

Hochschule: Hochschule Magdeburg-Stendal

Fachbereich: Angewandte Humanwissenschaften

Studiengang: Angewandte Kindheitswissenschaften

Bachelor of Arts (B.A.) Angewandte Kindheitswissenschaften



Bachelorarbeit

„Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“

Erstbetreuer: Prof. Dr. Raimund Geene

Zweitbetreuer: M.Sc. Public Health Tobias Wenzel

Vorgelegt von: Kerrin Hornschuch
Schillerstr. 34, 99096 Erfurt

Matrikelnr.: 20092528

Tel.nr.: 0162/7596349

E-Mail: kerrinh87@gmail.com

Abgabe-Datum: 05.09.2013

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
1.) Einleitung	5
2.) Einführung in die psychischen Störungen.....	8
2.1) Definition psychische Störungen	8
2.2) Epidemiologie und Prävalenz	8
2.2.1) Prävalenz psychisch Kranker in der Bevölkerung	9
2.2.2) Prävalenz von Elternschaft bei psychisch Kranken.....	11
2.2.3) Prävalenz von Kindern mit psychisch kranken Eltern	12
2.3) Symptome psychischer Störungen.....	14
3.) Forschungsstudien	20
3.1) High-Risk-Forschung	20
3.2) Genetische Forschung.....	22
3.3) Resilienzforschung	23
3.4) Vulnerabilitätsforschung	24
4.) Einfluss auf die kindliche Entwicklung.....	27
4.1) Definition Kindheitsbegriff.....	27
4.2) Rahmenbedingungen für die gesunde kindliche Entwicklung.....	30
4.2.1) Soziale Lage	31
4.2.2) Familiensituation.....	31
4.2.3) Wohnsituation und Umweltbedingungen.....	33
4.3) Mögliche Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung von Kindern.....	33
4.4) Psychische Gesundheit von Kindern in Deutschland	34
5.) Lebenssituation der Kinder von psychisch kranken Eltern	36
5.1) Subjektive Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern	36
5.1.1) Elterliche Erkrankung.....	36
5.1.2) Wissen der Kinder über die Krankheit der Eltern	38
5.1.3) Tabuisierung, Isolierung und Kommunikationsverbot	38
5.1.4) Auswirkung auf das Familienleben	40
5.1.5) Gefühle und Gedanken der Kinder.....	42
5.1.6) Zusammenfassung Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung von den Kindern ..	43

5.2) Bewältigungsstrategien der Kinder psychisch kranker Eltern	44
5.2.1) Resilienz.....	44
5.2.2) Coping	46
5.2.3) Aktivierung sozialer Ressourcen der Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familie.....	47
6.) Präventionsprojekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland.....	51
6.1) Präventionsprojekt KIPKEL.....	51
6.2) Modelprojekt AURYN	56
6.3) Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern	59
7.) Zusammenfassung mit Ausblick	62
8.) Kindheitswissenschaftliche Relevanz	64
9.) Literaturverzeichnis.....	65
10.) Abbildungsverzeichnis.....	67
11.) Erklärung.....	68

Vorwort

„Wir sind doch nicht normal!“ und „Warum gerade meine Familie?“. Diese Aussagen haben meinen Alltag begleitet. Jeden einzelnen Tag war Hoffen angesagt, Hoffen, dass man nach Hause kommt und es Papa nicht so schlecht geht. Hoffen, dass er sich nichts angetan hat und hoffen, dass er einen Tag verbringt mit wenig Selbstzweifeln und wenig Tränen. Hoffnung gab ich ihm jeden Tag nach der Schule. Ich nahm eine neue Rolle ein, die der Vertrauens- und Bezugsperson. An erster Stelle standen nicht meine Hausaufgaben, sondern das Reden und vor allem das Gutzureden meinem Vater gegenüber.

Mein Vater! War er das überhaupt noch? Ich kannte diese Person nicht. Es war schwer einen Menschen am Boden zu sehen, der eigentlich der stärkste Mann für mich als Kind war. Mein Vater der Beschützer, der Starke und das Familienoberhaupt, der der alles kann und alle möglichen Menschen und Leute kennt und für seine Familie da ist. Der Vater, der auf Konzerte ging und eine große Leidenschaft zur Musik und dem Reisen hegte. Mein Vater hatte sich aber in einen zerbrechlichen, traurigen und ängstlichen Menschen verwandelt, der keine Kraft geben konnte, sich zurückzog, menschencheu wurde und absolut keinen Tatendrang mehr entwickeln konnte. Die Krankheit regierte jahrelang über unsere Familie. Doch mein Vater hatte in dieser Zeit eine Familie. Eine Familie, die zu ihm gehalten hat und ihm jeden Tag aufs Neue Kraft und Stärke entgegenbrachte. Mit Hilfe der professionellen Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik, in welcher mein Vater in Behandlung war, haben auch wir als Familie und Kinder erfahren, wie man mit der Krankheit umgehen kann und sollte. Zusammen haben wir dann gekämpft und ich kann heute sagen, dass ich mit der Krankheit meines Vaters leben und umgehen kann. Ich kann offen sagen, dass ich ein Kind von einem psychisch kranken Elternteil bin.

Ich möchte mich in diesem Sinne bei meinen Eltern bedanken, weil sie immer für mich da sind und mich in allen Lebenssituationen begleiten und unterstützen. Aber vor allem dafür, dass sie mir gezeigt haben, dass die Familie und der Zusammenhalt viele Wunden heilen kann. Weiterhin möchte ich mich vielmals bei Prof. Dr. Raimund Geene und Tobias Wenzel bedanken, die sich meiner Betreuung für die vorliegende Arbeit annahmen, mir Raum für die Entfaltung meiner eigenen Kreativität gaben, viel Geduld bei der Themenfindung hatten und mir mit Tipps und Ratschlägen zur Seite standen.

Mein letzter Dank gilt Viktoria Herget und Anne Badel, die sich als Korrekturleserinnen zur Verfügung stellten und mir mit viel Geduld und Verständnis Ratschläge zur Verbesserung entgegenbrachten.

Ich hoffe, dass die Leser- und Leserinnen in der vorliegenden Arbeit Wissenswertes über die Kinder psychisch kranker Eltern erfahren werden und Anreize zur Prävention gegeben werden können.

Kerrin Hornschuch

1.) Einleitung

Selbst Kind eines psychisch kranken Vaters zu sein und als Angehörige in Situationen und Geschehnisse eingebunden, welche oftmals unerträglich sind, haben mich dazu gebracht meine Bachelorarbeit über psychisch kranke Eltern und ihre Kinder zu schreiben. Weiterhin beschäftigte ich mich während meines Praktikums in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem mit den Kindern, welche ebenfalls Eltern mit psychischen Erkrankungen hatten. Ich war auch so ein Kind gewesen und wollte immer mehr über dieses Thema erfahren und Kinder kennenlernen, die dasselbe Schicksal hatten wie ich. Ich war jedoch eine junge Frau und lebte nun mein eigenes Leben, getrennt von meinem Vater. Die Kinder, die ich in meiner Praktikumszeit kennenlernen durfte, waren noch Kinder, welche hilflos gegenüber der elterlichen Situation waren. In diesem Zusammenhang stellte sich für mich die Frage, was die Auswirkungen einer elterlichen psychischen Erkrankung seien und wie die Kinder damit umgehen können. Wie bewältigen die Kinder eine solche Krankheit oder resignieren sie irgendwann und was passiert dann? Bekommen die Kinder überhaupt Aufmerksamkeit oder ist der Fokus nur auf die Eltern und die Krankheit gerichtet?

Im Zuge meines eigenen biografischen Hintergrundes, der eigenen tiefgründigen Erfahrung bezüglich psychisch kranker Eltern und der Arbeit mit Kindern von psychisch kranken Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bin ich fest dazu entschlossen meine Bachelorarbeit über diese Thematik zu schreiben.

Nach Schätzung von Mattejat im Jahre 2008 wird konservativ behauptet, dass ungefähr 3 Millionen Kinder im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung erleben (vgl. Mattejat 2008). Die Dunkelziffer liegt meines Erachtens nach noch höher, da bezüglich dieses Phänomens noch großes Schweigen seitens der Familie und den Kindern selbst herrscht. Die Tabuisierung und auch der soziale Status sind Grund, weshalb sich viele Familien nicht helfen lassen oder nicht helfen lassen können. Die Kinder resignieren an den Folgen und haben oftmals nur wenige Chancen professionelle Hilfeleistungen in Anspruch zu nehmen. Auch der Fakt, dass psychische Störungen erblich übertragen werden können, führt dazu, dass es insgesamt noch mehr Kinder gibt, die eine psychische Störung aufzeigen.

In diesem Sinne widme ich mich in dieser Arbeit der konkreten Fragestellung, ob Kinder psychisch kranker Eltern stärker gefährdet sind eine psychische Erkrankung zu entwickeln, als Kinder nicht erkrankter Eltern. Ziel der Bachelorarbeit soll sein, über das problematische Thema psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder aufzuklären und Fakten sowie Bedingungen

darzustellen, welche die Entstehung einer psychischen Erkrankung bei Kindern durch ihre psychisch kranken Eltern begünstigen. Weiterhin wird auch über die Bewältigungsstrategien und Ressourcen der Kinder bezüglich der Erkrankung der Eltern aufgeklärt und welche Hilfenmaßnahmen in Anspruch genommen werden können. Allgemein soll die Aufmerksamkeit auf die Kinder der psychisch kranken Eltern gelenkt werden, da in dieser Richtung noch viel erarbeitet werden sollte.

Die fachliche Verortung findet in der klinischen Psychologie, der Psychiatrie und der Persönlichkeitspsychologie sowie den Gesundheitswissenschaften und den Angewandten Kindheitswissenschaften selbst statt.

Um die Fragestellung bearbeiten zu können, wurde die dazu vorhandene Literatur zum Thema „Psychisch kranke Eltern“ gesichtet und wichtige Erkenntnisse herausgearbeitet. Festgestellt wurde dabei, dass sich zwar zahlreiche Literatur finden lässt, jedoch viele Angaben und Studien diesbezüglich auf quantitativen Inhalt beruhen und eine Vielzahl der Literatur nicht auf aktuellem Stand ist. Es werden verschiedene Erkenntnisse und Ergebnisse dargestellt, miteinander verglichen und diskutiert, um einen möglichst breiten Überblick über das Themengebiet zu erhalten. Die vorliegende Arbeit basiert auf der reinen Literaturrecherche im Zusammenhang mit verschiedenen Auswertungen von Statistiken.

Zunächst wird ein allgemeiner Überblick über die psychischen Störungen gegeben. Das heißt es wird definiert, was man unter einer psychischen Störung versteht. Daran anknüpfend wird übergeleitet zu den Prävalenzdaten. Hier wird explizit auf die Allgemeinbevölkerung, auf die Elternschaft bei psychisch Kranken und auf die Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil eingegangen und statistische Daten reflektierend betrachtet. Resultierend daraus werden die am häufigsten auftretenden psychischen Störungen nochmals genauer symptomatisch betrachtet und vorgestellt. Im dritten Punkt wird der aktuelle Stand der High-Risk-Forschung, der Resilienzforschung, der genetischen Forschung und der Vulnerabilitätsforschung dargestellt. Um einen genauen Überblick zu erhalten, was man eigentlich unter Kind versteht, wurde der Kindheitsbegriff definiert und die verschiedenen Entwicklungsstadien aufgezeigt, um dann wiederum sagen zu können, was ein Kind für Bedingungen benötigt, um gesund aufwachsen zu können. Hierbei werden auch verschiedene Einflussfaktoren aufgezeigt, die die psychische Entwicklung der Kinder beeinflussen können. Im Anschluss daran wird Bezug auf die allgemeine psychische Gesundheit von Kindern in Deutschland genommen um dann zu den Risiken überzugehen, welche von den psychisch kranken Eltern ausgehen und auf die Kinder einwirken. Im Punkt 5.1) werden die subjektiven Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern aufgezeigt und somit die unmittelbare Betroffenheit der

Kinder beschrieben. Anschließend findet eine Erläuterung der Bewältigungsstrategien der Kinder statt, indem auf die Resilienz, auf das Coping und die sozialen Ressourcen eingegangen wird. Der letzte Punkt wird von verschiedenen Präventionsprojekten eingenommen, welche zumeist von Kindern und deren Eltern in Anspruch genommen werden. Die Präventionsprojekte werden detailliert vorgestellt. Bei der Auswahl dieser Projekte war von großer Wichtigkeit, dass gemeinsam mit Eltern und Kind gearbeitet wird. Am Ende der Arbeit wird die Kindheitswissenschaftliche Relevanz bezüglich „Psychisch kranker Eltern und ihre Kinder“ betrachtet.

Hinzuweisen sei noch darauf, dass die Begriffe psychische Störung und psychische Erkrankung/Krankheit in dieser Arbeit als Synonym verwendet werden. Der Begriff psychische Störung ist der aktuellere Begriff, welcher auch in den neuen psychiatrischen Klassifikationssystemen verwendet wird. Der Begriff psychische Erkrankung ist ätiologisch vorbelastet und wird aktuell nicht mehr so oft verwendet (vgl. Häcker & Stapf 2004).

Weiterhin wird darauf verwiesen, dass keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommenen Aussagen als solche gekennzeichnet wurden.

2.) Einführung in die psychischen Störungen

2.1) Definition psychische Störungen

Psychische Störungen stellen Beeinträchtigungen des Lebens dar. Diese Beeinträchtigungen finden im Bereich der Emotionen, des Verhaltens oder in den Denkprozessen der Menschen statt und führen zu einem persönlichen Leidensdruck oder blockieren die Menschen in ihrem Tun und ihrer Zielerlangung (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008).

Psychische Störungen sind alle Störungen, die psychische Symptome wie Angst, Erregungszustände, Zwanghaftes Verhalten, Wahn usw. aufweisen. Die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV tragen zu der Diagnostizierung von psychischen Störungen bei und dienen der weltweiten Vereinheitlichung der Beschreibung und Interpretation psychischer Störungen (vgl. Lexikon der Psychologie 2000.& vgl. Häcker & Stapf 2004).

Wie viele Menschen an einer psychischen Störung leiden, zeigen epidemiologische Daten, welche im nächsten Abschnitt genauer betrachtet werden sollen.

2.2) Epidemiologie und Prävalenz

Die Epidemiologie [gr.: epidemios] erforscht vornehmlich mit sozialstatistischen Methoden die räumlich-zeitliche Verteilung von ansteckenden (z.B. Seuchen) und nicht-ansteckenden (auch psychischen) Krankheiten und ihren physischen, sozialen und verhaltensbedingten Entstehungs- und Ausbreitungsbedingungen (vgl. Häcker & Stapf 2004).

„Mit Prävalenz [lat.: praevalere: vorherrschen] wird die Häufigkeit des Vorkommens einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Population zu bestimmter Zeit in bestimmten Raum bezeichnet“ (Häcker & Stapf 2004: S. 256).

In den weiteren Ausführungen wird Bezug auf die Prävalenz psychisch kranker Menschen in der Bevölkerung genommen und ein expliziter Zugang zu den Prävalenzdaten von psychisch kranken Eltern und der Prävalenz von Kindern psychisch kranker Eltern dargestellt.

2.2.1) Prävalenz psychisch Kranker in der Bevölkerung

Betrachtet man sich den Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 fällt auf, dass ein Zusatzsurvey mit ersten Prävalenzbefunden zu psychischen Störungen in der Bundesrepublik Deutschland existiert. Zahlreiche Recherchen bezüglich verlässlicher Prävalenzzahlen von psychisch kranken Menschen in der Bevölkerung scheiterten. Aus diesem Grund sei auf den Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 bzw. auf den darin enthaltenen Zusatzsurvey zu Psychischen Störungen verwiesen (Wittchen et al. 1999).

Die Ergebnisse dieses Zusatzsurveys sollen in der unten aufgeführten Tabelle dargestellt und interpretiert werden.

Tab. 3 Prävalenz von psychischen Störungen in der Bundesrepublik in den letzten 4 Wochen nach Alter und Geschlecht

DSM-IV Störung	Alter	Männer			Frauen			Frauen vs. Männer	
		Nw	%w	95% KI ²	Nw	%w	95% KI ²	OR ¹	95% KI ²
affektive	Gesamt	100	4,75	(3,82 – 5,89)	163	7,82	(6,71 – 9,10)	1,69*	(1,27 – 2,24)
	18–35	32	4,08	(2,71 – 6,10)	43	5,57	(4,11 – 7,50)	1,39*	(0,81 – 2,36)
	36–45	17	3,40	(2,01 – 5,70)	36	7,78	(5,67 – 10,58)	2,40*	(1,27 – 4,53)
	46–65	51	6,24	(4,65 – 8,33)	84	9,89	(7,96 – 12,24)	1,65*	(1,11 – 2,44)
Angst	Gesamt	110	5,25	(4,37 – 6,30)	265	12,74	(11,38 – 14,24)	2,64*	(2,09 – 3,34)
	18–35	42	5,46	(3,99 – 7,41)	102	13,32	(11,10 – 15,92)	2,66*	(1,80 – 3,93)
	36–45	25	4,92	(3,39 – 7,08)	59	12,64	(9,93 – 15,94)	2,79*	(1,74 – 4,49)
	46–65	43	5,27	(3,92 – 7,05)	104	12,27	(10,18 – 14,71)	2,52*	(1,73 – 3,66)
somatoforme	Gesamt	104	4,93	(4,05 – 5,99)	208	9,99	(8,68 – 11,48)	2,13*	(1,64 – 2,76)
	18–35	24	3,14	(2,08 – 4,70)	68	8,87	(6,91 – 11,32)	3,01*	(1,82 – 4,95)
	36–45	23	4,53	(3,04 – 6,68)	52	11,09	(8,45 – 14,43)	2,63*	(1,58 – 4,39)
	46–65	56	6,90	(5,25 – 9,01)	88	10,40	(8,33 – 12,91)	1,57*	(1,07 – 2,29)
irgendeine	Gesamt	245	11,65	(10,25 – 13,21)	473	22,75	(20,92 – 24,69)	2,23*	(1,86 – 2,67)
	18–35	81	10,42	(8,25 – 13,08)	169	21,96	(19,04 – 25,19)	2,42*	(1,76 – 3,31)
	36–45	51	9,94	(7,55 – 12,98)	107	23,01	(19,33 – 27,17)	2,71*	(1,86 – 3,94)
	46–65	113	13,89	(11,50 – 16,68)	197	23,31	(20,40 – 26,50)	1,88*	(1,43 – 2,48)

¹ Odds Ratio kontrolliert nach Alter
² (Konfidenzintervall)

Abbildung 1: „4-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von psychisch kranken Störungen in der Bundesrepublik“ (Wittchen et. al. 1999: S. 220)

Betrachtet man sich diese Tabelle fällt auf, dass Frauen insgesamt von jeder Störungsgruppe signifikant häufiger betroffen sind als Männer. Ausnahmen dabei sind die 18 - 35 Jährigen mit affektiven Störungen. Weiterhin wird deutlich, dass psychische Störungen ähnlich häufig auftreten und nur bei Männern tendenziell höhere Prävalenzraten im Alter von 45 - 65 Jahren beobachtet werden (vgl. Wittchen et al. 1999).

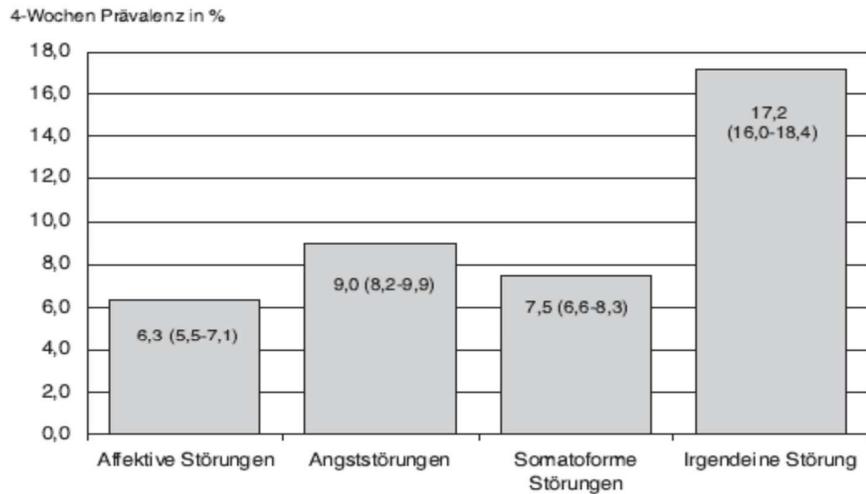


Abbildung 2: „4-Wochen Prävalenz affektiver, Angst und somatoformer Störungen“ (Wittchen et al. 1999: S. 221)

„Die Abbildung 2 zeigt noch einmal genauer die 4-Wochen Prävalenz affektiver, Angst- und somatoformer Störungen in der Gesamtbevölkerung auf. Ergebnisse dieser 4-Wochen Prävalenz berichten, dass 9 % aller 18 – 65 Jährigen zum Untersuchungszeitpunkt eine Angsterkrankung aufwiesen. 7,5 % wiesen Kriterien einer somatoformen Störung auf und 6,3 % die einer affektiven Störung. Insgesamt lässt sich sagen, dass psychische Störungen in Form von affektiven, somatoformen und Angststörungen mit 17,2 % in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet sind“ (Wittchen et al. 1999: S. 216 ff.).

Den Ausführungen von Fritz Mattejat zufolge wird sich auf die Ergebnisse der 12-Monats-Prävalenz des Bundesgesundheits surveys bezogen.

Diagnosen	Prozentuale Häufigkeit im Verlauf eines Jahres (12-Monats-Prävalenz)
Substanzstörungen [ohne Nikotinabhängigkeit]	4,5 %
Mögliche psychotische Störungen	2,6 %
Affektive Störungen	11,9 %
Angststörungen	14,5 %
Somatoforme Störungen	11,0 %
Essstörungen	0,3 %
Psychische Störungen aufgrund einer körperlichen Erkrankung	1,3 %
Irgendeine psychische Störung	31,0 %

Abbildung 3: „Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung: Ergebnisse des deutschen Bundesgesundheits survey“ (abgebildet in Mattejat 2008: S. 69)

Wenn schlussfolgernd von Mattejat und den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys ausgegangen wird, kann man sagen, dass in der Bundesrepublik Deutschland im Verlauf eines Jahres rund 30 % der erwachsenen Gesamtbevölkerung unter psychischen Störungen leidet. An dieser Prozentzahl wird erkenntlich, dass die psychischen Störungen zu den Erkrankungen gehören, welche mit am häufigsten in der Bevölkerung auftreten (vgl. Mattejat 2008). Psychische Störungen stehen somit an der Spitze aller bekannten Erkrankungen.

2.2.2) Prävalenz von Elternschaft bei psychisch Kranken

Ausgehend von den Ergebnissen der Prävalenz psychisch Kranker in der Bevölkerung, stellt sich nun die Frage, wie viele Menschen davon als Eltern agieren.

Nach Ausführungen von Plass et al. (2012) ist es nur schwer zu sagen, wie viele Patienten tatsächlich auch Eltern sind. Weiterhin wird erklärt, dass es schwierig sei verlässliche Angaben machen zu können, da zum Teil unterschiedliche Populationen untersucht wurden (vgl. Plass et al. 2012).

Widmet man sich den Ergebnissen einer Studie in der stationären Psychiatrie nach Lenz (2005), kann man aussagekräftige Angaben zu den Ergebnissen machen. Somit haben 27 % der einbezogenen Patienten/innen (n=808) Kinder unter 18 Jahren. Hierbei fällt auf, dass es mehr Frauen, mit 34 % unter den Patientinnen, als Männer, mit unter 18 % unter den Patienten, sind. Die Anzahl der Betroffenen, die mit ihren Kindern zusammenleben, beträgt 72 %, wobei man auch hier wieder nach Geschlecht differenzieren muss, denn 77 % der Frauen und nur 60 % der Männer leben gemeinsam mit ihrem minderjährigen Kind in einem gemeinsamen Haushalt (vgl. Lenz 2005).

Einer aktuellen Untersuchung nach Grube und Dorn (2007; zitiert nach Heitman und Bauer, 2007, S. 8) in einer psychiatrischen Klinik zufolge sind 26,5 % der Patienten/innen (n=438) Eltern minderjähriger Kinder (3-Monatsprävalenz). In dieser Studie wird ebenfalls deutlich, dass der Frauenanteil mit 34,2 % höher ist, das heißt 34,3 % der Patientinnen waren Mütter. Demgegenüber waren lediglich 20,6 % der Patienten in der Vaterrolle eines minderjährigen Kindes.

Mattejat (2008) erstellte basierend auf der Annahme, dass im Verlauf eines Jahres 15 % der Bevölkerung an einer psychischen Störung leiden, die Berechnung auf, dass in der BRD etwa 3 Millionen Kinder im Verlauf 1 Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung erleben.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass eine hohe Anzahl an Kindern von psychisch kranken Eltern betreut und erzogen wird. Wie viele Kinder es prozentual sind und welches die häufigsten Erkrankungen sind, soll im nächsten Abschnitt dargelegt werden.

2.2.3) Prävalenz von Kindern mit psychisch kranken Eltern

Vorweg ist zu sagen, dass man bezüglich der Zahlen betroffener Kinder auf Hochrechnungen angewiesen ist (vgl. Lenz 2012).

Wie oben im Punkt 2.2.2) bereits ausgeführt, leben drei Millionen Kinder in der Bundesrepublik Deutschland, welche im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit psychischer Störung erleben (vgl. Mattejat 2008). Des Weiteren wird auf die Daten der Gesundheitsversorgung eingegangen und nur diese Menschen betrachtet, welche Hilfsangebote in Anspruch genommen haben. Hierbei wird eine Schweizer Studie in Augenschein genommen, deren Ergebnisse berichten, dass zu einem beliebigen Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland 250.000 Kinder bei einem Elternteil leben, der sich wegen einer psychischen Erkrankung in psychiatrisch-psychosozialer Behandlung oder Betreuung befindet. Ebenfalls wird von den stationä-

ren Versorgungsdaten ausgegangen, die als Ergebnis haben, dass etwa 175.000 Kinder pro Jahr die Erfahrung machen, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch behandelt wird (vgl. Mattejat 2008).

Nach Plass et al. (2012) werden diagnosespezifische Risiken einiger untersuchter Erkrankungen ausgewertet. So erhöhe sich das Erkrankungsrisiko eines Kindes mit schizophrenem Elternteil von 1 % (Risiko der Gesamtbevölkerung) auf 13 % und auf 37 % bei schizoauffektiv erkrankten Eltern. Man kann also bei dieser Lebenszeit-Prävalenz davon ausgehen, dass, wenn 800.000 Menschen an einer Schizophrenie erkranken und die Hälfte davon ein Kind zur Welt bringen, es 400.000 Kinder gäbe, die davon betroffen wären. Bei konservativer Schätzung wachsen 500.000 Kinder in der Bundesrepublik Deutschland mit einem depressiven Elternteil auf. 2,6 Millionen Kinder in Deutschland sind vom Alkoholmissbrauch eines Elternteils betroffen. Ebenfalls stark beeinträchtigt sind die Kinder von Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung. Hierzu liegen jedoch nur wenige Untersuchungen vor.

Nach aktuellen Schätzungen kommt man zum Schluss, dass in Deutschland insgesamt 3 – 4 Millionen Kinder ein Elternteil mit psychischen Störungen erleben (vgl. Plass et al. 2012).

Welche Störungen bei Elternteilen überwiegen bzw. welche einzelnen Symptome bei psychisch kranken Eltern am häufigsten diagnostiziert werden, wird im nächsten Abschnitt erläutert werden.

2.3) Symptome psychischer Störungen

Ausgehend von den epidemiologischen Daten des Bundesgesundheits surveys und der zahlreich vorliegenden Literatur zu psychisch kranken Eltern wird im folgenden Verlauf die Darstellung einzelner Störungsbilder, welche am häufigsten bei psychisch kranken Eltern auftreten, stattfinden. Hierbei soll ein kurzer Überblick über die Merkmale und Symptome zentraler psychischer Störungen gegeben werden und aufgezeigt werden wie sich diese bei Menschen äußern.

Zunächst soll Bezug auf die affektiven Störungen genommen werden. Dabei handelt es sich um Störungen des emotionalen Gleichgewichts und des subjektiven Gefühlszustandes. Zu den affektiven Störungen gehören die Depressionen, Manien und manisch-depressiven Erkrankungen, aber auch die Dysthymia und die Zylothymia, wobei zwischen bipolaren und unipolaren Störungen unterschieden wird.

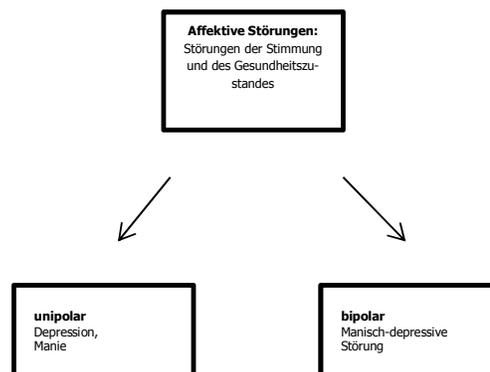


Abbildung 4: „Affektive Störungen“ (Schone & Wagenblast 2010: S. 34)

Wie man in der Abbildung 4 erkennen kann, gehören zu den unipolaren Störungen die Depression und die Manie. Die Depression äußert sich vor allem durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. Der depressive Gefühlszustand wird gekennzeichnet durch eine Verminderung des Antriebes, des Aktivitätsniveaus, der Konzentrationsfähigkeit und der Aufmerksamkeit. Dies hat zur Folge, dass erhöhte Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung auftreten. Rückzugs-, Flucht- und Vermeidungstendenzen sind charakteristisch für eine Depression. (vgl. Schone & Wagenblast 2010).

Eine besondere Form der Depression stellt die Major-Depression dar, deren Grad bei einer Depression als sehr schwer eingestuft wird. In der folgenden Abbildung werden Kennzeichen und dazugehörige Beispiele zur Major-Depression aufgeführt:

Kennzeichen:	Beispiel:
Dysphorische Stimmung	Traurig, bedrückt, hoffnungslos; Verlust von Interesse und Freude an beinahe jeder Aktivität
Appetit	Appetitlosigkeit, starker Gewichtsverlust
Schlaf	Schlaflosigkeit oder Hypersomnie (zu viel Schlaf)
Motorische Aktivität	Ausgesprochen verlangsamte motorische Aktivität oder starke Erregung
Schuldgefühle	Gefühle der Wertlosigkeit, Selbstvorwürfe
Konzentration	Verringerte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren; Vergesslichkeit
Suizid	Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidpläne oder Suizidversuche

Abbildung 5: „Kennzeichen einer Major Depression“ (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008: S. 565)

Zu den unipolaren Störungen gehört ebenfalls die Manie. Diese ist gekennzeichnet durch euphorisch-gehobene Stimmungslagen, Enthemmungen, Selbstüberschätzungen und Ideenflucht (vgl. Möller et al. 2001/2005). Typischerweise tritt die gehobene Stimmungslage in Verbindung mit erhöhter Reizbarkeit auf. Personen empfinden während einer manischen Episode häufig ein übermäßiges Selbstwertgefühl und einen unrealistischen Glauben daran, über bestimmte Kräfte und Fähigkeiten zu verfügen. Arbeitsmotivation, soziale Aktivitäten und Freizeitaktivitäten sind bei manischen Episoden deutlich gesteigert. Somit ist das Schlafbedürfnis stark verringert. Nach einer manischen Episode folgt dann zumeist die Depression, da eine Überforderung einsetzt bezüglich der Beseitigung des Schadens. An dieser Stelle tritt die bipolare Störung ein.

Die manisch-depressive Störung wird im Volksmund auch als ‚himmelhochjauchzend- zu Tode betäubte Stimmung‘ bezeichnet. Das soll heißen, dass einmal eine gehobene Stimmung auftritt und danach wieder eine depressive Stimmung einsetzt, welche dann bis zu durchschnittlich 6 Monaten andauern kann (vgl. Schone & Wagenblaus 2010).

Als nächste Störungsgruppe, sollen die Angst- und Zwangsstörungen näher betrachtet werden, welche den neurotischen Störungen zuzuordnen sind.

Unter dem Oberbegriff Angst- und Panikstörungen werden mehrere Erkrankungen zusammengefasst, die durch massive Angstreaktionen bei gleichzeitigem Fehlen äußerlicher Gefahren und Bedrohungen charakterisiert sind. Sie zeichnen sich durch unterschiedliche Erscheinungsweisen der Angst aus. Die wesentlichen Formen sind die frei flottierende Angst, die phobische Angst sowie die Panik (vgl. Möller et al. 2001/2005). Symptomatisch gesehen werden zunächst bei einer Vielzahl von Patienten nur körperliche Auffälligkeiten wie z.B. Schwindel, Tachykardie (anhaltender beschleunigter Puls), abdominelle Beschwerden (Schmerzen/Beschwerden in der Bauchgegend) und verminderte Belastbarkeit festgestellt (vgl. Möller et al. 2001/2005). Anschließend tritt zumeist die Angst auf, die dann kaum noch kontrollierbar ist und im fortgeschrittenen Stadium zu Lähmungen und Einschränkungen der Aktivität führen kann (vgl. Schone & Wagenblaus 2010).

Die Phobie ist auch eine Form der Angst, jedoch bezieht sich die Angst hierbei auf ein konkretes Objekt, eine konkrete Situation oder ein konkretes Erlebnis, wie z.B. die Angst vor Spinnen, Brücken, engen Räumen etc. Die Menschen reagieren bei einer Phobie mit einem leichten Unbehagen bis hin zu panischer Angst (vgl. Schone & Wagenblaus 2010).

Eine weitere zu benennende Form der Angst sind die Panikstörungen. Diese Störungen dauern zumeist nur wenige Minuten an und sind unerwartet. Typische Symptome einer Panikattacke sind z. B. Herzrasen, Schwindel, Erstickungsanfälle und Benommenheit. Die betroffene Person macht sich dann ständig Gedanken erneut von einer Panikattacke befallen zu werden und verfällt dadurch wiederum in Panik. Dieses Phänomen wird auch als „Angst vor der Angst“ bezeichnet (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008).

Unter Zwangsstörungen sind nach ICD-10 (F42) und dem DSM-IV (300.3) alle Krankheitsbilder zusammengefasst, bei denen Zwangshandlungen, Zwangsgedanken und Zwangsimpulse im Vordergrund der Symptomatik stehen (vgl. Möller et al. 2001/2005). Die Zwangsgedanken sind bedrängend und die Personen leiden sehr unter ihnen, sodass sie nicht in der Lage sind in sozialer und beruflicher Hinsicht einem geregelten Leben nachzugehen. Die Zwangshandlungen sind Handlungen, die wiederholt und zweckorientiert vollzogen werden. Sie erfolgen in einer ritualisierten Art und Weise nach bestimmten Regeln und sind zudem unvernünftig und eindeutig übertrieben. Eine typische Zwangshandlung ist zum Beispiel der Drang nach Sauberkeit, also vor allem sich selbst zu reinigen (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008). Zwangsgedanken werden ebenso wie Zwangshandlungen von dem Betroffenen als ich-

dyston, d.h. nicht zur eigenen Person gehörig, empfunden, sodass sich die Betroffenen ständig dagegen wehren. Hierdurch entsteht ein besonderer Leidensdruck.

Eine weitere häufig auftretende Störungsgruppe sind die somatoformen Störungen. Diese Störungen gehen häufig mit physischen Krankheiten oder Beschwerden einher. Hierzu zählen die Hypochondrie, Somatisierungsstörungen und Konversionsstörungen. Von Hypochondrie spricht man, wenn der Mensch glaubt und sich einbildet an einer physischen Krankheit zu leiden, obwohl die Ärzte versichern, dass er gesund sei. Menschen mit Somatisierungsstörungen weisen eine lange Geschichte von körperlichen Beschwerden – die medizinisch nicht erklärbar sind – über Jahre hinweg auf. Nach DSM-IV müssen für die Diagnose vier Schmerzsymptome erfüllt werden. Das heißt, es müssen entweder Kopfschmerzen oder Magenschmerzen vorliegen, zwei gastrointestinale Symptome (z. B. Übelkeit oder Durchfall), ein sexuelles Symptom (z. B. Erektionsstörung oder starke Menstruationsblutung), sowie ein neurologisches Symptom (z. B. Doppelsehen). Die Konversionsstörung ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Verlust der motorischen oder sensorischen Funktionen stattfindet. Dieser kann jedoch nicht mit einer Schädigung des Nervensystems oder mit einem anderen körperlichen Schaden erklärt werden. Bei dieser Störung leiden die Menschen zum Beispiel an plötzlich auftretender Blindheit ohne eine erklärende physische Ursache (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008).

Schizophrenie ist eine schwerwiegende Störung, bei der die Persönlichkeit auseinander zu fallen scheint (Gerrig & Zimbardo 2008).

Der Begriff der Schizophrenie wurde erstmals von E. Bleuler 1911 eingeführt und im ICD-10 (F20 – F29) klassifiziert (vgl. Häcker & Stapf 2004). Die Menschen die an einer Schizophrenie leiden zeigen eine Abgestumpftheit gegenüber Emotionen, in ihrem Denken und in ihrer Wahrnehmung auf (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008).

Nach Gerrig und Zimbardo (2008: S. 580)

[wird] „das Denken in der schizophrenen Welt unlogisch: Assoziationen erfolgen zwischen weit entfernten Ideen ohne irgendein erkennbares Muster. Es treten Halluzinationen auf – Anblicke, Gerüche oder, wie es meistens der Fall ist, Geräusche (in der Regel Stimmen)-, von denen der Patient annimmt, sie seien real. Eine Person kann beispielsweise durchgängig einen Kommentar ihrer eigenen Verhaltensweisen hören oder verschiedene Stimmen, die sich miteinander unterhalten. Wahnvorstellungen kommen ebenfalls häufig vor. Hierunter versteht man falsche oder irrationale Annahmen, die trotz widersprechender Belege beibehalten werden. Die Sprache kann unzusammenhängend werden – ein „Wortsa-

lat“ unverbundener oder erfundener Wörter. Manche Personen werden auch stumm. Affekte können flach oder abgestumpft werden, ohne sichtbaren Ausdruck, oder in der gegebenen Situation völlig unangemessen sein. Das psychomotorische Verhalten kann gestört sein (Grimassen oder seltsame Manierismen) oder die Körperhaltung erstarrt.“

Zu erwähnen sei außerdem, dass aufgrund der großen Bandbreite von Symptomen fünf Subtypen der Schizophrenie unterschieden werden. Diese fünf Subtypen sind in der unten aufgeführten Tabelle zu entnehmen und mit den wichtigsten Symptomen beschrieben.

Schizophrenietyp:	Wichtige Symptome:
Desorganisierter Typus	Unangemessene Verhaltensweisen und Emotionen; desorganisierte Sprechweise
Katatoner Typus	„Eingefrorenes“, erstarrtes oder reizbares motorisches Verhalten
Paranoider Typus	Verfolgungs- oder Größenwahn
Undifferenzierter Typus	Verschiedene Symptome verschiedener Typen verbunden mit Denkstörungen
Residuärer Typus	Frei von Hauptsymptomen, aber mit Hinweisen auf Weiterbestehen der Störung durch geringfügige Symptome

Abbildung 6: „Formen schizophrener Störungen“ (Gerrig & Zimbardo 2008: S. 581)

Die letzte und auch häufigste Störung der vorliegenden Ausführungen sind die Persönlichkeitsstörungen. „Persönlichkeitsstörungen sind Ausdruck komplexer psychosozialer und zwischenmenschlicher Krisen.“ (Häcker & Stapf 2004). Ein Auftreten dieser Persönlichkeitsstörungen erfolgt zumeist erstmalig im Jugendalter oder im frühen Erwachsenenalter. Die Kodierung der Persönlichkeitsstörung ist im DSM-IV-TR vorzufinden. Hier wird eine Einteilung der 10 Arten von Persönlichkeitsstörungen in drei Cluster vorgenommen. Diese Arten und Cluster sind in nachfolgender Abbildung 6 aufgeführt und ihre Merkmale dazu kurz definiert (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008).

Störungen	Merkmale
Cluster A: Verhalten erscheint sonderbar oder exzentrisch	
Paranoid	Misstrauen und Verdächtigungen gegenüber den Motiven der Menschen, mit denen sie zu tun haben
Schizoid	Fehlen des Wunsches nach sozialen Beziehungen; Fehlen von Emotionalität in sozialen Situationen
Schizotypisch	Kognitive oder perzeptive Verzerrungen zusammen mit Unbehagen in sozialen Beziehungen
Cluster B: Verhalten erscheint dramatisch oder affektregulationsgestört	
Antisozial	Unfähigkeit, die Rechte anderer zu respektieren; unverantwortliches oder ungesetzliches Verhalten, das soziale Normen verletzt
Borderline	Instabilität und Intensität in persönlichen Beziehungen; Impulsivität, besonders bei Verhaltensweisen, die Selbstschädigung einschließen
Histrionisch	Übertriebene Emotionalität und übersteigertes Aufmerksamkeitsbedürfnis; unangemessenes sexuelles oder seduktives Verhalten
Narzisstisch	Größenwahn und Bedürfnis nach dauernder Bewunderung; fehlendes Einfühlungsvermögen in andere Menschen
Cluster C: Verhalten erscheint ängstlich oder furchtsam	
Selbstunsicher	Vermeiden persönlicher Kontakte aus Angst vor Zurückweisung; Furcht vor Kritik; Gefühl des Versagens in sozialen Situationen
Abhängig	Abhängigkeit von anderen in wichtigen Bereichen der Lebensführung; Unbehagen und Gefühl der Hilflosigkeit, wenn ohne Hilfe anderer Menschen
Zwanghaft	Festlegung auf Regeln und Listen; Perfektionismus verhindert Ausführen von Aufgaben

Abbildung 7: „Persönlichkeitsstörungen“ (Gerrig & Zimbardo 2008: S. 574)

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Ausführungen in diesem Punkt (2.3) nur einen groben Überblick über die am häufigsten bestehenden psychischen Störungen bei psychisch kranken Eltern darstellen.

3.) Forschungsstudien

Es liegen verschiedene Forschungsstudien zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern vor. Im folgenden Punkt soll auf diese Bezug genommen werden und besonders auf die älteste Forschungsrichtung, die High-Risk-Forschung, eingegangen werden. Weiterhin werden die Resilienzforschung, die Vulnerabilitätsforschung und die genetischen Studien vorgestellt und deren Ergebnisse erläutert.

3.1) High-Risk-Forschung

Die High-Risk-Forschung, auch Risikoforschung genannt, beschreibt Gruppen, in diesem Fall die Kinder psychisch kranker Eltern, die über ein hohes Erkrankungsrisiko verfügen und versucht gleichzeitig herauszufinden in welchen Merkmalen sich Risikogruppen von den normalen Vergleichsgruppen unterscheiden. Nach Matthejat und Remschmidt (1994) stellen Kinder psychisch kranker Eltern eine Risikogruppe dar, die gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten aufzeigen. Belastende psychiatrische Symptome treten hierbei sowohl im kognitiven, als auch im emotionalen Bereich bei den Kindern auf und ihr Sozialverhalten ist ebenfalls erheblich eingeschränkt und gestört (vgl. Matthejat & Remschmidt 1994).

In der Monographie von Albert Lenz (2005) wird umfassend auf die High-Risk-Forschung eingegangen indem verschiedene Studien aufgegriffen und die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt werden. Diese Ergebnisse sollen in den folgenden Ausführungen dargestellt werden.

In der High-Risk Studie wurden vor allem Kinder schizophrener und depressiver Eltern untersucht. Während das Lebenszeitrisiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, bei 1 % liegt, ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder schizophrener Eltern, selbst an einer Schizophrenie zu erkranken, mehr als verzehnfacht. Das heißt, das Erkrankungsrisiko liegt bei den Kindern bei 10 % - 15 %. Bei depressiven Patienten kommen bei Verwandten ersten Grades häufiger Störungsbilder vor als in der Gesamtpopulation. Dabei werden die bipolaren Störungen häufiger weitervererbt als die unipolaren Störungen (vgl. Lenz 2005).

In der High-Risk Studie werden ungünstig beeinflussende Faktoren zur elterlichen Erkrankung erfasst und die Auswirkung derer auf die kindliche Entwicklung bzw. wie die Entwicklung mit der psychischen Erkrankung in Wechselwirkung steht. Hierbei konnte gezeigt werden, dass sowohl schizophren erkrankte Eltern als auch depressiv erkrankte Eltern Defizite

im kognitiven und emotionalen Bereich aufweisen, welche auf die Kinder übergehen und ‚abgeschaut‘ werden. Gestörte Affekte dringen bei Kindern dann unverstanden in das Denken ein und lassen pathogene Grundüberzeugungen entstehen. Das kann dann zu gravierenden Kommunikationsproblemen führen, welche einhergehen mit erheblichen Unterbrechungen in der Aufmerksamkeits- und Zuwendungshaltung. Weiterhin können Denkstörungen, starke Ängste und Feindseligkeiten entstehen. Weitere Studien zeigen, dass schizophrene Eltern oftmals mit affektiver Überregtheit und einer verringerten verbalen Expressivität und Kommunikation auf ihre Kinder reagieren. Dies kann dazu führen, dass die Kinder depressives und ängstlich-zurückhaltendes Verhalten aufzeigen. Das kann zu gewissen Folgen in der Schule führen, wie zum Beispiel das Aufzeigen von Defiziten in den Bereichen der Aufmerksamkeit, der affektiven Kontrolle und der sozialen Kompetenz (vgl. Lenz 2005).

Familien mit depressiven Eltern verfügen zumeist nicht über ein angemessenes außerfamiliäres soziales Netzwerk. Sie leben sozusagen isoliert und abgeschottet von der Außenwelt. In diesem Zusammenhang sei ein weiterer Untersuchungskomplex der High-Risk Forschung zu erwähnen. Dieser geht der Frage nach, ob z. B. Depressionen ähnliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben wie andere Formen schwerer psychischer Störungen oder ob die festgestellten Auffälligkeiten krankheitsspezifisch sind. In der Monographie von Lenz (2005) wurden dahingehend folgende Ergebnisse aufgeführt:

Kinder depressiver Eltern zeigen ein vielfach erhöhtes Risiko auf, selbst depressiv zu erkranken oder andere psychische Störungen zu entwickeln. Das Risiko an einer affektiven Störung zu erkranken ist für die betroffenen Kinder zwei- bis dreimal höher und das Risiko an einer Major-Depression zu erkranken ist etwa sechsmal höher. Eine 70%ige Wahrscheinlichkeit an einer depressiven Störung zu erkranken besteht bei Kindern, bei denen beide Elternteile depressiv sind. Kinder depressiver Eltern tragen weiterhin ein erhöhtes Risiko für andere psychische Störungen sowie Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsprobleme im sozialen, kognitiven und emotionalen Bereich (vgl. Lenz 2005).

Die verschiedenen High-Risk Studien in den Ausführungen von Lenz (2005) zeigen also leicht widersprüchliche Ergebnisse auf. Zum einen wird gesagt, dass sich Beeinträchtigungen der Entwicklung von Kindern depressiver Eltern in ungefähr gleicher Häufigkeit beobachten lassen wie bei den Kindern schizophrener Eltern. Andererseits wird davon ausgegangen, dass Kinder schizophrener Eltern stärker belastet sind als Kinder depressiver Eltern (vgl. ebd.).

Es gibt zusammenfassend also verschiedene Sichtweisen und Ergebnisse innerhalb der High-Risk-Forschung hinsichtlich der einzelnen Störungen. Da die genetischen Faktoren für die

High-Risk-Forschung ein wichtiger Bestandteil sind, sollen sie im nächstfolgenden Punkt unter der Fragestellung, welche Rolle die Vererbung spielt, näher beleuchtet werden.

3.2) Genetische Forschung

Der Frage, welche Rolle die Vererbung in dieser Thematik spielt, hat sich Matthejat (2008) angenommen. In der nachfolgenden Abbildung 7 wird die Vererbbarkeit psychischer Störungen dargestellt.

Störung des Sozialverhaltens	53 %
Zwangsstörung	47 %
Angststörung	30 – 40 %
Schizophrenie	73 – 90 %
Bipolare Störung	60 – 85 %
Schwere Depression („major“ Depression)	31 – 42 %

Abbildung 8: „Vererblichkeit psychischer Störungen“ (vgl. Matthejat 2008: S. 80)

Die Angaben in der oben abgebildeten Tabelle sind nur ungefähre Werte jedoch mit einer klaren Struktur. So kann man sagen, dass die Vererbung bei der Schizophrenie eine sehr große Rolle spielt ebenso bei den manisch-depressiven Erkrankungen. Eine etwas geringere Vererblichkeit zeigt sich bei schweren Depressionen. Laut Matthejat (2008) spielt der Erbfaktor eine sehr große Rolle, denn bei den meisten psychischen Erkrankungen liegt seine Bedeutung über 50 %.

Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass die aktuelle Forschung davon ausgeht, dass Umweltfaktoren und genetische Faktoren bei den meisten psychischen Störungen zusammenwirken. Menschen, die zu der Gruppe der geringer anfälligen gehören, reagieren auf Stressfaktoren empfindlicher als Menschen mit einer anderen genetischen Ausstattung. Es kann also gesagt werden, dass genetische Einflüsse bei der Entwicklung psychischer Störungen zwar eine Rolle spielen, jedoch diese immer in Verbindung mit Umweltfaktoren zu betrachten sind. Das heißt, dass Genetik und Umwelteinflüsse sich gegenseitig bedingen (vgl. Plass et al. 2012).

Viele Kinder psychisch kranker Eltern können sich jedoch selbst vor einer Krankheit schützen währenddessen andere unter denselben Bedingungen leiden und anfälliger sind. Dieses Phä-

nomen versucht die Resilienzforschung, welche im folgenden Punkt näher betrachtet wird, zu erfassen

3.3) Resilienzforschung

Wie bereits im oberen Abschnitt erwähnt, setzt sich die Resilienzforschung mit der Frage auseinander, wie Personen trotz starker Belastungen und Risiken gesund bleiben können und sich von diesen erholen, während andere Personen unter gleichen Bedingungen leben und viel anfälliger dafür sind. Lenz (2005) versteht unter Resilienz sowohl den Prozess der bio-psycho-sozialen Adaption als auch das Ergebnis der Anpassung (vgl. Lenz 2005). Zur Frage, warum manche Kinder trotz starker Belastungen und Risiken seitens psychisch kranker Eltern keine Störungen entwickeln, existieren Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. Innerhalb verschiedener Studien wurden verschiedene Ressourcen, protektive Faktoren sowie kompensatorische Faktoren und Prozesse ermittelt, welche das Erkrankungsrisiko von Kindern verringern und negative Auswirkungen auf Familie und Kinder abschwächen oder sogar verhindern können (vgl. Lenz 2012).

Verschiedene protektive Faktoren, welche durch zahlreiche Studien herausgefunden wurden, führt Lenz (2005) in seinem Buch „Kinder psychisch kranker Eltern“ auf und sollen nun im Nachfolgenden beschrieben werden.

Ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament kann Selbstschutz bedeuten. Verfügt das Kind in seinen persönlichen Wesenszügen jedoch über eine schwierige Art und Weise, wird es öfter Zielscheibe elterlicher Kritik, Reizbarkeit oder gar Feindseligkeit. Ein weiteres Merkmal, welches resiliente Kinder ausmacht, ist eine ausgeprägte emotionale Einfühlungs- und Ausdrucksfähigkeit sowie gute soziale Problemlösungsfähigkeiten. Bezüglich der Intelligenz gibt es noch keine eindeutigen Forschungsergebnisse. Eine hohe Intelligenz hat die differenzierte Wahrnehmung von Problemen für sich und eine niedrigere Intelligenz weist dahingehend ein Pro auf, dass das Kind weniger sensibel auf Probleme reagiert jedoch mit nicht ausreichend realisierten Konsequenzen leben muss. Ein gutes Selbstvertrauen sowie positives Selbstwertgefühl und eine stärkere Überzeugung von Selbstwirksamkeit machen resiliente Kinder aus. Ein sehr wichtiger Schutzfaktor ist die alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und ihre Behandlung. Einer sicheren Bindung an einen gesunden Elternteil oder an Bekannte und Verwandte kommt weiterhin eine sehr hohe Bedeutung zu. Hierbei sollte nur rechtzeitig die Ablöseproblematik beachtet werden. Bezüglich des Erziehungsklimas sollte eine empathische, freundliche, zugewandte Erzie-

hungsweise angestrebt werden. Aber die Eltern sollten dabei trotzdem feste und klare Verhaltensregeln entwickeln und darauf achten, dass viele gemeinsame Aktivitäten stattfinden. Zum Familienklima allgemein ist zu sagen, dass ein festes und stabiles Klima sehr förderlich ist genauso wie eine gute Paarbeziehung zwischen den Eltern, auch wenn viele Belastungen im Weg stehen. Diese Aspekte vermitteln den Kindern Geborgenheit und Sicherheit. Ein weiterer Punkt der sich protektiv auf Kinder auswirkt ist, wenn die Eltern vernünftig mit der Art der Erkrankung umgehen können. Das heißt, es sollte eine volle Einsicht der Eltern in ihre Krankheit bestehen und darüber aufgeklärt werden, welche präventiven Maßnahmen angewendet werden sollen. Weiterhin sollte eine gute Kooperation mit den Therapeuten stattfinden. Aus dieser Problematik heraus sollte von Seiten der Eltern eine Haltung bzgl. der Krankheit bezogen werden und eine angemessene Krankheitsbewältigung angestrebt werden. Dabei helfen vor allem eine lebenspraktische familiäre Organisation und Aufgabenverteilung, die Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten im sozialen Netzwerk, die Anpassung der beruflichen bzw. schulischen Situation an die Erkrankung und die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie und anderen medizinisch-therapeutischen Bereichen wie Jugendhilfe u. a. Ein letzter wesentlicher protektiver Punkt ist der Umfang und die Qualität des sozialen Netzwerkes. Das heißt, dass es bezüglich der Entwicklung von Bedeutung ist, dass das Kind in einem guten sozialen Netzwerk aufwächst. Hierbei sind Lehrer, Erzieher, Freunde, Nachbarn, Schulkameraden etc. gemeint. Sie können dem Kind Rückhalt und Sicherheit bieten und seine Probleme auffangen (vgl. Lenz 2005).

3.4) Vulnerabilitätsforschung

Die Vulnerabilitätsforschung beschäftigt sich mit Frühsymptomen bzw. Vorläufersymptomen psychischer Erkrankungen und versucht diese zu identifizieren. Vulnerabilität stellt den Gegenpol zur Resilienz dar und setzt sich mit der Verletzbarkeit von Kindern gegenüber äußeren ungünstigen Einflussfaktoren auseinander. Lenz (2005) diskutiert bezüglich der Vulnerabilitätsforschung Ergebnisse und Erkenntnisse, welche im folgenden Absatz beschrieben werden sollen.

Das kindliche Gehirn ist mit individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und Abwehrmechanismen noch schneller überfordert als ein ausgewachsenes Gehirn. So kommt es in Belastungssituationen zu einer Überflutung durch sich von innen und außen aufdrängende Informationen. Folgen auf seelischer Ebene sind Anspannung, Angst und tiefgreifende Erschütterungen des kindlichen Selbst- und Wertverständnisses. Der Gesunde lernt während der reifenden

Entwicklung damit umzugehen, während das erkrankte Gehirn mit diesem Defizit den Rest seines Lebens zurechtkommen muss (vgl. Lenz 2005).

Aus diesen Angaben heraus stellt sich für die Vulnerabilitätsforschung die Frage, was mit der Verletzlichkeit des kindlichen Gehirns passiert, wenn es den psychischen Auffälligkeiten von Vater und Mutter ausgeliefert ist? Fakt ist, dass diese Entwicklung ungünstiger verläuft, als bei Kindern mit gesunden Eltern (vgl. ebd.).

Diese ungünstige Entwicklung kann man schon im frühen Säuglingsalter nach wenigen Monaten feststellen. Es fallen Defizite in der sprachlichen und sogar nicht-sprachlichen Entwicklung auf und es kommt vermehrt zu Aggressivität und Hyperaktivität. Mütter sind hierbei von größerer Bedeutung als die Väter. Der psychische Zustand der Mutter beeinflusst nicht nur die Entwicklung des Kindes, sondern auch die mütterliche Erfahrung im Umgang mit dem Kind (Mutter-Kind-Beziehung). Daher ist es von großer Bedeutung, dass die Kinder mit in die Behandlung der Mutter einbezogen werden (vgl. Lenz 2005).

Explizit bei depressiven Müttern äußert sich das gestörte Mutter-Kind-Verhältnis in konkreten Defiziten, wie weniger Interesse und gemütsmäßige Beteiligung. Weiterhin ist weniger Einfühlbarkeit vorhanden, es treten vermehrt negative Gefühle auf bis hin zu Feindseligkeit. Depressive Mütter sind eher eingeschränkt was zwischenmenschliche Fähigkeiten anbetrifft. Sie zeigen inkonsequentes Verhalten und dienen den Kindern nur wenig als elterliche Unterstützung. Die Rolle als Erzieherin sieht die Mutter als eher negativ an. Sie fühlt sich den Ansprüchen nicht gewachsen und sieht sich als wenig kompetentes Elternteil. Die Erziehungssituation wird als sehr schwierig empfunden, weil Überforderungen bestehen und das Kind zumeist als auffällig wahrgenommen wird (vgl. Lenz 2005).

Bei schizophren erkrankten Müttern finden sich ähnliche Defizite wie bei depressiven Müttern. Die Mütter wirken desorganisiert, unsensibel, unberechenbar und vernachlässigen ihre Kinder. Es findet ein stark verminderter spielerischer Kontakt statt und somit werden die Kinder auch in ihrer Lernfähigkeit eingeschränkt. Dies ist selbst nach Abklingen der akuten psychischen Störung lange nicht behoben, falls überhaupt eine Behebung erfolgt. Die Kinder sind in der Folge oftmals außerstande sich zu konzentrieren, Umweltreize zu ordnen und nützlich umzusetzen. In zurückgezogenem Zustand sind sie vor allem mit sich selbst beschäftigt. Wenn man sich dann mit ihnen beschäftigt dominieren Verhaltenszustände wie Unruhe, ‚Quengeligkeit‘ und Hyperaktivität (vgl. ebd.).

Wenn das Verhalten der Mutter dann umschlägt in eine überstimulierende Verhaltensweise, reagieren die Kinder zumeist mit Passivität und Abwendung. Dies fassen die Mütter dann als

Ablehnung ihrer Bemühungen auf, was wiederum dazu führt, dass eine Überstimulation seitens der Mutter stattfindet, welche auch aggressiv gestimmt sein kann. Die Kinder reagieren dann mit Protest und körperlicher Abwehr bzw. Erstarrung. Im Extremfall übernehmen die Kinder die aufgezeigten krankhaften Symptome der Mutter und verfangen sich somit in ein regelrechtes Krankheitssystem (vgl. Lenz 2005).

Lenz (2005) legt nahe, beim Vorliegen früher dysfunktionaler Interaktionsmuster therapeutisch und intervenierend einzugreifen, um der Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern vorzubeugen.

4.) Einfluss auf die kindliche Entwicklung

Kinder entwickeln sich in besonderem Maße und lernen täglich etwas Neues. In ihrer Umwelt passieren täglich neue Dinge, welche sie neu einordnen und kennenlernen müssen. Diese Dinge können von positiver, aber auch von negativer Bedeutung sein. Es können Dinge sein die äußerlich auf sie einwirken oder die im Körper ablaufen.

Im folgenden Punkt wird zunächst einmal der Begriff Kindheit definiert und die einzelnen Kindheitsphasen beschrieben. Weiterhin soll die Frage geklärt werden, was ein Kind für Voraussetzungen braucht, damit es sich gesund entwickeln kann. Abschließend werden Faktoren benannt, welche die gesunde (psychische) Entwicklung von Kindern beeinflussen können. Diese Beschreibungen sind von Bedeutung für die späteren Ausführungen innerhalb dieser Arbeit, da sich dann vorrangig auf Kinder konzentriert werden soll.

4.1) Definition Kindheitsbegriff

Die Kindheit ist jene Phase in der Entwicklung eines Menschen, in der die meisten Reifungsprozesse und Fortschritte stattfinden. Das Kind lernt zu essen, zu laufen, zu reden und wird sauber, indem es lernt die Körperfunktionen des Ausscheidens zu steuern. Es entwickelt eine eigene Autonomie und eine eigene Persönlichkeit und es erobert zudem ständig neue Denk- und Erfahrungsräume. Dabei durchläuft das Kind verschiedene Alters- und Entwicklungsstufen.

Der Säugling ist bereits im ersten Lebensjahr aktiv und kommunikativ und kein passives und inkompetentes Lebewesen. Das erste Lebensjahr ist gekennzeichnet durch ein allgemeines Hinwenden zur Welt. Das Kind möchte alles aufzunehmen, sich einverleiben, festhalten und begreifen (orale Phase) (vgl. Lexikon der Psychologie 2000). Nach Erikson (1963; zitiert nach Gerrig & Zimbardo, 2008) sollte der Säugling im ersten Stadium Vertrauen zu seiner Umwelt entwickeln können durch die Interaktion mit seinen Fürsorgepersonen. Misstrauen, Angst und Unsicherheit können die Säuglinge ebenfalls schon entwickeln, wenn ihren Grundbedürfnissen nicht nachgegangen wird oder wenn die Versuche des Kindes, die Welt auf sich aufmerksam zu machen, ohne Resonanz bleiben. Dies kann in Erscheinung treten, wenn die Mutter zum Beispiel an einer Depression leidet. Gegen Ende des ersten Lebensjahres nimmt sich das Kind zunehmend als eigene Person wahr und löst sich langsam von der Mutter ab. Das Kind fängt an wegzukrabbeln oder allein zu spielen, aber immer mit der Fähigkeit und dem Bewusstsein zu der Mutter zurückkehren zu können. Weiterhin wird das Bewusstsein

des Wartens weiter ausgeprägt. Das heißt, die Mutter braucht nicht mehr sofort zur Verfügung zu stehen, denn das Kind lernt zu warten, indem es ein Vertrauen entwickelt, dass die Mutter sich wieder zuwenden wird. Durch einfühlsame Erfüllung der Bedürfnisse des Kindes seitens der Eltern erlangt das Kind eine von Hoffnung geprägte Grundstimmung für das weitere Leben. Das Kind entwickelt ein Gefühl von Sicherheit und in Ordnung zu sein (vgl. Lexikon der Psychologie 2000).

Die Entwicklung des zweiten Lebensjahres ist dadurch geprägt, dass das Kind lernt festzuhalten, aber auch loslassen zu können. Diese zwei widersprüchlichen Faktoren muss das Kind lernen zu verbinden. In dieser Entwicklungsphase schreiten die muskuläre Reifung und die Sprachfähigkeit des Kindes sehr schnell vor. Nun kommt es typischerweise zu Trotzphasen. Dem Kind wird auch bewusst, dass es über die Kontrolle seines Schließmuskels, seine Darm- und Blasenentleerung regulieren kann. Das Kind kann die Endprodukte entweder zurückhalten oder ausscheiden (anale Phase).

Diese zweite Lebensphase ist sehr bedeutsam für die Autonomieentwicklung des Kindes und erfordert sehr viel Einfühlungsvermögen und Geduld von den Eltern. Wenn die Eltern mit zu starren Reglementierungen reagieren, entsteht bei dem Kind unausweichlich das Gefühl die Herrschaft über sich selbst verloren zu haben und den Eltern unterworfen zu sein. Das Kind reagiert dann mit Gefühlen wie Scham oder beginnt an sich und den eigenen Körper zu zweifeln. Es zieht sich dann auf frühere Entwicklungsphasen zurück. Kann sich das Kind aber über die gegenteilige Situation des Festhaltens und Loslassens hinwegsetzen, ist es auch dazu fähig ein Gefühl der Selbstbeherrschung zu entwickeln, ohne dabei einen Verlust der Selbstachtung zu erleiden. Zudem kann es einen freien Willen entfalten, Ich-Stärke entwickeln und die Fähigkeit dazugewinnen, dass man auch zusammenarbeiten kann. Die Eltern müssen in dieser Lebensphase das Kind vor den Konsequenzen seines Handelns und seiner Unerfahrenheit schützen und es in seinem Wunsch dahingehend bestärken vieles selber machen zu können (vgl. Lexikon der Psychologie 2000). Gelingt es den Eltern nicht Reglementierungen vorzugeben und sind sie in ihrem Handeln zu gewährend (z. B. im Fall einer depressiven Mutter) erfährt das Kind so viel Orientierungslosigkeit, dass es damit in dieser Entwicklungsphase überfordert ist. Daraus können sich verschiedene pathogene Strukturen entwickeln.

Das Kindergartenalter beginnt gewöhnlich mit dem 3. Lebensjahr, wenn das Kind zunehmend auch zur selbstständigen Person heranwächst. Das Kind bewegt sich nun frei, kann seine Motorik kontrollieren, entwickelt Geschicklichkeit und Kraft. Die Distanzierung von der Mutter schreitet nun voran. Das Kind verfügt über einen Zeitbegriff, sodass es auch über

mehrere Stunden von der Mutter getrennt bleiben kann. Es ist nun soweit, um den Kindergarten zu besuchen, dort mit anderen Kindern zu spielen und andere Rollen anzunehmen innerhalb des Spiels. Die Entwicklung des Gefühls für eigene Tatkraft und Unternehmungsgeist schreitet in dieser Phase voran und es entwickelt sich ein starkes Interesse an Unterschieden, ganz besonders an jenen des Geschlechts. Die Kinder nehmen den Geschlechterunterschied jetzt bewusst wahr. Auch die Sprache wird immer sicherer und das Verständnis von Zusammenhängen ausgebildeter (vgl. Lexikon der Psychologie 2000). Dieser Entwicklungsabschnitt ist durch die ödipale Phase geprägt. Diese ist charakterisiert durch Phantasievorstellungen des Kindes, sich als Partner von Mutter oder Vater zu sehen. Das Kind erlebt seine Konkurrenz einerseits mit Stolz andererseits durch Auftreten starker Schuldgefühle als beängstigend, was sich auch in Angstträumen äußern kann (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008). Zentrales Interesse in dieser Lebensphase besteht in der eigenen und fremden Sexualität. Diesbezüglich sollte die offene Beantwortung der kindlichen Fragen dazu beitragen, auch im weiteren Leben Interesse und Neugier zu entwickeln (vgl. Lexikon der Psychologie 2000).

Im weiteren Entwicklungsverlauf tritt dann das Schulalter ein. Bei den Kindern entsteht das Bedürfnis, sich Lehrer/innen, Eltern und anderen Kindern anzuschließen. In diesem Alter tritt es vermehrt auf, dass die Kinder den Erwachsenen vielerlei Fragen stellen und fachliche Antworten und Handlungsweisen erwarten. Das Kind beginnt die Erwachsenen nachzuahmen, indem es diese vorher genau beobachtet. Im Schullalltag lernen die Kinder nun Lesen und Schreiben. Die Kinder bauen auch eigene Kontakte auf und können mehr und mehr direkte Auseinandersetzungen führen, ohne die Vermittlung der Eltern oder Bezugspersonen. Das Schulalter stellt auch den Übergang zur Pubertät dar. (vgl. Lexikon der Psychologie 2000).

Sigmund Freud unterteilt die Entwicklung des Menschen in verschiedene Phasen, die in den obigen Ausführungen bereits zum Teil übernommen wurden. So wird dem Alter 0 – 1 Jahre die orale Phase zugeteilt, dem Alter 2 – 3 Jahre die anale Phase, dem Alter 4 – 5 Jahre die Phallische Phase und die Latenzphase im Alter von 6 – 12 Jahren. Die Letzte Phase tritt im Alter von 13 – 18 Jahren ein und wird als Genitalphase bezeichnet (vgl. Gerrig & Zimbardo 2008).

Nach Erik Erikson (1963; zitiert nach Gerrig & Zimbardo, 2008) werden die Altersstufen in Stadien eingeordnet, wobei in jedem Stadium eine Krise entsteht, die der Mensch durchlaufen muss. Für die weiteren bzw. nachfolgenden Ausführungen dieser Arbeit sind die Stadien 1 – 4 von zentraler Bedeutung.

Ungefähres Alter/Stadien	Krise
1.) 0 – 1,5 Jahre	Vertrauen vs. Misstrauen
2.) 1,5 – 3 Jahre	Autonomie vs. Selbstzweifel
3.) 3 – 6 Jahre	Initiative vs. Schuldbewusstsein
4.) 6 - Pubertät	Kompetenz vs. Minderwertigkeit
5.) Adoleszenz	Identität vs. Rollendiffusion
6.) Frühes Erwachsenenalter	Intimität vs. Isolation
7.) Mittleres Erwachsenenalter	Generativität vs. Stagnation
8.) Seniorenalter	Ich-Integrität vs. Verzweiflung

Abbildung 9: „Altersstadien und Krisen nach Erikson“ (abgebildet nach Gerrig & Zimbardo 2008: S. 389)

4.2) Rahmenbedingungen für die gesunde kindliche Entwicklung

Die gesunde Entwicklung eines Kindes ist abhängig von bestimmten gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen. Die verschiedenen Rahmenbedingungen wurden in einem Beitrag zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes vom Statistischen Bundesamt und dem Robert-Koch-Institut zusammengetragen. Mit Hilfe des Berichts „Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“ werden im folgenden Absatz die einzelnen Rahmenbedingungen benannt und es wird beschrieben, wie diese zur Gesundheit des Kindes beitragen. So werden die gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen abhängig gemacht von der sozialen Lage, der Situation in der Familie und den Umweltbedingungen.

4.2.1) Soziale Lage

Die soziale Lage wird durch unterschiedliche Faktoren wie Bildung, Einkommen und Lebensform bestimmt, wovon die Kinder und ihre Entwicklungschancen abhängig sind. Fällt die soziale Lage positiv aus, wirkt sich dies auch positiv auf den Entwicklungsprozess des Kindes aus. Ist die soziale Lage negativ, entstehen viele Probleme und das Kind hat keine guten Voraussetzungen für positive Entwicklungsvorgänge (vgl. Horch 2008).

Die Kinder sind also von dem sozialen Status der Eltern abhängig. Hierzu zählen die wirtschaftliche Lage der Eltern, der Berufs- und Bildungshintergrund und oftmals auch der Stand in der Gesellschaft. Wenn diese Faktoren in einem geregelten Zustand sind, hat auch das Kind die Chance eine gute Entwicklung zu durchleben und einem guten (psychischen) Gesundheitszustand zu genießen.

Familiäre Ressourcen wie z. B. gemeinsame Freizeitaktivitäten stellen für die Kinder einen weiteren Faktor dar, um psychisch gesund zu bleiben. Ist dieser Faktor nicht gegeben, kann es zu sozialer Ausgrenzung der Familie und vor allem der Kinder kommen, was dann wiederum zu emotionaler Instabilität und zur Beeinträchtigung von kognitiver und sprachlicher Entwicklung führt. Schulische Leistungen fallen in Folge ab und es kann vermehrt zu Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern kommen (vgl. Horch 2008).

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie verdeutlichen, dass Kinder mit niedrigem Sozialstatus häufiger Gesundheitsdefizite wie z. B. psychische Auffälligkeiten oder aber auch Defizite in der motorischen Entwicklung, aufzeigen (vgl. Horch 2008).

4.2.2) Familiensituation

Neben dem sozialen Status einer Familie spielt auch die soziale Stabilität und die emotionale Verbundenheit innerhalb der Familie eine wichtige Rolle für die gesunde Entwicklung von Kindern. Die Familie stellt für die Kinder eine primäre Sozialisationsinstanz dar und den Ort, an dem Rückhalt und Unterstützung gegeben werden. Die Möglichkeiten ein gesundes und zufriedenes Leben zu führen kann dadurch verbessert werden, indem sich die Familie einen sozialen Zusammenhalt schafft, gegenseitig hilft und emotional aufeinander einstimmt. Die emotionale Bindung und die alltägliche Praxis der elterlichen Lebensweise beeinflussen die Gesundheit der Kinder in großem Maße. Durch die Familie werden Umgangsformen, Einstellungen zur eigenen Person sowie zum Körper und zur Gesundheit geprägt. Weitere Faktoren

zur Förderung der Gesundheit sind das Verfügen über soziales und kulturelles Kapital sowie die Erziehungskompetenz der Eltern. Das heißt, dass ein gutes Familienklima und gemeinsame Aktivitäten in der Familie zu einer positiven Lebenslage führen können, in der die Kinder ihre Entwicklungsaufgaben besser vollziehen können (vgl. Horch 2008).

Empirisch nachgewiesen wurde auch, dass Kernfamilien am förderlichsten sind für die psychische Gesundheit und die natürliche Entwicklung von Kindern. Einelternfamilien oder Stieffamilien stellen Beeinflussungen der Entwicklung von Kindern dar und können zu psychischen Auffälligkeiten bei Kindern führen. Die nachfolgend aufgeführte Abbildung zeigt Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Familienformen (vgl. Horch 2008).

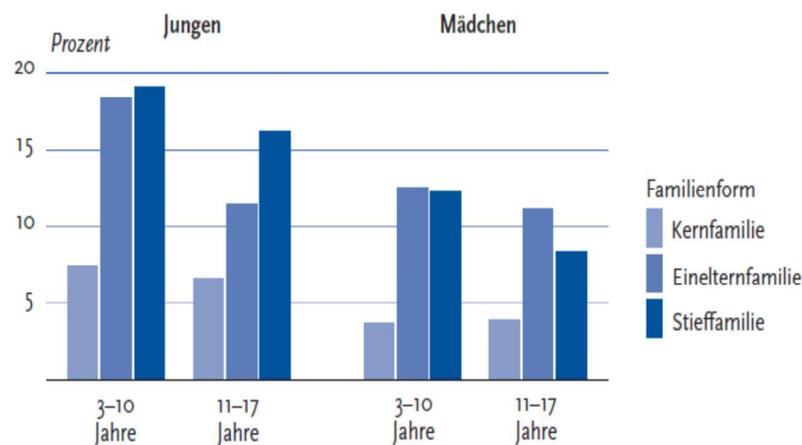


Abbildung 10: „Psychische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Familienform (Horch 2008: S. 23)

Abbildung 9 zeigt, dass Kinder die in einer Ein-Eltern- und Stieffamilie aufwachsen, häufiger von psychischen und Verhaltensauffälligkeiten betroffen sind, als Kinder, die in einer Kernfamilie aufwachsen. Kernfamilien stellen für die Kinder eine Vertrauens- und Sicherheitsbasis dar. Der familiäre Zusammenhalt ist verstärkter vorhanden aufgrund von jahrelanger Erfahrung und Kenntnis der Familienmitglieder (vgl. Horch 2008).

Der Faktor Familie stellt für die Kinder mit all seinen Funktionen also eine Basis zur gesunden Entwicklung dar, wenn diese Faktoren positiv ausgelebt werden (vgl. Horch 2008).

4.2.3) Wohnsituation und Umweltbedingungen

Nicht nur die Gesundheit von Kindern sondern auch ihre körperliche und seelische Entwicklung sind in besonderem Maße von der Umwelt und den Lebensbedingungen abhängig. Die Wohnumwelt kann sich dabei direkt und indirekt auf den Menschen und vor allem auf Kinder und deren Gesundheit auswirken. Es ist von besonderer Bedeutung für ein Kind, in welcher Wohnumgebung, Wohnlage, welchem Haustyp und welcher Wohnstraße es lebt.

Denn Kinder sind bezüglich umweltmedizinischer Einflüsse anfälliger als Erwachsene. Sie unterscheiden sich von den Erwachsenen in Bezug auf die Exposition, die Resorption, den Stoffwechsel, die Verteilung und die Ausscheidung von Fremdstoffen sowie bezüglich der Empfindlichkeit gegenüber Umwelteinflüssen (vgl. Horch 2008).

Bezüglich der Wohnsituation von Kindern und der damit verbundenen Gesundheit bzw. den damit verbundenen Einflussfaktoren auf die Gesundheit liegen viele empirische Studien vor, auf die in diesen Ausführungen nicht weiter eingegangen werden sollen (vgl. ebd.).

4.3) Mögliche Einflussfaktoren auf die psychische Entwicklung von Kindern

In den oben gemachten Ausführungen wurden Faktoren aufgezeigt, die vorliegen sollten um eine gesunde Entwicklung von Kindern zu gewährleisten. In diesem Abschnitt soll es nun darum gehen, welche Faktoren die gesunde psychische Entwicklung von Kindern beeinflussen bzw. einschränken können.

Ein niedriger sozioökonomischer Status und Armut in der Familie stellen einen Faktor dar, der die psychische Entwicklung von Kindern stark beeinflussen kann. Wächst das Kind in Armut und einer sozialen Unterschicht auf, hat es kaum Chancen im Kindesalter und unabhängig von der wirtschaftlichen Lage und der Bildung der Eltern in eine höhere Sozialschicht zu gelangen. Das Kind ist abhängig von den Eltern und deren gesellschaftlichem und finanziellem Stand. Die Arbeitslosigkeit geht einher mit dem sozioökonomischen Status und der Armut in der Familie. Wenn beide Elternteile arbeitslos oder nur erwerbstätig mit geringer Arbeitszeit und Niedriglohn sind, führt dies zu Armut in der Familie und es gibt nur wenig Chancen für die Kinder eine gute Bildung und Erziehung genießen zu können. Zudem sind die Eltern möglicherweise stark gefrustet und übertragen dies auf die Kinder. Weitere Umweltfaktoren die die psychische Entwicklung von Kindern beeinflussen können sind beengte Wohnverhältnisse, sexueller Missbrauch und Misshandlungen (vgl. Matzejat 2008).

Eltern stellen jedoch den größten Beeinflussungsfaktor für die psychische Gesundheit von Kindern dar, indem sie durch verschiedene Handlungsweisen psychische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern hervorrufen können. Solche Einflussfaktoren können z. B. Disharmonie zwischen den Eltern, Scheidung oder Trennung der Eltern, Betreuung durch einen alleinerziehenden Elternteil, Verlust eines Elternteils durch Tod und häufige oder längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren, sein (vgl. Mattejat 2008).

Vereinzelte Risikofaktoren, welche benannt wurden, können von den Familien und Kindern oftmals bewältigt werden. Wenn jedoch mehrere Risikofaktoren gleichzeitig vorliegen ist es schwer diese zu verkraften und es kann zu schweren psychischen Belastungen kommen. Gehäuft kommen die Risikofaktoren vor allem in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil vor. Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil sind daher doppelt belastet selbst eine psychische Krankheit zu entwickeln (vgl. ebd.).

Nach Erkenntnissen der Bella Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) gibt es zahlreiche Risikofaktoren, welche die Entstehung einer psychischen Auffälligkeit bei Kindern begünstigen können. Als Risikofaktoren sind ebenfalls der niedrige Bildungsstatus der Eltern aufgezeigt sowie das Auftreten von familiären oder partnerschaftlichen Konflikten zwischen den Erziehenden. Psychische und körperliche chronische Erkrankungen bei Mutter und Vater sind ebenfalls als Risikofaktor benannt, genauso wie die frühe Elternschaft und das Aufwachsen der Kinder in einer Ein-Eltern-Familie. Aufgeführt sind auch die Arbeitslosigkeit der Eltern und die damit verbundene Häufigkeitsrate von Armut. Die fehlende Unterstützung während des ersten Lebensjahres des Kindes stellt einen weiteren Risikofaktor dar (Ravens-Sieberer et al. 2007).

4.4) Psychische Gesundheit von Kindern in Deutschland

Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren bezüglich der psychischen Gesundheit von Kindern sind in den Punkten 4.2) und 4.3) erklärt und aufgeführt.

Nun soll der Fokus darauf gelenkt werden, wie viele Kinder in Deutschland eine psychische Auffälligkeit aufweisen und welche Risikofaktoren empirischen Studien zufolge bestehen.

Als Grundlage dient die BELLA Studie (2007).

„Die BELLA-Studie ist das Modul zur psychischen Gesundheit des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts in Berlin und untersucht eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern sowie jungen Erwachsenen. Nach der Erhebung der Basisdaten zwischen 2003 und 2006 wurden die Teilnehmer der BELLA-Studie in drei weiteren Erhebungswellen (2004-2007, 2005-2008, 2009-2012) wiederholt befragt.

Mit der BELLA-Studie sollen Auftretenshäufigkeit und Entwicklungsverläufe sowie relevante Determinanten (individuelle, familiäre und soziale Risiko- und Schutzfaktoren) psychischer Auffälligkeiten von der Kindheit und Jugend bis ins Erwachsenenalter untersucht sowie die Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems analysiert werden“ (Ravens-Sieberer, Ulrike: „Die BELLA-Studie auf einen Blick.“ URL: www.bella-study.org/new-version/die-bella-studie-auf-einen-blick/ [Stand:14.07.2013]).

Bei der BELLA-Studie waren 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7 – 17 Jahren beteiligt, welche zum Modul Psychische Gesundheit befragt wurden. Hierbei wurde vertieft auf das seelische Wohlbefinden und Verhalten eingegangen. Das Ergebnis dieser Befragung ergab, dass insgesamt 21,9 % der befragten Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten aufzeigten. Ängste treten als spezifische psychische Auffälligkeiten mit 10,0 % bei den Kindern auf. Die Prozentzahl von Störungen des Sozialverhaltens liegt bei 7,6 % und die Zahl von Depressionen bei 5,4 %. Zu erwähnen ist weiterhin, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Erkrankung bei Jungen leicht höher ist, als bei Mädchen, was sich mit zunehmendem Alter genau gegenteilig darstellt. Als bedeutsame Risikofaktoren wurden innerhalb der BELLA-Studie ein ungünstiges Familienklima, sowie ein niedriger sozio-ökonomischer Status hinsichtlich der Familie benannt (Ravens-Sieberer et al. 2007).

5.) Lebenssituation der Kinder von psychisch kranken Eltern

Wie in den bereits getätigten Ausführungen schon des Öfteren erwähnt, gibt es eine Vielzahl von Kindern, deren Eltern an einer psychischen Störung erkrankt sind. Weiterhin wurden Aussagen dazu gemacht, was für eine gesunde Entwicklung von Kindern wichtig ist und welche Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Kinder einwirken können. An oberster Stelle der Einflussfaktoren stehen die Eltern, vor allem jene, die an einer psychischen Erkrankung leiden.

Im Folgenden werden speziell die subjektiven Risiko- und Belastungsfaktoren dargestellt und Erläuterungen dahingehend gegeben, wie die Lebenssituation der Kinder mit psychisch kranken Eltern ist. Es werden Bedingungen erfasst, die das Zustandekommen einer psychischen Störung bei Kindern begünstigen oder einen Eingriff in die psychische Gesundheit der Kinder durch ihre psychisch kranken Eltern darstellen.

5.1) Subjektive Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern

Nach Plass et al. (2012: S. 21) [bietet] „die subjektive Sichtweise auf die Belastungen von Kindern psychisch kranker Eltern einen Einblick in ihre unmittelbare Erlebnisweisen, ihre Gefühle und ihren Umgang mit den Alltagsanforderungen.“ Es gibt verschiedene subjektive Belastungsfaktoren, welche im weiteren Textverlauf beschrieben werden und welche dazu führen können, dass die Kinder selbst an psychischen Störungen bzw. Beeinträchtigungen erkranken können (vgl. Plass et al., 2012).

5.1.1) Elterliche Erkrankung

Kinder sind genaue Beobachter ihrer Eltern und nehmen Veränderungen derer sehr schnell wahr. Somit können die Kinder zumeist sehr schnell erkennen, wenn Eltern sich emotional von den Kindern abgrenzen oder gar ihre Persönlichkeit verändern. Als Folge darauf können die Kinder ihr Verhalten dementsprechend auf die Krankheit der Eltern ausrichten. Das Erleben von Belastungen ist wesentlich durch die akuten Symptome, durch die Dauer, den Krankheitsverlauf und die damit verbundene Persönlichkeitsveränderung beeinflusst. Depressive Eltern wirken auf ihre Kinder oft stark verändert, fremd und sogar unheimlich. Erlebt das Kind z. B. diese Wahnerlebnisse direkt mit, kann es mit großer Angst und Beeinträchtigungen in seiner eigenen Person reagieren. Weiterhin kann es zu Verwirrungen kommen, da die Kin-

der die Probleme der Eltern nicht einordnen oder verstehen können. Es kann also zu einer Unkontrollierbarkeit der Situation kommen (vgl. Plass et al., 2012).

Eine besonders belastende Situation stellt die Klinikeinweisung der Eltern für die Kinder dar. Diese geht häufig mit dramatischen Umständen einher und ist mit traumatisierenden Gefühlen für die Kinder verbunden. Die Kinder fühlen sich von den Eltern allein gelassen und erfahren dadurch keine Autonomie oder Autorität des erkrankten Elternteils. Dies führt dann bei den Kindern zu einer Erschütterung ihres Elternbildes und der Beziehung zum erkrankten Elternteil. Kinder kompensieren die traumatischen Situationen mit emotionalem Rückzug und wirken nach außen oftmals teilnahmslos, apathisch und unberührt von den Geschehnissen (Plass et al., 2012).

Eine andere Sichtweise ist die der Erleichterung. Es gibt viele Kinder, die die Klinikeinweisung als Entlastung ansehen und dadurch Hoffnung schöpfen, dass dem Elternteil geholfen wird und jemand anderes (in dem Fall das Krankenhaus) die Verantwortung für das Elternteil übernimmt (vgl. ebd.).

Ein anderes Problem der elterlichen Erkrankung stellt die Identitätsproblematik dar. Diese wirkt sich vielfältig auf die Identitätsbildung der Kinder aus. Sie reagieren mit Wut, Traurigkeit und Enttäuschung, da die Eltern nicht mehr auf ihre Bedürfnisse eingehen können und die Krankheit nun in den zentralen Mittelpunkt rückt. Die Kinder fühlen sich in Folge nicht verstanden, vernachlässigt oder ungeliebt. In ihrer Verunsicherung kann es zu einer Abwendung vom erkrankten Elternteil kommen und zum Versuchen sich dem gesunden Elternteil stärker anzunähern. Des Öfteren kommt es auch zum Verbergen eigener Bedürfnisse und dem damit verbundenen enttäuschten Rückzug (vgl. Lenz 2008).

Kinder reagieren also sehr sensibel auf die Krankheit der Eltern. Doch es kommt oft vor, dass die Kinder überhaupt nicht wissen, was mit den Eltern eigentlich gerade geschieht. Es findet sozusagen keine ausreichende Aufklärung über die Krankheit statt bzw. besteht eine diffuse Unwissenheit über die Krankheit der Eltern, was wiederum Ängste und Unsicherheiten seitens der Kinder mit sich bringt (vgl. Lenz 2008).

Wie es tatsächlich um das Wissen der Kinder über die Krankheit der Eltern steht, soll im nächsten Punkt untersucht werden.

5.1.2) Wissen der Kinder über die Krankheit der Eltern

Wie man aus dem Punkt 5.1.1) entnehmen kann, sind die Kinder psychisch kranker Eltern oftmals eingeschüchtert und wissen nicht wie sie sich verhalten sollen. Dies liegt zumeist an der unzureichenden Aufklärung seitens der Eltern und der Fachleute, sodass die Kinder nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen. Wenn Kinder eine alters- und entwicklungsangemessene Informationsvermittlung und Aufklärung über die Erkrankung eines Elternteils erhalten würden, könnten Ängste und Unsicherheiten vermindert werden und die emotionale Zuwendung und Bindung zwischen Kind und Bezugsperson gestärkt werden.

In einer Studie nach Sollberger et al. (2008; zitiert Plass et al. 2012) gaben ungefähr zwei Drittel der Kinder an nie mit einer Fachperson die elterliche Erkrankung thematisiert zu haben. Ein Viertel der Kinder wurde lediglich über die Diagnose informiert und nur knapp ein Fünftel erhielt zusätzlich eine Erklärung zu der elterlichen Erkrankung und Ratschläge für den Umgang damit. 20 % der Kinder wurde die Diagnose der Eltern vor dem 10. Lebensjahr mitgeteilt, wobei jedoch nur die Hälfte eine Beratung dahingehend bekam, wie sie sich verhalten sollen (vgl. Plass et al., 2012).

Kinder psychisch kranker Eltern werden also nur relativ selten in die Krankheit und deren Aufklärung einbezogen. Es besteht ein großer Bedarf an altersgerechter Aufklärungsarbeit. Die Kinder wünschen sich mehr Kontakt zu den behandelnden Fachpersonal, mehr Informationen und mehr Erklärungen zu der elterlichen psychischen Erkrankung auch von Seiten der Eltern selbst (vgl. ebd.).

5.1.3) Tabuisierung, Isolierung und Kommunikationsverbot

Die meisten Kinder haben das Gefühl nicht über die Probleme, welche innerhalb der Familie auftreten, reden zu dürfen. Es treten Befürchtungen auf, dass sie ihre Eltern verraten und ihnen somit etwas Böses und Unrechtes tun könnten. Es findet seitens der Kinder eine Tabuisierung statt, welche von den Eltern häufig auch gewünscht oder sogar verlangt wird.

„Die Tabuisierung verhindert eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und damit eine durch Aufklärung mögliche Ressourcenmobilisierung bei den Kindern“ (Plass et al., 2012: S. 25). Die Kinder werden also gehindert sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen um somit eine Art Selbstreflektion durchführen zu können. Sie haben keine Chance sich mit der Thematik zu beschäftigen, da sie eine Art ‚Verbot‘ seitens der Eltern be-

kommen haben oder ihre Eltern schützen wollen. Wenn keine Auseinandersetzung mit dem Thema stattfindet, kann auch kein Weg geschaffen werden Ressourcen zu mobilisieren und zu reflektieren.

Nach Imber-Black (2006; zitiert nach Plass et al. 2012) werden vier verschiedene Kategorien der Tabuisierung vorgenommen. Eine Möglichkeit der Tabuisierung ist das Verschweigen der psychischen Krankheit der Eltern gegenüber den Kindern. Den Kindern wird lediglich mitgeteilt, dass sie sich beispielsweise auf einer beruflichen Fortbildung befänden, während sie eigentlich in stationärer Behandlung sind. Eine zweite Tabuisierungsvariante stellt die Nicht-Thematisierung der psychischen Krankheit der Eltern dar. Das bedeutet, dass die Eltern den Kindern mitteilen, dass sie eine psychische Krankheit haben, aber es werden keine weiteren Informationen dazu gegeben. Bei der dritten Variante wird die Behandlung verheimlicht, die aufgrund der Erkrankung erforderlich ist. Das Verstecken und die Verleugnung von Emotionen ist als letzte Tabuisierungsvariante zu nennen.

Es bestehen viele Gründe für das Zustandekommen einer Tabuisierung. Es kann daran liegen, dass seitens der Eltern und Kinder ein Schamgefühl und Schuldgefühl vorliegt oder aber es besteht ein gegenseitiges Bedürfnis auf Schonung und Rücksichtnahme in der elterlichen Krankheitsverleugnung. Ein weiterer Grund für die Tabuisierung besteht darin, dass Eltern Angst haben in ihrer Elternrolle zu versagen oder gar das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren.

In einer weiteren Studie von Sollberger et al. (2008; zitiert nach Plass et al. 2012), heißt es, dass ein Viertel der Kinder in der Familie regelmäßig und offen über die Krankheit spricht.

53 % geben an, dass nur wenig oder auch überhaupt nicht darüber gesprochen wird und fast zwei Drittel, dass wenig bis überhaupt nicht mit familienexternen Personen über die elterliche Krankheit geredet wird. Weiterhin sind zwei Familientypen für das Thema der Tabuisierung von Bedeutung. Beim ersten Typ wird offen über alle Geschehnisse innerhalb der Familie gesprochen, es wird sich innerhalb der Familie und familienexternen Personen vertraut. Die Kinder werden in alle Geschehnisse und Zusammenhänge mit einbezogen. Der zweite Typ tritt jedoch vermehrt auf und ist dadurch charakterisiert, dass offene Gespräche in der Familie verhindert werden und damit auch die familienexterne soziale Unterstützung erschwert wird. Es findet also nicht nur innerhalb der Familie ein Rede- und Kommunikationsverbot statt, sondern auch mit Außenstehenden. Die Überzeugung der Kinder Verrat an ihren Eltern begehen zu können hindert sie daran mit anderen zu kommunizieren. Oftmals ist es auch der gesunde Elternteil, der enormen Druck auf das Kind ausübt und ihm verbietet

über die Krankheit zu reden. Sie möchten die Krankheit verschleiern und versuchen mit Umschreibungen und Umdeutungen die Krankheit zu verheimlichen. Die Tabuisierung ist für die Kinder psychisch kranker Eltern ein Teufelskreis. Sie sind hin und her gerissen zwischen der Loyalität zu ihren Eltern, ihrem Schamgefühl eine psychisch kranke Mutter oder einen psychisch kranken Vater zu haben und dem Bedürfnis mit jemandem darüber sprechen zu können. Die Tabuisierung der elterlichen Erkrankung und die fehlende Kommunikation führen weiterhin zur sozialen Isolierung der Familie und vor allem zu der des Kindes. Das Kind besitzt niemanden mit dem es kommunizieren kann und zieht sich zurück, was zu Einsamkeit führen kann oder dazu, dass es eine eigene psychische Erkrankung entwickelt (vgl. Plass et al., 2012; Lenz 2008).

5.1.4) Auswirkung auf das Familienleben

Durch die psychische Erkrankung eines Elternteils gerät das Familienleben durcheinander und meist ist eine Umstrukturierung notwendig. Die Kinder psychisch kranker Eltern müssen sich mit neuen Rollen identifizieren und werden auf einmal aus ihrem gewohnten Leben in ein anderes und oftmals sehr schweres hineinversetzt. In der Familie entsteht eine große innere Nähe, die sich durch Fürsorge, gegenseitige Unterstützung, durch Rollenübernahme und Rollenumkehr ausdrückt. Die heranwachsenden Kinder schützen sich jedoch auch, indem sie sich distanzieren und zurückziehen. Diese 2 Verhaltensweisen stellen gegenteilige Pole dar, die charakteristisch für das Familienleben mit einem psychisch kranken Elternteil werden.

Zentrale Fragestellungen, welche in Bezug auf das Familienleben mit einem psychisch kranken Elternteil auftauchen, sind:

Wie gestaltet sich das Familienleben mit einem psychisch kranken Elternteil und was sind die Auswirkungen auf den Familienalltag? Diese zentralen Fragestellungen gilt es in diesem Absatz zu beantworten sowie die Situation und deren Auswirkungen genauer zu beschreiben.

Die Generationsgrenzen, welche in jeder Familie bestehen, verwischen, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Die Generationsgrenzen definieren sich über die Anerkennung und Einhaltung von Unterschieden zwischen den elterlichen und den kindlichen Rollen sowie über die Interaktionsregeln des elterlichen und kindlichen Subsystems. Wenn diese Generationsgrenzen nicht mehr bestehen, bricht das System Familie zusammen oder es findet eine sogenannte Parentifizierung statt (vgl. Lenz 2012).

„Unter Parentifizierung wird die subjektive Verzerrung einer Beziehung verstanden – so, als stelle der Ehepartner oder gar eines der Kinder einen Elternteil dar. Parentifizierung beschreibt also nicht nur die Rollenumkehr zwischen Eltern und Kindern, sondern auch in Partnerschaften, in denen ein Partner die Elternrolle für den anderen übernimmt. Parentifizierung ist in vielen Familien mit einem psychisch kranken Elternteil zu beobachten. Die Kinder übernehmen elterliche Funktionen und Verantwortung in vielen Bereichen (z. B. Haushalt und Erziehung der jüngeren Geschwister), sie werden zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern, zur primären Quelle von Unterstützung und Trost“ (Plass et al. 2012: S. 29).

Bei der Parentifizierung wird dem Kind oftmals das Kind-Sein genommen. Die Kinder werden in die Rolle der Eltern gesteckt und müssen die Aufgaben der Eltern übernehmen. Wie sich die Parentifizierung auf die Kinder auswirkt, hängt wiederum von verschiedenen Faktoren ab. Die Parentifizierung ist als adaptiv einzuschätzen, solange es die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes nicht einschränkt. Das heißt, wenn alle Beteiligten ebenfalls als Parentifizierungsobjekte zur Verfügung stehen und füreinander da sind, kann das Kind sogar gestärkt aus der Situation herausgehen. Wenn dem Kind also bestimmte Aufgaben auferlegt werden und die Eltern oder andere Familienangehörige wissen das zu würdigen, kann das Kind gestärkt werden und ein größeres Selbstbewusstsein entwickeln. Die adaptive Phase ist gekennzeichnet durch die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder durch die Eltern und Angehörigen, die Unterstützung der Kinder in der Verrichtung ihrer Aufgaben und die darauffolgende Anerkennung (vgl. Plass et al. 2012).

Das Gegenteil von der adaptiven Phase stellt die destruktive Phase dar. Die Folge der destruktiven Parentifizierung ist, dass die Eltern die Kinder für die Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse missbrauchen. Die Bedürfnisse der Kinder werden vernachlässigt und das Kind wird in eine nicht kindgerechte Rolle gedrängt, die die Generationsgrenze überschreitet. Von den Kindern sollen Verantwortungen übernommen werden, welche nicht alters- und entwicklungsangemessen sind. Das Kind ist seitens der Eltern dazu gezwungen die eigenen Bedürfnisse hinter den von den Eltern gestellten Anforderungen zurückzustellen und erhält dafür keine angemessene Anerkennung (vgl. Plass et al. 2012 & Lenz 2008).

Die Parentifizierung kann tiefgreifende Folgen für die Kinder darstellen. Negative Langzeitfolgen können von einem instabilen Selbstwertgefühl und Ablösungs-/Identitätsproblem bis hin zu starken Depressionen oder suizidalem Verhalten reichen. Viele Kinder, welche der Parentifizierung ausgesetzt sind, zeigen zudem Schuld- und Schamgefühle gegenüber ihren Eltern, da sie eine gewisse Abneigung und Enttäuschung seitens der Eltern erfahren haben. Nach

Castro et al. (2004; zitiert nach Plass et al. 2012) heißt es, dass parentifizierte Kinder häufig das Gefühl haben, dass sie Hochstapler seien. Der niedrige Selbstwert ist durch ein überdauerndes Gefühl von Unzulänglichkeit und der Angst, es könnte sich offenbaren, dass die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht an die anderen heranreichen, gekennzeichnet (vgl. Plass et al. 2012).

Der familiäre Alltag erfährt, wie schon erwähnt, eine Umstrukturierung und zumeist leiden die Kinder psychisch kranker Eltern unter der Rollenverteilung, dem Betreuungsdefizit, der fehlenden Zuwendung und Unaufmerksamkeit der Eltern. Die Kinder sind auf sich gestellt und müssen ein hohes Maß an Verantwortung übernehmen. Nämlich die Verantwortung der eigenen Eltern.

Wie es den Kindern dabei ergeht und wie sie ihre Gefühle ausdrücken soll im nächsten Abschnitt dargelegt werden.

5.1.5) Gefühle und Gedanken der Kinder

An oberster Stelle der Gefühle steht die Angst. Die Kinder haben Angst, dass der psychisch kranke Elternteil in die Klinik muss, sie haben Angst den Elternteil an Suizid zu verlieren und sie haben Angst sich zu trennen. Ängste und Gefühle des Verlustes, der Schuld und der Trauer spielen dabei tagtäglich eine Rolle. Im Kopf der Kinder stellen sich Fragen wie z. B. „Was passiert mit meinem Vater/meiner Mutter?“, „Was passiert mit uns?“, „Wie sollen wir den Alltag ohne Mutter/Vater meistern?“, „Warum sind sie auf einmal so komisch?“, „Wie kann ich ihnen helfen?“, „Bin ich schuld an ihrem Verhalten“ etc.

Zudem haben die Kinder Zukunftsängste. Der Blick in die Zukunft und die Angst, dass sich die elterliche Krankheit verschlimmern könnte bzw. immer wieder auftritt und die damit verbundenen Ängste, dass eine eigene Krankheit entstehen könnte, beschäftigen die Kinder sehr. Die jüngeren Kinder haben oftmals das Gefühl verantwortlich für das Ausbrechen der Symptome der elterlichen psychischen Erkrankung zu sein. Sie ziehen sich dann häufig zurück, werden unsicher und beginnen zu grübeln. Die älteren Kinder sind mit Schuldgefühlen belastet und in der Folge finden Abgrenzungs- und Distanzierungsschritte statt. Das belastet die Eltern oftmals zusätzlich, jedoch haben sie keine Kraft alle Familienmitglieder freizusprechen (vgl. Lenz 2008).

Besonders klägliche Gefühle entwickeln sich nach einem längeren Krankheitsverlauf. Die Kinder erleben Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Resignation und Demoralisierung. Hierauf rea-

gieren sie dann wiederum mit depressivem Rückzug und dem Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, weil sie dem kranken Elternteil nicht helfen können.

5.1.6) Zusammenfassung Wahrnehmung der elterlichen Erkrankung von den Kindern

Zusammenfassend wird in diesem Absatz betrachtet, wie die Kinder die elterliche Erkrankung wahrnehmen.

Bei den Kindern findet eine Desorientierung statt, das heißt, sie sind geängstigt und verwirrt, weil keine Einordnung der elterlichen Probleme stattfindet und sie nicht verstehen können was mit den Eltern in der Zeit der Erkrankung passiert. Schuldgefühle sind sehr präsent bei den Kindern. Sie glauben, dass sie an den psychischen Problemen der Eltern schuld sind und projizieren alle aufkommenden Probleme auf sich. Weiterhin spielt die Tabuisierung, das Kommunikationsverbot und die Isolierung eine große Rolle bei den Kindern. Wie im Punkt 5.1.3) schon detailliert beschrieben, haben die Kinder den Eindruck sich niemanden anvertrauen zu können und tabuisieren somit die elterliche Erkrankung. Die Befürchtung der Kinder die Eltern zu verraten tritt immer wieder in die Gedanken. Dadurch, dass sie nicht wissen wem sie sich anvertrauen können und sie mit niemandem über das Problem reden, kommt es zu einer Isolierung der Kinder. Sie fühlen sich allein und im Stich gelassen. Sie erhalten zu wenig Aufmerksamkeit, Zuwendung, Führung und Anleitung von den Eltern was zu einem Betreuungsdefizit führt. Ihr Alltag wird durch Zusatzbelastungen bestimmt. Zusätzliche Belastungen lassen die Bedürfnisse der Kinder in den Hintergrund rücken. Weiterhin werden sie mit zusätzlichen Arbeiten konfrontiert oder müssen elterliche Funktionen übernehmen wodurch eine Rollenverschiebung entstehen kann. Diese Belastungen werden als Zusatzbelastungen und Verantwortungsverschiebung bzw. Parentifizierung der Kinder definiert. Ein Abwertungserlebnis kann ebenfalls von Eltern und Kindern wahrgenommen werden. Die Eltern und Kinder erleben es, dass sie von außenstehenden Personen abgewertet werden. Sehr dominierend wirken sich Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie, aber auch außerhalb der Familie auf die Kinder aus. Bei den Loyalitätskonflikten innerhalb der Familie werden die Kinder in Konflikte zwischen den Eltern einbezogen und haben dabei den Eindruck, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen. Loyalitätskonflikte außerhalb der Familie werden von den Kindern durch Scham ausgedrückt. Die Kinder schämen sich vor ihren Freunden und Bekannten für ihre Eltern und sind zwischen Loyalität und Distanzierung hin- und hergerissen (vgl. Matthejat 2008).

Nach dem Aufzeigen der verschiedenen Risikofaktoren und der Wahrnehmung der psychischen Erkrankung der Eltern von den Kindern stellt sich die Frage, wie sich Kinder schützen können bzw. wie sie die Einflüsse der elterlichen Krankheit bewältigen, abmildern oder gar verhindern können. Im Zuge dessen, soll sich im nächsten Punkt mit der Resilienz, dem Coping und der Ressourcenentwicklung beschäftigt werden, welche sich mit den Bewältigungsstrategien der Kinder psychisch kranker Eltern auseinandersetzen.

5.2) Bewältigungsstrategien der Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder sind zwar kleine Menschen, die sich in der Entwicklung befinden, jedoch sind es auch vollkommene Menschen, die viele Stärken in sich tragen und sich auch so entwickeln können, dass sie an der elterlichen Krankheit wachsen. Sie sind bereits in der Lage Stärken und Ressourcen aufzubauen, um mit der Krankheit der Eltern fertig zu werden. Was das für Stärken sein können und welche Bedingungen dazu benötigt werden, um diese zu entwickeln, soll in den nächsten Punkten der Arbeit thematisiert werden.

5.2.1) Resilienz

Im Punkt 3.3) wurde bereits Bezug genommen auf die Resilienzforschung bezüglich Kinder psychisch kranker Eltern. Dabei wurde aufgezeigt, wie sich Kinder selbst vor der elterlichen Krankheit schützen können bzw. was sie widerstandsfähiger gegen Krankheit macht.

In diesem Punkt soll nun die Resilienz als Bewältigungsstrategie vorgestellt und auf Schutzfaktoren eingegangen werden, die zur Krankheitsbewältigung der Kinder und deren Eltern beitragen.

Resilienz ist die psychische Widerstandsfähigkeit und Stärke gegenüber Belastungen und Entwicklungsrisiken seitens der Menschen. Die Verfügbarkeit von Resilienz bedeutet die Fähigkeit zu besitzen, vorhandene Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Umstände aktivieren zu können. Die Resilienz stellt keine zeitlich stabile, situationsübergreifende Eigenschaft dar, sondern die Personen können durch die Resilienz vielmehr zu einem Zeitpunkt gegenüber Belastungen widerstandsfähig, später aber gegenüber anderen Belastungen wiederum verletzlich sein. Familiäre, soziale und personale Schutzfaktoren werden bei der Resilienz als Puffer eingesetzt. Diese Schutzfaktoren sind auch protektive Faktoren, welche wiederum Ressourcen darstellen, die zum Ziel haben, Risi-

ken und Fehlentwicklungen bzw. die Entwicklung von pathogenen Strukturen zu verhindern bzw. abzuschwächen (vgl. Lenz 2012).

Ein gehäuftes Auftreten mehrerer Risiko- und Belastungsfaktoren bedeutet wie bereits diskutiert eine schädliche Auswirkung auf die normale Entwicklung von Kindern. Wenn zu diesem Zeitpunkt nur wenig Ressourcen vorhanden sind, wird die Entwicklung der Kinder beeinträchtigt und einzelne Entwicklungsschritte können nicht vollzogen werden (vgl. ebd.).

Durch Frühintervention und Prävention kann psychischen Störungen vorgebeugt und die altersgemäße Entwicklung der Kinder und der Widerstandskräfte gegenüber belastenden Situationen gefördert werden. Weiterhin sind es die familiären Schutzfaktoren die sich protektiv auswirken und die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Störung bei Kindern verringern können. Familiäre Schutzfaktoren beeinflussen das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität der Kinder in wichtigen Bereichen wie zum Beispiel der Schule. Ein weiterer Schutzfaktor ist die alters- und entwicklungsadäquate Informationsvermittlung über die Erkrankung der Eltern und der Umgang mit der Krankheit innerhalb der Familie. Eine Informationsvermittlung sollte gegeben sein, um die Kinder zu befähigen, die Situation in der sie sich befinden besser zu verstehen und einschätzen zu können und um Unterstützung bei der Bewältigung der Belastungen beim Zusammenleben mit psychisch kranken Eltern zu erhalten (vgl. Lenz 2012).

Nach Mattejat und Lisofsky (2011) und Lenz (2008) werden folgende weitere Faktoren zur Krankheitsbewältigung genannt, welche jedoch von den Eltern ausgehen sollen:

- innere Einstellung zur Erkrankung und aktuelle Bewältigungsformen;
- Einsicht in die Krankheit;
- Einsicht in präventive Maßnahmen zur Rückfallverhinderung;
- Kooperation bei Medikation;
- Auseinandersetzung des erkrankten Elternteils mit der Krankheit;
- Kommunikation der Ehepartner und anderer relevanter Bezugspersonen (vgl. Lenz 2012).

5.2.2) Coping

Coping bedeutet Bewältigung und meint Bemühen, Belastungen innerpsychisch zu verarbeiten bzw. durch Handeln auszugleichen oder zu meistern. Coping ist ein prozesshafter Vorgang, welcher davon abhängt, welche Ressourcen unter stressreichen Lebensumständen zur Verfügung stehen, um Denk-, Empfindungs- und Verhaltensstrategien in Gang zu setzen.

Die verschiedenen Bewältigungsstrategien bei Kindern lassen sich in vier typische Stile zusammenfassen:

- **Die problemorientierte Bewältigung**, bei welcher auf belastende Gegebenheiten mit einer aktiven Suche nach Lösungen und den Einsatz konkreter Handlungen, reagiert wird
- **Die interne, emotionsregulierende Bewältigung**, die auf eine Anpassung auf belastende Bedingungen ausgerichtet ist. Diese beinhaltet konstruktive, emotionsregulierende Strategien, wie z. B. sich ablenken, an etwas Schönes denken, entspannen, aber auch destruktive emotionsregulierende Strategien, wie z. B. Ärger an anderen auslassen etc.
- **Die Suche nach sozialer Unterstützung**, welche gekoppelt ist mit direkter problemlösender und indirekt emotionsregulierender Funktion
- **Die Problemmeidung**, welche die Versuche darstellt, Problemen auszuweichen bzw. diese zu verleugnen.

Es gibt keine eindeutig wirksamen bzw. unwirksamen Bewältigungsstile. Von großer Bedeutung ist die Kontrollierbarkeit der Belastungs- und Stresssituationen, das heißt, wenn Kontrollmöglichkeiten wahrgenommen werden, die eine belastende Situation durch entsprechende Verhaltensweisen beseitigen, abschwächen oder verzögern können. In Situationen, in der das eigene Handeln kontrolliert werden kann, kommen eher problemfokussierende Strategien zum Einsatz, während in unkontrollierbaren Situationen emotionsregulierende Bewältigungsstrategien, Problemmeidungen oder die Suche nach sozialer Unterstützung wirksamer erscheinen (vgl. Lenz 2012).

Ergebnisse der Copingforschung zeigen, dass das Vorhandensein situationsangemessener Bewältigungsstrategien zu Wohlbefinden und Gesundheit führt. Situationsunangemessene Strategien wiederum führen zu ungünstigen Effekten (vgl. Lenz 2012).

Coping ist umso effektiver, je breiter das Repertoire an zur Verfügung stehenden Strategien, welche dann situationsgerecht eingesetzt werden können (vgl. ebd.).

5.2.3) Aktivierung sozialer Ressourcen der Kinder psychisch kranker Eltern und ihrer Familie

Ressourcen sind Kräfte positiver Potenziale, die in einen Bewältigungsprozess mit eingebracht werden können. Der gezielten Suche nach Ressourcen kommt eine große Bedeutung zu, da sie Ansatzpunkte für die Herbeiführung geeigneter Hilfen liefert (vgl. Lenz 2012).

Soziale Netzwerke unterstützen die Menschen z. B. bei der aktiven Bewältigung von Belastungen und Problemen. Sie können sogenannte Puffer in Krisensituationen sein, belastende Lebensereignisse mildern und ein Schutzschild gegenüber Stressoren bilden. In der Resilienzforschung wird eine Reihe von sozialen Ressourcen als soziale Schutzfaktoren herausgestellt, die eine Reduzierung der Belastungen herbeiführen können. Dies können zum Beispiel die stabile Beziehung zu anderen Erwachsenen, positive Beziehungen zu Gleichaltrigen, oder die Integration in Jugendgruppen, Vereine und/oder religiöse Gemeinden sein. Kindern von psychisch kranken Eltern fehlt es oft an stabilen und positiven sozialen Beziehungen und Bindungen. Aber genau diese sind von großer Bedeutung damit eine Förderung dahingehend stattfinden kann, soziale Kontakte außerhalb der Familie aufzubauen oder zu intensivieren (vgl. Lenz 2012).

Strategien zur Aktivierung sozialer Ressourcen

Heutzutage gibt es ein breitgefächertes Angebot an Strategien zur Stärkung von Unterstützungssystemen und Hilfpotenzialen für Kinder und ihre Familien. Ziel der Strategien ist es, Betroffene zu ermutigen, soziale Unterstützung für sich zu mobilisieren, soziale Ressourcen in ihren Kontexten zu aktivieren bzw. zu reaktivieren sowie neue Ressourcen zu entdecken und aufzubauen.

Es werden 3 grundlegende Strategien hinsichtlich der Grundannahmen, der Vorgehensweisen, der Ziele und Ansatzpunkte unterschieden:

- **Die personenbezogene Strategie:** Kinder sollten dazu ermutigt werden, Aktivitäten mit Verwandten, Freunden, Klassenkameraden, Vereinskameraden oder den Nachbarskindern zu unternehmen.

- **Die Strategie zur unmittelbaren Netzwerkförderung:** Hierbei sollen neue bzw. zusätzliche soziale Zusammenhänge und Unterstützungssysteme entwickelt werden. Diese Form von Netzwerkindervention ist besonders dann von Nöten, wenn betroffene Familien und Kinder über keine stabilen Kontakte und Bezüge verfügen, die soziale Unterstützung und Rückhalt gewährleisten können. Hilfreich können hierbei auch institutionalisierte Angebote, wie z. B. die Jugendhilfe, sein.
- **Gruppenintervention:** Dies ist ein Medium, das es Kindern erleichtern soll sich emotional zu öffnen und sich mit Gleichbetroffenen über Erfahrungen und Probleme auszutauschen. Bei der Gruppenintervention können auch neue Bewältigungsmöglichkeiten kennengelernt werden (vgl. Lenz 2012).

Ermittlung sozialer Ressourcen

Voraussetzung für einen gezielten Einsatz von netzwerkorientierten Strategien ist eine umfassende Ermittlung und Analyse des vorhandenen sozialen Beziehungsgefüges. Zugang zu verfügbaren sozialen Ressourcen liefern einfache Fragen (für Kinder und Eltern geeignet):

- Wer weiß alles von Ihren (deinen) Problemen?
- An wen konnten Sie sich (konntest du dich) wenden?
- Mit wem können Sie (kannst du) reden?

Netzwerkkarten stellen eine gute Möglichkeit für Kinder und Erwachsene dar, sich mit Beziehungsmustern und Beziehungserfahrungen, Wünschen nach Nähe und Distanz sowie mit Ängsten und Bedenken auseinanderzusetzen. Diese Netzwerkkarten werden auf ein Blatt Papier aufgemalt und bestehen aus mehreren konzentrierten Kreisen um ein „ICH“, welches sich mittig befindet. Die Kreise sind in einzelne Segmente wie „Familie“, „Verwandtschaft“, „Freundschaft“ und „Ämter/Institutionen“ eingeteilt. Bei der Verwendung der Netzwerkkarte wird die Person aufgefordert mit Hilfe von Stecknadeln diejenigen identifizierten Personen zu markieren, welche eine emotionale Bedeutung für das „ICH“ haben können. Durch die Netzwerkkarte sollen die Kinder ins Gespräch über Beziehungsnetze kommen. Dies hat zum Ziel, dass eine vertiefte Analyse über eine Struktur, Qualität und einzelne Funktionen eingeleitet werden kann. Durch das genannte Beziehungssystem entdecken die Kinder soziale Ressourcen, die ihnen in ihrem Lebenskontext nicht (mehr) präsent waren bzw. lernen sie neue Zugänge zu Personen kennen (vgl. Lenz 2012).

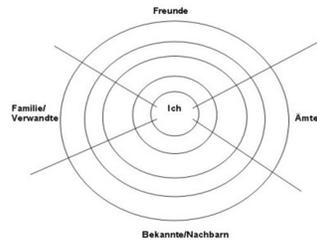


Abbildung 11: „Beispiel für eine Netzwerkkarte“

(DJI-Deutsches Jugendinstitut e.V. (1997): „Sozialpädagogische Familienhilfe in der Bundesrepublik Deutschland – Erkunden von Ressourcen“ herausgegeben vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (1997). Berlin. URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/spfh/10-Methoden-und-arbeitsansaeetze-der-sozialpaedagogischen-familienhilfe/10-6-Ressourcen/10-6-2-erkunden-von-ressourcen,seite=2.html> [Stand: 05.08.2013])

Über die Netzwerkkarte kann die Erstellung eines Krisenplans erleichtert werden.

„Im Krisenplan werden detaillierte und verbindliche Absprachen für Krisenzeiten vorgenommen:

- Benennung der Vertrauensperson aus dem Umfeld, an die sich das Kind wenden kann,
- Festlegung zwischen allen Familienmitgliedern, wann, in welcher Form und in welchem Umfang die Vertrauensperson Hilfe und Unterstützung leisten kann bzw. soll.

Der Krisenplan enthält:

- Adresse und Telefonnummer der Vertrauensperson sowie
- eine Vereinbarung, wie das Kind in der Krisensituation Kontakt aufnehmen kann.“ (Lenz 2012: S: 78).

Wichtig für einen Krisenplan ist, dass einzelne Absprachen konkret und altersgemäß stattfinden. Es sollten Grenzen sowie der mögliche Umfang der Hilfeleistungen festgelegt werden (vgl. ebd.).

Personenbezogene Strategien

Familiäre Tabuisierung und die Angst vor Stigmatisierung führen bei Kindern psychisch kranker Eltern dazu, dass sie kaum auf Ressourcen und soziale Unterstützungen zurückgreifen können. Diese Barrieren sollen mit Hilfe der personenbezogenen Strategien abgebaut oder vermindert werden. Bei der personenbezogenen Strategie ist wichtig, dass die Ängste und Bedenken der Kinder und Eltern ernst genommen werden, um sie dann zu ermutigen, auf andere Menschen zuzugehen. Leider ist eine psychische Störung auch heute noch mit Stigmatisierung und Diskriminierung verbunden, was eine offene Kommunikation darüber häufig nicht einfach macht. Aus diesem Grund gilt es den Kindern und Familien einen reflektierten Umgang mit Informationen zu der Krankheit aufzuzeigen, sie aber auf Risiken und Chancen dessen aufmerksam zu machen und sie insbesondere für Fragen wie „Wem möchte ich was erzählen?“ zu sensibilisieren.

Der Abbau von Ängsten und die Förderung der offenen Kommunikation von Seiten der Kinder und ihrer Familie stellt die Schwelle zur Einleitung weiterer Hilfsmöglichkeiten dar. Besonders wert- und sinnvoll ist der Einsatz systematischer Interventionen sowie von Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie getragene Beziehungen, die es den Kindern und den Eltern ermöglichen, langsam einen Zugang zu ihren Gefühlen, Erfahrungen und Wünschen zu finden. Diese Strategien stehen vor allem am Anfang der professionellen Hilfe im Mittelpunkt, begleiten jedoch den gesamten Hilfeprozess (vgl. Lenz 2012).

In Deutschland gibt es derzeit noch nicht viele Hilfesysteme für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Im Folgenden werden drei vielversprechende Projekte vorgestellt.

6.) Präventionsprojekte für Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland

Innerhalb dieses Punktes sollen drei verschiedene und spezielle Präventionsprojekte vorgestellt werden, die sich darauf spezialisiert haben mit Kindern von psychisch kranken Eltern zu arbeiten und ihnen zu helfen. Es werden die Präventionsprojekte AURYN, KIPKEL und die Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern vorgestellt.

6.1) Präventionsprojekt KIPKEL

Das Präventionsprojekt KIPKEL ist ein ambulantes Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern, welches seit 1998 existiert. Das Projekt begann mit großer Unsicherheit und Unerfahrenheit, mit wenig finanziellen Mitteln, jedoch mit großem Engagement. Übersetzt wird KIPKEL mit „Kinder psychisch kranker Eltern“ (vgl. Staets, S. 2008: S. 164 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Erreichte Ziele in den Jahren 1998 – 2008:

Es wurden 650 Kinder und deren Familien betreut und ein enges Kooperationsnetz zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der örtlichen Jugendhilfe aufgebaut. Weiterhin wurde erreicht, dass mehr Transparenz und Offenheit innerhalb der betroffenen Familien herrscht. Tabus hinsichtlich psychisch kranker Menschen wurden abgebaut und die Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit hinsichtlich des Interesses und des Problembewusstseins für die Belastungen der Kinder wurden geweckt. Weiterhin hat das Projekt KIPKEL viele andere Projekte in ihrer Realisierung unterstützt und begleitet (vgl. ebd.).

Das Konzept von KIPKEL:

Das Projekt hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kontakt mit den betroffenen Eltern im stationären Bereich aufzunehmen, mit anderen zuweisenden Stellen zusammenzuarbeiten und Vertrauen zu den Eltern aufzubauen. Von großer Bedeutung ist eine niedrige Eingangsschwelle. Zielsetzung des Projektes ist die Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern in einem schwierigen familiären Umfeld. Das Angebot besteht aus Einzel- und Gruppenangeboten für die Kinder. KIPKEL verfolgt eine kindgerechte Informationsvermittlung über die elterliche Erkrankung und möchte somit eine Förderung des gegenseitigen Verständnisses in der Familie erreichen. Den Kindern soll das „Kind sein“ ermöglicht werden. Hierzu sollen sie Gelegenheit bekommen durch künstlerisches Gestalten und spielerisches Tun die unschönen Erlebnisse emotional zu verarbeiten. Weitere wichtige Elemente für das

Projekt KIPKEL sind die Familienarbeit, die offene Sprechstunde und die Netzwerkarbeit (vgl. Staets, S. 2008: S. 165 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Organisation des Projekts:

Das Projekt KIPKEL betreut Familien mit minderjährigen Kindern, in denen ein oder beide Elternteile an einer psychischen Erkrankung leiden. Das Team um das Projekt besteht aus Kinder- und Jugendtherapeuten, Familientherapeuten, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern. Eine Fachkraft ist halbtags angestellt, übrige Mitarbeiter sind freiberuflich mit unterschiedlicher Stundenzahl beschäftigt. Auch Fachärzte stehen für Familiengespräche zur Verfügung. Die finanzielle Absicherung der Arbeit wird durch den Förderverein gewährleistet, der die rechtliche Anerkennung der Gemeinnützigkeit hat. So ist es möglich, dass Organisationen und Privatpersonen Spendengelder akquirieren können. Einige Städte haben ein Jahresbudget für das KIPKEL-Projekt bewilligt bekommen, wodurch eine öffentliche Förderung erreicht wurde. Das KIPKEL Projekt möchte seinen präventiven Charakter gewährleisten sowie eine Pathologisierung der Kinder vermeiden und verzichtet aus diesem Grund auf die Finanzierung durch Krankenkassen (vgl. Staets, S. 2008: S. 166 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Kontaktaufnahme mit den Eltern im stationären Bereich:

Die Erstkontakte und Einzelgespräche mit den Eltern erfolgen wöchentlich auf verschiedenen Stationen und in der Tagesklinik. Hierbei sollen Vertrauen auf- und Ängste abgebaut werden und die Einwilligung der Eltern in die Betreuung ihrer Kinder eingeholt werden. Diese Phase stellt die erste Phase der Arbeit von KIPKEL dar und ist die sensibelste Phase, weil die Eltern zunächst viele und verschiedene Ängste haben, die überwunden werden müssen (vgl. Staets, S. 2008: S. 167 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Aufbau von Vertrauen und Bereitschaft zur Zusammenarbeit:

Die Gespräche auf den Stationen werden immer in Zusammenarbeit und Kooperation mit dem behandelnden Arzt geführt. In dieser Phase wird die Unsicherheit seitens der Eltern mit den Kindern über ihre Krankheit und ihre Befindlichkeit sowie über ihre notwendige stationäre Behandlung zu reden besonders deutlich. Die Eltern sind oftmals der Meinung, dass die Kinder nicht belastet sind, da sie nicht nachfragen. Sie wissen jedoch nicht, dass die Kinder sich nicht trauen oder eingeschüchtert sind. Die Eltern brauchen dahingehend Unterstützung, ihre Kinder ohne Schuldzuweisungen als Betroffene wahrzunehmen.

Innerhalb der Klinik ist es möglich die Eltern einer Gruppe zu Themen wie z. B. „Ich erlebe meine Kinder als Vater oder als Mutter“ über übliche entwicklungsbedingte Verhaltensweisen

der Kinder zu informieren. Sie sollen in dieser Verbindung wieder lernen Grenzen zu setzen oder schwierigen Situationen mit Humor zu begegnen. Die Arbeit in der Gruppe entlastet und führt zum Austausch zwischen den Eltern. Während der stationären Behandlung finden gemeinsame Gespräche mit dem behandelnden Arzt und den zuvor in der Familie tätigen Fachkräften statt. Diese Vorgehensweise fördert die Kooperation untereinander und macht die Arbeit für die betroffenen Eltern transparenter (vgl. Staets, S. 2008: S. 168 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Der erste Kontakt mit der Familie:

Der erste Kontakt mit der Familie findet nach der Entlassung der Eltern aus der Klinik statt. Alle Familienmitglieder werden eingeladen und es wird über den Grund der Einladung zum Familiengespräch informiert. Nur sehr selten wird bei diesem Gespräch schon die Erkrankung der Eltern thematisiert. Die Kinder berichten eher aus ihrer Erlebniswelt. Das erste Familiengespräch endet mit einer Vereinbarung für die weitere Zusammenarbeit und Terminabsprachen für die Treffen mit den Kindern und den Eltern (vgl. Staets, S. 2008: S. 169 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Die Arbeit mit den Kindern im Einzelkontakt:

Vor dem Beginn des Einzelkontaktes muss geklärt werden, ob das KIPKEL Präventionsprogramm ausreicht oder ob bei den Kindern intensivere psychotherapeutische Arbeit von Nöten ist. Wenn dies der Fall ist, unterstützen die Mitarbeiter von KIPKEL die Eltern dahingehend, geeignete Therapeuten zu finden und begleiten die Kinder bis zum Beginn ihrer Therapie.

Nehmen die Kinder das Angebot des Präventionsprojekts KIPKEL wahr, ist es für die meisten Kinder oftmals die erste Möglichkeit nach vielen Jahren des Schweigens über die Erkrankung des Elternteils und ihre Lebensweise zu reden. Spielerisches Tun oder auch gestalterisches Arbeiten stellen eine hilfreiche Möglichkeit dar, innere Bilder, Fantasien und Gefühle der Kinder nach außen zu tragen. Die daraus entstandenen Bilder und Objekte können zum Dialog zwischen Kind und Gesprächspartner führen. In diesen Stunden kommt die Belastung der Kinder durch die Eltern häufig sehr zum Vorschein. Sie äußern, dass sie sich verantwortlich fühlen, eigene Wünsche und Bedürfnisse zurückstellen und oftmals Aufgaben übernehmen, welche sie völlig überfordern. Während der Zeit bei KIPKEL finden Gespräche zu diesen Belastungen statt und es wird gemeinsam über kindgemäße Wünsche und Bedürfnisse geredet. Im Vordergrund stehen die Veränderungswünsche des Kindes, welche dadurch realisiert werden können, dass ihre Stärken und die Fähigkeiten berücksichtigt und anerkannt werden. Geschwister werden auch gemeinsam eingeladen, um über eine neue Form der Aufgaben-

verteilung und Rollenveränderungen nachzudenken und diese gegebenenfalls umzusetzen. Hierzu ist immer die Unterstützung der Eltern notwendig.

Nach den Einzelgesprächen wird den Kindern eine kleine Gruppe angeboten, in der Themen zu der Erkrankung der Eltern und den damit verbundenen Problemen vertieft werden. Die Kinder dürfen offene Fragen stellen und sich frei fühlen (vgl. Staets, S. 2008: S. 170 - 173 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Begleitende Elternarbeit:

Es ist von bedeutender Wichtigkeit, dass die Eltern immer in die Beratungsarbeit der Kinder einbezogen werden und selbst intensive Beratung erhalten. Bei getrennten oder geschiedenen Eltern wird auch der andere Elternteil mit einbezogen bei dem das Kind nicht lebt. Die Eltern sprechen dann über ihre eigenen belastenden Themen, wie z. B. Eheprobleme, Scheidung, Finanzprobleme etc. und den daraus resultierenden Problemen mit den eigenen Kindern. Die unterstützende Rolle der Kinder in der Familie ist oft ein angstbesetztes Thema, insbesondere für den erkrankten Elternteil. Das KIPKEL Projekt begleitet und unterstützt den Elternteil, aber auch den oftmals überforderten Partner, der des Öfteren aus Schuldgefühlen in der Partnerschaft verbleibt (vgl. Staets, S. 2008: S. 173 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Das Familiengespräch:

Nach intensiver Arbeit mit Eltern und Kindern lädt das KIPKEL-Projekt die gesamte Familie und die verantwortlichen Fachärzte zum Familiengespräch ein. Hier haben die Kinder die Möglichkeit im Beisein von Eltern und Arzt Fragen zu der Entstehung und dem Verlauf der Krankheit und den Behandlungsmöglichkeiten zu stellen. Die Ärzte und Eltern können darauf reagieren und Antworten auf die Fragen geben, was von den Kindern als entlastend aufgefasst wird. Die Kinder erfahren, dass sie durch ihr Verhalten und ihre Unterstützung die Krankheit weder hervorgerufen haben noch heilen können. Das hilft den Kindern dabei Schuldgefühle zu reduzieren und freier und positiver in ihrer Entwicklung zu werden. In weiteren Familiengesprächen kann es auch um Lösungs- und Bewältigungsstrategien in der Familie gehen. Das kann z. B. die Aufnahme des Elternteils in einer Tagesstätte sein oder die Installation einer Haushaltshilfe oder Hilfen für die Kinder bei Hausaufgaben etc. Die Familiengespräche haben den klaren Vorteil, dass offen über alles geredet werden kann, gegenseitiges Verständnis entgegengebracht wird und Angst und Schuldgefühle abgebaut werden. Die Förderung der Kommunikation in der Familie entsteht durch die aktive Mitgestaltung des erkrankten Elternteils (vgl. Staets, S. 2008: S. 174 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Vertraute Personen:

Eine vertraute Person (es kann der Onkel, die Tante, die Oma oder der Opa etc. sein) wird zusammen mit den Familienmitgliedern eingeladen. Gemeinsam wird dann überlegt, in welcher Form die vertraute Person unterstützende Hilfe leisten kann. Diese Hilfe kann im Freizeitbereich, in Krisensituationen oder im Alltag angenommen werden. Bei Familien die sehr isoliert und ohne Familie leben, wird eine ehrenamtliche Kraft eingesetzt. Diese Person wird von Mitarbeitern des Projektes vorbereitet und begleitet (vgl. Staets, S. 2008: S. 175 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Die offene Sprechstunde:

Um eine gewisse Nachhaltigkeit der geleisteten Verarbeitungs- und Informationsprozesse gewährleisten zu können, aber auch um den Kindern und Familien ein Sicherheitsnetz zu bieten, wird von KIPKEL 1 – 2 Mal im Monat eine offene Sprechstunde angeboten. Die Kinder können zum Reden und Spielen, zum Austausch und Kennenlernen und zum Aufbau von Freundschaften ganz ohne Voranmeldung erscheinen. Diese Gruppenstunden finden in Einrichtungen der Jugendhilfe statt oder aber auch in Spiel- und Sporträumen. Jugendliche können sich zu einer betreuten Selbsthilfegruppe zusammenschließen. Auch den Eltern wird ein Gruppenangebot gemacht (vgl. Staets, S. 2008: S. 176 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Netzwerkarbeit:

Die Netzwerkarbeit ist ein unverzichtbarer Teil der Arbeit von KIPKEL. Es finden verschiedene Kooperationen zwischen der Erwachsenen-/Jugendpsychiatrie und der Jugendhilfe statt, welche die Arbeit auf professioneller Ebene erleichtern. Die Begleitung durch die Fachärzte stellt eine besondere Bedeutung für das Projekt dar. Netzwerkarbeit bedeutet auch, dass genügend Möglichkeiten für die Kinder bereitgestellt werden können z. B. an öffentlichen Veranstaltungen wie Theater, Tanz etc., an Freizeit oder Ferienangeboten teilzunehmen. Dies ist nur möglich wenn Kontakte zu verschiedenen Institutionen bestehen, die über solche Angebote verfügen und die dazu bereit sind, diese auch kostenlos anzubieten (vgl. Staets, S. 2008: S. 176 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Im Mittelpunkt der Arbeit von KIPKEL stehen jedoch die Beziehung zwischen dem kranken Elternteil und den Kindern sowie die Kommunikation in der Familie (vgl. Staets, S. 2008: S. 176 in Mattejat/Lisofsky 2008).

6.2) Modelprojekt AURYN

Das Projekt AURYN hat zum Ziel die Resilienzfaktoren, welche Kinder als protektive Faktoren benötigen, um sich gegen die psychische Erkrankung der Eltern zu schützen, zu entwickeln und zu fördern. Das Projekt ist ein Unterstützungsangebot für jede Familie und jedes Kind. Der Unterstützungsbedarf wird individuell festgelegt und organisiert und ist optimal auf jedes einzelne Familienmitglied abgestimmt. Ein solches Projekt muss niedrigschwellig angelegt sein, damit es allen Familien zugänglich gemacht werden kann und eine Kostenfreiheit sowie eine leichte Kontaktaufnahme gewährleistet werden kann (vgl. Lägel, I. 2008: S. 181 ff. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Das Präventionsprojekt AURYN ist ein Projekt, welches die oben aufgezeigten Bedingungen erfüllt. Zu finden ist dieses Projekt in Leipzig und in Form einer Kinder-, Jugend und Familienberatungsstelle. Träger des Projektes ist der Angehörigenverein WEGE e.V. Die Arbeit von AURYN ist auf die Bedürfnisse von Familien mit psychisch kranken Eltern abgestimmt. Das heißt, dass es einerseits ein breites Spektrum an Vorsorgeleistungen zur Förderung der schützenden Faktoren bietet und andererseits auch mit geeigneten Maßnahmen in akuten Krisen reagiert. Die wichtigste und bedeutsamste Aufgabe der AURYN Beratungsstelle ist die Förderung der schützenden Faktoren im umfangreichen Maße und für alle Altersklassen. Sowohl die Einzelfallhilfe, als auch das Gruppenangebot können in Anspruch genommen werden. Diese Angebote sind jeweils auf die Altersklassen der Kinder zugeschnitten, wie im Folgenden dargestellt. (vgl. Lägel, I. 2008: S. 183 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche:

Die Säuglinge und Kleinkinder bilden die jüngste Gruppe. In dieser Gruppe geht es vor allem darum, dass die Kinder eine sichere Bindung zu ihren Müttern aufbauen. AURYN hilft den Müttern die kindlichen Bedürfnisse zu erkennen und eine angemessene Reaktionsweise darauf zu entwickeln. Die Kinder und Jugendgruppen werden in verschiedene Altersstufen unterteilt, damit die Mitarbeiter einen Überblick bekommen und eine ergebnisorientierte Arbeit gewährleistet werden kann. Die Altersstufen lauten folgendermaßen: 4 – 5 Jahre, 6 – 8 Jahre, 9 – 11 Jahre, 12 – 16 Jahre sowie die Jugendlichen ab 16 Jahre. In diesen Gruppen werden soziale Fähigkeiten und Problemlösestrategien sowie der Umgang mit Stress bearbeitet. Zur Umsetzung dieser Vorhaben wird das soziale Kompetenztraining eingesetzt, die Kinder in Freizeitgruppen betreut und es werden Entspannungstechniken angewendet. Innerhalb gemeinsamer Ferien- und Familienangebote wird das Gelernte unter pädagogischer Aufsicht in

die Praxis umgesetzt. Gleichzeitig findet dabei eine Förderung der sozialen Kontakte unter den Familien statt. Ein weiteres Angebot, welches den Kindern und Jugendlichen zur Verfügung steht, ist das „Lernhilfeangebot“. Dieses ermöglicht es den Kindern und Jugendlichen, eine Unterstützung in schulischen Angelegenheiten zu erhalten. Diese Unterstützung umfasst z. B. die Organisation der Hausaufgaben oder die Vermittlung verschiedener Lernstrategien (vgl. Lägél, I. 2008: S. 183 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Gruppenangebote für betroffene Eltern:

Für die Eltern gibt es auch verschiedene Gruppenangebote. Diese schließen das soziale Kompetenztraining, das Erziehungs- und Kommunikationstraining und die Entspannungstechniken ein. Weiterhin finden Freizeitangebote wie z. B. das therapeutische Malen statt, um dadurch ihr soziales Netz und ihre sozialen Fertigkeiten zu erweitern. Ein weiteres Angebot für die Eltern ist die Psychoedukation. Hier werden Informationen über die psychischen Erkrankungen vermittelt und über Strategien zur Bewältigung der Krankheit aufgeklärt (vgl. Lägél, I. 2008: S. 184 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Einzelangebote:

Mit den Kindern und Jugendlichen wird innerhalb von AURYN auch einzeln gearbeitet. Hierbei ist es wichtig, dass den Kindern und Jugendlichen deutlich gemacht wird, dass über das Gesagte geschwiegen wird. Nur so kann eine Vertrauensbasis geschaffen werden innerhalb derer die Kinder und Jugendlichen sich trauen Fragen zu stellen und sich zu öffnen. Die Kinder und Jugendlichen werden gemäß ihrem Alter über die Krankheit der Eltern aufgeklärt und über die Symptome informiert. Weiterhin wird zusammen ein Krisenplan (siehe S. 49) entwickelt. Für die Eltern gibt es ebenfalls Einzelgesprächsangebote. Bei diesen geht es vor allem um Fragen zur Krankheitsbewältigung und zur Erziehung der Kinder (vgl. Lägél, I. 2008: S. 185 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Familienangebote:

Innerhalb der Familien mit einem psychisch kranken Elternteil haben sich die Rollenmuster verschoben. Es kann zur Parentifizierung (siehe S. 40 – 42) kommen. Ziel der Familienangebote ist es, dass die eigentlichen Rollen innerhalb der Familie wieder eingenommen werden. Innerhalb der Freizeitgruppen wird das förderliche Umgehen mit den einzelnen Familienmitgliedern geübt. Die Freizeitgruppen werden von therapeutisch-pädagogischen Mitarbeitern geleitet, welche ungünstige Verhaltensmuster erkennen und durch gesunde Verhaltensmus-

ter ersetzen können, damit positiver Umgang gefördert werden kann (vgl. Lägel, I. 2008: S. 186 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Erfahrungen bei der Umsetzung:

Das AURYN Projekt deckt alle Bereiche der bekannten schützenden Faktoren ab. Jede Familie bekommt die Hilfe, die für sie am sinnvollsten ist. Das Projekt wird von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern geschätzt und gern in Anspruch genommen. Die Zahl der Klienten wächst stetig und die Nachfrage nach Hilfsmaßnahmen ist hoch. Kinder und Jugendliche kommen von ganz allein auf die Beratungsstelle zu, fragen nach Terminen und nehmen selbstständig Gruppen- und Einzelangebote wahr. Das AURYN Präventionsprojekt liefert eine weitreichende Unterstützung und hilft den Familien Schwierigkeiten besser bewältigen zu können (vgl. Lägel, I. 2008: S. 186 f. in Mattejat/Lisofsky 2008).

Finanzierung des AURYN Projekts:

Die Finanzierung eines solchen Projektes stellt oftmals große Schwierigkeiten dar. Das AURYN Projekt wird durch die Stadt Leipzig gefördert, denn sie übernimmt anteilig die Kosten. Weiterhin wurde das Projekt durch die Stiftung „Aktion Mensch“ im Jahr 2002 – 2008 gefördert. Ab dem Jahr 2009 hat das Jugendamt Leipzig eine Finanzierung über Hilfen zur Erziehung zugesagt. Durch Spenden von privaten Förderern, Benefizveranstaltungen und Basaren kann das Projekt sich ergänzend selbst finanzieren (vgl. Lägel, I. 2008: S. 187 in Mattejat/Lisofsky 2008 & Flemming, H. (2011): „nicht von schlechten Eltern oder doch? – Finanzierung“. Leipzig. URL: www.ptv-sachsen.de/Forum/Dokument/Vortrag_AURYN.pdf [Stand 06.08.2013]).

Vernetzung:

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Arbeit solcher Projekte ist die Vernetzung. AURYN arbeitet mit den örtlichen psychiatrischen Kliniken, mit niedergelassenen Therapeuten und Therapeutinnen und Einrichtungen der Jugendhilfe zusammen. Die Mitarbeiter der AURYN Beratungsstelle fahren regelmäßig in die Leipziger Kliniken, führen dort während des stationären Aufenthaltes der Eltern erste Klientengespräche durch und halten Fachvorträge für das Klinikpersonal zur Sensibilisierung der Bedürfnisse der Kinder. Es findet weiterhin eine enge Zusammenarbeit mit dem Allgemeinen Sozialdienst des Jugendamtes und anderer Jugendhilfeeinrichtungen statt. Dies hat dazu geführt, dass Leipzig AURYN zu Hilfeplangesprächen in betroffenen Familien hinzuzieht (vgl. Lägel, I. 2008: S. 188 in Mattejat/Lisofsky 2008).

Seit 2007 bietet AURYN auch Informationsveranstaltungen für Beratungslehrer der Leipziger Schulen an. Die Lehrer sollen ebenfalls sensibilisiert werden und sollen aus schulischer Sicht geeignete Maßnahmen zur Hilfe vermittelt bekommen. Der ganzheitliche Ansatz, welcher AURYN innewohnt, ist bundesweit einzigartig. Im Jahr 2007 wurde die Beratungsstelle AURYN mit dem 1. Platz des Sächsischen Gesundheitspreises der AOK ausgezeichnet (vgl. ebd.).

6.3) Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern

Patenfamilien stellen eine zentrale und unterstützende Strategie dar, wenn es darum geht neue soziale Unterstützungssysteme für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Familie aufzubauen. Die Form der Patenschaften bietet sich vor allem bei den Familien an, die sozial isoliert leben bzw. keine stabilen sozialen und verwandtschaftlichen Bezüge aufweisen. Gerade von alleinerziehenden psychisch kranken Müttern wird das Angebot der Patenschaft sehr gern in Anspruch genommen, jedoch auch von sozial stark isolierten Familien.

Durch die Patenschaft wird Prävention mit Krisenintervention verbunden, welche jedoch nur durch eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt realisiert werden kann. Folgende Anliegen sind von großer Bedeutung bei Patenschaften:

- Förderung des Zusammenhalts der Familie;
- Entlastung der Eltern;
- Schaffung eines verlässlichen und dauerhaften Beziehungsangebotes für die Kinder.

Durch die Patenfamilie werden die Eltern entlastet und die Kinder erfahren Regelmäßigkeit, indem sie zu verabredeten Zeiten in ihrem häuslichen Umfeld von dem Paten versorgt werden. Das Umsorgen kann nur einen Nachmittag umfassen aber auch über Nacht stattfinden und sogar über das Wochenende hinaus. Die Gewissheit sich auf die Paten verlassen zu können, trägt zu einer Stabilisierung im Krankheitsverlauf der psychisch kranken Eltern bei. In Krisenzeiten und akuten Krankheitsphasen werden die Kinder im Rahmen einer Kurzzeitpflege oder auch über einen längeren Zeitraum bei der Patenfamilie untergebracht. Dieser Zustand tritt z. B. ein, wenn eines der Elternteile in stationäre Behandlung geht und keiner für das Kind sorgen kann. Dann stehen die Pateneltern in Krisenzeiten als Kurzzeitpflegefamilien zur Verfügung. Ansonsten wird die Intensität des Kontaktes abhängig gemacht von den Bedürfnissen der Eltern, dem Alter der Kinder und von den Verständigungsmöglichkeiten auf beiden Seiten (vgl. Lenz 2012).

Kontinuität:

Durch die Patenfamilien wird den Kindern eine dauerhafte und verlässliche Beziehung geboten. Im Zusammenhang mit der Resilienzforschung stellt die Patenfamilie für das Kind und für die Eltern einen Schutzfaktor dar und übernimmt somit auch eine entlastende Funktion in einem von Ent-Normalisierung bedrohten familiären Alltag. Durch die Patenschaften wird Raum für die Kinder geschaffen, Gefühle der Schuld und Hoffnungslosigkeit oder auch der Wut und des Ärgers zum Ausdruck zu bringen, denn im Beisein der kranken Eltern ist dies nicht immer möglich. Die Patenschaften erweitern das Beziehungssystem der Kinder, wodurch Möglichkeiten für Ablenkung, Ruhe und Entlastung von der familiären Überforderung geschaffen werden. Die Beziehungen zu den Patenfamilien gleichen einem verwandtschaftlichen Verhältnis, das auf Freiwilligkeit und gegenseitiger Akzeptanz beruht. Eine wichtige Voraussetzung für die Kontinuität ist die räumliche Nähe zwischen den Beteiligten. Es ist wichtig für die Kinder, dass sich die Patenfamilien in ihrem gewohnten sozialem Umfeld aufhalten bzw. dass sie dort wohnhaft sind, damit der regelmäßige Schulbesuch weiterhin gewährleistet werden kann und das Kind in seinem gewohnten Umfeld und Freundeskreis verbleiben kann.

Voraussetzung für Patenschaften:

Patenschaften sollen dem Erhalt der Eltern-Kind-Beziehung dienen und nicht bedeuten, dass das Kind zum Übergang in eine Dauerpflege kommt. Die Freiwilligkeit stellt eine weitere Voraussetzung dar, denn alle Beteiligten der erkrankten Familie und der Patenfamilie müssen dem Kontakt zustimmen und die Familien dürfen sich auch gegenseitig aussuchen (vgl. Lenz 2012).

„Die Patenschaft wird dann funktionieren, wenn sich die Patenfamilien, das Kind und seine Familie mögen und sich sympathisch finden. Die gegenseitige subjektive Akzeptanz stellt die Grundvoraussetzung für den Aufbau einer vertrauensvollen Patenbeziehung dar.“ (Lenz 2012: S. 83).

Anforderungen an die Paten:

Erfahrung im Umgang mit Kindern ist eine der wichtigsten Voraussetzungen bei der Übernahme einer Patenschaft. Weiterhin ist es wichtig über Kompetenzen in der Selbstreflexion und Kommunikation zu verfügen. Beziehungen aufbauen, ohne zu vereinnahmen, sich abzugrenzen ohne abweisend zu wirken, sowie die Kinder zu fördern und zu stützen ohne in Konkurrenz zu treten sind klare und bedeutende Anforderungen, die die Paten professionell aus-

üben bzw. übernehmen müssen. Neben Erfahrungen und beruflicher Qualifikationen ist eine fundierte fachliche Vorbereitung der Paten notwendig. Diese fachliche Vorbereitung sollte Informationen über psychische Erkrankungen enthalten, und über deren Auswirkungen auf die Kinder und die gesamte Familie aufklären. Es sollten Kooperationen mit Einrichtungen stattfinden und Übungselemente zur Stärkung kommunikativer und erzieherischer Kompetenzen gelernt werden. Die Paten sollten von professionellen Helfern kontinuierlich begleitet und unterstützt werden. Für die Paten selbst sollten regelmäßige Supervisionen und Einzelberatungen anberaumt werden, damit eine Reflexion stattfinden kann und Erfahrungen und Gefühle ausgetauscht werden können.

Angebot und Finanzierung der Patenschaften:

Die Patenschaften werden ausschließlich von Einrichtungen der freien Jugendhilfe angeboten und als Projekt bezeichnet und durchgeführt. Diese Projekte sind zeitlich begrenzt und in den wenigsten Fällen Regelangebote. Der Fortbestand dieser Patenschaftsprojekte muss immer wieder neu gesichert werden. Die Finanzierung erfolgt im Modelvorhaben regionaler Träger oder Stiftungen. Weiterhin können sie durch Spenden und kommunale Zuschüsse unterstützt werden. Institutionelle im Rahmen der Jugendhilfe geförderte und damit im Versorgungssystem fest etablierte Patenschaften sind die Ausnahme.

Die vorgestellten Präventionsprojekte stellen für die Kinder psychisch kranker Eltern aber auch für die Eltern selbst eine große Hilfe dar. Die Eltern werden in vielerlei Hinsicht entlastet und können sich mehr auf ihren Genesungsprozess konzentrieren. Den Kindern werden Informationen und Aufklärungen über die Krankheit der Eltern gegeben. Es gibt noch zahlreiche weitere Angebote, jedoch immer noch zu wenig, um die Zahl der Kinder und deren psychisch kranker Eltern zu reduzieren. Dahingehend ist noch viel Arbeit zu leisten.

7.) Zusammenfassung mit Ausblick

Durch diese Arbeit konnte näher beleuchtet werden, mit welchen Problemen Kinder psychisch kranker Eltern behaftet sind und wie dies ihr Kindsein einschränkt. Die empfundene Scham und die Tabuisierungsthematik erschweren das Leben dieser Kinder. Oft haben sie keinen Menschen, dem sie sich anvertrauen können aus Angst die Eltern seien ihnen dann böse oder es könnte schlecht über die Familie geredet werden. Häufig mangelt es aufgrund dessen an Aufklärung bezüglich der Krankheit der Eltern, sodass auch keine Ressourcen mobilisiert werden können. Dies führt dazu, dass sich die Kinder zurückziehen, sich allein fühlen, Ängste aufbauen und schließlich selbst in eine psychische Störung verfallen können.

Häufig müssen die Kinder durch die veränderten familiären Bedingungen neue Rollen einnehmen, die sie oftmals auch dazu drängen schneller erwachsen zu werden und Aufgaben zu übernehmen, denen sie noch nicht gewachsen sind. So müssen die Kinder z. B. Aufgaben der Eltern übernehmen, wie kochen, waschen, putzen etc. oder als Vertrauensperson bzw. Erzieher (für jüngere Geschwister) fungieren. Da bleibt kaum noch Zeit für eigene Bedürfnisse. Die Krankheit regiert über die Familie und nimmt den Kindern oft die Zeit um Kind sein zu können. Literaturrecherchen ergaben, dass es den Eltern in den meisten Fällen nicht bewusst ist, wie es den Kindern damit ergeht oder dass sie denken, dass die Kinder keine Probleme damit haben, da sie nicht nachfragen. Im Fokus psychisch kranker Eltern steht verständlicherweise ihre Erkrankung und deren Behandlung, sodass das Kind in dieser Zeit nicht selten zu kurz kommt, obwohl es selbst häufig stark verunsichert ist durch die Umstände, gegenüber dem kranken Elternteil Angst aufbaut oder sich fremd fühlt, wenn es mit dem erkrankten Elternteil zusammen ist. Erschwerend hinzukommt, dass die Rahmenbedingungen für die gesunde kindliche Entwicklung zudem häufig eingeschränkt sind. Viele der betroffenen Familien gehören der sozialen Unterschicht an, sodass oft die finanziellen Mittel fehlen um ein gesundes und erfüllendes Leben zu führen. Zudem mangelt es an Präventionsmaßnahmen und Therapiemöglichkeiten. Es gibt vereinzelte Projekte, welche in dieser Arbeit auch vorgestellt werden. Diese sind jedoch in ihrer Zahl noch ungenügend und nur für einen Teil der Familien zugänglich.

Die beschriebenen Faktoren begünstigen das Zustandekommen einer eigenen psychischen Störung bei den Kindern, sodass sich zusammenfassen lässt, dass die Kinder psychisch kranker Eltern stärker gefährdet sind eine eigene psychische Störung zu entwickeln als Kinder gesunder Eltern.

Ausblick:

Als entscheidender Aspekt, der noch viel Aufklärungsarbeit bedarf, konnte in dieser Arbeit die Tabuisierung herausgestellt werden. Die psychischen Störungen der Eltern sollten als Krankheit wahrgenommen werden, über die offen geredet werden kann. Bedeutend ist dabei, dass der Hilfebedarf frühzeitig erkannt wird. Aus diesem Grund sollte Aufklärung darüber gegeben werden, dass eine psychische Störung eine Krankheit ist, welche wie alle anderen Krankheiten einer Behandlung bedarf. Weiterhin sollte die Familie als System betrachtet werden und eine gemeinsame Aufklärung dieser stattfinden. Den Kindern sollte als Familienangehörige mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und sie sollten Unterstützung und Aufklärung innerhalb des Alltages mit einem psychisch kranken Elternteil bekommen. Mit Hilfe von Gesprächen und dem Austausch mit anderen Kindern, denen es genauso ergeht, können Hilfen geschaffen und Konzepte erarbeitet werden, was die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder anbelangt. Dazu bedarf es jedoch noch mehr präventiver Angebote, innerhalb welcher mit Eltern und Kind zusammen gearbeitet wird und welche finanziell durch Spenden und Träger gesichert werden, da viele Familien sich ein solches Präventionsangebot nicht leisten können. Jeder Familie sollte die Chance gegeben werden sich helfen zu lassen und offen über das psychische Problem der Eltern reden zu können. Dabei sollte der Fokus des erkrankten Elternteils erweitert werden auf die gesamte Familie, das Umfeld und die Mitmenschen.

8.) Kindheitswissenschaftliche Relevanz

In der vorliegenden Bachelorarbeit geht es um das Kind als „Opfer“ der eigenen Eltern wenn diese von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Für die Angewandten Kindheitswissenschaften gibt es viele Ansatzpunkte innerhalb des Themengebietes „Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder“. Bedeutsam wäre innerhalb der Beratungstätigkeit noch aktiver zu werden. Die Kinder benötigen noch mehr Aufklärung, was mit ihren Eltern geschieht und inwieweit sie sich selbst vor der Krankheit ihrer Eltern schützen und Ressourcen mobilisieren können. Weiterhin ist die Kinder-Eltern-Arbeit ein Tätigkeitsfeld der Kindheitswissenschaftler. So können die Familien z. B. auch als Paten unterstützt werden. Aktuell haben Studenten und Mitarbeiter des KinderStärken e.V. in Stendal zu Patenschaften aufgerufen. Diese Initiative stellt wie im Punkt 6.3) beschrieben eine Möglichkeit der Unterstützung für Eltern dar, die nicht mehr mit ihren Kindern zurechtkommen oder überfordert sind mit ihnen und ihrer eignen Krankheit.

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden die Kindheitswissenschaftler ein Feld, um präventiv und supportiv tätig zu werden. Durch Spieltherapien und das Zusammenführen mit anderen Kindern, die dasselbe Schicksal tragen, können die Kinder sich austauschen und in Kontakt miteinander kommen.

Weiterhin können bestehende Projekte unterstützt werden, indem die Kindheitswissenschaftler finanziell unterstützend tätig werden. Durch Sammeln von Spenden oder Anfragen bei verschiedenen Trägerschaften kann unterstützend Hilfe geleistet werden. Auch die Bereitstellung der fördernden Rahmenbedingungen zur gesunden Entwicklung von Kindern kann Aufgabe der Kindheitswissenschaften sein. Projekte zur sauberen Umgebung und kindlich angemessenen Spielplätzen seien als Beispiel genannt.

9.) Literaturverzeichnis

- Dorsch, Friedrich (op. 2004): Psychologisches Wörterbuch. Hg. v. Hartmut O. Häcker und Kurt-Hermann Stapf. Bern: H. Huber.
- Heitmann D. & Bauer U. (2007): Kinder psychische erkrankter Eltern – Forschungsdesiderata und psychiatrischer Interventionsbedarf. In: Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit 1, S. 8.
- Lägell, Ines (2008): Kinder stark machen – Die Arbeit der Beratungsstelle AURYN. In: Mattejat, Fritz & Lisofsky, Beate (Hg.): Nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn: Balance-Buch-und-Medien-Verl. (Balance Ratgeber) , S. 181 – 188.
- Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ; [Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS)] (2008). Unter Mitarbeit von Kerstin Horch. Berlin: Robert-Koch-Inst (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Lenz, Albert (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.
- Lenz, Albert (2012): Psychisch kranke Eltern und ihre Kinder. Bonn: Psychiatrie Verl. (Basiswissen, 25).
- Lexikon der Psychologie (2000). Autorisierte Sonderausg. /. [Niedernhausen/Ts.]: Bassermann (Edition Bassermann).
- Mattejat, Fritz (Hg.) (2008): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Neuausg. Bonn: Balance-Buch-und-Medien-Verl. (Balance Ratgeber).
- Möller, Hans-Jürgen (2005): Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe).
- Plass, Angela; Wiegand-Grefe, Silke (2012): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Originalausgabe. Weinheim, Bergstr: Beltz (Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter).
- Ravens-Sieberer U. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kinder und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt 5/2007, S. 871 – 876.

- Remschmidt, Helmut; Mattejat, Fritz (1994): Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Göttingen, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie (Beiträge zur Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters).
- Schone, Reinhold (2006): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Aufl. Weinheim ; München: Juventa-Verl (Soziale Praxis, 21).
- Schone, Reinhold; Wagenblass, Sabine (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind ... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Aufl. Weinheim [u.a.]: Juventa (Reihe Votum).
- Staets, Susanne (2008): Vorbeugen ist wichtig – KIPKEL – ein ambulantes Präventionsprojekt. In: Mattejat, Fritz & Lisofsky, Beate (Hg.): Nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker. Bonn: Balance-Buch-und-Medien-Verl. (Balance Ratgeber), S. 164 – 177.
- Wittchen, H.-U. et. al. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. In: Gesundheitswesen 61/1999, S. 216 -221.
- Zimbardo, Philip Georg; Gerrig, Richard J. (2008): Psychologie. 18. Aufl. München: Pearson Studium.

Internetquellen:

- Ravens-Sieberer, Ulrike: „Die BELLA-Studie auf einen Blick.“ URL: www.bella-study.org/new-version/die-bella-studie-auf-einen-blick/ [Stand: 14.07.2013]
- DJI-Deutsches Jugendinstitut e.V. (1997): „Sozialpädagogische Familienhilfe in der Bundesrepublik Deutschland – Erkunden von Ressourcen“ herausgegeben vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (1997). Berlin. URL: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/spfh/10-Methoden-und-arbeitsansaeetze-der-sozialpaedagogischen-familienhilfe/10-6-Ressourcen/10-6-2-erkunden-von-ressourcen,seite=2.html> [Stand: 05.08.2013].
- Flemming, H. (2011): „Nicht von schlechten Eltern, oder doch? – Finanzierung.“ Leipzig. URL: www.ptv-sachsen.de/Forum/Dokument/Vortrag_AURYN.pdf [Stand: 06.08.2013]

10.) Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: „4-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von psychisch kranken Störungen in der Bundesrepublik“ 9
- Abbildung 2: „4-Wochen Prävalenz affektiver, Angst und somatoformer Störungen“ 10
- Abbildung 3: „Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung: Ergebnisse des deutschen Bundesgesundheitsurvey“ 11
- Abbildung 4: „Affektive Störungen“ 14
- Abbildung 5: „Kennzeichen einer Major Depression“ 15
- Abbildung 6: „Formen schizophrener Störungen“ 18
- Abbildung 7: „Persönlichkeitsstörungen“ 19
- Abbildung 8: „Vererblichkeit psychischer Störungen“ 22
- Abbildung 9: „Altersstadien und Krisen nach Erikson“ 30
- Abbildung 10: „Psychische Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach Familienform 32
- Abbildung 11: „Beispiel für eine Netzwerkkarte“ 49

11.) Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig verfasst habe. Ich versichere, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß aus anderen Werken übernommenen Aussagen als solche gekennzeichnet habe, und dass die eingereichte Arbeit weder vollständig noch in wesentlichen Teilen Gegenstand eines anderen Prüfungsverfahrens gewesen ist.

Ort, Datum

Unterschrift