



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

## **Kinder psychisch kranker Eltern und die Psychoedukation in der Frühförderung**

Bachelorthesis  
im Studiengang Soziale Arbeit

vorgelegt von  
Celine Marie Perez Zayas

Datum der Abgabe:	07.06.19
Erstgutachter:	Prof. Dr. Andreas Speck
Zweitgutachter:	Prof. Dr. phil. Roland Haenselt
URN:	urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2019-0249-4



## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	1
1 Kinder psychisch kranker Eltern – eine Einführung .....	2
1.1 Häufige Krankheitsbilder der Eltern .....	3
1.1.1 Affektive Störungen .....	3
1.1.2 Angststörungen .....	7
1.1.3 Sucht.....	9
1.2 Auswirkungen auf die Angehörigen, insbesondere auf die Kinder .....	12
1.3 Die Eltern-Kind-Beziehung und deren Bindungsqualität als maßgeblicher Faktor für die kindliche Entwicklung.....	16
2 Psychoedukation .....	19
2.1 Der Begriff Psychoedukation .....	19
2.2 Die Methodik der Psychoedukation .....	20
2.2.1 Wie erfolgt Psychoedukation?.....	20
2.2.2 Wo erfolgt Psychoedukation? – häufige Anwendungsgebiete .....	21
2.3 Erwartungen und Herausforderungen an die Psychoedukation mit Kindern .....	22
3 Psychoedukation – ein Thema für die Frühförderung? .....	25
3.1 Kinder psychisch kranker Eltern in der Frühförderung .....	25
3.1.1 Fallbeispiel.....	25
3.1.2 Risiko- und Schutzfaktoren.....	27
3.1.3 Resilienz und Bewältigungsstrategien .....	32
3.2 Mögliche Interventionen.....	35
3.2.1 Herausforderungen in der Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern .....	37
3.2.2 Psychoedukation in der Frühförderung.....	39
Zusammenfassung .....	39
4 Quellenverzeichnis.....	41

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Caspar, Franz/ Pjanic, Irena/ Westermann, Stefan: Klinische Psychologie. Wiesbaden 2018, S. 106

Abb. 2: Pretis, Manfred/ Dimova, Aleksandra: Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. 3. Aufl. München 2016, S. 46

Abb. 3: Lenz, Albert: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen et al. 2010, S. 11

## Einleitung

Mit einem steigenden Anteil an den Krankheitsfällen werden die psychischen Erkrankungen im gesellschaftlichen Diskurs immer relevanter. Denkt man an die berufstätigen Erwachsenen, so werden einem Begriffe wie *Burn out* oder *Depressionen* relativ schnell begegnen. Kollegen, die aufgrund von psychischen Problemen für bestimmte oder unbestimmte Zeit nicht mehr arbeitsfähig sind, sind heutzutage keine Seltenheit mehr. Läuft man nach der Arbeit durch die Straßen so sieht man Wohnungslose, teilweise Alkohol konsumierend. Aber auch im Bekanntenkreis gibt es vielleicht den ein oder anderen, der schon mal aufgrund einer Suchtproblematik behandelt wurde. Psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen gehören schon im gewissen Maße zum Leben dazu und schließlich gibt es ja auch gute Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland. Beratungsstellen, stationäre und ambulante Kliniken zur Behandlung sowie Psychologen und Therapeuten sind beispielsweise Anlaufstellen für psychisch erkrankte Erwachsene. Allerdings ist der Weg zu diesen Hilfesystemen für viele Betroffene sehr schwer. Teilweise, weil diese Systeme nicht niedrigschwellig genug angelegt sind, teilweise auch, weil noch keine ausreichende Krankheitseinsicht und Notwendigkeit besteht, sich Hilfe zu suchen. Es gibt diverse Gründe, warum sich psychisch kranke Menschen in dieser Gesellschaft nicht oder nur teilweise in die Hände professioneller Hilfesysteme begeben. Einer dieser Gründe könnte allerdings sein, dass die betroffenen Erwachsenen Kinder haben. Es ist durchaus nachvollziehbar, dass Therapieeinheiten oder gar eine stationäre Behandlung nicht angetreten werden, weil die Betroffenen die Sorge für ein minderjähriges Kind tragen. Betrachten wir die psychisch kranken Erwachsenen als Eltern, eröffnen sich plötzlich diverse Fragen, und die *guten* Behandlungsmöglichkeiten erscheinen gar nicht mehr so passend.

Diese Arbeit beschäftigt sich einerseits mit dem Erleben und Empfinden Kinder psychisch kranker Eltern. Wie mag es wohl sein mit einer psychisch kranken Mutter/ einem psychisch kranken Vater aufzuwachsen und inwiefern beeinflusst die psychische Erkrankung die Entwicklung des Kindes? Andererseits ergibt sich im Zusammenhang damit die Frage nach möglichen Unterstützungsmaßnahmen. Kinder psychisch kranker und suchtblasteter Eltern weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsauffälligkeiten und Teilhabeeinschränkungen auf<sup>1</sup> und werden daher nicht selten im Kontext der frühen Hilfen und der Frühförderung betreut. Aus diesem Grund liegt der Fokus im zweiten Teil dieser Arbeit auf den Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten der Frühförderung in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern. In Bezug darauf soll untersucht werden, inwiefern auch die Thematik der Psychoedukation in diesem Bereich angewendet werden kann. Dafür erfolgt zunächst ein kleiner Überblick über die Epidemiologie bezüglich Kinder psychisch kranker Eltern. Um die Auswirkungen und die Belastungen der Kinder, die sich aus der psychischen Erkrankung ergeben zu verstehen, ist es wichtig sich zu-

---

<sup>1</sup>vgl. Mattejat 2008, S. 76ff.; Domin/ Thies 2016, S. 97f.; Lenz 2013, S.3f.

nächst einmal mit den Krankheitsbildern an sich zu beschäftigen. Ein Exkurs in die klinische Psychologie soll helfen, Symptomatik und Verlauf häufiger Krankheitsbilder der Eltern nachzuvollziehen. Anschließend werden die Auswirkungen der Symptomatik der psychischen Erkrankung auf das Umfeld und die Beziehung zu den Kindern näher betrachtet. Im weiteren Verlauf werden zunächst Begrifflichkeiten und die Methodik der Psychoedukation thematisiert. Interessant sind hierbei die derzeitige Umsetzung und Anwendung. Mit Bezug auf das erste Kapitel werden die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung anhand eines Fallbeispiels dargestellt. Die Rolle von Belastungs- und Schutzfaktoren bezüglich der Entwicklung einer kindlichen Resilienz sollen dargelegt werden. Im letzten Teil dieser Arbeit geht es um die Frage nach Interventionsmöglichkeiten der Frühförderung in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern und inwiefern eine psychoedukative Arbeit mit Kindern sinnvoll und möglich wäre. Dabei steht die kindliche Entwicklung beziehungsweise die - aufgrund der durch die psychische Erkrankung der Eltern bedingten Belastungen - verzögerte kindliche Entwicklung im Vordergrund der Betrachtung, da diese die Betrachtungsperspektive der Frühförderung als Arbeitsfeld darstellt.

## 1 Kinder psychisch kranker Eltern – eine Einführung

Psychische Erkrankungen verzeichnen seit der Einführung des ICD-10-Systems im Jahr 2000 bei allen gesetzlichen Krankenkassen einen kontinuierlichen Anstieg.<sup>2</sup> Laut einer Tabelle der Bundespsychotherapeutenkammer sind im Jahr 2007 rund 30% der erwachsenen Gesamtbevölkerung innerhalb eines Jahres von einer psychischen Störung betroffen, dabei macht es in Bezug auf die Familienplanung keinen signifikanten Unterschied, ob ein Elternteil unter einer psychischen Erkrankung leidet oder nicht. Etwa drei Millionen Kinder erleben in Deutschland im Verlauf eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Störung, davon machen etwa 175.000 die Erfahrung, dass ein Elternteil wegen einer psychischen Erkrankung stationär psychiatrisch behandelt wird.<sup>3</sup> Sarimski bezieht sich 2013 in diesem Zusammenhang auf Angaben des Statistischen Bundesamtes sowie auf Erhebungen von stationären Behandlungseinrichtungen psychisch kranker Erwachsener und stellt, unter Berücksichtigung der sich nicht in Behandlung befindender psychisch kranker Eltern, eine These von sogar 500.000 betroffenen Kindern in Deutschland auf.<sup>4</sup>

Das Risiko, als Kind dieselbe psychische Erkrankung zu entwickeln wie ein Elternteil, liegt im Laufe des Lebens bei Schizophrenie bei 13% (wobei das Risiko in der Gesamtbevölkerung durchschnittlich bei 1% liegt) und bei Depressionen bei 11,8% (wobei das Risiko in der Gesamtbevölkerung bei durchschnittlich 6% liegt). Allerdings ist die Gefahr, dass Kinder psychisch kranker Eltern irgendeine psychische Störung entwickeln im Vergleich zu Kindern ohne psy-

<sup>2</sup>vgl. Bär/ Tophoven 2010, S. 38f.

<sup>3</sup>vgl. Mattejat 2008, S. 69-70, 74-75; Domin/ Thies 2016, S.97

<sup>4</sup>vgl. Sarimski 2013, S.31; Pretis/ Dimova 2016, S. 28

chisch kranke Eltern deutlich erhöht. Mattejat zieht dazu Studien aus Werken von Beardslee aus dem Jahr 2002 sowie von Wiesmann et al. aus dem Jahr 2006 heran, welche sich mit der Untersuchung des Risikos beschäftigten, psychische Erkrankungen zu entwickeln bei Kindern von depressiven Elternteilen im Vergleich zu Kindern nicht depressiver Eltern. Dabei kam Beardslee zu dem Schluss, dass dieses Risiko im Kindes- und Jugendalter insgesamt um das Vierfache erhöht ist. Wiesmann et al. konkretisierten das Spektrum der psychischen Störungen und kamen bezogen auf Angststörungen, schwere Depressionen und Substanzabhängigkeiten zu einem ähnlichen Ergebnis, indem sie ein dreifach erhöhtes Risiko feststellten.<sup>5</sup> Zudem beschreiben 35% der betroffenen Kinder im Erwachsenenalter eigene psychische Probleme.<sup>6</sup>

Es ist also durchaus begründet, dass Kindern psychisch kranker Eltern eine besondere Aufmerksamkeit in unseren Hilfesystemen, sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe, als auch im medizinisch-therapeutischen Sektor der Erwachsenenhilfe zu Teil wird. Trotz des steigenden Bewusstseins für psychische Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung und der damit einhergehenden Enttabuisierung sind psychisch kranke Eltern und auch deren Kinder mit zahlreichen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert. Im Folgenden werden nun häufig auftretende psychische Erkrankungen näher erläutert.

## 1.1 Häufige Krankheitsbilder der Eltern

Psychische Erkrankungen umfassen ein breites Spektrum verschiedener Krankheiten mit einer ganzen Bandbreite an Symptomen. Die Kinder psychisch kranker Eltern wachsen also nicht alle pauschal unter den gleichen schwierigen oder weniger schwierigen Bedingungen auf. Nein, psychische Krankheiten äußern sich nicht nur in jeweils unterschiedlichen Verhaltensweisen und Reaktionen der Eltern, sondern sind auch in ihrem Verlauf individuell. Einige verlaufen chronisch, andere äußern sich in einer einmaligen Verhaltensänderung und wieder andere sind Mischformen gegensätzlicher Symptome. Es ist also in der Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern essentiell wichtig zu wissen, von welcher psychischen Erkrankung das Elternteil des Kindes betroffen ist, um eventuelle Belastungen für das Kind herleiten zu können und auch die Eltern und die Familie als System sinnvoll unterstützen zu können. Deshalb soll ein Exkurs in die klinische Psychologie zu häufig vertretenen Krankheitsbildern psychischer Erkrankungen in den nächsten Kapiteln folgen. Hierfür wurde hauptsächlich das Werk von Casper, Pjanic und Westermann 2018 als Quelle genutzt, da die reine Vorstellung der Krankheitsbilder nicht Hauptthema dieser Arbeit ist.

### 1.1.1 Affektive Störungen

Zu den affektiven Störungen zählen die Krankheitsbilder der Depressionen, der Manie und der bipolaren Störungen, welche in diesem Kapitel thematisiert werden.

---

<sup>5</sup>vgl. Mattejat 2008, S. 76ff.

<sup>6</sup>vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 29

Mit einer Lebenszeitprävalenz von rund 20%, einer jährlichen Erkrankungsrate von rund 18% in Deutschland (13,5% Frauen und 4,4% Männer) sowie der Wahrscheinlichkeit eines rezidivierenden Verlaufs nach der ersten depressiven Episode von 50%, gehört die Depression mit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen.<sup>7</sup> Wobei Samirski 2013 sogar von 80% der Betroffenen berichtet, die mehr als eine Krankheitsphase erleben. Ein kontinuierlicher Anstieg depressiver Erkrankungen ist nachgewiesen, sodass nach Studien, die sich auf die österreichische Bevölkerung beziehen, sie sogar innerhalb der nächsten 10 Jahre als zweithäufigste Krankheit angesehen werden kann.<sup>8</sup>

Die Depression, als Teil der affektiven Störungen, beschreibt eine Veränderung der Stimmung und des Aktivitätsniveaus<sup>9</sup> und wird von der World Health Organisation als häufige psychische Störung mit Symptomen wie einer geringen Konzentrationsfähigkeit, gestörtem Schlaf- und Essverhalten und Emotionen wie Schuldgefühlen oder geringem Selbstwert beschrieben. „Depression is a common mental disorder that presents with depressed mood, loss of interest or pleasure, decreased energy, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, and poor concentration.“<sup>10</sup> Kinder depressiv erkrankter Eltern definieren die depressive Symptomatik mit ihren ganz eigenen Worten in einer absolut einzigartigen Weise. So beschreiben sie die Depression beispielsweise als etwas, bei dem „man immer müde und nie ausgeschlafen [ist], weil man nachts nicht schlafen kann und wach bleibt und liegt und grübelt“<sup>11</sup> oder als etwas, das begleitet ist von „viel Angst und ständig[en] Sorgen im Kopf“.<sup>12</sup> Zu den Hauptsymptomen zählen Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Interessen- und Freudverlust. Daneben beeinflusst eine depressive Störung aber auch noch andere Funktionsbereiche, wie den Körper und das Körpergefühl, die Emotionen im Allgemeinen, die Kognition, die Motivation und dadurch bedingt selbstverständlich auch das Verhalten.<sup>13</sup> Als soziökonomische Risikofaktoren an einer Depression zu erkranken nennen Casper, Pjanic und Westermann 2018 in diesem Zusammenhang niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit, geringe Bildungsinteressen, das weibliche Geschlecht, die Zeit der Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter sowie den Verlust einer wichtigen Bezugsperson im Zusammenhang mit Trennung oder Scheidung sowie das Fehlen einer dabei so essentiell wichtigen, vertrauensvollen und verfügbaren Bezugsperson.<sup>14</sup>

Bei der Entstehung der Depressionen spielen einerseits eine genetisch bedingte Vulnerabilität mit geschätzten 30-40% eine Rolle. Welche Rolle die Genetik als Risikofaktor vertritt, wird im Kapitel 3.1.2 dieser Arbeit genauer betrachtet. Andererseits ist nach dem Verstärkerverlust-Modell

<sup>7</sup> vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 59, Volkmann 2018, S. 1

<sup>8</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 33, Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 59

<sup>9</sup> vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S.55

<sup>10</sup> Marcus et al. 2012, S. 6 (Internetquelle)

<sup>11</sup> Koller 2016, S. 46

<sup>12</sup> Koller 2016, S. 54

<sup>13</sup> vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 55f.; Pretis/ Dimova 2016, S. 130-135

<sup>14</sup> vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 59

nach Lewinsohn eine niedrige Rate an Verstärkern, damit sind unter anderem Schutzfaktoren wie interessenbasierte Hobbys, der Kontakt zu Gleichaltrigen oder positive soziale Interaktionen mit einer vertrauensvollen Bezugsperson gemeint, verursacht durch das eigene Verhalten ausschlaggebend für die Entstehung einer Depression. So spielt in der Behandlung einer Depression der Aktivitätsaufbau eine mögliche Rolle. Nachdem die Psychoedukation als Voraussetzung partizipativer Prozesse innerhalb der Behandlung erfolgt, wird die Anzahl an für den Betroffenen angenehmen Aktivitäten systematisch erhöht. Im kognitiven Modell der Depressionen nach Beck werden dysfunktionale Bewertungen der Ereignisse zusammen mit einer selbst- abwertenden Grundeinstellung als Auslöser depressiver Erkrankungen gesehen.<sup>15</sup> In Anlehnung daran hat die kognitive Therapie der Depressionen zum Ziel, diese dysfunktionalen Bewertungsprozesse, mittels kognitiver Methoden und des Prüfens auf Denkverzerrung in Verhaltensexperimenten, durch alternative Bewertungen zu ersetzen. Außerdem solleine aus transaktionsanalytischer Sicht betrachtete ich-bin-nicht-OK-Grundeinstellung, resultierend aus negativen Grundüberzeugungen des Betroffenen (zum Beispiel bedingt durch negative Skriptbotschaften der Eltern wie: man selbst sei nicht liebenswert) geändert werden.<sup>16</sup> Depressionen treten in 60-80% der Fälle mit mindestens einer psychischen Begleiterkrankung auf, am häufigsten sind dabei die Angststörungen vertreten, was die Behandlung zusätzlich erschweren dürfte.<sup>17</sup>

Zu beachten sind hierbei auch die postpartalen Depressionen, welche eine Depression beschreibt, die nach der Geburt des Kindes während des Wochenbettes auftritt. Samirski 2013 bezieht sich auf Reck 2008 und erwähnt eine Prävalenzrate von 6% in Deutschland. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht, wenn die Vulnerabilität der Mutter durch belastende Lebensereignisse erhöht ist, während der Schwangerschaft vermehrt Ängste und depressive Verstimmungen auftauchen, eine komplizierte oder traumatisierende Geburt erfolgte und, welches den schwerwiegendsten Faktor darstellt, die Unterstützung durch einen Partner/ das soziale Umfeld fehlt.<sup>18</sup> Das soziale Umfeld ist ein maßgeblicher Einflussfaktor für die Entstehung und die Behandlung depressiver Erkrankungen.

Eine manische Episode beschreibt hingegen das symptomatische Gegenteil einer depressiven Episode und ist gekennzeichnet durch einen „affektiven Zustand von freudig-euphorischer oder gereizter Stimmung, der unter anderen mit Symptomen wie Hyperaktivität/psychomotorischer Unruhe, vermindertem Schlafbedürfnis, Rededrang und Ideenflucht (=Denken wird ständig von spontanen Einfällen abgelenkt; formale Denkstörung) einhergehen kann [...].“<sup>19</sup> Weitere Symptome sind der Verlust sozialer Hemmungen, Ablenkbarkeit, leichtsinniges Verhalten und eine gewisse gesteigerte sexuelle Lust oder sexuelle Taktlosigkeit. Liegen mindestens drei dieser

---

<sup>15</sup>vgl. ebd., S. 59ff.

<sup>16</sup>vgl. Stewart/ Joines 1990, S. 181-186, 188-192; Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 61f.

<sup>17</sup>vgl. Volkmann 2018, S.4, Casper/ Pjanic /Westermann 2018, S. 80

<sup>18</sup>vgl. Samirski 2013, S. 31

<sup>19</sup>vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S.57

Symptome über die Dauer von einer Woche vor und sorgen für schwere psychosoziale Belastungen, spricht man von einer manischen Episode ohne psychotische Symptome. Auch die Manie kann von Wahnideen begleitet sein, wie zum Beispiel einem gewissen Größenwahn.<sup>20</sup> Kinder beschreiben die erlebte Manie ihrer Eltern als fühlten sich die Mutter/ der Vater wie Superman oder die Nummer eins und als seien sie reich, weil sie ihnen immer so viel Taschengeld geben.<sup>21</sup> Folglich spricht man dann von einer Manie mit psychotischen Symptomen. Allerdings nur, wenn die psychotischen Symptome eindeutig nicht einer schizophrenen Erkrankung zuzuordnen sind.

Eine bipolare affektive Störung beschreibt das Wechselspiel von manischen und depressiven Episoden, wobei hier weitergehend genauer unterschieden werden kann zwischen einer Bipolaren Störung Typ I und einer Bipolaren Störung Typ II. Bipolare Störungen des Typ II sind gekennzeichnet durch eine schwächere Form der manischen Episoden. Hierbei spricht man nämlich von einer Hypomanie, die bereits nach drei bis vier Tagen anhaltender Symptomatik diagnostiziert werden kann und nicht mit schwerwiegenden psychosozialen Beeinträchtigungen, wie beispielsweise starken sozialen Konflikten oder Verschuldung, einhergeht. Die bipolare Störung lässt sich meist erst nach Jahren wirklich diagnostizieren, da ein gewisser Verlauf zunächst stattgefunden haben muss. Die bipolare affektive Störung mit dem Wechsel zwischen depressiven und manischen Episoden stellt nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für das Umfeld und die Kinder betroffener Eltern eine enorme Belastung dar. Jede Symptomatik wirkt sich wieder anders auf die Verhaltensweisen der betroffenen Eltern aus und die daraus resultierende Unsicherheit bei den Kindern, besonders wenn sie aufgrund mangelnder Informationen das Verhalten der Eltern gar nicht zuordnen können, nimmt enorme Ausmaße an. Im Falle eines sogenannten rapid cycling erfolgen sogar mindestens vier Episoden innerhalb eines Jahres.<sup>22</sup>

Mit einer Lebenszeitprävalenz von rund 5% sind die bipolaren Störungen nicht so häufig vertreten wie die Depression. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass eine bipolare Störung erst nach einer gewissen Zeit diagnostiziert werden kann und bei der Hälfte der Fälle mit einer depressiven Episode beginnt. Dabei gelten instabile biologische Rhythmen, wie ein ständig wechselnder Schlaf-Wach-Rhythmus als mögliche Auslöser einer bipolaren Störung. Bei den bipolaren Störungen steht also eine Veränderung des Aktivitätsniveaus im Vordergrund und gilt als Hauptursache für Stimmungsveränderungen, wie die Zunahme von Euphorie und/oder Reizbarkeit. Soziale Konflikte, gesteigertes Selbstwertgefühl und Kritik von außen wirken dabei oft verstärkend. Bipolare Störungen treten häufig mit Begleiterkrankungen wie Substanzmissbrauch, Angststörungen und Zwangsstörungen auf.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup>vgl. ebd., S.58

<sup>21</sup>vgl. Koller 2016, S. 56, 60

<sup>22</sup>vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 58

<sup>23</sup>vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 58,60

Zentrale Aspekte in der Behandlung sind einerseits die medikamentöse, oft dauerhafte Einnahme und die Psychoedukation. In der psychologischen Therapie gilt die Psychoedukation mit der Verringerung von Belastungsquellen, Erstellung von Krisenplänen und der Einbezug von Angehörigen als besonders hilfreich, um mögliche wiederkehrende, akute Verläufe zu verhindern.<sup>24</sup>

### 1.1.2 Angststörungen

Die Angststörungen sind mit fast 15% der gesamten Erwachsenen und einer Lebenszeitprävalenz von etwa 30% eine der häufig vertretenen psychische Erkrankung, laut Casper/ Pjanic und Westermann 2018 sogar die am häufigsten vertretene psychische Erkrankung in unserer Gesellschaft.<sup>25</sup>

Bei den Angststörungen steht, wie der Name schon vermuten lässt, die Emotion der Angst im Zentrum. Die Betroffenen leiden unter einer objektiv nicht nachvollziehbaren Angst, welche allerdings, um als Angststörung diagnostiziert werden zu können, das primäre Symptom darstellen muss und nicht als Begleiterscheinung anderer physischen oder psychischen Krankheiten auftreten darf. Hierbei gilt es, die oder den Auslöser der Angst abzuklären, um die Angst als physiologische Reaktion auf Stress, aufgrund tatsächlicher oder vorgestellter Bedrohung ohne Vorliegen einer Angststörung, Symptom einer anderen psychischen Krankheit oder körperlichen Erkrankung oder als eine durch Substanzkonsum (Amphetamine, Kokain oder Koffein) ausgelöste Reaktion ausschließen zu können. Jedoch können andere psychische Störungen als Begleiterkrankung auftreten.<sup>26</sup>

In der ICD-10 werden vier Typen der Angststörungen unterschieden. Die Phobien (F40) bezeichnen eine enorme Angst der Betroffenen, die von spezifischen, für Außenstehende un- oder wenig gefährlichen Objekten oder Situationen verursacht wird. In diese Gruppe fällt die Agoraphobie, also die Angst vor öffentlichen Plätzen, längeren Reisen, dem allein Reisen in öffentlichen Verkehrsmitteln oder in Menschenmengen, da dort häufig ein Kontrollverlust in Notsituationen befürchtet wird. Dabei muss die Angst, welche mit oder ohne Panikattacken auftreten kann, in mindestens zwei dieser Situationen auftreten und folglich muss auch eine Vermeidung der angstausslösenden Situationen stattgefunden haben. Daneben steht bei der sozialen Phobie die Angst vor sozialen Interaktionen im Vordergrund, beispielsweise die Angst, sich bei einem Referat oder in sozialen Situationen zu blamieren, bloßgestellt zu werden oder zu versagen. Die Vermeidung dieser Situation ist Teil der Diagnose und kann bei ausbleibender Behandlung sogar zur kompletten sozialen Isolation führen. Die große Gruppe der spezifischen Phobien ist die häufigste Form der Angststörung. Die Angst vor ganz konkreten Situationen oder einem be-

---

<sup>24</sup>vgl. ebd., S. 61f.

<sup>25</sup>vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 31; Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 65

<sup>26</sup>vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 65f.

stimmten phobischen Objekt kann grob in die vier folgenden Untergruppen unterteilt werden: Natürliche Umgebung (gemeint sind spezifische Tiere, Wasser, Wind, Naturereignisse), Blut/Spritzen/ Verletzungen, Situative Ereignisse (darunter fällt die Angst vor bestimmten Verkehrsmitteln, Lärm, Höhe, Aufzüge) und Sonstige.<sup>27</sup> Einen weiteren Teil in der Gruppe der Angststörungen stellen die sogenannten anderen Angststörungen (F41), zu denen die Panikstörung, die generalisierte Angststörung und eine Mischung aus Angst und depressiven Symptomen zählen, dar. Hierbei ist die Angst an sich, ohne den Bezug auf eine bestimmte Umgebungssituation oder ein phobisches Objekt, das Leitsymptom. Es besteht also ein ständiges Gefühl der Angst. Die Panikstörungen ist gekennzeichnet durch das unvorhersehbare Auftreten von körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühl, Schwindel und einem Entfremdungsgefühl. Diese körperliche Symptome werden nicht durch eine spezifische Situation ausgelöst und werden von den Betroffenen oft als extrem bedrohlich erlebt, sodass eine weitere Angst vor dem erneuten Erleben einer Attacke entsteht und Orte, an denen die Attacke erlebt wurde, häufig gemieden werden. Die generalisierte Angststörung, ist ähnlich wie die Panikstörung von körperlichen Symptomen wie eine vegetative Übererregbarkeit und motorischen Spannungen begleitet, allerdings bestehen die Symptome hier über Wochen und Monate hinweg und sind begleitet von einer ständigen Befürchtung und Angst vor schlimmen Ereignissen.<sup>28</sup> Die Zwangsstörungen (F42) beschreiben, durch Zwangsgedanken (individuelle, teils bildhafte Vorstellungen, zwanghafte Ideen oder Zwangsimpulse, die der eigenen Person zugeordnet werden) und Zwangshandlungen (sich wiederholende schemenhaft Handlungsabläufe oder gedankliche Rituale, die aus Angst vor Unheil durchgeführt werden müssen) bedingte Einschränkungen der Betroffenen, die als unangenehm erlebt werden. Die Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) umfassen den letzten Teil der Angststörungen. Hierzu zählen die akute Belastungsreaktion (beispielsweise nach einem Unfall oder einer Naturkatastrophe), die posttraumatische Belastungsstörungen (ausgelöst durch traumatische Erfahrungen, tritt diese teilweise erst Monate nach dem Ereignis auf und kann zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung führen) und die Anpassungsstörungen. Die Symptome können sich vielfältig äußern, gemein ist dieser Gruppe, dass diesen Störungen ein belastendes Ereignis oder eine herausfordernde Situation als Auslöser voran geht.<sup>29</sup>

Zur Entstehung der pathologischen Angst taucht in der Literatur unter anderem (individuelle Erfahrungen, Temperament, genetische, sozioökonomische Faktoren) auch der Erziehungsstil und das Modellernen im Zusammenhang mit verschiedenen Lerntheorien auf. Dies ist besonders interessant, da für die Kinder betroffener Eltern somit ein erhöhtes Risiko besteht, selbst

---

<sup>27</sup>vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 65-69

<sup>28</sup>vgl. ebd., S. 69ff.

<sup>29</sup>vgl. ebd., S. 71-74

eine pathologische Angst zu entwickeln. So zeigen Kinder betroffener Eltern ein bis siebenfach erhöhtes Risiko, selbst eine Angststörung zu entwickeln.<sup>30</sup>

In der Behandlung der Angststörung werden, je nach Störung, konfrontative Verfahren, kognitive Verhaltenstherapie, Psychotherapie, die Etablierung verschiedener Entspannungsübungen und die Pharmakotherapie eingesetzt. Dabei ist es wichtig, die instrumentelle Funktion der Angst zu beachten. Angst ist primär eine sinnvolle Reaktion des Körpers und soll uns vor bedrohlichen Situationen schützen. So kann eine spezifische Phobie vor Fahrstühlen entstehen, weil seit Wochen eine belastende Situation am Arbeitsplatz für den Betroffenen/ die Betroffene vorherrscht und er/ sie so nicht mehr in der Lage ist, seinen/ ihren Arbeitsplatz zu erreichen. Es geht also nicht darum die Angst zu löschen, sondern deren Auslöser zu betrachten und Möglichkeiten zum Umgang mit dieser zu finden.<sup>31</sup>

### 1.1.3 Sucht

Im Rahmen der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (DEGS) wurde 2012 festgestellt, dass die Substanzbezogenen Störungen nach depressiven Störungen und den Angststörungen die am meisten verbreiteten psychischen Störungen unter den Erwachsenen ist, wobei der Tabakkonsum wiederum den größten Anteil ausmacht. Jeder zehnte Befragte erfüllt die Kriterien einer Tabakabhängigkeit.<sup>32</sup> Jedoch ist auch der Alkohol, als mit einer der schädlichsten Substanzen für die eigene physische und psychische Gesundheit und die psychische Gesundheit anderer mit einem durchschnittlichen Verbrauch von 10,6l reinem Alkohol pro Person im Jahr 2016, weit verbreitet.<sup>33</sup> Von den in Deutschland illegalen Drogen wird bei den 18-20-Jährigen Cannabis mit 16,2% am häufigsten konsumiert. Bei den 25-29-Jährigen sind am häufigsten die Amphetamine mit 2,4%, gefolgt von Ecstasy und LSD vertreten. Die Prävalenz für Missbrauch und Abhängigkeit war bei Cannabis unter den 21-24-Jährigen mit 2,3% am höchsten.<sup>34</sup> Das bedeutet auch, dass es in der psychoedukative Arbeit sowie in der familiären Arbeit besonders mit kleinen Kindern psychisch kranker Eltern wichtig ist, neben Alkohol und Tabak auch die Substanzbezogenen Störungen in Bezug auf die illegalen Substanzen im Blick zu behalten.

Die Substanzbezogenen Störungen umfassen eine Bandbreite an Störungen, die im ICD-10 unter dem Kapitel F1 diagnostiziert werden. Gekennzeichnet sind die substanzbezogenen Störungen durch einen übermäßigen Konsum psychotroper Substanzen. Unterschieden werden dabei nach der fünften Auflage des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) folgende Substanzklassen: Alkohol, Koffein, Cannabis, Halluzinogene, Inhalanzen, Opiode,

<sup>30</sup>vgl. Samirski 2013, S. 37, Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 74-78

<sup>31</sup>vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 78ff.

<sup>32</sup>In den letzten Jahren ist allerdings ein deutlicher Rückgang in den Prozentzahlen zu erkennen. vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019 (Internetquelle); vgl. Pabst u.a. 2013, S. 322

<sup>33</sup> vgl. Hanke 2019 (Internetquelle)

<sup>34</sup>vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 104, 108

Stimulanzien, Tabak, Sedativa und andere beziehungsweise unbekannte Substanzen. Ein schädlicher Gebrauch (F1x1) wird diagnostiziert, wenn der Konsum einer Substanz einer spezifischen Substanzklasse über mindestens 12 Monate zu einer Schädigung der physischen oder psychischen Gesundheit geführt hat. Ein Abhängigkeitssyndrom (F1x2) liegt vor, wenn mindestens drei bis vier der folgenden sechs Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen. Dazu zählen:

F1x.2	1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
	2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
	3. Ein körperliches Entzugssyndrom (Entzugssyndrom mit oder ohne Delir) bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch den Konsum der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden
	4. Nachweis einer Toleranzentwicklung. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
	5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen
	6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist

Abb. 1: Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 106  
 Beide Störungen fallen in den Bereich der Substanzkonsumsstörungen.<sup>35</sup>

Zu den Substanzinduzierten Störungen zählt die Diagnose der Intoxikation, also ein durch eine spezifische Substanz verursachter temporärer Zustand mit Symptomen einer schweren Vergiftung. Ein Alkoholrausch oder eine durch Halluzinogene verursachte gestörte Wahrnehmung würde demnach als Intoxikation (Fx0) diagnostiziert werden. Auch das Entzugssyndrom (F1x3), welches nach dem Absetzen oder einem reduzierten Konsum einer bestimmten Substanz begleitet von körperlichen Symptomen, teilweise auch mit Halluzinationen und Verwirrtheit, auftritt, fällt in die Gruppe der Substanzinduzierten Störungen. In Folge von Intoxikation, Entzug oder Substanzkonsum können psychische Störungen (F1x5) und amnestische Störungen (F1x6) auftreten. Dabei ist es wichtig die Substanzinduzierten psychischen Störungen in der Symptomatik, welche ähnlich einer schizophrenen Erkrankung sein kann (gekennzeichnet von Wahn,

<sup>35</sup> vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 103f., 105f.

akustischen Halluzinationen und Personenverkenning oder auch intensive Angst oder Ekstase sowie körperlichen Symptomen, zum Beispiel psychomotorische Störungen innerhalb 48 Stunden nach Konsum/Absetzen), von eben dieser abzugrenzen. Die amnestische Störung ist gekennzeichnet durch eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses.<sup>36</sup>

Die umgangssprachlich bezeichnete Spielsucht ähnelt in ihrer Symptomatik stark den Substanzbezogenen Störungen, wird im ICD-10 allerdings im Kapitel F6 unter Störung der Impulskontrolle geführt. Die Entstehung ist auch hier wieder von mehreren situativen, strukturellen und sozialen Faktoren abhängig. So gelten ein krankhaftes Spielverhalten in der Familie, Arbeitslosigkeit, geringes Einkommen aber auch eine hohe Verfügbarkeit und häufige Beinahe-Gewinne als potentielle Risikofaktoren. Mit einer Jahresprävalenz von unter 1% in Deutschland ist das pathologische Spiel weniger vertreten, als die Substanzbezogenen Störungen, tritt aber mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit (96,3%) komorbid mit mindestens einer weiteren psychischen Störung auf. Des Weiteren erschließen sich in den letzten Jahren mit zunehmender Digitalisierung weitere Formen, wie die Internet- und Computerspielsucht, allerdings sind diese weniger eindeutig klassifiziert. Im Zusammenhang mit der hohen Komorbidität des pathologischen Spiels entstand die Selbstmedikationshypothese, nach der das pathologische Spiel einen Versuch darstellt, die Symptome einer anderen psychischen Erkrankung zu regulieren.<sup>37</sup> Substanzabhängigkeiten entstehen oft aus dem Versuch heraus, Spannungen und Belastungen zu reduzieren und seinen eigenen Gefühlshaushalt zu regulieren. Durch die Einnahme verschiedener Substanzen aus den Substanzklassen oder dem exzessiven Spielverhalten kann der Mensch eine Möglichkeit finden, sich selbst zu regulieren und somit mit individuellen Belastungen ein Stück weit erträglicher zu gestalten. Dies ist nicht prinzipiell schlecht und gilt es ebenso anzuerkennen, wie die Gefahren eines pathologischen Verlaufs.<sup>38</sup>

Im Zusammenhang mit im Haushalt lebenden minderjährigen Kindern ist der Konsum illegaler Substanzen jedoch kritisch zu betrachten und auch der Konsum in Deutschland legaler Substanzen, wie Alkohol oder Tabak sollte keinesfalls pathologische Züge annehmen. Die Autorin definiert einen pathologischen Verlauf im Zusammenhang mit Kindern psychisch kranker Eltern, gemeint sind hierbei die Substanzbezogenen Störungen, in dieser Arbeit als einen die Erziehungsfähigkeit der Eltern einschränkenden, das Leben der Kinder negativ beeinflussenden Verlauf in Folge eines Konsumverhaltens der Eltern, welcher nachhaltig die psychische und physische stabile Entwicklung der Kinder stört. Die unmittelbare Erfahrung der Sucht beziehungsweise der Intoxikation ihrer Eltern löst bei Kindern häufig große Angst aus, denn „man schreit laut und wird richtig böse und gefährlich.“<sup>39</sup>

Die Behandlung erfolgt je nach Substanzklasse mit unterschiedlichen Methoden und wird dabei eingeteilt in die Entzugsbehandlung, welche in aller Regel stationär erfolgt, um die körperlichen

<sup>36</sup> vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 106f.

<sup>37</sup> vgl. ebd., S. 107f., 109, 112

<sup>38</sup> vgl. ebd., S. 109f.

<sup>39</sup> Koller 2016, S. 76

Symptome eines Entzugs adäquat behandeln zu können, in die Entwöhnungsbehandlung und die Nachsorge. Übergeordnetes Ziel stellt dabei die Abstinenz dar, jedoch sind für die Therapieelemente während der Entwöhnung und der Nachsorge erreichbare Ziele, wie die Substitution und der kontrollierte Konsum durchaus lohnende und oftmals für die Motivation des Betroffenen förderliche Therapieziele. Um einen „risikoarme[n], im Zusammenhang mit der Menge, Häufigkeit und sozialen Angemessenheit, [...] durch eine Ausrichtung an expliziten Zielen [gekennzeichneten]“<sup>40</sup> Substanzkonsum zu erreichen, werden verschiedene Methoden aus der Verhaltenstherapie und motivierenden Gesprächsführung eingesetzt. Beispielsweise übende Verfahren, wie die Konfrontation mit Hinweisreizen der Sucht (Alkohol/Tabak riechen ohne zu konsumieren oder andere Menschen konsumieren sehen), um die Kontrolle und den Umgang bei entsprechenden Angeboten zu üben, oder kognitive Techniken sind häufige Bestandteile einer Suchttherapie. Der Fokus liegt außerdem auf der Rückfallprophylaxe und dem Umgang mit einem rückfälligen Verhalten sowie der Substanzprävention. In der Therapie von Substanzbezogenen Störungen ist der Aufbau einer geeigneten Klienten-Therapeuten-Beziehung, aufgrund von einer ambivalenten Motivation resultierend aus der Regulierenden/ Stimulierenden Funktion des Konsums, oftmals eine besondere Herausforderung. Die Motivation des Betroffenen und damit der Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist demnach ebenso Ziel und Aufgabe der Therapie und des Therapeuten. Erwähnt wird dafür als effektive Methode das *Motivational Interviewing*, welches Empathie, Entwicklung von und Toleranz von Diskrepanz und den entspannten Umgang mit Widerstand sowie die Stärkung der Änderungszuversicht als leitende Prinzipien vertritt und dafür beispielsweise Methoden wie das aktive Zuhören, offene Fragen, Würdigung und einer optimistisch geprägten Gesprächsführung bezüglich der Vorteile eine Verhaltensänderung einsetzt. Die Autonomie des Betroffenen zu respektieren ist dabei essentiell wichtig, um die Bereitschaft zur Eigenverantwortung zu fördern.<sup>41</sup>

Kommentiert [H1]: Was zu erreichen?

Kommentiert [H2]: Der ganze Satzaufbau ist irgendwie komisch ... "welche auf.....vertritt" . Verstehe ich nicht.

## 1.2 Auswirkungen auf die Angehörigen, insbesondere auf die Kinder

Ist ein Mensch psychisch erkrankt hat das, bedingt durch die eigenen Einschränkungen und das Kommunikations- und Interaktionsverhalten, verständlicherweise Auswirkungen auf die Lebenswelt dieser Person. In erster Linie auf die direkten Angehörigen, die Freunde, die Familie als oftmals primäres Bezugssystem und natürlich die Kinder.

So beeinflusst die psychische Erkrankung eines Elternteils beispielsweise die Partnerschaft, beziehungsweise das Verhältnis zum anderen Elternteil auf unterschiedliche Weise. Meistens ist die familiäre Atmosphäre durch ein hohes Konfliktpotential und eine angespannte Stimmung gekennzeichnet. Mehr als die Hälfte der Partnerschaften zerbrechen oder die Ressourcen des psychisch gesunden Elternteils, stehen häufig nicht den Kindern zur Verfügung, sondern wer-

<sup>40</sup> vgl. Casper/ Pjanic/ Westermann 2018, S. 110

<sup>41</sup> vgl. ebd., S. 110ff., Samirski 2013, S. 129

den durch die Versorgung des psychisch kranken Elternteils gebunden.<sup>42</sup> Abgesehen davon suchen sich beispielsweise Mütter mit Depressionen häufig Partner, die ebenfalls psychische Auffälligkeiten zeigen, sodass die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Konflikten innerhalb der Partnerschaft und die fehlende Unterstützung durch den Partner eine erhöhte Belastung für das Kind darstellen. Die Bedeutung der elterlichen Beziehung und des familiären Klimas wird im Zusammenhang mit den Belastungsfaktoren in Kapitel 3.1.2 dieser Arbeit genauer betrachtet. Allerdings kann die Rolle des Vaters, beziehungsweise des Partners/ der Partnerin auch kompensatorische Funktionen übernehmen und als emotional stabile Bezugsperson sowohl für das Kind, als auch für den psychisch kranken Eltern Teil entlastend wirken.<sup>43</sup>

Die Angst vor Stigmatisierungen durch die eigenen Verwandten, Freunde und Bekannten ist bei psychisch kranken Menschen oft noch größer, als die Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung durch die Gesellschaft. Denn von den Menschen ausgegrenzt oder verurteilt zu werden, zu denen man eine emotionale Bindung hat, ist weitaus schwieriger zu verarbeiten, als die Ausgrenzung und Verurteilung von für einen selbst unbekanntem Menschen. In der Praxis lässt sich dieses Verhalten anhand psychisch kranker Eltern beobachten, welche weitaus größere Hemmungen aus genannten Gründen davor hatten, ihrem eigenen Partner von ihrer Erkrankung zu berichten, als externen Mitarbeiterinnen des sozialpädiatrischen Zentrums in dem sie mit ihrem Kind vorstellig wurde. Die Folge ist nicht selten eine Tabuisierung der psychischen Erkrankung innerhalb der eigenen Familie und der Nachbarschaft sowie der soziale Rückzug der betroffenen Eltern und deren Kinder. Ergänzend dazu ergeben sich, begünstigt durch Parentifizierungsprozesse, besonders für die Kinder wenig Möglichkeiten mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten, was wiederum Auswirkungen auf die emotionale und soziale Entwicklung der Kinder hat.<sup>44</sup> Als Parentifizierung wird in diesem Zusammenhang die „inadäquate Übernahme von Erwachsenenrollen“ beschrieben.<sup>45</sup>

Der Fakt, dass sich die psychische Erkrankung der Eltern auf die Umwelt, das Familiensystem und damit auch die eigenen Kinder auswirkt, ist nicht zu bestreiten, nur sind die Arten, wie sie sich auswirken, unterschiedlich. Besonders die Kinder reagieren mit diversen Verhaltensweisen auf die psychische Erkrankung der Eltern. Das kann sich von aggressiven Stimmungen, Gewalt gegenüber Erwachsenen/ Gleichaltrigen über Bettnässen, Nägelbeißen bis hin zur Überangepasstheit und auffälligem Fürsorgeverhalten äußern. Die Palette ist dabei groß. Pretis und Dimova verwenden das biopsychosoziale Modell von Egger 1993 angewendet auf die psychischen Erkrankungen, um die komplexen und ganzheitlichen Auswirkungen, insbesondere auf die Kinder psychisch kranker Eltern, deutlich zu machen.

---

<sup>42</sup>vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 30

<sup>43</sup> vgl. Samirski 2013, S. 36

<sup>44</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 23

<sup>45</sup> vgl. ebd., S. 24

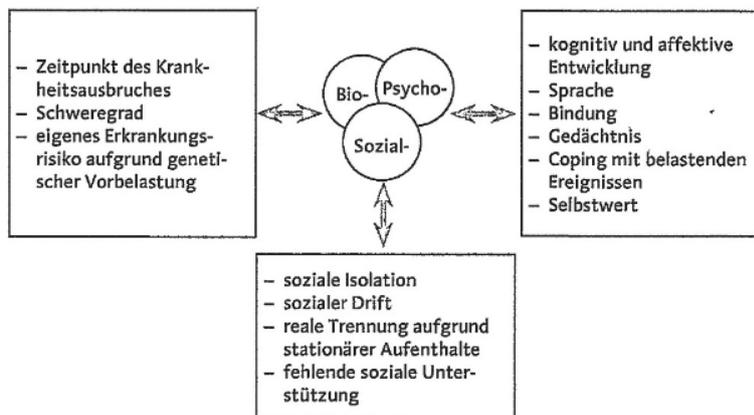


Abb. 2: Pretis/ Dimova 2016, S. 46

Die psychische Erkrankung der Eltern betrifft die Kinder auf jeder dieser drei Ebenen (wobei diese sich gegenseitig beeinflussen) und sorgt einerseits für umfangreiche Belastungen und andererseits für die Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien. Kinder sind zudem mit ambivalenten, unangepassten Verhaltensweisen der Eltern während akuter Krankheitsphasen konfrontiert und können diese oft nicht einer psychischen Erkrankung zuordnen, was die kognitive Verarbeitung deutlich erschwert. Die Autoren stellten in einer 2011 selbst durchgeführten Studie bei einem Viertel der Kinder psychisch kranker Eltern, von denen ein Großteil der Eltern unter der Verdachtsdiagnose der Persönlichkeitsstörungen vorstellig wurden, eine Entwicklungsstörung primär aufgrund von Mangelförderung sowie bei rund 16% der Kinder Störungen der sozialen Funktion und bei 12% der Kinder Zeichen einer Parentifizierung fest.<sup>46</sup> Die Verhaltensweisen lassen dabei nicht auf eine spezifische psychische Erkrankung der Eltern schließen, sondern sind vielmehr individuelle Reaktionen der Kinder auf das erhöhte Stresslevel und die Belastungen, die durch die Erkrankung in allen Lebensbereichen des Kindes entstehen. Demnach lohnt es sich, die dazu doch recht viel beforschte entwicklungspsychologische Ebene der Kinder und die Auswirkungen psychischer Erkrankungen in den einzelnen Entwicklungsphasen zu betrachten.<sup>47</sup>

Innerhalb der ersten drei Lebensjahre wirkt sich die psychische Erkrankung vor allem auf die Bindung und die Eltern-Kind-Interaktionen aus. Es sind überwiegend unsichere Bindungsmuster im Zusammenhang mit einer verminderten Fähigkeit zur Regulationshilfe für den Säugling

<sup>46</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 46ff.

<sup>47</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 58

durch weniger positive Reaktionen auf Kommunikationsversuche des Kindes, wenig Blickkontakt und eher negativen Gefühlen gegenüber dem Kind bei depressiven und schizophrenen Müttern beobachtbar. Bei Müttern, welche an einer Angststörung erkrankt sind, kommt zusätzlich noch ein hoher Zusammenhang zwischen dem Angstniveau der Mutter und dem des Kindes hinzu, welches sich im Kleinkindalter in Tendenzen zu überängstlichem Verhalten der Kinder äußert. Als kritische Phase nennen Pretis und Dimova 2016 auch den Zeitraum zwischen dem 12.-18. Lebensmonat, in Bezug auf eine massive Auswirkung und Verstärkung der Bindungsunsicherheit bei Kindern depressiver Mütter und ebenso auf die Angstreaktion der Kinder schizophrener Mütter. Diese Kinder wirken meist emotional instabil, ängstlich, stresssensibel und weisen eine geringe Frustrationstoleranz auf. Bei Kindern psychisch kranker Eltern lassen sich bereits im Säuglings- und Kleinkindalter Entwicklungsrückstände als Folge eines geringeren Explorationsverhaltens durch die notwendigen Versuche der Selbstregulation der Kinder feststellen. Da diese Prozesse verständlicherweise sämtliche Ressourcen und Kräfte der kleinen Menschen binden.<sup>48</sup>

Im Vorschulalter äußern sich die Belastungen der Kinder durch die psychische Erkrankung eines Elternteils im Zusammenhang mit der Konfrontation institutioneller Erziehungsformen vermehrt durch Verhaltensprobleme und einer eingeschränkten Sprachentwicklung. Betroffene Kinder sind mit Schuldgefühlen, Ängsten und Verwirrung oder mit Scham, Verlegenheit, Einsamkeit und Ablehnung konfrontiert, wobei letztere in Bezug auf Wadsworth 2008 erst im Schulalter verstärkt zum Tragen kommen. Das führt nicht selten zu Schulproblemen oder, wie bei Kindern eines schizophrenen oder manischen Elternteils festgestellt, zu formalen Denkstörungen.<sup>49</sup>

Und auch im späteren Erwachsenenalter berichten die Kinder psychisch kranker Eltern von massiven Schuldgefühlen in der Kindheit, die sich zum späteren Zeitpunkt in Trauer und Wut über ausbleibendes Verständnis und mangelnder Hilfe in der Kindheit sowie Selbsthass äußern. Durch die in der Kindheit erlernte Hilflosigkeit, fällt es den Kindern im Erwachsenenalter schwer mit belastenden Situationen umzugehen und eigene Problemlösefähigkeiten zu entwickeln, da die dafür notwendigen positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen fehlen, also das Gefühl die eigene Umwelt und die Beziehung zu den Mitmenschen durch das eigene Verhalten aktiv mitgestalten oder sogar verändern zu können. Die Wahrscheinlichkeit, unter Belastungssituationen selbst an einer Depression zu erkranken, ist dadurch erhöht. Hinzu kommen bei mehr als drei von vier befragten erwachsenen Kindern ein durch unsichere Bindungen, ambivalente Verhaltensweisen und mangelnde Anerkennung durch die Eltern, erlebte Schuldgefühle und Botschaften der Eltern, die zu einer negativen Grundeinstellung beitragen (Ich-bin-nicht-okay)<sup>50</sup>, verur-

---

<sup>48</sup> vgl. ebd., S. 58f.

<sup>49</sup> vgl. ebd., S. 60f.

<sup>50</sup> vgl. Stewart/ Joines 1990, S. 177-184

sachtes geringes Selbstwertgefühl. Dieses geringe Selbstwertgefühl kann einen Menschen in vielen Bereichen des aktiven Lebens hemmen. Beispielsweise sorgt es für soziale Unsicherheiten im Umgang mit anderen Menschen und beeinflusst so die sozialen Beziehungen oder es beeinträchtigt im beruflichen Alltag, weil man sich selbst nichts zutraut und sehr verletzlich auf Kritik reagiert. Die Angst ist ein ständiger Begleiter dieser Kinder. Sie beschreiben eine Angst vor Selbstmordäußerungen oder eine unspezifische Angst aufgrund erlebter Gewalt innerhalb der Kindheit sowie die Angst, selbst die Erkrankung der Eltern geerbt zu haben und diese nun an eigene Kinder weiterzugeben.<sup>51</sup>

Die psychische Erkrankung des Elternteils hat also direkte Auswirkungen auf die Kinder. Sie führt zu unmittelbaren Verhaltensauffälligkeiten, Ängsten oder anderen negativen Gefühlen und zu Folgeproblemen im Erwachsenenalter. Sie beeinflusst somit die gesamte Entwicklung der Kinder. Bedingt werden diese Auswirkungen auf die Kinder größtenteils durch die gestörten Eltern-Kind-Interaktionen und die sich daraus ergebenden Bindungsmuster. Das führt zu der These, dass die Eltern-Kind-Beziehung einen signifikanten Einflussfaktor für die Entwicklung psychischer Störungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungstraumatisierungen bei Kindern psychisch kranker Eltern darstellt. Aus diesem Grund wird im Folgenden die Eltern-Kind-Beziehung im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung der Eltern genauer betrachtet.

### 1.3 Die Eltern-Kind-Beziehung und deren Bindungsqualität als maßgeblicher Faktor für die kindliche Entwicklung

Die psychische Erkrankung eines Elternteils beeinflusst primär die Interaktionen des betroffenen Elternteils mit seiner Umwelt, folglich auch die Interaktion mit den eigenen Kindern. Ein kleiner Exkurs in die Bindungsforschung reicht aus, um die essentielle Bedeutung der Eltern-Kind-Beziehung für eine stabile psychische und seelische Entwicklung des Kindes deutlich zu machen. Laut Bowlby ist das Bedürfnis nach Bindung zu den Eltern eines der Primärbedürfnisse und das daraus resultierende, biologisch verankerte Bindungssystem eines von drei Systemen, die das menschliche Verhalten steuern. Das Bindungssystem ist ein komplexes, instinktgeleitetes, aber von der Umwelt beeinflussbares Kontrollsystem, welches in für das Kind unsicheren Situationen aktiviert wird, um die Nähe zur Bindungsperson wiederherzustellen und damit Schutz zu erhalten. Trost und Rückversicherung beenden das Bindungsverhalten und das Kind kann sich wieder in eines der anderen Verhaltenssysteme begeben. Zu diesen anderen Verhaltenssystemen des Kindes zählt auch das Explorationsverhalten, welches die Grundlage für die kognitive Entwicklung der Kinder gewährleistet. Ist das Bindungssystem dauerhaft aktiviert, was häufig bei Kindern mit unsicher-ambivalenten oder desorganisierten Bindungsmustern der Fall ist, ist es dem Kind kaum möglich, sich aktiv mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen und somit Lernprozesse zu aktivieren. Wohingegen sicher gebundene Kinder sich uneinge-

---

<sup>51</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 61-64

schränkt in die Exploration ihrer Umwelt begeben können und dadurch ihre gesamte Entwicklung positiv beeinflusst wird.<sup>52</sup>

Modelhaft dargestellt im Kreis der Sicherheit nach Cooper, Hoffmann, Marvin und Powell wird deutlich, dass ein Kind sich nur aktiv und interessiert mit der Umwelt auseinandersetzen wird, wenn es eine sichere Bindung zu den Eltern als Basis hat, in der die Eltern oder Bezugspersonen mit Unterstützung und Zutrauen einerseits reagieren, andererseits aber auch einen sicheren Hafen für das Kind darstellen. In diesem Hafen kann das Kind sich absichern, findet Trost sowie Regulierungshilfen und bekommt auch Grenzen zum eigenen Schutz aufgezeigt.<sup>53</sup> Denn je kleiner ein Kind ist, desto mehr ist es darauf angewiesen, in der Regulierung seiner eigenen Gefühlswelt von den Bezugspersonen, meist sind das die Eltern, unterstützt zu werden.

Doch eben diese unterstützenden Regulierungshilfen setzen eine gewisse innere Stabilität und Regulierungsfähigkeit der eigenen Gefühlswelt sowie die Feinfühligkeit, das Bedürfnis des Kindes nach Unterstützung überhaupt wahrzunehmen, voraus. Psychisch kranke Eltern können gerade das in akuten Krankheitsphasen nicht gewährleisten, was sich dann negativ auf die Eltern-Kind-Interaktionen und langfristig auf die Bindungsqualität der gesamten Eltern-Kind-Beziehung auswirkt.<sup>54</sup> Oftmals entstehen negative Kreisläufe. Die ausbleibende Bereitschaft des erkrankten Elternteils auf die Kommunikationssignale des Kindes einzugehen führt, wie im ‚still faceexperiment‘ von Tronick bewiesen wurde, schnell zu einem erhöhten inneren Stressempfinden, Unsicherheit, Angst und negativen Gefühlen auf Seiten des Kindes.<sup>55</sup> Das Kind reagiert in Folge dessen mit Ablehnung oder verstärkten Selbstregulierungsversuchen durch eine erhöhte Anspannung, Weinen oder Schreien. Gerade bei Säuglingen und Kleinkindern wurde dieser Effekt durch das Experiment nachgewiesen. Die Reaktionen des Kindes führen auf der Seite des psychisch kranken Elternteils ebenfalls zu einem erhöhten Stresslevel, was sich einerseits negativ verstärkend auf die psychische Erkrankung auswirkt, andererseits nicht selten zu einer ebenso großen Unsicherheit oder verstärkten Schuldgefühlen auf Seiten des Elternteils führt. Die Eltern-Kind-Interaktionen werden für beide Seiten also zunehmend unvorhersehbar und von negativen Gefühlen begleitet. Eine geringere Frustrationstoleranz, Schlaf- und Essstörungen, Trennungängste oder auch Verhaltensauffälligkeiten, wie beispielsweise sozialer Rückzug des Kindes oder innere Unruhe, Unausgeglichenheit und häufige Wutanfälle können die Folge sein. Dabei verstärken und bedingen sich die Reaktionen des Kindes und das Verhalten der Eltern gegenseitig. Das durch die Verhaltensauffälligkeiten des Kindes erhöhte Stresslevel trägt zur Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung des Elternteils bei, die elterliche Feinfühligkeit bleibt unter Umständen eingeschränkt, worauf das Kind ebenfalls mit auffälligem

---

<sup>52</sup> vgl. Kerres 2005, S. 3, 5f.

<sup>53</sup> vgl. ebd., S. 7f.

<sup>54</sup> vgl. Sarimski 2013, S. 32f.

<sup>55</sup> vgl. ebd., S. 33

Verhalten reagiert und es entsteht eine negative Spirale.<sup>56</sup> Ein anderes Verhaltensmuster ergibt sich aus einem überstimulierenden Verhalten des psychisch kranken Elternteils. Eine psychische Erkrankung erhöht also die Wahrscheinlichkeit für einen ambivalenten Erziehungsstil mit unvorhersehbarem Wechsel zwischen unbeteiligtem und bedrängendem Verhalten, der zu einem unsicheren Bindungserleben beim Kind führt und dazu beiträgt, dass sich desorganisierte und unsichere Bindungsmuster festigen.<sup>57</sup> Die durch die gestörte Eltern-Kind-Interaktion entstandenen verfestigten Bindungsmuster gehen oft mit negativen Verhaltensmustern einher, welche häufig auch nach der Bewältigung der psychischen Erkrankung durch das betroffene Elternteil bestehen bleiben; besonders dann, wenn sich die Interaktions- und Erziehungsfähigkeit des Elternteils nicht verbessert. Das Risiko für die Störung der kindlichen Entwicklung „ist umso größer, je länger die elterliche Erkrankung dauert, je mehr Krankheitsepisoden vorgekommen sind und je schwerer die Erkrankung ist“.<sup>58</sup> Neben der Dauer, Intensität und Häufigkeit der psychischen Erkrankung ist es entscheidend, ob das Elternteil trotzdem in der Lage ist, eine gewisse elterliche Feinfühligkeit gegenüber den Kommunikationssignalen ihres Kindes zu entwickeln oder nicht. Die ‚Mannheimer Risikokinderstudie‘ belegt, dass nicht die psychische Erkrankung an sich den Risikofaktor für die kindliche Entwicklung darstellt, sondern die dadurch eingeschränkte Feinfühligkeit und Erziehungskompetenz der Eltern.<sup>59</sup>

Eine Substanzbezogene Störung der Eltern, insbesondere eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, haben zudem nicht nur Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Kindes, sondern können ebenso zu physischen Einschränkungen führen, beispielsweise wenn der Konsum während der Schwangerschaft fortgeführt wurde oder neuronal schädigende Substanzen vom Kind mit inhaled oder auf andere Weise aufgenommen werden. Außerdem bringt eine Suchterkrankung oftmals eine Verschiebung der Prioritäten im Familiensystem mit sich. Das von der Substanzbezogenen Störung betroffene Elternteil ist zweitweise genauso wenig fähig die Bedürfnisse des eigenen Kindes wahrzunehmen, wie diesen beispielsweise im intoxizierten Zustand nachzukommen. Erneut findet eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion statt. Belegt wurden die mangelnde Responsivität in der Kommunikation, weniger Interesse am gemeinsamen Spiel sowie eine geringere Imitationsbereitschaft drogenabhängiger Mütter durch die Forschung sowohl von Molitor und Mayes 2010 als auch von Fraser et al. 2010 mit der *Emotional Availability Scale*. Desorganisierte und vermeidende Bindungsmuster wirken sich im Zusammenhang mit dem innerfamiliären Stress, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes und der Qualität der Eltern-Kind-Interaktionen steigend auf das Risiko der Entwicklung einer affektiven oder sozialen Störung aus.<sup>60</sup>

<sup>56</sup>vgl. Samirski 2016, S. 116f.; Domin/ Thies 2016, S. 98; Samirski 2013, S. 34f.

<sup>57</sup>vgl. Samirski 2013, S. 33,35; Mattejat 2008, S. 86

<sup>58</sup>Samirski 2013, S.35

<sup>59</sup>vgl. Samirski 2013, S. 35f.

<sup>60</sup>vgl. Domin /Thies 2016, S. 117ff.

Zahlreiche Belastungsfaktoren für die Kinder psychisch kranker oder suchtkranker Eltern verstärken die Belastungen der unsicheren oder desorganisierten Bindung zu den Eltern zusätzlich und die Situation endet in der Praxis teilweise leider mit dem von vielen psychisch erkrankten Eltern befürchteten Kindesentzug. Ein Grund dafür ist auch, dass Kinder- und Jugendhilfesysteme viel zu spät oder gar nicht involviert werden. Sei es aus einer erwiesenen überdurchschnittlichen Anpassung der Kinder an die Auswirkungen der psychische Erkrankung des Elternteils heraus, welche oft mit einer Übernahme elterlicher Aufgaben und einem erhöhtem Verantwortungsgefühl für die Familie einhergeht und das Familiensystem so teilweise lange aufrechterhalten werden kann oder aus Angst der Eltern vor Stigmatisierung oder Bevormundung.<sup>61</sup> Schamgefühl oder die fehlenden Zusammenarbeit von Erwachsenenpsychiatern/Psychotherapeuten und den Anbietern von Erziehungshilfeangeboten sind weitere Faktoren. Die psychisch erkrankten Erwachsenen werden in der Praxis nicht in ihrer Elternrolle wahrgenommen, so dass Therapien und weitere medizinisch notwendige Maßnahmen oftmals nicht auf den Familienalltag abgestimmt sind, deswegen häufig abgebrochen oder nicht angefangen werden und auch die Kinder oftmals außen vor gelassen werden.<sup>62</sup>In der Praxis ist die fehlende Information Angehöriger und der Hilfesysteme über die Lebensumstände des Familiensystems sowie über die psychische Erkrankung des Elternteils ein großes Problem. Oftmals wissen Partner, enge Freunde und Angehörige nicht einmal, wie akut die Belastungen für das betroffene Elternteil wirklich sind, wodurch die Hilfebedarfe der Familie von den zuständigen Instanzen, wie beispielsweise dem Jugendamt, den Frühförderstellen oder sozialpädagogischen Familienhilfen, oftmals zu spät erkannt oder unterschätzt werden.<sup>63</sup>Doch welche Chancen haben Kinder psychisch kranker Eltern und was können einzelne Hilfesysteme, insbesondere die Frühförderung, tun, um betroffene Kinder bestmöglich in ihrer Entwicklung zu unterstützen? Inwiefern kann die Psychoedukation mit Kindern in andere Hilfesysteme integriert werden?

## 2 Psychoedukation

### 2.1 Der Begriff Psychoedukation

Konrad und Losekam 2017 beschreiben Psychoedukation im Zusammenhang mit Depressionen als „eine therapeutisch geleitete, patientengerechte Aufklärung und Informationsvermittlung in Bezug auf die depressive Symptomatik und Therapie des Patienten“<sup>64</sup>mit dem Ziel, die Eigenverantwortung, Selbstwirksamkeitserfahrung und Partizipationsmöglichkeiten des Betroffenen zu stärken und somit auch ein Stück weit Zuversicht und Hoffnung entstehen zu lassen. Unter Psychoedukation versteht man also im weitesten Sinne die Aufklärung und Informationsvermittlung über die eigene psychische Erkrankung, über die psychische Erkrankung eines An-

<sup>61</sup>vgl. Petris/ Dimova 2016, S. 24

<sup>62</sup>vgl. Domin/ Thies 2016, S. 97f.; Samirski 2013, S. 37

<sup>63</sup> vgl. Petris/ Dimova 2016, S. 23f.

<sup>64</sup> vgl. Konrad/ Losekam 2017, S. 16

gehörigen oder psychische Erkrankungen im Allgemeinen. Im engeren Sinne ist Psychoedukation die Grundvoraussetzung für eine gelingende therapeutische Beziehung und findet sich als Grundgedanke ebenso in der Transaktionsanalyse nach Berne und der klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers wieder. In der Transaktionsanalyse sind Transparenz und eine Kommunikation auf Augenhöhe in der Klienten-Therapeuten-Beziehung eines der Grundprinzipien, um Partizipationsmöglichkeiten in der Arbeit mit dem Klienten/ der Klientin möglich zu machen und so ein Gefühl der Eigenverantwortung und der Selbstwirksamkeit zu aktivieren. Diese Gefühle sind für einen nachhaltigen Therapieerfolg sowie für die angestrebte Hilfe zur Selbsthilfe absolut notwendig.<sup>65</sup> Transparenz ist in diesem Zusammenhang übergreifend zu verstehen und bedeutet, dass der Klient/ die Klientin über seine/ ihre eigene Erkrankung, unterschiedliche Symptome, den Verlauf sowie Therapiemöglichkeiten informiert sein muss. Die reine Informationsvermittlung reicht allerdings nicht aus, um ausreichend Eigenverantwortung und ein ausreichendes Bewusstsein für die eigene Erkrankung oder die Erkrankung eines Angehörigen zu entwickeln. Der Klient/ die Klientin muss die Möglichkeit haben seine/ ihre eigenen Fragen zu stellen und sich in einen aktiven, therapeutisch geleiteten Austausch zu begeben. Die Psychoedukation hat außerdem zum Ziel, dem Klienten /der Klientin durch das aktive Mitwirken am Behandlungsprozess sowie der klientengerechten Aufklärung Zuversicht und Hoffnung zu vermitteln.<sup>66</sup> Lenz 2010 definiert Psychoedukation, in Orientierung an der Definition der Arbeitsgruppe Psychoedukation der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE), als zusammenfassenden Begriff für alle „systematische[n] didaktisch-psychotherapeutische[n] Interventionen [...], die dazu geeignet sind, Patienten und Angehörige über eine Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“.<sup>67</sup>

## 2.2 Die Methodik der Psychoedukation

Die Psychoedukation erfolgt derzeit in der Praxis überwiegend im therapeutischen Bereich und im Rahmen der Behandlung eines psychisch kranken Erwachsenen oftmals lediglich mit dem Betroffenen selbst. Ein Beispiel, wie eine solch psychoedukativer Therapiebaustein aussehen könnte und wo beziehungsweise in welchem Setting die Psychoedukation erfolgt, wird im Folgenden kurz beschrieben.

### 2.2.1 Wie erfolgt Psychoedukation?

Ein Beispiel für die Durchführung einer Psychoedukation im Bereich der Depressionen beschreiben Konrad und Losekam 2017. Demnach sind die Abläufe in den Einzel- und Gruppensitzungen weitgehend ähnlich. In den Gruppensitzung wird der Fokus verstärkt auf eine gemeinsame Erarbeitung der Themen und der Arbeit in Kleingruppen gelegt. In den Einzelsitzun-

<sup>65</sup> vgl. Stewart/ Joines 1990, S. 28-30

<sup>66</sup> vgl. Konrad/ Losekam 2017, S. 16f.

<sup>67</sup> vgl. Lenz 2010, S. 184

gen erfolgt die Erarbeitung lediglich mit dem Therapeuten, dieser kann sich aber im zeitlichen Ablauf und in der Intensität der einzelnen Themen besser auf den Betroffenen einstellen. Zunächst ist es sinnvoll mittels eines Arbeitsblattes oder anderem anschaulichem Material erste Informationen über die psychische Erkrankung zusammenzutragen. Fragen nach der Art der Krankheit, deren Häufigkeit und den unterschiedlichen Symptomen und Ausprägungen können hier beantwortet werden. In Gruppen bietet sich in dieser Phase ein Austausch über die individuellen Symptome, die Krankheitsgeschichte und den Verlauf an. Anschließend erfolgt eine Analyse der Belastungen anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells.<sup>68</sup> Eine gute Methode hierfür ist das sogenannte *Stressfass*, in dem der Betroffene alles zusammenträgt, was für ihn mögliche Auslöser der Krankheit darstellen (zum Beispiel genetische Faktoren, fördernde Persönlichkeitsmerkmale, andauernde Belastungen und relevante Lebensereignisse). Es ist währenddessen schon sinnvoll die Grundlage für die nächste Phase zulegen, indem bereits erste Anzeichen der Erkrankung und des aufkommenden Stresses festgehalten werden. Als nächstes werden dann die persönlichen Kennzeichen, unterteilt in die Kategorien: Körper, Verhalten, Denken und Fühlen, erarbeitet. Dabei sind eine differenzierte Vorgehensweise und eine ausreichende Assoziation zu einzelnen Symptomen notwendig, um diese für den Patienten auch greifbar zu machen. „Je beispielhafter und plastischer die Kennzeichen zusammengetragen werden, desto besser können die Patienten die einzelnen Symptome [...] zuordnen, sie benennen und sie bekämpfen.“<sup>69</sup> Aufbauend darauf werden später sowohl mit den Betroffenen als auch, je nach Bedarf, mit den Angehörigen die sogenannten Frühwarnzeichen differenziert. So erkennt der Betroffene für sich selbst eine Eigenverantwortung an, indem er seine ganz persönlichen Frühwarnzeichen wahrnimmt und daraufhin besprochene Hilfemöglichkeiten eingeleitet werden können. Dieser Schritt erfolgt meist zum Ende der Psychoedukation und ist wichtiger Bestandteil der Rückfallprophylaxe.<sup>70</sup>

## 2.2.2 Wo erfolgt Psychoedukation? – häufige Anwendungsgebiete

Die Psychoedukation erfolgt derzeit noch überwiegend im therapeutischen Setting sowohl in Einzel- als auch in Gruppensitzungen. Dabei sind es hauptsächlich die Betroffenen selbst, die im stationären Bereich im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung oder im ambulanten Bereich im Rahmen verschiedener Therapien mit Psychoedukation in Berührung kommen. Einzelsitzungen bieten den Vorteil, dass erstmalig erkrankte Menschen zunächst in einem vertrauten Rahmen eine Beziehung zu dem Therapeuten aufbauen können und individuelle Gedanken, Gefühle und Symptome besprechen können ohne diese vor mehreren preisgeben zu müssen.

---

<sup>68</sup> Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell besagt, dass bestimmte genetisch bedingte, psychologisch bedingte (durch Erziehungsstil, Bindung zu Mutter/ zu anderen Personen), oder störungsbedingte Persönlichkeitsmerkmale in der Wechselwirkung mit Stress zum Ausbrechen einer psychischen Erkrankung führen. vgl. Hoffmann/ Heinrichs/ Kim 2002, S. 225-232

<sup>69</sup> vgl. Konrad/ Losekam 2017, S.23

<sup>70</sup> vgl. ebd., S. 18-29

Außerdem können sie eventuell durch andere, teilweise sehr negative Krankheitsgeschichten verursachte zusätzliche Belastungen aus dem Weg gehen. Für psychisch erkrankte Menschen, die aufgrund ihrer durch die Krankheit bedingten inneren oder äußeren Unruhe, Ängsten oder Konzentrationsschwächen nicht gruppenfähig sind, bietet sich ebenfalls die Psychoedukation in Einzelgesprächen an, allerdings ist dabei die Stabilisation des Patienten vorrangig. Jedoch kann in Einzelgesprächen oft der Eindruck des ‚allein seins‘ entstehen und das Bedürfnis nach Austausch mit anderen Betroffenen aufkommen. In dem Fall sind die Gruppengespräche und Selbsthilfegruppen eine Alternative. Die Vorteile liegen auf der Hand: Ein Austausch über Erfahrungen auf Augenhöhe ist möglich, es können gemeinsame Verläufe, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten erarbeitet und diskutiert sowie verstärkt Zuversicht und Hoffnung vermittelt werden. Allerdings ist die Psychoedukation in Gruppen sehr zeitaufwendig und die Betroffenen müssen eine gewisse innere Stabilität aufweisen. In einzelnen Modellprojekten erfolgen psychoedukativ orientierte Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern, diese richten sich allerdings meist an ältere Kinder/Jugendliche.<sup>71</sup> Einige Projekte im stationären Bereich, vor allem für erkrankte Mütter und ihre Kinder, nennt Samirski 2013.<sup>72</sup> Inwiefern diese aber wirklich psychoedukative Arbeit mit jüngeren Kindern leisten, ist nicht näher beschrieben. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird die Frage geklärt, ob Psychoedukation mit Kindern unter der genannten Definition überhaupt möglich ist und wenn ja, wie sie in der Praxis erfolgt und in Zukunft erfolgen könnte.

### 2.3 Erwartungen und Herausforderungen an die Psychoedukation mit Kindern

Die Psychoedukation mit Kindern wird in der Literatur bewusst als kindgerechte Aufklärung über elterliche Erkrankung beschrieben und umfasst so alle Inhalte und Informationen, die für den Umgang mit den durch die elterliche Erkrankung bedingten Belastungen wichtig sind. Besonderer Fokus liegt dabei, im Gegensatz zu der Psychoedukation mit Erwachsenen, auf den Schuldgefühlen der Kinder. Durch mangelnde Informationen beginnen Kinder sich eigene Erklärungsmuster zu gestalten, welche, mit Bezug auf die Bindungstheorie und der mangelnden Fähigkeit des Säuglings zwischen sich und anderen zu unterscheiden, oftmals sie selbst als auslösenden Faktor des elterlichen Verhaltens darstellen. Genauer erläutert bedeutet das, dass sich die Kinder häufig selbst für das Verhalten der Eltern verantwortlich machen, und je kleiner die Kinder sind, desto schwerer fällt es ihnen, das Verhalten des psychisch kranken Elternteils kognitiv einzuordnen oder gar zu verarbeiten, weil das Elternteil als primäre Bezugsperson den Spiegel darstellt, in dem das Kind beginnt sich ein Bild über sich selbst und die Welt zu machen. Erlebt der Säugling oder das Kleinkind einen Elternteil, der nicht auf seine Kommunikationssignale reagiert, wird es der Säugling/ das Kleinkind als eigene Emotionslosigkeit erleben. Erlebt der Säugling/ das Kleinkind einen Elternteil, der gestresst ist und mit innerer Unruhe zu kämpfen

<sup>71</sup> vgl. Konrad/ Losekam 2017, S. 17f.

<sup>72</sup> vgl. Samirski 2013, S. 119-125

hat, so wird der Säugling/ das Kleinkind es als eigenen Stress erleben oder sich später selbst als Auslöser betrachten. Oftmals ist der Alltag des Kindes und die Beziehung zu den Eltern durch die Symptome der psychischen Erkrankung zudem maßgeblich belastet. Wenn Kindern dann die nötige Erklärung für diese Phänomene fehlt, beginnen sie sich eigene, meist dramatische Erklärungsmuster zu konstruieren. Schuldgefühle sind dann eine logische Reaktion. Diese Gedanken und Gefühle können sich verfestigen und uns dann im Erwachsenenalter maßgeblich beeinflussen.<sup>73</sup> Eine kindgerechte Aufklärung und Enttabuisierung des Themas „dient der kognitiven Orientierung der Kinder und stellt eine wichtige Voraussetzung für eine nicht traumatische Verarbeitung einer Belastungssituation dar.“<sup>74</sup>Es ergibt sich als Anforderung an die Psychoedukation mit Kindern also ganz klar die Entkräftung der Schulgefühle. Dabei ist es wichtig, dass nur so viele Informationen besprochen werden, wie das Kind auch kognitiv und emotional verarbeiten kann sowie die Sicherheit, dass man für Rückfragen zur Verfügung steht, vermittelt wird und Versprechen gemieden werden. Ehrlichkeit und Offenheit sind gerade bei schweren Verläufen psychischer Erkrankungen nicht immer einfach einzuhalten, jedoch eine indiskutable Voraussetzung in der psychoedukativen Arbeit mit Kindern. Dies bedarf einer bewussten Gesprächsführung und stellt besonders für nicht geschulte Fachkräfte eine Herausforderung dar. Es bedeutet nämlich, den Kindern nicht alle Details zu erzählen, denn das kann schnell zum Verschließen der Kinder führen sowie Hoffnungslosigkeit und Ängste auslösen. Die Bedürfnisse nach Informationen wahrzunehmen, den Entwicklungsstand des Kindes richtig einzuschätzen und sich im Spannungsfeld zwischen zu vielen Informationen, dem Eingreifen in die familiären Strukturen oder Beziehungen und dem Auffangen des Kindes zu bewegen benötigt fachliche sowie emotionale und kommunikative Kompetenzen der Fachkraft. Entgegen der in der Praxis noch teilweise gängigen Meinung, die kleineren Kinder am besten im Unwissenden zu lassen, um sie nicht zu überfordern, ist genau das Gegenteil ratsam. Besonders Kleinkinder und jüngere Kinder sind tiefgreifend von den durch die psychische Erkrankung der Eltern bedingten Veränderungen und Unsicherheiten betroffen. Ihr Informationsbedürfnis wird umso größer, je länger sie mit ihren Fragen allein bleiben.<sup>75</sup>

Die Erwartungen an die Psychoedukation mit Kindern unterscheiden sich also in einem gewissen Maße zu den Erwartungen an die Psychoedukation mit den selbst betroffenen Erwachsenen. Eine kindgerechte Aufklärung bedingt schon aus entwicklungspsychologischer Sicht, dass diese nicht durch eine rein sachliche Informationsvermittlung geschehen kann, sondern die Kinder ausgehend von ihren eigenen Informationsbedürfnissen und Fragen den Gesprächsverlauf aktiv mitbestimmen müssen, damit sie diesen kognitiv und emotional verarbeiten können. Lenz 2010 sowie Schulze et al. 2014 beschreiben wie eine Psychoedukation mit Kindern, besser ge-

<sup>73</sup>Nach dem funktionellen Modell der Transaktionsanalyse speichern wir diese ganz eigenen magischen Elternfiguren und verbinden auch später noch Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen mit diesen Erinnerungen. vgl. Stewart/ Joines 1990, S. 65f.

<sup>74</sup> vgl. Schulze et al. 2014, S. 65

<sup>75</sup> vgl. Lenz 2010, S. 184-188; Schulze et al. 2014, S. 60; Wunderer 2008, S. 123f.

sagt eine kindgerechte Aufklärung aussehen könnte. Dabei ist es bei Kleinkindern (bis zum dritten Lebensjahr) vorrangig, die Krankheit überhaupt zu thematisieren. Denn sie nehmen zwar die veränderte Atmosphäre, die Verhaltensänderungen der Eltern sowie die gestörten Interaktionen während einer Krankheitsphase wahr, können sie aber nicht verbalisieren. Trotzdem ist es wichtig, die Kinder mit diesen Gefühlen nicht allein zu lassen und in einfacher Sprache zu bestätigen, dass etwas anders ist und es Mama/Papa heute nicht gut geht, das Kind aber nicht daran schuld ist und geliebt wird. Die emotionale Botschaft ist dabei wichtig, auch wenn das Kind die Bedeutung der Worte noch nicht erfassen kann. Ab dem dritten Lebensjahr sollten diese Gespräche dann durch mehr Informationen (immer ausgehend von dem Informationsbedürfnis und dem Entwicklungsstand des Kindes) ergänzt werden. Die Kinder sollten verstehen, dass das betroffene Elternteil krank ist, eine Assoziation zu körperlichen Krankheiten ist dabei sinnvoll. Außerdem sollte auch die Krankheit an sich klar benannt werden. Mit Fingerspielen, Handpuppen oder durch bildnerisches Gestalten können die Kinder dabei ihre eigenen Erfahrungen darstellen oder beschreiben und so über die wahrgenommenen Symptome der Krankheit sprechen. Außerdem liegt der Fokus auch hier immer wieder darauf die eigenen Schuldgefühle der Kinder zu entkräften. Es ist ebenso wichtig zu besprechen, dass die Kinder nicht allein sind und es solche Krankheiten häufiger gibt. Im Folgenden sollte thematisiert werden, wer den Eltern helfen kann und wie den Eltern geholfen werden kann und dass es Behandlungsmöglichkeiten gibt. Abschließend gilt es auch mit den Kindern eine Art Hilfeplan zu erstellen. Fragen wie: *Wer kann mir helfen? An wen kann ich mich in Krisensituationen wenden? Was kann ich tun, wenn es Mama/Papa schlecht geht? Und was kann ich tun, um mich selbst zu schützen?* werden in diesem Teil vorrangig thematisiert.<sup>76</sup>

Sowohl Lenz 2010 als auch Wunderer 2008 betonen immer wieder die Notwendigkeit, dass die Eltern und auch das betroffene Elternteil in diesen Prozess miteinbezogen werden. Idealerweise dient die psychoedukativ arbeitende Fachkraft nur als Unterstützung der Eltern, sodass diese selbst das Gespräch über ihre eigene Erkrankung mit ihren Kindern führen können. Ist das dem betroffenen Elternteil aus unterschiedlich Gründen nicht möglich, so müssen die Inhalte des Gespräches jedoch zuvor mit den Eltern abgestimmt werden. Zur Herausforderung wird das einerseits in der Praxis oft dann, wenn nicht darauf spezialisierte Fachkräfte, beispielsweise in der Frühförderung, nichts von der psychischen Erkrankung wissen/ nicht auf ein solches Thema vorbereitet sind und das Kind plötzlich beginnt, die Krankheit des Elternteils zu thematisieren. Andererseits, wenn sich eine Zusammenarbeit mit den Eltern aufgrund der Symptomatik der psychischen Erkrankung oder eines stationären Aufenthalts, getrennt von dem Kind, schwierig gestaltet.<sup>77</sup>

---

<sup>76</sup> vgl. Lenz 2010, S. 194-198; Schulze et al. 2014, S. 63-66; Wunderer 2008, S. 125-128

<sup>77</sup> vgl. Lenz 2010, S. 32, 184, 190f.; Wunderer 2008, S. 125

Inwiefern dieses Vorgehen in der Praxis der Frühförderung umgesetzt beziehungsweise mit integriert werden kann wird im Verlauf dieser Arbeit im Kapitel 3.2.2 vertiefend betrachtet.

### 3 Psychoedukation – ein Thema für die Frühförderung?

Lediglich 25% der Kinder zwischen sechs und zehn Jahren sind über die psychische Erkrankung seines/ ihres Elternteils informiert und es ist davon auszugehen, dass besonders Kinder im Vorschulalter nahezu ahnungslos mit den Verhaltensweisen ihrer Eltern konfrontiert werden und dort ein enormes, präventives und unterstützendes Potential liegt.<sup>78</sup>Die Psychoedukation stellt durchaus eine gute Möglichkeit dar, mit psychischen Erkrankungen umzugehen. Nur inwiefern ist diese im Kontext der Frühförderung relevant und inwiefern lässt sie sich in die praktische Tätigkeit einer Frühförderin/ eines Frühförderers integrieren?

#### 3.1 Kinder psychisch kranker Eltern in der Frühförderung

Die Frage nach der Relevanz lässt sich dabei nicht so klar beantworten. Ausgehend von der bisher genannten Literatur könnte man annehmen, dass die Psychoedukation im Arbeitsfeld der Frühförderung relevant ist, da die Kinder in der Frühförderung nicht selten Kinder psychisch kranker Eltern sind und die Elternarbeit ein essentieller Bestandteil der Frühförderung ist, um eine nachhaltige Entwicklungsunterstützung und Förderung des Kindes zu gewährleisten. Jedoch gilt es hier zu differenzieren, inwiefern die Frühförderung wirklich psychoedukative Arbeit leisten kann oder inwiefern der Schwerpunkt lediglich darauf liegt, die Belastungsreaktionen der Kinder wahrzunehmen und psychotherapeutische Hilfen zu involvieren. Zunächst werden allerdings der Verlauf einer psychischen Erkrankung, die Auswirkungen auf die Kinder und der Umgang einer Frühförderstelle mit diesem Fall anhand eines Beispiels aus der Praxis näher betrachtet.

##### 3.1.1 Fallbeispiel

Aus der Praxis lassen sich anhand der Ereignisse um die knapp dreijährige Laura und ihrem ein Jahr jüngeren Bruder Peter die Auswirkung einer psychischen Erkrankung der Mutter und einer Suchterkrankung beider Eltern darstellen.<sup>79</sup> Laura lebte mit ihrem Bruder, ihrer Mutter und dem Kindsvater zusammen in einer Wohnung.

Die Familie war in der Frühförderung bekannt, da die Tochter Laura einen Anspruch auf heilpädagogische Frühförderung mit zwei Fördereinheiten in der Woche hat. Laura ist ein sehr zurückgezogenes Kind, welches eine Entwicklungsverzögerung in allen Bereichen, allerdings vorwiegend im Bereich der Sprache, zeigte. Bereits Anfang 2018 wurde die Familie im sozialpädiatrischen Zentrum registriert, sodass bereits ein erster Versuch erfolgte, die Frühförderung zu beginnen. Allerdings zeigte sich sehr schnell, dass dieser Versuch erfolglos bleiben sollte. Nach

<sup>78</sup>vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 47

<sup>79</sup> Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind die Namen hier und im Folgenden geändert

kurzer Zeit begann die Mutter der Kinder die Fördertermine regelmäßig abzusagen und es war nur selten eine Fördereinheit mit Laura möglich. Auch zu den Arztterminen im sozialpädiatrischen Zentrum erschien die Familie nicht mehr. Auf Nachfragen der Leitung der Frühförderstelle gab die Mutter an, die Termine zukünftig wahrnehmen zu wollen, jedoch ließen Erklärungen für die fehlende Kooperationsbereitschaft auf sich warten. Die zuständige Frühförderin der Familie wirkte zunehmend frustriert, da sie keinen Zugang zu der Familie fand und ihre Bemühungen ins Leere liefen. Nicht zuletzt, weil diese nicht wusste, wie belastet das gesamte Familiensystem, insbesondere die Mutter des Kindes, wirklich sind.<sup>80</sup>

Ende 2018 wurde die Frühförderung zunächst wegen fehlender Zusammenarbeit eingestellt. Auf Anfrage des Jugendamtes hin wurde ein zweiter Versuch, die heilpädagogische Frühförderung in der Familie als zusätzliche Hilfe zur Erziehung zu integrieren, Anfang 2019 unternommen. Es zeigte sich ein ähnliches Muster wie beim ersten Mal. Die Mutter zeigte sich zunächst kooperativ und nahm die ersten zwei Fördertermine wahr. Sie berichtete, dass Laura schon seit letztem Jahr regelmäßig zu einer Tagesmutter ginge und dass eine sozialpädagogische Familienhilfe die Familie unterstützen würde. Der Kindsvater war der Frühförderung und den behandelnden Ärzten im sozialpädiatrischen Zentrum bislang nicht bekannt. Nach wenigen Wochen begannen die Termine immer unregelmäßiger und schließlich gar nicht mehr statt zu finden. Ende März 2019 wurde die Mutter das erste Mal von der zuständigen Frühförderin beim Betteln in der Innenstadt gesehen. In den nächsten Wochen folgten weitere Beobachtungen dieser Art. Ab April 2019 wurde der Familie aufgrund der Kündigung der zuständigen Frühförderin eine neue Kollegin zugeteilt, hier und im Folgenden Frau Schulz genannt. Frau Schulz begann nun erneut, sich mit der Mutter in Verbindung zu setzen. Jedoch wurden auch die nächsten beiden verabredeten Termine nicht wahrgenommen. Als Frau Schulz mit dem Kindsvater telefonierte zeigte sich erstmals der empfundene Druck der Familie durch das Jugendamt. Der Vater sagte, der Termin müsse unbedingt stattfinden und Frau Schulz bat an, die Familie in ihrer Häuslichkeit aufzusuchen.

Mitte April 2019 fand dann der erste Kontakt zwischen der neu zugeteilten Frühförderin Frau Schulz und der Familie in der Wohnung der Familie statt. Die Kinder begegneten der Frühförderin sehr zurückhaltend, sprachen nicht und Laura suchte die Nähe des Kindsvaters. Beide Kinder schienen bewusst freundlich gekleidet worden zu sein, während die Eltern kaputte Kleidung trugen und sich auch in einem körperlich schlechten Zustand befanden. In der Wohnung lebten zusätzlich ein Hund, zwei Reptilien und ein Kaninchen und es herrschten insgesamt schlechte Wohnverhältnisse. Im Gespräch mit den Eltern wirkten beide zwar interessiert und kooperationsbereit, jedoch zeigte besonders der Kindsvater eine unterschwellig aggressive Grundhaltung. So reagierte er beispielsweise mit lauter vorwurfsvoller Stimme, als besprochen wurde, dass Laura zwei Fördereinheiten die Woche zustehen würden und fragte, was denn da über-

<sup>80</sup> vgl. Kapitel 2.3: Abb. 1.: Domin/ Thies 2016, S. 108

haupt gemacht würde, wenn er schon Geld für den „Scheiß“ bezahle. Zudem wirkte die Mutter emotional ambivalent. Sie wechselte innerhalb des Gespräches von einer wütenden Stimmlage zu hysterischem Lachen und informierte sich im nächsten Moment mit Ernsthaftigkeit über finanzielle Unterstützungsmaßnahmen. Insgesamt dauerte der Kontakt knapp 40 Minuten, in denen Laura erst zum Ende vorsichtig lauterte. Anschließend wurde in einem Gespräch mit der Leitung der Frühförderstelle die Meldung an das Jugendamt beschlossen, da Frau Schulz eine Gefährdung des Kindeswohls vermutete. Es schien, als würde sich zu diesem Zeitpunkt erstmals mit anderen Netzwerkpartnern des Hilfesystems intensiv über die Lebensumstände der Familie ausgetaucht.

Es stellte sich heraus, dass weder Laura noch ihr Bruder außerhäuslich, also innerhalb einer Kindertageseinrichtung oder bei einer Tagesmutter, betreut wurden. Die von der Mutter angesprochene Tagesmutter besuchte Laura schon seit November 2018 nicht mehr und auch die sozialpädagogische Familienhilfe hat die Betreuung der Familie schon vor einiger Zeit beendet. Außerdem vermutete das Jugendamt schon länger eine Suchtproblematik bei dem Kindsvater. Nach dem Erleben von Frau Schulz schien auch die Mutter deutlich unter Drogeneinfluss zu stehen und erschien bei einem erneuten Besuch kurze Zeit später deutlich erschöpft und traurig. Anfang Mai wurden Laura und ihr Bruder schließlich vom Jugendamt in Obhut genommen.

Die beschriebene Entwicklung zeigt eine ungünstige Entwicklung. Die Belastungsfaktoren der Familie wurden hier nicht ganzheitlich erfasst und die Kooperation der einzelnen Netzwerkpartner des Hilfesystems traten zu spät miteinander in die entscheidende Kommunikation. Doch was hätte insbesondere die Frühförderung für diese Familie tun können? Es besteht zunächst wieder das Problem der Arbeit im Dunkeln der zuständigen Frühförderin. Die Lebenssituation der Familie wurde nicht von Anfang an mit in den Blick genommen, sodass sich ein Förder- und Diagnostikplan, orientiert an den allgemeinen Förderzielen ergab, welcher jedoch nicht im Nachhinein überarbeitet wurde und die Familie überforderte. Die mangelnde Kooperationsbereitschaft und die daraus resultierenden enttäuschten Erwartungen führten schnell zur Frustration bei der zuständigen Frühförderin. Der Abbruch der Frühförderung ohne weitere Interventionen lässt sich in Folge dessen als Fehlentscheidung feststellen.

Um intervenieren zu können, gilt es zunächst Risikofaktoren sowie Ressourcen und Schutzfaktoren der Kinder zu erkennen. Die Bedeutung dieser Faktoren und, was man darunter versteht, wird in den nächsten Kapiteln dargestellt.

### 3.1.2 Risiko- und Schutzfaktoren

Wie im ersten Kapitel dieser Arbeit bereits erwähnt, liegt eine höhere Wahrscheinlichkeit bei Kindern psychisch kranker Eltern vor, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken. Die Ursachen hierfür sind zahlreich und es bedarf ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren.

### Risikofaktoren:

Sowohl Lenz 2010 als auch Mattejat 2008 erwähnen eine gewisse genetisch festgelegte Vulnerabilität, welche die Wahrscheinlichkeit auf belastende Umwelteinflüsse und Lebenssituation mit der Entwicklung einer psychischen Störung zu reagieren erhöht. Dabei ist aber lediglich *vorbestimmt* „wie empfindlich oder verletzlich ein Mensch auf bestimmte Umweltbedingungen reagiert“<sup>81</sup>, nicht wie er dann mit dieser Belastung umgeht. Viel entscheidender sind also die zusätzlichen psychosozialen Belastungsfaktoren denen ein Mensch, im engeren Sinne ein Kind, ausgesetzt ist und welche eigenen Resilienzen, Schutzfaktoren sowie Bewältigungsstrategien ihm/ ihr zur Verfügung stehen. Eine generell erhöhte genetische Verletzlichkeit wurde bei Schizophrenie, Suchterkrankungen, Depressionen sowie bipolaren Störungen festgestellt.<sup>82</sup>

Neben den psychosozialen Belastungsfaktoren gilt es die unmittelbaren Belastungen im Familiensystem besonders zu beachten. Psychisch kranke Eltern sind, zumindest zeitweise, durch die Symptome der psychischen Erkrankung in ihrer Erziehungsfähigkeit eingeschränkt. Wobei die Erziehungsfähigkeit die elterlichen Kompetenzen umfasst, in denen es um eine adäquate Versorgung des Kindes und das zur Verfügung stehen als stabile Vertrauensperson sowie die Förderung von Lernprozessen und Vermittlung von Werten geht. Eine eingeschränkte Erziehungsfähigkeit äußert sich beispielsweise in einem geringen Interesse und geringer emotionaler Beteiligung im Umgang mit dem Kind, einem weniger einfühlsamen Verhalten, negativen Gefühlen und Feindseligkeiten sowie einem eingeschränktem Kommunikationsrepertoire.<sup>83</sup> Hinzu kommen disharmonische Familienbeziehungen mit dem Ehepartner/ anderem Elternteil. Lenz 2010 erwähnt hierzu die zwei Befunde von Bitchnell 1988 und Coyne 1990, welche zeigen, dass diese Disharmonien innerhalb der Paarbeziehung mit einem psychisch kranken Elternteil häufiger auftreten, lange andauern und zudem von negativen Interaktionen geprägt sind. Das führt nicht nur zu einer erhöhten Scheidungsrate innerhalb betroffener Familien, sondern stellt ganz klar einen zusätzlichen Belastungsfaktor für die kindliche Entwicklung dar.<sup>84</sup>

In Familiensystemen mit einem psychisch erkrankten Elternteil findet häufig eine gesamte Verschiebung der Rollen statt. Die Kinder entwickeln sehr schnell ein feines Gespür dafür, wie es ihren Eltern geht und auch die Eltern können ihr individuelles Empfinden selten dauerhaft vor ihren Kindern verbergen. Besteht aufgrund einer psychischen Erkrankung des Elternteils beispielsweise eine Mangelversorgung, weil die Antriebslosigkeit des Elternteils als Auswirkung einer Depression bedingt, dass der betroffene Elternteil es nicht schafft einkaufen zu gehen oder Essen zuzubereiten, so beginnen die Kinder sehr schnell die Rolle der Eltern auszuüben und diese Aufgaben für sich oder eventuelle jüngere Geschwister zu übernehmen. Nicht selten

---

<sup>81</sup>Mattejat 2008, S. 82

<sup>82</sup>vgl. Mattejat 2008, S. 81f.; Lenz 2010, S. 4f.; Pretis/ Dimova 2016, S. 49f.

<sup>83</sup> vgl. Lenz 2010, S. 5; Mattejat 2008, S. 85

<sup>84</sup> vgl. ebd., S. 5

kommt es vor, dass in Familien mit suchtkranken Eltern die Kinder diejenigen sind, die sich um ihre alkoholisierten oder unter Drogeneinfluss stehenden Eltern kümmern. „Kinder werden dadurch zu Vertrauten und Ratgebern ihrer Eltern, zur primären Quelle von Unterstützung und Trost.“<sup>85</sup> Diese Parentifizierung der Kinder stellt eine zusätzliche Belastung für die Kinder dar, weil sie plötzlich Verantwortung tragen und Entscheidungen treffen müssen, die sie in ihrer eigenen stabilen psychischen und seelischen Entwicklung hemmen. Tabuisierung und Kommunikationsverbot außerhalb, teilweise auch innerhalb der Familie erhöhen die Belastung des Kindes zusätzlich. Möchte es mit Außenstehenden über die Erkrankung der Mutter/ des Vaters sprechen, so gerät es schnell in einen Loyalitätskonflikt. Die Folge sind eine enorme innere Unsicherheit, Stress, Schuldgefühle und teilweise auch Angst Hilfeangebote anzunehmen.<sup>86</sup> Zudem verfügen Kleinkinder noch nicht über ausreichend verbale Fähigkeiten, um die Symptome ihrer erkrankten Eltern, Konflikte und die angespannte Atmosphäre innerhalb der Familie zu verbalisieren. Das erschwert wiederum die Arbeit der Fachkräfte und bedingt mitunter, dass Kinder psychisch kranker Eltern mit ihren Bedürfnissen übersehen werden.<sup>87</sup>

Ergänzend dazu gibt es eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren, zu denen die sozioökonomische Situation und der kulturelle Hintergrund der Familie zählen. Im Zuge dessen entstehen oft Stigmatisierungen und Diskriminierungen durch das soziale Umfeld. Beispielsweise indem Kinder psychisch kranker Eltern, aufgrund der Erkrankung der Eltern, niedrigerem finanziellen Status oder für eventuell ungewohnte Verhaltensweisen von Gleichaltrigen ausgegrenzt oder auch bevormundet werden.<sup>88</sup> Hinzu kommen beengte oder schlechte Wohnverhältnisse sowie Beziehungsabbrüche, beispielsweise durch den Verlust einer wichtigen Bezugsperson.<sup>89</sup> Sind die Kinder durch die Auswirkungen der psychischen Erkrankungen ihrer Eltern auf die in Kapitel 1.3 behandelte Eltern-Kind-Beziehung von einer zusätzlichen Entwicklungstraumatisierung, in einigen Fällen auch von Komplextraumatisierungen durch längere Misshandlungen oder Gewalterfahrungen betroffen, so stellt das einen enormen Belastungsfaktor für die psychische Entwicklung des Kindes dar.<sup>90</sup>

Familiäre und psychosoziale Risikofaktoren erhöhen die Belastungen innerhalb einer Familie und beeinflussen sich kumulativ.<sup>91</sup> Kommen also mehrere Risikofaktoren zusammen, so addieren sie sich, die Wirkung jedes einzelnen wird verstärkt und die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Kinder psychische Störungen entwickeln, steigt. Allerdings ist das Vorhandensein eines Risikofaktors kein eindeutiger Indikator für das erhöhte Risiko der Kinder, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken und ist deswegen immer im Zusammenhang mit den gesamten Lebens-

---

<sup>85</sup> Lenz 2010, S. 6

<sup>86</sup> vgl. ebd., S. 6

<sup>87</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 31

<sup>88</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 23

<sup>89</sup> vgl. Mattejat 2008, S. 84ff.; Samirski 2013, S. 37

<sup>90</sup> vgl. Huber 2011, S. 20

<sup>91</sup> vgl. Lenz 2010, S. 7; Mattejat 2008, S. 86; Samirski 2013, S. 37; Pretis/ Dimova 2016, S. 34

umständen zu betrachten ist. Zu den Lebensumständen des Kindes zählen auch die individuellen Ressourcen und Schutzfaktoren des Kindes. Es hängt im Wesentlichen von eben diesen ab, ob die Risikofaktoren tatsächlich zu einer psychischen Störung oder Erkrankung des Kindes führen oder ob das Kind diese Belastungen mit Hilfe seiner Schutzfaktoren und eigenen Ressourcen bewältigen kann, das heißt, ob es eine ausreichende, bereichsspezifische Resilienz entwickeln kann. Denn auch die Fähigkeit, sich erfolgreich an belastende Lebenssituationen anzupassen und „vorhandene Mechanismen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben trotz schwieriger Umstände zu aktivieren“<sup>92</sup>, ist nicht situationsübergreifend, konstant vorhanden oder nicht vorhanden. Resilienzen und Schutzfaktoren wirken demnach situationsabhängig.<sup>93</sup>

### Schutzfaktoren

Um Schutzfaktoren von Ressourcen zu unterscheiden, gelten nur jene verfügbaren Potenziale und Stärken des Kindes als Schutzfaktor, welche eingesetzt werden, um krankheitserregende Auswirkungen spezifischer Risikofaktoren auf die psychische und seelische Gesundheit des Kindes zu abzumildern oder zu verhindern. Demnach sind Schutzfaktoren nicht gleich Ressourcen des Kindes, sondern nur Teilmengen dieser. Hat das Kind also die Ressource eines positiven Selbstkonzeptes, so wird diese dann zum Schutzfaktor, wenn eine aggressive, alkoholisierte Mutter/ ein aggressiver, alkoholisierter Vater ihm/ ihr ein negatives, abwertendes Selbstbild vermittelt. Ressourcen haben gegenüber den Schutzfaktoren auch die Funktion, das Kind bei der Bewältigung alltäglicher Entwicklungsaufgaben zu unterstützen. Sie wirken also auch unabhängig von aktuellen Belastungen und entstehen aus erfolgreich gemeisterten Anforderungen und Entwicklungsaufgaben heraus. Sie repräsentieren so die Kompetenzen des Kindes im ganzheitlichen Sinne. Werden Ressourcen zur Bewältigung von aktuellen Belastungen, also als Schutzfaktoren eingesetzt, so ist dies für das Kind besonders anstrengend. Letztendlich ist das Kind dann hauptsächlich damit beschäftigt, sich selbst vor den pathogenen Strukturen zu schützen und wird in seiner Entwicklung beeinträchtigt, da spezifische vorhandene Ressourcen nicht mehr zur Bewältigung aktueller Alltags- und Entwicklungsaufgaben genutzt werden können und die Entwicklung neuer Kompetenzen somit verlangsamt wird.<sup>94</sup>

Lenz 2010 und 2008 unterscheidet zwischen personalen, familiären und sozialen Ressourcen eines Kindes und betont dabei die besondere Bedeutung der familiären Ressourcen, welche als Schutzfaktoren besonders effektiv gegen pathogene Risikofaktoren, wie beispielsweise die psychische Erkrankung eines Elternteils wirken. Auch Mattejat 2008 beschreibt eine Sicherheit

---

<sup>92</sup> Lenz 2010, S.8

<sup>93</sup>vgl. Lenz 2010, S. 7f.

<sup>94</sup>vgl. ebd., S. 10

vermittelnde und sichere Bindung (welche unter anderem zu den familiären Ressourcen zählt) zwischen den Eltern und ihrem Kind als besonders effektiv als Schutzfaktor.<sup>95</sup>

<b>Personale Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positives Selbstkonzept</li> <li>- Hohe Selbstwirksamkeitserwartungen</li> <li>- Problemlösefähigkeiten</li> <li>- Stressbewältigungsfähigkeiten</li> <li>- Soziale Kompetenz und Anpassungsfähigkeit</li> </ul>
<b>Familiäre Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emotional sichere und stabile Bindungserfahrungen</li> <li>- Elterliche Wärme</li> <li>- Interesse der Eltern am Leben des Kindes</li> <li>- Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie</li> <li>- Zugewandtes, akzeptierendes und zugleich normiertes, angemessen forderndes Erziehungsverhalten</li> </ul>
<b>Soziale Ressourcen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde</li> <li>- Stabile Beziehungen zu fürsorglichen Erwachsenen (Großeltern, andere Verwandte und Erzieher bzw. Lehrer)</li> <li>- Einbindung in unterstützendes und anregendes Peer-Netzwerk</li> <li>- Integration in Gruppen, Vereine oder religiöse-Vereinigungen</li> </ul>

Abb. 3: Lenz 2010, S. 11

Die Bedeutung der unterschiedlichen Ressourcen im praktischen Alltag der Frühförderung in der Zusammenarbeit mit Kindern psychisch kranker, beziehungsweise suchtkrankter Eltern wird im anhand des Fallbeispiels im Kapitel 3.1.1 nun näher betrachtet.

Die Eltern zeigten, beispielsweise während des Besuches von Frau Schulz als Laura sich auf den Schoß des Kindsvaters setzte, eine elterliche Wärme. Sie umarmten ihre Kinder und sprachen positiv von ihnen. Auch wurde im Bereich der familiären Ressourcen ein Interesse der Eltern am Leben und der Förderung ihrer Kinder deutlich. Die Mutter zeigte immer wieder die Bereitschaft, sich mit Laura in die Frühförderung zu begeben und der Vater erfragte während des Hausbesuches verstärkt Inhalte der Förderung. Warum diese Bereitschaft immer wieder abbrach und nicht umgesetzt werden konnte, hätte in diesem Fall absolut hinterfragt werden sollen.

Laura selbst zeigte die personalen Ressourcen einer hohen Anpassungsfähigkeit und sozialer Kompetenzen. Sie behielt Blickkontakt zu ihrem jüngeren Bruder, folgte ihm und äußerte selbst kaum Bedürfnisse. Wenn sie es tat, wartete sie ab bis sie den Blickkontakt zu einem Elternteil hatte und dieser bereit war auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

Die Familie schien allerdings wenig soziale Ressourcen zu besitzen, zumindest war der Frühförderung darüber nichts bekannt. Auch hier wären ein intensiverer Blick und eine Weitervermittlung an Streetworker, Beratungsstellen oder andere niederschwellige Hilfsangebote

<sup>95</sup> Vgl. Lenz 2010, S. 11; Lenz 2008, S. 102f.; Mattejat 2008, S. 87

sinnvoll gewesen. Dabei ist es weniger relevant wie viele Ressourcen das Kind besitzt, sondern wie man vorhandene Ressourcen stärken und erweitern kann, um Kindern psychisch kranker und auch suchtkranker Eltern eine stabile, positive Entwicklung zu ermöglichen.

Lenz 2010 undMattejat 2008 beziehen sich in Anlehnung an Wüthrichauf zwei wesentliche Faktoren unter deren Berücksichtigung sie den Kindern psychisch kranker Eltern gute Entwicklungsmöglichkeiten zuschreiben. Als wesentlicher und entscheidender Schutzfaktoren wirkt einerseitseine Sicherheit vermittelnde und stabile Bindung zwischen dem psychisch kranken Elternteil und dem betroffenen Kind, die „emotional, kognitiv und praktisch unterstützende Funktionen erfüllen [kann] und in [der] gleichermaßen Bindung wie auch Eigenständigkeit möglich sind.“<sup>96</sup> Wobei Lenz diese Beziehungsbedingungen verständlicherweise nicht nur auf die Beziehung zwischen dem erkrankten Elternteil und dem Kind bezieht, sondern dieser Schutzfaktor effektiv wirkt, wenn die Beziehung zwischen dem gesunden Elternteil und dem Kind, die Beziehung der Eltern untereinander sowie die Beziehungen des Kindes und der Eltern zu anderen Bezugspersonen innerhalb und außerhalb der Familie ebenso stabil, sicher und unterstützend sind. Andererseits ist der Umgang der Eltern, Kinder und der Angehörigen mit der Erkrankung ausschlaggebend für die kindliche Entwicklung. Wichtig ist dabei, dass das psychisch kranke Elternteil sich seiner Erkrankung bewusst ist und versucht mittels sich aktualisierenden Bewältigungsstrategien, Nutzung von informellen Hilfsmöglichkeiten, einer guten Zusammenarbeit mit Fachinstanzen sowie einer lebenspraktischen, ausreichenden familiären Organisation und der Anpassung der beruflichen/ schulischen Situation adäquat damit umzugehen.<sup>97</sup>

Demnach wirken auch Beziehungen außerhalb der Familie überaus regenerativ und präventiv auf die kindliche Entwicklung. Schulische Interessen, Hobbys aber auch der kontrollierte Kontakt zu professionellen Hilfesystemen der Kinder- und Jugendhilfe, können dabei unterstützen, in akuten Belastungssituationen mit der psychischen Erkrankung des Elternteils und den daraus resultierenden Belastungen umzugehen. Die Psychoedukation mit Kindern sollte dabei einen zentralen Punkt in der Arbeit der Hilfesysteme darstellen, um ebenfalls als Schutzfaktor wirksam zu werden. Beispielsweise um gegen die enorme Unsicherheit der Kinder, verursacht durch fehlende Informationen, zu wirken.<sup>98</sup> Welche Bewältigungsstrategien betroffenen Kindern im Einzelnen zur Verfügung stehen, wird im nächsten Kapitel erläutert.

### 3.1.3 Resilienz und Bewältigungsstrategien

Resilienz beschreibt die Fähigkeit, mit belastenden und herausfordernden Situationen mittels adäquater Bewältigungsstrategien so umzugehen, dass das innere Wohlbefinden erhalten bleibt. Kinder die zum Beispiel trotz eines psychisch kranken Elternteils, beengten Wohnver-

---

<sup>96</sup>Mattejat 2008, S. 87

<sup>97</sup>vgl. ebd., S. 86f.; Lenz 2010, S. 12f.

<sup>98</sup>vgl. ebd., S. 86f.

hältnissen und/oder unsicheren finanziellen Umständen eine stabile psychische, kognitive und emotionale Entwicklung durchlaufen weisen demnach eine hohe Resilienz auf.<sup>99</sup> Die Voraussetzung dafür ist wiederum die Fähigkeit, die zuvor beschriebenen Schutzfaktoren effektiv zur Minderung oder Vermeidung der Auswirkungen von Belastungen einsetzen zu können. Allerdings ist die Entwicklung einer bereichsspezifischen Resilienz nicht ausschließlich als erstrebenswert zu betrachten und noch lange keine garantierte Folge des Einsatzes von Schutzfaktoren. Denn der langfristige Einsatz von Schutzfaktoren und damit die Konzentration individueller Ressourcen auf die Bewältigung einer bestimmten Belastung sorgen für pathogene Strukturen und eine erhöhte Vulnerabilität des Kindes in anderen Bereichen. Dabei sind die Hemmung der stabilen psychischen Entwicklung des Kindes und die Entwicklung psychischer Störungen eine ebenso zu beachtende Möglichkeit wie die Entwicklung einer entsprechenden Resilienz.<sup>100</sup> Außerdem können sich im Übermaß vorhandene Ressourcen und eine dadurch stark ausgeprägte Resilienz bei ausbleibenden Anforderungen und Herausforderungen ebenfalls negativ auf die psychische Entwicklung von Kindern auswirken. Beispielsweise wenn ein Kind aufgrund eines stark ausgeprägten, positiven Selbstkonzeptes über eine darauf basierende Resilienz gegenüber äußerer Kritik am eigenen Verhalten verfügt, und sich dann im Laufe seiner Entwicklung als Jugendlicher/ Jugendliche gegen Kritik an seinem/ ihrem aggressivem Verhalten gegenüber anderen Menschen versperrt.<sup>101</sup>

In der Resilienzforschung kommt der familiären Resilienz eine besondere Bedeutung zu. Durch positive Grundüberzeugungen in der Familie, strukturelle und organisatorische Offenheit, eine gleichberechtigte Partnerschaft, Verbundenheit/ gegenseitige Unterstützung und Respekt innerhalb der Familie sowie eine eindeutigen, offene, ehrliche und lösungsorientierte Kommunikation können starke familiäre Schlüsselprozesse Entlastung für das gesamte Familiensystem schaffen. Schwache familiäre Überzeugungen, Strukturen und Kommunikationsfähigkeiten innerhalb der Familie führen hingegen zu einer schlechten Anpassung an die belastende Situation, was sich dann auf das gesamte Familiensystem auswirkt.<sup>102</sup>

Wichtiger Bestandteil der Resilienz ist demnach eine angemessene Bewältigungsstrategie zu entwickeln, um mit einer belastenden Situation umgehen zu können. Doch wie entwickeln sich Bewältigungsstrategien und welche sind bei Kindern psychisch kranker Eltern vorherrschend? In dieser Arbeit wird eine Bewältigungsstrategie als spezifisches Verhaltensmuster verstanden, welches Kinder in einer belastenden oder herausfordernden Situation einsetzen, um mit deren Auswirkungen umgehen zu können und diese zu verarbeiten. Es geht also darum, mittels Verhaltensweisen und Reaktionen die Bedrohung, die sich aus einer schwierigen Situation für meine körperliche, seelische oder psychische Gesundheit ergibt, abzumildern, zu verhindern oder

<sup>99</sup>vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 36

<sup>100</sup>vgl. Lenz 2010, S.8

<sup>101</sup>vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 36f.

<sup>102</sup>vgl. Lenz 2010, S.9f.

auch einfach zu überleben. Die zuvor beschriebenen Schutzfaktoren bilden dafür die Grundlage, denn wie Kinder psychisch kranker Eltern ihre Schutzfaktoren einsetzen können, um belastende Situationen zu bewältigen, zeigt ein kurzer Exkurs in die Bewältigungsforschung. Diese steht in Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern noch am Anfang und kann in dieser Arbeit auch nicht ausführlich behandelt werden.

Dennoch beschreibt Lenz 2010 den Zusammenhang zwischen Schutzfaktoren und Bewältigungsstrategien, dessen Verständnis für die praktische Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern notwendig ist, um Verhaltensmuster und sich daraus ergebene Begleitsymptome erkennen zu können.

Kinder weisen bereits eine ähnlich vielfältige Struktur in ihrem Bewältigungsverhalten auf, wie die Erwachsenen. Problemorientiertes Coping, emotionsregulierendes Coping, Nutzung sozialer Unterstützung und Problemmeidung wurden 1996 von A. Lohaus et al. als Bewältigungsstrategien identifiziert. Das problemorientierte Coping beschreibt eine Bewältigungsstrategie, die sich vor allem dadurch auszeichnet, dass Kinder an einer Problemlösung interessiert sind und sich somit intensiv mit belastenden Faktoren auseinandersetzen, um diese zu reduzieren und die Situation für sich zu kontrollieren. Diese Strategie scheint besonders sinnvoll, wenn sich das Kind nicht mehr in der Rolle des Kindes, sondern als verantwortlich für das Wohlergehen der Eltern wahrnimmt. Es besteht eine Korrelation zwischen der problemorientierten Copingstrategie und dem Prozess der Parentifizierung. Häufig sei dies bei Kindern schizophrener erkrankter Mütter der Fall. Wohingegen das emotionsregulierende Coping oftmals eine hohe Aggressionsbereitschaft und eine geringe Fähigkeit zur Entspannung mit sich bringt. Kinder, die diese Bewältigungsstrategie für sich nutzen, begeben sich häufig in die Vermeidung oder lenken von belastenden Situationen ab, was die Schwierigkeit dieser Kinder, Hilfe in Anspruch zu nehmen oder vorhandene Hilfen zu nutzen, durchaus nachvollziehbar macht.<sup>103</sup>

Dabei können die Bewältigungsstrategien, genauso wie die Belastungsfaktoren, nicht losgelöst von den Lebensumständen des Kindes sowie den Unterstützungshandlungen der Familie und des sozialen Umfeldes betrachtet werden. Denn ein bestimmtes Bewältigungsverhalten ist nicht an sich als konstruktiv oder destruktiv zu bewerten. Lenz 2010 bezieht sich dabei auf die „Studie zur kontextuellen Angemessenheit der Bewältigung von Alltagbelastungen im Kindes- und Jugendalter von Klein-Heßling und Lohaus (2002)“<sup>104</sup> und auf Untersuchungen von Saile und Hülsebusch 2006, welche beweisen, dass die Entscheidung, ob sich eine bestimmte Bewältigungsstrategie als förderlich oder schädlich für die psychische Gesundheit eines Kindes erweist, maßgeblich von der Situation abhängig ist. Je mehr eine belastende Situation durch eigenes Verhalten objektiv in ihrer Stärke zu vermeiden oder zu reduzieren ist, desto förderlicher

---

<sup>103</sup>vgl. Lenz 2010, S. 13f.

<sup>104</sup> ebd., S. 14

für die psychische Entwicklung des Kindes ist es, problemorientierte Copingstrategien zu verwenden. Wohingegen in für das Kind unkontrollierbaren Situationen emotionsregulierende Copingstrategien, die Vermeidung oder die Annahme von Unterstützung deutlich sinnvoller sind. Nachweisbar ist das beispielsweise durch eine ungünstige Schmerzverarbeitung (chronische Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen) bei Kindern, die auch in unkontrollierbaren Situationen überwiegend emotionsregulierendes Coping einsetzen. Es ist für eine stabile psychische Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern wichtig, über ein breites Repertoire an Bewältigungsstrategien zu verfügen und diese situationsangemessen einsetzen zu können.<sup>105</sup>

Nachdem Belastungs- und Schutzfaktoren dargestellt wurden soll nun auf die Möglichkeiten der Interventionen eingegangen werden, die der Frühförderung in der Zusammenarbeit mit den Kindern psychisch kranker Eltern zur Verfügung stehen. Die in der Literatur beschriebenen Interventionsmöglichkeiten werden dann teilweise auf das zuvor beschriebene Fallbeispiel angewandt, um alternative Vorgehensweisen aufzuzeigen.

### 3.2 Mögliche Interventionen

In der Zusammenarbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern ist die Frühförderin/ der Frühförderer sehr nah am Familiensystem (aufsuchende Arbeit, regelmäßige Kontakte), sodass der Fokus in der Zusammenarbeit in Bezug auf die psychische Erkrankung das Erkennen von Symptomen und das Kommunizieren darüber liegt. Meist ergeben sich daraus in der Praxis die absolut nachvollziehbaren Fragen nach den Befugnissen (inwiefern kann/darf ich dort helfen?) sowie den Möglichkeiten (wie kann ich dort helfen?). Das Erkennen von Symptomen setzt voraus, dass die Frühförderin/ der Frühförderer über grundlegendes Wissen im Bereich der psychischen Erkrankungen verfügt. Werden solche Symptome erkannt, so gilt es zunächst, vor allem zu Beginn der Förderung, Rücksicht zu nehmen ohne zu Bevormunden. So ist es sinnvoll, die Termine beispielsweise bei einer depressiv erkrankten Mutter auf den Nachmittag zu verlegen, wenn diese aufgrund einer massiven Antriebslosigkeit am Morgen überhaupt keine Termine wahrnehmen kann.<sup>106</sup>

Eine der wichtigsten Interventionen, die der Frühförderung zur Verfügung steht ist die Kommunikation; zunächst einmal mit dem betroffenen Elternteil selbst. Grundlagen in der respektvollen, anerkennenden Gesprächsführung auf Augenhöhe sind dafür von Vorteil. Dabei kann die Frühförderin/ der Frühförderer beratend tätig sein, das heißt es kann das Aufsuchen professioneller Hilfen erfragt werden (Hausarzt, Facharzt, Therapeuten, Psychologen) und es kann angeboten werden, das betroffene Elternteil zu entsprechenden Terminen zu begleiten. Dafür ist es wichtig, die lokalen Helfernetze zu kennen und sich einen Überblick darüber zu verschaffen, wer konkret helfen könnte. Allerdings wird die Leitung einer interdisziplinären Frühförderstelle im

<sup>105</sup> vgl. Lenz 2010, S. 14f.

<sup>106</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 128-135

Gespräch mit der Autorin darauf hin, dass es in ihrer Stelle nicht üblich wäre, konkrete Personen zu empfehlen, außer die Eltern würden explizit danach fragen. Liegt einer Eigen- oder Fremdgefährdung des Betroffenen beziehungsweise dessen Umfeldes vor, so sind die Fachkräfte in der Frühförderung dazu verpflichtet, entsprechende Informationen an andere Helfersysteme (Hausarzt, Jugendamt) weiterzuleiten. Allerdings ist das in der Praxis immer eine Gradwanderung. Es beinhaltet das Risiko, das Vertrauen zu der Familie zu verlieren und sollte deshalb gut begründet sein.<sup>107</sup>

Das gesunde Elternteil oder eine weitere stabile Bezugsperson des Kindes mit in die Förderung einzubeziehen ist eine weitere gute Möglichkeit der Intervention. So können positive Fördermaßnahmen beispielsweise von dem Partner des erkrankten Elternteils miterlebt und weitergeführt werden, außerdem kann dies das betroffene Elternteil zusätzlich in der eigenen Interaktion mit dem Kind unterstützen. Ist die Realitätswahrnehmung der Betroffenen durch die psychische Erkrankung beeinflusst oder zeigen sie keine Bereitschaft zur Kooperation beziehungsweise Krankheitseinsicht kann eine weitere Intervention der Frühförderung, im Zusammenhang mit der Einbindung einer Vertrauensperson des Elternteils in die Fördereinheiten, die Beratung eben dieser bezüglich Hilfeangebote und Behandlungsmöglichkeiten sein.<sup>108</sup> Bezogen auf das Fallbeispiel ließen sich auch hier deutliche Wissenslücken bei den Helfersystemen beobachten. Es wurde nicht erfragt oder mit der zuvor zuständig gewesenen Frühförderin besprochen, ob es stabile Vertrauenspersonen im Familiennetzwerk gab. Des Weiteren verdeutlichen Pretis und Dimova 2016 anhand eines Fallbeispiels deutlich, dass koordinierte und effektive Unterstützung eines Familiensystems mit einem psychisch kranken Elternteil auch die Reduktion von Hilfe bedeuten kann, wenn diese sich als erfolglos erweist. So ist es manchmal sinnvoll, dass die vom Jugendamt eingeleiteten Maßnahmen durch andere ersetzt werden, um so die Selbstbefähigung des Systems zu stärken.<sup>109</sup> Im Fall von Laura und ihrem Bruder erwies sich die vom Jugendamt angeordnete Familienhilfe ebenfalls als ineffektiv, zwar wurde die Hilfe dann beendet, allerdings ohne dies mit anderen betreuenden Helfersystemen der Familie zu besprechen und ohne über eine, mit der Familie abgestimmte, alternative Hilfemöglichkeit nachzudenken.

Jedoch ist es neben den Möglichkeiten zur Intervention in der praktischen Arbeit immer wieder notwendig und wichtig, die Grenzen und Aufgaben der Frühförderung zu reflektieren. Die Frühförderung kann weder als ausführendes Organ des Jugendamtes betrachtet werden und in dem Zusammenhang auch nicht die Frage nach einer Kindeswohlgefährdung oder Erziehungsfähigkeit der Eltern abschließend klären, noch eine psychotherapeutische oder sozialpsychiatrische Begleitung der Eltern sein.<sup>110</sup> Das wird durch die Aussagen der Leitung einer interdisziplinären Frühförderstelle bestätigt. Man müsse auch immer wieder auf den eigenen Schutz und

<sup>107</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016, S. 135ff.

<sup>108</sup> vgl. ebd., S. 137, 158

<sup>109</sup> vgl. ebd., S. 142-145

<sup>110</sup> vgl. Pretis/ Dimova 2016 S. 27f., 158

die eigenen Kompetenzen in der Zusammenarbeit mit den Eltern achten, denn primär dient Frühförderung als Maßnahme der Eingliederungshilfe eben auch der Entwicklungsförderung des Kindes. In Bezug auf unser Fallbeispiel erscheint letztendlich die Fremdunterbringung von Laura und ihrem Bruder zu diesem Zeitpunkt als unausweichlich und zur Sicherung des Kindeswohls sinnvoll. Allerdings wäre die durch frühe Kommunikation der Helfersysteme mögliche Vorbereitung und Begleitung der Kinder auf das temporäre Getrenntsein von den Eltern auch in diesem Fall weniger traumatisierend gewesen.<sup>111</sup>

### 3.2.1 Herausforderungen in der Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern

Herausforderungen in der Unterstützung Kinder psychisch kranker Eltern in der Praxis sind vor allem auch Probleme in der Kommunikation und Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen. Wie bereits dargestellt sind aufeinander abgestimmte, koordinierte und effektiv eingesetzte Hilfenmaßnahmen und Angebote verschiedener Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe, Hilfen zur Erziehung, den Jugendämtern sowie Ärzten, Kindertageseinrichtungen und Fachärzten notwendig, um die komplexen Belastungen einer Familie mit einem psychisch kranken Elternteil im Blick zu behalten und sowohl die Eltern als auch die dort lebenden Kinder in einer stabilen Entwicklung zu unterstützen. Allerdings ist diese aufeinander abgestimmte und koordinierte Zusammenarbeit in der Praxis häufig erschwert. Gründe dafür sind „fehlende Kenntnis über die Kompetenzen und Grenzen der jeweils anderen Disziplinen, gegenseitige Vorurteile unrealistische Erwartungen seitens der verschiedenen Fachvertreter, Missverständnisse aufgrund unterschiedlicher Verwendung von Fachbegriffen [...], Unklarheiten in den Verfahrensabläufen [und] fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen für die Vernetzung.“<sup>112</sup> Zumindest teilweise wird dies im Gespräch mit der Leitung einer interdisziplinären Frühförderstelle auch bestätigt, in dem diese sagt, dass Missstände in einer Familie, insbesondere bei den Eltern, beispielsweise von der Frühförderstelle wahrgenommen werden, allerdings noch nicht von anderen Helfersystemen, die parallel in der Familie integriert sind und sich explizit auf die Elternarbeit beziehen. Besonders deutlich wird diese Spannung insbesondere zwischen dem System der Frühförderung, welches sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts langsam aus einerseits sonder- und heilpädagogischen Ansätzen andererseits aus medizinisch-therapeutischen Ansätzen herausbildete, und dem System der Frühen Hilfen, welches, ohne auf das bereits bestehende System der Frühförderung Bezug zu nehmen, im Jahr 2007 etabliert wurde. So tauchen die Frühförderstellen in Projektberichten der Frühen Hilfen lediglich tabellarisch auf, ohne dass die Art der Zusammenarbeit oder eine Miteinbeziehung von Erfahrungen und Informationen der Frühförderstellen erkennbar ist. Dabei gibt es in den Zielgruppen beider Systeme große Schnittmengen und auch die Aufgabe der Begleitung und Beratung der Eltern zur Unterstützung einer gesunden Entwicklung der Kinder findet sich in beiden Systemen. Unterschiedlich sind die Maß-

<sup>111</sup>vgl. ebd., S. 158f.

<sup>112</sup>Samirski 2013, S. 147

nahmen und Perspektiven. Während sich die Beratungsaspekte in der Frühförderung auf die Unterstützung der kindlichen Entwicklung beziehen, liegt der Fokus im System der Frühen Hilfen auf einer Verhinderung der Kindeswohlgefährdung. Dazu sind die Leistungsempfänger die Eltern. Sie werden durch Maßnahmen zur Schaffung und Steuerung verbindlicher lokaler Netzwerke sowie durch die Früherkennung psychosozialer Belastungen und einer früh beginnenden Arbeit, meist schon während der Schwangerschaft (durch Beratung) oder direkt nach der Entbindung (durch beispielsweise Familienhebammen oder Kinderkrankenschwestern) unterstützt. Wohingegen bei der Frühförderung durch fachübergreifende Diagnostik und interdisziplinäre Interventionen eine Chance gesehen wird, Kinderärzte und medizinische Netzwerkpartner stärker in die Prävention einzubinden. Eine stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit beider Systeme ist also absolut sinnvoll und findet in der Praxis glücklicherweise auch bereits in Teilschritten statt. Allerdings bedarf es für eine effektive Zusammenarbeit mit qualitativ hochwertigen Maßnahmen einer „Reduzierung bürokratischer Vorgänge, einer damit verbundenen Zeiterparnis [...] , einer gesteigerten Kompetenz und Arbeitszufriedenheit der Fachkräfte und einem gezielten wirkungsvollen Ressourceneinsatz.“<sup>113</sup> In der Praxis besteht ein großes Problem auch in der Klärung von Verantwortlichkeiten und dem Anerkennen des Kompetenzbereiches anderer Disziplinen. Teilweise wissen die einzelnen Fachkräfte gar nicht, welche Netzwerkpartner noch im Hilfesystem der Familie vertreten sind oder es kommt, beispielsweise durch Personalwechsel, nicht ausreichend geschulte Fachkräfte, fehlende strukturelle Maßnahmen und Leitlinien zu einem Ausbleiben oder verspätetem Einsetzen von dringend notwendigen Hilfemaßnahmen.<sup>114</sup>

Außerdem stellt die Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern in der Frühförderung hohe Anforderungen an die Fachkräfte. Die Fachkräfte benötigen, besonders in der Zusammenarbeit mit Kleinkindern, „spezifische Informationen über die Krankheitsbilder betroffener Eltern, spezifische Kommunikationsstrategien in und mit den Familien sowie spezifische Förderansätze, die vor allem darauf abzielen, für das Kleinkind [beziehungsweise] die gesunden Anteile der Familie die Mobilisierung eigener Stärkungs- und Schutzprozesse [...] zu ermöglichen.“<sup>115</sup> Des Weiteren sollten auch die Fachkräfte in der Frühförderung, welche, wie in dieser Arbeit verdeutlicht worden ist, durchaus in ihrer Bedeutung als Komplexleistung gefordert ist, über Aus- und Weiterbildungen im Umgang mit psychisch kranken Eltern und die dadurch belasteten Familiensystemen sowie die für die Beratung und Unterstützung der Eltern-Kind-Interaktion notwendigen psychotherapeutischen Basiskompetenzen verfügen.<sup>116</sup> In der Praxis der interdisziplinären Frühförderstellen wird die Aus- und Weiterbildung in diesen Bereichen im Gespräch mit der Leitung einer interdisziplinären Frühförderstelle auch durchaus als notwendig angesehen.

---

<sup>113</sup>Samirski 2013, S. 147

<sup>114</sup> vgl. Samirski 2013, S. 147-150

<sup>115</sup>Pretis/ Dimova 2016, S. 39

<sup>116</sup> vgl. Samirski 2016, S.122

### 3.2.2 Psychoedukation in der Frühförderung

Ob die Psychoedukation, ausgehend von geschulten Fachkräften auch ein Thema für die Frühförderung wäre, bleibt offen, wird aber von der befragten Leitung der interdisziplinären Frühförderstelle im heilpädagogischen Kontext klar mit ‚Nein‘ beantwortet. Betrachtet man die bisher beschriebenen komplexen Aufgaben einer Frühförderstelle, so ist dies in der Praxis auch absolut nachvollziehbar. Besonders heilpädagogische Frühförderung an sich bietet nicht die Kompetenzen, die zeitlichen Ressourcen und auch nicht die gesetzliche Grundlage, um therapeutisch arbeiten zu können. Und die Psychoedukation wird laut Definition eindeutig im therapeutischen Bereich verortet.<sup>117</sup> Allerdings ist die kindgerechte Aufklärung orientiert an der Definition nach Wunderer 2008 im Bereich der Frühförderung durchaus relevant. Demnach kann jeder, der für das Kind eine Vertrauensperson darstellt, mit diesem über die psychische Erkrankung der Eltern sprechen und sollte dies auch tun, wenn das Kind Gesprächswünsche äußert und die Erkrankung den Alltag und das Interaktionsverhalten maßgeblich beeinflusst. Die Gesprächsführung orientiert sich dabei an den in Kapitel 2.3 beschriebenen Grundsätzen in der Psychoedukation mit Kindern.<sup>118</sup> Eine therapeutisch geleitete, psychoedukative Frühfördereinheit wäre in einer interdisziplinären Frühförderstelle, angeleitet von einer psychologisch ausgebildeten Fachkraft, ebenfalls denkbar.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend wird klar, dass Kinder psychisch kranker Eltern häufig hoch belastete Kinder sind. Je nach Erkrankung des Elternteils bedingen die Symptome eine Verhaltensänderung, eine veränderte Wahrnehmung, eine Einschränkung der elterlichen Feinfühligkeit und der Erziehungskompetenzen. Die führt in erster Linie zu gestörten Eltern-Kind-Interaktionen. Für die Kinder ist das mit Gefühlen großer Unsicherheit, Hilflosigkeit und auch Schuld verbunden. Das Kind wird schon durch die schwankende oder negativ behaftete Bindungsqualität zu dem Elternteil in seiner Entwicklung gehemmt, da es seine vorhandenen Ressourcen nicht zur Bewältigung neuer Lernprozesse verwenden kann, sondern in die eigene Selbstregulation investieren muss. Nicht selten kommen Parentifizierungsprozesse hinzu, sodass Kinder die Aufgaben der Eltern übernehmen und sich um das erkrankte Elternteil sowie eventuelle Geschwister kümmern. Kinder sind dadurch zwar einerseits hoch belastet, entwickeln aber andererseits reichsspezifische Resilienzen, die neben einer Tabuisierung des Themas aus Loyalität zur Familie oder Angst vor Konsequenzen dazu führen kann, dass die Kinder psychisch kranker Eltern lange unauffällig bleiben und ein Familiensystem aufrechterhalten. Sozioökonomische Belastungsfaktoren, beengte Wohnverhältnisse und eine fehlende außerhäusliche Betreuung des Kindes beeinflussen das Kind zusätzlich in seiner Entwicklung. Diverse Untersuchungen bele-

---

<sup>117</sup> vgl. Kapitel 2.1

<sup>118</sup> vgl. Wunderer 2008, S. 124-126

gen, dass besonders die eigene stabile psychische Entwicklung der Kinder gefährdet zu sein scheint. Demnach erweist sich eine Unterstützung solcher Kinder durch verschiedene Hilfesysteme als durchaus berechtigt. Die Frühförderung, als eins dieser Systeme kann und darf sich dabei nicht aus der Verantwortung ziehen, denn neben der Entwicklungsförderung des Kindes steht auch die Elternberatung und Unterstützung im Fokus dieses Arbeitsfeldes. Es ist auch kaum möglich, die Entwicklung des Kindes nachhaltig zu fördern ohne die Eltern als Experten für die Erziehung ihrer Kinder und primäre Bezugspersonen mit zu involvieren. So ist es Aufgabe der Frühförderung, die Belastungen der Kinder und des Familiensystems wahrzunehmen und beratend und kommunikativ mit den Eltern sowie mit anderen Hilfesystemen in Kontakt zu treten. Inwiefern eine Frühförderin/ ein Frühförderer die Kinder betroffener Eltern, beispielsweise durch eine Psychoedukation unterstützen kann, bleibt offen. Für eine psychoedukative Arbeit muss das Personal zunächst ausreichend geschult werden, was einerseits die kommunikativen, emotionalen und fachlichen Kompetenzen der Gesprächsführung mit Kindern, andererseits aber auch den therapeutischen Ansatz der Psychoedukation sowie die medizinischen Grundlagen zu psychischen Erkrankungen betrifft. Das bedeutet für die Praxis, dass eine Frühförderstelle über die entsprechenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen verfügen und ebenso eine rechtliche Grundlage für die psychoedukative Arbeit haben müsste. Definiert man Psychoedukation allerdings unter dem Kontext der kindgerechten Aufklärung nach Wunderer 2008 und außerhalb des medizinisch-therapeutischen Ansatzes, so ist das eine Perspektive, die für die Praxis absolut tragbar erscheint. Kenntnisse über psychische Erkrankungen, die Beratung betroffener Eltern und die Gesprächsführung mit Kindern bezüglich dieses Themas sind für die Fachkräfte in der Frühförderung durchaus relevant und notwendig. Betrachtet man die steigende Häufigkeit der Betroffenen, so sind die Kinder psychisch kranker Eltern auch im Kontext der Frühförderung bestmöglich in ihrer ganzheitlichen Entwicklung zu unterstützen. Jedoch sind dafür auch Interventionen anderer Hilfesysteme, beispielsweise der frühen Hilfen, wichtig. Sind gut aufeinander abgestimmte, koordinierte Hilfen und eine gute Kommunikation unter den Hilfesystemen sowie mit den Eltern und Bezugspersonen möglich, kann für unterstützungsbedürftige Kinder psychisch kranker Eltern eine stabile Entwicklung ermöglicht werden.

## 4 Quellenverzeichnis

- Bär, Thomas/ Tophoven, Christina: Psychische Erkrankungen im Fokus der Krankenkassen – eine Analyse der Gesundheitsreporte seit 2000. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. 64 (2010), H.2. S. 38-48
- Bundesministerium für Gesundheit: Rauchen. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rauchen.html> [Stand 29.05.19]
- Dimova, Aleksandra: Frühförderung und Kinder psychisch kranker Eltern: Herausforderungen in der gemeinsamen Arbeit mit den Eltern. In: Gebhard, Britta et al. (Hrsg.): Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft. Stuttgart 2016, S. 105-115
- Domin, Sabine/ Thies, Annetrin: Psychisch kranke Eltern – psychisch kranke Kinder?. In: Gebhard, Britta et al. (Hrsg.): Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft. Stuttgart 2016, S. 97-104
- Caspar, Franz/ Pjanic, Irena/ Westermann, Stefan: Klinische Psychologie. Wiesbaden 2018, S. 50-100
- Hanke/ John: Pro-Kopf-Verbrauch von reinem Alkohol in Deutschland in den Jahren 1970 bis 2016 (in Liter). URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5382/umfrage/alkoholverbrauch-je-einwohner-an-reinem-alkohol/> [Stand 25.05.19]
- Hoffmann, Stefan G./ Heinrichs, Nina/ Kim, Hyo-Jin: Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell zur Sozialen Phobie. In: Stangier, Ulrich/ Fydrich, Thomas (Hrsg.): Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Göttingen et al. 2002, S. 225-240
- Huber, Michaela: Früher Stress – späte Folgen. Zur Bedeutung von Bindungspersonen für die seelische Entwicklung von Kindern. In: Sozial Extra. Nr. 35. Dezember 2011, S. 20-22
- Kerres, Laura: Innere Arbeitsmodelle von Bindung. Möglichkeiten ihrer Erfassung zur Verbesserung der beziehungsbasierten Frühintervention. Hamburg 2005, S.1-25.
- Koller, Livia: Wir sagen immer Debreziner dazu. Wie Kinder die psychischen Erkrankungen ihrer Eltern erklären. Augsburg 2016
- Lenz, Albert: Kinder und ihre Familien gezielt unterstützen. In:Mattejat, Fritz/ Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl. Köln 2008, S. 96-106
- Lenz, Albert: Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen et al. 2010
- Losekam, Stefanie/ Konrad, Carsten: Psychoedukation. In: Konrad, Carsten (Hrsg.): Therapien der Depression. Praxisbuch der Behandlungsmethoden. Berlin, Heidelberg 2017, S. 15-30
- Marcus, Marina et al.: Depression. A Global Public Health Concern. URL: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](https://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf) [Stand 24.05.2019]

- Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen und was zu tun ist. In: Mattejat, Fritz/ Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl. Köln 2008, S. 68-94
- Pabst, Alexander et al.: Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht. Nr. 59. 2013, 321–331.
- Pretis, Manfred/ Dimova, Aleksandra: Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. 3. Aufl. München 2016
- Samirski, Klaus: Eltern-Kind-Beziehung und psychische Erkrankung. In: Gebhard, Britta et al. (Hrsg.): Frühförderung mittendrin – in Familie und Gesellschaft. Stuttgart 2016, S. 115-122
- Samirski, Klaus: Soziale Risiken im frühen Kindesalter. Grundlagen und frühe Interventionen Götting et al. 2013
- Schulze et al.: Modul 3: Psychoedukation. In: ECHT STARK! Ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern. Berlin, Heidelberg 2014, S. 60-66
- Stewart, Ian/ Joines, Vann: Die Transaktionsanalyse. Eine Einführung. Breisgau 1990
- Wunderer, Susanne: Kindgerechte Aufklärung bei psychischer Erkrankung eines Elternteils. In: Mattejat, Fritz/ Lisofsky, Beate (Hrsg.): Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. 4. Aufl. Köln 2008, S. 123-128
- Volkmann, Annelie: Belastungen von Kindern und Jugendlichen depressiver Eltern. Masterthesis im Studiengang Beratung. Neubrandenburg 2018

### **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.