



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

Leben
LERNEN 
Klett-Cotta

Zu diesem Buch

»Etwas ist seltsam bei uns, aber ich kann nicht genau sagen, was«, so beschreiben sowohl Eltern als auch Kinder häufig die Beziehungsqualität, die vorherrscht, wenn ein oder beide Elternteile an einer psychischen Störung leiden. Oft entwickeln dann auch die Kinder dieser Familien eine krankheitswertige Symptomatik. Das Buch geht auf alle relevanten Störungsformen ein und beleuchtet in Praxisbeispielen sowohl die Sicht der Eltern als auch die der Kinder und Jugendlichen auf den familiären Alltag. Konsequent anwendungsbezogen zeigen die Autor*innen, wie die therapeutische Arbeit ein tieferes Verständnis der Familienmitglieder füreinander fördert und damit das Zusammenleben und die Lebensqualität aller verbessert. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Themen der transgenerationalen Weitergabe von Belastungen. Schließlich möchte das Buch auch dafür sensibilisieren, dass gerade im System Familie die Zusammenarbeit mit anderen Helfersystemen zum Erfolg führen kann.

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Alle Bücher aus der Reihe »Leben Lernen« finden Sie unter:
www.klett-cotta.de/lebenlernen

Christian Stadler, Andrea Meents

Verstörende Beziehungen

Psychische Erkrankungen in Familien

Klett-Cotta

Leben Lernen 325

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden

unter Verwendung einer Abbildung von © iStock/eli_asenova

Gesetzt von Eberl & Kœsel Studio GmbH, Altusried-Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-89263-5

E-Book: ISBN 978-3-608-11691-5

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20525-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Inhalt

Vorwort	9
1 Einleitung	13
2 Störung und psychische Krankheit in Familien	23
2.1 Abhängigkeit und substanzgebundene Sucht	23
2.2 Strukturelle oder Persönlichkeitsstörungen	38
2.3 Depression	52
2.4 Schizophrenie	61
2.5 Angst	74
2.6 Posttraumatische Belastungsstörung	83
3 Kindliche Entwicklung, Bedürfnisse und Bindung und ihr Einfluss auf Verhalten und Gefühle	94
3.1 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	94
3.2 Risikofaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern	95
3.3 Normale Entwicklung über die Lebensspanne: Was verstehen wir darunter?	98
3.4 Bindungserfahrungen und ihre Bedeutung für die Lebensspanne	117
3.5 Das konsistenztheoretische Modell: Grundbedürfnisse des Menschen	127
3.6 Abnorme psychosoziale Einflüsse in der Eltern-Kind-Beziehung als Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen beim Kind	129
4 Internalisierende Störungen von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern	137
4.1 Einleitung: Internalisierende und externalisierende Störungen	137

4.2	Internalisierende Störungen von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern	138
4.3	Depressive Störungen	139
4.4	Emotionale Störung des Kindesalters und Enuresis nocturna	158
5	Externalisierende Störungen von Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern	177
5.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	177
5.2	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	197
5.3	Schlussbetrachtung über psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit psychisch kranken Eltern	211
6	Dysfunktionale Eltern-Kind-Beziehungen	214
6.1	Beziehungsqualität, Interaktion und Affektregulation ..	216
6.2	Vernachlässigung und Mängelerfahrung	220
6.3	Emotionaler und körperlicher Missbrauch	222
6.4	Parentifizierung	225
6.5	Mangelnde haltgebende Funktion von Eltern	227
6.6	Mangelndes Erziehungsverhalten der Eltern	228
7	Hilfen und Maßnahmen für Familienmitglieder	230
7.1	Stationäre Einrichtungen	232
7.2	Tageskliniken	235
7.3	Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Familien	235
7.4	Beratungsstellen für psychische Gesundheit	236
7.5	Beratungsstellen für Trennung, Scheidung und Familienmediation	237
7.6	Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung und zum Kinderschutz	238
7.7	Praxen für Psychiatrie und Pädiatrie	243
7.8	Ambulante Psychotherapie	244
7.9	Selbsthilfegruppen	247
7.10	Angehörigengruppen	247

8 Die Mehrgenerationenperspektive auf Familien-dynamiken mit psychisch kranken Angehörigen	248
9 Resilienter Verarbeitungsstil: Mit der inneren Widerstandskraft den Anforderungen des Lebens entgegentreten	258
9.1 Was ist Resilienz?	259
9.2 Resiliente Kinder und Jugendliche: Schutzfaktoren	260
9.3 Förderung von Resilienz durch Eltern, Lehrer*innen und Erzieher*innen	262
10 Hilfeangebote	266
10.1 Hilfe für Betroffene	266
10.2 Bücher und Filme	267
Literatur	271

Vorwort

Wer therapeutisch mit Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern sowie den ganzen Familien arbeitet, weiß, dass die wenigsten Störungsbilder, die innerhalb von Familien auftreten, ohne einen Blick auf die häufig komplexen familiendynamischen Zusammenhänge verstanden werden können.

Familiäre Verflechtungen können sowohl Ursache auftretender Symptome als auch aufrechterhaltende Faktoren sein. Sie können Wirkort der hauptsächlichen Symptombelastung bei Kindern und Jugendlichen und zugleich Ressource zur Überwindung noch unbewältigter Entwicklungsaufgaben sein. Sie machen den Kontext verstehtbar, in den eine psychische Erkrankung eingebettet ist, und sie sind in vielen Fällen der Schlüssel zur Auflösung der Symptomatik. Eine erfolgreiche Therapie gelingt bei Kindern und Jugendlichen selten ohne eine intensive Eltern- und Familienarbeit. Bei den Eltern stößt man wiederum nicht selten auf weitere psychische Belastungen auf Eltern- oder Geschwisterebene, die wiederum verwoben sind mit solchen darüber liegender Generationen.

Gerade frühe Bindungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen und deren Fähigkeit, die Gefühle und Bedürfnisse des Säuglings oder Kleinkinds feinfühlig wahrzunehmen, zu halten, zurückzuspiegeln und v.a. angemessen auf sie einzugehen, haben aus dem heutigen entwicklungspsychologischen Verständnis heraus einen eklatanten Einfluss auf die gesamte weitere Entwicklung eines Kindes. Der Umgang von Eltern mit Entwicklungsaufgaben, insbesondere Ablösungsprozessen (z.B. Trennungssituationen bei Kindergarten- und Schulbesuch), trägt wesentlich dazu bei, ob es Kindern – auch noch im Erwachsenenalter – gelingt, diese zu meistern. Die physische und psychische Anwesenheit von beiden Elternteilen

spielt in der Regel eine tragende Rolle. Insbesondere physisch abwesende Väter haben in den vergangenen Jahrzehnten eine zentrale Rolle in vielen Familienkonstellationen eingenommen. Und auch eigene psychische Belastungen von Elternteilen, welche diese daran hindern können, für ihre Kinder emotional erreichbar zu sein und in unterstützender und wertschätzender Weise Anteil an ihrer Entwicklung zu nehmen, spielen im therapeutischen Alltag mit belasteten Kindern und Jugendlichen immer wieder eine bedeutsame Rolle.

Die Interaktion der Kinder mit den Eltern ist es, die es ihnen ermöglicht, grundlegende Fähigkeiten in den Bereichen Bindungsverhalten, Emotionsregulation, Impulssteuerung und soziale Kommunikation zu entwickeln. Die hier gelernten Muster können als Schablone für späteres Verhalten in anderen sozialen Kontexten (Kindergarten, Schule, Freundschaften) verstanden werden und sich letztlich dort als problematisch erweisen.

Insbesondere die in den letzten Jahrzehnten zunehmend besser verstandene transgenerationale Weitergabe von Bindungsverhalten sowie der Umgang mit Konflikten und familieneigenen Themen (z.B. Traumatisierungen oder psychischen Erkrankungen in der Familie) lässt erahnen, wie hartnäckig sich familiäre Muster über Generationen hinweg halten und wie therapeutische Lösungsversuche an diesen unsichtbaren übergeordneten Themen scheitern können.

Dieses Buch gibt auf besondere Art und Weise Einblick in alle diese bedeutsamen Dimensionen der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, Eltern sowie den gesamten Familien. Es beschreibt praxisnah und zugleich theoretisch fundiert, feinfühlig und detailliert anhand von zahlreichen Beispielen, welche Auswirkungen familiäre Bindungs-, Affektregulations- und Kommunikationsmuster, insbesondere im Kontext psychischer Erkrankungen der Eltern, auf die Symptomatik und den Therapieerfolg in der Arbeit mit Patient*innen in der Kindergeneration haben. Und es zeigt auf, wie fein verwoben die einzelnen Ebenen miteinander sind und wie ihre Einbeziehung zu einem nachhaltigen therapeutischen Gelingen beitragen kann. Das Buch will nicht anklagen oder beschuldigen, sondern auf die Komplexität und Interdependenz familialer Systeme

beim Thema psychischer Erkrankung aufmerksam machen. Es will sensibilisieren und Impulse geben statt mit dem Finger auf Familienmitglieder zu zeigen. Denn: unter der Situation leiden alle.

*Jana Escher
Wiesbaden, im Juni 2021*

KAPITEL 1

Einleitung

»Etwas ist seltsam mit unserer Familie, aber ich kann nicht genau sagen, was ...« So beschreiben sowohl Eltern als auch Kinder häufig die Beziehungsqualität, die vorherrscht, wenn ein oder beide Elternteile an einer psychischen Erkrankung oder Störung leiden. Es entsteht häufig eine lebenslange Bindung von beiden Seiten, die sich aber meist nicht gut anfühlt und kaum regulieren, geschweige denn angemessen weiterentwickeln oder lösen lässt. Betroffene Kinder fühlen sich ihren Eltern(teilen) verpflichtet, können sich nicht gut abgrenzen und erleben sich auch noch im Erwachsenenalter defizitär, weil sie aus einer dysfunktionalen Familie stammen. Betroffene Elternteile werden neben ihren psychischen Schwierigkeiten oder Störungen durch Scham- und Schuldgefühle umgetrieben, können aus Angst meist schwer Hilfe für ihre Familie und Kinder annehmen und lassen ihre Kinder selbst im Erwachsenenalter nicht gerne ihrer Wege ziehen. Aus diesen und anderen Gründen treten betroffene Familien erst dann mit dem Helfersystem in Kontakt, wenn die Not schon sehr groß ist und es zum Beispiel um Fremdunterbringung von Kindern geht. Auch die Angehörigen Elternteile erleben sich zwischen den Stühlen, verhalten sich zum Teil co-abhängig und versuchen, die Defizite des betroffenen Elternteils zu kompensieren, im ungünstigen Fall wenden sie sich vom »Problem« ab. Die bekannte US-amerikanische Familienserie *Taras Welten* (2009) gibt einen Einblick in die täglichen Kämpfe, die eine Familie mit einer Mutter, die an einer dissoziativen Identitätsstörung leidet, zu durchlaufen hat. Manchmal gelingt ein offener, situationsadäquater und sogar humorvoller Umgang, manchmal ist die Belastung für das Gesamtsystem enorm hoch.

Das ökologische Modell von Bronfenbrenner (1981) zeigt, wie eine psychische Störung in einen Gesamtkontext eingebettet ist (Abbildung 1). Danach müssen die Auswirkungen von Störungen und Erkrankungen eines oder beider Elternteile immer eingebettet in einen Gesamtkontext betrachtet werden.

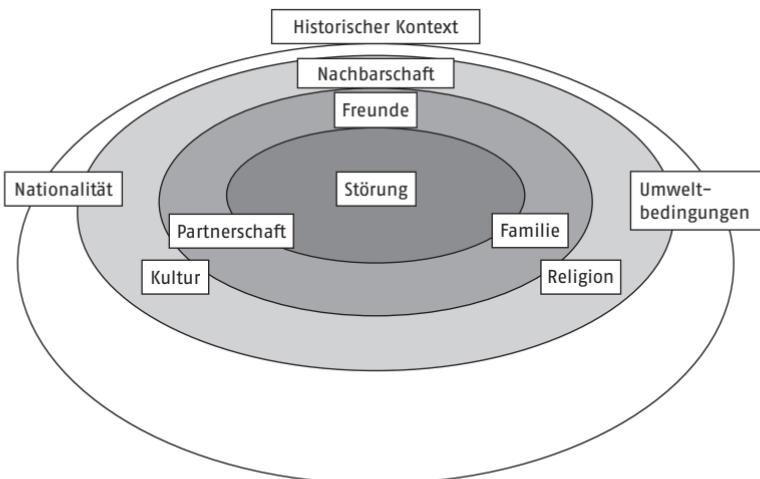


Abbildung 1: Störungen im ökologischen Kontext (nach Bronfenbrenner 1981)

Wir wollen in diesem Buch aus dem ökologischen Modell einen Ausschnitt herausgreifen, nämlich die Frage, welchen Einfluss eine psychische Störung innerhalb des Systems Mehrgenerationenfamilie auf das System der Gegenwartsfamilie und besonders auf die Kinder

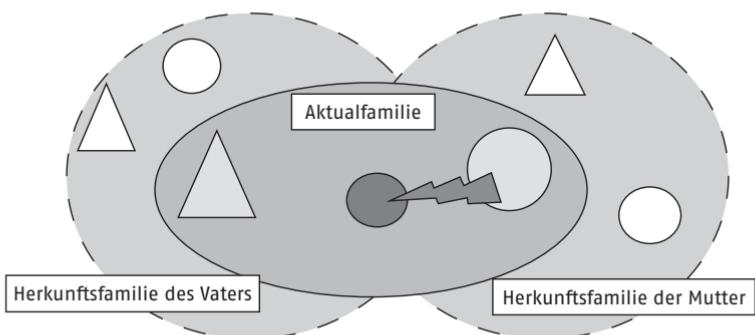


Abbildung 2: Störung, Familie und Mehrgenerationenperspektive

ausübt (Abbildung 2). Dies kann selbstverständlich nicht pauschal beschrieben werden, sondern ist abhängig von den jeweiligen Störungen und auch von den Persönlichkeitsmerkmalen der betroffenen Menschen sowie von deren Netzwerken, Netzwerkqualitäten und Ressourcen.

In der klinischen familienpsychologischen Literatur werden vier Risikofaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern in Familien genannt (Bodenmann 2016, S. 25):

- psychische Störungen der Eltern,
- elterliche Sensitivität,
- elterliches Erziehungsverhalten,
- Partnerschaftsstörungen.

All diese Faktoren haben einen Einfluss auf die gesunde Entwicklung der Kinder, manche direkt, andere indirekt. Alle sind aber streng genommen nicht voneinander zu trennen, sie beeinflussen sich jeweils wechselseitig. Bodenmann (2016) zeigt dies beispielsweise für den Zusammenhang von Partnerschaft und Wohlbefinden beziehungsweise psychischer Störung. Liegen deutliche Partnerschaftsstörungen vor, haben sie einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden der Kinder.

Partnerschaftsstörungen können zu mangelnder Sensitivität der Eltern führen, aber sie beeinflussen in aller Regel auch das Erziehungsverhalten. Kinder, die Zeugen elterlicher Auseinandersetzungen geworden sind, können durch diese Situationen direkt traumatisiert werden. Indirekt sind die Kinder betroffen, da eine bidirektionale Wechselwirkung von Partnerschaftsqualität und psychischer Störung vorliegt.

Auch das Konzept der »We-Disease« (Kayser et al. 2007) betont den Aspekt, dass eine schwere Krankheit oder psychische Störung eines Partners einen deutlichen Einfluss auf beide PartnerInnen hat (Interdependenz). Es liegt nahe, den Begriff der We-Disease auf das gesamte Familiensystem auszuweiten; eine psychische Störung eines Elternteils hat einen Einfluss auf alle in der Familie, nicht nur auf das Elternpaar. Dabei geht es nicht um Schuldzuweisungen, son-

dern vielmehr darum, ein Verständnis für die »zirkuläre Kausalität« (von Schlippe & Schweitzer 2007, S.90) zu erzeugen. Das Modell geht davon aus, dass Teile eines Systems wechselseitig aufeinander einwirken.

Allgemein gibt es zahlreiche Stressoren für die psychische Stabilität und Gesundheit von Kindern. Dazu gehören:

- Umzüge,
- schwere Störung oder Erkrankung eines Elternteils oder beider Eltern (somatisch und psychisch),
- Tod eines Elternteils,
- Behinderung eines Elternteils,
- Arbeitslosigkeit eines Elternteils,
- Inhaftierung eines Elternteils,
- Migration eines Elternteils.

Innerhalb der Familien wirken sich nicht nur Störungen auf die Kinder aus, dort werden selbstverständlich auch viele Ressourcen erworben.

Das Thema negativen elterlichen Einflusses auf die psychische Stabilität und Gesundheit der Kinder kam auf, als psychisch auffällige oder kranke Kinder und deren familiäre Lebenssituationen untersucht wurden. Bevor die »Familienbrille« aufgesetzt wurde, gerieten in der Denktradition der frühen Freud'schen Psychoanalyse vor allem die Mütter in den Blick, denen eine Schuld an den Störungen ihrer Kinder zugewiesen wurde. Die *schizophrenogene Mutter* (Fromm-Reichmann 1948; s. Kapitel 2) befreite die psychischen Erkrankungen, vor allem die Schizophrenie, zwar aus den deterministischen Fesseln der Biologie und der Unbehandelbarkeit, aber sie stand noch ganz in der Tradition der Suche nach Schuldigen.

Winnicott's Ansatz der *good enough mother* (2002) nahm zwar etwas Druck von den Schultern der Mütter, blieb aber immer noch auf sie als zentrale Personen fixiert. Die Mütter mussten nun nicht mehr perfekt sein, damit ihre Kinder gut gediehen, sondern nur noch gut genug. Auch die aus der frühen systemischen Familien-

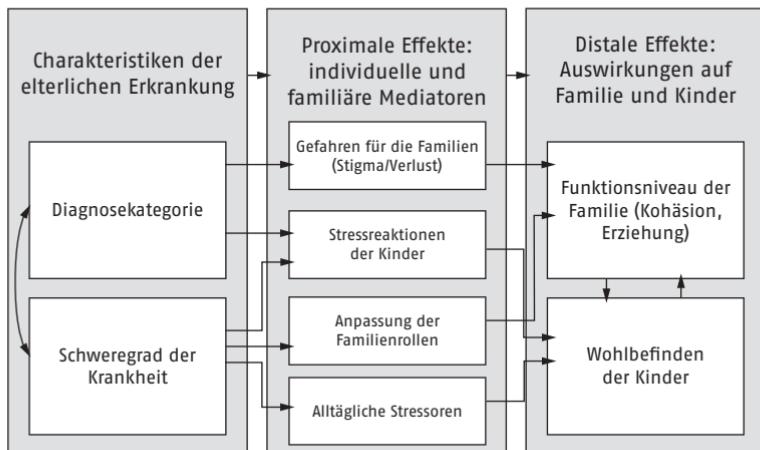


Abbildung 3: Familienökologisches Modell (Pedersen und Revenson 2005, S.405)

psychologie abgeleitete *Double-Bind-Hypothese*¹ (Bateson et al. 1956) schwächte die psychiatrischen Biologismen; Krankheit wurde verstehbar und blieb nicht länger nur genetisches Schicksal, die Verantwortung aber wurde den Eltern, und auch hier besonders den Müttern, zugewiesen. Wird in einer Familie falsch kommuniziert, wird das Kind krank. Ein logischer weiterer Schritt war die Sicht auf das Kind als »Indexpatient« aus der Systemtheorie: Nicht das Kind ist krank, sondern das System Familie, aber das Kind zeigt dem System seine Schwachstelle. Mittlerweile haben sich sowohl das bio-psycho-soziale Modell als auch ein Modell der wechselseitigen Interdependenzen durchgesetzt.

Pedersen und Revenson haben mit ihrem familienökologischen Modell (2005) die Zusammenhänge in einem Schaubild verdeutlicht (Abbildung 3).

Erst seit der zusätzlichen Einbeziehung der transgenerationalen Perspektive (siehe Kapitel 8) hat auch die Schuldfrage etwas an Dynamik verloren, und seit dank feministischer Impulse auch die Väter als relevante Elternteile wahrgenommen werden und ihre

¹ Die Double-Bind-Hypothese besagt, dass zwei sich widersprechende Botschaften einer Person zum gleichen Sachverhalt Menschen psychisch krank machen können.

Familienrollen einnehmen, wird deutlich, dass bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung alle leiden und betroffen sind und daher Hilfe brauchen. Es ist nun in einem umfassenden Sinne eine We-Disease-Thematik geworden.

Wir wollen zunächst einen Blick auf einige Zahlen werfen, die den Zusammenhang elterlicher und kindlicher Störungen betreffen (vgl. Bodenmann 2016, S. 85–101). In Deutschland leben rund drei Millionen Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil zusammen, häufig sind jedoch beide Elternteile beeinträchtigt. Blickt man auf die erwachsenen Patient*innen in Behandlung, so stellt man fest, dass zwischen 12 und 30 Prozent Eltern minderjähriger Kinder sind (Grube & Dorn 2007), circa ein Drittel der Kinder leben mit ihren belasteten Eltern zusammen in einem Haushalt (Lenz 2005).

Zwischen 8 und 14 Prozent der Kinder mit psychiatrischen Diagnosen haben Eltern mit einer psychischen Diagnose (Schone & Wagenblass 2002; Pederson & Revenson 2005). Bei Kindern von psychotischen Eltern finden sich häufig psychopathologische Symptome (Mattejat 1998). Unterhalb der Schwelle psychischer Erkrankungen oder Störungen der Kinder gibt es einen negativen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen der Eltern (Sucht, Schizophrenie, affektive, somatoforme, Persönlichkeits- und Belastungsstörungen) und der Lebensqualität der Kinder, ihrem Wohlbefinden und der familiären und schulischen Performance (Wiegand-Grefe et al. 2010).

Eine diagnostizierte psychische Störung eines Elternteils oder beider Eltern ist statistisch gesehen ein großer Risikofaktor für psychische Störungen bei ihren Kindern. Das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln, liegt bei den Kindern um das Drei- bis Vierfache höher als in der Normalbevölkerung.

Dabei muss unterschieden werden zwischen einem *allgemeinen* und einem *spezifischen* Erkrankungsrisiko der Kinder psychisch kranker Eltern (Plass & Wiegand-Grefe 2012). Das allgemeine Risiko besagt, dass die Belastung zu einer Störung bei den Kindern führen kann, das spezifische, dass bei den Kindern dieselben Störungen auftreten wie bei dem erkrankten Elternteil.

Ein Beispiel für ein spezifisches Erkrankungsrisiko liefert Mattejat (1998). Er unterscheidet die Lebenszeitprävalenz einer schizophre-nen Erkrankung der Kinder von einem Prozent bei psychisch gesun-den Eltern zu 10 bis 15 Prozent bei einem schizophren erkrankten Elternteil, zu 40 Prozent Wahrscheinlichkeit, wenn beide Eltern an einer psychotischen Erkrankung leiden. Dies ist natürlich nicht alles Biologie, sondern hat mit verschiedenen Faktoren zu tun. Es besteht eine erhöhte Vulnerabilität, es herrscht in der Regel ein anderer Interaktionsstil vor (Stichwort *expressed emotions*²), es bestehen häu-fig zusätzliche soziale Belastungsfaktoren.

Eine psychische Erkrankung eines Elternteils, wie z.B. eine De-pression, kann dazu führen, dass krankheitsbedingt ein geringeres Interesse am Kind besteht, dass die Sensibilität reduziert ist, dass das Erziehungsverhalten inkonsistenter ist oder grundsätzlich harscher oder nachgiebiger und dass geringere Sozial- und Problemlösekom-petenzen bei dem betroffenen Elternteil vorliegen (s. Kapitel 4 und 5).

Wenn eine Mutter unter einer psychischen Erkrankung leidet, fällt dies noch immer für die Kinder stärker ins Gewicht als wenn dies beim Vater der Fall ist. Das liegt daran, dass die Mütter deutlich mehr Zeit mit den Kindern verbringen als die Väter. Daher führen z.B. auch Depressionen der Mütter, auch wenn sie vor der Mutterschaft lagen, eher zu einer Beeinträchtigung der Eltern-Kind-Beziehung (Herr et al. 2007) als wenn die Väter oder Geschwister depressiv sind.

Auch bei den Angsterkrankungen gibt es ein erhöhtes spezifisches Risiko. Eltern von Kindern mit einer Angststörung haben zu 80 Pro-zent selbst auch eine Angststörung (Ginsburg & Schlossberg 2002). Ein anderer Befund sagt, dass Eltern von Kindern mit Angststörun-gen zwei- bis dreimal häufiger selbst Angststörungen haben als bei Kindern ohne diese Diagnose (Hughes et al. 2009). Elterliche Kontrolle kann als Prädiktor für eine Angststörung der Kinder dienen, da für die Kinder keine angemessene Autonomieentwicklung möglich

² Das Expressed-Emotions-Konzept besagt, dass vor allem Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, starke Gefühlsausdrücke nicht angemessen verarbeiten können.

ist. Ängstliche Mütter »zeigen mehr überbehütendes, kontrollierendes Erziehungsverhalten, weniger emotionale Wärme und eine geringere elterliche Sensitivität. Ängstliche Eltern unterstützen zudem die Vermeidungsreaktionen ihrer Kinder und tragen damit zur Chronifizierung der Angststörung des Kindes bei« (Bodenmann 2016, S. 96).

Nicht immer werden die Kinder von psychisch labilen oder kranken Eltern schnell auffällig:

»Das durch die elterliche psychische Störung erhöhte eigene Erkrankungsrisiko der Kinder zeigt sich in allen Altersstufen, besonders ausgeprägt jedoch in der frühen Kindheit und der Pubertät [...], wobei es häufig auch zu Sleeping-Effekten kommen kann.« (Bodenmann 2016, S. 96) Die Störung taucht dann im Erwachsenenalter auf, besonders wenn die Kinder ihrerseits Eltern werden und sich dann ihr inneres emotionales System an die Belastungen der Kindheit erinnert. Wir werden im Kapitel 2 einige dieser Fälle beschreiben.

Zwei Faktoren sind besonders wichtig beim Thema psychische Erkrankung der Eltern und Auswirkungen auf die Kinder: Beziehungsqualität und Krankheitsbewältigung (Mattejat 1998). Die Beziehungsqualität ist unter dem Aspekt zu betrachten, ob sich sowohl das erkrankte Familienmitglied als auch die Angehörigen, dabei besonders natürlich die minderjährigen Kinder, »auf stabile, tragfähige und Sicherheit vermittelnde interpersonelle Beziehungen« (a.a.O., S.70f.) verlassen können. Die Krankheitsbewältigung fokussiert, inwieweit angemessene und ausreichende Möglichkeiten in der Familie vorliegen, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen und, wo nötig, Hilfen zu organisieren. Dies schließt auch psycho-educative Aspekte zum Verständnis und Umgang der psychischen Erkrankung in der Arbeit mit Eltern und Kindern ein.

Naturgemäß haben betroffene Elternteile, angehörige Elternteile und Kinder von betroffenen Elternteilen eine je unterschiedliche Perspektive auf die Situation.

Die Lage wird schlechter, wenn Eltern, Betroffene wie Angehörige, folgendes Verhalten zeigen (Mattejat 1998):

- Über die Krankheit wird nicht gesprochen (Tabuisierung).
- Die Erkrankung wird gänzlich verleugnet³ oder permanent als Grund für alles herangezogen und berücksichtigt.
- Die Eltern leiden dauerhaft im Job und in der Familie unter einer Überforderung.

Betroffene, die sich sozial stark zurückziehen, sei es aus Scham, Schuldgefühlen, Furcht oder krankheitsbedingt, und solche, die sich andererseits sehr an andere bis hin zur kompletten Unselbständigkeit klammern, verschlechtern die Situation in der Familie. Angehörige dagegen tragen zu einer Abwärtsspirale bei, wenn sie entweder emotional negativ überreagieren, die Lage weiter katastrophisieren im Sinne der *expressed emotions* oder wenn sie sich – auf dem Gegenpol- ihrem Schicksal resigniert ergeben oder sich frustriert und enttäuscht zurückziehen.

Probleme, die für angehörige Kinder auftauchen können, sind die folgenden:

- Sie haben das Gefühl oder dürfen nicht über die Erkrankung der Eltern sprechen. Wenn andere davon erfahren, wäre es ein Verrat an der Familie.
- Sie fühlen sich schuldig an der Erkrankung der Eltern, weil sie sich »schlecht« verhalten haben.
- Sie fühlen sich orientierungslos, weil sie den Sachverhalt der Krankheit nicht einschätzen können.
- Sie verlieren den Kontakt zu den Gleichaltrigen, weil sie sich schämen, niemand nach Hause mitbringen dürfen oder wollen.
- Sie leiden unter einem Aufmerksamkeitsdefizit von Seiten der Eltern und Verwandten, da diese absorbiert sind von den Problemen des von der Krankheit betroffenen Elternteils.
- Sie müssen viele zusätzliche Verpflichtungen in der Familie übernehmen und sind damit überlastet.

³ Es ist naheliegend, dass Personen, die von einer paranoiden Schizophrenie oder einer massiven Suchterkrankung betroffen sind, dies qua definitionem in den akuten Phasen tun.

- Sie übernehmen die Eltern- oder Verantwortungsrolle, da die Betroffenen diese nicht ausfüllen können (Parentifizierung).
- Sie erleben, dass sie und ihre Familie von anderen beschämten werden.
- Sie geraten in Loyalitätskonflikte, einerseits zwischen dem betroffenen und dem angehörigen Elternteil, andererseits zwischen der Familie und den externen Personen, vor denen bagatellisiert wird.

Es tauchen nicht alle Probleme bei allen und gleichzeitig und in gleichem Ausmaß auf, es handelt sich vielmehr um ein Erleben, das im Einzelfall eintreten *kann*. Die Störungen in Familien können nicht deterministisch beschrieben werden. Wie oben erwähnt, gibt es ein allgemeines und ein spezifisches Erkrankungsrisiko bei den Kindern. Kinder entwickeln auch andere Verarbeitungsstile, Störungen, die mit den Begriffen internalisierend und externalisierend klassifiziert werden können (siehe Kapitel 4 und 5). Auch kann etwa ein suchtkranker Vater dazu beitragen, dass sein Kind eine depressive Störung entwickelt, oder eine psychosekranke Mutter eine Angsterkrankung bei ihrem Kind triggern. Es können symmetrische Beziehungen in Familiensystemen entstehen (suchtkranker Vater und ein suchtkrankes Kind) oder komplementäre Beziehungen (psychosekranke Mutter und frühereife, parentifiziertes Kind), oder es entstehen Konstellationen, die in ihrer Interdependenz gar nicht auf den ersten Blick erkennbar sind (depressive Großmutter und ängstliche Enkelin). Es sind viele Konstellationen möglich, die einen genauen, mehrere Perspektiven und Aspekte einnehmenden familiendiagnostischen Blick erfordern.

Darüber hinaus wissen wir heute aus der Resilienzforschung (Wickert & Meents 2020), dass selbst schwere familiäre Belastungssituationen nicht notwendigerweise zu Störungen bei den Kindern führen müssen (siehe auch Kapitel 9).

In diesem Buch können wir daher nur einige typische Konstellationen anführen, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben, sondern für das Thema sensibilisieren wollen.

KAPITEL 2

Störung und psychische Krankheit in Familien

In diesem Kapitel werden wir zunächst einige psychische Störungen beschreiben und reflektieren, was die jeweilige Störung für die Eltern- und Familienrolle bedeuten kann. Als Nächstes wird der indirekt betroffene Elternteil, in einigen Fällen auch die Geschwister, in den Fokus genommen, und untersucht, welche Auswirkungen die Störung auf deren Eltern- bzw. Familienrolle haben kann. Es werden die Störungsbilder Abhängigkeitserkrankung, strukturelle oder Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen (hier besonders die Depression), Psychose oder Schizophrenie, die Angsterkrankungen sowie die posttraumatische Belastungsstörung behandelt.

2.1 Abhängigkeit und substanzgebundene Sucht

Abhängigkeits- und Suchterkrankungen haben unterschiedliche Gesichter, je nachdem, ob es sich um substanz- oder nichtsubstanzgebundene Süchte, um legale oder illegale Suchtmittel (Tabelle 1) handelt, und selbstverständlich spielt auch das Ausmaß des Suchtmittelgebrauchs eine große Rolle. Zentral bei allen Suchterkrankungen in Familien ist aber die Tatsache, dass der Suchtmittelkonsum im Rahmen einer Abhängigkeit eine größere Aufmerksamkeit erfährt als die Beziehungen zwischen den Familienangehörigen.

»Von einer Abhängigkeitserkrankung spricht man im klinischen Kontext, wenn *drei* der folgenden *Kriterien* innerhalb *eines Jahres* aufgetreten sind: ein starkes Verlangen (*Craving*) nach einer psychotrop wirksamen Substanz (Alkohol, Nikotin, Drogen, Tabletten etc.), Kontrollverlust bezüglich des Konsums, Toleranzentwicklung für

Tabelle 1: Klassifikation von Suchtmitteln

Sucht und Abhängigkeit	substanzgebunden	nicht substanzgebunden
legal	Alkohol, Nikotin, Medikamente (Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel)	pathologisches Glücksspiel, Kaufsucht, Onlinesucht, Arbeitssucht, Sexsucht, Esssüchte
illegal	Drogen (Cannabis, Ecstasy, Kokain, Heroin, Amphetamine, Crystal Meth)	Verhaltenssüchte mit strafbarem Hintergrund wie z. B. Kinderpornografie

den Wirkstoff (Gewöhnung und Dosissteigerung), Entzugssymptome, Einengung auf den Konsum bei Vernachlässigung anderer Aktivitäten und fortgesetzter Konsum trotz schädlicher Folgen.« (Bender & Stadler 2012, S. 117)

Dies kann übertragen werden auf die nichtsubstanzgebundenen Süchte wie pathologisches Glücksspiel, Online-, Kauf-, Arbeits-, Sport- und Sexsucht. Beinhalten diese Verhaltensweisen einen Kontrollverlust, einen übermäßigen Konsum oder wird das Verhalten fortgesetzt, obwohl daraus psychisch, physisch, existenziell oder sozial massive Probleme auftreten, wird auch hier von Abhängigkeit gesprochen.

In der ICD 10-Klassifikation finden sich die substanzgebundenen Süchte unter F10 bis F19, die Essstörungen unter F50 und das pathologische Glücksspiel unter F63.

Bei den substanzgebundenen Süchten wird jeweils unterschieden zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit.

Wie sich eine chronische Alkoholabhängigkeit eines Elternteils auf ein mittlerweile längst schon erwachsenes Kind auswirken kann, zeigt folgendes Beispiel.

Fallbeispiel eines erwachsenen Sohnes einer chronisch alkoholkranken Mutter

Bernd ist Mitte dreißig und hat zusammen mit seiner Freundin eine zweijährige Tochter, auf die er sich sehr gefreut hat und deren Entwicklung er mit Stolz und Anteilnahme begleitet. Sie unternehmen viel gemeinsam und er ist ein stolzer Vater. Seine

Freundin ist eine empathische und warmherzige Partnerin und Mutter. Es ist ihnen beiden wichtig, dass sie sich gleichberechtigt um ihre Tochter kümmern. Das klappt meist sehr gut, nur abends gibt es ein Problem. Wenn Bernd seine Tochter ins Bett bringt und diese nicht relativ zügig einschläft, bekommt er aus unerklärlichen Gründen massive Wutanfälle. Nach kurzer Zeit verspürt er den Drang laut loszuschreien, dass sie endlich schlafen soll. Er tut dies nicht, aber seine Spannung wächst ins Unermessliche, so dass früher oder später seine Freundin übernimmt. Bernd versteht nicht, was mit ihm los ist.

Er hat einen kreativen, aber stressigen Job, bei dem er viele Termintsachen zu erledigen hat. Aber auch in ruhigeren Phasen seines Arbeitslebens kommt es zu den abendlichen Spannungen.

Bernd ist der Sohn einer chronisch alkoholkranken Mutter, die seit seiner Kindheit mindestens dreimal die Woche total betrunken ist. Auch ihr Vater war Alkoholiker. Bernd selbst trinkt so gut wie keinen Alkohol. Als er einmal mit seiner Mutter über die Einschlafprobleme seiner Tochter spricht, erzählt sie ihm, dass sie ihn als vier Monate alten Säugling alleine in ein Zimmer gestellt und die ganze Nacht habe schreien lassen. Bernd hat auch andere unschöne Erinnerungen an seine Kindheit. Als Kindergartenkind ist er mit seiner Mutter und seinem Stiefvater immer mit einer für ihn seltsamen Clique in einen Bauwagen gegangen. Dort haben alle Unmengen Bier getrunken, sich in seiner Anwesenheit teilweise ausgezogen, »komische Spiele« gespielt und anzügliche Dinge gesprochen. Als er sechs Jahre alt war, sagte seine Mutter auf seine Bitte, abends zuhause zu bleiben: »Nur wegen dir bringe ich mich nicht um!«

Sein Stiefvater war gewalttätig, er hat seine Mutter gewürgt und ihn auch wiederholt geschlagen und malträtiert. Besonders wenn seine Mutter in einer Bar arbeitete und nächtelang nicht nach Hause kam, war sein Stiefvater außer Rand und Band.

Bei seiner Mutter musste Bernd schon als Kind, und auch heute noch, immer »checken«, wie ihre Stimmung ist. Dies hing meist davon ab, ob sie getrunken hatte oder nicht. Bernd wohnt mittlerweile 100 Kilometer von seiner Mutter entfernt. Manchmal

ruft sie ihn betrunken mitten in der Nacht an und will mit ihm reden. Dabei geht es vor allem um ihr Elend, seit sich ihr letzter Freund suizidiert hat. Anderntags kann sie sich an nichts mehr erinnern, hat komplett Blackouts. An ihrem sechzigsten Geburtstag hat sie sich alkoholisiert auf der Straße vor einer Kneipe mit anderen geprügelt.

Für Bernd ist es heute ein Fortschritt, dass er, wenn seine Mutter betrunken am Telefon ist, sagen kann, dass sie am anderen Tag wieder anrufen soll, wenn sie nüchtern ist. Wenn er mit seiner Tochter zu seiner Mutter fährt und diese betrunken ist, fährt er unverrichteter Dinge zurück, da er nicht möchte, dass sie in diesem Zustand Kontakt mit seiner Tochter hat. Wut hat er vor allem auf den Stiefvater, von dem sich die Mutter getrennt hatte, als er 15 Jahre alt war. Gegenüber seiner Mutter spürt er keine wütenden Gefühle, um sie macht er sich Sorgen. Er schwankt zwischen der Idee, dass er sich um sie im Alter kümmern will, dafür brauche sie nichts zurückzulegen, auf der anderen Seite wünscht er sich, sie wäre nicht mehr da. An viele Situationen kann er sich nicht erinnern, und wenn das Gespräch auf die Versäumnisse der Mutter kommt, verteidigt er sie. Auch heute noch lässt er nichts auf sie kommen.

Im Fallbeispiel ist gut zu erkennen, wie Kinder suchtkranker Eltern versuchen, mit der Situation zurechtzukommen.

Besonders wenn die Kinder von klein auf mit suchtkrankem Verhalten zu tun haben, entwickeln sie meist keine Distanz zum dysfunktionalen Familiensystem. Das, was sie erleben, ist die Normalität, die zwar bestimmte Gefühle wie Angst, Traurigkeit und Schuldgefühle auslösen kann, aber es gibt kein Vergleichssystem außerhalb der Familie, das den Kindern verstehbar macht, dass ihr Alltag von der Sucht des kranken Elternteils geprägt ist. Dies ist einer der Gründe, warum Kinder auch noch im Erwachsenenalter das Familiensystem verteidigen. Es ist, was es ist: die Familie. Manchmal wird dies auch von dem betroffenen oder dem angehörigen Elternteil noch festgeschrieben: »Stell dich nicht so an!«, oder als explizite Schweigeaufforderung: »Wenn du das erzählst, glaubt dir eh keiner«,

oder »Willst du, dass das Jugendamt dich ins Heim bringt oder deine Familie in den Dreck zieht?« Meist ist dies jedoch gar nicht nötig, denn Kinder fühlen sich ihrer Familie verpflichtet und sind in jungen Jahren auch existenziell auf sie angewiesen, egal wie schlimm sie sein mag. Dabei spielt sowohl der äußere Aspekt von Versorgung und Lebensgrundlagen des Kindes (Wohnen, Essen, Gesundheit, Kleidung, Bildung, Fürsorgepflichten) als auch der innere, also die innerpsychischen Bedürfnisse (Identität, Zugehörigkeit), eine Rolle. Dahinter steht das Gefühl des psychischen Mangels an Schutz, Gesehenwerden, sich geliebt Fühlen, zurück. Psychodynamisch findet bei den Kindern meist eine Identifikation mit dem Aggressor, also in diesem Fall mit der suchtkranken Person, statt. Das Kind identifiziert sich mit der suchtkranken Elternperson, obwohl sie unter ihr bzw. ihrem Verhalten leidet. Es handelt sich dabei um den Versuch, wenigstens einen kleinen Funken an Verbundenheit mit dem kranken Elternteil und Zugehörigkeit zum Familiensystem aufrechtzuerhalten. Als Kind spürt Bernd den inneren Konflikt zwischen dem Wunsch nach Verbundenheit, Liebe, Beziehung und der Wut, Verärgerung und Frustration, da er in der Beziehung regelmäßig zu wenig bekommt. Im Fallbeispiel zeigt sich dies in der Sorge (siehe Kapitel 6: Parentifizierung) um und in der starken Gebundenheit an seine alkoholkranke Mutter, sowie seiner verdrängten Wut auf diese. Er bewahrt sich die Beziehung zu seiner Mutter, indem er den suchtkranken Teil dissoziiert. Ein prominentes Beispiel ist die Familiensituation des expressionistischen Dichters Georg Trakl (1887–1914). Trakls Mutter war suchtmittel- bzw. medikamentenabhängig, Trakl entwickelte früh ebenfalls eine Suchterkrankung und unterhielt mit seiner vier Jahre jüngeren Schwester ein inzestuöses Geschwisterverhältnis. Beide suizidierten sich im jungen Erwachsenenalter im Abstand von drei Jahren.

Jedoch ist auch, wie im obigen Fallbeispiel beschrieben, die Verdrängung des traumatisierenden Erlebten, wie z.B. die Mutter im Rauschzustand war, typisch für Kinder von Suchtpatient*innen. Erwachsene Kinder suchtkranker Eltern haben häufig wenig bis keine Erinnerungen an die schlimmen Zeiten zuhause. Die Gefühle von Scham, Angst und Ausweglosigkeit, denen sie in der Kindheit

und Jugend durch Vernachlässigung oder schädigendes Verhalten ausgesetzt waren, sind schwer auszuhalten, was den Prozess des Vergessens beschleunigt. Die Vergessensschranke wird dann durchbrochen, wenn im aktuellen Leben ein Trigger oder Auslöser das Verborgene an den Tag bringt, im Beispiel, als der Sohn selbst Vater wird und das Schlafverhalten seiner Tochter ihn emotional aus der Ruhe bringt. Es sind nicht immer eigene Kinder, die das Kindheitsthema aktualisieren, manchmal ist der Trigger eine Situation in einem ganz anderen Kontext, wie das folgende Beispiel zeigt.

Fallbeispiel einer jungen Frau, deren Mutter alkoholkrank war

Anna ist eine hübsche junge Frau Mitte zwanzig, freundlich und zuvorkommend. Sie ist die erwachsene Tochter einer alkoholkranken Mutter. Nach der Trennung der Eltern, Anna war gerade in der Pubertät, wuchs sie zusammen mit ihrer jüngeren Schwester bei der Mutter auf. Die Mutter war häufig stark betrunken, lag dann den ganzen Tag auf der Couch, rauchte und schaute fern bzw. schlief. Sie versuchte wieder einen Partner kennenzulernen, hatte häufig wechselnde Männerbesuche, aber eine neue stabile Partnerschaft erwuchs daraus nicht. Da die beiden Töchter auch in der Schule und bei Nachbarn durch ihr verwahrlostes Äußeres und ihr oppositionelles Verhalten auffielen, war das Jugendamt immer wieder zu Hausbesuchen da. Anna beschreibt, wie sie in diesen Fällen die Mutter schnell geduscht und angezogen, ihr einen Kaffee eingeflößt und sie zum Gespräch an den Tisch gesetzt hat. Sie hat ihre Mutter präsentabel gemacht. Immer wieder ist das Jugendamt unverrichteter Dinge gegangen, die beiden Mädchen blieben bei der Mutter. Anna war in dieser Phase auch auf Partys mit viel Alkohol unterwegs, aber sie passte dennoch auf ihre Mutter und auf ihre jüngere Schwester auf, so gut es ging. Sie lernte früh Verantwortung für andere zu übernehmen. Als Anna 18 Jahre alt ist, nimmt sich die Mutter das Leben. Anna findet sie tot auf der Couch vor, aber sie selbst funktioniert weiter. Anna ist von Beruf Arzthelferin. Als ihre Großmutter dement wird, unterstützt sie den Großvater bei der häuslichen Pflege seiner Frau drei Jahre lang bis zu deren Tod. Am Arbeitsplatz gibt

es immer wieder Probleme, wenn sie mit Chef*innen zu tun hat, die ihre Verantwortung nicht genau nehmen oder fachliche Mängel überspielen. So wechselt sie zweimal die Stelle, bis sie einen freundlichen und engagierten Chef gefunden hat, der ihr viel Eigenverantwortung lässt. Als dessen Frau auch mit in die Praxis einsteigt und sie wegen Nichtigkeiten wiederholt zurechtweist, bekommt Anna Panikattacken und massive Schlafstörungen.

Obwohl die junge Frau aus dem Beispiel traumatisiert ist durch die Alkoholerkrankung ihrer Mutter und zusätzlich durch deren frühen Suizid, kann sie sich durch ihre Verantwortungsrolle stabil halten. Sie ist ein typisches Beispiel für eine parentifizierte Tochter, die, als in der Familie keiner mehr Verantwortung trägt, diese übernimmt und so trotz erschwerter Lebensbedingungen im Alltag funktionieren kann. Klassischerweise reagieren parentifizierte Kinder suchtkranker Eltern aber besonders allergisch auf Inkompotenz und Ungerechtigkeit in Führungspositionen. Sie mussten selbst in ihrer Familie früh lernen, kompetent zu sein, und haben dafür in der Regel einen hohen Preis bezahlt: den Verlust der Kinderrolle und damit ihrer Kindheit. Mit den suchtkranken Eltern konnte diese Rechnung nie beglichen werden, tauchen aber ähnliche Konstellationen im außerfamiliären Leben auf, z.B. in Form einer ungerechten oder fachlich nicht sattelfesten Chefin, wirkt die Übertragung in der Beziehung wie ein emotionaler Brandbeschleuniger. Alles, was an Wut, Trauer und Enttäuschung aufgestaut ist, findet vermeintlich einen sinnvollen Kanal. Diese Beziehungen sind oft schwer zu klären, da beide Seiten beteiligt sind: bei den parentifizierten Kindern liegt so etwas wie eine Allergie vor, aber diese bricht sich erst dadurch Bahn, wenn in der Realbeziehung bei den Chef*innen auch ein Problem vorliegt. Die »Allergie« der Parentifizierten führt dazu, dass sie jede Beziehung, die einer Eltern-Kind-Beziehung auch nur im Entferntesten ähnelt, also mit formaler Autorität zu tun hat, mit feinsten Antennen und Lupen daraufhin überprüfen, ob die hierarchische Beziehung auch gereftertigt ist.