



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

Kinder psychisch kranker Eltern

**Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und Fördermöglichkeiten durch
interdisziplinäre Zusammenarbeit**

vorgelegt von

Annemarie Stein

Erstprüfer*in: Frau Prof. Dr. Christine Krüger

Zweitprüfer*in: Herr Prof. Dr. Daniel Rottke M. mel.

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0580-0

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 2 |
| 1 Die Psychiatrie | 4 |
| 1.1 Gesundheit und Krankheit in der Psychiatrie | 4 |
| 1.2 Die Einteilung psychischer Erkrankungen | 6 |
| 1.3 Affektive Störungen | 7 |
| 1.3.1 Klassifikation nach ICD-10 | 7 |
| 1.3.2 Depressive Episode | 9 |
| 1.3.3 Ursachen und Entstehung | 11 |
| 1.3.4 Behandlung und Therapie | 13 |
| 1.3.5 Beurteilung der Erziehungsfähigkeit | 14 |
| 1.3.6 Spezifische Auswirkungen auf die Kinder | 15 |
| 2 Die kindliche Entwicklung mit einem psychisch kranken Elternteil | 17 |
| 2.1 Empirische Hintergründe | 17 |
| 2.2 Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern | 18 |
| 2.2.1 Genetische Faktoren | 18 |
| 2.2.2 Umweltfaktoren | 19 |
| 2.3 Subjektive Belastungen von Kindern mit psychisch krankem Elternteil | 26 |
| 2.3.1 Desorientierung | 26 |
| 2.3.2 Schuldgefühle | 27 |
| 2.3.3 Tabuisierung, Kommunikationsverbot und Isolierung | 27 |
| 2.4 Psychologische Überlebensstrategien betroffener Kinder | 28 |
| 2.5 Kindliche Resilienzfaktoren | 30 |
| 3 Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz | 33 |
| 3.1 Definition Kindeswohlgefährdung | 33 |
| 3.2 Kindesmisshandlung – Formen und ihre Folgen | 34 |
| 3.3 Kindeswohl und psychisch kranke Eltern | 36 |
| 4 Sozialarbeiterische Bedeutung | 38 |
| 5 Fördermöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern | 39 |
| 5.1 Gesprächsführung mit Kindern | 39 |
| 5.2 Präventionsangebote für Kinder | 40 |
| 5.2.1 Gruppenangebote | 40 |
| 5.2.2 Psychoedukation | 40 |
| 5.2.3 Psychotherapie | 41 |
| 5.3 Unterstützungsmaßnahmen für Familien und Kinder | 41 |
| 5.3.1 Patenschaftsprojekte | 41 |
| 5.3.2 Krisenplanung | 42 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.3.3 | Familiäre Entlastungen | 42 |
| 5.3.4 | Stationäre Eltern-Kind-Behandlungen | 42 |
| 5.4 | Intervention | 42 |
| 6 | Zusammenfassung..... | 44 |
| 7 | Anhang..... | 46 |
| 7.1 | Tabelle 3..... | 46 |
| 7.2 | Tabelle 4..... | 46 |
| 7.3 | Tabelle 5..... | 47 |
| 8 | Quellenverzeichnis | 48 |

Einleitung

„Zwei Dinge sollten Kinder von ihren Eltern bekommen: Wurzeln und Flügel.“

Johann Wolfgang von Goethe

Dieses Zitat von Goethe begleitet mich schon seit einiger Zeit auf meinem Lebens- und mittlerweile auch Bildungsweg. Leider entspricht es nicht immer der Realität und gewinnt mit der Aussage besonders durch die aktuelle, gesellschaftliche Situation zusätzlich an großer Bedeutung und Diskussionspotenzial, gerade auch für die Soziale Arbeit. Vor allem in der Zeit während bzw. nach der Coronapandemie kann ein Anstieg der Rate häuslicher Gewalt, Kindesmisshandlungen und Suizide beobachtet werden. Mit dem Anstieg dieser Rate geht auch ein vermehrtes Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern einher. Doch warum? Durch die Pandemie bedingten Regelungen zogen sich viele Menschen in soziale Isolation zurück. Speziell für Kinder blieb der Besuch von Schule, Hort und Kindergarten verwehrt, das Fußballtraining fiel aus und auch der Kontakt zu Freunden war nur bedingt möglich. Die Kinder waren in ihrer familiären Situation „eingesperrt“ und mit ihren Problemen auf sich allein gestellt.

Im Verlauf meines Studiums an der Hochschule Neubrandenburg wuchs in mir immer mehr der Wunsch der Unterstützung und Förderung von Kindern. Aufgrund eigener familiärer Betroffenheit verstärkte sich mein Interesse für psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen, Behandlung und vor allem ihrer Prävention. Über mehrere Generationen hinweg besteht in meiner Familie eine Verbindung zu psychischen Erkrankungen unterschiedlicher Ausprägung sowie zur therapeutischen Arbeit mit diesen. Mir war bewusst, dass die Vererbung eine wesentliche Rolle spielt aber nicht allein Auslöser einer psychischen Erkrankung sein kann.

Von Vorahnungen, meinem bisherig erworbenen Fachwissen aus dem Studium und der aktuellen, gesellschaftlichen Situation geleitet, ergab sich für mich ein logischer Zusammenhang zwischen der elterlichen Erziehung, kindlichen Erfahrungen sowie der Krankheitsentstehung. Mir stellten sich Fragen wie „Wie erleben Kinder die psychische Erkrankung der Eltern?“, „Hatten die psychischen Probleme meiner Familie auch Auswirkungen auf mich und wenn ja, in welcher Weise? Kann man dies auch auf andere Familien und Kinder übertragen?“ oder „Handelt es sich um Kindeswohlgefährdung, wenn psychische Erkrankungen durch die Eltern auf das Kind übertragen werden?“. Durch Fragen dieser Art und dem Wunsch nach dem Studium den Bildungsweg zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten weiter zu beschreiten, entschied ich mich dazu das

Thema „Kinder psychisch kranker Eltern - Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und Fördermöglichkeiten durch interdisziplinäre Zusammenarbeit“ in meiner Abschlussarbeit aufzugreifen und zu vertiefen.

Die vorliegende Arbeit unterteilt sich, neben den einleitenden Worten, in fünf weitere Kapitel. Das erste Kapitel der Arbeit beschäftigt sich allgemein und grundlegend mit der Psychiatrie, dem Krankheitsbegriff und Affektiven Störungen sowie deren Ursachen, Symptomatiken und Behandlung. Danach folgt die ausführliche Darstellung der Auswirkungen der elterlichen, psychischen Erkrankung auf die Kinder. Das dritte Kapitel erläutert einerseits wesentliche Grundlagen zur Kindeswohlgefährdung, um andererseits auch einen analysierenden Blick auf das Kindeswohl mit psychisch kranken Eltern zu werfen. Nachdem anschließend im vierten Kapitel die sozialarbeiterische Bedeutung herausgestellt wird, soll das fünfte Kapitel fördernde und präventive Maßnahmen zusammentragen. Abschließend wird diese Arbeit mit einer Zusammenfassung beendet. Dabei werden zur Ausarbeitung der Thematik verschiedene Quellen (Fachliteratur, Internet etc.) genutzt, verglichen und ausgewertet.

1 Die Psychiatrie

Die Psychiatrie bildet einen Zweig der Medizin, welcher sich im Wesentlichen mit den Störungen des Erlebens und den Veränderungen des menschlichen Verhaltens auseinandersetzt. Sie steht sowohl in engem Zusammenhang mit den Neurowissenschaften, der Genetik und Pharmakologie, als auch mit der Psychologie, Soziologie und den komplexen Humanwissenschaften. Die Psychiatrie handelt demnach als Kontroverse zwischen den Natur- und Geisteswissenschaften. Die Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation von psychischen Erkrankungen sowie deren Analyse unter Beachtung der individuellen biologischen, psychologischen und sozialen Ressourcen, lassen sich als zentrale Aufgaben der Psychiatrie beschreiben. Sie arbeitet also nach dem Vorsatz die Fähigkeit des Wahrnehmens und Erlebens eines Menschen und dessen soziale Beziehungen zu erhalten oder wiederherzustellen.¹

1.1 Gesundheit und Krankheit in der Psychiatrie

Häufig ist die Bezeichnung „psychische Krankheit“ nicht eindeutig definierbar, weshalb Fleischhacker und Hinterhuber auf die allgemeine Definition des Gesundheitsbegriffes verweisen, welche die Beständigkeit von Verhaltensnormen voraussetzt. Doch auch die Klärung, welche Verhaltensmuster einer Norm entsprechen, schwankt stetig durch die Transkulturalität.² Demnach beschreiben die Autoren Gesundheit und Krankheit als wesentliche Faktoren eines Kontinuums, welches das Ineinandergreifen von psychischer Krankheit und gewöhnlichen Verhalten eines Individuums verdeutlicht. Weiterhin erläutern Fleischhacker und Hinterhuber nach Freuds Ansätzen, dass allgemeine Gesundheit eine Liebes-, Arbeits- und Genussfähigkeit voraussetzt.³ „Psychiatrische Erkrankungen sind Störungen im Erlebnisvollzug und in den Verhaltensweisen eines Menschen, die mit einer Beeinträchtigung in den genannten drei Bereichen verbunden sind.“⁴

Nach den Autoren erfordert die Komplexität der beschriebenen Thematik verglichen mit anderen Bereichen der Medizin eine erweiterte Differenzierung des Krankheitsbegriffes:

1. *Subjektiver Krankheitsbegriff:* Betroffene Menschen leiden unter ihrem psychischen Unwohlsein und fühlen sich krank und labil. Es kommt zu Abweichungen der Verhaltensnormen, welche sich durch Hemmungen, Ängste, Niedergeschlagenheit oder Defizite im kognitiven Bereich äußern. Die Ursache und die Entstehung der Erkrankung bleiben

¹ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 19

² vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 20

³ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 20

⁴ Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 20

hierbei unbeachtet. Auch symptomatische Störungen der Organe werden häufig beklagt, bleiben jedoch in meisten Fällen unbestätigt.⁵

2. *Medizinischer Krankheitsbegriff:* Der Organpathologie entsprechend, umschreibt diese Begriffsklärung jegliche psychiatrische
3. Störungen, welche durch somatische Erkrankungen, wie beispielsweise Beeinträchtigungen bestimmter Hirnfunktionen, bedingt werden. Beide Begrifflichkeiten können demnach zusammenhängend betrachtet werden. Befindet sich beispielsweise ein*e Patient*in im Anfangsstadium einer vaskulären Demenz, können die Versagenszustände als subjektiv belastend und somit als krankhaft empfunden werden. Andere Patienten*innen hingegen können psychopathologisch stark ausgeprägte Auffälligkeiten zeigen, weisen jedoch eine mangelnde Krankheitseinsicht auf.⁶
4. *Persönlichkeitsbezogener Krankheitsbegriff:* Viele psychiatrische Krankheitsbilder lassen sich nach Fleischhacker und Hinterhuber jedoch mit keinen der bereits beschriebenen Begriffsklärungen beschreiben. Die Patienten*innen empfinden häufig weder ein subjektives Unwohlsein, noch kann eine organpathologische Ursache ihrer Erkrankung gefunden werden. Demnach führt eine wesentliche Strukturänderung im Leben eines*einer Patient*in zu einer Unterbrechung der Sinnkonstanz.⁷ „Entscheidend ist, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt eine tief greifende Störung der Erlebens- und Verhaltensweisen des Betroffenen, seiner Wertvorstellungen und Zukunftsperspektiven aufgetreten ist, oft verbunden mit einer konsekutiven Verarmung und Verflachung der psychischen Funktionen.“⁸

Trotz der drei beschriebenen Begriffsklärungen, lassen sich viele psychiatrische Störungen diesen nicht eindeutig zuordnen. Eine psychiatrische Erkrankung ist kaum durch ein deutlich definiertes Störungsbild abgegrenzt, weshalb es einer komplexen Diagnostik bedarf. Dabei gilt es, so Fleischhacker und Hinterhuber, den folgenden Faktoren besondere Aufmerksamkeit zu schenken:

- Die *Lebensgeschichte* eines*einer Patienten*in ist wertvoller Bestandteil für das Verständnis der psychiatrischen Erkrankung der einzelnen Patienten*innen. Angeborene Neigungen sowie Reaktionsfähigkeiten und das stetige Sammeln neuer Lebenserfahrungen beeinflussen die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit.⁹

⁵ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 20

⁶ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 20 f.

⁷ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 21

⁸ Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 21

⁹ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 21

- Seit der Geburt wird jedes Individuum in bestimmten Lebensabschnitten (z.B. Pubertät, Menopause etc.) durch unterschiedlich starke *Belastungen* auch unterschiedlich stark beeinflusst. Durch die Individualität hinsichtlich der Stabilität in der Entwicklung eines Menschen, reagieren einige Menschen in auftretenden Belastungsmomenten gestärkter als andere. Demnach entsteht eine wechselseitige Beziehung zwischen der individuellen Biografie und den *akuten Belastungen*.¹⁰
- Weiterhin ist auf die *Funktionsfähigkeit des Gehirns* zu achten. Als Ausgangspunkt der psychischen Funktionen, ist das Gehirn für die Empfindungen des Erlebens und Verhaltens eines Menschen zuständig. Die Reaktionsweise eines Menschen auf akute Belastungsmomente kann somit durch Schädigungen des Gehirns (perinatal erworbene Zerebralschäden, Schädeltraumata etc.) beeinflusst werden.¹¹
- Auch die gegenwärtige *Belastung durch Substrate* hat Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden eines Individuums. Akute Schädigungen des Zentralnervensystems durch den Alkohol- oder Drogenkonsum bilden einen weiteren Belastungsfaktor.¹²

„Die Lebensgeschichte, die akuten Belastungsmomente, der Funktionszustand des Gehirns und dessen zusätzliche aktuelle Beeinträchtigung interagieren in unterschiedlichem Ausmaß und bestimmen die Reaktionsweisen des Menschen, seine psychische Gesundheit oder sein pathologisches Verhalten.“¹³

1.2 Die Einteilung psychischer Erkrankungen

Im frühen 19. Jahrhundert legte der Psychiater Emil Kraepelin den Grundstein für die systematische Klassifikation von psychischen Störungen gegliedert nach deren Verlauf. Die bedeutsame Weiterführung dieser Einteilung erfolgte durch den deutschen Psychiater Kurt Schneider. Er entwickelte das triadische System, welches psychische Erkrankungen nunmehr nach der Ursache ihrer Entstehung kategorisiert. Schneider unterscheidet hier zwischen exogenen (körperliche Erkrankungen mit Hirnbeteiligung, primäre Hirnerkrankungen), endogenen (Schizophrenien, affektive Erkrankungen) und psychogenen (Persönlichkeitsstörungen, Süchte etc.) Störungen.¹⁴

Nach aktuellem Wissensstand ist diese ätiologische Einteilung allerdings nicht mehr vertretbar, da die Entstehung einer psychischen Störung durch mehrere Ursachen aus den drei genannten Gruppen, also multifaktoriell, bedingt wird. Die Aufmerksamkeit der modernen Klassifikationssysteme richtet sich daher vorzugsweise auf die Phänomenologie von Erkrankungen, wobei die

¹⁰ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 21

¹¹ vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 21

¹² vgl. Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 22

¹³ Fleischhacker/Hinterhuber 2012, S. 22

¹⁴ vgl. Ofenstein 2021, S. 16

Symptomatik, der Verlauf sowie der Schweregrad der Störung primär betrachtet wird. Daher gilt die International Classification of Diseases in ihrer 10. Überarbeitung (ICD-10) deutschlandweit als aktuelles Modell zur Klassifikation psychischer Erkrankungen. Diese bildet durch unmissverständliche diagnostische Kriterien sowie Ein- und Ausschlussdiagnosen eine Leitlinie, welche die eindeutige Zuordnung einer psychischen Erkrankung zu einer Störungskategorie erleichtert. Auch die Kodierung von diversen parallel auftretenden psychischen Störungen (Komorbiditäten) wird durch die ICD-10 ermöglicht.¹⁵

1.3 Affektive Störungen

„Affektive Störungen“ gilt als zusammenfassende Bezeichnung für die Gesamtheit der psychischen Erkrankungen, welche sich in erster Linie auf den Bereich des Gemüts, gemäß der Stimmung, des emotionalen Befindens und der gefühlsmäßigen Anteilnahme am sozialen Umfeld, beziehen. Auch krankhafte Veränderungen der formalen und inhaltlichen Denkweise, Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten sowie die Äußerung in Form körperlicher Symptome manifestieren diese Gruppe.¹⁶

„Affekte beschreiben zeitlich kurze und intensive Gefühlsregungen wie Wut, Ärger, Angst oder Freude. Als Affektivität hingegen bezeichnet man die Gesamtheit des Gefühlslebens und des Gemüts, das sich aus Affekten und auch spezifischen Denkinhalten zusammensetzt.“¹⁷ Als Störung der Affektivität bezeichnet man demnach die krankhafte Veränderung des Gemütszustandes, welche sich sowohl durch eine signifikante positive als auch depressive Verstimmung äußern kann. Die Manie und die Depression bilden demnach die Extrempole von affektiven Störungen.¹⁸ Besteht nur einer der beiden extremen Pole, Manie oder Depression, so spricht man von einer unipolaren Störung.¹⁹ Nicht selten jedoch treten diese beiden krankhaften Verstimmungen phasenweise als Extreme im Wechsel auf, was als bipolare affektive oder auch manisch-depressive Störung bezeichnet wird. Überwiegend steht dieser Phasenwechsel in Verbindung mit einer Veränderung des Aktivitätsniveaus. Während Manien durch einen stark erhöhten Antrieb gekennzeichnet sind, weisen depressive Phasen eine stark verminderte Aktivität auf.²⁰

1.3.1 Klassifikation nach ICD-10

Wie die ICD-10 beschreibt, sind die Zusammenhänge zwischen der Ätiologie und Symptomatik, grundlegenden biochemischen Prozessen sowie der Behandlungsreaktion und dem weiteren

¹⁵ vgl. Ofenstein 2021, S. 17

¹⁶ vgl. Deisenhammer 2012, S. 153

¹⁷ Ofenstein 2021, S. 160

¹⁸ vgl. Ofenstein 2021, S. 160

¹⁹ vgl. Plattner 2019, S. 34

²⁰ vgl. Ofenstein 2021, S. 160

Verlauf bei affektiven Störungen aktuell noch nicht ausreichend geklärt, um eine ausnahmslos annehmbare Einordnung dieser Störungskategorie zu schaffen. Die gegenwärtig beständige Leitlinie gilt als Versuch für eine zunächst akzeptable Klassifizierung von affektiven Störungen. Zu den beständigen Hauptsymptomen zählen nach dieser Einteilung die Stimmungs- oder Affektivitätsänderung, überwiegend zur Depression neigend, mit oder ohne einhergehender Angststörung sowie der Stimmungswandel zur übermäßig gehobenen Stimmung. Der Wechsel dieser Stimmungen geht mit dem Niveauwechsel der Aktivität eines Individuums einher. Andere auftretende Symptome werden im Verhältnis zu dieser Veränderung nach der ICD-10 als sekundär oder leicht eingestuft. Der Großteil dieser Störungen neigt zum wiederkehrenden Auftreten. Oft wird der Beginn der einzelnen Krankheitsepisoden durch gravierende Erlebnisse oder Situationen begründet.²¹ Die Kategorie der affektiven Störungen findet in der ICD-10 ihre Anordnung unter F3 und gliedert diese in manische Episoden, bipolar affektive Störungen, depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende affektive Störungen, andere und nicht näher bezeichnete affektive Störungen.²² Die Einteilungskriterien für diese affektiven Störungsbilder ergeben sich nach der ICD-10 aus dem Schweregrad der Depression (leicht, mittelschwer, schwer), dem Auftreten von somatischen und psychotischen Symptomen sowie dem Krankheitsverlauf (eine oder mehrere Krankheitsphasen, manisch-depressive oder unipolare Symptomatik, beständige Erkrankung ohne eindeutige Symptomrückbildung oder vollständige Remission).²³ Zur klärenden Veranschaulichung der Klassifizierung anhand der Einteilungskriterien von affektiven Störungen dient die Tabelle von Christopher Ofenstein (siehe Tabelle 1).

| Tab. 1 Affektive Störungen nach ICD-10 (F3) | |
|--|---|
| ICD-10-Klassifikation affektiver Störungen | Unterteilungskriterien |
| Manische Episode (F30) | <ul style="list-style-type: none"> • Hypomanie, Dysthymia • Manie ohne psychotische Symptome • Manie mit psychotischen Symptomen |
| Bipolare affektive Störung (F31) | <ul style="list-style-type: none"> • Depressive, manische, gemischte Episode • Schweregrad: <ul style="list-style-type: none"> - +/- psychotische Symptome - +/- somatische Symptome |
| Depressive Episode (F32) | <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad: <ul style="list-style-type: none"> - +/- psychotische Symptome - +/- somatische Symptome |

²¹ vgl. Dilling/Mombour/Schmidt (Hrsg.) 2015, S. 159

²² vgl. Dilling/Mombour/Schmidt (Hrsg.) 2015, S. 156 ff.

²³ vgl. Ofenstein 2021, S. 161

| | |
|--|--|
| Rezidivierende depressive Störungen (F33) | <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad: - +/- psychotische Symptome - +/- somatische Symptome • Verlauf remittiert |
| Anhaltende affektive Störungen (F34) | <ul style="list-style-type: none"> • Zylothymia (F34.0) • Dysthymia (34.1) |
| Sonstige affektive Störungen (F38) | Gemischte affektive Störung, rezidivierende kurze depressive Störung |
| Nicht näher bezeichnete Störungen (F39) | Ausschlussdiagnose |
| Quelle: Ofenstein 2021, S.160 | |

Wie auch Eberhard Deisenhammer beschreibt, zählen affektive Störungen zu den beständigsten psychischen Störungen, welche außerdem vermehrt in Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Süchte, Angststörungen etc.) auftreten. Durch die mit affektiven Störungen einhergehende Suizidgefahr während depressiver Episoden, sind diese als grundlegende Lebensbedrohung für die Erkrankten einzuordnen. Nicht nur ihre psychosoziale Integration ist durch die häufig lange Krankheitsdauer, den damit einhergehenden Verlust des Arbeitsplatzes, das Zurückziehen aus ihrem sozialen Umfeld, die Verständnislosigkeit ihrer Mitmenschen für die depressiven und/ oder manischen Episoden sowie die Belastungen in der Partnerschaft stark beeinträchtigt, sondern auch andere Angehörige sind großen Belastungen ausgesetzt. Weiterhin wirken sich affektive Störungen durch die hohe Mortalitätsrate, der langen Remissionsdauer und der damit häufig verbundenen Frühpensionierung erheblich auf die Volkswirtschaft aus.²⁴ „Allein die unipolare Depression liegt nach der DALY-(Disability-Adjusted Life Year)Wertung weltweit mittlerweile an erster Stelle der Ursachen für den Verlust ‚gesunder Lebensjahre‘. Affektive Störungen verursachen 7 % der gesamten Krankheitslast in Europa.“²⁵

1.3.2 Depressive Episode

Die unipolare Depression bildet mit ca. 65 % Erkrankungsanteil die am häufigsten auftretende affektive Störung.²⁶ Aufgrund dessen möchte ich mich innerhalb dieser Arbeit primär auf diese Störungsgruppe psychisch kranker Eltern beschränken.

Als Leitkriterien für ein depressives Störungsbild benennt Ofenstein Affektivitätsstörungen in Form von depressiver Verstimmung, Interessenverlust sowie der Freud- und Hoffnungslosigkeit, formale und inhaltliche Denkstörungen in Form von Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit, Schuldgefühlen, einem mangelnden Selbstwertgefühl und Suizidgedanken. Weiterhin

²⁴ vgl. Deisenhammer 2012, S. 154

²⁵ Deisenhammer 2012, S. 154

²⁶ vgl. Plattner 2019, S.39

werden diese Hauptdiagnosekriterien oft von gedrückten Vitalgefühlen (z. B. verminderte Leistungsfähigkeit, fehlende Energie etc.) und vegetativen Symptomen (z.B. Schlafstörungen, Appetitverlust etc.) begleitet.²⁷ Eine ausführlichere Tabelle der körperlichen Symptomatik (siehe Tabelle 3) sowie der Haupt- und Nebensymptome einer depressiven Episode nach Ofenstein (siehe Tabelle 4) befindet sich im Anhang.

Um eine depressive Episode eindeutig diagnostizieren zu können, muss der*die Patient*in mindestens zwei Wochen die ebenda beschriebene Symptomatik in Form von mindestens zwei Haupt- und zwei Nebensymptomen aufweisen. Entsprechend der Symptomatik erfolgt außerdem die Einteilung nach dem Schweregrad der depressiven Episode. Hier wird zwischen einer leichten, mittelgradigen depressiven Episode mit oder ohne somatischem Syndrom und einer schweren depressiven Episode mit oder ohne psychotischer Symptomatik unterschieden:²⁸

- Die *leichte* depressive Episode mit oder ohne somatischem Syndrom kennzeichnet sich durch zwei Haupt- und zwei Nebensymptomen, welche über zwei Wochen anhalten, keine sonderliche Ausprägung aufzeigen und die beruflichen und sozialen Aktivitäten nur zum Teil einschränken.
- Währenddessen lässt sich die *mittelgradige* Depression mit oder ohne somatischem Syndrom durch zwei Haupt- und drei Nebensymptome, einem erheblichen Leidensdruck sowie ausgeprägten Schwierigkeiten bei der Erfüllung beruflicher, häuslicher und sozialer Pflichten diagnostizieren.
- Die *schwere* depressive Episode mit oder ohne psychotischen Symptomen hingegen weist drei Haupt- und vier Nebensymptome über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen auf. Bei Vorhandensein psychotischer Symptome in Form von Wahnideen wie Schuld-, Verarmungs-, oder Versündigungswahn besteht eine akute Suizidalität. Der*die Patient*in ist nicht befähigt seinem*ihrem beruflichen, sozialen und häuslichen Alltag nachzugehen.²⁹

Bei dieser Einteilung des Schweregrades spielen demnach vor allem die Ausprägung und die Anzahl der Symptome eine wichtige Rolle. Doch auch mögliche Auswirkungen der Einschränkung auf die Berufstätigkeit und die Lebensgestaltung werden näher betrachtet. Bei der Diagnostik kann durch die ICD-10 die leichte und mittelgradige Episode zusätzlich mit einem somatischen Syndrom kodiert werden, während dieses bei einer schweren Depression meist immer

²⁷ vgl. Ofenstein 2021, S. 162 f.

²⁸ vgl. Ofenstein 2021, S. 165

²⁹ vgl. Ofenstein 2021, S. 165

beständig ist und keiner gesonderten Verschlüsselung bedarf.³⁰ Auch hier befindet sich eine Tabelle der Kriterien des somatischen Syndroms nach Ofenstein im Anhang (siehe Tabelle 5).

1.3.3 Ursachen und Entstehung

Die Faktoren, die zur Entstehung von affektiven Störungen führen, gelten als äußerst komplex und können nicht auf eine endgültige Ursache zurückgeführt werden. Entsprechend dem aktuellen Forschungsstand konnten diverse Entstehungsbedingungen dekodiert werden, dennoch gibt es bis heute keine eindeutige Klärung für ein bestimmtes Entstehungsschema. Es wird davon ausgegangen, dass der Ausbruch einer affektiven Erkrankung durch biologische, soziale und psychologische Faktoren und somit multifaktoriell bedingt wird. Hierbei werden sowohl genetische, neuroendokrinologische, chronobiologische, psychoreaktive, kognitive und lerntheoretische, psychodynamische sowie Persönlichkeitsfaktoren, als auch Veränderungen im Neurotransmittersystem und der Hirnmorphologie betrachtet: Ergebnisse aus der Familien- und Zwillingsforschung zeigen nachweislich, dass sich mit zunehmenden Verwandtschaftsgrad, ebenso das Entwicklungsrisiko einer affektiven Störung erhöht, womit eine genetische Disposition für affektive Erkrankungen belegt werden konnte. Gleichzeitig führte die ausbleibende Konkordanzrate von 100 % bei eineiigen Zwillingen zum Ausschluss der Vererbung als primäre Ursache.³¹ Weiterhin konnte durch neurobiologische Forschungsbefunde und die Wirksamkeit von Antidepressiva ein Zusammenhang zwischen der Entstehung einer affektiven Erkrankung und einem Ungleichgewicht im Neurotransmittersystem hergestellt werden.³² Gleichmaßen konnte eine Verbindung zwischen schweren Depressionen (vorrangig mit psychotischen Symptomen) und dem Auftreten eines Hyperkortisolismus, bedingt durch eine Regulationsstörung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, bestätigt werden. Auch hirnmorphologische Veränderungen in Form von Umformungen der grauen Substanz bestimmter Hirnareale sowie der Verminderung von Durchblutung und Stoffwechselaktivität während einer schweren Depressionsepisode wurden durch Obduktionen und andere bildgebende Verfahren nachgewiesen. Ebenso erwähnenswert ist die Möglichkeit der Desynchronisation biologischer Rhythmen als Ursache einer affektiven Erkrankung. Diese wird durch die saisonale Häufung von Depressionen (überzufällig vermehrtes Auftreten im Frühjahr und Herbst), zirkadiane Rhythmusstörungen (Tagesschwankungen mit Früherwachen und Morgentief) und Veränderungen in der Schlafarchitektur (Häufung oberflächlicher Phasen des Schlafes) begründet.³³ Stressauslösende Lebensereignisse oder -umstände in Form von Traumatisierungen, familiären oder sozialen Konflikten sowie veränderten

³⁰ vgl. Ofenstein 2021, S. 165

³¹ vgl. Ofenstein 2021, S. 176

³² vgl. Ofenstein 2021, S. 177

³³ vgl. Ofenstein 2021, S.177

Gewohnheiten der Lebensumstände können im gleichen Maße zur Entstehung affektiver Störungen beitragen. Probleme am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft, Leistungs- und Arbeitsdruck, Krankheiten, Todesfälle und Trauer, Unfälle, sexueller Missbrauch etc. können demnach als konkrete Beispiele aufgezählt werden. Die Majorität der an Depressionen erkrankten Menschen benennt ein solches einschneidendes Lebensereignis als denkbaren Auslöser ihrer Symptomatik. Die Regelmäßigkeit bestätigt allerdings, dass jene psychosoziale Stressoren nur bei Vorhandensein biologischer Faktoren die Entstehung einer affektiven Störung begünstigen.³⁴ Als weitere Ursache verweist Ofenstein auf das kognitive Modell nach Beck. Dieses geht von einer Typisierung des Denkmusters bei depressiv erkrankten Menschen aus und beschreibt ihre wesentlich negative Wahrnehmung von Umwelt, Zukunft sowie der eigenen Person. Eine solche negative Verzerrung der Sichtweise hat nicht nur häufige Enttäuschungen, ein mangelndes Selbstwertgefühl und sozialen Rückzug zur Folge, sondern fördert zudem eine Generalisierung dieser dysfunktionalen Kognitionen und eine damit verbundene negative Selbstattribution. Außerdem zieht Ofenstein das Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann heran. Dieses beschreibt das Befinden von Wehrlosigkeit und Unfähigkeit einer selbstwirksamen Reaktion der Erkrankten in bestimmten Situationen. Durch wiederholte negative Erfahrungen in bestimmten Situationen, auf welche sie weder Einfluss noch Kontrolle hatten, kommt es folglich zu Resignation, depressiven Denkmustern und dem Empfinden des eigenen Versagens.³⁵ Einen wesentlichen Aspekt für die psychodynamische Theorie der Depressionsentstehung bildet die Fehlentwicklung des Selbstwertgefühls. Dem Kind blieb in einer frühen Entwicklungsphase durch eine zu abrupte Distanzierung von seiner Bezugsperson oder eine zu ängstlich-überfürsorgliche Erziehung die adäquate Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls verwehrt. Resultierend beschreibt Ofenstein eine erhöhte emotionale Bedürftigkeit, welche im weiteren Verlauf des Lebens oft nur unzureichend befriedigt werden kann. Ursprüngliche Aggressionen gegenüber der verlorenen Bezugsperson implizieren die Erkrankten fortan gegen sich selbst.³⁶ Auch persönlichkeitsbezogene Faktoren sind bei der Ursachenbetrachtung maßgebend. Hier weisen vor allem unipolar depressive Menschen den von Tellenbach definierten „Typus melancholicus“ auf, welcher sich auf ausgeprägt ordentliche, perfektionistische, hohe moralisch anspruchsvolle und leistungsbereite und zudem aufopferungswillige Charaktereigenschaften bezieht.³⁷

Vergleichend dazu beschreibt auch Plattner eine hohe Erblichkeit als eine Ursachentheorie, von welcher vor allem bei schweren affektiven Störungen ausgegangen wird. Mit einer

³⁴ vgl. Ofenstein 2021, S.177

³⁵ vgl. Ofenstein 2021, S. 177 f.

³⁶ vgl. Ofenstein 2021, S.178

³⁷ vgl. Ofenstein 2021, S. 178

Wahrscheinlichkeit von 10 – 15 % erkranken Kinder mit einem betroffenen Elternteil selbst an einer affektiven Störung. Diese Wahrscheinlichkeit erhöht sich auf 30 – 40 %, wenn beide Elternteile an Depressionen leiden. Eineiige Zwillinge sind dabei bis zu 70 % risikobehaftet gleichermaßen eine solche Erkrankung zu entwickeln. Weiterhin beschreibt Plattner die hohe Beeinflussung durch Umweltfaktoren und deren tragende Rolle als Erstauslöser, wobei die zunehmende Unabhängigkeit dieser bei wiederauftretenden, depressiven Episoden zu beachten ist.³⁸ Zudem vermerkt sie: „Die Interaktionen zwischen Eltern und Kindern, zwischen den Geschwistern und auch in der Peer-Group haben ebenfalls einen – bei Mädchen und Jungen unterschiedlich gewichtet – teils erheblichen Einfluss auf eine Erstmanifestation einer Depression im Jugendalter.“³⁹

1.3.4 Behandlung und Therapie

Nach Plattner erweist sich für ca. zwei Drittel aller an Depressionen erkrankten Patienten*innen eine antidepressiv – medikamentöse Therapie in Kombination mit einer Psychotherapie als äußerst wirksame Behandlungsform. Bei leichten bzw. reaktiven erstmalig auftretenden Episoden muss die Notwendigkeit einer Pharmakotherapie bedacht werden. Oft ist hier auch eine Lichttherapie sehr ansprechend und hilfreich für die Erkrankten. Stark ausgeprägte Depressionen hingegen, sollten unbedingt durch einen Psychiater begutachtet werden. Vor allem bei schweren Depressionen mit psychotischen Symptomen ist es oft ratsam die Einstellung der Medikamente stationär in einer Klinik durchzuführen. Das Ausprobieren verschiedener Präparatkombinationen ist dabei häufig notwendig, um eine effektive und angenehme Therapie für den*die Patient*in garantieren zu können. Weiterhin ist für die Erkrankten eine Strukturierung ihres Tages sowie die Förderung sozialer Kontakte von großer Wichtigkeit. Hier können die Behandlung in einer Tagesklinik, die Zusammenführung mit einer Selbsthilfegruppe oder die Unterstützung durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst sehr wirksam sein.⁴⁰ Grundlegend wird die Behandlung der affektiven Krankheitsphasen als äußerst chancenreich betrachtet. Dennoch erfolgt nur bei 15 % der Erkrankten eine adäquate Diagnose und Therapie der Depression. Annähernd 10 % der Klienten*innen von Hausärzten begeben sich aufgrund einer depressiven Symptomatik zu einem Arztbesuch. Dagegen wird nur ca. die Hälfte der Fälle richtig diagnostiziert und nur bei einem Fünftel erfolgt die Depressionsbehandlung adäquat.⁴¹ Die zuständigen Ärzte sollten Wissen über die aktuellen Möglichkeiten zur somatischen, psychologischen und sozialen Behandlung affektiver Störungen verfügen und dieses gezielt auf die Erkrankten anwenden. Dabei ist auch die

³⁸ vgl. Plattner 2019, S. 34 f.

³⁹ Plattner 2019., S. 35

⁴⁰ vgl. Plattner 2019, S.41 f.

⁴¹ vgl. Berger (Hrsg.) 2015, S. 396

flexible Anwendung verschiedener Therapieverfahren sowie die Unabhängigkeit dieser von theoretischen Schulen und Ideologien der Behandlung verpflichtend. Vielmehr sollte dem*der Patienten*in mit der Prognose Optimismus bezüglich der Behandlung der gegenwärtigen Krankheitsphase kommuniziert werden. Unterdessen ist eine empathische und realistische Aufklärung über ein mögliches Rezidiv und der damit einhergehenden Langfristigkeit der Therapie von gleichwertiger Wichtigkeit. Die gesamte Therapie wird in die Stadien der Akutbehandlung (erste Diagnose und Therapiemaßnahmen), Erhaltungstherapie (zur Verminderung des Rückfallrisikos nach Abklingen der Episode) und prophylaktischen Therapie (zur Prävention von Neuerkrankungen) unterteilt.⁴²

1.3.5 Beurteilung der Erziehungsfähigkeit

Die bereits benannte Leitsymptomatik affektiver Störungen nach Ofenstein in Form von Antriebsschwäche sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bedeuten nach Plattner in akuten mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden eine starke Beeinträchtigung der Erziehungsfähigkeit eines Elternteils. Oft kann die Versorgung und der Schutz der Kinder nicht ausreichend vom erkrankten Elternteil gesichert werden, wodurch vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern das körperliche Kindeswohl stark gefährdet ist. In gefährlichen Situationen z. B. im Straßenverkehr können diskontinuierliche Aufmerksamkeit und eingeschränkte Aufmerksamkeit fatale Folgen haben. Ebenso beschreibt Plattner durch die schnellere Ermüdung und einer Zunahme an Ruhephase eine allgemeine Reduktion der Belastbarkeit von betroffenen Eltern verglichen mit gesunden Eltern. Den Patienten*innen fällt es zunehmend schwer das Bett zu verlassen, sodass die Kinder zwingend auf sich allein gestellt sind.⁴³ Auch der Ausdruck liebevoller Emotionen gegenüber ihren Kindern sowie die Befriedigung derer emotionalen Bedürfnisse stellt eine große Schwierigkeit für die Erkrankten dar. Die Kinder müssen Emotionen wie Trauer, Frustration aber auch übermäßige Freude eigenständig regulieren, was zu emotionalen Defiziten führen kann.⁴⁴ Die betroffenen Elternteile fühlen sich durch die beschriebene emotionale Abwesenheit und die Belastbarkeitsreduktion überfordert und reagieren häufig gereizt und feindselig ablehnend auf ihre Kinder. Eine solche emotionale Vernachlässigung kann bis hin zu seelischer Misshandlung des Kindes reichen und sich folglich schwerwiegend auf dessen emotionale Reifung auswirken. Auch besteht die Wahrscheinlichkeit zur Übertragung der depressiven Symptomatik auf das Kind. Die vorherrschende Negativität und der Pessimismus bezüglich der Weltansicht des Betroffenen konfrontiert das Kind wiederkehrend mit Kritik und Abwertungen. Bei manischer oder bipolarer Symptomatik gilt es weitere Gefahren zu beachten. Durch Phasen

⁴² vgl. Berger (Hrsg.) 2015, S. 396

⁴³ vgl. Plattner 2019, S. 43

⁴⁴ vgl. Plattner 2019, S. 43 ff.

der Manie und der hieraus resultierenden Überaktivität der Betroffenen bleibt das Erkennen und die Befriedigung von Ruhe- und Strukturbefindlichkeiten ihrer Kinder aus, was zu enormen Aufbringen von Anstrengung und Kraft dieser führt. Nicht selten überschätzen diese Eltern sich selbst und zeigen riskante Verhaltensweisen, was eine direkte körperliche Gefährdung des Kindes mit sich bringt (z. B. durch keine wettergemäße Kleidung, erhöhte Risikobereitschaft im Straßenverkehr). Hingegen neigen Eltern mit Angststörungen jeglicher Art zu übermäßigem Verantwortungsbewusstsein sowie zudringlichem und kontrollierendem Verhalten in der Erziehung ihrer Kinder. Hieraus resultiert die Begünstigung eines schüchternen und ängstlichen Charakters des Kindes mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zur Eigenentwicklung einer Angststörung.⁴⁵ Wie Plattner beschreibt, bestätigte eine aktuelle Studie den überwiegenden Zusammenhang zwischen einer Depression bei Vätern und der Entwicklung einer Angststörung bei ihren Kindern als bei mütterlicher Erkrankung. Aus wissenschaftlicher Sicht wird dies durch die natürliche Rollenverteilung der Elternteile begründet. Ist demnach die väterliche Aufgabe der Förderung mutiger Aktivitäten des Kindes nur eingeschränkt möglich (eher überbehütetes, besorgtes Verhalten gegenüber dem Kind), wird die Entwicklung einer Angststörung begünstigt. Doch auch die mütterliche Erkrankung ist laut Studie unabdingbar mit der des Kindes verknüpft. Emotionale Faktoren sowie die „[...] unbewusste Weitergabe ungünstiger Kognitionen [...]“⁴⁶ gelten hier jedoch als wahrscheinlichere Ursachen. Zusammenfassend kann das Ausreichen der Erziehungsfähigkeit eines affektiv oder angstgestörten Elternteils nicht allein aufgrund einer Diagnosestellung beurteilt werden, vielmehr gilt es noch weitere Kriterien zu beachten.⁴⁷

1.3.6 Spezifische Auswirkungen auf die Kinder

Eine starke Betroffenheit weisen vor allem Kinder auf, welche schon früh den depressiven Belastungen der Eltern ausgesetzt waren. Bereits ab der Geburt des Kindes können Bindungsstörungen auftreten. Im weiteren Verlauf kommen besonders in den ersten Jahren der Schulzeit Aufmerksamkeitsprobleme und der daraus resultierende schulische Misserfolg hinzu.⁴⁸ Weiterhin ist nach Plattner eine enorme Tendenz zur seelischen Parentifizierung bei Kindern depressiver Eltern erkennbar. Durch die Wahrnehmung der Hilflosigkeit, Passivität und Trauer der Eltern richtet sich der Versuch der Kinder auf die seelische Unterstützung und Aufmunterung der Eltern. Gerade diese Kinder neigen in der Adoleszenz zur Entwicklung von Depressionen und Angststörungen. Ebenso häufig können Reaktionen der Externalisierung (Aggressionen, Delinquenz) bei Kindern mit einem depressiv erkrankten Elternteil auftreten. Kommt es zu einer

⁴⁵ vgl. Plattner 2019, S. 44 f.

⁴⁶ Plattner 2019, S. 44

⁴⁷ vgl. Plattner 2019, S. 45

⁴⁸ vgl. Plattner 2019, S.42

Verknüpfung von emotionaler Vernachlässigung mit elterlicher Ablehnung sind betroffene Kinder einer enormen Belastung ausgesetzt. Durch die erhöhte Reizbarkeit des erkrankten Elternteils sind die Kinder oft übermäßiger Kritik und Herabwürdigung ausgesetzt, was nachweislich mit der Suizidalität in der Adoleszenz in Verbindung steht. Hingegen führen Angststörungen im Kinder und Jugendalter zu einer erhöhten Kritikempfindlichkeit der Betroffenen. Weiterhin ist nach Plattner negativeres Agieren der Eltern mit depressiv erkrankten Jugendlichen beobachtbar. Die Unabhängigkeit zum Erkrankungsniveau der Eltern gilt als weiterer Hinweis für eine negative Veränderung der Interaktionen durch Aspekte des Kindes selbst.⁴⁹ Wie unter 1.3.2 beschrieben, zählt die Antriebsschwäche zur Leitsymptomatik depressiver Episoden. Eine bei betroffenen Eltern starke Ausprägung dieser bringt eine instrumentelle Parentifizierung der Kinder mit sich. Dabei gilt u.a. die Versorgung des Haushaltes als Versuch zur Kompensierung der ausbleibenden Unterstützung ihrer Eltern. Instrumentell parentifizierte Kinder weisen daher oft introvertierte und überangepasste Verhaltensstrukturen auf.⁵⁰ Bei manisch oder bipolar erkrankten Eltern hingegen beschreibt Plattner die gesteigerte Tendenz zu externalisierenden Auffälligkeiten im Verhalten, welche zum einen durch eine genetische Komponente und zum anderen durch die krankheitsbedingte Unruhe der Eltern übertragen wird. Mit Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Konzentrations-schwäche, Aggressivität sowie dissoziale Verhaltensweisen geht ein um das siebenfach erhöhte Entwicklungsrisiko von ADHS einher. Mehr als die Hälfte der betroffenen Kinder zeigen bereits im frühkindlichen Stadium bzw. vor der Pubertät starke Auffälligkeiten, sodass eine psychiatrische Diagnostik erfolgt. Vergleichsweise zeigen sich äußerliche Krisen sowie die Introversion und Überanpassung von Kindern depressiver Eltern oft erst in der Adoleszenzphase.⁵¹ Kinder depressiv-feindseliger und angstgestörter Eltern neigen zur Entwicklung eigener, meistens sozialer, Ängste (z. B. Angst vor Trennung, Schule, Prüfungen, allgemeine Schüchternheit). Die Ängste der Eltern werden oft unbewusst auf die Kinder übertragen, wodurch diese ihre Umwelt als Gefahr wahrnehmen und die Interpretation von Konfliktsituationen mit anderen Sozialkontakten als gegen ihre Person gerichtet ausfällt. Sowohl das Selbstwertgefühl als auch Selbstvertrauen sind nur gering ausgeprägt, die Anerkennung eigener Erfolge unterbleibt und Misserfolge dominieren im Gedächtnis der betroffenen Kinder.⁵²

⁴⁹ vgl. Plattner 2019, S.42

⁵⁰ vgl. Plattner 2019, S.42

⁵¹ vgl. Plattner 2019, S. 42 f.

⁵² vgl. Plattner 2019, S. 43

2 Die kindliche Entwicklung mit einem psychisch kranken Elternteil

2.1 Empirische Hintergründe

„Die psychische Erkrankung von Eltern ist ein bis heute oftmals tabuisierter Hochrisikofaktor für die Entwicklung der Kinder, der die gesamte Familie betrifft.“⁵³ Dabei bezieht sich die Charakterisierung dieser risikobehafteten Konstellation nicht auf die kinder- und jugendpsychiatrische Symptomatik, sondern vielmehr auf eine Definition unter Einbezug der familiären Situation. Im Zentrum der Kriterien steht hier die Berücksichtigung der psychischen Erkrankung der Eltern. Erforderlich hierfür ist eine Betrachtungsweise der gesamtfamiliären Situation sowie der Transgenerationalität über die elterliche Generation hinaus. Hierbei spielt die Komplexität des familiären Beziehungsgefüges, geprägt durch zahlreiche psychische Erkrankungen und Traumata mehrerer Generationen, eine besondere Rolle. Demnach müssen nach Plass und Wiegand-Grefe Kennwerte der Epidemiologie auf unterschiedliche Weise betrachtet werden, um die Bedeutung dieser Risikokonstellation bewerten zu können.⁵⁴ Die allgemeine Prävalenz behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen beläuft sich auf ca. 30 % der deutschen Bevölkerung. Unter Annahme einer 25 prozentigen unbedingten Notwendigkeit einer Behandlung der Betroffenen, bedarf es deutschlandweit von 4,5 Millionen Erwachsenen professionelle psychiatrische bzw. psychotherapeutische Unterstützung. Eine Abschätzung der Betroffenen unter Voraussetzung einer Elternschaft ist nur schwer vornehmlich, was durch die bisherigen Untersuchungen verschiedener Populationen begründet wird. Aus diesen Studien geht ein 17 – 45 prozentiger Anteil psychisch kranker Eltern minderjähriger Kinder unter allen stationär aufgenommenen Patienten*innen hervor.⁵⁵ Weiterhin gilt es die Schwankungen der Elternschaftsrate zusammenhängend mit der Art der psychischen Erkrankung sowie dem Geschlecht des Elternteils zu beachten. Für diese Arbeit bedeutet das, dass ca. 70 % der Erkrankten mit affektivem Störungsbild Mütter (42 %) und Väter (28 %) von Kindern sind. Die durchschnittliche Rate der Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ergibt ca. 17 %. Somit gilt für jedes fünfte bis zehnte Kind die Beständigkeit einer psychischer Störung zu gegebener Zeit. Betrachtet man nun die Prävalenz von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil so entsteht die Annahme, dass deutschlandweit bei „konservativer Schätzung“ 500.000 Kinder einen depressiven Elternteil haben.⁵⁶

Die Ergebnisse der Risikoforschung nach Albert Lenz zeigen, dass das Aufwachsen von Kindern in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil auf unterschiedliche Art und Weise

⁵³ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.18

⁵⁴ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 18

⁵⁵ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 18

⁵⁶ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 19

geprägt wird und ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung des Kindes erkennbar ist. Verschiedene empirische Studien erbrachten nachweislich die Bestätigung für Zusammenhänge zwischen der elterlichen psychischen Erkrankung und den Entwicklungsstörungen der Kinder. Die Majorität der Studien ergab, dass sich, im Gegensatz zu einer Vergleichsgruppe, der Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung bei einem Kind mit einem erkrankten Elternteil um zwei bis drei erhöht.⁵⁷ In einer prospektiven Studie von Rutter und Quinton in den 1980er Jahren wurde über vier Jahre lang der Zusammenhang zwischen elterlicher Erkrankung und kindlicher Störungsentwicklung erforscht. Das Ergebnis der beiden Kinderpsychiater zeigte, dass ca. ein Drittel der Kinder weder emotional noch verhaltensauffällig war. Ein anderes Drittel wies nur vorübergehende psychische Beeinträchtigungen auf, während beim übrigen Drittel eine persistente Entwicklung psychischer Störungen zu beobachten war.⁵⁸ Diese Störungen galten vornehmlich der sozial-emotionalen und geringfügig der kognitive Ebene.⁵⁹ Den zentralen Risikofaktor für die Kinder bildet dabei weniger die psychische Erkrankung der Eltern selbst, familiär belastend sind eher die mit ihr verbundenen psychosozialen Belastungen.⁶⁰ Auch Lenz beschreibt die elterliche Störung als eine „belastende psychosoziale Entwicklungsbedingung“⁶¹.

2.2 Risikofaktoren für die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern

Die unter 2.1 beschriebene Erhöhung des kindlichen Erkrankungsrisikos bei elterlicher psychischer Störung fragt nach der Erforschung derer möglichen Ursachen. Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungen verwiesen auf die Einflussnahme verschiedener Faktoren. Die Bedeutung dieser sowie die Zusammenhänge ihrer Wirkungsweisen sollen im Folgenden geklärt werden.⁶²

2.2.1 Genetische Faktoren

Wie bereits festgestellt wurde, besteht im Verhältnis zur Gesamtpopulation eine erhöhte Entwicklungswahrscheinlichkeit für psychische Störungen bei leiblich elterlicher oder anderer verwandtschaftlicher Erkrankung. Dabei dienen Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien (Prüfung der Erblichkeit einer genetischen Disposition) sowie Linkage-Analysen (entsprechende Genermittlung) zur methodischen Untersuchung genetischer Zusammenhänge.⁶³ Adoptionsstudien bestätigen das prägendere Ausmaß biologischer Verwandtschaft hinblickend auf das

⁵⁷ vgl. Lenz 2005, S. 13

⁵⁸ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 20

⁵⁹ vgl. Lenz 2005, S. 13

⁶⁰ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 20

⁶¹ Lenz 2005, S. 13

⁶² vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2016, S. 14

⁶³ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 33

Störungsrisiko verglichen mit Adoptionsbeziehungen.⁶⁴ Bei Kindern, deren leibliche Eltern keine psychischen Erkrankung aufwiesen und im späteren Verlauf in Familien mit schizophrenem Adoptivelternteil aufwuchsen, konnte keine Erhöhung der Entwicklungsrate für Schizophrenie festgestellt werden.⁶⁵ Im Vergleich wurde bei doppelt so vielen Kindern erkrankter Eltern, welche allerdings bei gesunden Pflegeeltern aufwuchsen, die Diagnose einer psychischen Störung gestellt. Auch die 50 prozentige Rate der Konkordanz von Depressionen bei eineiigen Zwillingen fiel deutlich höher aus als die 10 bis 20 prozentige Übereinstimmungsrate bei zweieiigen Zwillingspaaren, was ebenso für eine genetische Risikokomponente spricht.⁶⁶

Eine internationale Längsschnittstudie untersuchte den Grund, warum einige Menschen im Hinblick auf belastende Lebensereignisse eher zur Entwicklung von Depressionen neigen als andere. Für diese Studie entscheidend war das Wissen über den Einfluss des Serotonin-Transporter-Gens auf die Verstoffwechselung von Serotonin im Gehirn, wobei ein Mangel des Hormons zur Entstehung von Depressionen entscheidend beitragen kann.⁶⁷ Durch die Forschung anhand verschiedener Merkmalsausprägungen des Serotonin-Transporter-Gens konnte belegt werden, dass „[...] verschiedene genetische Merkmale zu einer unterschiedlichen Vulnerabilität der Personen für Umweltbedingungen führen, dass also Konsequenzen belastender Lebensereignisse von der genetischen Ausstattung einer Person abhängen.“⁶⁸ Plass und Wiegand-Grefe verweisen den Ergebnissen zufolge auf eine Beteiligung von Gen- und Umweltfaktoren in unterschiedlicher Gewichtung bei der Entwicklung von psychischen Störungen. Dabei ist die genetische Komponente bei bipolaren von geringer und bei unipolar affektiven Erkrankungen von noch geringerer Relevanz. Zusammenfassend beschreiben die Autorinnen die ausschließliche Vererbung der Vulnerabilität sowie die Abhängigkeit der weiteren psychischen Entwicklung eines Individuums von den Umweltfaktoren – es erfolgt die Vererbung des Genotyps, nicht des Phänotyps.⁶⁹

2.2.2 Umweltfaktoren

Wie oben beschrieben bilden psychosoziale Faktoren neben den genetischen Faktoren ein weiteres Risiko für die gesunde Entwicklung eines Kindes mit psychisch krankem Elternteil. Diese umfassen somatische Krankheitsbelastungen von Kind oder Eltern, Konfliktsituationen zwischen den Eltern, eine Trennung der Familie, Belastungen sozioökonomischer Art sowie Erfahrungen von Gewalt und sexuellen Missbrauch. Ebenso zählen biologische Risikofaktoren wie

⁶⁴ vgl. Lenz 2005, S. 14

⁶⁵ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 33

⁶⁶ vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2016, S. 15

⁶⁷ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 33 f.

⁶⁸ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 34

⁶⁹ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 34 f.

Frühgeburtlichkeit und Alkohol- oder Nikotinkonsum während der Schwangerschaft zu möglichen belastenden Umweltfaktoren. Häufig treten diese in interaktiver Kombination auf und nicht isoliert. Die Vulnerabilität eines Kindes durch einen oder mehrerer der beschriebenen Faktoren steht in Abhängigkeit zu Alter und Geschlecht sowie der zeitlichen Beständigkeit und Form (sequentiell oder simultan) des Auftretens eines Risikofaktors. Kommt es zum assoziierten Auftreten mehrerer Faktoren, so erhöht sich das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung.⁷⁰ Nach Plass und Wiegand-Grefe werden Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil als Hochrisikofamilien eingestuft. Die Begründung dafür findet sich in der substantiellen Beeinträchtigung der erkrankten Eltern in ihrer familiären Bedeutung. Die Risikofaktoren innerhalb der Familie akkumulieren sich und die Interaktion derer Auswirkungen führt nicht nur zur Addition dieser, sondern zur gegenseitigen Beeinflussung und gleichsam Multiplikation.⁷¹ Den Autorinnen nach muss eine Unterscheidung der folgenden Faktoren bei der Betrachtung von psychosozialen Risikofaktoren von Kindern mit elterlicher psychischer Störung erfolgen:

Elterliche Risikofaktoren.

a) *Krankheitsbezogene Risikofaktoren:* Zu den krankheitsbezogenen Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung zählen die spezifische elterliche Diagnose, der Schweregrad der Erkrankung, die Stärke der Chronizität, das Auftreten von Komorbiditäten, die Rezidivhäufigkeit der Erkrankung sowie die subjektiv erlebte Belastung durch die elterliche Störung. Zu beachten ist, dass deren Einfluss gegenwärtig noch nicht als endgültig geklärt gilt. Einige Studien konnten jedoch unterschiedliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder anhand der spezifischen elterlichen Diagnosen feststellen.⁷² Die wissenschaftlichen Befunde vermerken das signifikant erhöhte Erkrankungsrisiko für Kinder von Eltern mit Störungen der Persönlichkeit, Suchterkrankungen und komorbiden Störungen. Bei auftreten der Komorbidität kommt es zur Verstärkung des sozialen Beeinträchtigungsgrades, der Erhöhung von Suizidalität und Hospitalisierungen sowie isolierendem Verhalten und Arbeitslosigkeit der Erkrankten. Hinzukommen Belege für die mit komorbiden Störungen einhergehende Erhöhung der kindlichen Belastung sowie einer gesteigerten DSM-III-Diagnosenanzahl bei Kindern.⁷³ Einigen Studien zufolge gilt, zumindest innerhalb bestimmter Diagnosegruppen der Eltern, je länger die elterliche Erkrankungsdauer, je häufiger das Auftreten der depressiven Episoden und je schwerer die Ausprägung der Störung, desto höher ist die Belastung und das Erkrankungsrisiko der Kinder. Weiterhin erfolgten Nachweise über die

⁷⁰ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.35

⁷¹ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.35

⁷² vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.37

⁷³ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 36

Assoziation einer Erhöhung des Auftretens von DSM-III-Diagnosen und einer charakteristisch verstärkten Minderung der Anpassungsfähigkeiten der Kinder mit schwereren und chronischeren Depressionen bei Müttern und Vätern. Eine andere Studie konnte Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von Problemverhalten und der Beeinträchtigung von kindlichen Kognitionen klären. Dabei zeigten Kinder mit einer schweren und chronisch depressiven Mutter eine eklatante Häufung problematischer Verhaltensweisen. Auch die Intensität des Einbezugs der Kinder in die elterliche psychische Störungssymptomatik zeigt deutliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Hier kommt es zu einer besonderen Gefährdung, wenn die Kinder aggressiven Ausbrüchen, feindseligen Verhaltensweisen, dem Wahnsystem oder einer anderen psychischen Semiologie ihrer Eltern ausgesetzt sind.⁷⁴

Als weiteres unspezifisches Merkmal beschreiben die Autorinnen das Erleben der subjektiven Belastung der Eltern, welches ebenso wesentliche Aufschlüsse zur seelischen Gesundheit der Kinder präsentiert. Eine erhöhte elterliche subjektive Beeinträchtigung führt wiederum zum verstärkten Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei den Kindern und somit zu einer schlechteren Lebensqualität. Mehrere Studien kamen gleichermaßen zu dem Ergebnis, dass sich verglichen mit allen unspezifischen Krankheitsfaktoren, die elterliche subjektive Belastung am einflussreichsten auf das psychische Wohlbefinden der Kinder auswirkt.⁷⁵

b) *Risikofaktor – Krankheitsverarbeitung*: Von weiterer hoher Relevanz für die kindliche Entwicklung, ist die elterliche Verarbeitung der Erkrankung. Mit Tabuisierungen und Verleugnungen im Umgang mit der eigenen Krankheit sind folgenschwere Risiken für die emotionale Gesundheit der Kinder assoziiert, womit auch aus kindlicher Erlebenssicht eine gute Nachvollziehbarkeit einhergeht.⁷⁶

c) *Risikofaktor – Bindungs- und Beziehungsstörungen*: Defizite in der elterlichen Interaktion (z. B. Mangel an Responsivität, Neigung zu passivem Verhalten, Begrenzung der Eloquenz, geringe emotionale Erreichbarkeit) können direkte Auswirkungen die Beziehung zu ihren Kindern begünstigen. Die Störungen der Fähigkeit zur Herstellung einer stabilen Bindung durch die Eltern konnten schon im Säuglingsalter beobachtet werden. Die Stabilität der Bindung beschreibt einen bedeutenden emotionalen Qualitätsaspekt in der Eltern-Kind-Beziehung. Sie bildet durch positive emotionale Zuwendung, sensiblen Umgang und bedingungsloser Akzeptanz die Grundlage für eine gesicherte Entwicklung des Kindes.⁷⁷ Auch zu späteren Zeitpunkten kann sich die psychische Erkrankung der Eltern belastend auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind auswirken. Die Autorinnen beschreiben vor allem bei depressiv

⁷⁴ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 36 f.

⁷⁵ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 37

⁷⁶ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2021, S. 37

⁷⁷ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 38

oder schizophren erkrankten Müttern eine Verstärkung negativer Äußerungen gegenüber den Kindern oder anderen Angehörigen der Familie, eine verminderte positive Reaktionsfähigkeit hinblickend der Aufmerksamkeitsbedürfnisse ihrer Kinder sowie eine Reduzierung des Affektivitätsausdrucks und Erhöhung des feindseligen Verhaltens, womit Spannungen und Streitigkeiten innerhalb der Familie einhergehen.⁷⁸ Darüber hinaus kommt es in Partnerschaften mit einem psychisch erkrankten Partner zu einer auffälligen Häufung von schwer verlaufenden Konflikten. Durch die deutlich geminderte Zufriedenheit in der Partnerschaft, zeigt sich eine ebenso erhöhte Trennungs- und Scheidungsrate bei betroffenen Paaren. Bereits nachgewiesene Befunde geben Auskunft über die Belastung des Kindes durch die Chronizität von Eheproblemen sowie die häufig damit einhergehende Konstellation alleinerziehender Elternteile, was somit weitere Risikofaktoren für die Entwicklung darstellt. Bei Einbezug der Kinder in die ehelichen Probleme, kann es folglich zu Loyalitätskonflikten innerhalb und außerhalb der Familie kommen. Für die Kinder entsteht eine Unentslossenheit zwischen einerseits Loyalitäts- und Verantwortungsgefühlen und Distanzierungs- und Schamempfinden gegenüber den erkrankten Eltern andererseits.⁷⁹ Zusammenfassend bilden also die verminderte emotionale Verfügbarkeit, die Labilität der Psyche von erkrankten Eltern, Misshandlungserfahrungen durch die Eltern, konflikthafte elterliche Beziehungen, Trennung sowie Scheidung und alleinerziehende Elternteile signifikante Bindungs- und Beziehungsrisikofaktoren der Eltern.

- d) *Elterliche Erziehungskompetenz als Risikofaktor:* Nach Plass und Wiegand-Grefe beschreibt die Erziehungskompetenz „[...] die Herstellung einer optimalen Passung zwischen den altersgemäßen Bedürfnissen des Kindes einerseits und der Gestaltung der Umwelt des Kindes andererseits.“⁸⁰ Dabei erläutern die Autorinnen die Beziehungs-, Kommunikations-, Grenzsetzungs-, Förder-, Vorbild- sowie die Alltagsmanagementfähigkeit als Bestandteile dieser Kompetenz. Besonders in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil erweist sich die Erziehungskompetenz häufig als unzureichend, wodurch ein familiäres Bedingungs-extrem und somit ein wesentliches kindliches Entwicklungsrisiko gegeben ist. Ein permissiver Erziehungsstil bei psychisch kranken Eltern (mangelnde Durchsetzungsfähigkeit und Kontingenz, erzieherische Unsicherheit, Desorganisation etc.) kennzeichnet oft einen solchen Kompetenzmangel. Einige Forschungen verweisen auf die Entstehung externalisierender Verhaltensauffälligkeiten durch Problematiken im erzieherischen Verhalten. Somit bilden sowohl die Beziehungskompetenz einschließlich des Erziehungsstils als auch die Beziehung

⁷⁸ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 38

⁷⁹ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.39

⁸⁰ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 39

zwischen Eltern und Kind bedeutsame Komponenten für eine positive kindliche Entwicklung.⁸¹ Die Autorinnen verweisen anschließend auf die Überlegenheit des autoritativen gegenüber des permissiven Erziehungsstils. Im Vergleich zu unzureichender elterlicher Wärme und Sensitivität werden der Entwicklung des Kindes durch klare Strukturen, Regeln und Konsequenzen sowie einer hohen elterlichen Wertschätzung positive Auswirkungen zugeschrieben.⁸² Umfassend wird die Erziehungskompetenz der Eltern auch durch Fehlanpassungen ihres Verhaltens bestimmt. Die mangelnde Fähigkeit einer angemessenen und flexiblen Reaktion und Befriedigung der kindlichen Bedürfnisse wurde in diversen Forschungen gehäufiger bei psychisch gestörten Müttern und Vätern beobachtet als bei unbetroffenen Elternteilen. Solch fehlangepasste Verhaltensmuster seitens der Eltern bilden wiederum ein signifikantes Risiko für die psychische Störungsentwicklung während der Adoleszenz. Die Studien zeigten, dass die Majorität der Jugendlichen, welche dem fehlangepassten Verhalten ihrer Eltern ausgesetzt waren, im späteren Leben psychisch erkrankten. Zugleich zeigten Kinder psychisch kranker Eltern, welche keine fehlangepassten Verhaltensmuster vorwiesen, keine Risikoerhöhung für psychische Erkrankungen.⁸³ Grundlegend wird die Erziehungskompetenz der Eltern durch ein vermindertes Einfühlungsvermögen gegenüber ihren Kindern, das Fehlen von Erziehungssicherheit, einen ungünstigen Erziehungsstil, mangelnde Durchsetzungs- und Abgrenzungsfähigkeit und fehlangepasstes elterliches Verhalten beeinträchtigt, was sich negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken kann.⁸⁴

Familiäre Risikofaktoren.

Zu den Risikofaktoren der Familie zählt unter anderem die bereits unter 2.1 erwähnte transgenerationale Weitergabe psychischer Störungen. In zahlreichen Familiengeschichten können Hinweise auf eine Weitergabe psychischer Erkrankungen, mehrere Generationen betreffend, durch das Zusammenspiel genetischer und psychosozialer Faktoren gefunden werden. Dabei stellt vor allem die psychische Erkrankung beider Elternteile ein besonders hohes Risiko für die psychische Auffälligkeitsentwicklung der Kinder dar. Neben diesem familiären Risikofaktor wirkt sich eine unangemessene Krankheitsverarbeitung der Familie durch Tabuisierungen und Verbote ebenso negativ auf die kindliche Entwicklung aus. Durch Intuition oder direkte Aufforderung seitens der Eltern vermeiden Kinder das Sprechen über die Erkrankung ihrer Eltern und deren Auswirkungen. Die Krankheit wird weitgehend verheimlicht, was zur starken emotionalen Beeinflussung

⁸¹ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 39 f.

⁸² vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 40

⁸³ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 40

⁸⁴ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 41

des Familienklimas und Verunsicherungen und Ängsten der Heranwachsenden führt.⁸⁵ Unstabile Beziehungen und Interaktionen zwischen Eltern und Kindern, Kommunikationsmangel, Konflikte sowie das allgemeine Fehlen des Zusammenhalts innerhalb der Familie beschreiben signifikante Beeinträchtigungen der Dynamik und Beziehungsgestaltung einer Familie mit psychisch erkrankten Eltern. Aufgrund dessen beschleichen die Kinder Gefühle von Scham und Schuld, die eigene Familie zu verraten, wodurch sich oft eine Unwissenheit im Umgang ihrer Probleme ergibt.⁸⁶ Innerhalb der ersten beiden Lebensjahre eines Kindes psychisch kranker Eltern kann es außerdem zu einer Erhöhung des Risikos zur Eigenentwicklung einer psychischen Erkrankung durch Geschwistergeburten kommen.⁸⁷

Kindliche Risikofaktoren.

Nach Plass und Wiegand-Grefe erfolgt eine Unterteilung der Risikofaktoren der Kinder in eltern- und kindbezogene Faktoren. Diese können nicht immer deutlich trennbar voneinander unterschieden werden, was an der Entwicklung der kindbezogenen Risikofaktoren aus dem Kontext der elterlichen Risikofaktoren hervorgeht.⁸⁸ Die Klärung der Risikofaktoren der Eltern erfolgte bereits unter dem Punkt *Elterliche Risikofaktoren*. Noch einmal zusammenfassend betrachtet, ist hier die Art, Dauer, der Schweregrad sowie die subjektive Belastung für die unterschiedliche Einflussnahme auf die kindliche Entwicklung verantwortlich. Weiterhin gilt das Auslassen oder die nicht alters- und entwicklungsgerechte Aufklärung über die Erkrankung des Elternteils als bedeutsamer Risikofaktor. Da der Grad der Aufklärung des Kindes gleichermaßen als kindbezogener Faktor gilt, wird hier Trennschärfe deutlich.⁸⁹ Bezüglich der kindlichen Entwicklung gelten Komplikationen der Prä- und Perinatalen als bedeutsame Risikofaktoren. Häufige und länger andauernde Erlebnisse einer Trennung von der Bezugsperson (z. B. durch stationäre Behandlung) im frühkindlichen Alter tragen ebenso zu einer Risikoerhöhung für die kindliche Entwicklung psychischer Auffälligkeiten bei. Auch das Alter und Geschlecht des Kindes bilden wesentliche Moderationsfaktoren für dessen Entstehung psychischer Störungen. So beschreiben die Autorinnen eine Erstmanifestation der elterlichen psychischen Erkrankung im frühkindlichen Alter als besonders gravierenden Risikofaktor. Schon bei Geburt des Kindes kann es, durch den bereits erkrankten Elternteil, zum Ausbleiben einer schützenden Atmosphäre und somit zum Fehlen der Grundlage einer frühen gelungenen Beziehung zwischen Eltern und Kind kommen. Betrachtet man die Auswirkungen bezüglich des Geschlechts, so weisen Jungen eher eine Neigung zu

⁸⁵ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 41

⁸⁶ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 41 f.

⁸⁷ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 42

⁸⁸ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 42

⁸⁹ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 42 f.

Externalisierungsproblemen im Kindesalter auf, indessen Mädchen zu Störungen der Internalisierung während der Pubertät neigen.⁹⁰ Auch Faktoren des Temperaments eines Kindes können das Erkrankungsrisiko unterschiedlich bedingen. Für ein „schwieriges Temperament“⁹¹ mit ausbleibender positiver Resonanz des sozialen Umfelds gilt demnach ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen als für Kinder mit leichtem Temperament. Plass und Wiegand-Grefe beschreiben am Beispiel alkoholabhängiger Eltern die Interaktion der Risikofaktoren miteinander und deren gegenseitiges Bedingen. Durch vermehrtes Schreien und Weinen etc. können alkoholabhängige Eltern häufig nicht mit angemessenem Verständnis und entsprechender Einfühlsamkeit auf das schwierige Temperament ihrer Kinder reagieren. Stattdessen beantworten sie die kindlichen Bedürfnisse mit Gereiztheit, Abweisungen oder sogar mit Misshandlungen verbaler sowie körperlicher Art.⁹² Weiterhin werden auch eine Verminderung der Intelligenz, Leistungsfähigkeit und des Verantwortungsbewusstseins, geringe Sozialkompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten sowie ein gehemmtes Selbstwertgefühl als kindbezogene Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung beschrieben. Auch emotional instabile, antisoziale, passive und zurückziehende Verhaltensweisen sowie Sozialängste erhöhen das Störungsrisiko seitens der Kinder. Dabei sind Kinder psychisch erkrankter Eltern einem zwei- bis fünffach höheren Vernachlässigungs-, körperlichen und seelischen Misshandlungs- sowie sexuellen Missbrauchsrisiko ausgesetzt. Eine besondere Belastung wird hier erneut Kindern aus alkoholbelasteten Familien zugeschrieben. Die Täterrollen übernehmen dabei nicht fortwährend die erkrankten Eltern. Aufgrund der Einschränkung des Verhaltens von Erziehung und Betreuung, kommt es zu emotionaler Vernachlässigung sowie vermindertem kindlichen Schutz durch die Eltern.⁹³

Allgemeine psychosoziale Risikofaktoren.

Nach den Autorinnen stellt die psychische Erkrankung der Eltern „[...] ein Kernmerkmal dar, durch das das Entwicklungsumfeld eines Kindes entscheidend beeinträchtigt wird und das mit vielen anderen psychosozialen Belastungsfaktoren korreliert.“⁹⁴ Sozioökonomische Aspekte wie Armut und unzureichende Wohnverhältnisse erhöhen für Kinder psychisch kranker Eltern das eigene Erkrankungsrisiko enorm. Auch Arbeitslosigkeit, damit einhergehende finanzielle Schwierigkeiten und ein niedriger Status in der Sozioökonomie sind in betroffenen Familien häufiger beobachtbar (wissenschaftliche Einschätzung von mindestens ein Drittel der Familien als arm).

⁹⁰ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.43

⁹¹ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 43

⁹² vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.43

⁹³ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 43

⁹⁴ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.44

Aspekte der Soziokultur spielen ebenso eine wichtige Rolle für die kindliche Entwicklung psychischer Erkrankungen. Nicht selten kommt es zu Diskriminierung und Ausgrenzung der Familien aufgrund der elterlichen Erkrankung, was wiederum zu sozialer Randständigkeit bis hin zur Isolation führen kann. Folglich ist auch ein Mangel oder Fehlen sozialer Unterstützungssysteme betroffener Familien erkennbar. Für die Kinder bedeutet dies eine Verringerung des realen und gefühlsmäßigen Zugangs zu außenstehenden Bezugspersonen, wodurch eine mögliche Kompensation von Beziehungswahrnehmungen ausbleibt. Ergebnisberichte von Studien zeigen, dass zwei Drittel der Familien mit elterlicher psychischer Störung nur wenig bis mäßige Unterstützung erfahren.⁹⁵ Weiterhin lässt sich auf Zusammenhänge zwischen einem niedrigen elterlichen Ausbildungs- oder Berufsstand und Armut sowie kultureller Diskriminierung schließen. Zusammenfassend bilden all die genannten Aspekte wesentliche psychosoziale Faktoren, welche zur Erhöhung des kindlichen Entwicklungsrisikos psychischer Auffälligkeiten beitragen.⁹⁶

2.3 Subjektive Belastungen von Kindern mit psychisch krankem Elternteil

Die subjektive Betrachtung von Auswirkungen der unter 2.2 beschriebenen Belastungsfaktoren auf Kinder psychisch kranker Eltern gibt Auskunft über die Individualität ihres Erlebens, ihrer Gefühle sowie ihrer Bewältigungsstrategien alltäglicher Anforderungen. Bisher wurden die Erkenntnisse der subjektiven Sichtweise grundlegend aus der Retroperspektive junger Erwachsener und nur in wenigen wissenschaftlichen Befunden erfasst. Jedoch gilt die Betrachtung subjektiver Belastungen durch die Eröffnung eines Zugangs zu den familiären Weitergabemechanismen psychischer Erkrankungen, als bedeutsame Grundlage für eine optimale und an die Bedürfnisse der betroffenen Kinder angepasste Entwicklung und Realisierung von Präventions-, Therapie-, Hilfe- sowie Unterstützungsmöglichkeiten.⁹⁷

Durch die Auswertung verschiedener Werke lassen sich Desorientierung, Tabuisierung, Isolierung sowie Schuldgefühle als wesentliche Bereiche der subjektiven kindlichen Belastungen zusammenfassen:

2.3.1 Desorientierung

Kinder beobachten ihre Eltern sehr genau und sind für kleinste Veränderungen im elterlichen Verhalten äußerst sensibilisiert. Sie bemerken unmissverständlich die beispielsweise wachsende Unruhe und Ungeduld, häufiges Weinen sowie vermehrten Schlaf und Rückzug des erkrankten Elternteils. Der Versuch der älteren Kinder besteht oft in der Vermeidung aufregender Konfliktsituationen innerhalb der Familie. Sie agieren ruhig und mit Bedacht, um möglicher elterlicher

⁹⁵ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.44

⁹⁶ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.45

⁹⁷ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S.21 ff.

Aufregung aus dem Weg zu gehen, ziehen sich sozial zurück, um die Eltern zu unterstützen. Hin-gegen äußern jüngere Kinder ihre Überlastung durch aggressives und abwehrendes Verhalten. Weiterhin suchen die Kinder nach Gründen für die veränderten Verhaltensweisen ihrer Eltern. Sind die Kinder über die elterliche Erkrankung ausreichend aufgeklärt, fällt ihnen die Zuordnung von Verhaltensänderungen zur psychischen Krankheit des betroffenen Elternteils wesentlich leichter. Kindliches Unwissen über die elterliche Störung äußert sich dagegen durch Sorgen sowie Gefühle von Angst, welche sich häufig zu Enttäuschung, Niedergeschlagenheit und Zorn gegenüber den Eltern entwickeln.⁹⁸ So bestätigen auch die Autoren Mattejat und Remschmidt, dass das Fehlen einer korrekten Einschätzung und des Verständnisses für die elterlichen Schwierigkeiten zu kindlicher Verängstigung und Verwirrung führt.⁹⁹

2.3.2 Schuldgefühle

Aus der ebenda beschriebenen Unwissenheit von Kindern über die elterliche Erkrankung resultieren oftmals Gefühle von Schuld. Die Kinder spekulieren über die möglichen Ursachen der Erkrankung und beziehen die Überforderung der Eltern auf sich.¹⁰⁰ Sie fühlen sich durch Gedanken wie „Mama ist krank/durcheinander/traurig, weil ich böse war/weil ich mich nicht genug um sie gekümmert habe“¹⁰¹ schuldig und verantwortlich für die psychische Gesundheit der Eltern.

In der Adoleszenz wird die Entstehung von Schuldgefühlen häufig mit Ablösungs- und Distanzierungsversuchen verknüpft. Dabei gilt die elterliche Erkrankung als ganzheitliches familiäres Defizit, was folglich bis hin zu offensiver ablehnender Aggressivität seitens der Kinder führen kann. In der Norm wandeln sich solche Verhaltensweisen schnell zu Reue und Schuldgefühlen gegenüber der erkrankten Eltern.¹⁰²

2.3.3 Tabuisierung, Kommunikationsverbot und Isolierung

Nach den Autoren Mattejat und Remschmidt lösen betroffene Eltern häufig ein Gefühl von Verschwiegenheit bei ihren Kindern aus. Die Kinder haben das Empfinden mit keinem über die elterliche Erkrankung kommunizieren zu dürfen oder ihre Eltern denunzieren falls sie ihre Probleme nach außen tragen.¹⁰³ Weiterhin beschreiben Plass und Wiegand-Grefe den bestehenden Schutzinstinkt der Eltern gegenüber ihrer Kinder, indem sie eine offene Kommunikation mit diesen, vor allem mit ihren jüngeren Kindern, über die psychische Störung des betroffenen Elternteils vermeiden. Die Kinder nehmen die elterlichen Verhaltensveränderungen dennoch genau

⁹⁸ vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2016, S. 22-23

⁹⁹ vgl. Mattejat/ Remschmidt 2008, S. 416

¹⁰⁰ vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2016, S. 24

¹⁰¹ Mattejat/ Remschmidt 2008, S. 416

¹⁰² vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe 2016, S. 24

¹⁰³ vgl. Mattejat/ Remschmidt 2008, S. 416

wahr, was enorme Verwirrung bei diesen auslösen kann. Nach den Autorinnen wird die Tabuisierung der psychischen Erkrankung nach vier Arten unterschieden:

- a) Grundlegendes Verschweigen der Erkrankung (z. B. dem Kind wird vermittelt, der erkrankte Elternteil befinde sich auf beruflicher Fortbildung statt in stationärer Behandlung)
- b) Das Kind wird allgemein über Erkrankung informiert, allerdings nicht über den wahrscheinlichen oder möglichen Krankheitsverlauf.
- c) Dem Kind wird der erforderliche Erhalt bestimmter Behandlungen des betroffenen Elternteils verschwiegen.
- d) Emotionen werden voreinander verleugnet oder versteckt.¹⁰⁴

Das Tabuisieren der psychischen Erkrankung eines Elternteils ist nach den Autorinnen vielseitig begründbar, wobei die beidseitige Schonung und Berücksichtigung, die eigene elterliche Ablehnung der Erkrankung, Gefühle von Scham und Schuld sowie die Stigmatisierungsangst wesentliche Gründe aufzeigen. Auch die Angst vor der Infragestellung der Erziehungsfähigkeit sowie der Aberkennung des Sorgerechts führt zur enormen Strapazierung der Eltern. Die Autorinnen differenzieren zusammenfassend zwischen den Familientypen des offenen Gesprächsstils und des offen-vermeidenden Gesprächsstils. Während beim ersten Typus die kindliche Integration in die Erkrankungsgeschehnisse der Familie, das Anvertrauen außenstehender Personen sowie der Erhalt sozialer Unterstützung erfolgt, bleibt den Kindern des zweiten Typus, durch die Vermeidung offener familiärer Gespräche, die soziale Unterstützung familienexterner Bezugspersonen verwehrt. Folglich kommt es häufig zu familiärer und kindlicher Isolation. Für die Kinder entsteht ein Unwissen darüber, mit wem sie über die Problematik sprechen können und ein Gefühl von Einsamkeit.¹⁰⁵ Die Tabuisierung der psychischen Störung eines Elternteils „[...] verhindert eine offene Auseinandersetzung mit der psychischen Erkrankung und damit eine durch Aufklärung mögliche Ressourcenmobilisierung bei den Kindern.“¹⁰⁶

2.4 Psychologische Überlebensstrategien betroffener Kinder

Manfred Pretis und Aleksandra Dimova stellen in ihrem Werk vier Bewältigungsrollen von Kindern suchterkrankter Eltern nach Helmut Kolitzus vor. Bezüglich Kinder depressiv erkrankter Eltern, lassen sich vergleichbare Rollen finden.

- a) *Der Held*: Es besteht der kindliche Versuch den erkrankten Elternteil als Partner für den gesunden Elternteil, Mutter oder Vater zu ersetzen. Das Kind bewältigt seinen

¹⁰⁴ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, 25 f.

¹⁰⁵ vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 25 f.

¹⁰⁶ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 25

Schulalltag, übernimmt das Einkaufen und Kochen und bietet dem betroffenen Eltern emotionale Unterstützung an. Weiterhin übernehmen ältere Kinder häufig die Verantwortung und das Aufpassen ihrer jüngeren Geschwister.

- b) *Der Sündenbock*: Das Kind versucht die elterlichen Verhaltensauffälligkeiten zu übertreffen und die Aufmerksamkeit auf sich zu beziehen. Verglichen mit einem stehlenden oder drogensüchtigen Kind, ist eine an Schizophrenie erkrankte Mutter „[...] nur noch halb so schlimm.“¹⁰⁷
- c) *Das verlorene Kind*: Die Rolle des verlorenen Kindes ist gekennzeichnet durch den emotionalen Rückzug vor der Familie sowie unauffälliges und scheues Verhalten. Das Kind wird vernachlässigt, und entzieht sich mit seinen Gedanken in Träume einer glücklichen Familie, Reisen etc.
- d) *Das Maskottchen*: Das Kind entwickelt sich zum Baby, welches Schutz benötigt und versucht durch Niedlichkeit, Freundlichkeit und Komik Probleme zu bedecken. Diese Rolle ist häufiger bei selbst noch jugendlichen Eltern beobachtbar, wodurch die Gefahr einer Vernachlässigung und unzureichenden Befriedigung der realen Bedürfnisse des Kindes einhergeht.¹⁰⁸

Einige Kinder wachsen dennoch zu seelisch gesunden Erwachsenen heran. Nach Pretis und Dimova kann eine solche Entwicklung durch frühzeitige Unterstützung gefördert werden. Es gilt jedoch zu beachten, dass vor allem hinblickend der Heldenrolle und der Rolle des verlorenen Kindes das kindliche Verhalten als Stärke fehlinterpretiert werden kann und so Belastungen übersehen werden könnten. An dieser Stelle zitieren die Autoren*innen Katja Beeck, welche über die Verknüpfung von Unverletzbarkeit und Stressresistenz mit dieser Kindergruppe in Studien zur Resilienz informiert. Aus ihrer Sicht ist eine gänzlich wohlbehaltende kindliche Entwicklung unter solchen Belastungsumständen nicht möglich. Sie verweist vielmehr auf die unterschiedliche Verfügbarkeit der individuellen Ressourcen eines Kindes und die daraus resultierenden vielfältigen Bewältigungsstrategien.¹⁰⁹ Weiterhin konnten die Autoren*innen anhand einer Studie vier Gruppierungen von Kindern affektiv gestörter Eltern herausarbeiten. Dabei wird zwischen „indifferenten“ (17,97 %), „aktiv-einfühlsamen“ emotional über-involvierten“ (8,78 %) und „vermeidenden“ (28,98 %) Kindern differenziert. Während die Gruppe der indifferenten Kindern die elterliche Stimmungsänderung als kaum wahrnehmbar beschrieb, versuchten Kinder der zweiten Gruppe ihre Eltern aktiv seelisch zu unterstützen. Emotional überinvolvierte Kinder hingegen kompensierten die Stimmungsschwankungen ihrer Eltern mit Ängsten, Wut

¹⁰⁷ Pretis/ Dimova 2019, S. 66

¹⁰⁸ vgl. Pretis/ Dimova 2019, S. 66

¹⁰⁹ vgl. Pretis/ Dimova 2019, S. 67 f.

und Schuldzuweisungen. Vergleichsweise sind vermeidende Kinder durch ihre Verbalisierungs- und Handlungsunfähigkeit bezüglich ihrer Emotionen und Bedürfnisse gegenüber ihren Eltern gekennzeichnet.¹¹⁰ Entsprechend den Autoren*innen sollte eine voreilige Pathologisierung und Parentifizierung eines genuinen kindlichen Einfühlungsvermögens sowie Hilfebedürfnisses vermieden werden. Eher sollte, vorrangig als Fachkraft, darauf geachtet werden inwieweit das selbstständige Verhalten des Kindes tragbar und inwiefern das Kind einem Überlastungsrisiko ausgesetzt ist. Hierbei sollte vor allem den vermeidenden und emotional-überinvolvierten Kindern besondere Aufmerksamkeit zugeschrieben werden, da von diesen beiden Gruppen die höchste Verletzlichkeit (depressive und externalisierende Symptomatik) ausgeht.¹¹¹

2.5 Kindliche Resilienzfaktoren

Nach den Autorinnen Plass und Wiegand-Grefe gilt die Veränderung der erschwerenden Umstände der Entwicklung von Kindern mit elterlicher psychischer Erkrankung als äußerst problematisch. Aus diesem Grund richtet sich die Aufmerksamkeit der Resilienzforschung auf die Reduktion der Auswirkungen risikobehafteter Faktoren und die Stärkung der kindlichen Resilienz. Demnach wird nach Gründen für die unterschiedliche Entwicklung risikobelasteter Kinder geforscht, wobei die Resilienz die Diskrepanz zur Vulnerabilität bildet. Kindern mit ausgeprägter Resilienz wird somit eine langwierige Entwicklung seelischen Wohlbefindens vorausgedeutet.¹¹² In diesem Zusammenhang formulieren die Autorinnen eine kindbezogene Resilienz Definition nach Wustmann: „Resilienz bezeichnet eine psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Resilienten Kindern gelingt eine funktionale Anpassung an widrige und oftmals traumatische Lebensumstände in einer Weise, die langfristig ein kompensiertes, gesundes Funktionsniveau ermöglicht.“¹¹³ Dabei darf die Resilienz nicht als Persönlichkeits-eigenschaft eines Individuums betrachtet werden. Vielmehr entsteht Resilienz aus dem Zusammenspiel verschiedener adaptiver Systeme wie persönliche Kompetenzen, familiäre Systeme, Ressourcen des sozialen Umfelds, Gesellschafts- und Kulturfaktoren. Zwischen dem Kind und seiner Umwelt kommt es zu einem bidirektionalen Austausch von Dynamik und Transaktionen. Das Kind wirkt durch aktive Auswahl und Gestaltung auf seine Umwelt, welche umgekehrt Einfluss auf das Kind nimmt. Weiterhin gilt die Resilienz als eine instabile und sich verändernde Variable, welche in Abhängigkeit zu Lebensabschnitt, Eigenschaften und kulturellen Rahmenbedingungen des Kindes steht. Plass und Wiegand-Grefe beschreiben die Möglichkeit einer Abmilderung bis gänzlichen Ausschaltung der Folgen eines

¹¹⁰ vgl. Pretis/ Dimova 2019, S. 68

¹¹¹ vgl. Pretis/ Dimova 2019, S. 68 f.

¹¹² vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 69

¹¹³ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 71

Risikofaktors durch das Vorhandensein eines Schutzfaktors. Ist dieser allerdings nicht gegeben, wirkt sich der Risikofaktor ungehemmt auf das Kind aus. Bei dieser Betrachtungsweise muss auf die theoretische und schematische Differenzierung der schützenden und belastenden Faktoren geachtet werden. Demnach bildet ein Schutzfaktor kein Pendant zu einem Risikofaktor, sondern wird als „Puffer“ angesehen, dessen Wirkung in Abhängigkeit ausschließlich zum Vorkommen eines Risikofaktors steht. Zusammenfassend äußern die Autorinnen, dass Resilienzfaktoren das psychische Erkrankungsrisiko deutlich verringern und die kindliche psychosoziale Anpassung sowie psychische Gesundheit unterstützen.¹¹⁴

Im Folgenden werden die Resilienzfaktoren nach Plass und Wiegand-Grefe, der Übersichtlichkeit halber, tabellarisch zusammengefasst dargestellt. Diese können in bestimmten risikobelasteten Konstellationen eine spezifische Wirksamkeit zeigen und gelten als „[...] wertvolle Ansatzpunkte für präventive und therapeutische Interventionen“¹¹⁵ in Familien mit psychisch kranken Eltern.

Tab. 2 Allgemeine Faktoren der Resilienz

| Personelle Ressourcen | |
|--------------------------------|---|
| Einfaches Temperament | <ul style="list-style-type: none"> • robust, aktiv, kontaktfreudig • mehr Unterstützung und weniger Kritik, Reizbarkeit und Feindseligkeiten • gleichmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus • geringe Irritierbarkeit • gute Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Personen und Veränderungen • positive Stimmungslage |
| Soziale Kompetenzen | <ul style="list-style-type: none"> • gute Kommunikationsfähigkeit • mehr Einfühlungsvermögen und emotionaler Ausdruck • effektivere Problemlösefertigkeiten |
| Positives Selbstkonzept | <ul style="list-style-type: none"> • internale Kontrollüberzeugung (Überzeugung eines Individuums der Zurückführung von Ereignis auf eigenes Verhalten) • starkes Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl • hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung • ausgeprägter Optimismus (grundlegend positive Erwartungshaltung unabhängig von Einschätzung eigener Fähigkeiten) |
| Biologische Kompetenzen | <ul style="list-style-type: none"> • Erstgeborenes • genetische, endokrine, neurobiologische Faktoren als Stärkung der Impulskontrolle, Handlungsplanung und Emotionsregulation bei Stressregulation |
| Weitere Kompetenzen | <ul style="list-style-type: none"> • stärkere Leistungsorientierung • Verantwortungsbewusstsein |

¹¹⁴ vgl. Plass/Wiegand-Grefe 2012, S. 71 f.

¹¹⁵ Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 79

| | <ul style="list-style-type: none"> • aktives Bewältigungsverhalten |
|--|--|
| Soziale Ressourcen | |
| Bindung | <ul style="list-style-type: none"> • stabile, sichere, emotional warmherzige Bindung zu einer Bezugsperson/ Elternteil • ausreichend positive emotionale Zuwendung, feinfühligem Umgang und Akzeptanz |
| Elterliche Paarbeziehung | <ul style="list-style-type: none"> • gute Paarbeziehung → Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit • gute familiäre Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten • keine längeren Trennungen im Kleinkindalter • keine Geschwistergeburten innerhalb der ersten zwei Lebensjahre |
| Soziales Netzwerk | <ul style="list-style-type: none"> • gut ausgebautes und funktionierendes soziales Umfeld • Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung (z. B. durch Familienmitglieder, Verwandte, Freunde, Lehrer etc.) • Integration in ein soziales System → Zugehörigkeit, Geborgenheit, soziale Einbindung |
| Quelle: vgl. Plass/ Wiegand-Grefe 2012, S. 72-77 | |

3 Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz

3.1 Definition Kindeswohlgefährdung

Eine eindeutige und allgemein gültige Definition des Begriffs „Kindeswohlgefährdung“ gibt es bisher nicht. Allerdings lassen sich zahlreiche Deutungsversuche des Begriffs in der Literatur finden. Friederike Alle greift in ihrem Werk einige davon auf. Sie beschreibt „Kindeswohl“ als einen individuell und anhand verschiedener Indizien bewertbaren sowie undifferenzierten Rechtsbegriff. Demnach kann eine Deutung des Kindeswohls nur unter Berücksichtigung wesentlicher Aspekte erfolgen. Nach Alle setzen sich diese aus der familiären kindgerechten Beachtung, Ermöglichung und Erfüllung der Bedürfnisse eines Kindes (z. B. angemessene Versorgung, Geborgenheit, Liebe, Unversehrtheit, konstante Beziehungen, sichere Bindung, soziale Kontakte, Schulbesuche etc.), der kindlichen Entwicklungsförderung einer autonomen und bindungsfähigen Persönlichkeit durch die Erziehung sowie der Einhaltung der Kindesrechte nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und der UN-Kinderrechtskonvention zusammen.¹¹⁶ Das „Wohl des Kindes“ unterliegt der Einteilung nach §1666 BGB in körperliches, geistiges und seelisches Wohl und erfasst auch die unterschiedlichen Misshandlungsformen (körperlich, seelisch, sexuell), Vernachlässigung sowie das Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Diesen Gefährdungen des kindlichen Wohls *müssen* zusätzlich der Unwillen und die Unfähigkeit der Gefahrabwendung durch die Eltern zuordenbar sein. In einer solchen Situation gilt das Ergreifen von Maßnahmen zur kindlichen Gefahrabwendung als zentrale Aufgabe des Familiengerichts.¹¹⁷ Hier verweist Alle auf die Definitionsformulierung einer Kindeswohlgefährdung sinngemäß §1666 BGB vor Juli 2008. Nach dieser kann das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung bei akuter oder wenigstens nah-drohender Entwicklungsgefahr, welche mit großer Wahrscheinlichkeit bei Fortbestehen zu einer enormen körperlichen, seelischen oder geistigen Wohlschädigung des Kindes führt, bestätigt werden. Die Autorin beschreibt die genannte Betrachtungsweise als hilfreiche und notwendige Komponente zur Erstellung einer Risikoabschätzung oder Stellungnahme von Kindeswohlgefährdungen. In einem solchen Bericht an das Familiengericht muss die genaue Art der Gefahr sowie ihre schädlichen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und Zukunft konkretisiert werden.¹¹⁸ Weiterhin verweist Alle auf die Definition nach Ziegenhain: „Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung lässt sich also als Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses beschreiben und als eine komplexe Wechselwirkung von Faktoren bei dem Kind, den Eltern und dem familiären Kontext. Misshandlung und Vernachlässigung ist eine extreme Manifestation elterlicher Probleme.

¹¹⁶ vgl. Alle 2017, S. 13

¹¹⁷ vgl. Alle 2017, S. 13 f.

¹¹⁸ vgl. Alle 2017, S. 14

Misshandlung und Vernachlässigung zeigt sich in der Entgleisung und im Versagen adäquaten elterlichen Verhaltens.¹¹⁹

3.2 Kindesmisshandlung – Formen und ihre Folgen

Wie ebenda beschrieben, werden Vernachlässigung, psychische, körperliche und sexuelle Misshandlung sowie das Münchhausen-by-proxy-Syndrom als wesentliche Formen der Kindesmisshandlung beschrieben. Trotz einzelner Formklassifikationen treten diese häufig in Kombination auf. Durch solche multidimensionalen Auswirkungen kommt es folglich zu vielfältigen Traumatisierungs- und Schädigungsausprägungen. Hier gilt es dem Ausmaß der Misshandlung, dem Kindesalter sowie dem Kindesalter bei Beginn der Misshandlung, der Misshandlungsdauer sowie -häufigkeit besondere Beachtung zu widmen.¹²⁰ In der gesellschaftlichen Entwicklung zentrierte sich die Kinderschutzarbeit zunächst auf die körperliche Misshandlung sowie Verwahrlosung. Im Verlauf der 1980er Jahre wurde, durch die von feministischen Erklärungsansätzen geleitete Frauenbewegung, auch die sexuelle Misshandlung fokussiert. Vor allem in den vergangenen Jahren wurde die frühkindliche Vernachlässigung verstärkt thematisiert und in den Medien aufgegriffen. Es resultierte eine bestehende Diskussion über Rechtsgrundlagen, Schutzarbeit und Prävention betreffend des Kindeswohls.¹²¹

- a) **Vernachlässigung:** Literarisch gilt Vernachlässigung als am häufigsten vorkommende Misshandlungsform mit vielfältigen Ausprägungen. Gegenwärtig gibt es noch keine ausreichende und differenzierte Merkmalsbetrachtung zur eindeutigen Definition von Vernachlässigung. Demnach beschreibt Alle Vernachlässigung als unzureichende Befriedigung der kindlichen Grundbedürfnisse wie Nahrung, Schlaf, Körperkontakt, Schutz vor Kälte oder Hitze sowie die Gesundheitsfürsorge durch die Eltern, welche altersbedingt zu einer akuten Leib- und Lebensgefahr des Kindes führt.¹²² Auch ist eine emotionale Vernachlässigung durch mangelnde elterliche Wärme und Zuneigung oder unzureichende Beaufsichtigung, Förderung kindlicher Fähigkeiten und Unterstützung bei der Behebung von Defiziten durch die Eltern möglich. Folglich kommt es zu seelischen und körperlichen Erkrankungen, Gedeih- und psychosozialen kognitiven und emotionalen Entwicklungsstörungen, sozialem Minderwuchs bis hin zu Lebensgefahr. Dabei gilt je geringer das Kindesalter, desto höher ist die Gefahr einer Vernachlässigung.¹²³

¹¹⁹ Ziegenhain 2007, zit. nach Alle 2017, S. 14 f.

¹²⁰ vgl. Alle 2017, S. 20

¹²¹ vgl. Alle 2017, S. 20 f.

¹²² vgl. Alle 2017, S. 21 f.

¹²³ vgl. Alle 2017, S. 22 f.

- b) Seelische Misshandlung:** Grundlegend stellt jede Misshandlungsform auch immer eine seelische Misshandlung dar. Zusammenfassend beschreibt Alle jegliche elterlich herabsetzenden, beängstigenden, isolierenden Haltungen, Gefühle und Aktionen, welche dem Kind Wertlosig-, Lieblosig- und Fehlerhaftigkeit vermitteln als eine mögliche Ursache seelischer Misshandlung. Auch die unzureichende Wertschätzung kindlicher Bedürfnisse und Lebensäußerungen, die Hinderung einer geistig-seelisch gesunden Entwicklung und Exploration des Kindes sowie die kindliche Parentifizierung, durch die elterliche Haltung oder Überbehütung, bilden wesentliche Misshandlungsursachen. Die persönliche Integrität des Kindes leidet unter permanenten Eingriff und kann folglich seelisch-geistig schwer geschädigt werden.¹²⁴ Weiterhin benennt die Autorin die häusliche Gewalt als eine Form der seelischen Misshandlung. Physische Gewalt, Drohungen, sexuelle Gewalt etc. zwischen den Eltern wirken ungehemmt auf das Kind und lösen bei diesem tiefe Betroffenheit, Schuldgefühle oder Gefühlsambivalenzen gegenüber den Eltern sowie massive Angst aus. Das Kind ist auf außenstehende Schutz- und Hilfemaßnahmen angewiesen.¹²⁵
- c) Körperliche Misshandlungen:** Jegliche Form körperlicher Gewaltanwendungen (z. B. Prügel, Treten, Schlagen mit Gegenständen, Verbrennen, Schütteln etc.) ist als körperliche Misshandlung zu betrachten. Diese zeigen Auswirkungen, welche von äußerlichen Verletzungen wie Kratzer, Platzwunden, Hämatome, Knochenbrüche etc., bleibenden körperlichen, seelischen und geistigen Schädigungen bis hin zum Tod des Kindes reichen können. Auch Beeinträchtigungen der kognitiven und verbalen Leistungsfähigkeit, Konzentrationsmangel, Verhaltensauffälligkeiten, Störungen des Sozialverhaltens, der Emotionen und im Selbstkonzept, Beziehungs- und Bindungsschwierigkeiten sowie Delinquenz, Alkohol- und Drogenmissbrauch stellen wesentliche Folgen körperlicher Misshandlung dar.¹²⁶
- d) Sexuelle Misshandlung:** Nach den Definitionskriterien nach Bange und Deegener beschreibt Alle sexuelle Misshandlungen als jene sexuelle Handlungen, welche vor oder an Kindern; gegen den kindlichen Willen oder aufgrund körperlicher, psychischer kognitiver oder verbaler Unterlegenheit des Kindes ohne dessen bewusste Zustimmung vollzogen werden. Täter*innen nutzen die eigene Überlegenheit oder Macht- und Autoritätsposition zugunsten der eigenen Bedürfnisbefriedigung aus.¹²⁷ Die betroffenen Kinder werden häufig durch Drohungen zur Geheimhaltung genötigt und geraten dabei unter

¹²⁴ vgl. Alle 2017, S. 23 f.

¹²⁵ vgl. Alle 2017, S. 24

¹²⁶ vgl. Alle 2017, S. 24 f.

¹²⁷ vgl. Alle 2017, S. 25

massiven Druck. Nicht selten ist die Erniedrigungs- und Demütigungsscham älterer Kinder so groß, dass sie sich ihrer niemandem anvertrauen. Folglich kommt es zu schwerwiegenden psychischen Störungen wie Gefühls- und Eigenwahrnehmungsbeeinträchtigungen, Störungen des Selbstkonzepts, Ängste, Depressionen, posttraumatischen Belastungsstörungen, selbstverletzendem Verhalten, sowie Delinquenz und Suchtverhalten.¹²⁸

- e) **Münchhausen-by-proxy-Syndrom:** Alle beschreibt diese Misshandlungsform nach Rosenberg als Syndrom, bei welchem eine Bezugsperson, vorrangig die Mutter, kindliche Krankheitsbeschwerden vortäuscht oder erzeugt. Das Kind erfährt ungewöhnlich häufig medizinische Behandlungen, während die Mutter das Ursachenwissen stets verneint. Die kindliche Symptomatik bildet sich durch konsequente Trennung von der auslösenden Bezugsperson zurück.¹²⁹ Durch eine bestimmte Medikamenten- oder Substanzzufuhr oder die absichtliche Herbeiführung von Knochenbrüchen wird die Symptomatik des Kindes ausgelöst. Die Bezugsperson stellt sich als äußerst fürsorgend und besorgt dar, wobei von einer psychiatrischen Störung dieser ausgegangen wird. Zur Erkennung des Syndroms muss ein gerichtlich angeordnetes Gutachten zur Erziehungsfähigkeit der verursachenden Person erstellt werden.¹³⁰

Zusammenfassend kann sich auf § 1631 Abs. 2 BGB bezogen werden: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“¹³¹

3.3 Kindeswohl und psychisch kranke Eltern

Alle berichtet über den Forschungsbefund (Studie mit über 8500 Befragten) nach Walsh, in welchem eine zwei- bis dreifach höhere Vernachlässigungs- sowie körperliche und sexuelle Misshandlungsquote von Personen mit psychisch erkrankten Eltern, gegenüber einer Vergleichsgruppe, festgestellt wurde. Eine andere Studie nach Egami ergab, dass 60 % der Befragten mit psychischer Störung ihre Kinder misshandelt und 69 % vernachlässigt haben (Studie mit 10000 Befragten).¹³² Alle geht von einem Zusammenhang zwischen elterlicher psychischer Erkrankung und kindlicher Misshandlung aus. Weiterhin ist fraglich, ob die elterliche Erkrankung, unter Beachtung der Definition psychischer Erkrankungen und derer spezifischen Auswirkungen, nicht grundlegend als Ursache für Misshandlung zu betrachten ist. Entscheidend ist, inwiefern die

¹²⁸ vgl. Alle 2017, S. 25 f.

¹²⁹ vgl. Alle 2017, S. 26

¹³⁰ vgl. Alle 2017, S. 26

¹³¹ Nomos (Hrsg.), S. 691 f.

¹³² vgl. Alle 2017, S. 122

Fähigkeit der angemessenen Erkennung, Interpretation und Reaktion der Eltern auf die kindlichen Bedürfnisse eingeschränkt ist. Elterliche Störungen der Impulskontrolle führen schnell zu körperlich misshandelnden Reaktionen oder zu feindseligen Äußerungen und Handlungen, welche das Kind emotional stark belasten und eine seelische Misshandlung zur Folge haben.¹³³ Zusammenfassend beschreibt die Autorin: „Wenn Eltern psychisch krank sind, heißt es, immer genau zu definieren, ob und welche Schwierigkeiten und Belastungen sich daraus für die Kinder ergeben können. Interventionen können dann passgenau angeboten und gestaltet werden.“¹³⁴

Auch Plattner stellt die vor allem im Säuglingsalter verstärkte Gefahr einer kindlichen Vernachlässigung oder Misshandlung durch psychisch erkrankte Eltern dar. Die elterliche affektive Krankheitssymptomatik weist Schwankungen der Konzentration und eine verminderte Belastbarkeit auf. Durch Manien kann es zu einer enormen Steigerung des Antriebs oder der Stimmung des Elternteils kommen. Durch diese Unruhe bleiben dem Kind die notwendige Ruhe, Vorhersehbarkeit sowie feinfühliges Rückmeldung der Eltern verwehrt. Andererseits beinhalten die depressiven Episoden der Eltern eine starke Verminderung des Antriebs und der Stimmung, was apathische und zu langsame elterliche Reaktionen zur Folge hat und die körperliche und psychische Versorgung des Kindes nicht mehr gewährleistet werden kann.¹³⁵

¹³³ vgl. Alle 2017, S. 122 f.

¹³⁴ Alle 2017, S. 123

¹³⁵ vgl. Plattner, S. 106 f.

4 Sozialarbeiterische Bedeutung

Grundlegend ist die Funktion der Sozialen Arbeit durch zwei Prinzipien gekennzeichnet: Zum einen durch die individuelle Förderung und Bestärkung eines Menschen, sodass sich dieser in seiner Umwelt selbständig zurechtfindet, zum anderen durch die Anpassung der Lebensumstände und der Umwelt an die Bedürfnisse eines Menschen, sodass dieser seine Lebenszwecke aktiv verfolgen kann. Als wirtschaftliche Aufgabe der Sozialen Arbeit wird demnach die Herstellung der Eigenständigkeit eines Individuums beschrieben. Sie soll bei der sinnvollen Einbringung der vorhandenen Ressourcen helfen. Gesellschaftlich betrachtet, bilden die Erziehung, Bildung und die Gesundheitsfürsorge und -förderung grundlegende Aufgaben der Sozialen Arbeit.¹³⁶ Zu den klassischen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit zählen somit auch der Kinderschutz und die Kinder- und Jugendhilfe.

Nach Bock beschreibt das Kinder- und Jugendhilfegesetz die Leistungen und Aufgaben dieses Handlungsfeldes. Dessen Zielsetzung sieht sich gemäß §1 SGB Abs. 3 SGB VIII/ KJHG aus

- a) der Entwicklungsförderung sowie der Vermeidung und Verringerung von Benachteiligungen junger Menschen,
- b) der Unterstützung und Beratung von Eltern und anderen Beziehungsberechtigten,
- c) dem Schutz vor Gefahren für das eigene kindliche und jugendliche Wohl,
- d) der Schaffung und Erhaltung positiver Lebens- und Umweltbedingungen für Kinder, Jugendliche und ihren Familien

zusammensetzt.¹³⁷ Weiterhin erklärt Alle, dass der Kinderschutzauftrag „[...] nur in Kooperation mit verschiedenen Helfersystemen, häufig mit interdisziplinärer Besetzung, ausreichend und nach dem Willen des Gesetzgebers – § 8a SGB VIII – erfüllt werden“¹³⁸ kann.

Aus jeder der drei Ansichten geht die sozialarbeiterische Pflicht hervor, Kinder und Jugendliche vor allem in schwierigen Situationen bestmöglich und wenn nötig interdisziplinär zu fördern und zu schützen. Eltern mit einer psychischen Erkrankung stellen große Belastungen und Risiken für die Heranwachsenden dar. Die Soziale Arbeit *muss* ihnen einen Zugang zu vielseitigen und ausreichenden Hilfemaßnahmen ermöglichen. Aus diesem Grund beschäftigt sich das nächste Kapitel mit den Fördermöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern.

¹³⁶ vgl. Salomon 1998, S. 134

¹³⁷ vgl. Bock 2012, S. 447-448

¹³⁸ Alle 2017, S. 31

5 Fördermöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern

5.1 Gesprächsführung mit Kindern

Das Erreichen bestimmter Ziele durch die geplante Interaktion wird als Gesprächsführung verstanden. Dabei sind deutliche Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern zu beachten. Während Erwachsene sich an der Sprache orientieren und ihr Denken eher komplex, abstrakt, orientiert sowie rational erfolgt, liegt das Interesse und die Orientierung der Kinder vielmehr auf nonverbalem Schwerpunkt (z. B. Bilder, Töne etc.). Sie denken einfach, konkret, phantasievoll und imaginativ und befinden sich kognitiv und emotional im Hier und Jetzt. Erwachsene hingegen beziehen ihr Denken, durch ihre zahlreichen erlebten Erfahrungen, eher auf die Vergangenheit oder Zukunft. Diese Unterschiede können sowohl grenzsetzende als auch ressourcenorientierte Auswirkungen auf die Gesprächsführung mit Kindern haben. Je nach Lebensalter des Kindes unterscheiden sich die Bedingungen einer Gesprächsführung. So ist eine verbale Interaktion mit Kindern unter vier Jahren kaum möglich. Hier kommen nonverbale Methoden wie das Zeichnen von Bildern, die Verwendung von Bilderbüchern, das Erzählen von Geschichten sowie das freie Spiel, mittels Handpuppen, Puppenhäusern etc., zum Einsatz. Durch die nonverbale Methodik soll ein externalisierender Prozess geschaffen werden, welcher das Kind bei der Herstellung einer Trennung zwischen sich und dem Problem unterstützen soll. Die dadurch gewonnene Distanz zu einer bestimmten Belastungserfahrung führt zu einer deutlichen Erleichterung der Versprachlichung. Hingegen ist die Gesprächsführung mit adoleszenten Heranwachsenden, obgleich unter Einfluss von Besonderheiten des Jugendalters, vergleichbar mit der von Erwachsenen. Nach Paulus sollte jede Gesprächssituation mit einer Klärung des Auftrags beginnen. Dabei sollte das Ziel und die Methode des Helfens abgestimmt und über die Erwartungshaltung an das Gespräch gesprochen werden. Weiterhin ist neben den Gesprächs- und Explorationstechniken eine empathische, bedingungslos wertschätzende, allparteiliche, neutrale, neugierige, freundliche und akzeptierende Haltung sehr förderlich für die Gesprächsführung mit Kindern. Gleichzeitig sollte jedoch eine interpersonale Distanz gewahrt werden.¹³⁹

Vor allem Kinder psychisch kranker Eltern haben oft große Schwierigkeiten (aufgrund von Tabuisierung oder aus Angst vor Verrat der Eltern) über die von ihnen erlebte familiäre Situation zu sprechen. In diesem Fall zentrieren sich die Gesprächsthemen zunächst auf das kindliche Befinden bezüglich der Schule oder des Kindergartens, der Freunde etc.. Wird das Gespräch zu schnell auf die Eltern gelenkt, droht ein Gesprächsabbruch durch das Kind. Dennoch empfinden Kinder

¹³⁹ vgl. Paulus 2019, S. 117 ff.

die Gespräche im Nachhinein als enorme Entlastung und bilden somit eine nachhaltig wertvolle kindliche Erfahrung.¹⁴⁰

Nach Alle sollten Kindern, hinblickend der Gesprächsgrundsätze für Kinder psychisch kranker Eltern, folgende wichtige Botschaften vermittelt werden:

- *„Du bist nicht schuld an der Krankheit. Es hat nichts mit dir zu tun.*
- *Du darfst traurig darüber sein. Es ist gut, wenn du mit jemandem darüber sprichst.*
- *Du bist ein Kind und darfst lustig und fröhlich sein, auch wenn es deiner Mama oder dem Papa nicht gut geht.*
- *Du bist nicht verantwortlich für die Mama oder den Papa. Du musst nicht für sie sorgen. Bitte jemand Erwachsenen um Hilfe für die Eltern.*
- *Du bist nicht verantwortlich dafür, dass sie/er wieder gesund wird. Du kannst sie nicht gesund machen. Dafür ist der Arzt zuständig.*
- *Du darfst sagen, wenn es dir zu viel wird. Wir suchen dann nach Lösungen, die dir helfen alles besser auszuhalten.*
- *Jetzt ist es gerade schlimm, aber es kann auch wieder besser werden.“¹⁴¹*

5.2 Präventionsangebote für Kinder

5.2.1 Gruppenangebote

In regelmäßigen Abständen werden diese z. B. von Erziehungsberatungsstellen angeboten. Dabei handelt es sich um präventive und ressourcenorientierte Gruppenangebote für Kinder, welche neben einer Psychoedukation auf die Stärkung des emotionalen Selbstausdrucks und der Resilienz, die Gefühlsbearbeitung von Schuld und Scham sowie die kindliche Entlastung durch Enttabuisierung ausgerichtet sind (z.B. AURYN).¹⁴²

Auch durch Selbsthilfegruppen kann der Austausch mit anderen Betroffenen für ältere Kinder und Jugendliche oder andere Angehörige eine deutliche Entlastung schaffen. Es gilt die Zusammenführung solcher Gruppen für junge Betroffene mehr zu fördern, da diese bisher nur begrenzt verfügbar sind (z. B. Hamburger Verein „Seelennot“, Berliner Initiative „Netz und Boden“).¹⁴³

5.2.2 Psychoedukation

Die Psychoedukation stellt die angemessene Aufklärung über die elterliche Erkrankung dar und bildet das Zentrum aller weiteren Unterstützungsangebote. Tabuisierungen innerhalb der

¹⁴⁰ vgl. Plattner 2019, S. 126

¹⁴¹ Alle 2017, S. 126 f.

¹⁴² vgl. Plattner 2019, S. 158

¹⁴³ vgl. Bitzer et al. (Hrsg.) 2009, S. 281

Familie können durch die Psychoedukation aufgehoben werden und eine damit einhergehenden Entlastung des Kindes bewirken. Bei Erfolg der Psychoedukation können dem Kind wesentliche Schuldgefühle genommen und ein Kontroll- und Selbstwirksamkeitsgefühl zurückgegeben werden. Weiterhin kann die Erstellung von Notfallplänen für weitere Entlastung, durch Information und dem Erwerb eigener Handlungsfähigkeit bei Verschlimmerung der elterlichen Symptomatik, sorgen. Dabei sollte das Kind (z. B. durch kindgerechte Materialien) zur Stellung von Fragen ermutigt und im Gespräch emotional unterstützt werden.¹⁴⁴

5.2.3 Psychotherapie

Das Prinzip eines Psychotherapieangebots speziell für Kinder psychisch kranker Eltern befindet sich noch in der Ausarbeitungsphase und bildet noch keinen festen Bestandteil der Ausbildungscurricula psychologischer und ärztlicher Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Allerdings wird bereits von fünf Krankenkassen ein Beratungsprogramm „Kinder kranker Eltern“ angeboten: Der behandelnde Therapeut hat die Möglichkeit betroffenen Familien eine acht Sitzungen umfassende Beratung, ohne formellen Therapieantrag, anzubieten (Suchterkrankungen und Essstörungen sind vom Programm ausgeschlossen).¹⁴⁵

5.3 Unterstützungsmaßnahmen für Familien und Kinder

5.3.1 Patenschaftsprojekte

Hierbei handelt es sich um ein ehrenamtliches Projekt, bei welchem ein*eine Pate*in zu einem Kind mit psychisch erkrankten Eltern in regelmäßigem Kontakt steht. Die Patenschaft beinhaltet pro Woche eine mehrstündige Betreuung des Kindes oder gemeinsame Unternehmungen. Bei enormer Verschlechterung der elterlichen Symptome (z. B. Klinikaufenthalte) hat der*die Pate*in die Möglichkeit der vorübergehenden Betreuung und Aufnahme des Kindes.¹⁴⁶ Durch eine solche Patenschaft wird die Verfügbarkeit einer weiteren Vertrauensperson für das Kind und mit ihr die notwendige Verlässlichkeit, Orientierung sowie emotionale Zuwendung gewährleistet. Vor allem Familien ohne gesunde Angehörige oder bei Überforderung dieser sollte eine Patenschaft in Betracht gezogen werden.¹⁴⁷ AMSOC e. V. in Berlin sowie die Stiftung Waisenhaus in Frankfurt sind Beispiele für diese Projekte.¹⁴⁸

¹⁴⁴ vgl. Plattner 2019, S. 158 f.

¹⁴⁵ vgl. Plattner 2019, S. 159

¹⁴⁶ vgl. Plattner 2019, S. 161

¹⁴⁷ vgl. Maywald 2009, S. 281

¹⁴⁸ vgl. Plattner 2019, S. 161

5.3.2 Krisenplanung

Alle beschreibt einen detaillierten Krisenplan für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern als wirksame Hilfemaßnahme. Zunächst sollte eine schriftliche Erstellung des Plans durch alle Familienmitglieder erfolgen. Jeder von ihnen erhält eine Abschrift, während ein Exemplar für alle sichtbar aufgestellt wird. Übersichtlichkeit, Eindeutigkeit und Verständlichkeit, für jedes der Familienmitglieder, bilden die Grundsteine des Krisenplans. Weiterhin werden die Kontaktdaten des gesunden Elternteils, andere „Notfallkontakte“ (z. B. Nachbarn, Freunde etc.) sowie eine weitere Vertrauensperson auf dem Plan vermerkt. Der Plan sollte außerdem die Unterbringung der Kinder für den Fall des Klinikaufenthalts eines Elternteils klären.¹⁴⁹

5.3.3 Familiäre Entlastungen

Um einen sozialen Rückzug betroffener Familien vorzubeugen, beschreibt Maywald das Einsetzen entlastender Hilfen im Haushalt oder bei der kindlichen Erziehung. Haushaltshilfen, Kinderkrankenschwestern, Familienhelfer oder weitere Hilfsangebote nach dem KJHG, durch das Jugendamt, sollten dabei in Betracht gezogen werden.¹⁵⁰

5.3.4 Stationäre Eltern-Kind-Behandlungen

Mittlerweile wurde die Möglichkeit einer Aufnahme von Eltern und ihren Kindern (bis zu einem Alter von drei Jahren), durch die Einrichtung von Eltern-Kind-Stationen in vielen psychiatrischen Kliniken, geschaffen.¹⁵¹ Auch nach Maywald ist, bei krisenhaften Entgleisungen oder einer Häufung elterlicher Psychosen, eine (teil-)stationäre Behandlung von betroffenen Eltern mit ihren Kindern förderlich. Bei schweren symptomatischen Verläufen der Eltern kann die Unterbringung in spezialisierten Mutter-Kind-Heimen in Betracht gezogen werden.¹⁵²

5.4 Intervention

Das Schaffen von Situationen, in welchen die Aufrechterhaltung der elterlichen Kontaktfähigkeit und das kindliche Erleben als Handelnder gefördert wird, bildet das Zentrum der Intervention bei Kindern psychisch kranker Eltern. Pretis und Dimova beschreiben die Unvorhersehbarkeit und das Ausbleiben von Reaktionen des erkrankten Elternteils als familiäre Hauptrisiken. Für das Kind besteht eine ständig wechselnde Konfrontation mit Phasen guter Ansprechbarkeit und völliger Stille und Unkontrollierbarkeit des depressiven Elternteils, welche vorrangig für ein unsicheres Bindungsverhalten, erhöhte Angst, geringe sprachliche Expressivität, aktives

¹⁴⁹ vgl. Alle 2017, S. 125 f.

¹⁵⁰ vgl. Maywald 2009, S. 281

¹⁵¹ vgl. Plattner 2019, S. 160

¹⁵² vgl. Maywald 2009, S. 281

Explorationsverhalten sowie verringerte Rückmeldungen verantwortlich ist. Aufgrund dessen erfolgt die Intervention in der kindlichen Frühförderung auf drei Ebenen:¹⁵³

- a) auf Ebene der kindzentrierten Förderung – Es gilt die Einbeziehung des gesunden Elternteils in die Förderarbeit so gut und oft wie möglich und die Aktivierung, in Abhängigkeit des Schweregrads, des erkrankten Elternteils. Die Durchführung von Aktivitäten gemeinsam mit einer Fachkraft z. B. Babymassagen können die Eltern-Kind-Beziehung festigen. Potentiell Freude bereitende Aktivitätsschritte zeigen durch sukzessive Verstärkung die größte Wirkung. Weiterhin gilt es die Betroffenen für positive Rückmeldungen zu sensibilisieren. Das Ziel setzt sich aus der Wahrnehmung und kontingenten Reaktion des Betroffenen auf die Botschaften des Kindes zusammen.¹⁵⁴
- b) auf Ebene der Zusammenarbeit mit den Eltern oder dem umfassenden familiären System (z. B. Geschwister)
- c) auf Ebene der transdisziplinären Arbeit – Ein vorhandenes gesundes Helfersystem, zur Therapie und Unterstützung des erkrankten Elternteils einerseits und zur temporären kindlichen Betreuung andererseits, bildet einen wichtigen Resilienzfaktor.¹⁵⁵ Pretis und Dimova beschreiben den transdisziplinären Austausch wie folgt:
 - a. „Informationen über regionale psychosoziale Unterstützungsstrukturen [...]
 - b. konkrete persönliche Kontakte zu diesen Einrichtungen, um Betroffene auf der Basis eigener Erfahrung vermitteln zu können
 - c. Krisenpläne in den Frühförderstellen. Wie z. B. im Falle einer Suizidäußerung oder -handlung vorzugehen ist [...]"¹⁵⁶

¹⁵³ vgl. Pretis/ Dimova 2019, S. 128 f.

¹⁵⁴ vgl. Pretis/ Dimova 2019, S. 137

¹⁵⁵ vgl. Pretis/ Dimova 2019, S. 142

¹⁵⁶ Pretis/ Dimova 2019, S. 142

6 Zusammenfassung

In Bezug auf die Fragestellung nach den Entwicklungsrisiken und Fördermöglichkeiten für Kinder psychisch kranker Eltern sind folgende Ergebnisse festzuhalten:

Kinder mit psychisch erkrankten Elternteilen sind einem deutlich höherem Risiko ausgesetzt selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Sie sind durch die Symptomatik ihrer Eltern, aber auch durch Umweltfaktoren starken Belastungen ausgesetzt. Auch subjektive Belastungen durch Desorientierung, Tabuisierung, Isolierung und Schuldgefühlen bilden wesentliche Risikofaktoren für eine seelisch gesunde Entwicklung eines Kindes. Die Auswirkungen der Belastungen einer elterlichen psychischen Erkrankung sind verheerend und weitreichend: Bindungsstörungen, externalisierendes Verhalten, Depressionen, Angststörungen, Introversion, Überanpassung, Parentifizierung, geringes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl bis hin zu Suizidalität. Weiterhin ist zu beachten, dass Eltern mit Manien oder schweren depressiven Episoden oft nicht angemessen auf die Bedürfnisse ihrer Kinder reagieren können. Hier besteht die Gefahr einer möglichen Kindeswohlgefährdung oder Kindesmisshandlung. Zur Entlastung der Kinder und Familie können Interventionen, Gesprächsführungen sowie verschiedene Präventions- und Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden. Die Soziale Arbeit trägt maßgeblich dazu bei und trägt eine große Bedeutung.

Vor allem die Auswirkungen der vergangenen Jahren werden unsere Gesellschaft noch lange beschäftigen. Wie am Anfang beschrieben wird die Nachfrage und der Anspruch auf Fördermaßnahmen, durch die Pandemie, weiterhin enorm steigen. Meines Erachtens besteht die gesellschaftliche, politische und sozialarbeiterische Aufgabe nun darin, diese weiter auszubauen und verstärkt anzubieten, sodass möglichst viele Kinder entsprechende Unterstützung erhalten. Für diesen wichtigen Aspekt wäre eine weiterführende Analyse und Diskussion empfehlenswert, das Potenzial der Möglichkeiten ist noch lange nicht erschöpft.

Während der Ausarbeitung konnte ich auch viele Erkenntnisse bezüglich meiner persönlichen familiären Situation und Vergangenheit gewinnen, welche mich teilweise über die akkuraten Übereinstimmungen erstaunen ließen. Das Thema stellte sich mir mit enormer Komplexität entgegen, wodurch es mir manchmal schwer fiel, mich auf die wesentlichen Inhalte zu beschränken.

Auch literarisch und wissenschaftlich betrachtet, stellten sich mir Schwierigkeiten in den Weg, da die Thematik „Kinder psychisch kranker Eltern“ erst in den letzten Jahren größere Bedeutung gewann und bisher noch nicht den notwendigen Niederschlag in der Fachliteratur gefunden hat. Interessant bleibt zu beobachten, ob und inwiefern Literatur, Studien und Forschung in der nächsten Zeit ausgebaut werden.

Abschließend bin ich sehr froh über die Entscheidung für dieses Thema, da ich nun noch entschlossener bin, mich beruflich auf die Förderung und den Schutz von Kindern zu konzentrieren und damit einen großen Anteil daran haben werde, die Herausforderungen zu erkennen, als Themen nach vorn zu bringen, aber vor allem zu lösen.

7 Anhang

7.1 Tabelle 3

| Tab. 3 Körperliche Symptomatik einer depressiven Episode | |
|---|---|
| Körpersystem | Symptome |
| Kopf | <ul style="list-style-type: none"> • Kopfschmerzen (Druck-/ Spannungsschmerz) • Schwindel • Helmgefühl • Migräne • Tinnitus |
| Augen | <ul style="list-style-type: none"> • Schlechtes oder verschwommenes Sehen • Lichtüberempfindlichkeit |
| Atemwege | <ul style="list-style-type: none"> • Schluckbeschwerden („Kloß im Hals“, „Hals wie zugeschnürt“) • Engegefühl („Panzer“, „Schnürreifen“) • Atemnot • Flache, schwere oder kaum merkliche Atmung |
| Herz | <ul style="list-style-type: none"> • Herzrhythmusstörungen • Erhöhter Blutdruck ohne nachweisliche Ursache • Stechen oder Brennen im Herzen • Druck auf der Brust • Herzschmerzen, Herzklopfen, Herzrasen |
| Magen-Darm-Trakt | <ul style="list-style-type: none"> • Übelkeit • Blähungen, Sodbrennen oder Magendruck • Verstopfung • Durchfall • Appetitverlust mit z. T. hohem Gewichtsverlust oder kurzzeitige Appetitsteigerung (v. a. Verlangen nach besonders süßen oder salzigen Lebensmitteln) • Beeinträchtigung des Geschmackssinns |
| Wirbelsäule | <ul style="list-style-type: none"> • Rückenschmerzen mit Brennen und Taubheitsgefühl • Hals-/ Nackenschmerzen • Schulterschmerzen • Kreuzschmerzen • Muskuläre Verspannungen |
| Libido | <ul style="list-style-type: none"> • Potenzstörungen • Zyklusstörungen |
| Schlaf | <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafstörungen • Morgendliches Früherwachen • Öfters Alpträume • Nächtliches Grübeln („Gedankenkreisen“) • Gefühl der andauernden Müdigkeit • Extremes Schlafbedürfnis (als „Flucht vor dem Leben“) |

Quelle: Ofenstein 2021, S. 163

7.2 Tabelle 4

| Tab. 4 Symptomatik depressiver Episoden nach ICD-10 | |
|--|--|
| Hauptsymptome | <ul style="list-style-type: none"> • Gedrückte, depressive Stimmung |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Interessenverlust, Freudlosigkeit • Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren • Antriebsverminderung mit erhöhter Ermüdbarkeit |
| Nebensymptome | <ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit • Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit • Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven • Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen • Schlafstörungen (Morgentief, Abendtief) • Frühmorgendliches Erwachen; 2 oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit • Verminderter Appetit |
| Quelle: Ofenstein 2021, S. 165 | |

7.3 Tabelle 5

| |
|--|
| Tab. 5 Kriterien des somatischen Syndroms nach ICD-10 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Objektiver Befund psychomotorischer Hemmung oder Agitiertheit |
| <ul style="list-style-type: none"> • Deutlicher Appetitverlust |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat |
| <ul style="list-style-type: none"> • Deutlicher Libidoverlust |
| <ul style="list-style-type: none"> • Obstipation |
| Quelle: Ofenstein 2021, S. 166 |

8 Quellenverzeichnis

Alle, Friederike: Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. Freiburg 2017.

Berger, Mathias (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. München 2015.

Deisenhammer, Eberhard A.: Epidemiologie und Verlauf. In: Fleischhacker, W. Wolfgang/Hinterhuber, Hartmann (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrie. Wien 2012. S. 154-155.

Dilling, Horst/Mombour, Werner/Schmidt, Martin H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern 2015.

Fleischhacker, W. Wolfgang/Hinterhuber, Hartmann (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrie. Wien 2012.

Lenz, Albert: Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen 2005.

Lenz, Albert/Wiegand-Grefe, Silke: Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen 2016. doi: 10.1026/02590-000. [Stand: 17.09.2022]

Mattejat, Fritz/Remschmidt, Helmut: Kinder psychisch kranker Eltern. In: Deutsches Ärzteblatt. H. 23. 2008. doi: 10.3238/arztebl.2008.0413. S. 413-418. [Stand: 17.09.2022]

Maywald, Jörg: Kinder kranker Eltern – Hilfebedarf und Hilfemöglichkeiten bei Kindern als Angehörigen. In: Bitzer, Eva M./Walter, Ulla/Linger, Heidrun/Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Berlin 2009. S. 275-283.

Ofenstein, Christopher M.: Lehrbuch. Heilpraktiker für Psychotherapie. München 2021.

Paulus, Frank W.: Gesprächsführung mit Kindern – vom Vorschulalter bis zur Präadoleszenz. In: Plattner, Anita (Hrsg.): Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. München 2019. S. 117-125.

Plass, Angela/Wiegand-Grefe, Silke: Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim 2012.

Plattner, Anita (Hrsg.): Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern. München 2019.

Pretis, Manfred/Dimova, Aleksandra: Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München 2019.

Salomon, Alice: Grundlegung für das Gesamtgebiet der Wohlfahrtspflege. In: Thole, Werner/Galuske, Michael/Gängler, Hans (Hrsg.): KlassikerInnen der Sozialen Arbeit Sozialpädagogische Texte aus zwei Jahrhunderten – ein Lesebuch. 1998, S. 131-147.