



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich: Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Sommersemester 2022

Erstprüferin: Frau Dipl.-Soz.-Päd. Kristine Waack

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Andreas Speck

Bachelorarbeit

Beratung und Hilfsangebote für
Familien mit Depression

Einblick aus der Sicht der Sozialen Arbeit

Zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts

vorgelegt von:

Alexandra Kronhard

Studiengang: Soziale Arbeit

URN-Nr.: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0493-0



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Depression	1
2.1 Definition	2
2.2 Symptome und Folgen	3
2.3 Form und Ausprägung	5
2.4 Auslöser	6
2.5 Identität	9
3. Kinder von depressiven Eltern	11
3.1 Symptome des Kindes bei elterlicher Depression	12
3.2 Auswirkung elterlicher Depression auf das Kind	12
3.3 Folgen und Gefahren in der Eltern-Kind-Beziehung	13
3.4 Bewältigungsstrategien des Kindes	18
3.5 Identitätsbildung des Kindes	20
4. Hilfsangebote	26
4.1 Hilfebedarf ermitteln und Krisen erkennen	26
4.2 Beziehungsarbeit zwischen Familie und professionell Helfenden	28
4.3 Präventive Intervention	31
4.4 Therapeutische Interventionen	32
4.5 Weitere Hilfskonzepte	34
4.6 Psychosoziale Beratung bei der Depression	36
4.6.1 Beratungsmethoden	37
4.6.2 Beratungsangebote und -settings	41
5. Die Profession im klinischen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit und deren Bedeutung für Familien mit Depression	42



6. Fazit	45
7. Quellenverzeichnis	47

1. Einleitung

Wenn es um das Thema Depression geht, gibt es verschiedene Ansichten. Es wird entweder gesagt, es sei eine Volkskrankheit oder gar keine Krankheit, sondern nur ein vorübergehendes Stimmungstief. Dabei ist die Mehrheit in der Gesellschaft davon betroffen. Aktuell ist die psychische Gesundheit in der Gesellschaft das größte Anliegen, das die Menschheit hat. Gerade in den sozialen Medien ist das Thema durch Werbung, Blogs und Aufklärungen präsent. Auch die Arbeit im sozialen Bereich beschäftigt sich mit der Klientel, die an einer psychischen Erkrankung leidet. Nicht nur, dass die Depression den Betroffenen belastet, sondern die Erkrankung hat auch einen Effekt auf das Familiensystem, sonstige Bezugspersonen und die Umwelt. Vor allem die Auswirkungen auf die Kinder sind in der Wissenschaft noch zu wenig erforscht und haben zu wenig Beachtung bekommen. In dieser Arbeit werden Wissensbestände von Personen, die Akademiker in den Bereichen Psychologie, Psychiatrie, Sozialwissenschaften und Soziale Arbeit sind, ausgeführt. Es werden drei essenzielle Fragen behandelt.

Wie äußert sich die depressive Erkrankung bei Betroffenen und welchen Einfluss hat es auf deren Kind? Welche Maßnahmen verhelfen zur Linderung der Symptome der Erkrankung und zu einem besseren Umgang mit dieser? Wie kann die Soziale Arbeit dabei unterstützen?

In dieser Arbeit wird die Depression mit deren Symptomen, Folgen, der Form und Ausprägung, den Auslösern und dem Einfluss auf die Identität der betroffenen Person definiert. Danach wird auf das Kind eingegangen, welches durch die elterliche Erkrankung Symptome, Auswirkungen, Folgen und Gefahren entwickelt. Es wird ergründet, wie die Erkrankung die Identitätsentwicklung beeinflusst. Eine Ausführung der Beratung und Hilfsangebote erfolgt, nachdem erklärt wurde, wie der Hilfebedarf ermittelt und wie eine Krise erkannt wird. Zum Schluss wird die Profession der Sozialarbeitenden in Frage gestellt und im Zusammenhang mit der Depression der Familie in eine Diskussion gebracht.

Im folgenden Gliederungspunkt wird die Depression definiert.

2. Depression

In diesem Gliederungspunkt soll das Krankheitsbild der betroffenen Person sowohl aus medizinischer als auch aus bio-psycho-sozialer Perspektive bearbeitet werden.

Die Komplexität der Erkrankung soll dargelegt werden, um herauszustellen, mit welcher hohen Belastung die betroffene Person leben muss.

2.1 Definition

Depression kommt aus dem lateinischen „depressus“¹ und bedeutet herabgedrückt. Nach dem medizinischen Lexikon von Roche wird Depression pathologisch als eine örtlich krankhafte Einsenkung der Körperoberfläche definiert, die die Körpersprache der erkrankten Person beschreiben würde.²

Psychiatrisch und psychologisch wird die Depression im Lexikon als seelische Störung erläutert, die eine gedrückte bzw. traurige und pessimistische Verstimmung mit sich bringt. Als endogene³ Ursache betrachtet, ist sie eine Störung, die im Inneren des Körpers entsteht, aber keine eindeutig erkennbaren Auslöser hat. Als exogene⁴ Ursache ist die Depression eine Erkrankung, die in einzelnen Episoden verläuft und durch äußere Einflüsse entsteht, die in den Körper eindringen. Als reaktiv wird die Depression bezeichnet, wenn die Episoden in leichter, mittelgradiger oder schwerer Form auftreten.⁵

Die Diagnostik läuft über den ICD-10 Code. Der ICD-10 Code ist ein internationales Klassifikationssystem, welches als Instrument die Symptome eines Störungsbildes durch einen Code aus Buchstaben und Zahlen einer Erkrankung zuweisen kann. Nach dem ICD-10 Code F32 wird die Depression als eine psychische Erkrankung angesehen, die in Episoden verläuft und den affektiven Störungen zuzurechnen ist.⁶ Der Code F32 zeigt alle Störungsbilder, welche die Depression bis zu Formen der Persönlichkeitsstörung und Manie beinhalten und sich auf die Veränderung der Stimmung und die dazugehörigen psychopathologischen Symptome beziehen. Die Anzahl und Ausprägung bestimmen den Schweregrad der Depression.⁷

¹ Dorsch 2022 (Internetquelle)

² Roche 2003, S. 519

³ ebd., S. 519

⁴ ebd., S. 577

⁵ ICD-10 Code 2022, F32.0, F32.1, F32.2 (Internetquelle)

⁶ ebd. (Internetquelle)

⁷ Eichenberg/Senf 2020, S. 268

Die Definition zeigt, dass die Depression unter verschiedenen Kategorien eingegrenzt wird, um die Symptome der erkrankten Person richtig zuordnen zu können. Dadurch kann keine einheitliche Definition zur Depression aufgestellt werden. Der nächste Punkt soll zeigen, wie individuell die Erkrankung zu betrachten ist und welche Folgen daraus entstehen.

2.2 Symptome und Folgen

Die Symptome lassen sich nach Tauber (Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin) und Nisch (Diplompsychologin) auf mehrere Ebenen aufteilen: die emotionale, physiologisch-vegetative, kognitive und Verhaltensebene.

Auf der emotionalen Ebene sind die häufigsten Gefühle Niedergeschlagenheit und Traurigkeit. Um diese Gefühle zu einer depressiven Verstimmung einordnen zu können, müssen sie laut ICD-10 mindestens 14 Tage ununterbrochen anhalten. Weiterhin sind es eine allgemeine emotionale Labilität mit erhöhter Empfindlichkeit, erhöhte Neigung zum Weinen, Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Feindseligkeit, Schuldgefühle, Ängstlichkeit, Versagensängste, die zu Panikattacken, Anhedonie⁸ und Einsamkeit führen. Die Panikattacken äußern sich durch Kurzatmigkeit, Brustbeklemmung und -schmerzen, Schwitzen und Herzrasen, Ohnmacht und Schwindelgefühle, Taubheit oder Kribbeln in den Extremitäten sowie das Gefühl eines Herzinfarkts.⁹

Physiologisch-vegetativ beschreibt dies den Zustand des Kraftaufwands der körperlichen Funktionalität. Demnach fühlt sich die betroffene Person antriebslos, hat Antriebshemmungen, ist kraftlos, erschöpft, schnell ermüdbar, ohne Energie und weist eine innere Unruhe auf. Die innere Unruhe kann, wie oben beschrieben, zu Panikattacken führen. Daraus können weiterhin Schlafstörungen entstehen, die sich entweder als ein verstärktes Schlafbedürfnis, als Einschlaf- und Durchschlafstörungen oder verfrühtes Erwachen zeigen. Daraus können Alpträume folgen. Weitere körperliche Symptome sind Magenschmerzen, Übelkeit, Durchfall,

⁸ Anhedonie = Fehlen bzw. Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden, Dorsch 2022
(Internetquelle)

⁹ Tauber/Nisch 2011, S. 34 ff.

verstärktes Schwitzen, trockener Mund und Schmerzen, zu denen Kopf- und Rückenschmerzen, Nackenverspannung und Libidoverlust gehören. Auch die Veränderung des Appetits wird ausgelöst, indem Appetitlosigkeit oder Heißhunger verspürt wird und dies zu Gewichtsveränderungen führen kann. Die körperlichen Symptome veranlassen die betroffene Person, erst dann einen Arzt aufzusuchen, wenn die psychischen Beschwerden nicht kompensiert werden können, in körperliche Beschwerden übergehen und sie dadurch merkt, dass etwas nicht stimmt.¹⁰

Kognitiv sind an erster Stelle Symptome zu nennen, die mit eigenen Gedankengängen zu tun haben. Dazu gehören das Grübeln über aktuelle, vergangene oder zukünftige Situationen, ohne ein Ziel zu verfolgen, und in einem negativen Bild über sich selbst oder andere Personen zu denken. Das führt zu einer überzogenen Selbstkritik, pessimistischen Zukunftserwartungen und einer mangelnden Kontrolle über zukünftige Entwicklungen und dies wiederum zu geringen Selbstwirksamkeitserwartungen, einem verminderten Selbstvertrauen und einer Mut- und Hoffnungslosigkeit. Das Denken ist mühsam und es fällt schwer, eine Entscheidung zu treffen. Die betroffene Person wird in Situationen überfordert, hat keinen Einfluss darauf und vermeidet es, Verantwortung zu übernehmen. Anderen gegenüber entwickelt sie Schuldgefühle, die entstehen, wenn man den eigenen Leistungsansprüchen nicht gerecht werden kann, die auch selten zu kognitiven Verzerrungen wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen führen. Die betroffene Person denkt dabei, dass ihre Wahrnehmung richtig sei und der Realität entspreche. Suizidale Gedanken und hypochondrische Befürchtungen sind ernstzunehmende Folgen der kognitiven Symptome.¹¹

In der Verhaltensebene folgen die Symptome aus der Antriebslosigkeit bis zur Reduktion von Aktivitäten. Zuerst äußert es sich in der Vernachlässigung von Freizeitaktivitäten. Nach längerer Zeit wird es schwieriger, den Alltag zu bewältigen. Auffällig wird man auch durch das soziale Rückzugsverhalten, bei dem man es mit Reizüberflutung, Erschöpfung, Interessensverlust und keine Last für andere sein zu wollen, zu tun hat. Wiederum folgt daraus, dass man von außenstehenden

¹⁰ Tauber/Nisch 2011, S. 36 ff.

¹¹ ebd., S. 38 f.

Menschen abhängig wird. Tritt man in Kontakt mit anderen Menschen, fällt man durch kraftlose, zusammengesunkene Körperhaltung mit eingeschränkter Mimik und Gestik auf. Die Mimik sieht traurig, maskenhaft, angespannt oder erstarrt aus. Die betroffene Person spricht langsam, mit vielen Pausen und dabei schwer atmend. Gegensätzlich kann sie Anspannungen haben und dabei unruhig wirken, indem sie mit den Beinen wackelt, wild gestikuliert oder laut schimpft. Ein weiteres Symptom ist das Sprechen über Suizid verbunden mit Gedanken der Vorstellung, Vorbereitung, Ankündigung und Durchführung dessen.¹²

Die vier Ebenen zeigen, wie stark Körper und Seele miteinander verknüpft sind und wie hoch die Belastung werden kann. Die Form und Ausprägung der Erkrankung sollen klarstellen, wie Depression trügen kann.

2.3 Form und Ausprägung

Tauber und Nisch beschreiben die Form und Ausprägung der Erkrankung.

Bei einer Depression ist wichtig zu beachten, dass der Schweregrad der Erkrankung richtig diagnostiziert wird. Der Diagnoseprozess soll dies ermitteln können. Es sollen mindestens zwei Hauptsymptome und zwei Zusatzsymptome 14 Tage durchgehend vorhanden sein, um von einer leichten Depression zu sprechen. Sind es drei bis vier Zusatzsymptome, ist von einer mittelgradigen und bei vier oder mehr Zusatzsymptomen von einer schweren Depression auszugehen. Um eine leichte oder mittelgradige depressive Episode besser feststellen zu können, ist es sinnvoll, auch auf somatische Symptome zu blicken. Bei einer schweren depressiven Episode werden somatische Symptome vorausgesetzt und nicht näher bestimmt, sondern es wird nach psychotischen Symptomen geschaut.¹³

Um den ICD-10 Code für die Erkrankung endgültig zu bestimmen, wird als letztes ermittelt, ob die Episode nur in einer einzigen Phase verlief (monophasisch), wiederkehrend verläuft (rezidivierend chronisch) oder in Kombination mit einer submanischen oder manischen Phase auftritt (bipolar). Der ICD-10 Code stellt bei der Diagnose klar, ob es sich um eine körperliche Erkrankung mit depressiver Störung handelt oder eine neurotische (ohne körperliche Symptome) depressive

¹² Tauber/Nisch 2011, S. 40

¹³ ebd., S. 41 f.

Störung.¹⁴ Bei der Diagnosestellung ist das Empfinden der betroffenen Person zu beachten. Die Beschreibung und Anzahl der Symptome können sich für die Person wie eine schwere Depression anfühlen. Wird nur die Anzahl der Symptome berücksichtigt, würde jede Person an einer schweren Depression leiden. Entscheidend ist aber eine klinische Beurteilung, die die Art, Anzahl und Schwere der Symptome berücksichtigt. Des Weiteren ist es hilfreich, die sozialen und beruflichen Aktivitäten einzubeziehen. Laut dem Diagnoseprozess ist es bei einer leichten Depression schwierig, soziale oder berufliche Aktivitäten zu verfolgen, aber alltägliche Aufgaben werden nicht aufgegeben. Bei einer mittelgradigen Depression können soziale, berufliche und häusliche Aktivitäten nur unter großen Schwierigkeiten fortgesetzt werden und bei einer schweren Depression kann den Aktivitäten kaum noch nachgegangen werden.¹⁵

Auch wenn nach außen hin die Beurteilung und Feststellung der Erkrankung durch die Symptomatik und den Diagnoseprozess machbar sind, ist es laut dem Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Psychodramatherapie Reinhard Krüger nennenswert, die Gesamtpersönlichkeit, die Biografie- und Beziehungserfahrung und die daraus entstehenden Interaktionsmuster mit einzubeziehen, um der betroffenen Person wirkliches Verständnis und Mitgefühl sowie die für ihren Zustand richtige Behandlung anbieten zu können.¹⁶

Daher sollte näher betrachtet werden, welche Auslöser eine Depression verursachen.

2.4 Auslöser

Die Auslöser äußern sich nach Köhler und Walter, Professoren der Psychotherapie mit dem Schwerpunkt „chronische Depression“, in der Zusammenwirkung der neurobiologischen, psychischen sowie sozialen Entwicklung eines Menschen anhand von genetischer Veranlagung, Erziehung und Leben nach gesellschaftlichen Maßstäben.¹⁷

¹⁴ Tauber/Nisch 2011, S. 47

¹⁵ ebd., S. 48 f.

¹⁶ Krüger u. a. 2016, S. 10

¹⁷ Köhler/Walter 2020, S. 304

Aus neurobiologischer Perspektive kann die genetische Veranlagung eine Depression auslösen. Richard O' Connor, amerikanischer selbstständiger Psychotherapeut, der 30 Jahre lang im Bereich Psychotherapie, Supervision und Institutsleitung arbeitete und sich beruflich und privat erheblich mit dem Thema Depression beschäftigt hat und selbst betroffen war, weist darauf hin, dass die Hirnrinde bei Familien mit Depression dünner ist und dies somit auf Depressionsanfälligkeiten hindeuten kann.¹⁸

Auch der Psychiater Wolfersdorf erklärt, dass das Neurotransmittersystem im Gehirn durch die Aussetzung von psychosozialen Belastungen, traumatischen Erfahrungen oder Verlustereignissen verändert wird, was durch Noradrenalin und Serotonin kontrolliert wird, die für Stimmung und Stressregulation zuständig sind. Diese Veränderung kann zu Depression führen.¹⁹

Des Weiteren geht O' Connor auf die soziale und persönliche Entwicklung als Auslöser ein. Schwierigkeiten in der Beziehung zu den Eltern in der Kindheit können dazu führen, dass schlechte Kindheitserfahrungen die Gehirnentwicklung beeinträchtigen und durch Vernachlässigung das Selbstwertgefühl nicht aufgebaut und kein Vertrauen zu anderen Menschen entwickelt werden kann.²⁰ Ein instabiles Selbstwertgefühl kann auch zu Depression führen. Die betroffene Person kann nicht mit Zurückweisung umgehen und das eigene pessimistische Denken ablegen, braucht permanent Bestätigung und Zuwendung von außen oder Erfolgserlebnisse. Wenn Angst oder Schüchternheit als Auslöser bestehen, können sie verhindern, eine zwischenmenschliche Beziehung zu anderen aufzubauen und in sozialen Situationen gut mit Menschen umgehen zu können, sodass sich betroffene Menschen zurückziehen, negative Gedanken entwickeln und eine Depression bekommen. Auch verursacht den depressiven Zustand ein Mangel an Unterstützung von außenstehenden Menschen, welcher zur Isolation führt. Die betroffene Person wird einsam und verunsichert.²¹

¹⁸ O' Connor 2017, S. 71 f.

¹⁹ Wolfersdorf 2001, S. 97

²⁰ O' Connor 2017, S. 71

²¹ ebd., S. 72

Tauber und Nisch gehen auf weitere gesellschaftliche Auslöser ein. Dies kann eine entscheidende Lebensveränderung, ein belastendes Lebensereignis oder eine schwere körperliche Erkrankung sein. Beispiele hierfür sind Mobbing, Verlust des Arbeitsplatzes bzw. Arbeitslosigkeit oder der Eintritt der Rente. Die depressive Erkrankung äußert sich dabei als Anpassungsstörung mit subjektivem Leiden und einer emotionalen Beeinträchtigung.²²

Nennenswert sind Auslöser, die nicht direkt zu einer Depression führen, aber symptomatisch einer Depression nahekommen. Zum einen wäre es ein Trauerfall oder Verlust einer nahestehenden Person, die jeweils eine depressive Verstimmung auslösen können. Die depressive Verstimmung wird als Dysthymie bezeichnet, die nicht ausgeprägt genug ist, um einer leichten oder mittelgradigen Depression zugeordnet werden zu können. Die betroffene Person erleidet mindestens zwei Jahre einen Zustand, in dem sie durchgängig starke Müdigkeit spürt und ihr alles anstrengend erscheint. Sie grübelt viel und hat Schlafstörungen.²³

Weitere Auslöser sind progressive Angstzustände, die depressive Symptome hervorrufen können. Wenn Angstzustände und depressive Symptome kombiniert in leichter oder mittelgradiger Form hervortreten, werden sie im Störungsbild als Mischbild gesehen, da die Ausprägung beider Störungen nicht stark genug ist, um sie einer eigenen Diagnose zuzuordnen.²⁴

Relevant sind nach O' Connor Stressfaktoren wie Versagen und Misserfolg, Verlust der gewohnten Rolle oder Diskriminierung und Stigmatisierung in der Gesellschaft, die ebenfalls zu einer Entwicklung von Depression führen können.²⁵

Das Ausmaß an Belastungen und deren Auslöser können viele Aspekte, die man mit sich selbst verbindet, in Frage stellen. Wie betrachtet man sich selbst mit einer depressiven Erkrankung?

²² Tauber/Nisch 2011, S. 52

²³ ebd., S. 54

²⁴ ebd., S.55 f.

²⁵ O' Connor 2017, S. 74

2.5 Identität

Das Selbstbild verändert sich durch die depressive Erkrankung.

Gerhard Zarbock, ein Diplompsychologe und Leiter des Instituts für Verhaltenstherapie-Ausbildung in Hamburg, beschreibt die Identitätsbeschädigung anhand psychischen Leidens. Die betroffene Person, die an der Depression leidet und gemäß den kognitiven Symptomen abwegige Gedankengänge und Impulse aufweist, die zu Panik und Halluzinationen führen, verliert ihre Selbstkontrolle. Ein Verlust der Selbstkontrolle entsteht meistens erst nach einer persönlichen Krise wie sozialer Isolation, Verlust des Arbeitsplatzes etc. Die Person kann demzufolge sich selbst und andere Menschen mit dem Verhalten gefährden, ist in ihrer Selbstbeobachtung und -entwicklung eingeschränkt und kann keine Verantwortung übernehmen.²⁶

O' Connor bestätigt diesen Punkt mit einer Ausführung der Funktionsbeeinträchtigung in den Lebensbereichen der betroffenen Person. Die betroffene Person kann sich schwerer konzentrieren, weniger Entscheidungen treffen, weniger Dinge merken und weniger neue Informationen aufnehmen. Schlechte Entscheidungen führen zu schädlichen Folgen, die die Lebensumstände verändern und die Personen unglücklich werden lassen, z. B. Berufsweg abbrechen, Beziehungen beenden oder Abhängigkeitsmittel einnehmen. Konsequenzen sind die Gefährdung der eigenen Gesundheit und der Verlust geliebter Menschen. Daraus folgt, dass das Selbstwertgefühl geschwächt wird. Der Bezug zu den eigenen Erlebnissen, den dazugehörigen Menschen und Dingen geht verloren, mit denen sich identifiziert wird. Die betroffene Person verliert ihre Orientierung und kann sich keine Bestätigung, Ermutigung und Geborgenheit holen, die ihre Bedürfnisse erfüllen würden. Dieser Verlust kann ein schlechtes Gewissen und Scham mit sich bringen.²⁷

Wenn Scham empfunden wird, sagt sie aus, wer du bist. Die betroffene Person weist sich dabei negative Eigenschaften zu und die Schwächen werden präsenter wahrgenommen. Sie kann sich nicht eingestehen, krank zu sein und Hilfe zu brauchen. Weiterhin kann die betroffene Person ihren Ansprüchen nicht gerecht

²⁶ Zarbock 2012, S. 233

²⁷ O' Connor 2017, S. 75

werden und denkt, dass sie nicht in der Lage ist, etwas Wirkungsvolles vollbringen zu können. Damit wird das Selbstbild negativ.²⁸

Hinzufügend erklärt Zarbock, dass die betroffene Person durch negative Glaubenssätze eine Selbstunwirksamkeitserwartung erzeugt. Wenn stressauslösende Ereignisse bevorstehen, wird sich die Person keine Handlungsalternativen überlegen, sondern sich bereits geschehene Misserfolge ins Gedächtnis rufen und damit selbst in Angst und Panik versetzen. Wird die Situation durchgestanden, wird sie nicht rückblickend realistisch ausgewertet, sondern die Person gibt sich selbst die Schuld, es nicht besser hinbekommen zu haben. Daraus folgt, dass die Person durch weitere folgende Glaubenssätze den eigenen Selbstwert schwächt.²⁹

Andererseits kann laut O'Connor die betroffene Person eine Krankenrolle einnehmen. Wenn die Krankheit so fortgeschritten ist und dauerhaft anhält, kann erwartet werden, dass die betroffene Person keine Veränderung haben will. Die Person neigt dazu, sich in der Rolle Mitleid von Anderen zu holen, um Zuwendung, Aufmerksamkeit und Bestätigung bekommen zu können. Diese positive Verstärkung kann Folgendes bewirken: Je länger die betroffene Person mit der Krankheit zu tun hat, desto mehr wird sie glauben, dass die Krankheit sie ausmacht und zu ihr gehört.³⁰ Nach Zarbock definiert sich die betroffene Person über ihre Störungen der Erkrankung anstelle ihrer Stärken und Ressourcen.³¹

Zarbock geht auf die Traumata der betroffenen Person ein. Traumatische Erlebnisse können in das Identitätsbild der betroffenen Person integriert werden. Hierbei dient die Depression als negative Verstärkung des Bewusstseins stark affizierender³² Zustände. Die betroffene Person nutzt die negative Verstärkung als Mittel, sich nicht mit einem Konflikt oder einer Abneigung zu etwas auseinandersetzen zu müssen. Dies äußert sich z. B. durch sozialen Rückzug, Einnahme von Substanzen oder

²⁸ ebd., S. 75

²⁹ Zarbock 2012, S. 233 f.

³⁰ O' Connor 2017, S. 76

³¹ Zarbock 2012, S. 237

³² Affizieren = erregen, eine Affektion verursachen, beeinflussen,

Affektion = Zustandsänderung durch äußere Einwirkung, Dorsch 2022 (Internetquelle)

Zwänge und kann so weit in die Lebensbereiche der betroffenen Person eindringen, dass es zum Teil ihrer Identität wird.³³

Körperliche Veränderungen in der Depression können bei der betroffenen Person ebenfalls das Selbstbild verändern, wenn sie sich durch die Veränderungen nicht wiedererkennt oder nicht mehr wie sich selbst fühlt.³⁴

Depression ist als Krankheit für die betroffene Person eine hohe Belastung. Sowohl die Auslöser als auch die entstehenden Symptome und Folgen daraus erschweren die Bewältigung der Probleme und den Umgang mit sich selbst. Eine weitere Sicht darf nicht unbeachtet bleiben, wenn es um den Einfluss der Krankheit auf die eigene Familie geht. Besonders Kinder werden in ihrer Entwicklung darin gehindert. Im folgenden Gliederungspunkt wird dies näher erläutert.

3. Kinder von depressiven Eltern

Kinder nehmen die Erkrankung der Eltern früh wahr, da sie mit ihnen emotional eng verbunden sind und sie genau beobachten. Sie werden durch das Belastungserleben, den Krankheitsverlauf und die Persönlichkeitsveränderung von ihren Eltern beeinflusst.³⁵ Durch die Depression fühlen sich Eltern, die davon betroffen sind, in ihrer Rolle als Elternteil beeinträchtigt. Sie sind überfordert, leiden an Selbstzweifel, Scham und Angst. Das beeinflusst die Paarbeziehung und das Erziehungsverhalten und wirkt sich negativ auf das Kind aus.³⁶ Dem Kind gegenüber ziehen sie sich zurück, zeigen kein Interesse, sind antriebslos, hoffnungslos, müde und vernachlässigen die Alltagsaufgaben.³⁷ Im Folgenden wird erläutert, welche Symptome beim Kind im Einfluss der elterlichen Depression entstehen.

³³ Zarbock 2012, S. 234

³⁴ O' Connor 2017, S. 77

³⁵ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 23

³⁶ Kronmüller/Driessen 2012, S. 51

³⁷ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 23

3.1 Symptome des Kindes bei elterlicher Depression

Zitiert nach Mattejat 2005, der auf eine Studie von Propping verweist, hat das Kind, welches von der elterlichen Depression beeinflusst wird, ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, an einer affektiven (depressiven oder bipolaren) Störung zu erkranken. Sind beide Elternteile erkrankt, liegt die Wahrscheinlichkeit bei über 50 Prozent, dass das Kind eine psychische Erkrankung jeglicher Art bekommt.³⁸

Die Symptomatik gleicht überwiegend der von Erwachsenen. Unterschiede können sich in der Abhängigkeit vom Alter ergeben. Kinder vor der Pubertät sind häufig konfrontiert mit Reizbarkeit, körperlichen Beschwerden und sozialem Rückzug. Bei Jugendlichen treten eine psychomotorische Verlangsamung, vermehrte Tagesschläfrigkeit, Wahnphänomene und suizidale Gedanken auf. Dabei können Kinder und Jugendliche weiterhin mit vermindertem Antrieb, Schlaflosigkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Konzentrationsschwierigkeiten, Neigung zum Weinen, Verlust des Interesses oder Freude an Aktivitäten, dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, Pessimismus bezogen auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit, sozialem Rückzug, Meidung von Gesprächen, Beziehungsproblemen, Langeweile und Alkohol- und Drogenkonsum reagieren.³⁹

3.2 Auswirkung elterlicher Depression auf das Kind

Das Risiko, dass das Kind an einer psychischen Störung erkrankt, ist höher, wenn es von Geburt an oder früh in der Kindheit mit der elterlichen Erkrankung zu tun hat, als im Laufe der Kinder- und Jugendzeit, wenn zuvor eine gesunde und gute Beziehung zu den Eltern bestand.⁴⁰

Die Depression der Mutter kann sich schon während der Schwangerschaft auf das Kind auswirken. Säuglinge weisen neonatal biochemische, physiologische und Verhaltensdysregulationen auf.⁴¹

Dabei ist für die Entwicklung des Kindes entscheidender, wie schwer ausgeprägt die Krankheit der Eltern ist, ob sie chronisch oder in Episoden verläuft und unter welchen psychosozialen Bedingungen das Kind aufwächst als die Diagnose der Krankheit

³⁸ Schrappe 2018, S. 53

³⁹ Ihle 2016, S. 537 – 539

⁴⁰ Deneke 2005, S. 62

⁴¹ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 52

selbst. Es besteht ein gesundheitliches Risiko für das Kind, wenn es unter schlechten Lebensbedingungen leben muss, wie Trennung der Eltern, Armut, Arbeitslosigkeit, sozialer Isolation, problematischen Wohnverhältnissen, schlechter Gesundheitsversorgung und mangelnder Freizeitqualität. Die Anzahl der Belastungen der Lebensbedingungen erhöht für das Kind das Risiko zu erkranken.⁴² Bei der Auswirkung ist bei Kindern und Jugendlichen darauf zu achten, dass sich kognitive und affektive Strukturen noch in der Entwicklung befinden und auf vorhandenen Strukturen aufbauen. Neu entwickelte Strukturen sollen in der Zukunft für Informationsverarbeitungsprozesse und Gedächtnisleistungen dienen können.⁴³ Bei der Störung der Entwicklung von Strukturen entwickelt das Kind Probleme wie eine unsichere emotionale Bindung, Aggressionen, ein oppositionelles⁴⁴ Verhalten, Defizite in der Aufmerksamkeit, ein niedriges Selbstwertgefühl, eine schlechte Beziehung zu Gleichaltrigen und eine depressive Verstimmung. Dadurch wird das Kind ängstlicher, gehemmter, zieht sich zurück und zeigt weniger Interaktion und Engagement.⁴⁵

Das Kind ist durch den Einfluss der elterlichen Krankheit stark betroffen und in Gefahr, selbst an einer psychischen Störung, unter anderem auch an einer Depression, zu erkranken. Welche Folgen hat das für dessen persönliche Entwicklung und die zukünftige Lebensweise? Wie wirkt sich dies auf die Beziehung zu den Eltern aus?

3.3 Folgen und Gefahren in der Eltern-Kind-Beziehung

Gemäß den Auswirkungen beziehen sich unter anderen die Autoren Dr. med. Angela Plass (Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und Prof. Dr. Dipl.- Psych. Silke Wiegand-Grefe (Forschungsgruppenleiterin der Leitung für die Familienambulanz im Universitätsklinikum Hamburg) zur Ausführung der Eltern-Kind-Beziehung anhand internationaler Studien zu ihrer Forschung auf die

⁴² Deneke 2005, S. 63

⁴³ Ihle 2016, S. 540

⁴⁴ oppositionell = aufgrund einer gegensätzlichen Einstellung zu jemandem, Duden 2022 (Internetquelle)

⁴⁵ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 52

Schwerpunkte Familie, Psychotherapie, Versorgung und Kinder- und Jugendgesundheit.

Die Erkrankung eines Elternteils oder beider Elternteile wirkt sich auf das gesamte Familiensystem aus. Sie prägt die innerfamiliäre Lebenssituation und Familienbeziehung. Jedes zweite Elternteil lebt von der Person getrennt, mit der es eine Lebenspartnerschaft geführt hatte. Das Kind bleibt dann meistens bei der Mutter.⁴⁶

Mittlerweile erwachsene Kinder berichten von möglichen Problemen im Zusammenleben durch Vernachlässigung, Misshandlung, Isolation in der Familie, mangelnde soziale Unterstützung, Informationsmangel und negative Erfahrung im Gesundheitssystem. Sie fühlten sich nicht in ihrer Not wahrgenommen und wurden mit mehr Verantwortung belastet und mit ihren Sorgen, Ängsten und Fragen allein gelassen. Dadurch waren sie als Kind dauerhaft verwirrt und verstanden nicht, was um sie herum passiert.⁴⁷

Wie bereits erwähnt, läuft das Kind Gefahr, auch an anderen psychischen Erkrankungen und Folgen erliden zu können. Beispiele hierfür sind Angststörungen, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, Bipolare Störungen, Störungen im Sozialverhalten, Lernprobleme, Panikstörungen, Verminderung im allgemeinen Funktionsniveau, Einschränkungen in der Bindungsfähigkeit, ADHS, Verhaltensstörungen und Suizidversuche. Mit diesen Folgen würde das Kind anfällig sein, in Form von ambulanten und stationären Aufenthalten in psychiatrischen Einrichtungen oder anderweitig behandelt zu werden.⁴⁸

In der Beziehung zu den Eltern ist im Säuglingsalter vor allem die Interaktion für die Bindungsqualität wichtig. Wird die Bindung gestört, führt es zu einer Störung der Eltern-Kind-Interaktion. Das Kind kann in seiner psychischen Entwicklung gehindert werden, wenn die Bedürfnisse nicht erfüllt werden.⁴⁹

⁴⁶ Kronmüller/Driessen 2012, S. 49

⁴⁷ Deneke 2005, S. 63 ff.

⁴⁸ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 54 f.

⁴⁹ ebd., S. 60 f.

Eine emotionale Unerreichbarkeit in der Interaktion kann entstehen. Wenn ein Elternteil die Signale des Säuglings nicht oder nur verzögert aufgrund von starker Unsicherheit, anhaltender Erschöpfung, Freudlosigkeit oder Ablehnung des Kindes mitbekommt, so kann der Säugling deren Signal nicht mehr als Antwort wahrnehmen und entwickelt Interaktionsstörungen hinsichtlich der Regulation, Übererregbarkeit und Passivität.

Fehlende Responsivität⁵⁰ und mangelndes Einfühlungsvermögen sind bei Depression das häufigste Verhalten bei der Entwicklung einer Bindungsstörung. Das Elternteil reduziert den Blickkontakt, das Lächeln, das Sprechen, das Imitieren, das Streicheln und das Spielen mit dem Kind. Weiterhin kann das Kind im Kleinkindalter eine Überstimulation entwickeln, wenn es durch Impulse des Elternteils stark oder anhaltend erregt wird und ständig eine Reaktion abgeben muss. Wenn sich das Kind abwendet, so reagiert das Elternteil mit mehr Impulsen. Das Kind könnte wiederum mit starkem Protest und körperlicher Abwehr von Berührungen oder mit körperlichem Erstarren reagieren. Diese Situation tritt meistens auf, wenn das Elternteil eine agierte Depression aufweist, und äußert sich durch rastlose Bewegungen und Klagen über Beschwerden aufgrund von Angst und Unruhe.⁵¹

Eine Vernachlässigung kann auch entstehen, wenn die Grundbedürfnisse des Kindes nicht erfüllt werden wie Essen und Trinken, Sauberkeit und Schutz sowie Schlaf und Trost.⁵²

Im KiTa- und Grundschulalter ist das Kind wissbegierig und hat viel Fantasie. Mit der elterlichen Erkrankung entwickelt es schuldhaftige Kausalitätsvorstellungen. Wenn es böse Gedanken hat, bei denen es wütend ist und sich gegen die Eltern aufstellen will, denkt es, es verursacht die Krankheit der Eltern. Die Eltern nehmen das Kind als äußerst schwierig wahr. In der Erziehung können sie weniger Grenzen durchsetzen. Andererseits können sie auch überängstlich reagieren und dem Kind zu wenig erlauben. Lob, welches das Selbstwertgefühl stärken soll, wird wenig ausgesprochen. Das Kind kann mit seinem Gefühlsstand unauffällig bleiben, doch

⁵⁰ Responsivität = wenn eine Bezugsperson dem Kind in einer Weise antwortet, die ihm eine Selbstobjekterfahrung ermöglicht [...], Spiegelung eines positiv besetzten Selbsterlebens, Bartosch 2007, S. 595

⁵¹ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 61

⁵² Schrappe 2018, S. 30

im Gespräch kommen die Sorgen um die Eltern hoch. Es sind Gedanken wie Angst vor Auseinandersetzung und Trennung bei den Eltern, finanzielle Schwierigkeiten und die geringe elterliche Belastbarkeit.⁵³

Im Jugendalter versucht das Kind selbstständig und unabhängig zu werden und sozialen Anschluss zu finden. Damit will es emotionale Stärke aufbauen und sich von den Eltern ablösen. Es kann sich selbst und seine Familie besser wahrnehmen und reflektieren sowie die Eigenschaften und das Verhalten der Eltern kritisch betrachten. Wenn in der Familie aber eine psychische Krankheit vorliegt, dann hat das Kind Schwierigkeiten, sich mit den Problemen kritisch auseinanderzusetzen. Es entwickelt das Gefühl, mehr Verantwortung für die Familie zu übernehmen, die Bedürfnisse der Eltern vor dessen eigene zu stellen und eigene Aktivitäten und den Wunsch der Ablösung zu vernachlässigen, da es hierfür die Anerkennung bekommt. Ebenfalls spielen hier Schuldgefühle gegenüber den Eltern, wenn das Kind an sich denkt, eine Rolle. Mit dem eigenen Urteils- und Reflexionsvermögen kann sich das Kind selbst über die Krankheit informieren. Es könnte dabei Angst entwickeln, selbst einmal an der Krankheit leiden zu können. Wie in der Kindheit kann es wieder Schuldphantasien entwickeln und durch das Abgleichen des eigenen Verhaltens denken, die verursachende Person für die Krankheit zu sein. Dazu kann es auch emotionale Instabilität, Aggressionen, antisoziales Verhalten, Rückzugstendenzen, Passivität und soziale Angst entwickeln. Diese können bereits Anzeichen für das Entstehen einer eigenen Krankheit sein.

Die Eltern können das Kind nicht in der Entwicklung von Kompetenzen, Selbstständigkeit und Autonomie unterstützen.⁵⁴

Dies bringt weitere Schwierigkeiten für das Kind mit sich. In der Familie müssen zwischen einzelnen Beziehungen Grenzen existieren. Eltern sollen ihre Sorgen und Belastungen im Liebesleben, in Finanzen oder ihre Geheimnisse nicht mit ihrem Kind bereden. Sie machen ihr Kind sonst zu ihrem Vertrauten. Das Kind könnte glauben, bevorzugt und erwachsener behandelt zu werden, jedoch ist das zum eigenen Nachteil, weil es von den Eltern benutzt wird, damit diese Mitgefühl erhalten, einen Verbündeten haben und weniger einsam sind. Dies untergräbt aber das

⁵³ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 62

⁵⁴ ebd., S. 63

Selbstwertgefühl des Kindes. Wenn das Kind älter wird, könnten Eltern ihm ihre Sorgen anvertrauen, wenn dem Kind Respekt gezeugt wird und die Privatsphäre sowie Bedürfnisse berücksichtigt werden.⁵⁵

Wenn das Kind als vertraute Person dient, müssen die Emotionen beachtet werden. In der elterlichen Belastung kann das Kind stark darauf reagieren. Neben den Gefühlen von Angst, Schuld und Resignation, ist das Kind erheblich von Loyalitätskonflikten betroffen. Es kann die Gefühle für die Eltern nicht einordnen, ob es jetzt Mitleid und Zuneigung oder eher Scham und Abneigung empfinden darf. Dass sich das Kind im Widerspruch fühlt zu dem, wie es glaubt, empfinden zu müssen, vermittelt ihm, nicht zu seinen Eltern zu stehen und sie nicht ausreichend zu unterstützen. Aufgrund der Tabuisierung der Krankheit in der Familie kann es nicht über die eigenen Gefühle sprechen und wird damit allein gelassen.⁵⁶

Um den Zustand der Eltern zu verstehen und die Bereitschaft, immer für sie da zu sein, zu zeigen, ist das Kind mit der Parentifizierung konfrontiert. Das Kind fühlt sich nicht nur verantwortlich für die Erkrankung, wie zuvor erwähnt, sondern übernimmt aktiv die Rolle des Elternteils als Lösungsweg, indem es z. B. Aufgaben im Haushalt erledigt oder die Befindlichkeiten wie Stimmungsschwankungen, Wahrnehmungen, Schlafen und Weinen der Eltern überwacht, um abzugleichen, ob es bereits gleiche Symptome der Erkrankung entwickelt wie seine Eltern. Da die Eltern überlastet sind und die Elternfunktion nicht erfüllen können, neigen sie dazu, dem Kind mehr Verantwortung aufzudrücken. Das kann von einer Überforderung des Kindes bis zu dem Verlust kindlicher Freiheit und Behinderung der autonomen Entwicklung führen.⁵⁷

Im Falle einer Traumatisierung bei den Eltern kann das Kind überlastet werden, indem es in eine Rolle oder Konstellation deren unverarbeiteter Vergangenheit gedrängt wird. Das Kind wird selbst traumatisiert, indem die Eltern es mit deren Affekten überladen, die sie nicht für sich behalten oder verarbeiten können; sie entlasten sich von den unerträglichen Gefühlen des Ereignisses und projizieren

⁵⁵ O'Connor 2017, S. 194

⁵⁶ Schrappe 2018, S. 31

⁵⁷ ebd., S. 32

diese auf das Kind. Damit wollen die Eltern ihre Identifizierung mit dem Trauma verdrängen. Des Weiteren bekommt das Kind keine Chance, durch Empathie seine Bedürfnisse nach Schutz und Verständnis durch die Eltern befriedigen zu können, da die Eltern dessen Nähe nicht zulassen. Da das Kind durch die Unzugänglichkeit die Stressoren der Eltern mitbekommt, durchlebt das Kind in seiner Fantasie das Trauma der Eltern selbst und spürt die Effekte. Anders wiederum können die Eltern das Kind benutzen, um deren Selbstgefühl und -struktur wiederherzustellen, wobei dem Kind die Entwicklung der Individuation genommen wird und es sich von sich selbst entfremdet fühlt.⁵⁸

Die psychische Erkrankung ergibt für die Folgen und Gefahren in der Eltern-Kind-Beziehung eine wechselseitige Beziehung zwischen Eltern und Kind. Die Eltern können ihr Kind durch ihre Erkrankung gefährden, aber das Kind kann ebenso durch die Belastungen die Eltern herausfordern. Auch wenn der Einfluss der Erkrankung auf das Kind von dem Alter des Kindes in der Anfangsphase und im weiteren Verlauf der Belastung und von den Voraussetzungen, die das Kind mitbringt, abhängt, ist durch die gemeinsame Bindung und das Zusammenleben in der Familie die Wechselwirkung nicht vermeidbar.⁵⁹

Auf welche Weise versucht das Kind mit der Belastung der elterlichen Erkrankung umzugehen und diese bewältigen zu können?

3.4 Bewältigungsstrategien des Kindes

Im Verlauf der Erkrankung der Eltern entwickelt das Kind Strategien, um mit der Situation umgehen und sich schützen zu können. Das Kind besitzt eine Resilienz, welche die Anpassungsfähigkeit beschreibt, mit der das Kind seine innere Anspannung reguliert, in seiner Umwelt nach Unterstützung sucht und diese auch annimmt. Für die Resilienz muss eine Bedrohung der Entwicklung des Kindes vorhanden sein, mit der trotzdem eine positive Entwicklung erreicht werden kann. Sie besteht aus Schutzfaktoren, die in Wechselwirkung mit den Risikofaktoren stehen. Schafft es das Kind nicht, mit seinen Entwicklungsanforderungen und Ressourcen mit der Belastung umzugehen, kommen Schutzfaktoren zum Einsatz.

⁵⁸ Riedesser 2005, S. 12 f.

⁵⁹ Dirks/Heinrichs 2012, S. 75 f.

Sie bestehen aus einem stabilen Familienklima, einer guten elterlichen Paarbeziehung, einem geeigneten Umgang des Elternteils mit dessen Erkrankung, bestenfalls einer guten Krankheitsbewältigung, einer altersangemessenen Aufklärung für das Kind über die Erkrankung, einem funktionierenden Netzwerk mit der Möglichkeit der Zuflucht in eine außerhäusliche Umgebung und einer Kontaktaufnahme zu Bezugspersonen wie Lehrkräften in der Schule, anderen Familienmitgliedern, Bekannten aus dem Freundeskreis oder aus der Freizeitbeschäftigung etc. Zu den Schutzfaktoren im familiären Prozess tragen häufige gemeinsame Aktivitäten, ein herzlicher und zugewandter Umgang miteinander und klare feste Verhaltensregeln bei.⁶⁰

Die beschriebenen Schutzfaktoren werden dem sozialen und familiären Aspekt zugeordnet. Zudem besitzt das Kind von Natur aus individuelle Schutzfaktoren. Diese sind ein kontaktfreudiges und aktives Temperament, eine mindestens durchschnittliche Intelligenz, gute Kommunikationsfähigkeit, Leistungsorientierung, die Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme und ein positives Selbstwertgefühl.⁶¹ Risikofaktoren beschreiben alle Zustände, durch welche das Kind der Belastung oder den Problemen der elterlichen Erkrankung ausgesetzt ist, sodass dessen psychische Gesundheit gefährdet wird, was zuvor im Gliederungspunkt „Auswirkung elterlicher Depression auf das Kind“ beschrieben worden ist.

Das Kind braucht Resilienz und Ressourcen, um die Belastung der Eltern durchstehen zu können. Trotz dieser Umstände ist es von dessen Eltern und der Umwelt abhängig, da der Entwicklungszustand noch keine Selbstständigkeit zulässt. Die Umstände prägen das Kind in dessen Entwicklung der Persönlichkeit. Wie betrachtet sich das Kind hinsichtlich seiner Identität und Rolle in der Familie und welche Schwierigkeiten bringt es mit sich?

⁶⁰ Dirks/Heinrichs 2012, S. 71 f.

⁶¹ Schrappe 2018, S. 40

3.5 Identitätsbildung des Kindes

Im Vergleich zum Gliederungspunkt „2.5 Identität“, in dem beschrieben wird, wie sich die Erkrankung auf die bereits vorhandene Identität auswirkt, liegt hier der Fokus darauf, was in der Entwicklung einer Identität des Kindes beeinträchtigt werden kann.

Hier beschreibt sich Identität nach Erikson (1959) als psychoanalytisch-sozialpsychologische Bezeichnung für ein dauerndes inneres Sich-selbst-Gleichsein. Es besteht eine Kontinuität des Selbsterlebens, die voraussetzt, dass das Kind durch dauerhafte Übernahme bestimmter sozialer Rollen und gesellschaftlicher Anerkennung eine eigene Rolle herstellen kann. Identitätsbildung und -findung finden vor allem in der Pubertät und Adoleszenz statt, in der bewusste und unbewusste Anlagen, Fähigkeiten, Bedürfnisse und Identifikationen in die eigene Rolle integriert werden. Hat das Kind Schwierigkeiten, diese Aufgabe zu lösen, kann es zu einer Identitätsdiffusion kommen.⁶²

Ebenfalls nach Erikson bedeutet die Identitätsdiffusion, dass das Kind unfähig ist, eine eigene Identität zu bilden. Es ist als Zersplitterung des Selbst-Bildes zu verstehen, bei der ein Gefühl von Verwirrung, Verlust der Mitte bis zur Furcht vor völliger Auflösung entstehen kann. Ursachen können häufig widersprüchliche Rollenerwartungen, Vorbilder, Identifikationsmöglichkeiten und Lebensziele sein, die es erschweren, eine Entscheidung zu treffen und eine Selbstdefinition zu bilden.⁶³

Im weiteren Verlauf wird näher auf die Ursachen eingegangen. Zunächst werden Gefährdungen widersprüchlicher Lebenssituationen erwähnt, danach einzelne Aspekte, bei denen die Identitätsdiffusion spezifischer dargestellt wird.

Der Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann beschreibt die Identität des Kindes aus soziologischer Perspektive.

Durch unsichere Lebensbedingungen kann das Kind bei der Verarbeitung seiner Lebenswelt allein gelassen werden und die einfühlsame Unterstützung und Anleitung könnten fehlen. Es sind wenige soziale und ökologische Räume verfügbar, die dem Kind gehören und von ihm genutzt und gestaltet werden können. In der Entwicklung des Selbstbilds ist das Kind auf sich allein gestellt, hat aber im Konsumbereich,

⁶² Hörnig/Klima 2020, S. 326

⁶³ ebd., S. 327

Freizeitleben und in der Gestaltung der privaten, sozialen und erotischen Beziehungen bereits gleiche Spielräume wie Erwachsene. Das bedeutet, dass das Kind zu früh erwachsen werden muss. Verfügt es über keine eigenen Schutzräume und Grenzen, können psychosomatische Beschwerden, Aufmerksamkeitsdefizite und Aggressionen folgen. Eine Auflösung von engen Bindungen im Familienleben verletzt das Bedürfnis nach Gemeinschaft und Zugehörigkeit des Kindes.

Werden zu viele Freiheiten gelassen, neigt das Kind zu Grenzüberschreitungen. Durch den leichten Zugang zu Informationen in den Medien kann sich das Kind ein unrealistisches Weltbild aneignen, das es dazu verleitet, sich mit der Erkrankung der Eltern zu identifizieren.

Auch die prekären Lebensumstände können dessen Identität beeinflussen. Ist die Familie von Arbeitslosigkeit und Bildungsdefiziten betroffen, überträgt sich das Bild auf das Kind, das in dem Zustand keinen Sinn und keine Lebensperspektive hat, verunsichert und orientierungslos ist und unter Druck gesetzt wird, hohe Qualifikationsanforderungen erfüllen und Leistung erbringen zu müssen. Obwohl das Kind die Spielräume der Erwachsenen leichter nutzen kann, hat es keine Möglichkeit, dessen Lebensumstände einfach umorganisieren und ändern zu können wie Erwachsene und trifft auf die eigene zukünftige Lebensgestaltung unvorbereitet und unbeeinflussbar zu.⁶⁴

Inge Seiffge-Krenke, Professorin für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie an der Johannes Gutenberg Universität in Mainz, beschreibt die Identitätsdiffusion des Kindes im Einfluss der elterlichen Erkrankung.

Der erste Punkt, der näher betrachtet wird und zu einer Identitätsdiffusion führen kann, ist das Erziehungsverhalten. Besteht ein unangemessenes Erziehungsverhalten, kann es zu einer Entwicklung eines falschen Selbst führen.⁶⁵ In einem identifikatorischen Prozess übernimmt das Kind Verhaltensweisen, Einstellungen und Werte der Eltern.⁶⁶ Das Kind kann sich nicht mit den Elternrollen identifizieren, hat Angst vor körperlicher Berührung und Sexualität, kann keine nahen

⁶⁴ Hurrelmann 2012, S. 62 ff.

⁶⁵ Seiffge-Krenke 2012, S. 75

⁶⁶ ebd., S. 78

Beziehungen zulassen, die zur eigenen Identität gehören, und verfolgt zukünftig falsche Verhaltensweisen, Werte und Einstellungen im Leben.⁶⁷

Ein innerer Objektverlust kann entstehen, wenn das Kind zum Selbstobjekt der Eltern wird.⁶⁸ Das Kind soll dabei den Vorstellungen der Eltern entsprechen, was die Identität betrifft. Tut es das nicht, können die Eltern auf zwei Weisen reagieren. Erstens zeigen sie kein Verständnis für die Wertvorstellungen und Interessen des Kindes, weil es nicht ihren familiären Traditionen im Beruf, in der Politik oder Religion entspricht. Es fühlt sich dadurch allein gelassen, ignoriert, abgelehnt, sozial isoliert und kann psychische Probleme entwickeln, wenn es ihm erschwert wird, andere Identitätsentwürfe zu verfolgen.⁶⁹

Zweitens können die Eltern mit Überfürsorge reagieren. Die Eltern machen alles für das Kind, um eigene Probleme und Ängste auf dieses übertragen und somit ihre Gefühle beim Kind entladen zu können. Die Folge daraus ist, dass das Kind keine Selbstverantwortung übernimmt, keine Autonomie entwickelt und die regressive⁷⁰ Seite durch die Versorgung der Eltern ausleben möchte.⁷¹ Im Erwachsenwerden möchte das Kind dann nicht ausziehen oder kehrt nach einem Auszug schnell wieder zurück.⁷²

Zusammenfassend herrscht im unangemessenen Erziehungsverhalten eine eingeschränkte Vorbildfunktion, in der eine diffuse⁷³ generationale Abgrenzung stattfindet. Dies bedeutet, dass das Kind in Konflikte und Probleme der Eltern einbezogen wird und diese ihr Kind nicht in dessen eigenen Entwicklungsaufgaben wie Kompetenzerwerb, Selbstständigkeit und Autonomie unterstützen können.⁷⁴

⁶⁷ Seiffge-Krenke 2012, S. 77

⁶⁸ ebd., S. 102

⁶⁹ ebd., S. 85 – 88

⁷⁰ regressiv = rückschreitende Entwicklung, Dorsch 2022 (Internetquelle)

⁷¹ Seiffge-Krenke 2012, S. 89 f.

⁷² ebd. 2012, S. 93

⁷³ diffus = auseinanderfließen, Dorsch 2022 (Internetquelle)

⁷⁴ Plass/Wiegand-Greife 2012, S. 64

Der nächste Punkt betrifft die Bindung. Bei der Bindung besteht ein Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Selbst, der Identität und sozialen Beziehungen.⁷⁵

Wie zuvor erwähnt, beinhaltet die Bindung ein Bedürfnis nach Gemeinschaft und Zugehörigkeitsgefühl für die Identitätsbildung. Setzen sich Eltern weniger mit ihrem Kind auseinander, so zeigen die Eltern weniger Interesse und das Kind muss mehr Selbstverantwortung übernehmen und kann sich nicht in dessen Autonomie üben, sich für seine Bedürfnisse einzusetzen. Auch die Nicht-Ablösung vom Elternhaus im späteren Alter führt zum Ausfall des Aushandelns der Autonomie. Das Kind entwickelt einen vermeidenden und ambivalenten⁷⁶ Bindungsstil, möchte lange zuhause wohnen, um sich noch ein Stück der Bindung zu sichern.⁷⁷

Hinsichtlich der Vernachlässigung der Bindung durch die Eltern können sich zwei Identitätsformen bilden.

Die übernommene Identität entsteht, wie bereits beschrieben, wenn das Kind den Vorstellungen der Eltern entsprechen soll. Dabei verhält es sich ambivalent und empfindet die Beziehung zu den Eltern einerseits nah, liebevoll und kindzentriert, muss sich jedoch andererseits den Familienwerten entsprechend verhalten.

Bei der diffusen Identität zerfällt die eigene Identität und das Kind verhält sich distanziert und zurückweisend gegenüber den Eltern.⁷⁸ Sind die Eltern psychisch labil, verhaltensauffällig und haben einen niedrigen Entwicklungszustand, braucht das Kind umso länger eine Beelterung, da es keine selbstständige Exploration⁷⁹ vollziehen konnte.⁸⁰

Als Nächstes wird die Identitätsdiffusion anhand einer imaginären Freundschaft betrachtet. Sie dient der Notwendigkeit der internalisierten⁸¹ Selbst- und

⁷⁵ Seiffge-Krenke 2012, S. 79

⁷⁶ Ambivalenz = innere seelische Spannung bei Wunsch oder Triebimpuls mit widerstreitenden Gefühlen, Tenbrink 2007, S. 21

⁷⁷ Seiffge-Krenke 2012, S. 92 f.

⁷⁸ ebd., S. 85

⁷⁹ explorare = erkunden, Dorsch 2022 (Internetquelle)

⁸⁰ Seiffge-Krenke 2012, S. 93

⁸¹ Internalisierung = Verinnerlichung der Werte und Normen für die Persönlichkeitsstruktur, Slesina 2020, S. 835

Objektrepräsentanzen. Das Kind hat als Konstrukteur der Beziehung mit der imaginären Person jeweils eigenständige Identitäten. Die imaginäre Person kann immer wieder durch anderen Namen, Charaktereigenschaften etc. ersetzt werden, wie das Kind auch die eigene Identität im Laufe seines Lebens verändert. Die imaginäre Person ist dem Kind meistens ähnlich, in der Regel gleichaltrig und gleichgeschlechtlich. Damit möchte das Kind das Größenselbst aufrechterhalten. Es plant die Karriere in der Fantasie und sucht Trost bei eigenen Grenzen und Beschränkungen. Die Fantasie schützt das Kind vor der kränkenden Realität und es kann eigene negative Gefühle, die es in der Realität nicht haben darf, auf die imaginäre Person übertragen, die das negative Selbst des Kindes darstellt. Die imaginäre Person ersetzt die Bezugsperson, mit der man reden kann. Meistens wird die imaginäre Person von Kindern erfunden, die sich allein fühlen und schwere Belastungen mit sich tragen.⁸²

Die Grenzsetzung ist ein weiterer Punkt einer Identitätsdiffusion. Erfolgt eine psychologische Kontrolle⁸³ und keine autoritäre, fehlt die Grenzsetzung für die Identität. Eine psychologische Kontrolle entsteht, wenn Eltern Druck auf das Kind ausüben, Schuldgefühle entstehen lassen, manipulative Strategien anwenden und ein Verhalten des Kindes im Sinne der Eltern hervorrufen. Das Kind macht etwas, was es selbst nicht will und ist.

Sind Separationsängste⁸⁴ vorhanden, folgt mehr psychologische Kontrolle. Das Kind fühlt sich dann eingeschränkt und will außerhalb des Zuhauses explorieren. Bekommen die Eltern dies mit, können sie es nicht tolerieren und üben noch mehr psychologische Kontrolle aus. Dabei kann eine Symbiose entstehen. Die Symbiose stellt einen Körper für zwei dar. Das Kind wird seinem Selbst enteignet, da gute Ereignisse des Kindes von den Eltern durch Erzeugung von Schuldgefühlen unterdrückt werden. Das Kind entfernt sich mehr von sich selbst. Gerade bei einer affektiven Störung der Eltern wird der Körper des Kindes als Selbstkörper für die

⁸² Seiffge-Krenke 2012, S. 80 f.

⁸³ Kontrollpsychologie = zielbezogene Manipulation der Umwelt und der eigenen Person, Dorsch 2022 (Internetquelle)

⁸⁴ Separationsängste = aus dem engl. separation, Trennungsangst, Dorsch 2022 (Internetquelle)

Eltern benutzt, damit sie ihre Affekte an dem Kindkörper auslassen können. Hiermit haben sie vollständige Kontrolle über das Kind im Alltagsleben.⁸⁵

Als letzter Punkt folgt die Familienstruktur. Trennen sich die Eltern, hat das Kind weniger Personen, mit denen es sich identifizieren kann, und wird in seiner Entwicklung eingeschränkt. Wenn sich die Eltern nicht mehr gut verstehen und das Kind ein Elternteil weniger sieht, bestehen weniger Chancen, ein Vorbild zu haben und sich mit dem Elternteil zu identifizieren.⁸⁶

Dabei kann das Kind Angst vor Liebesverlust vom verlassenen Elternteil, Loyalitätskonflikte und Ohnmachtsgefühle entwickeln. Für das Kind stellt sich die Problematik, ob es sich mit dem einen oder anderen Elternteil identifizieren soll.⁸⁷

Bildet sich danach eine Patchworkfamilie, ist die Auswahl an Vorbildern diverser und vielfältiger, es kann aber viel Zeit und Vertrauen für das Kind kosten, sich auf neue Menschen einzulassen. Müssen häufiger Umzüge vorgenommen werden, kann dies die Identitätsbildung beeinflussen, da das Kind aus dem bisherigen Entwicklungskontext herausgelöst wird. Das kann zu mehr Belastung und Herausforderung führen. Auch bei zunehmender Berufstätigkeit kann das Kind in der Identitätsbildung eingeschränkt werden, da die Eltern zu wenig zuhause sind.⁸⁸

Bei zwei schwierigeren Fällen kann es dem Kind erschwert werden, eine eigene Identität zu bilden.

Der erste Fall ist das Ersatzkind. Verliert die Familie ein Kind und bekommt in nächster Zeit ein neues, können sie die Identität des verstorbenen Kindes auf das Neugeborene übertragen. In dem Kind entsteht eine Introjektion⁸⁹ der vorgegebenen Identität.

Der zweite Fall ist die Totenbotschaft. Wenn Eltern sagen: „Ich wünschte, du wärst nie geboren“, hat das schwerwiegende Folgen für die Identitätsbildung. Das Kind

⁸⁵ Seiffge-Krenke 2012, S. 94 f.

⁸⁶ ebd., S. 84

⁸⁷ ebd., S. 102

⁸⁸ ebd., S. 84

⁸⁹ Introjektion = Aufnahme fremder Vorstellungen, Einstellungen, Überzeugungen, Motive usw. in das eigene Denken und Handeln, Klima 2020, S. 361

nimmt diese Botschaft ernst, fühlt sich wertlos und entwickelt Suizidgedanken. Damit unterwirft es sich dem elterlichen Willen.⁹⁰

Mit der Klärung, was Depression ist, wie sie entsteht, sich das bei sich selbst und der eigenen Familie äußert und was das für die eigene Identität bedeutet, wurde ein Überblick erstellt, der die Problemlage von Depression schildert. Der Gliederungspunkt „4. Hilfsangebote“ soll eine Perspektive für die Betroffenen aufzeigen, mit der die Erkrankung behandelbar ist.

4. Hilfsangebote

In diesem Gliederungspunkt sollen die Hilfsangebote für die Betroffenen dargestellt werden. Es wird im Folgenden die Frage angegangen, welche Herangehensweisen, Angebote und Ressourcen der betroffenen Person und ihrer Familie helfen könnten, ein gesundes Verhalten im Umgang mit der Depression zu erlernen.

4.1 Hilfebedarf ermitteln und Krisen erkennen

Um der Familie helfen zu können, muss zuerst anhand des Hilfebedarfs ermittelt werden, wann und welche Hilfe sie genau braucht.

Der Hilfebedarf beschreibt die Feststellung, ob eine Person oder eine Familie unter krisenhaften und prekären Lebensumständen lebt, bei denen die Bedürfnisse nicht mehr über eigene Ressourcen oder Mittel erfüllt werden können und Hilfe von anderen gebraucht wird. Der Bedarf wird sowohl von Fachleuten als auch von Hilfebedürftigen festgestellt, die mit darüber entscheiden, wie die Hilfe aussehen soll.⁹¹

Bei Familien mit psychischen Belastungen ist es wichtig, mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten und die Familie zu einem medizinischen oder psychologischen Dienst weiterzuleiten, um eine familienbezogene Hilfe als ersten Einstieg anbieten zu können. Danach können weitere Institutionen und Dienste einbezogen werden.⁹²

Bei der Feststellung des Hilfebedarfs ist zu beachten, dass die professionell Helfenden es schaffen, einen Zugang zur Familie zu finden. Dann wird an der

⁹⁰ Seiffge-Krenke 2012, S. 99 f.

⁹¹ Weber 2012, S. 90

⁹² Schrappe 2018, S. 134

Zielsetzung gearbeitet, bei der die Handlungsfähigkeit und Selbstbestimmung der Familie einbezogen werden. In der Bearbeitung soll seitens der professionell Helfenden beachtet werden, dass differenzierte Lebenswelten existieren und die Familie vor gesellschaftlichen Benachteiligungen geschützt werden soll.⁹³

Meistens verschweigen die Eltern ihre Probleme und sehen nicht die ihrer Kinder. Daher ist es für uns als professionell Helfende wichtig, erkennen zu können, inwieweit die Probleme das Familienleben einschränken und wie sie bei einer Krise rechtzeitig wahrgenommen werden können.

Eine psychosoziale Krise äußert sich nach Sonneck als „[...] Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und vom Ausmaß her seine [...] erworbenen Fähigkeiten [...] zur [...] Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“⁹⁴.

Eine Krise erkennt man unter verschiedenen Aspekten, bei denen ein Anlass und eine Folge daraus gegeben sind.

Der erste Aspekt ist eine traumatische Krise. Die betroffene Person erlebt einen unvorhergesehenen Schicksalsschlag wie den Tod eines geliebten Menschen, Trennung, Kündigung, Krankheit etc., der eine Krise herbeirufen kann. Dies erzeugt bei der betroffenen Person eine Reaktion, die Außenstehende wahrnehmen können, indem die Person selbst erkrankt, alkohol-, drogen- oder medikamentenabhängig wird oder suizidales Verhalten zeigt. An diesen Reaktionen kann die professionell helfende Person erkennen, dass die betroffene Person eine Krise hat.

Weiterhin gibt es die Veränderungskrise. Die betroffene Person wird mit einer Veränderung konfrontiert, die sie nicht in ihre Lebenswelt integrieren kann, und entwickelt Versagensgefühle. Je nachdem, ob sie Hilfe bekommt und sie annimmt oder nicht, können Folgeaktionen wie in einer traumatischen Krise auftreten. Ursache einer Veränderungskrise könnten Heirat, Geburt, Verlassen des Elternhauses, Umzug etc. sein. Auch ein bestimmter Lebensabschnitt wie Pubertät oder Pensionierung können eine Krise hervorrufen.

Wichtig bei der Erkennung einer Krise ist die Bedeutung für die betroffene Person. Ihre persönliche Einstellung hinsichtlich der Krise sagt aus, wobei genau Hilfe

⁹³ Bader u. a. 2020, S. 495

⁹⁴ Sonneck 2016, S. 15

gebraucht wird. Psychisch erkrankte Personen haben eine höhere Anfälligkeit, eine Krise zu erleiden.

Die Bereitschaft von Angehörigen und professionell Helfenden, der erkrankten Person zu helfen, beeinflusst ihren Zustand im Falle dessen, wann und ob eine Krise entsteht.⁹⁵

Wenn die professionell Helfenden einer Krise begegnen und den Hilfebedarf ermittelt haben, müssen Bedingungen für die betroffene Person geschaffen werden, damit sie ein Hilfsangebot annehmen kann. Auch die professionell Helfenden müssen für die Umsetzung der Hilfe den richtigen Umgang mit der betroffenen Person beachten. Die Bedingungen für die Beziehungsarbeit sollen im nächsten Punkt beschrieben werden.

4.2 Beziehungsarbeit zwischen Familie und professionell Helfenden

Eine Depression äußert sich in der zwischenmenschlichen Interaktion als Beziehungsstörung, bei der die Beziehungsarbeit unerlässlich ist.⁹⁶

In der Beziehungsarbeit mit der betroffenen Person werden unter Berücksichtigung der Schwere und des Verlaufs der Depression Themen nach den Modellen von Eichenberg und Senf erarbeitet.

Ein Modell ist der depressive Grundkonflikt, bei dem eine Hilflosigkeit unter verunsichertem Selbstwertgefühl bzw. unsicherer Bindung zur primären Bezugsperson durch Verlust- und Enttäuschungserlebnisse entstanden ist. Aufgrund der Enttäuschungsgefühle werden Aggressivität, Ambivalenz und Selbstentwertung ausgelöst. Dieser Zustand nennt sich depressive Vulnerabilität.

Für die betroffene Person kann die Depression als Abwehr für die Angstbewältigung hilfreich sein, die als Schutzreaktion verstanden wird. Dazu entwickelt sich ein negatives Denken, da ein Verlust von positiver Verstärkung, Bestrafung von Annäherungsverhalten oder die durch den Interaktionspartner ausgelöste negative Verstärkung von passivem Verhalten und positive und negative Verstärkung von depressivem Verhalten entsteht.

⁹⁵ Sonneck 2016, S. 16 ff.

⁹⁶ Wolfersdorf 2001, S. 165

Wenn subjektive Ereignisse unkontrollierbar gemacht werden, indem die Person eine andere Wahrnehmung entwickelt und die Verantwortung für die Behebung des Problems mit der vorhandenen Hilfe von der Umwelt trennt, führt dies zu einer erlernten Hilflosigkeit.⁹⁷

Neben dem Einzelfall wird auch die Familienstruktur betrachtet.

Für die Eltern ist zunächst wichtig zu erkennen, dass ihr Kind genauso betroffen ist und durch ihren Allgemeinzustand beeinträchtigt wird. Für die Erkrankung sollten eine Akzeptanz, eine aktive Auseinandersetzung und ein angemessener Umgang hervorgebracht werden. Für die Krankheitsbewältigung werden Bewältigungsformen wie Verleugnung, Verdrängung, Tabuisierung und Überforderung im beruflichen und familiären Kontext thematisiert. Haltung und Einsicht der Eltern für deren Erkrankung werden betrachtet, um das Kind aufklären und einbeziehen zu können. Somit soll das Kind Verständnis für die Erkrankung erlangen und Copingstrategien entwickeln können. Die Behandlung von alltagsorientierten Themen wie der familiären Organisation, Flexibilität der Aufgabenverteilung, Anpassung der beruflichen und schulischen Situation an die Erkrankung und Nutzung von Hilfsangeboten soll ein Gleichgewicht von Über- und Unterforderung herstellen können.

Des Weiteren sind chronische Eheschwierigkeiten und ein negatives familiäres Klima Themen. Auch die Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind wird geprüft, um die Familienbeziehung beurteilen zu können.⁹⁸

Mit dem Kind soll aufgrund der pathologischen Identifizierung eine Abgrenzungsarbeit durchgeführt werden. Die Arbeit soll dabei helfen, das Elternbild zu differenzieren, sodass das Kind sich selbst nicht mehr mit der Erkrankung der Eltern identifiziert und zwischen gesunden und kranken elterlichen Anteilen unterscheiden kann. Zudem soll das Kind mit Hilfe von Ressourcen die Parentifizierung lösen können. Dazu wird zum einen eine familiäre Bewältigungshilfe benötigt, zum anderen eine Unterstützung durch Außenstehende wie Nachbarn, Schule, Freunde, evtl. ein gesundes Elternteil, das als Vorbild zur Entwicklung von Copingstrategien dienen soll.⁹⁹

⁹⁷ Eichenberg/Senf 2020, S. 271 ff.

⁹⁸ Plass/Wiegand-Greife 2012, S. 81 ff.

⁹⁹ Riedesser 2005, S. 15

Für die Beziehungsarbeit werden noch die Bedingungen der professionell Helfenden betrachtet. Nach Gühne sollten sie Grundprinzipien mitbringen und Ziele für die Behandlung verfolgen, um eine Grundlage für das Handeln zu haben.

Zuallererst sollte zur betroffenen Person eine gute Beziehung hergestellt werden. Die Basis dafür besteht aus Verständnis, Echtheit, Geduld und Einfühlungsvermögen. Die betroffene Person soll Vertrauen aufbauen können, motiviert sein und positive Erwartungen haben. Die Haltung der professionell Helfenden soll respektvoll, einfach, klar und beständig sein.

Zu Beginn der Behandlung sollen eine Informationsvermittlung und Aufklärung hinsichtlich der Erkrankung der betroffenen Person erfolgen, sodass diese eine aktive Beteiligung zur Bewältigung der Erkrankung entwickeln kann. Die Hilfsangebote sollen an die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Person angepasst werden. Dabei werden auch die Behandlungsziele an die Lebensbedingungen angepasst, die regelmäßig überprüft und ggf. neu formuliert werden. Die Angebote sollten nah am Wohnort und Alltagsgeschehen sein. Für die Behandlung ist eine Flexibilität erforderlich, um die Maßnahmen und Ziele je nach Krankheitsphase der betroffenen Person auf unterschiedliche Schwerpunkte setzen und sie jederzeit ändern zu können.¹⁰⁰

Eine Behandlung soll das Ziel verfolgen, die betroffene Person bei der Bewältigung von persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen der Erkrankung durch professionell Helfende zu begleiten. Sie soll der betroffenen Person ermöglichen, wieder ein erfülltes und hoffnungsvolles Leben haben zu können.¹⁰¹

Prävention, Intervention und Therapie sollen als Optionen der Bewältigung in den nächsten Punkten dargestellt werden. Für das weitere Verständnis müssen die drei Behandlungsmöglichkeiten voneinander abgegrenzt werden, um zu erkennen, in welchen Fällen und unter welchen Bedingungen welche Maßnahme für die Behandlung ausgewählt wird.

Mit der Prävention soll vermieden werden, dass sich der Zustand der betroffenen Person bzw. Familie noch weiter verschlechtert.¹⁰²

¹⁰⁰ Gühne u. a. 2014, S. 10

¹⁰¹ ebd., S. 10

¹⁰² Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 110

Intervention bedeutet, dass in ein Problem eingeschritten wird, um abweichendes Verhalten zu vermeiden.¹⁰³ Es gibt sowohl präventive als auch therapeutische Interventionen.

Eine Therapie soll mit Maßnahmen einen besseren Zustand der betroffenen Person erreichen.¹⁰⁴

Der Schweregrad der Depression bestimmt die geeignete Behandlung. Bei einer leichten Depression wird der Zustand der betroffenen Person zunächst beobachtet und abgewartet. Eventuell können eine Psychotherapie und die Vergabe von Medikamenten danach erfolgen, wenn der Wunsch bei der Person besteht oder es sich aus der Anamnese ergibt.

Bei einer mittelgradigen Depression sind antidepressive Medikamente und eine Psychotherapie empfehlenswert.

Bei einer schweren Depression kann eine Pharmako- und Psychotherapie erfolgen.¹⁰⁵

4.3 Präventive Intervention

Bei präventiven Interventionen wird versucht, anders als in Therapien, mit Unterstützungsangeboten primärpräventiv zu arbeiten. Damit wird der Ursache der Erkrankung auf den Grund gegangen, um die Eintrittswahrscheinlichkeit zu senken. In der Prävention steht die Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit zur Verfügung. Es sollen Risikofaktoren und -verhalten reduziert und durch die Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Ressourcen abgezielt werden. Hierbei wird hauptsächlich in Gruppen von kurzer Dauer gearbeitet. Beispiele für eine präventive Intervention sind Kurse zur Erziehungshilfe durch Gruppengespräche und therapeutische Gruppenarbeit mit Eltern. Für Kinder bieten sich Freizeitangebote mit präventiven Maßnahmen oder therapeutische Maßnahmen wie Ergo- und Musiktherapie an.¹⁰⁶

¹⁰³ Lautmann 2020, S. 358

¹⁰⁴ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 110

¹⁰⁵ Eichenberg/Senf 2020, S. 274

¹⁰⁶ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 111 f.

4.4 Therapeutische Interventionen

Eine Therapie läuft über einen längeren Zeitraum mit regelmäßigen Terminen.

Für die betroffene Person bietet sich zum einen eine tiefenpsychologische Psychotherapie an. Dabei wird mit der Psychoanalyse die Ursache des Problems angegangen und Startbedingungen für die Lösungsfindung werden festgehalten.¹⁰⁷ Sie eignet sich für depressiv Erkrankte, die mit Angst und Trauer, verursacht durch ein traumatisches Erleben, zu tun haben und mit depressiven Symptomen reagieren, da der Zeitpunkt des Geschehens sie jährlich daran erinnert. Thematisiert werden der Objektverlust durch Tod oder Trennung und daraus folgende Störungen im Trauerprozess.¹⁰⁸

Zum anderen bietet sich eine kognitive Verhaltenstherapie an. Bei dieser geht es um die persönliche Entfaltung.¹⁰⁹ Die Verhaltensmöglichkeiten sollen aus der Lern- und Steuerungsfähigkeit der betroffenen Person durch Wissenserwerb, Einsicht, Übung und Erfahrung mit positiver Verstärkung erweitert werden.¹¹⁰

Eine weitere Intervention ist die psychotherapeutisch-psychoedukative Gruppenarbeit. Sie findet meist im stationären Behandlungssetting in einem kurzen Zeitraum statt. Die Gruppenarbeit eignet sich sehr gut für depressive Menschen, da sie sich gegenseitig Rückmeldung geben können. Das hat für die Person den Effekt, dass durch eine Neustrukturierung und Identitätsfindung Hoffnung und Erfahrung bezogen auf den Verlauf der Erkrankung entwickelt werden können. Sie kann sowohl tiefenpsychologisch als auch verhaltenstherapeutisch erfolgen. Die Gruppenteilnehmenden sollen aktiv gefördert werden. Sie sollen sich geborgen und wohl fühlen und ihre Bemühungen, Stärken und positiven Beiträge sollen anerkannt werden. Dafür soll jede Person eine rege Teilnahme und Beteiligung an der Sitzung und dem Gespräch zeigen. Hilfsmittel für das Verständnis der Probleme können Rollenspiele und Psychodrama sein. Weitere Gruppenaktivitäten können Entspannungsgruppen, Gruppen zur Verbesserung der sozialen Fertigkeiten, psychoedukative Gruppen sowohl für die zu behandelnde Person als auch Angehörige, körperorientierte und erlebnisorientierte Gruppen etc. beinhalten. Psychoedukation bedeutet, dass sich die betroffene Person mit dem eigenen

¹⁰⁷ Sedlak 2007, S. 187

¹⁰⁸ Wolfersdorf 2001, S. 159

¹⁰⁹ Sedlak 2007, S. 187

¹¹⁰ ebd., S. 188

Krankheitsbild auseinandersetzt, indem es über Symptomatik, Verlauf, Ursache und Auslöser der Erkrankung unterrichtet wird. Dazu können weitere Therapien und medikamentöse Behandlungen unterstützend wirken.

Weitere Einzelinterventionen sind: Ergotherapie, künstlerische Therapien, Training sozialer Kompetenzen, Sport- u. Bewegungstherapie.

Eine erwähnenswerte Therapie ist die Soziotherapie. Bei der Soziotherapie wird neben den psychoedukativen Ansätzen auch die Soziale Arbeit angewendet. Die betroffene Person wird darin unterstützt, chronische Belastungen aus dem Lebensumfeld zu bewältigen, einen Arbeitsplatz und, wenn nötig, einen neuen Wohnort zu finden. Sie bekommt Beratung in Finanzen und Alltagsbegleitung für das Wiedererlangen der Selbstversorgung. Im stationären Bereich haben Sozialarbeitende die Aufgabe, die betroffene Person beim Belastungstraining zu unterstützen, sie nach Hause zu begleiten und dort zu erkunden, wie die Person lebt und sich in ihr Umfeld integriert und wie die Beziehung zur Familie ist. Der betroffenen Person wird eine Anleitung gegeben, wie sie eine routinierte Alltagsstruktur aufbauen kann. Diese Beobachtungen bringen die Sozialarbeitenden in die Therapie ein, um neue Überlegungen einfließen lassen zu können.¹¹¹

Nachdem die therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für die betroffene Person dargestellt wurden, erfolgt nun der Einblick einer Behandlung für die Familie.

Um die Probleme in der Familie zu betrachten, empfiehlt sich die Familientherapie. In der Familientherapie können sowohl Gespräche mit einer als auch mit mehreren oder allen Personen aus der Familie geführt werden. Hier wird der Ansatz verfolgt, die Interaktionsmuster innerhalb der Familie zu verändern. Die Familie wird als ganzes Problemsystem betrachtet, bei dem die Interaktionsmuster in den Mittelpunkt gestellt werden, um die Beziehungsstörung zu behandeln. Damit soll die gesamte Familiendynamik verbessert werden. Es ist ein gemeinsames Problem, das in Zusammenarbeit angegangen werden muss, sodass alle Familienmitglieder an der Therapie beteiligt werden.¹¹²

¹¹¹ Wolfersdorf 2001, S. 182-192

¹¹² Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 155 f.

Für die Zusammenarbeit mit Kindern müssen folgende Punkte beachtet werden: Kinder können sich nicht allein für eine Therapie anmelden und brauchen dafür die Unterstützung der Eltern oder anderen Bezugspersonen. In dem Falle können die Eltern aufgrund ihrer Erkrankung nicht immer zuverlässig dahingehend sein, ihr Kind regelmäßig zur Therapie zu bringen.

Außerdem leiden die Kinder nicht immer an den Symptomen der Eltern. Durch die eingeschränkte Wahrnehmung können die Eltern das Verhalten des Kindes falsch einschätzen.

Wichtig ist, die Tabuisierung, welche die Erkrankten erfahren, zu beachten. Wird das Problem des Kindes nicht ernst genommen und bagatellisiert, kann es nicht behandelt werden. Auch die Loyalitätskonflikte müssen berücksichtigt werden, da die Kinder trotz ihrer schlechten Verfassung aufgrund der elterlichen Erkrankung ihren Eltern unterstützend zur Seite stehen wollen.

Zuletzt soll eine geeignete Kommunikationsform gewählt werden. Kinder drücken ihre Gefühle eher spielerisch als sprachlich aus. Auch für Kinder gibt es tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungen in Zusammenarbeit mit Eltern, bei denen unter anderem die Resilienzförderung das Ziel ist.¹¹³

4.5 Weitere Hilfskonzepte

Es sind weitere spezialisierte Möglichkeiten vorhanden, mit denen die Familie unterstützt werden kann. Das Konzept der Partizipation ist ein Projekt der Fachhochschule Münster, welches im Rahmen der stationären Erziehungshilfe durchgeführt wird. Dabei wird es der Elternarbeit gegenübergestellt – nicht das Erziehungsverhalten soll verbessert werden, sondern die Eltern erhalten Anerkennung und das Recht auf Beteiligung und Teilhabe im Erziehungsprozess. Sie sollen aktiv an der Förderung des Kindes mitwirken und in die Gestaltung der Rahmenbedingungen für das Wohnen in der Wohngruppe oder Einrichtung einbezogen werden.¹¹⁴

¹¹³ Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 130 f.

¹¹⁴ Kriener 2017, S. 202 f.

Das nächste Konzept ist die Identitätsarbeit. Mit den Symptomen einer Identitätsstörung wird mit der OPD-KJ¹¹⁵ und OPD-E¹¹⁶ eine Diagnostik in der Psychiatrie und Psychotherapie erstellt, mit der an der Identität der betroffenen Person gearbeitet werden kann. Eine Achse misst den Konflikt und weitere Achsen messen die Beziehung, Struktur und das Krankheitserleben. Durch die Konfliktachse kann der Identitätskonflikt eingestuft werden. Je nach dem Alter der zu untersuchenden Person verläuft die Diagnostik anders. Im Erstgespräch werden mit Interviews bei Erwachsenen und durch die Spielbeobachtung bei Kindern Informationen gesammelt. Die Informationen werden bei der OPD-KJ den Lebensbereichen wie Familie, Freunde und Schule und Konfliktthemen zugeordnet. Unter den Konfliktthemen werden der Identitäts- und der Selbstwertkonflikt besonders eingehend gemessen. Bei der OPD-E werden die Lebensbereiche Körper, Geschlecht, Familie, Religion, Ethik und Beruf einbezogen. Als Konfliktthema wird vor allem die Identitätsdissonanz untersucht. Sie bezieht sich auf den inneren Konflikt der betroffenen Person.¹¹⁷

Zuallerletzt geht es um eine Patenschaft für Kinder. Als ehrenamtliche Tätigkeit bieten das Ehrenamt und der Kinderschutzbund (DKSB) das Patenschaftsmodell an. Es ist ein Bestandteil des Kanu-Projekts (Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern) aus Bielefeld, welches 2002 gegründet worden ist. Ziel dieses Modells ist es, Kinder im Alltag zu unterstützen und den psychisch erkrankten Eltern in der häuslichen Situation zur Seite zu stehen. Das Kind soll sich unabhängig von der elterlichen Erkrankung persönlich entfalten und weiterentwickeln können. Das Modell soll primärpräventiv angewendet werden. Einerseits werden Personen, die eine Patenschaft übernehmen, einige Anforderungen erfüllen müssen, um als Bezugsperson für das Kind geeignet zu sein, andererseits werden sie von pädagogischem und sozialarbeitendem Fachpersonal in das Patenschaftsmodell eingearbeitet, geschult und begleitet. Zu der Alltagsbegleitung gehört die Unterstützung in der Schule, Freizeit und Grundversorgung. Die Bezugsperson soll für das Kind als Gesprächspartner bei Fragen mit Rat zur Verfügung stehen. In

¹¹⁵ Operationalisierte psychodynamische Diagnostik für Kinder und Jugendliche, Seiffge-Krenke 2012, S. 187

¹¹⁶ Operationalisierte psychodynamische Diagnostik für Erwachsene, ebd., S. 187

¹¹⁷ ebd., S. 187-190

schwierigen Krisen ist es auch möglich, das Kind vorübergehend zuhause bei der Bezugsperson aufzunehmen.¹¹⁸

Der größte Bedarf, den die betroffene Familie mit Depression hat, besteht darin, in einem Gespräch mit einer Vertrauensperson reden zu können und von ihr gehört zu werden. Die Beratung soll anhand von Angeboten, Methoden und Settings¹¹⁹ zeigen, welche Möglichkeiten die Familie außerhalb von Therapie und Medikation hat, ein niederschwelliges Angebot wahrnehmen zu können, bei dem sie ihre Sorgen loswerden kann.

4.6 Psychosoziale Beratung bei der Depression

Die Interaktion mit depressiv Erkrankten kann eine Herausforderung für die professionell Helfenden als auch eine Überforderung für die depressiv Erkrankten werden. Einerseits benötigen sie Hilfe, wollen Rücksichtnahme und Unterstützung haben, jedoch könnte es passieren, dass sie keinen Veränderungswillen und keine Bereitschaft zeigen, etwas an ihrer Situation zu ändern. Im Gespräch lassen sie Hilfebedürftigkeit erkennen, wollen das Gespräch nicht beenden und nicht allein gelassen werden.¹²⁰

Diese Reaktion könnte sich in einem Beratungsgespräch aufzeigen. Daher soll mit der psychosozialen Beratung entgegengewirkt werden.

Eine psychosoziale Beratung wird von Wälte und Lübeck (zitiert nach Sickendiek u. a., 2008) definiert als „[...] jede professionell-unterstützende Form der Interaktion mit Klienten in psychosozialen Arbeitsfeldern, die auf die Diagnostik, den Umgang mit und die Bewältigung von psychosozialen Belastungen, Einschränkungen, Notlagen und Krisen gerichtet ist“¹²¹.

¹¹⁸ Kunz-Hassan 2012, S. 105-112

¹¹⁹ Das Setzen, die Szene, die Umgebung, Umrahmung, Richtung, Fiegl 2007, S. 637, in der analytischen Psychologie: das Gegenüber von Therapeut und Klient in einem Therapieraum, Kunz 2007, S. 638

¹²⁰ Eichenberg/Senf 2020, S. 273 f.

¹²¹ Wälte/Lübeck 2021, S. 25

Die Beratung kann der Familie dadurch helfen, sich selbst besser zu verstehen, adäquater mit ihrer Erkrankung umzugehen und Wille und Verständnis für die Veränderung im Umgang miteinander zu entwickeln. Im vorherigen Gliederungspunkt wurde die psychotherapeutische Behandlung als Hilfsangebot erklärt. Um zu verstehen, unter welchen Schwerpunkten in der psychosozialen Beratung gearbeitet wird, soll sie von der Therapie differenziert werden.

Die psychosoziale Beratung unterscheidet sich von der Psychotherapie, weist aber zunehmend viele Ähnlichkeiten auf und überschneidet sich mit ihr in zahlreichen Punkten.

Unterschieden wird nach dem Psychotherapiegesetz (PsychThG). § 1, Abs. 2 des PsychThG differenziert: „Ausübung der Psychotherapie [...] ist jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden [...] vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. [...] Tätigkeiten, die nur die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte [...] zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Ausübung der Psychotherapie (Stand 2020).¹²²

Die Depression stellt eine Erkrankung dar, die dem klinisch-psychologischen Arbeitsfeld zugeordnet wird. Auch wenn die Beratung ein inhaltlich weniger festgelegtes, jedoch entwicklungsorientiertes Angebot ist, welches bei der Orientierung, Planung, Entscheidung und Problembewältigung hilft, können die Diagnostik und Intervention von psychischen Störungen nicht ausgeschlossen werden.¹²³

Nun soll dargestellt werden, nach welchen Beratungsmethoden das Gespräch mit depressiv Erkrankten geführt wird.

4.6.1 Beratungsmethoden

In der Behandlung der depressiven Person und ihrer Familie gibt es nach Wolfersdorf Grundprinzipien, an denen sich orientiert wird. Die Behandlung sollte unter anderem

¹²² ebd., S. 27

¹²³ Warschburger 2009, S. 172 f.

beziehungsorientiert, symptombezogen, aktivierend, selbstwertbezogen und veränderungsorientiert-motivierend sein. Die Beratungsmethoden sollen den Prinzipien nachgehen.¹²⁴

Als Erstes gibt es die kognitiv-behaviorale Beratung. Diese bezieht sich auf die Verhaltenstherapie. Frederick Kanfer, Psychotherapeut und Entwickler der Selbstmanagement-Therapie, ist der Meinung, dass die individuelle Verantwortlichkeit und Zielgerichtetheit des Verhaltens der Person in den Fokus gerückt werden sollen. Dazugehörend wird der Problemlösungsprozess thematisiert. Zwei Modelle sollen dies näher darstellen.

Nach dem Selbstmanagement-Ansatz von Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2004) werden die Selbststeuerungsfähigkeit und -regulation der betroffenen Person erhöht. Sie soll an der eigenen Lebensgestaltung beteiligt werden. Darunter soll sie eigene Ziele setzen, Pläne für die Umsetzung der Ziele erarbeiten und diese verfolgen können. Es sollen die Fähigkeiten des Selbstmanagements erlernt werden. Das beinhaltet die Selbstbeobachtung, Selbstinstruktion, Zielklärung und -setzung, Selbstverstärkung und Selbstkontrolle.¹²⁵

Die Sokratische Gesprächsführung bezieht sich auf verschiedene Beratungsansätze des Psychologen Ellis, des Psychiaters Beck, des Psychotherapeuten Meichenbaum und auf kognitive Therapien. Auch hier wird von der beratenden Person über die Gesprächsführung versucht, die dysfunktionalen Kognitionen zu bearbeiten, um das Verhaltensmuster der betroffenen Person zu reflektieren. Die beratende Person verhält sich naiv-fragend, um Annahmen und Schlussfolgerungen der betroffenen Person nachvollziehen zu können. Damit werden Wertungen und Erklärungen vermieden. Die betroffene Person muss alte Sichtweisen in Frage stellen, um eine neue Einsicht erlangen zu können. Mit den Fragetechniken wird ein Prozess angegangen, bei dem drei Zwecke behandelt werden. Der explikative Zweck sagt aus, dass man in dem Problem „Was-Fragen“ stellt, um eine Erklärung für das Problem zu haben (z. B. Was ist Vertrauen?). Der normative Zweck beschreibt die ethische Überprüfung der eigenen Handlung und Einstellung (z. B. „Darf ich abtreiben?“). Der funktionale Zweck dient dazu, zu bestimmen, wie man die Ziele

¹²⁴ Wolfersdorf 2001, S. 125

¹²⁵ Warschburger 2009, S. 180

erreichen will (z. B. „Soll ich mich trennen, um nach einer besseren Beziehung zu suchen?“).¹²⁶

Als Zweites geht es um die personenzentrierte Beratung nach Carl Rogers (Psychologe und Psychotherapeut), der die personenzentrierte Psychotherapie entwickelt hat. In der personenzentrierten Beratung sollen das aktuelle Erfahren und Erleben (im Hier und Jetzt) von der betroffenen Person betrachtet werden. Dabei werden zwei Grundbedürfnisse angeschaut. Der Mensch strebt nach Selbstverwirklichung und Wertschätzung. Dabei soll die betroffene Person bei der eigenen Lösungsfindung unterstützt werden. Ihre Erfahrungen sollen mehr beachtet werden anstatt die Behandlungsmöglichkeit, die sich aus der Diagnoseaufstellung ergibt. Die beratende Person soll die Unstimmigkeiten zwischen dem Selbstbild und dem Erleben der betroffenen Person im Gespräch erkennen und verstehen, um deren Selbstexploration fördern zu können. Die betroffene Person soll eigene Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen erkennen und diese zur Lösungsfindung anwenden können. Auf diesem Weg soll sie Anerkennung und Beachtung erhalten.¹²⁷

Unter dem personenzentrierten Ansatz folgt die motivierende Gesprächsführung. Menschen mit ambivalenten Gedanken und Gefühlen hindern damit ihre Motivation, Veränderungen anzustreben. Ziel wäre es, die Ambivalenzen zu explorieren, um den Weg der Veränderung beschreiten zu können. Dabei werden vier Basisprinzipien nach Miller und Rollnick (2004) angegangen. Zum einen sollen der betroffenen Person Empathie durch Akzeptanz, aktives Zuhören ohne Kritik und Wertung gezeigt werden. Die Ambivalenzen sollen als normales Phänomen betrachtet werden. Darauffolgend werden Diskrepanzen¹²⁸ entwickelt, um die Ambivalenzen aufzulösen. Die Diskrepanz zwischen dem aktuellen Verhalten und den Zielen, die verfolgt werden wollen, wird erstellt, um herausarbeiten zu können, was der Person durch ihr Verhalten verloren geht und was durch die Ziele wieder gewonnen werden kann. Dabei soll die betroffene Person Argumente für die Veränderung selbst finden können. Weiterhin soll der Widerstand umgelenkt werden. Es soll weniger von

¹²⁶ Warschburger 2009, S. 182

¹²⁷ ebd., S. 183 f.

¹²⁸ Diskrepanz = Widersprüchlichkeit, Missverhältnis zwischen zwei Sachen, Duden 2022 (Internetquelle)

Tatsachen der Veränderung gesprochen als neue Perspektiven geschaffen werden. Hierbei soll die betroffene Person in ihrer Selbstwirksamkeit durch Stärkung des Selbstvertrauens hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, mit Problemen umgehen zu können, gefördert werden.¹²⁹

Als Drittes und Letztes folgt die systemische Beratung, in der familientherapeutische Ansätze, kommunikationstheoretische und systemorientierte Konzepte eine Rolle spielen. Sie gleicht der systemischen Therapie, bei der das Ziel die Erweiterung von Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen und des ganzen Systems (z. B. Familie oder Institution) ist. Damit kann die betroffene Person einerseits eigene Annahmen und Verhaltensmuster in Frage stellen als auch mehr Verständnis für das Verhalten, die Motive und Annahmen anderer Beteiligten zeigen. In dieser Beratung geht es weniger um innerpsychische Konflikte, sondern mehr um die Genese der Symptome, die auf die Umwelt bezogen wird.

Durch zirkuläres Fragen werden Verhaltensweisen im systemischen Interaktionsmuster interpretiert. Ein Beispiel wäre, dass eine Frau anfängt zu weinen. Die beratende Person würde sie normalerweise fragen, warum sie weint. Als zirkuläre Frage wird jedoch das Weinen in einen interaktiven Zusammenhang gebracht. Hier wird ihr Mann gefragt: „Was denkst du, was dein Weinen für deine Frau bedeutet?“ Auf diese Weise wird das individuelle Verhalten in einen kommunikativen Zusammenhang gebracht und jede Person bekommt Rückmeldung zu ihrem Verhalten.

In dem Reflecting-Team, einer Methode des Psychiaters und Psychotherapeuten Tom Andersen, setzt sich das beraterische Team mit der Familie zusammen. Die Familie darf ihre selbstkonstruierte subjektive Realität teilen und erhält eine Rückmeldung vom Team. Dabei werden Hypothesen und Ideen durch das positive Reflektieren und Umdeuten, Reframing genannt, zurückhaltender formuliert. Es wird nach Alternativen gesucht und laut mit der Familie gemeinsam überlegt. Die Familie hat die Chance, erst einmal nur zuzuhören, einen Eindruck zu bekommen und nicht sofort Stellung beziehen zu müssen. Für die Beziehung zur Familie sind Kooperation, Transparenz und Gleichberechtigung entscheidend. Diese Methode ist für akute Krisen ungeeignet, da wenig Sicherheit und Handlungsorientierung bestehen.¹³⁰

¹²⁹ Warschburger 2009, S. 185

¹³⁰ Warschburger 2009, S. 186 ff.

Die Beratungsmethoden zeigen verschiedene Wege, um an ein Problem der betroffenen Person und ihrer Familie heranzugehen. Welche Angebote und Settings lassen den Zugang zu einer Beratung gewähren? Was muss dabei beachtet werden?

4.6.2 Beratungsangebote und -settings

Andreas Schrappe ist Diplom-Psychologe und -Pädagoge und leitet ein evangelisches Beratungszentrum in Würzburg. Folgende Informationen werden durch seine Arbeit ersichtlich gemacht.

Eine Beratungsstelle bringt für die betroffene Person und ihre Familie Vorteile mit sich, wenn sie sich öffnen und Hilfe zulassen. Die Eltern und deren Kind werden beim ersten Termin über die weitere Vorgehensweise der Beratung aufgeklärt. Somit können sie im Vertrauen ihr Tabu lösen und über ihre Situation sprechen. Dies kann die Familie sofort erleichtern.¹³¹

In der Ehe-, Familien-, Lebens-, Schwangerschafts-, Suchtberatung und Beratung für seelische Gesundheit kann die Familie in diesen Angeboten von der Hilfe profitieren. Im Vergleich zu den institutionellen Angeboten ist die Beratung niederschwelliger. Die Familie hat einen freiwilligen Zugang und muss vorher keinen Antrag stellen oder eine Überweisung zeigen. Des Weiteren muss keine Diagnose aufgestellt werden. Es reicht, wenn der Hilfebedarf ermittelt wird. Weiterhin gibt es eine kürzere Wartezeit auf einen Termin und keine Gebühren, die gezahlt werden müssen. Die Fachkräfte sind gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet. Es werden ohne Einwilligung der Familie keine Informationen weitergegeben. Zur Unterstützung gibt es ein multiprofessionelles Team, bestehend aus sozialpädagogischen, psychologischen und psychotherapeutischen Fachkräften. Es zeigt sich eine Vielfalt in den Beratungssettings, bestehend aus Einzel-, Familien- und Gruppengesprächen. Für den Eigenschutz gibt es Regelungen der Selbst-, Fremd- und Kindeswohlgefährdung. Dafür besteht eine Vernetzung zu medizinischen und psychologischen Versorgungsbereichen.¹³²

¹³¹ Schrappe 2018, S. 161

¹³² ebd., S. 163

Bei der Beratung ist zu unterscheiden, dass die Familie nur beraten und nicht behandelt wird. Sie kann keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ersetzen. Auch werden Beratungsstellen durch die gesetzlichen Regelungen und Förderbestimmungen, die die Finanzierung ermöglichen, eingeschränkt. Aufgrund der Aufträge wird nur auf bestimmte Altersgruppen, Lebensabschnitte bzw. Zustände (z. B. Schwangerschaft) und Funktionen sowie Rollen der Person (Eltern, Kind) eingegangen. Auch sind Hausbesuche nicht möglich. Die Familie muss sich selbst an die Beratungsstelle wenden. Hinzuzufügen ist, dass Beratungsstellen keine Kontrollfunktion haben. Zum einen können sich Eltern uneingeschränkt über Gefährdungen aussprechen. Zum anderen müssen jedoch Dienste wie das Jugend- oder Gesundheitsamt und das Familien- oder Betreuungsgericht gerufen werden, falls eine Kontrolle nötig wird. Wird für die Familie eine umfassende Betreuung gebraucht, so muss sich die Beratungsstelle ebenfalls an andere Institutionen wenden wie ambulante oder stationäre Einrichtungen in der Klinik, im Heim oder Unterstützung durch die Pflegefamilie.¹³³

Nach einer umfangreichen Darstellung der depressiven Erkrankung, deren Einfluss auf das Kind und die Familie und welche Hilfsmöglichkeiten es gibt, wird ersichtlich, dass Sozialarbeitende ein essenzieller Teil des Prozesses für die gesundheitliche Entwicklung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft sind. Nun soll die Profession der Sozialarbeitenden diskutiert und in einen Zusammenhang zur Arbeit mit Familien mit Depression gebracht werden.

5. Die Profession im klinischen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit und deren Bedeutung für Familien mit Depression

Zunächst sollen die Unstimmigkeiten der professionellen Identität und der Ausführung der Profession der Sozialarbeitenden geschildert werden. Dazu hat Prof. Dr. M.A Sozialwissenschaftler und Diplom-Sozialarbeiter Thomas Harmsen einen Aufsatz im Sozialmagazin von 2020 verfasst, der sich mit der Profession der Sozialen Arbeit kritisch auseinandersetzt.

¹³³ Schrappe 2018, S. 163 f.

Nach Keupp u. a. (1999) wird die professionelle Identität als subjektiver Konstruktionsprozess beschrieben, bei dem Individuen eine Passung von innerer und äußerer Welt suchen. In der Sozialen Arbeit befinden sich die Sozialarbeitenden jedoch in einem nie abgeschlossenen Prozess.¹³⁴

Zum einen fällt die Entscheidung schwer, ob nur einem Job nachgegangen wird oder ob sie einer Profession angehören wollen. Staub-Bernasconi, Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin (2013), stellt dazu die Frage, ob Sozialarbeitende die in ihrem Beruf vorgegebenen gesellschaftlichen und sozialstaatlichen Normen und Werte mit Erlernung der Methoden und Techniken umsetzen oder diesen als Profession der wissenschaftsbasierten Arbeitsweise nachgehen wollen. Einige Sozialarbeitende erzählen nach ihren subjektiven Erfahrungen über ihre Tätigkeit. Dies wird als subjektive Identifikation bezeichnet.¹³⁵

Zum anderen findet eine Deprofessionalisierung durch die Ökonomisierung statt. Der Wirtschaftswissenschaftler Martin Albert äußerte 2016, dass Sozialarbeitende in einem Dauerkonflikt zwischen ethisch-bedingter Arbeitsmotivation und ökonomisch orientierter Berufsrealität stehen. Das sozialarbeiterische Handeln wird durch wirtschaftliche Vorgaben beschränkt und es wird sich dem System angepasst. Verpackt wird die Deprofessionalisierung damit, dass sprachliche und inhaltliche Veränderungen, die einen Berufsaufstieg versprechen, z. B. zur Fachkraft im Sozialmanagement oder zur beauftragten Person für Qualität etc., umgesetzt werden. Diese Ambivalenz lässt zu, dass die Sozialarbeitenden ohne eine Beantwortung ihrer Identitätsfrage auskommen müssen und in der unstrukturierten Alltagssituation subjektiv handeln.¹³⁶

Es stellt sich die Frage, wie Sozialarbeitende mit einer undefinierten Professionsidentität im klinischen Arbeitsfeld handeln.

Die klinische Sozialarbeit beschäftigt sich mit dem Health-Literacy-Konzept, ursprünglich aus Nordamerika, (Gesundheitskompetenz) und seiner Einbettung in das Sozial- und Gesundheitswesen. Sie definiert sich als kognitive und soziale

¹³⁴ Harmsen 2020, S. 15

¹³⁵ ebd., S. 15 f.

¹³⁶ ebd., S. 16 f.

Fähigkeit, die die Motivation und Fähigkeit der Individuen bestimmt und für sie einen Zugang zu Informationen für die Förderung der Gesundheit verschafft.¹³⁷ Sie befasst sich mit psychosozialen Problemen, verbunden mit psychischen Störungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen und deren Behandlung mittels psychosozialer Interventionen. Dabei wird der Theorie-Praxis-Bezug in den Vordergrund gestellt.¹³⁸ Die Health Literacy soll sich nach dem individuellen Bedarf der Familie richten. Dabei soll sich die Zielsetzung mit der Handlungsfähigkeit der Familie überschneiden und ihre Selbstbestimmung fördern.¹³⁹

Laura Bader, Sozialarbeiterin, diskutiert mit weiteren Sozialarbeitenden die Schwierigkeiten, die für die Soziale Arbeit im klinischen Arbeitsfeld bestehen.

In der Durchführung des Hilfeprozesses stören das System andere Bezugswissenschaften (z. B. Rechtswissenschaft, Medizin, Psychologie etc.), mit denen die Aufgabenstellung unklar wird und sich die Aufgabenfelder überschneiden. Das beeinflusst auch die Gesundheitskompetenz der betroffenen Familie. Ein Beispiel ist, dass Sozialarbeitende mit der Beratungstätigkeit in den therapeutischen Bereich eingreifen und die Familie die Zuständigkeiten nicht einordnen kann. Während sich die Therapie auf das Störungsverhalten konzentriert und nur temporäre Angebote hat, welche die Wiederherstellung des Gesundheitszustandes verfolgen, konzentriert sich die Soziale Arbeit jedoch auf das Subjekt und dessen wechselseitiges Einwirken auf das System, um eine persönliche Weiterentwicklung zu erzielen. Damit wird die Familie überfordert zu entscheiden, welche Herangehensweise die beste für sie ist, wenn sich therapeutische und sozialarbeitende Fachkräfte in Entscheidungen nicht einig werden. Die Sozialarbeitenden würden infolgedessen im Vergleich zu den Therapierenden eine geringe Wertschätzung für das Handeln erhalten, da Professionen der Medizin einen höheren gesellschaftlichen Nutzen ergeben. Die Alltagsgestaltung, mit der sich Sozialarbeitende beschäftigen, erscheint unbedeutend.¹⁴⁰

Die Soziale Arbeit ist dagegen entscheidend für die Gesundheitskompetenz. Sie fokussiert sich auf die komplexe Lebenswelt der Familie, geht in Interaktion mit ihr, betrachtet sie individuell und leistet Beziehungsarbeit. Sie stellt eine eingehende

¹³⁷ Sørensen 2020, S. 40

¹³⁸ Bräutigam 2021, S. 139

¹³⁹ Bader u. a. 2020, S. 495

¹⁴⁰ ebd., S. 497 f.

Ressource dar. Sozialarbeitende versetzen sich in die Familie hinein und beschäftigen sich mit der Problemdefinition. Dafür müssen sie Alltagswissen zur Gesundheit mitbringen, um erstens die Familie von der Behandlung überzeugen und sich zweitens von dem Fachwissen anderer Professionen abgrenzen zu können, sonst entstehen hohe Erwartungen und Druck des Systems, dass sie alles wissen müssen und einen Mangel in ihrer Fachkompetenz haben. Verbunden mit der professionellen Identität müssen sich Sozialarbeitende bewusst sein, welche Zuständigkeiten im Arbeitsfeld auf sie zutreffen und welche Einstellung und Haltung sie zu ihrer Profession vertreten, um negative Auswirkungen auf die Familie zu vermeiden.¹⁴¹

6. Fazit

Die Depression ist eine psychische Erkrankung, die den affektiven Störungen zugeordnet wird. Durch ihre Vielfältigkeit in der Ausprägung, Schwere und Form lässt sich keine einheitliche Definition aufstellen. Sie äußert sich als Gefühl einer Niedergeschlagenheit, die die Lebensweise der betroffenen Person und Familie beeinträchtigen kann und ihre Identitäten in Frage stellt. Besonders leidet das Kind unter der elterlichen Erkrankung, da es sich noch in der Entwicklung befindet und von den Eltern abhängig ist. Um der Familie helfen zu können, muss von den professionell Helfenden der Hilfebedarf bestimmt und im schlimmsten Fall eine Krise erkannt werden können. Im medizinischen Arbeitsfeld kann der Familie in Form von präventiven und intervenierenden Therapien und weiteren Hilfskonzepten wie Partizipation der Eltern, Patenschaft und Identitätsarbeit geholfen werden. Im sozialen Arbeitsfeld kann eine Beratung für die Familie hilfreich sein. Anhand der Beratungsmethoden lässt sich bestimmen, auf welche Weise an das Problem herangegangen wird. Die Beratungsangebote und -settings geben der Familie diverse Möglichkeiten, ihr Problem zu lösen. Sie profitieren durch die Beratung, da sie niederschwellig ist, auf freiwilliger Basis verläuft, eine Verschwiegenheit besteht und die Familie sich offen und ohne Verurteilung aussprechen kann. Dabei wird auf ihre komplexe Lebenswelt eingegangen. Für das Sozialwesen sind Sozialarbeitende entscheidend. Die Familie wird in ihrer Therapie, Beratung oder anderen Hilfsangeboten von Sozialarbeitenden begleitet. Die Problemlage wird individuell betrachtet. Die Familie wird dabei emotional und organisatorisch unterstützt. Die

¹⁴¹ Bader u. a. 2020, S. 498 f.



Sozialarbeitenden leisten eine Beziehungsarbeit, die im medizinischen Arbeitsfeld eine relevante Ressource darstellt. Die Sozialarbeitenden erhalten zu wenig Wertschätzung und Anerkennung in ihrer Profession. Gemäß der Diskussion der Profession in der Sozialen Arbeit wird ihre professionelle Identität in Frage gestellt. Die Ambivalenz, lediglich einen Beruf auszuüben und sich dabei den Normen des Gesellschaftssystems anzupassen oder eine wissenschaftsbasierte Arbeit als Profession anzugehen, erschwert den Sozialarbeitenden, eine professionelle Identität zu bilden. Hinzufügend erfolgt eine Deprofessionalisierung aufgrund der Ökonomisierung, indem eine andere Berufsbezeichnung einen höheren Stellenwert in der Gesellschaft bietet, womit sich mutmaßlich besser identifiziert werden kann.

7. Quellenverzeichnis

Bader, Laura u. a.: Health Literacy in der Praxis der Sozialen Arbeit. Eine Diskussion unter Sozialarbeiterinnen. In: Bollweg, Torsten M./Bröder, Janine/Pinheiro, Paulo (Hrsg.): Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke. Wiesbaden 2020, S. 483 – 502.

Bartosch, Erwin: Responsivität. (Übersetzt aus dem Original von Orange, Donna M.) In: Stumm, Gerhard/ Pritz, Alfred (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien 2007, S. 595 – 596.

Bräutigam, Barbara: Grundkurs Psychologie für die Soziale Arbeit. 2. Aufl. München 2021.

Deneke, Christiane: Kinder psychisch kranker Eltern: Entwicklungsrisiken und Ansätze zur Prävention. In: Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2005, H. 3, S. 61 – 81.

Dirks, Eva/Heinrichs, Nina: Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Bauer, Ullrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hrsg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden 2012, S. 71 – 86.

Dorsch: Lexikon der Psychologie. URL:

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/depression#search=0f040568e3866d8a430a30002d3c9077&offset=0> [Stand 05.05.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/anhedonie#search=c5b4a4f1609b9122370e3191059b6b4d&offset=0> [Stand 04.05.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/regressiv#search=6c7748b9fd3b2532fdece3a6191bb37b&offset=0> [Stand 04.05.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/identitaet-diffuse-identitaetsdiffusion#search=29b2cc3702115d30b1a24a2cb694cdc4&offset=1> [Stand 04.05.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/exploration#search=f5616a4e5767a5332817317598bff70f&offset=0> [Stand 04.05.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/kontrollpsychologie#search=2f960970ff507c0d1d175778126086d5&offset=0> [Stand 05.05.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/affizieren#search=fe154bf8bc8234061f964a35eb080e9&offset=0> [Stand 06.06.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/affektion> [Stand 06.06.2022].

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/trennungsangst#search=c910f5e63a9a1bd1e9b0b2f9c01b4168&offset=3> [Stand 07.06.2022].

Duden Wörterbuch. URL:

<https://www.duden.de/rechtschreibung/oppositionell> [Stand 07.06.22].

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Diskrepanz> [Stand 10.06.22].

Eichenberg, Christiane/Senf, Wolfgang: Einführung Klinische Psychosomatik. München 2020.

Fiegl, Jutta: Setting. In: Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien 2007.

Gühne, Uta u. a.: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige. Berlin 2014.

Harmsen, Thomas: Professionelle Identitäten von Beschäftigten Sozialer Arbeit. In: sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. 45 (2020), H. 9-10, S. 14 – 19.

Hoffmann – La Roche AG: Roche Lexikon. Medizin. 5. Aufl. München/Jena 2003.

Hörnig, Edgar/Klima, Rolf: Identität, Identitätsdiffusion. In: Klimke, Daniela u. a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 6. Aufl. Wiesbaden 2020.

Hurrelmann, Klaus: Kindheit, Jugend und Gesellschaft. Identität in Zeiten des schnellen sozialen Umbruchs – soziologische Perspektiven. In: Petzold, Hilarion G. (Hrsg.): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden 2012, S. 57 – 75.

ICD-10 Code. URL: <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F32-.html?sp=Sdepression> [Stand 03.06.22].

Ihle, Wolfgang: Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Evidenz- sowie konsensbasierte Diagnostik und Behandlung. In: Psychotherapeut. 61 (2016), H. 6, S. 535 – 553.

Klima, Rolf: Introjektion. In: Klimke, Daniela u. a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 6. Aufl. Wiesbaden 2020.

Köhler, Stephan/Walter, Henrik: Affektive Störungen am Beispiel der unipolaren Depression. In: Roth, Gerhard/Heinz, Andreas/Walter, Henrik (Hrsg.): Psychoneurowissenschaften. Berlin 2020, S. 297 – 325.

Kriener, Martina: Konzepte der Partizipation von Eltern mit Kindern in stationären Erziehungshilfen. In: Forum Erziehungshilfen. 23 (2017), H. 4, S. 202 – 207.

Kronmüller, Klaus-Thomas/Driessen, Martin: Kinder psychisch kranker Eltern – die Perspektive der (Erwachsenen-)Psychiatrie. In: Bauer, Ullrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hrsg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden 2012, S. 47 – 57.

Krüger, Reinhard T. u. a.: Zentrale Aspekte in der Behandlung von Depressiven Störungen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. 15 (2016), H. 1, S. 9 – 23.

Kunz, Martin: Setting. In: Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien 2007.

Kunz-Hassan, Sybille: Die Bedeutung ehrenamtlicher Patenschaft für die Unterstützung von Kindern psychisch erkrankter Eltern – Die Perspektive des Kinderschutzbundes. In: Bauer, Ullrich/Reinisch, Anke/Schmuhl, Miriam (Hrsg.): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrungen. Wiesbaden 2012, S. 103 – 117.

Lautmann, Rüdiger: Intervention. In: Klimke, Daniela u. a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 6. Aufl. Wiesbaden 2020.

O´ Connor, Richard: Die Schatten für immer vertreiben. Selbsthilfe bei Depressionen – über Therapie und Medikamente hinaus. Paderborn 2017. (Übersetzt von Trunk, Christoph. Orig.: Undoing Depression. What Therapy Doesn´t Teach You and Medication Can´t Give You. 2. Aufl. Canada 2010).

Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke: Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. In/Von der Reihe: Schulte-Markwort, Michael/ Resch, Franz (Hrsg.): Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Weinheim u. a. 2012.

Riedesser, Peter: Einleitungsbeitrag: „Wenn Eltern zerstörbar werden...“. Traumatische Belastungen eines Elternteils in der Erlebensperspektive des Kindes. In: Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2005, H. 3, S. 8 – 18.

Schrappe, Andreas: Kinder und ihre psychisch erkrankten Eltern. Kompetent beraten, sicher kooperieren. Weinheim 2018.

Sedlak, Franz: Psychotherapie- Methoden. In: Sedlak, Franz (Hrsg.): Psychologie und Psychotherapie für Schule und Studium. Ein praxisorientiertes Wörterbuch. Wien 2007, S. 187.

Seiffge-Krenke, Inge: Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie. Stuttgart 2010.

Slesina, Wolfgang: Internalisierung. In: Klimke, Daniela u. a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. 6. Aufl. Wiesbaden 2020.

Sonneck, Gernot u. a.: Krisenintervention und Suizidverhütung. 3. Aufl. Stuttgart 2016.



Sørensen, Kristine: Definitionen und Konzepte von Health Literacy – Überblick und Einordnung. In: Bollweg, Torsten M./Bröder, Janine/Pinheiro, Paulo (Hrsg.): Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke. Wiesbaden 2020, S. 39 – 53.

Tauber, Ralf F./Nisch, Carola: Depressive Störungen erfolgreich behandeln. Praxishandbuch zu kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Stuttgart 2011.

Tenbrink, Dieter: Ambivalenz. In: Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. Wien 2007.

Wälte, Dieter/Lübeck, Anja: Was ist psychosoziale Beratung?. In: Wälte, Dieter/Borg-Laufs, Michael (Hrsg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2. Aufl. Stuttgart 2021.

Warschburger, Petra: Beratungspsychologie. Heidelberg 2009.

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

Wolfersdorf, Manfred: Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln. 3. Aufl. Bonn 2001.

Zarbock, Gerhard: Das Konzept Identität in der Verhaltenstherapie – Theorie und Praxis. In: Petzold, Hilarion G. (Hrsg.): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven. Wiesbaden 2012, S. 223 – 243.