzen, die Aktivierung von Ressourcen sowie der Abbau von Problemfaktoren im Vordergrund.⁸¹ Außerdem werden unterschiedliche Hilfen und Handlungsalternativen angeboten, welche dem psychisch erkrankten Elternteil dazu dienen sollen, seine Probleme zu bewältigen. Dennoch bedeutet dies nicht, dass der Betroffene diese Hilfen annimmt und umsetzt.⁸²

8.3 Psychosoziale Beratung

Um die Psychosoziale Beratung erläutern zu können, muss zu allererst der Begriff „psychosozial“ erklärt werden. Psychosozial beinhaltet die psychische und soziale Befindlichkeit sowie den Lebensumstand der einzelnen Individuen. Die gesellschaftlichen Normen werden zusammen mit den Bedürfnissen oder Handlungsweisen der erkrankten Eltern betrachtet. Außerdem kann daraus abgeleitet werden, dass die vorhandenen Probleme der Eltern, der Gesellschaft und deren Ansprüche zuzuordnen sind. Psychosoziale Beratung bezieht sich daher auf das „Erkennen von Belastungen und Einschränkungen und darauf bezogener Problemlösungskompetenzen.“⁸³ Die Wechselbeziehung zwischen dem betroffenen Elternteil und dem Berater ist hier von enormer Bedeutung. Obendrein stehen die Belastungen, welche durch äußere Einflüsse an den Elternteil herangetragen werden und deren Lösungsstrategien zur Bewältigung im Mittelpunkt.⁸⁴

⁸¹ vgl. URL9: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2013, S. 13

⁸² vgl. URL10: Digitale Volltextbibliothek 2013

⁸³ vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 19f

⁸⁴ vgl. ebd., S. 19

9. Beratung durch die Kinder- und Jugendhilfe

9.1 Kinder psychisch kranker Eltern

Psychische Erkrankungen haben nicht nur Auswirkungen auf den erkrankten Elternteil, sondern stellen auch eine Belastung für die Angehörigen und vor allem die Kinder dar.⁸⁵ Hierbei ist die Belastung des Kindes von der Dauer der Erkrankung, von den Schweregrad, die Art und der Verlauf der Symptome sowie von der Rückfälligkeit des Elternteils abhängig. So können sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen, stärken und eine Kindeswohlgefährdung hervorrufen. Christiane Denke fasst die Belastung für die Kinder folgendermaßen zusammen:⁸⁶

„Zusammenfassend ist zu sagen, dass elterliche psychische Krankheit dann schwerwiegende Folgen für die seelische Entwicklung der Kinder hat, wenn die intuitiven Verhaltensweisen und die selbstreflektive Funktion der Eltern so beeinträchtigt, dass Misshandlung und Vernachlässigung möglich sind, dass ein pathologischer Interaktionsstil vorherrscht und eine rigide Rollenzuschreibung die Kinder in der Entfaltung ihrer eigenen Persönlichkeit hindert.“⁸⁷

Belegt wurde durch zahlreiche Studien, dass Kinder, welche mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen, ein erhöhtes Risiko aufweisen selbst psychisch zu erkranken. So stellten Mattejat und Remschmidt fest, dass das Risiko für Kinder mit einem schizophrenen Elternteil, selbst an Schizophrenie zu erkranken, bei 10-15% liegt. Kinder, die bei zwei schizophrenen Elternteilen aufwachsen, erhöht sich das Risiko auf 30-50%.⁸⁸ Bei Kindern mit mindestens einen depressiven Elternteil ist die Wahrscheinlichkeit selbst eine Depression zu entwickeln, sehr schwankend und liegt zwischen 7% und 75%. Durchschnittlich erkranken diese Kinder zu 23% und 38% an einer Depression. In einer anderen Studie wurde festgestellt, dass eine 50% Wahrscheinlichkeit besteht, dass Risikokinder selbst eine typische Depression (Major-Depression) entwickeln, bevor sie das 20 Lebensjahr erreicht haben.⁸⁹ Wie sich diese Belastung auf die Entwicklung auswirkt, ist bei jedem Kind anders. Jedes Kind erlebt die psychische Erkrankung individuell. Für manche Kinder stellt sie eine bedrohliche Krise dar, andere Kinder überwinden diese Belastung mit vorhandenen Ressourcen und entwickeln individuelle

⁸⁵ vgl. Mattejat/ Remschmidt 1994, S. 6

⁸⁶ vgl. Alle 2012, S. 131

⁸⁷ Denke zit. nach Alle 2012, S. 131

⁸⁸ vgl. Mattejat/Remschmidt 1994, S. 22

⁸⁹ vgl. ebd. S. 70

Stärken.⁹⁰ So können bestimmte Schutzfaktoren die Entwicklung des Kindes positiv beeinflussen und die Risikofaktoren abmildern. Weiterhin stärken sie die Resilienz also die Widerstandsfähigkeit der Kinder und tragen dazu bei, die Selbstachtung und die Selbstzufriedenheit zu fördern und aufrechtzuerhalten.⁹¹ Unterteilt werden diese einmal in „Schutzfaktoren des Individuums“, wobei unter anderem hier die Persönlichkeitseigenschaften, Problembewältigungskompetenzen oder die Intelligenz gemeint sind. Andererseits gibt es Schutzfaktoren aus der Familie und dem Umfeld. Hier sind etwa Bezugspersonen, soziale und emotionale Unterstützung außerhalb der Familie sowie ein familiärer Zusammenhalt gemeint.⁹²

9.2 Psychisch kranke Eltern und Erziehungsfähigkeit

Unter Erziehungsfähigkeit versteht sich nicht nur die elterliche Fürsorge. Sie umfasst auch die Betreuung und die Eltern-Kind-Beziehung.⁹³ Psychisch kranke Elternteile weisen zahlreiche Einschränkungen im Umgang mit ihren Kindern auf. Sie haben kaum Interesse daran, Kontakt zu ihren Kindern aufzubauen, zeigen sich wenig einfühlsam und äußern den Kindern gegenüber viele negative Gefühle. Ebenso reagieren Eltern mit einer Depression oder einer schizophrenen Erkrankung nur sehr zögerlich oder überhaupt nicht auf (früh)kindlichen Signale. Ferner sind sie emotional kaum für ihre Kinder erreichbar, weisen ein passives Verhalten auf, haben sehr eingeschränkte Kommunikationsmittel oder sie bevormunden ihre Kinder zu stark. So zeigen sich depressive Mütter in ihrer Erziehungshaltung eher inkonsequent, sie fühlen sich den Aufgaben der Erziehung nicht gewachsen und erleben sich selbst als wenig kompetent. Sie geben kaum positive Kommentare, um das kindliche Selbstwert zu stärken und beschreiben ihre Kinder als auffällig und schwierig. Auch schizophrene Mütter oder Mütter mit Borderline-Erkrankungen weisen Beeinträchtigungen in dem Erziehungsverhalten auf. Diese Auffälligkeiten können aber auch bei anderen Belastungssituationen auftreten. Daher gelten diese nicht nur für psychisch kranke Eltern.⁹⁴ Schwalbe-Höllein und Kindler

⁹⁰ vgl. Wagenblass 2012, S. 211

⁹¹ vgl. Alle 2012, S. 66

⁹² vgl. ebd. S. 67

⁹³ vgl. Jasz 2012, S. 55

⁹⁴ vgl. Lenz 2012, S. 16f

unterscheiden in Anlehnung an Steinhauer fünf Dimensionen der elterlichen Erziehungsfähigkeit:⁹⁵

1. „Inwieweit ein Elternteil bereit ist, als Bindungsperson für das Kind zu fungieren,“
2. „inwieweit ein Elternteil Bedürfnisse und Signale des Kindes erkennen und angemessen darauf reagieren kann,“
3. „inwieweit ein Elternteil dazu in der Lage ist, Werte und Regeln zu vermitteln,“
4. „inwieweit ein Elternteil dazu in der Lage ist, einem Kind Wertschätzung und nicht Ablehnung entgegenzubringen,“
5. „inwieweit ein Elternteil Kontinuität in Erziehung, Beziehung und Umfeld herstellen kann.“⁹⁶

9.3 Hilfen zur Erziehung in Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe

Wie oben schon erwähnt, führt die psychische Erkrankung bei den Eltern zu einer Einschränkung in den Fähigkeiten, die eigenen Kinder umfassend zu versorgen und zu erziehen. Dies stellt eine zusätzliche Belastung für die Kinder dar, so dass sie einen besonderen Unterstützungsbedarf aufweisen. Im besten Fall kann diese sinkende Erziehungsfähigkeit aber auch den erhöhten Unterstützungsbedarf der Kinder im Rahmen der Familie, Verwandtschaft oder Geschwister entgegengewirkt werden. Bei den Familien, wo dies aufgrund instabiler familiärer und sozialer Beziehungen aber auch durch die eingeschränkte Kompensationsfähigkeiten in der Versorgung und der Betreuung der Kinder nicht möglich ist, können Leistungen der Jugendhilfe sprich „Hilfen zur Erziehung“ nach den Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) in Anspruch genommen werden. Die zentralen Aufgaben der Jugendhilfe bestehen darin, „problemangemessene Hilfen auf unterschiedlichsten Ebenen und unterschiedlichster Intensität bereitzustellen“ und den Schutz von Kindern sicherzustellen d.h. eine Kinderwohlgefährdung abzuwenden.⁹⁷ Außerdem hat sie die Position des „Wächteramtes“ inne. Das bedeutet, dass sie auf der einen Seite das Wohl des Kindes schützen muss und auf der anderen Seite das öffentliche Interesse vertreten muss. Hilfen zur Erziehung können unterschiedlich erbracht

⁹⁵ vgl. Alle 2012, S. 206

⁹⁶ vgl. ebd. S. 206

⁹⁷ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 41

werden.⁹⁸ Zu den Angeboten der Jugendhilfe zählen Präventionsmaßnahmen, Beratung und ambulanten, teilstationäre und stationäre Hilfen sowie weitere familiäre Unterstützungsangebote.⁹⁹ Im Kinder- und Jugendhilfegesetz sind alle ambulanten Unterstützungsangebote ab den §28 SGBVIII bis § 35 SGBVIII geregelt. Dies ist unter anderen die Erziehungsberatung, die soziale Gruppenarbeit oder die intensive sozialpädagogische Familienhilfe. Ambulante Hilfen unterscheiden sich in familienorientierte und in kinder- und jugendlich orientieren Handlungsstrategien. So richten sich die Familienhilfe und die Erziehungsberatung an das System „Familie“, wobei versucht wird, die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu erhalten oder zu erneuern. Soziale Gruppenarbeit oder die sozialpädagogische Einzelbetreuung orientiert sich an den Problemen der Kinder/Jugendlichen und unterstützen sie bei der Bewältigung dieser Probleme. Die teilstationären Hilfen sind familienergänzende Leistungen, wobei ein Teil der Erziehung mitübernommen wird. Zu diesen Leistungen gehören Tagesgruppen oder die sozialpädagogische Tagespflege nach dem §32SGBVIII. Stationäre Hilfen werden dann angewendet, wenn die Eltern gar nicht mehr in der Lage sind, die Erziehung zum Wohle ihrer Kinder sicherzustellen. Hier werden die Kinder nach §42SBVIII in Obhut des Jugendamtes genommen. Sie werden zeitweise oder dauerhafte entweder nach § 33 SGBVIII bei Pflegeeltern oder nach §34SGBVII im betreuten Wohnen untergebracht.¹⁰⁰ Wie lange die Hilfen zur Erziehung realisiert werden, liegt bei der Schwere und Dauer der psychischen Erkrankung sowie bei dem erzieherischen Bedarf. Dazu wird gemeinsam mit der Familie, der Jugendhilfe und der hilfestellenden Einrichtung ein Hilfeplan erstellt, in dem Festlegungen über den Bedarf, die Art der Hilfe und die gegenseitigen Leistungen bestimmt werden. Speziell auf die ambulanten Hilfen der Jugendhilfe gehe ich nachfolgend ein.

9.4 Erziehungsberatung

Erziehungsberatung soll nach §28 SGBVIII Kinder- und Jugendlichen sowie deren Eltern bei der Bewältigung und bei der Klärung von individueller und familienbezogene Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren helfen. Darüber hinaus soll Erziehungsberatung bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung eine Unterstützung sein. Die Gründe für eine Inanspruchnahme der Erziehungsberatung sind sehr vielfältig und reichen von emotionalen Problemen wie etwa

⁹⁸ vgl. ebd. S. 43f

⁹⁹ vgl. Mertens/Pankofer 2011, S. 130

¹⁰⁰ vgl. Schone/Wagenblaus 2010, S. 44f

einer psychischen Erkrankung eines Elternteils über soziale Verhaltensauffälligkeiten wie Kontaktstörungen bis hin zu psychosomatische Auffälligkeiten.¹⁰¹ Der Gesetzgeber schreibt dieser Beratung ein hohes Maß an „multidisziplinäre Zusammensetzung des Teams“ vor.¹⁰² So steht in Satz 2 des §28 SGBVIII: „Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind.“

In den Beratungsstellen wird dies durch den Einsatz unterschiedlicher Berufsgruppen wie etwa Sozialarbeiter, Psychologen oder durch Ärzte sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten realisiert. Zudem kommen unterschiedliche therapeutische Methodenansätze wie etwa verhaltenstherapeutische- und familientherapeutische oder gesprächstherapeutische Verfahren zum Einsatz. Hinzukommen weitere Intervention wie Information, Beratung, Begleitung und Unterstützung.¹⁰³ Erziehungsberatungsstellen erbringen eine große Anzahl an verschiedenen Leistungen. In Fokus steht zwar die Einzelfallhilfe aber sie geht weit darüber hinaus. So kommen präventive Maßnahmen und Netzwerkarbeit als weitere Leistungen hinzu.¹⁰⁴ Die Sicht der Pädagogik auf die Erziehungsberatung ist eher differenzierter. Hier setzt sich die Beratung der Eltern in Erziehungsfragen als Fokus im Vordergrund. Die Eltern sollen durch den beraterischen Prozess, selbst eine Antwort auf die Erziehungsfrage bekommen, welche es ihnen ermöglicht, zu einem normalen Familienalltag zurückzukehren. In diesem Sinne kann die Erziehungsberatung als ein Lernprozess angesehen werden. Daraus ergibt sich, dass die Eltern einen gewissen Lernbedarf aufweisen müssen, um auf die Erziehungsfrage eine Antwort zu finden. Wichtig für den Berater ist es, herauszufinden, ob die Erziehungsfrage mangels Wissen, Können oder aus unangemessenen Verhalten entstanden ist. Der Berater kann dann beispielsweise durch gezieltes Geben von Informationen, diesen Lernbedarf aufheben oder durch eingeübte Verhaltensänderungen, eine Antwort auf die Fragestellung hervorrufen.¹⁰⁵

¹⁰¹ vgl. Hechler 2011, S. 29f

¹⁰² vgl. Hundsalz 2007, S. 978ff

¹⁰³ vgl. ebd. S. 978

¹⁰⁴ vgl. ebd. S. 981

¹⁰⁵ vgl. Hechler 2011, S. 89f

9.5 Familienberatung

Der Begriff der Familienberatung unterteilt sich nicht nur in die Beratung mit der ganzen Familie sondern sie erfasst auch die Ehe- und Paarberatung. Inhaltlich werden Problemsituationen innerhalb der Familie sowie die Problemlagen der einzelnen Familienmitglieder miteinbezogen. Sie findet in psychotherapeutisch orientierten sowie in sozialpädagogischen / psychosozialen Beratungsstellen statt.¹⁰⁶

Leube erklärt den Begriff der Familienberatung so:

„Familienberatung bezeichnet zugleich eine Tätigkeit und eine Institution. Familienberatung als Tätigkeit und sozialer Prozess wird entsprechend denn vielfältigen materiellen und sozialen Balanceproblemen im familialen Bezugssystem von vielen Fachleuten angeboten. Diese Dienste sind infolge unterschiedlicher Finanzierungs- und Trägerstrukturen bis heute in Institutionen der Jugend-, Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Sexual- und Lebensberatung zersplittert, obwohl der komplexen Problematik von Familien- und Partnersystemen ein unspezifisch integrierter Zugang zur Beratung angemessen wäre“.¹⁰⁷

Sie soll eine unterstützende Wirkung auf die Eltern haben, um das Kindeswohl zu gewährleisten.¹⁰⁸ Aus der professionellen Sichtweise kommt diese Intervention nur dann zum Einsatz, wenn ein schwerwiegender Verdacht der häuslichen Situation besteht oder die häusliche Situation für das Kind oder dem Jugendlichen nicht mehr ertragbar ist. Bei nicht akuten Fällen, kann es ebenfalls vorkommen, dass die Eltern eher unfreiwillig oder gar nicht zu dem vereinbarten Termin in der Familienberatung erscheinen oder kaum Bereitschaft aufweisen, über spezielle Problemlagen innerhalb der Familien sprechen zu wollen. An dieser Stelle ist die freiwillige (Familien)Beratung zu einer „Zwangsberatung“ geworden. Die freiwillige und vertraute Zusammenarbeit zwischen Klienten und Berater ist hier nicht gegeben, was dazu führt, dass spezielle Problemsituationen sowie Gefühle, Wahrnehmungen oder Ängsten innerhalb der Familie nicht thematisiert werden können.¹⁰⁹

¹⁰⁶ vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 100

¹⁰⁷ Leube zit. nach Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 100

¹⁰⁸ vgl. Hundsalz 2003, S. 15

¹⁰⁹ vgl. Sickendiek/Engel/Nestmann 2008, S. 102f

9.6 Sozialpädagogische Familienhilfe

Eine weitere Hilfeform stellt die sozialpädagogische Familienhilfe dar. Sie ist eine intensive Hilfe- und Unterstützungsform, indem das ganze Familiensystem mit einbezogen wird. Der Kern liegt in der Bewältigung von Erziehungs- und Alltagsaufgaben sowie um Lösungen von Probleme.¹¹⁰ Gerade bei psychisch kranken Eltern ist es notwendig, dass Unterstützung von Seiten der Jugendhilfe vorhanden ist. Da die Eltern durch die Erkrankung, das Kindeswohl durch nicht ausreichend Versorgung und Pflege gefährden und die Kinder selbst zu einer Risikogruppe werden können.¹¹¹ Häufig ist es aber so, dass eine psychische Erkrankung eines Elternteils ein Kriterium zum Ausschluss für die Gewährung dieser Hilfe ist.¹¹² Dies lässt sich damit begründen, dass beispielsweise die Erkrankung schon so akut fortgeschritten ist, dass eine psychiatrische Behandlung die bessere Lösung darstellt. Zudem kann die psychische Erkrankung so einen hohen Einfluss auf das Verhalten der Eltern haben, dass auch die sozialpädagogische Familienhilfe keine Verhaltensänderung bewirkt.¹¹³ Ziele dieser Hilfeform sehen wie folgt aus:¹¹⁴

- sie soll eine frühzeitige Unterstützungsmöglichkeit für Kinder psychisch kranker Eltern sein, da diese ein erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken, aufweisen
- sie soll die Eltern ermutigen, frühzeitig Hilfen einzufordern und in Anspruch zu nehmen und
- es soll eine „Sensibilisierung“ bei den Eltern stattfinden, damit diese eine bessere Sicht für die Situation der Kinder bekommen
- psychisch kranke Eltern soll es ermöglicht werden, ein dauerhaftes Lebens außerhalb stationären Hilfen führen zu können¹¹⁵

¹¹⁰ vgl. Hechler 2011, S. 30f

¹¹¹ vgl. URL11: Thüringen.de 2013

¹¹² vgl. URL 12: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2013

¹¹³ vgl. URL13: Brückenhof e.V. 2013

¹¹⁴ vgl. URL12: Thüringen.de 2013

¹¹⁵ vgl. vgl. URL12: ebd. 2013

10. Zwangsberatung bei psychisch kranken Eltern

In manchen Beratungsfeldern nimmt die Beratung unter „Zwang“ stetig zu. Dies bedeutet, dass eine Beratung von Seitens der Institutionen angeordnet wird. Zwangsberatung findet sich nicht nur in der Schwangerschaftskonfliktberatung sondern auch in der Beratung von Erwerbslosen, bei der Studienberatung oder auch im Kinder- und Jugendhilfegesetz. Beratung wird nicht durch richterliche oder amtliche Beschlüsse sondern durch spezielle Auflagen festgelegt, in dem der Betroffenen aufgefordert wird, eine „Beratung“ in Anspruch zu nehmen.¹¹⁶ Bei solchen „Zwangsberatungen“ kann dann nicht mehr von Freiwilligkeit, Offenheit oder einer vertrauten Beratung ausgegangen werden.¹¹⁷

Bei psychisch kranken Eltern ist es schwierig, eine Beratung im Sinne der psychosozialen Beratung oder im Sinne der Jugendhilfe durchzuführen. Dies liegt daran, dass sie eine fehlende Krankheitseinsicht aufweisen und somit auch mögliche Behandlung durch unterschiedliche psychiatrische Dienste oder die Hilfen des Jugendamts ablehnen.¹¹⁸ Die Uneinsichtigkeit hängt einerseits mit der Art der Erkrankung zusammen. Eltern mit einer schizophrenen Erkrankung sowie alkoholabhängige Eltern verkennen oder verschweigen aufgrund ihrer Schamgefühle die Erkrankung. Sie verleugnen diese und bauen eine starke Abwehrhaltung auf, sodass es Jahre dauern kann, bis Hilfen involviert werden können.¹¹⁹ Andererseits haben die Eltern eine veraltete Vorstellung gegenüber der Jugendhilfe als helfendes System. Viele Eltern haben das Denken, dass ihnen das Sorgerecht entzogen wird, wenn sie sich ihre Erkrankung eingestehen. Oftmals ist der Gedanke, dass die Kinder in Heimen untergebracht werden und sie dadurch, kein „normales“ Familienleben erfahren, für die Eltern so abschreckend, dass sie die Krankheit weiter verleugnen.¹²⁰ Können durch

¹¹⁶ vgl. Nestmann/Sickendiek/Engel 2007, S. 602

¹¹⁷ vgl. Psychologie 2008, S. 492f

¹¹⁸ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 105

¹¹⁹ vgl. URL 14: LWL-Psychiatrie Verbund Westfalen 2013, S. 42f

¹²⁰ vgl. Weber 2012, S. 188

diese Uneinsichtigkeiten keine Hilfen in der Familie integriert werden, bleibt der Jugendhilfe keine andere Möglichkeit, als die Situation zu beobachten und die Eltern immer wieder zu motivieren, eventuell doch Hilfen in Anspruch zu nehmen. Eine weitere Möglichkeit wäre dann, das Familiengericht einzuschalten, sofern „die Schwelle zur Kindeswohlgefährdung“ überschritten ist.¹²¹

11. Weitere Hilfeformen

11.1 Psychotherapie

Neben den unterschiedlichen Beratungsangeboten, stellt die Psychotherapie eine weitere Hilfeform für psychisch erkrankte Elternteile dar. Die Psychotherapie hat im Grunde dieselbe Ausgangssituation wie die Beratung. Es wenden sich Menschen an Psychotherapeuten, weil sie unter bestimmten psychischen oder sozialen Belastungen leiden und sie sich dadurch in ihren Wohlbefinden gestört fühlen. Auch hier kann der Fokus auf bestimmte Konflikte innerhalb der Familie, auf innerseelische Identitäts- und Orientierungslosigkeit oder auf emotionale Probleme liegen. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass es den betroffenen Personen an eigenen Lösungswegen mangelt und sie daher professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Wie bei der Beratung, kommen betroffene Eltern aufgrund Dritter also durch die Familie oder durch Auflagen von Institutionen in die Therapie. Meistens haben die Betroffenen keine Krankheitseinsicht und nehmen ihre vorhandenen Probleme nicht wahr oder projizieren diese auf ihre Umgebung.¹²² Allgemein betrachtet, stellt die Psychotherapie eine „geplante, wissenschaftliche fundierte Maßnahme dar, die zu Änderungen von Störungen und Leidenszuständen in Hinblick auf das Erleben und Verhalten führen soll.“¹²³ Es ist ein zielorientierter Prozess, welcher durch Interaktion über einen längeren Zeitraum vollzogen wird. Im Laufe dieses Prozesses, soll durch psychologische Mittel die angestrebte Veränderung bewirkt werden.¹²⁴ Diese psychologischen Mittel können aus Gesprächen, emotionale Beziehungen, Aufforderungen oder dem Zuhören bestehen.¹²⁵ Ziel einer Psychotherapie ist es, das die Hilfebedürftigen

¹²¹ vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 106

¹²² vgl. Rauchfleisch 2001, S. 41f

¹²³ vgl. ebd. S. 42

¹²⁴ vgl. ebd. S. 42

¹²⁵ vgl. Steden 2003, S. 126

eigene Lösungskompetenzen entwickeln¹²⁶ um die psychische Störung zu lindern oder zu heilen.¹²⁷ Der Hauptanwendungsbereich einer Psychotherapie liegt in der Behandlung der neurotischen Störungen. Eine Psychotherapie kann ambulant oder stationär erfolgen. Oft ist eine ambulante Therapie für den Betroffenen vom Vorteil, da der Alltag wie gewohnt weitergeführt werden kann. Notwendig wird eine stationäre Psychotherapie dann, wenn eine bessere Behandlung für den erkrankten Elternteil möglich ist und er dadurch Abstand von seinem Alltag und von seinen Nöten erhält.¹²⁸ Für die Behandlung der Hilfebedürftigen stehen den Therapeuten vielfältige Therapiemethoden zur Verfügung.¹²⁹ Auf einige dieser Verfahren gehe ich im Nachfolgenden ein.

10.2 Methoden der Psychotherapie

Die Verfahren zur psychotherapeutischen Behandlung sehen wie folgt aus:

Psychoanalytisches Verfahren

- die Abwehrmechanismen und die Verdrängungsprozesse der Klienten sollen offenbart werden
- dadurch versucht der Therapeut, die traumatischen Erlebnisse oder die mangelnde Fähigkeit zur Konfliktbearbeitung, der erkrankten Eltern bewusst hervorzurufen¹³⁰

Psychotherapeutische Gespräche sowie Beratung

- zielt darauf ab, die Verhaltensstörungen und die Leidenszustände zu beeinflussen und die Symptome zu lindern¹³¹

Verhaltenstherapie

- hat eine hohe Anzahl an unterschiedlichen Techniken und Behandlungsmethoden, um Verhaltensstörungen zu ändern¹³²
- hierzu zählen neben der Lerntheorie auch die kognitiven und humanistisch Betrachtungsweisen¹³³

¹²⁶ vgl. Rauchfleisch 2001, S. 42

¹²⁷ vgl. Verbraucherzentrale 2010, S. 18

¹²⁸ vgl. ebd. S. 34

¹²⁹ vgl. Schädle-Deininger 2006, S. 133

¹³⁰ vgl. Steden 2003, S. 127

¹³¹ vgl. ebd. S. 127

¹³² vgl. ebd. S. 127

Psychodrama

- ist ein Gruppenpsychotherapeutisches Verfahren
- dabei werden spielerische Verfahren eingesetzt, bei dem die Klienten, ein besseres Verständnis für die eigenen Gefühle oder Motive erhalten sollen¹³⁴

Systemische Theorie

- hier werden die Störungen nicht als einzelne Teile, sondern in ihren jeweiligen Kontext betrachtet¹³⁵

Gesprächspsychotherapie

- sie geht davon aus, dass jeder Einzelne die Fähigkeit besitzt, durch Veränderung der Selbst- und Umwelterfahrungen, von seinen psychischen Leidensdruck loszukommen¹³⁶

10.3 Ablauf einer Psychotherapie

Während des Prozesses durchläuft die Psychotherapie verschiedene Phasen. Sie beginnt mit dem ersten Kontakt und endet meistens mit dem letzten Gespräch. Sie kann eventuell auch noch darüber hinaus weitervollzogen werden. Diese Phasen können in die Kontaktphase, in die Phase der Probesitzung, die Therapie als Arbeitsphase und dann das Ende der Therapie eingeteilt werden.¹³⁷

Das Erstgespräch

Das Erstgespräch dient als Einstieg in die Psychotherapie. Oftmals beginnt der Kontakt mit einem Telefonat, bei dem der Therapeut versucht, sich schon durch einige wenige Informationen ein Bild vom erkrankten Elternteil zu machen. Diese Phase soll für beide Seiten eine Entscheidungshilfe sein, ob eine Psychotherapie überhaupt in Frage kommt. Zusätzlich reichen beim Erstgespräch Angaben zur Art, Dauer und Umfang des (psychischen) Problems aus. Es wird auch erfragt, wie sich die Krankheit entwickelt hat

¹³³ vgl. Schädle-Deiningner 2006, S. 134

¹³⁴ vgl. ebd. S. 134

¹³⁵ vgl. ebd. S. 134

¹³⁶ vgl. Steden 2003, S. 128

¹³⁷ vgl. Verbraucherzentrale 2010, S. 144ff

wie lange sie schon besteht, ebenso wie bisher mit den Symptomen umgegangen wurde und ob schon Therapieversuche unternommen worden sind.¹³⁸

Das Probesitzen

Das Anliegen von Probesitzung ist es, eine positive therapeutische Beziehung zwischen den Therapeuten und den betroffenen Elternteil aufzubauen.¹³⁹ Aber auch herauszufinden, ob der Therapeut die jeweiligen Kompetenzen und Fähigkeiten hat, um die Therapie durchzuführen.¹⁴⁰ Ebenso soll hier geprüft werden, ob der psychisch kranke Elternteil auch wirklich eine Therapie anstrebt und sie auch durchführen will. Zudem versucht der Therapeut durch unterschiedliche Verfahrensweisen zu prüfen, welches Anliegen der betroffene Elternteil hat. Ob er eventuell nur Unterstützung braucht oder bereit ist, sich auf andere Denk- und Verhaltensweisen einzulassen. Dies ist insofern für den Therapeuten relevant, da er genau wissen muss, was er den Elternteil an Veränderungen zumuten kann. Oft finden bis zu 5 Sitzungen statt, bevor die eigentliche Therapie beginnt.¹⁴¹

Die Therapie

Die Therapie ist die eigentliche Behandlung. Je nachdem, welches Verfahren in der Therapie zum Einsatz kommt, ist sie in verschiedenen Phasen aufgeteilt. Die erste Phase ist die Arbeitsphase. Hier versucht der Therapeut, die Gespräche so angenehm wie möglich zu gestalten, damit es für den Betroffenen wie eine Entlastung wirkt. Zusätzlich soll der betroffene Elternteil, ein besseres Verständnis von der Erkrankung, eine genauere Vorstellung von der Behandlung bekommen sowie eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Therapeuten aufbauen. Hier werden Ziele erarbeitet, welche während der Therapiesitzungen erreicht werden sollen.

Der größte Teil der Psychotherapie stellt die mittlere Phase dar. Hier wird das eigentliche Problem behandelt. Der erkrankte Elternteil setzt sich hier ausgiebig mit der Erkrankung auseinander und es werden neue Wege ausprobiert, um diese zu lösen. Dabei können ungewöhnliche Methoden angewandt werden.

¹³⁸ vgl. Verbraucherzentrale 2010, S. 145f

¹³⁹ vgl. ebd. S. 151

¹⁴⁰ vgl. Kanfer/Schmelzer 2001, S. 103

¹⁴¹ vgl. Verbraucherzentrale 2010, S. 149ff

In der letzten Phase geht es darum, den betroffenen Elternteil auf seinen zukünftigen Alltag vorzubereiten. In dieser Phase spielt der „Abschied“ eine enorme Rolle. Dabei können Abschiede, welche durchlebt worden sind, verarbeitet und thematisiert werden.¹⁴²

Die Abschlussphase

Eine Psychotherapie kann zu jeder Zeit beendet werden. Obendrein kann eine Verlängerung beantragt werden. Psychische kranke Eltern sollten vor der Beendigung mit dem Therapeuten sprechen. Dieser kann dann den Erfolg, je nachdem ob sich der Elternteil am Ende spürbar besser fühlt, er keine belastenden Symptome empfindet oder die Symptome besser einschätzen kann, die Therapie beenden.¹⁴³

12. Mangelnde Kooperation der Hilfesysteme

Hilfen für psychisch kranke Eltern sowie deren Familienangehörige setzt eine „multiprofessionelle, trägerübergreifende und interdisziplinäre Handlungsperspektive voraus“, indem unterschiedlich fachliche Kompetenzen einfließen.¹⁴⁴ Um wirksame Hilfen für den belasteten Elternteil und seine Familie zu schaffen, ist es wichtig, Kooperationen zwischen dem handelnden System aufzubauen. Dennoch führen bestimmte gesellschaftliche Aufträge aber auch sich überschneidende Zielvoraussetzungen zu Konfliktsituationen und daher zu keiner wirkungsvollen Zusammenarbeit. Ferner führen verfälschte Wahrnehmungen zu Vorteilen gegenüber dem jeweiligen anderen Hilfesystem. So verringert die Psychiatrie, den Aufgabenkreis der Jugendhilfe auf ihre Kontrollfunktion. Unterstützende Angebote und Möglichkeiten zur Hilfe werden nicht beachtet.¹⁴⁵ Hinzu kommt, dass die Jugendhilfe kaum Kenntnisse über Problematik der psychischen Erkrankungen aufweist und die betroffenen Familien an andere Beratungsstellen verwiesen werden.¹⁴⁶ Andererseits hat die Jugendhilfe die Überzeugung, dass die Psychiatrie, die Kinder im Gesundheitsprozess des erkrankten Elternteils „instrumentalisiert“ als „Mittel zum Zweck“ einsetzt. Wobei die Bedürfnisse der Kinder nicht berücksichtigt werden.¹⁴⁷

¹⁴² vgl. URL15: Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz 2013

¹⁴³ vgl. URL15: Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz 2013

¹⁴⁴ vgl. Lenz 2010, 124ff

¹⁴⁵ vgl. ebd. S. 126

¹⁴⁶ vgl. Dörr/Schrapppe 2012, S. 110

¹⁴⁷ vgl. Lenz 2010, S. 124ff

Die überschneidenden Zielsetzungen sowie die Versorgungsaufträge der Hilfesysteme, macht eine Kooperation notwendig. So hat die Psychiatrie die Aufgabe, dem psychisch erkrankten Elternteil entweder ambulant über Beratung, Psychotherapie oder durch einen stationären Aufenthalt zu behandeln. Die Jugendhilfe hat die Ziele, Lebensbedingungen für Kinder/Jugendliche und deren Familie zu schaffen, in dem eine vernünftige Erziehung erfolgen kann. Obendrein stellt sie Not- und Krisenhilfen zu Verfügung. Gemeinsame Schnittstellen für eine wirksame Kooperation ergeben sich immer dann, wenn ein psychisch erkrankter Patient eine Elternrolle wahrnimmt.¹⁴⁸ Zusätzlich ergeben sich Schnittstellen:

- wenn der betroffene Elternteil seine Situation als Belastung wahrnimmt
- oder wenn die Erziehungsfähigkeit durch die Erkrankung schon so eingeschränkt ist und sich daraus eine Kindeswohlgefährdung ergeben könnte
- oder die Erkrankung der Eltern auch schon zu einer verhaltensauffälligen Belastung der Kinder führt¹⁴⁹

Durch den Mangel an Kooperation, fehlen spezielle Angebote an den Schnittstellen der Jugendhilfe und Psychiatrie, um die erkrankten Eltern und ihre Familie zu unterstützen. Dies hat folgende Gründe:¹⁵⁰

1. Die Hilfe erfolgt nur einseitig und ohne auf Perspektiven anderer Systeme einzugehen. Oftmals wird die Elternrolle nicht mit der Behandlung mit einbezogen.
2. Oftmals wird Hilfe geleistet, ohne auf das gesamte System Familie zu schauen.
3. Zudem werden die Kompetenzen des jeweiligen anderen Hilfesystem nicht betrachtet
4. Die familiären Belastungen werden bei den unterstützenden- und behandelnden Maßnahmen außer Acht gelassen. Beispielsweise werden Leistungen der Jugendhilfe nur für zwei Jahre bewilligt, obwohl sich aus dem phasenhaften Verlauf der Erkrankung eine Chronifizierung entwickeln kann

Je besser die Kooperation zwischen den einzelnen fachlichen Hilfesystemen ist, desto besser kann der psychisch kranke Elternteil und seine Familie unterstützt werden.¹⁵¹ Eine sinnvolle Kooperation kann so aussehen, dass in der Erwachsenenpsychiatrie

¹⁴⁸ vgl. ebd. S. 125

¹⁴⁹ vgl. ebd. S. 125

¹⁵⁰ vgl. Dörr/Schrapppe 2012, S. 106f

¹⁵¹ vgl. Lenz 2010, S. 126

Erziehungsberatungsstellen eingerichtet werden. Dies ist vor allem eine präventive Maßnahme. So können Ängste von Eltern, ihre Kinder würden auf Grund der Erkrankung in die Obhut des Jugendamtes genommen werden, vermindert werden. Ebenso verbinden die Eltern die Erziehungsberatung nicht sofort mit der Jugendhilfe, was den „Eingriffscharakter“ reduziert und Hilfen schneller angenommen werden.¹⁵² In einigen Regionen ist eine gemeinsame Kooperation im Hilfeplanverfahren nach §36SGBVIII vereinbart. So wirken psychiatrische Fachkräfte bei Erstellung des Hilfeplans mit und überprüfen die vereinbarten Ziele. Um die kooperativen Lösungswege umsetzen zu können, müssen die betroffenen Eltern und ihre Familie in den Prozess mit integriert werden. Geschieht dies nicht, können die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden, bleiben somit unwirksam und die psychisch kranken Eltern bekommen nicht die Hilfen, die sie brauchen.¹⁵³

13. Soziale Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie

Die Soziale Arbeit ist heutzutage ein wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. Durch die Psychiatrie – Reform von 1975 gewann die Soziale Arbeit in der Psychiatrie an Bedeutung. Die alte „Verwahrspsychiatrie“ der Kliniken, sollte durch eine gemeindenahe ambulante und flexible Versorgung ersetzt werden. Von Seiten der Kliniken wurde dies nicht umgesetzt, dennoch versuchten diese sich von der Verwahrspsychiatrie zu lösen, indem sie bei der Behandlung die Hilfen von nichtmedizinischen Berufsgruppen mit einbezogen. Am meisten wurden sie in der Vor- und Nachsorge der Patienten eingesetzt. So wurden für die „chronischen kranken Patienten“ Heime geschaffen, in denen die Sozialarbeiter die Versorgung übernahmen. Ebenfalls wurden sie bei Kriseninterventionen, Beratung, betreutes Wohnen und Tagesstätten eingesetzt.¹⁵⁴

In der Psychiatrie hat die Soziale Arbeit verschiedenste Aufgaben zu bewältigen. Auf der einen Seite soll sie die bestmögliche Verwaltungsarbeit leisten und auf der anderen Seite, dem medizinischen Berufsgruppen, einen Einblick in die „soziale Realität“ des betroffenen Patienten ermöglichen, damit diese eine „ganzheitliche Sichtweise“ von den Patienten

¹⁵² vgl. Schone/Wagenblass 2010, S. 129f

¹⁵³ vgl. Lenz 2010, S. 129f

¹⁵⁴ vgl. Steden 2003, S. 140

bekommen.¹⁵⁵ Ein eher negatives Bild zeigt sich, dass Sozialarbeiter Psychiater dahingehend unterstützen sollen, die vorgegebenen therapeutischen Ziele durchzusetzen. Das heißt, dass die Sozialarbeiter die betroffenen Patienten überreden sollen, ihre Medikamente zu nehmen. Obendrein sollen sie mitwirken, die „Compliance“ des Patienten zu erhöhen. Das heißt, dass sie den Betroffenen überreden sollen, freiwillig in der Klinik zu bleiben, soweit das aus der Sicht des Arztes erforderlich erscheint.¹⁵⁶ Patienten nehmen den Sozialarbeiter oft als „stillen Verbündeten“ wahr, da die Hierarchie zwischen dem Sozialarbeiter und dem Patienten niedriger ist als die zwischen Arzt und Patient. Dies wird genutzt, um ärztliche Interventionen zu ermöglichen oder diese besser zu machen.¹⁵⁷

Innerhalb der Psychiatrie konnte sich die Soziale Arbeit als eigene Profession zur Behandlung psychisch kranker Menschen nicht durchsetzen. Bei einer hohen Anzahl an psychiatrischen Lehrbüchern kommt der Begriff der Sozialen Arbeit selten bis gar nicht vor. Außerhalb der Psychiatrie, im ambulanten Bereich, konnte sich die Soziale Arbeit als dominierenden Berufszweig eingliedern. So wurden unter sozialpädagogischen Leitungen Modelle zur Krisenintervention wie etwa Selbsthilfegruppen oder Psychose - Seminare geschaffen. Trotz dieser Entwicklung, werden Sozialarbeiter in sozialpsychiatrischen Bereich als helfende Begleitung immer noch durch ehrenamtliche Helfer ersetzt.¹⁵⁸

¹⁵⁵ vgl. URL: Wilde 2013

¹⁵⁶ vgl. Steden 2003, S. 140

¹⁵⁷ vgl. URL: Wilde 2013

¹⁵⁸ vgl. Steden 2003, S. 142f

Fazit

In der vorliegenden Bachelorarbeit habe ich einen Einblick über die Hilfen für psychisch erkrankte Eltern gegeben. Dabei wollte ich die Thesis beantworten, wie Eltern dazu motiviert werden können, freiwillig Beratung in Anspruch zu nehmen und ob dies überhaupt möglich ist.

In der Bundesrepublik Deutschland haben sich über die Jahrzehnte hinweg unterschiedlichste Hilfeformen zur Behandlung von psychisch erkrankten Menschen entwickelt. Durch die Psychiatrie-Reform von 1975 ist in der Erwachsenenpsychiatrie die Zahl der ambulanten Versorgungssysteme wie etwa die sozialpsychiatrische Beratung oder der sozialpsychiatrische Dienst stetig gewachsen. Ebenso entwickelten sich in der Sozialpsychiatrie verschiedene Modelle, um den erkrankten Menschen wirksam unterstützen und begleiten zu können. Eine von diesen Modellen, ist die Soteria-Idee. Sie stellt eine alternative Hilfeform zur Behandlung von psychisch kranken Menschen dar. Erkrankte werden in ihrer psychischen Krise in ihrem normalen Umfeld begleitet und unterstützt. Obendrein setzt dieses Modell auf die „Selbsteilungskräfte“ des erkrankten Menschen. Hierbei werden die Betroffenen nicht therapiert sondern durch den offenen Beziehungsaustausch unterstützt. Ferner reduziert die Soteria-Idee die Einnahmen von Medikamenten auf ein Minimum oder verzichtet ganz auf diese.¹⁵⁹

Leider ist es noch so, dass die Erwachsenenpsychiatrie die Rolle der Elternschaft in der Behandlung der Betroffenen ausgrenzt. Ebenso werden die Belastungssituationen der Kinder nicht oder nur dann berücksichtigt, wenn diese einen entscheidenden Erfolg zur Behandlung beitragen. Die Jugendhilfe als ein weiteres Versorgungssystem, gibt vordergründliche Hilfestellungen für Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene. Erwachsene an sich, werden hier nur in der Rolle der Eltern betrachtet.¹⁶⁰

Dennoch passiert es, dass psychisch kranke Eltern nicht die Hilfen bekommen, die sie benötigen. Die Einsicht der betroffenen Eltern, freiwillige Beratung in Anspruch zu nehmen, ist erschwert. Betroffene Eltern schätzen ihre psychischen Probleme anders ein. Viele Eltern nehmen ihre psychische Erkrankung gar nicht als solche wahr oder sie haben das Gefühl, dass Probleme von ihren Angehörigen auf sie projiziert werden. Auch die Art,

¹⁵⁹ vgl. Steden 2003, S. 147ff

¹⁶⁰ vgl. Dörr/Schrappé 2012, S. 107f

der Verlauf und die Symptome der Erkrankung sind wesentliche Faktoren, die eine Inanspruchnahme erschweren.

In dieser Zeit wird die Erkrankung nicht nur zu einer Belastung für den Betroffenen selber sondern auch zu einer Belastung seiner Angehörigen. Vor allem die Kinder leiden unter der Erkrankung des Elternteils, da sie nicht die Erziehung bekommen, die sie für ihre Entwicklung benötigen. Außerdem findet häufig eine Parentifizierung, eine Rollenumverteilung innerhalb der Familie statt. Kinder übernehmen Aufgaben und Verantwortung für den erkrankten Elternteil. Sie halten das Familienleben aufrecht, die eigenen Bedürfnisse sowie die dem Alter entsprechende Entwicklungsaufgaben treten in den Hintergrund.¹⁶¹ Weiterhin stellen die Erkrankungen, wie ich schon erläutert habe, ein erhöhtes Risiko für die Kinder dar, selbst psychisch zu erkranken.

Selbst die Hilfesysteme können eine freiwillige Inanspruchnahme erschweren. Die Jugendhilfe fühlt sich oftmals nicht zuständig, den erkrankten Elternteil und seiner Familie Hilfe in Form von Beratung anzubieten. Dies kommt aufgrund fehlenden Wissens über die psychischen Krankheiten zu Stande. Solches Nicht-Wissen wirkt sich negativ auf die freiwillige Inanspruchnahme von Beratung in Rahmen der Hilfen zur Erziehung aus. Weiterhin erschweren veraltete Ansichten die Beratung der Jugendhilfe. Eltern verschweigen ihre Erkrankung gegenüber der Jugendhilfe aus Angst vor Repressalien. Hier müsste die Jugendhilfe Präventionsarbeit leisten, um die Ängste der Eltern zu vermindern. Dadurch kann eine freiwillige Inanspruchnahme der Beratung erfolgen und darüber hinaus freiwillig Hilfen zur Erziehung genutzt werden.

Die Erwachsenenpsychiatrie leistet zwar die Behandlung, welche für dem betroffenen Elternteil angebracht ist, jedoch werden die Angehörigen und speziell die Kinder nicht mit in die Hilfe einbezogen. Ein wesentlicher Faktor spielt die mangelnde Kooperationsbereitschaft der Hilfesysteme untereinander. Vorurteile gegenüber dem anderen Hilfesystem bestimmen das Handeln, sodass wirksame kooperative Hilfen nicht erbracht werden. Hier muss Aufklärungsarbeit unter den Hilfesystemen geleistet werden. Wenn auf Seiten der psychisch kranken Eltern und deren Angehörige Ängste bestehen oder sie nur einen geringen Anteil an Bereitschaft aufweisen, sich freiwillig in eine Beratung zu

¹⁶¹ vgl. Wagenblass 2012, S. 212f

begeben, so sollten eben die Fachrichtungen sein, die sich aufeinander zubewegen. Durch gemeinsame Fallbesprechungen oder Beratungsstunden.¹⁶²

Somit kann gesagt werden, dass eine freiwillige Inanspruchnahme von Hilfen in Form von Beratung durch bestimmte Faktoren auf Seiten des betroffenen Elternteils aber auch durch die Hilfesysteme erschwert werden aber dennoch möglich ist. Wenn ausreichend Kooperation unter den Hilfesystemen besteht, können neue Hilfsangebote für den betroffenen Elternteil geschaffen werden. Aufklärungsarbeit ist ein hauptsächlichlicher Faktor zur freiwilligen Inanspruchnahme von Beratung. Dadurch werden Ängste bei Eltern abgebaut und Hilfen in Form von Beratung freiwilliger, früher und wirksamer genutzt. Darüber hinaus schaffen diese Beratungsangebote bei den betroffenen Eltern eine wirksame Auseinandersetzung mit der Erkrankung, sodass eine schnellere Entlastung auch bei der Familie zu Stande kommt.

¹⁶² vgl. Dörr/Schrapppe 2012, S. 109

Literaturverzeichnis

Alle, Friederike: Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. 2. Aufl. Freiburg 2012.

Dörr, Margret/Schrappé, Andreas: „Bin ich hier eigentlich richtig bei Ihnen?“ Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern. In: Gahleitner, Silke, B/Homfeldt Hans Günther (Hrsg.): Kinder und Jugendliche mit speziellen Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste. Weinheim u.a. 2012. S. 97-115.

Hechler, Oliver: Hilfen zur Erziehung. Einführung in die außerschulische Erziehungshilfe. Stuttgart 2011.

Hobmair, Hermann (Hrsg.): Psychologie. 4Auflage. Troisdorf 2008.

Hoffmann-Richter, Ulrike/Finzen, Asmus: Die häufigsten psychischen Krankheiten. In: Bundesverband der Angehöriger psychisch Kranker e.V. (Hrsg.). Mit psychisch kranken leben. Bonn 2008, S. 29-52.

Hundesalz, Andreas: Die Erziehungs- und Familienberatung. Definition, Geschichte und Rahmenbedingungen. In: Zander, Britta/Knorr, Michael (Hrsg.): Systemische Erziehungs- und Familienpraxis. Göttingen 2003, S. 15-30.

Hundesalz, Andreas: Erziehungs- und Familienberatung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band2: Ansätze, Methoden und Felder. 2. Aufl. Tübingen 2007. S. 977-987.

Jasz, Jasmin: Dein anderes Ich. Kinder psychisch kranker Eltern. Hamburg 2012.

Kanfer, Frederick, H/Schmelzer, Dieter: Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance. Heidelberg 2001.

Lenz, Albert: Basiswissen. Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Köln 2012.

Mattejat, Fritz/Remschmidt, Helmut: Kleine Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. In: Mattejat, Fritz/Remschmidt, Helmut: Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen 1994. S. 1-26.

Mertens, Birgit/Pankofer, Sabine: Kindesmisshandlung. Körperliche Gewalt in der Familie. Paderborn 2011.

Nestmann, Frank / Engel, Frank / Sickendiek, Ursel: Ist „Zwangsberatung“ noch Beratung? In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band2: Ansätze, Methoden und Felder. 2. Aufl. Tübingen 2007. S. 599-607.

Rauchfleisch, Udo: Arbeit im psychosozialen Arbeitsfeld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen 2001.

Schädle-Deininger, Hilde: Fachpflege Psychiatrie. München 2006.

Schone, Reinhold/Wagenblass, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Aufl. Weinheim u.a. 2010.

Sickendiek, Ursel/Engel, Frank/Nestmann, Frank: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Weinheim 2008.

Steden, Hans-Peter: Die Begleitung psychisch gestörter Menschen. Eine Einführung in die Psychiatrie und Psychopathologie. Freiburg 2003.

Verbraucherzentrale: Psychotherapie. Angebote sinnvoll nutzen. 3. Auflage. Düsseldorf 2010.

Von Kardorff, Ernst: Sozialpsychiatrische Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band2: Ansätze, Methoden und Felder. 2. Aufl. Tübingen 2007. S. 1097-1110.

Wagenblass, Sabine: Kinder psychisch kranker Eltern. In: Schone, Reinhold/Tenhaken Wolfgang (Hrsg.): Kinderschutz in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe. Weinheim u.a. 2012, S. 202-226.

Weber, Iris: Gestörte Eltern – gestörte Jugendhilfe?. Interaktion im Helfer-Klient-System mit Blick auf die professionellen Helfer. Weinheim u.a. 2012.

Internetquellen

Wilde, Frank: Soziale Arbeit mit Verrückten. Im Spannungsfeld von Psychiatrie und Antipsychiatrie. **URL:** <http://www.irrenoffensive.de/Frank/04psychiatrie.htm> [Stand 17.06.2013]

URL1: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/11_NL_PsychischeErkrankungen.pdf [06.05.2013]

URL2: http://www.verhaltenswissenschaft.de/Psychologie/Psychische_Storungen/psychische_storungen.html [08.05.2013]

URL3: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm> [08.05.2013]

URL4: <http://lexikon.stangl.eu/2405/depersonalisation/> [11.05.2013]

URL5: <http://www.bmg.bund.de/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html> [10.05.2013]

URL6: <http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/psychische-erkrankungen/basiswissen.html#c3066> [11.05.2013]

URL7: <http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung.html> [12.05.2013]

URL8: http://www.dag-shg.de/site/fachverband/projekte/shg_psychisch_kranke/ [Stand 10.06.2013]

URL9: <http://www.bdp-verband.org/bdp/archiv/fach-beruf-leitsaetze.pdf> [Stand 24.04.2013]

URL10:<http://bidok.uibk.ac.at/library/woldrich-beratung.html> [Stand 24.04.2013]

URL11:http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung4/dokumentationzurfachtagung/ag4_sozialpaedagogische_familienhilfe.pdf[04.06.2013]

URL12:<http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/spfh/4-Sozialpaedagogische-familienhilfe-als-unterstuetzungsangebot-an-familien-in-unterversorgungslagen/4-1-welche-familien-werden-unterstuetzt-.html> [Stand 04.06.2013]

URL13:http://www.jugendhilfewaldffb.de/unsere_jugendhilfeeinrichtungen_4096.html?psid=c3e50fd4dad34aed4888ade62088c92f [Stand 04.06.2013]

URL14:http://www.lwl.org/psychiatrieverbund-download/pdf/Wenn_die_Psyche_Hilfe_sucht.pdf [Stand 10.06.2013]

URL15: http://www.lpk-rlp.de/web/fuer_patienten_informationen_ueber_psychotherapie.php4#wie_sieht_ambulante [Stand 12.06.2013]

URL16: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/befindlichkeit.htm> [Stand 19.06.2013]

URL17:http://universal_lexikon.deacademic.com/28143/Rigidit%C3%A4t [Stand 19.06.2013]

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Bachelorarbeit, selbstständig und nur unter Benutzung des angegebenen Quellenverzeichnisses, verfasst zu haben.

Die direkten und indirekten Stellen habe ich als solche kenntlich gemacht.

Datum, Ort

Unterschrift