

## **Lindauer Therapiewochen April 2011**

**Vortrag von PD Dr. med. Georg Romer**

**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie  
und -psychosomatik**

### **Kinder kranker Eltern**

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, ich möchte Ihnen zunächst in einer kurzen Übersicht die Gliederung zu meinem Vortrag zeigen und werde nach einer kurzen Vorbemerkung ein bisschen was zur epidemiologischen Bedeutung dieses Themas sagen, einige Fallbeispiele aus der eigenen Praxis referieren und etwas in die theoretischen Sichtweisen des Themas einführen. Dann berichte ich über Besonderheiten von Kindern kranker Eltern, wenn sie uns in der Psychotherapie begegnen, ein bisschen etwas aus der eigenen Forschung und werde am Schluss über präventive Konzepte einen Ausblick geben.

Zunächst möchte ich in einer Vorbemerkung eine allgemeine Beobachtung mit Ihnen teilen.



Zum naiven kindlichen Weltbild gehört die Vorstellung Eltern seien unzerstörbare Wesen. Diese Vorstellung, die dieser Junge auf dem breiten Rückend des Vaters im Schlaf auftanken darf, trägt, so dürfen wir annehmen, nicht unwesentlich zur kindlichen Entwicklung des Urvertrauens bei. Sie trägt uns als inneres Arbeitsmodell von stetiger Verfügbarkeit und Halt durch die Wellen und Klippen unserer Entwicklung. Irgendwann holt die Realität diese naive Grundüberzeugung ein. Das kann, wenn die eigenen Eltern lange gesund sind, recht spät im Leben passieren, und so können wir beobachten, dass auch Erwachsene, die sich mit 50 Jahren oder älter erstmals mit Krankheit, Gebrechlichkeit und Tod der eigenen Eltern konfrontiert sehen, hierauf wie vor den Kopf gestoßen reagieren. Warum? Weil das bislang nicht in Frage gestellte kindliche Weltbild noch in ihnen fortwirkt. Davon was passiert, wenn Eltern durch Krankheit schon im früheren Laufe der kindlichen Entwicklung zerbrechlich oder zerstörbar werden, davon soll in diesem Vortrag die Rede sein.

Zunächst einige Zahlen, wie epidemiologisch bedeutsam dieses Thema ist. Wir wissen im Grunde schon seit den 60iger Jahren - es waren vor allem Isle of Wright-

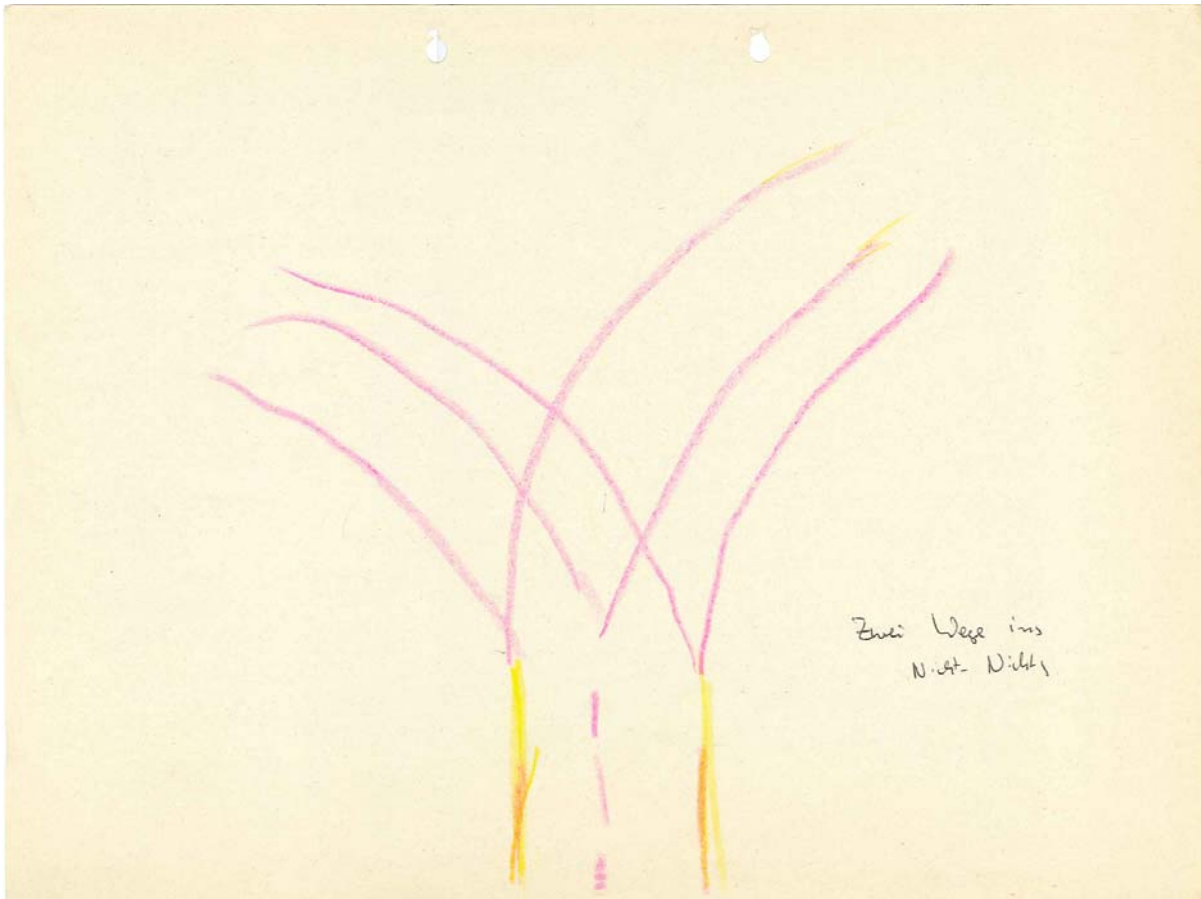
Studien von Michael Rutter in England, - dass das erhöhte Risiko für Kinder kranker Eltern psychisch zu erkranken, erhöht ist. Es handelt sich um eine epidemiologisch belegte Risikogruppe und angesichts dieser langen Zeit in der das bekannt ist überrascht es, dass die Entwicklung von Konzepten gezielter Prävention und auch deren empirische Überprüfung für diese Risikogruppe vergleichsweise noch am Anfang steht. Ausgehend von Berechnungen US-amerikanischer Gesundheitsstatistiken wurde postuliert, dass etwa 5 bis 15 % aller Kinder im Längsschnitt bis zum 18. Lebensjahr von elterlicher körperlicher Erkrankung betroffen sind. Wir haben selbst in Hamburg eine epidemiologische Studie anhand von 2000 repräsentativ ausgewählten Familien gemacht und kamen auf eine Punktprävalenz von 4,1 % aller 4 bis 17-jährigen in Deutschland. Das entspricht etwa einer Zahl von 400.000, die im Augenblick also im Querschnitt einen ernsthaft oder chronisch körperlich kranken Elternteil haben. Die Symptombelastung, also psychische Auffälligkeiten in dieser Gruppe, das haben mehrere Studien gezeigt, ist im Querschnitt auf etwa das Doppelte im Vergleich zur Normpopulation erhöht.

Wie sieht's bei Kindern psychisch kranker Eltern aus? Dort gehen wir, nach aktueller Studienlage, von etwa 3 Millionen betroffener Kinder in Deutschland aus. Hier ist die Forschung was das Erkrankungsrisiko angeht schon etwas weiter, weil man nicht nur im Querschnitt die Symptombelastung gemessen hat, sondern auch im Längsschnitt das Erkrankungsrisiko. Bei Kindern depressiver Eltern gilt, wenn man es diagnoseunspezifisch untersucht, also alle psychischen Störungen, die Kinder entwickeln können hinzunimmt, beispielsweise das psychische Erkrankungsrisiko auf das Drei- bis Siebenfache erhöht. Untersucht wurde dies insbesondere für drei Krankheitsgruppen untersucht, für depressive Eltern, für psychotische Eltern und für persönlichkeitsgestörte Eltern. Für die Gruppe der persönlichkeitsgestörten Eltern gilt das psychische Erkrankungsrisiko für die Kinder am Höchsten.

Ich möchte Ihnen nun einige kurze Fallvignetten vorstellen. Wie stellt sich dieses Thema in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar, in den Krankheitsanamnesen von Patienten, die zu uns in kinder- und jugendlichenpsychiatrische Behandlung kommen.

Ich habe einen Fall ausgewählt, den nenne ich hier Thomas. Er kam im Alter von 13 Jahren zu uns in die Behandlung. Aus der Vorgeschichte wird Folgendes berichtet: seine Mutter war seit seiner Kindergartenzeit an Brustkrebs erkrankt. Die Krebserkrankung nahm einen Verlauf in mehreren Phasen, immer wieder mit Metastasierung und weil die Chemotherapie anschlug, konnte diese metastasierende Erkrankung immer wieder zum Stillstand gebracht werden. Dieser Junge war sehr in die Krankheits- und Behandlungsphasen involviert. Er begleitete die Mutter immer wieder zu Arztbesuchen und erlebte mit, wie die Mutter auch vor seinen Augen zusammenbrach oder Schwindelattacken in Folge von Hirnmetastasen hatte. Rezidive der Mutter fielen unglücklicher Weise auch mit Autonomieschritten wie Einschulung und erste Klassenreise und derlei Dingen zusammen. Der Junge hat das über Jahre erstaunlich stabil und tapfer mitgetragen, aber dann, in der Pubertät mit 13 Jahren, dekompenzierte die Situation. Er entwickelte eine schwere Schulphobie. Interessanter Weise mit Somatisierungssymptomen, also psychogene Schwindelattacken und multiple hypochondrische Beschwerden und das ganze bedurfte einer achtmonatigen tagesklinischen Behandlung. Rückblickend hätte man sich da auch zu einem früheren Zeitpunkt gezielte Verarbeitungshilfen für dieses Kind gewünscht.

Zweiter Fall: ein Junge, ihn nenne ich hier Dennis. Er kam mit acht Jahren zu uns. Bei ihm war in der Vorgeschichte bekannt, dass die Mutter nach seiner Geburt an einer schweren postpartalen Depression litt, mit darauf folgender chronifizierter Depressivität. Der Vater selbst war zwar präsent, aber emotional sehr zurückgezogen und wenig erreichbar. Der Junge entwickelte eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, wohlgernekt ohne Aufmerksamkeitsdefizit. Er hatte eine völlig normale Konzentrationsspanne, aber er agierte seine innere Not und Verzweiflung mit dieser hyperkinetischen Symptomatik aus, als Folge der in der frühen Kindheit erlebten Haltlosigkeit und symbolisierte das in einer Zeichnung, die mich sehr beeindruckt hat, die er selbst betitelte mit dem „Zwei Wege ins Nicht Nichts“.



Es entstand beim Kritzelspiel von Winnicott, wo eine Straße als vorangegangenes Bild entstanden war und die setzten wir dann fort und er zeichnete diese beiden ins Leere endenden Straßen und als ich ihn fragte, was das ist: „Ja, das sind zwei Wege ins Nicht Nichts“ und dann fragte ich ihn: „Was ist, wenn man da entlang fährt?“. Dann sagte er: „Dann fällt man ins Weltall“. Eindrucksvoller kann die innere Repräsentanz von Haltlosigkeit kaum ausgedrückt werden.

Und noch ein Beispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie: ein 14-jähriger Junge, den nenne ich hier Lukas. Bei ihm war bekannt, dass der Vater eine Borderline-Persönlichkeitsstörung hatte, über Jahre die Familie mit seinen impulsiven Agieraktionen terrorisierte. Das führte so weit, dass er seinen eigenen Suizid im Zimmer des Jungen inszenierte, mit einem vorgetäuschten Selbsterhängungsversuch und der gleichen Dinge mehr. Und dieser Junge wurde vorstellig durch parasuizidale Inszenierungen. Interessanter Weise hatte er überhaupt keinen Zugang zum Thema Angst, war völlig affektisoliert, aber agierte die Kontrolle über die Unberechenbarkeit und die Kontrolle über die Angst durch



Aktionen wie, Balancieren auf dem Geländer einer Autobahnbrücke und experimentelle Alkoholexzesse aus, was wir eben verstanden als den Versuch, diese Angst zu kontrollieren.

Wie stellt sich diese Thematik dar, wenn man mit Kindern in Kontakt kommt, die nicht nach Jahren einer solchen Exposition in der Familie psychisch erkranken, sondern die man dann in einer, wie bei uns jetzt seit 10 Jahren existierenden Beratungsstelle „Kinder körperlich kranker Eltern“, als noch psychisch gesunde Kinder in der Belastungssituation in statu nascendi ins Gespräch bekommt.



Das ist jetzt die Zeichnung eines achtjährigen Mädchens, ich nenne sie hier Mona. Die Mutter war auch an Brustkrebs erkrankt, und sie zeichnete dieses Bild und auf

die Frage was das ist, sagte sie: „Ja, das Große da, das bin ich und das kleine Männchen da, das ist meine Angst.“ Und sie konnte an diesem Bild erklären, dass sobald sie, sobald sie das Haus zu Hause betritt, die Angst als ständiger Begleiter für sie da ist. Und was als Ressource wichtig war, in der Schule war sie nicht da. Es gab also nicht belastete Außenbereiche. Dieses Bild eignete sich dann auch hervorragend, auch im Einvernehmen mit dem Kind, in einer nächsten Sitzung mit Mutter und Kind über diese Angst ins Gespräch zu kommen.



Dieses Bild hat ein 12-jähriges Mädchen gezeichnet, die Mutter unheilbar an Krebs erkrankt. Das ist hier die zweite von links, das ist die ganze Familie. Sie selbst ist die dritte von links, rechts ist der Vater, links die große Schwester. Die Mutter trägt einen Turban, weil ihr die Haare ausgefallen sind in Folge der Chemotherapie. Dann kommen diese Denkblasen dazu, und jedes Familienmitglied wird mit dem Gedanken „Ich denk nicht dran“ zitiert. Also alle in der Familie denken sehr wohl dran, wissen, dass man nicht dran denken soll, wissen auch umeinander und bleiben dabei aber im Umgang miteinander sprachlos. Die Überwindung von Sprachlosigkeit ist eines

unserer wichtigsten Ziele, wenn wir diesen Familien eine präventive Beratung als Angebot machen.

Und noch ein letztes Beispiel, auch aus der Erstberatung. Hier eine Jugendliche, ein 15-jähriges Mädchen, der Vater war ganz kurzfristig diagnostiziert mit einem inoperablem Pankreaskarzinom aus vermeintlicher Gesundheit heraus. Ihm hat vorher nie groß etwas gefehlt. Die Eltern berichteten, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zur Tochter bestehe und auf die Nachricht dieser schweren und nicht operablen Erkrankung, habe das Mädchen völlig zurückgezogen reagiert, war nicht mehr ansprechbar und auch beim Besuch im Krankenhaus war eine völlig beklemmende Stille und Vater und Tochter kamen nicht zueinander ins Gespräch. Ich habe das Mädchen dann, über die Eltern übermittlelt, dann zum Erstgespräch eingeladen und dann, nach einer kurzen Kontaktaufnahme, hat sie ihr Herz ausgeschüttet und dann kam dieser Satz: „Wenn ich daran denke, wie oft ich ihm meine Launen und Wutausbrüche zugemutet habe, dann habe ich das Gefühl, dass mir die Zeit irgendwie fehlt, dass ich das gar nicht mehr nachholen kann und ich fühle mich so schuldig, wenn ich mir vorstelle, dass die Zeit miteinander begrenzt ist.“ Ich fand das hier sehr eindrucksvoll, wie der Einbruch des Vaterbildes als unzerstörbar robustes Objekt nicht nur eine Neuorientierung erzwungen hat sondern auch rückblickend eine Umbewertung von Interaktionen zu Hause, im Rahmen von Wutausbrüchen einer normal gesunden Pubertät und auch im Nachhinein dann diese Schuldgefühle entstanden sind.

Wollen wir uns nun ein bisschen den theoretischen Überlegungen wie wir Familiendynamik in diesen Familien, wenn ein Elternteil erkrankt ist, vorstellen. Es gab in den 70er und 80er Jahren sehr viele Familienstudien zum Thema Krebs und in einer Literaturübersicht hat Reinhard Rost als Extrakt die Anpassungsmechanismen zusammengefasst, die Familien entwickeln, um sich an diese besondere Situation zu adaptieren. Zunächst wird das Bindungssystem aktiviert was einen vermehrten Zusammenhalt, also eine Zunahme der Kohäsion führt. Es gibt weniger Kontakt zur Außenwelt, also eine zunehmende Isolation. Mit geringer Flexibilität ist gemeint, dass



Familien dann eher dazu neigen, auf bewährte Strategien zur Problembewältigung zurückzugreifen und weniger ein Klima der Experimentierfreudigkeit herrscht. Konflikte werden in der Tendenz eher vermieden. Man versucht den kranken Elternteil zu schonen und Kinder wachsen vermehrt auch in fürsorgliche Rollenübernahmen den Eltern gegenüber hinein, was wir Parentifizierung nennen. Es ist mir in diesem Zusammenhang sehr wichtig darauf hinzuweisen, dass jeder dieser einzelnen Mechanismen per se adaptiv ist. Das hat nichts mit Pathologie zu tun, aber in der Summe haben sie alle in der Tendenz eins gemeinsam, nämlich, dass die zentrifugalen Kräfte in der Familie also Autonomie, Emanzipations- und Individuationsbewegungen, in der Tendenz erschwert werden und in welchem Maß das zu Blockierungen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen führen kann, ist natürlich in jedem Einzelfall zu prüfen.

Wir müssen uns selbstverständlich die Risikofaktoren, die zur Wirkung kommen vergegenwärtigen und da gibt es eine ganze Reihe von unspezifischen akkumulierenden Risikofaktoren. Zunächst in gleicher Weise bedeutsam für Familien mit psychisch kranken Eltern und körperlich kranken Eltern, die bereits genannte soziale Isolation, also weniger Außenkontakte und die Trennungen zwischen Eltern und Kindern durch Klinikaufenthalte. Dann gibt es eine Reihe auch unspezifischer Risikofaktoren, die bei Familien mit psychisch kranken Eltern erfahrungsgemäß bedeutsamer sind. Familien mit einem psychisch kranken Elternteil haben häufiger familiäre Beziehungsstörungen, es kommt häufiger zu Trennung und Scheidung und damit verbunden auch zum Alleinerziehendenstatus. Wir haben heute Morgen eindrucksvoll von Herrn Franz gehört, welche Bedeutung das für die Entwicklung von Kindern hat und auch finanzielle Probleme und Arbeitslosigkeit spielen gehäuft eine Rolle. All das sind, unabhängig von der psychischen Erkrankung des Elternteils, selbst für sich gesehen, schon bekannte Risikofaktoren. Spezifisch kommt für psychisch kranke Eltern natürlich die genetische Belastung hinzu. Wobei wir wissen, dass die unspezifische Folgebelastung, im Sinne davon, dass beispielsweise Kinder psychotischer Eltern ein erhöhtes Risiko zu haben depressiv zu werden und nicht unbedingt die gleiche Diagnose zu ererben, statistisch gesehen höher ist, als das es die gleiche Diagnose ist, so dass wir davon ausgehen können, dass die psychosoziale Belastung bedeutsamer ist. Kinder psychisch kranker Eltern können sich natürlich in dysfunktionaler Weise mit dem psychisch kranken Elternteil

identifizieren und schlimmsten Falls, wenn eine wahnhaftige Erkrankung eine Rolle spielt, kann es dazu kommen, dass Kinder schon sehr früh in ein Wahnsystem einbezogen werden; von einer psychotischen Mutter beispielsweise dämonisiert werden als kleiner Teufel und sich noch nicht die Ressourcen haben, sich davon entsprechend abzugrenzen. Ferner kommt es selbstverständlich zu ganz spezifischen Auswirkungen bei beiden Gruppen auf die Eltern-Kind-Beziehung und auf die Bindungsqualität, die damit einhergeht, dass dieser Elternteil weniger verfügbar und eben nicht so robust und stabil ist, wie man es sich für die Entwicklung vielleicht wünschen würde.

Hier zunächst ein kleiner Vergleich einiger wichtiger klinischer Aspekte, in denen sich diese Gruppen nach unserer Erfahrung doch unterscheiden. In den klinischen Erfahrungen begegnen uns an zentralen Ängsten bei Kindern psychisch kranker Eltern vornehmlich die Angst, selbst die gleiche Krankheit zu bekommen, selbst verrückt zu werden und eben wie bei dem Jungen mit der depressiven Mutter vorher in der Kinderzeichnung dargestellt, diese Angst selber ins Bodenlose zu stürzen, während bei Kindern körperlich kranker Eltern die Angst vor dem Verlust des Elternteils, also vor dem Tod der Bindungsfigur ganz im Vordergrund steht. Auch bei vermeintlich kompensierten Situationen wie beispielsweise Dialysepflichtigkeit oder Diabetes, taucht in Interviewstudien dieses Thema immer wieder auf und zwar mehr als das Eltern vermuten würden. Kognitive Desorientierung ist auch ein bedeutsames Phänomen, wo man eben auch mit gezielten psychoedukativen Elementen versucht gegenzusteuern. Die Desorientierung bei Kindern psychisch kranker Eltern dreht sich um das Wesen des erkrankten Elternteils. Wie ist der, warum ist die Mama so anders, während es, wenn Kinder desorientiert sind, bei einer körperlich Erkrankung eines Elternteils, um das Wesen der Erkrankung geht. Wie kriegt man so was, kann ich das auch bekommen, wie schlimm ist das? Da geht es auch ganz gezielt um medizinische Aufklärung. Die Rolle des gesunden Elternteils ist sehr bedeutsam. Bei psychisch kranken Eltern geht es insbesondere darum, dysfunktionale Beziehungsmuster auszugleichen und ist gleichzeitig auch ein ganz wichtiger Resilienzfaktor, wenn es eine Elternfigur gibt, die nicht psychisch erkrankt ist, die hier was ausgleichen

kann, ist das ein wichtiger protektiver Faktor. Bei Kindern körperlich kranker Eltern ist der Ausgleich von bedrohter Bindungssicherheit im Vordergrund zu sehen.

Nun komme ich zurück zu dem Gedanken, den ich Ihnen eingangs in der Vorbemerkung eingeführt habe: wie können wir die Robustheit des Elternobjekts uns als Entwicklungslinie vorstellen. In jeder Entwicklungsphase können wir bestimmte Aspekte der Elternfunktion beschreiben, die diese Robustheit ausmachen. Und das will ich einmal kurz im Überblick mit Ihnen durchgehen.

### Die „Robustheit“ des Elternobjekts als Entwicklungslinie



	„Hinreichend gute“ Elternfigur
Säuglingszeit	Immer verfügbar „on demand“, Hilfs-Ich bei affektiver und vegetativer Regulation, Holding, unverwüstlich gegenüber Schreiattacken und Beißimpulsen
Kleinkindalter	Beim Laufenlernen emotionale Auftankbasis „on demand“, nicht gekränkt durch kindliche Autonomieimpulse (Weglaufen), setzt Grenzen, hält Wut- und Trotzanfällen stand
Vorschulalter (ödipal)	hilft Größenselbst („Welteroberungsdrang“) zu symbolisieren, greift Rivalität und Aggression spielerisch auf, ist durch Kampfspiele und magische Fantasien nicht lädierbar
Schulalter (Latenz)	Rollenmodell von Kompetenz und Lebenstüchtigkeit, Lotse durch außerfamiliäre Umwelt, Klarheit und Verlässlichkeit von Rollen und Regeln
Pubertät und Jugend	Reibungsfreundlicher Vertreter der Erwachsenenwelt, hält Entwertungen und Provokationen aus, Klarheit von Haltungen und Positionen

In der Säuglingszeit hat es mit der Verfügbarkeit zu tun, sensitiv und stetig „on demand“, wenn der Säugling eine Halt gebende Person braucht, auch da zu sein für die affektive und vegetative Regulation als Hilfs-Ich zur Verfügung zu stehen, Halt zu geben und insbesondere gegenüber Schreiattacken und Beißimpulsen als Ausdrucksformen der Aggression des Säuglings, komplett unverwüstlich zu sein. Das kann beispielsweise bei einer Mutter mit einer Angststörung und mit einer Depression im Sinne der „ghosts in the nursery“ oder „Gespenster im Kinderzimmer“ wie Selma

Fraiberg dies beschrieben hat, sehr beeinträchtigt sein, wenn es zu verzerrten Beziehungswahrnehmungen kommt und eine Mutter einen schreienden Säugling als kleinen Teufel oder kleinen Tyrannen missversteht, missdeutet, weil sie vielleicht einen extrem schreienden Vater ihrer eigenen Kindheit in ihm wiederauferstehen sieht. Im Kleinkindalter ist wichtig, dass Eltern für das Laufende Kind als emotionale Auftankbasis ebenfalls on demand zur Verfügung stehen. Und da man schön beobachten wie diese Kinder, wenn sie vorübergehend verwirrt oder ängstlich sind, nur eine ganz kurze Kontaktaufnahme brauchen, um sich zu vergewissern, dass die Bindungsfigur da ist und diese dann sofort wieder hinter sich lassen und sich wieder der Exploration zuwenden. Hier ist es wichtig, dass man sich davon nicht kränken lässt. Und selbstverständlich geht es darum, dass Eltern Wut- und Trotzanfällen standhalten und effektiv Grenzen setzen.

Im Vorschulalter braucht das ödipale Kind Eltern, die helfen den Welteroberungsdrang zu symbolisieren. Das beste Beispiel aus der Kinderliteratur ist Pippi Langstrumpf: „Ich mach mir die Welt, wiedewiedewie sie mir gefällt“. Und da gibt es eben all diese Spiele in denen es um Rivalität und Aggression gehen darf und selbstverständlich darf sich dann nicht etwa die Verletzlichkeit von Eltern konkretisieren durch eine körperliche Erkrankung.

In der Latenz geht es um ein klares Rollenmodell von Kompetenz und Lebenstüchtigkeit. Eltern fungieren als Lotsen durch die außerfamiliäre Umwelt, schaffen Klarheit und Verlässlichkeit von Rollen und Regeln und in der Adoleszenz brauchen Jugendliche uns Erwachsene als reibungsfreundliche Vertreter der Erwachsenenwelt, die Entwertungen und Provokationen aushalten und in ihren Haltungen und Positionen klar sind und Reibungsfläche bieten können.

Man kann sich anhand dieses Modells natürlich vorstellen, zu welchen Sollbruchstellen es kommt, wenn Eltern krank sind. Die spezifischen Auswirkungen auf die Elternfunktion entstehen eben zum einen dadurch, dass die Modellfunktion für Vitalität, Kompetenz und Lebenstüchtigkeit durch Krankheit weg brechen kann, dass Eltern eingeschränkt emotional verfügbar sind, auch selber bedürftiger werden, sich an das Kind klammern, bei ihm selber auftanken wollen, selber Stimmungsschwankungen ausgesetzt sind und insgesamt erhöhte Anforderungen an die Eigenständigkeit des Kindes stellen.

Zu welchen Mechanismen kommt es dabei in der Beziehungsdynamik?

- Ein ganz wichtiger Begriff ist der der **Loyalitätsbindung**, die dadurch stark verstärkt werden kann.
- Inge Seiffge-Krenke hat den Begriff der **Ausbruchsschuld** für Jugendliche in Familien mit Diabeteskranken geprägt, den ich hier sehr passend finde.
- **Delegationen** unerledigter Lebensthemen an das Kind: Auch diese können funktional verarbeitet werden. Prominentes Beispiel wäre der frühere britische Premierminister Tony Blair. Als dieser 11 Jahre alt war, erlitt der Vater, der kurz davor war in eine Tory-Regierung als Minister einzutreten, einen Schlaganfall, der ihn völlig aus der Bahn geworfen hat und ihn dazu gezwungen hat, seine politische Karriere zu beenden. Tony Blair hat in einem Zeitungsinterview darüber gesprochen, dass er seine ganze Jugend über erlebt habe, wie der Vater all seinen politischen Ehrgeiz auf ihn übertragen habe und er im Grunde diese Karriere für ihn fortsetzen habe müssen, was er dann auch erfolgreich getan hat. In einer kleinen Abgrenzungsbewegung hat er – wie Sie alle wissen - zumindest das politische Lager gewechselt.
- **Parentifizierung** spielt, wie schon erwähnt, eine große Rolle. Die kennen wir in zwei Formen nämlich als Partnerersatz und in der elterlichen Versorgungsfunktion im Sinne der Rollenumkehr. Und auch hier will ich Ihnen eine künstlerische Darstellung des Themas von dem belgischen Surrealisten Rene Magritte zeigen, die ich sehr eindrucksvoll finde.





Aus der Biografie von Magritte ist bekannt, Susanne Schlüter-Müller hat es im jüngst in einem publizierten Aufsatz zusammengetragen, dass er eine psychotische Mutter hatte, die sich, als er 13 Jahre alt war, suizidierte. Er selbst hat ein von psychischer Erkrankung unbeeinträchtigtes Leben geführt, hat selber Kinder bekommen, also war Zeit seines Lebens diesbezüglich stabil. Es hat in der gängigen kunsthistorischen Literatur zu seinem Werk noch nie jemand einen Zusammenhang hergestellt zu seinen Bildern und dieser Kindheitserfahrung, die sich, glaube ich, für unseren Blick in diesem Bild geradezu aufdrängt. Die Parentifizierung verstehen wir gerne auch per se als etwas belastend Schädliches, wobei bereits Boszermenyi-Nagy und Sparke, die dieses Konzept in die familiendynamische Literatur einführten, darauf hinwiesen, dass es eben zwei Formen gibt: Dass es durchaus eine funktionale adaptive Form der Parentifizierung gibt und diese Unterscheidung scheint mir auch sehr wichtig, weil es bei Kindern kranker Eltern immer zu irgendeiner Form von Parentifizierung kommt und die kann dann funktional sein, wenn es zu umschriebener altersgerechter Verantwortungsübernahme für den kranken Elternteil kommt und das Kind durchgehend erlebt, dass letztlich die Hauptverantwortung für die Fürsorge und auch für die Befindlichkeit des erkrankten Elternteils irgendwo noch im Erwachsenensystem angesiedelt bleibt. Ob das dann der gesunde Elternteil oder auch ein Pflegedienst oder das Umfeld ist, das spielt nicht so sehr die Rolle, aber es muss im Erwachsenensystem eine Hauptverantwortung verankert bleiben. Dann kann das sehr wohl zu einer Akzelerierung sozialer Verantwortlichkeit bei diesen

Kindern führen. Wichtiger Indikator dabei ist beispielsweise, dass eine altersadäquate Freizeitaktivität außerhalb des Hauses noch möglich ist. Hingegen wenn wir sehen, dass das Verantwortungsgefühl für den kranken Elternteil allgegenwärtig und allumfassend ist, wenn das Kind sich teilweise alleinverantwortlich fühlt, eigene Autonomiebedürfnisse nicht mehr als legitim erlebt und als äußerer Indikator altersgerechte Freizeitaktivitäten nicht mehr stattfinden, wir von einer Situation emotionaler Dauerüberforderung ausgehen dürfen.

Ich möchte Ihnen noch ein Beispiel zeigen eines Kindes einer depressiven Mutter, der es im Leben sehr weit gebracht hat, als einer der bedeutendsten Kinderanalytiker: Donald Winnicott, der eine depressive Mutter hatte und dies in Gedichtform mal so niedergeschrieben hat, wie er es selber erlebt hat.

Der Baum

Mutter unterhalb  
weint weit weint  
So kannte ich sie  
einst ausgestreckt auf ihrem Schoß  
Wie jetzt  
auf einem toten Baum  
Lernte ich  
sie zum Lächeln zu bringen  
Ihre Schuld zunichte zu machen  
Sie von ihrem inneren Tod zu heilen  
Sie lebendig zu machen,  
war mein Leben

Ich finde es bemerkenswert, dass Winnicott es war, der das Konzept des „gut genug“ für die Elternfunktion - „the good enough mother“ - in die psychoanalytische Literatur eingeführt hat. Mir ist in diesem Zusammenhang wichtig, Ihnen auch die andere Seite der Erlebnisperspektive, nämlich die einer depressiven Mutter vor Augen zu führen und möchte Ihnen zu diesem Zweck aus einem Interview zitieren, dass wir mit einer

Mutter geführt haben, die ganz aktuell an einer postpartalen Depression leidet und einen vier Monate alten Säugling hat:

„Manchmal komme ich mir vor, als würde ich eher ein Kind verwalten, als so wie es sein soll. Wenn er schreit, dann tröste ich ihn, weil ich es muss, damit er keine Schäden davonträgt, weil er mich als Mutter hat. Manchmal denke ich, ich wünsche ihm nur, dass er glücklich ist, dass jemand da ist, der sich gerne um ihn kümmert und dann denke ich, ich will ihm mich nicht antun. Ich würde ihm wünschen, dass er jemand Anderes von Anfang an gehabt hätte. Es tut mir weh, wenn ich das Gefühl habe er merkt, dass ich das alles nicht mache, weil ich verliebt in ihn bin, sondern weil man es als Mutter machen muss. Ich denke er merkt das generell, er nimmt auf, wie ich mich fühle. Ich denke dann, er ist verunsichert und wahrscheinlich hat er auch Angst, dass ich irgendwann nicht mehr kann und strenge sich dann an, es mir irgendwie recht zu machen. Manchmal denke ich, dass man mir sofort die Lizenz entziehen soll. Meine größte Angst ist, dass er nicht frei sein kann und dass ich ihn fertig mache, kaum dass er auf der Welt ist. Dass er Angst hat, dass ich eines Tages nicht mehr da bin, weil er nicht so ist wie er sein muss, damit ich ihn behalte und wenn ich etwas ändern könnte, dann wäre das, dass ich dies alles nicht aus Pflichtgefühl tue sondern weil ich es in mir fühle. „

Ich denke bei diesen beiden Perspektiven, wenn man sie nebeneinander hält, wird unmittelbar deutlich, dass man beide Beziehungspartner in therapeutische Kontexte einbinden muss. Zur Behandlung solch einer belasteten frühen Bindung reicht es nicht, die Mutter mit einem Antidepressivum zu behandeln, es reicht auch nicht, sie einzeltherapeutisch zu behandeln und es reicht auch nicht, den Säugling in seiner Sozialkompetenz zu unterstützen, sondern es muss alles Hand in Hand gehen.

Ich komme nun zur Frage, wie taucht das Thema, einen kranken Elternteil erlebt zu haben in der Psychotherapie auf, sowohl in der Therapie von Kindern und Jugendlichen, aber ich kann mir genauso gut vorstellen, auch wenn ich kein Erwachsenentherapeut bin, dass wenn Sie Erwachsene in Behandlung haben, die diese Erfahrung in sich tragen, dass es da ganz ähnliche Themen gibt. Aus vielen Fallbesprechungen und Supervisionen haben sich immer wieder einige Themen konstalliert, die ich hier zusammengestellt habe.

- Erstens das Thema **Misstrauen**: In diesem Kontext geht es weniger um das Misstrauen, dass der andere etwas Missbräuchliches oder Grenzüberschreitendes tun könnte sondern, dass die Halt gebende Funktion versagen könnte.
- Daraus resultierend ist auch ein starkes **Kontrollbedürfnis** der Beziehungssituation typisch,
- diese Kinder neigen sehr dazu, **eigene Gefühle und Autonomiewünsche zurückzunehmen**,
- sie tragen einen übermäßigen **Loyalitätsdruck** in sich, der in der therapeutischen Beziehung auftaucht,
- die **Überempathie** und das Bedienen der Bedürftigkeit des Anderen ist ebenfalls typisch. Es kann zum Beispiel in der Kindertherapie sein, dass ein Kind ganz schnell herausfindet wie enthusiastisch der Therapeut reagiert, wenn es immer schön malt, spielt, viel symbolisiert und Material produziert. Doch wenn das Beziehungsthema dabei nicht bemerkt wird, dass dahinter eigentlich die Angst steht, ich verliere den Anderen als jemand, der sich für mich interessiert, wenn ich ihn nicht so beschenke, d.h. wenn der Therapeut nur inhaltlich auf die Symbolisierungsszenen einsteigt, dann wird vielleicht ein wichtiges Beziehungsthema übersehen.
- Auch die **Pseudounabhängigkeit**, „ich brauche eigentlich gar Niemanden“, als Aspekt der Notreifung, taucht immer wieder auf sowie
- eine **diffuse Angst** bei Fehlen eines hinreichend guten internalisierten Anlehnungsobjekts.

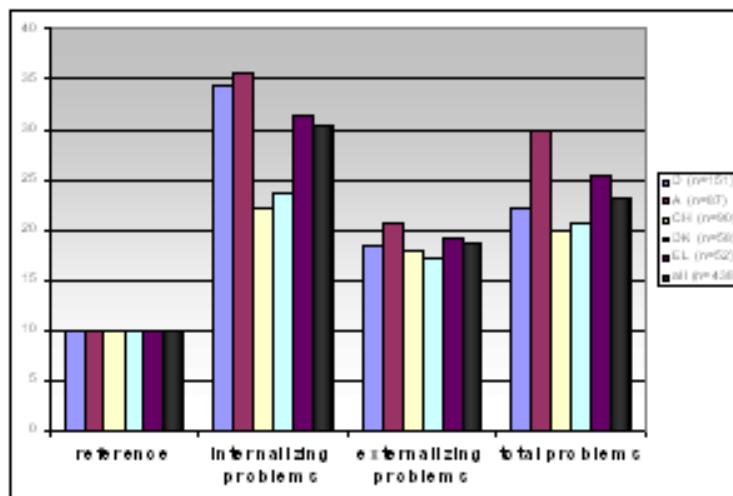
Für die **therapeutische Haltung** bedeutet dies für uns, dass wir ganz besonders auf die Zuverlässigkeit des Rahmens achten und immer wieder explizit aufgreifen müssen, dass Abwehrbemühungen Bewältigungsleistungen sind und dass diese Anpassungsleistungen Honorierung verdienen. Diese Kinder müssen immer wieder auch von uns hören, dass sie in der Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle bestärkt werden. Sie brauchen, wenn sie zaghaft Ambivalenz äußern, eine entsprechende Über-Ich-Entlastung, um auf einen Elternteil - oder auf den Therapeuten in der Übertragung - auch wütend sein zu können. Und sie müssen die Erfahrung machen, dass die therapeutische Zugewandtheit unabhängig davon ist, ob Stunden reichhaltig mit viel Symbolinhalten gefüllt sind. So können mitunter langweilige oder träge

Stunden manchmal viel therapeutischer sein, wenn es gelingt, den zugewandten Kontakt zu halten.

Ich will nun etwas von der klinisch-therapeutischen Seite weg gehen und Ihnen einige Daten berichten, die wir im Rahmen unserer Forschungsarbeiten zum Thema Kinder körperlich kranker Eltern erhoben haben. Wir haben da die Möglichkeit gehabt in einer europaweit angelegten Studie über 400 Familien aus mehreren Ländern zu untersuchen. Es waren alles Kinder körperlich kranker Eltern, schwerpunktmäßig hatten die Eltern entweder Krebs oder Multiple Sklerose.



## Ergebnisse EU-Studie COSIP: Prävalenz psychosozialer Auffälligkeiten



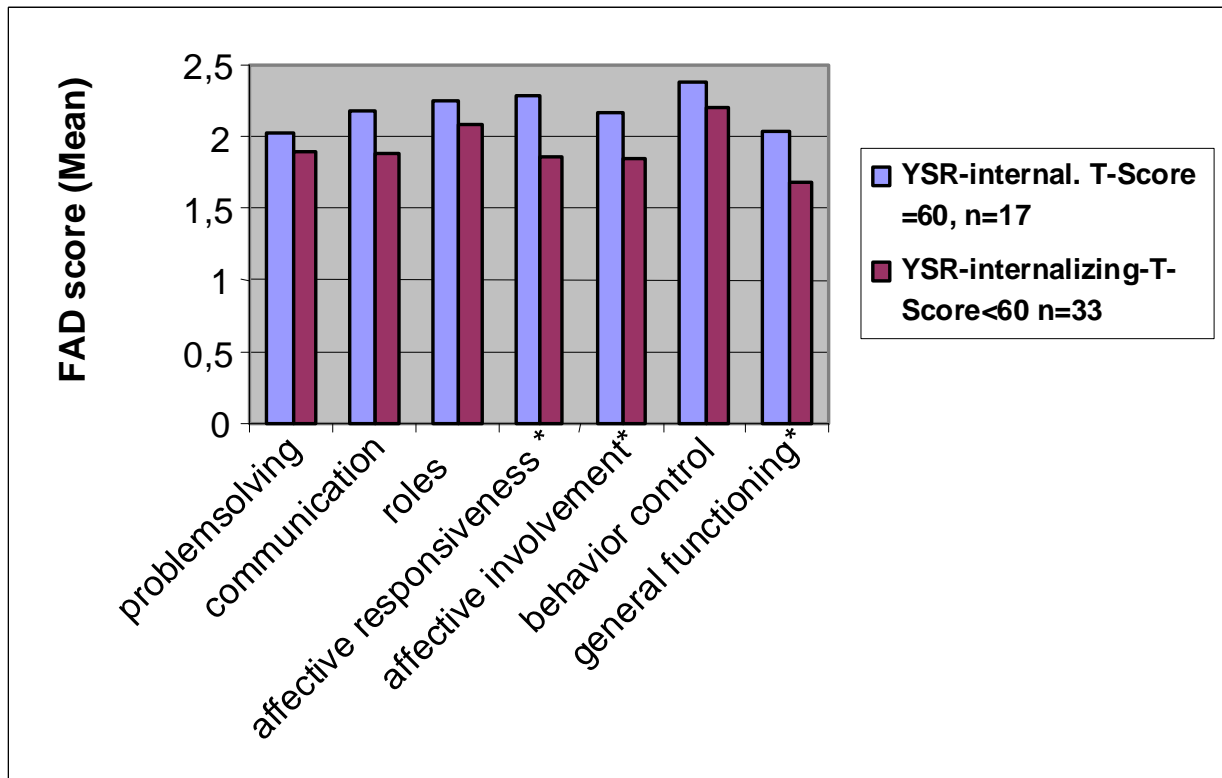
(CBCL n=438; 4-17J)

Romer et al. 2005

Und hier sieht man jetzt diese Grafik. Sie bildet ab, den jeweiligen Prozentsatz der Kinder, die über einem Cut-off liegen bei einem Symptomfragebogen der Child Behavior Checklist. Ganz links die Säule, das ist die die Referenz, wie dieses Instrument geeicht ist: Was man in einer Normpopulation erwartet, ist, dass 10% Auffälligkeiten zeigen und man sieht eben, dass es, wie ich eingangs schon gesagt habe, die Belastung etwas doppelt so hoch ist oder mehr als doppelt so hoch, ganz



rechts die Gesamtauffälligkeiten und dann noch mal in externalisierende, also eher aggressive Verhaltensstörungen und internalisierende Probleme. Es ergibt sich eine ganz klare Tendenz hin zu diesen internalisierenden Problemen. Wenn man sich das näher anschaut sind es zwei Symptomgruppen, die diese Kinder gehäuft zeigen. Zuerst die psychosomatischen Beschwerden, also im Sinne des Somatisierungsmusters und an zweiter Stelle die ängstlich depressive Symptomatik. Das ließ sich relativ stabil replizieren. Wir haben uns dann dafür interessiert, was diskriminiert in diese Richtung. Welche Kinder sind es, die auffällig werden im Vergleich zu denen, die nicht auffällig werden. Und da zeigte sich, dass alles was mit objektiv medizinischen Parametern der elterlichen Erkrankung, also mit dem Stressor per se, zu tun hat; also die Dauer, das staging bei den Krebserkrankungen, das Ausmaß der körperlichen Beeinträchtigungen bei den an Multiple Sklerose erkrankten Eltern und auch die Unterscheidung, ob die Prognose unsicher ist oder infaust ist, z.B. bei den Krebserkrankungen, dass all dies keinen messbaren Einfluss zeigte. Es gab nur eine grobe Unterscheidung, dass die Gesamtgruppe der Kinder krebskranker Eltern, auffälliger war oder häufiger auffällig war als die Gesamtgruppe der Kinder an Multiple Sklerose erkrankter Eltern, was wir darauf zurückgeführt haben, dass das Thema Angst um den Verlust der Bindungsfigur besonders virulent ist, unabhängig von der tatsächlichen Prognose. Aber insgesamt muss man sagen, die medizinische Seite scheint wenig Einfluss darauf zu haben. Aber an relevanten assoziierten Risikofaktoren identifizieren ließen sich zum einen, dass jüngere Kinder vulnerabler sind, dass wenn eine Depression, insbesondere des gesunden Elternteils in der Verarbeitung der Situation dazukommt, es den Kindern schlechter geht und als wichtigster Diskriminator die Dysfunktionalität der familiären Beziehungsgestaltungen. Und da haben wir uns näher angeschaut, was sich genau dahinter verbirgt.



Das ist noch mal eine Grafik. Das ist ein Gruppenvergleich. Die hellblauen Säulen, sind die Jugendlichen über elf Jahre, die über einem Cutt-off liegen und tatsächlich im Bereich der internalisierenden Symptomatik klinisch auffällig sind. Und die weinroten, das sind die, die unauffällig sind, also unterhalb dieses Cutt-offs für internalisiernede Symptombelastung liegen. Und links auf der y-Achse aufgetragen ist das Ausmaß an Dysfunktionalität oder Pathologie in den Familienbeziehungen - je höher desto pathologischer. Man sieht zunächst als allgemeines Ergebnis, dass diese diejenigen mit Symptomen auch auffälligere Familienbeziehungen haben. Aber es gibt ein interessantes Nebenergebnis, es ist nämlich in zwei dieser Unterskalen, des verwendeten Fragebogens, „Family Assessment Device“, signifikant wird, also besonders deutlich. Das sind eben *affektive Responsivität* und *affektive Verstrickung*. Dies sind die beiden Skalen, die mit dem Umgang mit Gefühlen in der Familie zu tun haben. Damit das nicht so abstrakt bleibt, hier einfach ein kurzer Ausschnitt aus den Fragebögen, was es auf Itemebene bedeutete. Also bei dem „affective involvement“: „wenn jemand bei uns ein Problem hat, kümmern sich die Anderen zuviel darum“, „in unserer Familie zeigt man nur dann Interesse füreinander, wenn man einen Nutzen daraus ziehen kann“. Im Grunde sind das die Muster, die wir nach Minuchin aus den verstrickten psychosomatischen Familien kennen, wo es eher um die Unklarheit von Grenzen in der affektiven Beziehungsgestaltung geht. Während es bei der affektiven

Responsivität um das offene Teilen und Austauschen von Gefühlen geht. Das sind die beiden Bereiche, die am meisten Einfluss zu haben scheinen darauf, ob Kinder in einer solchen Situation Symptome entwickeln. Das bedeutet für uns als Kinder- und Jugendlichentherapeuten und Familientherapeuten eine Herausforderung, weil wir haben mit dem, was wir an Interventionen anbieten können, keine Möglichkeit, auf die körperliche Erkrankung der Eltern Einfluss zu nehmen. Das müssen wir den Onkologen und den somatischen Ärzten gänzlich überlassen. Aber darauf, wie in Familien mit Gefühlen umgegangen wird, da können wir möglicher Weise hilfreich etwas für diese Familien anbieten. Und das will ich Ihnen jetzt in den letzten Minuten meines Vortrages illustrieren, wie wir das konkret anstellen in dem Beratungskonzept, das wir hierfür entwickelt haben und das eben präventiv ausgerichtet ist. Es soll nicht darauf gewartet werden, bis Kinder, wie in den typischen Fallbeispielen am Anfang dargestellt, erst im Laufe von Jahren dekompensieren, sondern es sollen in der aktuellen Belastungssituation die Ressourcen im Austausch mit der Familie zwischen Eltern und Kindern gestärkt werden. Eine Erste wichtige Voraussetzung für eine aktive Bewältigung der Situation ist, das wissen wir aus der Psychotraumatologie ganz allgemein, dass Kinder zur Situation kognitiv orientiert sind, dass sie das was sie beobachten, klar zuordnen können, dass die Dinge einen Namen haben und dass sie entsprechend zur Krankheit und ihren Implikationen aufgeklärt werden. In der amerikanischen Literatur gibt es ein Buch zu diesem Thema, das den Titel trägt „Never too young to know“. Das müssen wir oft als Ermutigung in die Elternberatung einfließen lassen, weil oft die Vorstellung da ist, mein Kind ist doch viel zu jung, um zu verstehen, was eine Krebserkrankung bedeutet. Da sind wir in diesem Bereich, zumindest was die landläufigen Konstrukte angeht, etwa 20 Jahre zurück im Vergleich zu dem, wie es Allgemeingut geworden ist, z.B. im Bereich Trennung und Scheidung. Da hatten wir vor 20 / 30 Jahren auch das Phänomen, dass Eltern in dem vermeintlichen Bedürfnis ihre Kinder vor etwas, was sie vermeintlich nicht bewältigen können, zu schützen, ihren elterlichen Paarkonflikt verborgen haben und die Kinder irgendwann aus allen Wolken fielen, wenn der Vater wie aus heiterem Himmel auszieht. Das hat sich mittlerweile nicht nur im professionellen Kontext, sondern auch in der Bevölkerung herumgesprochen, dass man Kindern keinen Gefallen tut, wenn man sie vor diesen Wahrheiten schützt, sondern, dass Information für sie genauso hilfreich ist wie für die

betroffenen Erwachsenen. Und es lässt sich eben auch gut im Gespräch mit diesen Eltern entwickeln.

## Präventive Intervention

### *COSIP-Beratungskonzept*



Hier sehen Sie jetzt in einer grafischen Übersicht die Vorgehensweise. Es handelt sich um eine halbstandardisierte Intervention. In der Erstgesprächsdiagnostik dieser Beratung, die wir eben auch als Praxishandbuch publiziert haben geht es immer separat mit den Eltern im Gespräch zunächst einmal um die Frage, „wie sprechen Sie mit Erwachsenen Ihres Vertrauens, also mit Ihrem Partner mit Ihren besten Freunden über die Situation?“. Und da gibt es dann schon um eine Bandbreite von sehr krankheitsfokussiert bis etwas vermeidend. Und es ist alles, so lange es Ausdruck der erwachsener Bewältigung ist, nicht zu werten, sondern zunächst zu respektieren und anzunehmen. Davon leitet sich dann ab? Was von dem, was die Eltern mit ihren engsten vertrauten Erwachsenen über die Situation besprechen, haben sie bisher mit ihren Kindern besprochen und was vielleicht noch nicht? Welche Gedanken beschäftigen sie dabei, warum sie das mit Ihren Kindern bisher noch nicht besprochen haben? Dies nennen wir hier die Informationspolitik gegenüber dem

Kind. Und dabei lässt sich meistens schon klären, dass es, wenn Kinder von Informationen fern gehalten wurden, es in den seltensten Fällen eine explizite bewusste Entscheidung ist, weil Eltern das den Kindern niemals sagen möchten, sondern es ist schlicht um die Verunsicherung geht: „Ich weiß gar nicht wie ich das anstellen soll, ich möchte irgendwie auf diese Frage vorbereitet werden, wenn mein Kind mich fragt: ‚Mama, kannst Du daran sterben?‘“ und da braucht es eben eine Unterstützung in der Beratung, um das vorzubereiten. Wenn wir das herausgearbeitet haben, laden wir die Kinder auch im Einzelgespräch ein, weil wir erst dann, wenn wir wissen was die Eltern mit dem Kind besprochen haben, das Kind dort abholen können und es fragen können, „Was weißt Du denn über die Erkrankung Deines Vaters, wie hängt das alles zusammen, wer hat Dir das erklärt?“. Und da nehmen wir natürlich auch eine große Diskrepanz wahr zwischen dem, was ein Kind verstanden hat und dem, was die Eltern ihm erzählt haben. Das verwundert nicht sonderlich, weil es auch bei erwachsenen Patienten beschrieben ist, das was beispielsweise Krebspatienten an Information über ihre Krankheit präsent haben, ist nicht Eins zu Eins deckungsgleich mit dem was ihnen der behandelnde Arzt im Aufklärungsgespräch mitgeteilt hat. Es geht immer auch durch einen emotionalen Filter hindurch und deshalb müssen auch Aufklärungsgespräche häufiger wiederholt werden und dann wenn wir darüber mit den Kindern im Gespräch sind, lassen sich natürlich Fragen wie „Worüber machst Du Dir Sorgen, was geht Dir so durch den Kopf?“ gut explorieren. Und wenn wir in diesen getrennten Settings eine Beziehung etabliert haben, in dem alles besprochen werden kann, was Eltern mit dem Kind nicht besprochen haben oder was die Kinder den Eltern nie sagen würden, dann lässt sich in der Regel ganz gut auch ein Auftrag von beiden Seiten erarbeiten, die Familie zusammenzuführen, um miteinander über diese Dinge ins Gespräch zu kommen. Das Ganze ist in drei bis acht supportiven Sitzungen in vier bis sechs Monaten angelegt und die Settings sind dann im Einzelfall anzupassen. Das Ganze richtet sich auch klar an Zielen aus, die die einzelnen Subsysteme betreffen, als das Erreichen einer offeneren Kommunikation innerhalb der Familie oder die Reduktion altersunangemessener Parentifizierung bezogen auf die Eltern, dass sie sich insgesamt im Umgang mit dem Kind sicherer fühlen, was wir Stützung des elterlichen Kompetenzerleben nennen und beispielsweise bei den Kindern eben die bessere kognitive Orientierung, wie schon erwähnt. Oder das Gefühl mit eigenen Bedürfnissen und Gefühlen in einer Weise umzugehen, dass sie nicht mehr als



illegitim erlebt werden. Es werden niemals in einer solchen Kurzintervention alle diese 10 Ziele verfolgt oder erreicht, sondern es ist eine Auswahl im Sinne einer Fokussierung wo wir nach Erstgesprächen dann im Einzelfall sagen, im Sinne von Fokalthherapie „first things first“, was steht bei dieser Familie im Vordergrund, wie wählen wir das Setting aus, dass wir in zwei, drei, vier Sitzung etwas erreichen, was in der Familie einen Umgang mit der Situation in Gang bringt, der die Ressourcen wieder besser nutzen lässt.

Der Vollständigkeit halber möchte ich erwähnen, dass bei uns im Hause von einer parallelen Arbeitsgruppe, geleitet von meiner Kollegin Silke Wiegand-Grefe ein ganz ähnliches, für den Spezialbedarf Kinder psychisch kranker Eltern, entwickeltes Konzept entwickelt wurde. Das heißt CHIMPS, children of mentally ill parents, das mittlerweile auch als Manual publiziert ist. Und da sehen Sie eben auch, dass es Sinn macht, zunächst diese vertrauensgeschützten Einzelgespräche zu führen mit der Eltern- und Kindzeit und das dann hinterher in Eltern- und Kindgesprächen zusammenzuführen.

Und wir kümmern uns, wie ich schon erwähnt habe, auch um die ganz Kleinen, jedoch würde das den Vortrag sprengen das ausführlicher darzustellen, deswegen habe ich nur dieses eine Bild mitgebracht. Wir haben auch in Hamburg eine Spezialambulanz und Tagesklinik für psychisch kranke Mütter mit ihren Babys mit dem Schwerpunkt postpartale Depression, wo wir beide Beziehungspartner als Patienten behandeln. Die Mütter sind in Behandlung und werden auch über die Krankenkassen abgerechnet und die Säuglinge sind bei uns auch Patienten mit einer beginnenden reaktiven Bindungsstörung. Da können wir in diesem sowohl Angebote zu machen, die die sozialen Kompetenzen dieser Kinder unterstützen, den Müttern innere Räume geben über ihre Belastung eine Unterstützung zu erfahren und eben auch in der direkten interaktionsbezogenen videogestützten Mutter-Baby-Therapie, die Sequenzen zu fokussieren, in denen Interaktionen gelingen. Diese können wir den Müttern wieder vorzuführen, um ihnen auch ein Gefühl zu geben, dass in ihnen sehr wohl auch eine hinreichend gute Mutter steckt. Und hier ist eben die Sitzung aus der Gruppenmusiktherapie mit den Müttern und Babys, woran sie auch einen großen Spaß haben.

Damit komme ich auch zum Ende mit einem Fazit, dass ich zunächst für die allgemeine Medizin wie folgt formulieren möchte, mit zwei ganz banal klingenden Sätzen: „Krankheit ist eine Familienangelegenheit.“ und „Kinder sind Angehörige.“ Das klingt so selbstverständlich, aber die Versorgungssituation in Krankenhäusern und in unserem medizinischen Versorgungswesen ist noch nicht dort angekommen, das wirklich als Anspruch einzulösen. Um das einzulösen bedarf es aus meiner Sicht zwei Perspektivenerweiterungen innerhalb des Systems. Das eine auf die Formel gebracht „from the patient to the parent perspective“, d.h. erwachsene Patienten mit Kindern sollten als Eltern gesehen und angesprochen werden und das zweite „from the family system to the child perspective“, d.h. in bestehenden Konzepten der systemischen Familienmedizin geht es darum, die subjektive Erlebnisperspektive von Kindern und Jugendlichen vermehrt zu integrieren. Und für die Psychotherapie geht es aus meiner Sicht darum, sich zu vergegenwärtigen, dass kranke Eltern und ihre Kinder, bei der Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben sehr spezifische Anpassungsleistungen zu vollbringen haben. Nicht zu vergessen, dass es in vielen Familien auch unter Entfaltung besonderer Stärken gelingt, dass aber sehr wohl die Früherkennung von Belastungskonstellationen und ggf. niedrigschwellige Frühintervention vorrangige Aufgaben präventiv indizierter Psychotherapie sind und da wir hier in Bayern sind möchte ich darauf hinweisen, dass Bayern das erste Bundesland ist, in dem die Kassenärztliche Vereinigung ein Modellprojekt gestartet hat mit dem Inhalt, dass wenn ein Elternteil schwer erkrankt ist, approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bis zu acht Sitzungen präventiver Eltern-Kindberatung zum Umgang mit der Erkrankung, abrechnen können, ohne dass das Kind eine Diagnose hat. Es bleibt zu wünschen, dass dieses Modell auch andernorts Schule macht. Und zuletzt: Jeder Einbruch im Elternbild, wonach Eltern robuste und unverwüstliche Wesen seien, bedeutet sowohl auf Eltern- als auch auf Kindseite eine zu leistende Trauerarbeit.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!